

Japanese CTO PCI Expert Registry(紙版 CRF)

PCI 施行日	
手技 UID	

← EDC で症例登録を済ませた場合は、こちらに記入して下さい。

< 症例登録 >

術者氏名		術者 ID	
患者登録分類	<input type="radio"/> 所属施設症例 <input type="radio"/> 所属施設外症例(国内) <input type="radio"/> 所属施設外症例(海外)		
実施国名	(国内症例の場合、記載不要)		
施行施設	(所属施設症例の場合、記載不要)		
実施施設担当者 ※国内他施設症例の場合、入力必須	氏名		所属科名
	職名		電話番号
	E-mail		

★の項目は患者様個人を容易に特定でき得る情報であるため、EDC では入力者以外には閲覧、CSV ダウンロードができません。

→ 症例登録のページ(本ページ)は研究事務局・データセンターに送付しないよう、ご注意ください。

患者イニシャル ★		患者識別コード ★ (施設による識別 ID)	
患者識別用メモ ★			
性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女		
生年月日 ★	年 月 日	年齢	才
	*EDC 上では、生年月までが表示されます		*日まで入力すると EDC 上では自動計算されます
本レジストリーへの過去の登録の有無	<input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し <input type="radio"/> 不明		過去の手技 UID *複数併記可能です

< CTO 定義 >

1. TIMIO(順向性を認めない、順向性血流の場合 bridging collateral、ipsicollateral を介しての flow、順向性血流があって、明らかな bridge collateral が認められない場合は、CTO と見做さない)
2. 閉塞期間 3ヶ月以上、もしくは不明
3. 主要冠動脈枝(seg1,2,3,5,6,7,8,11,13)もしくは主要冠動脈枝に相当する有意な灌流域を有する冠動脈枝(seg4PL、seg9/10、seg12)、または graft の CTO (いずれもコアラボにて判定する)
4. 同一主要冠動脈枝の CTO は一つの病変とカウントする(tandem CTO の場合は1病変)

患者同意	<input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し		
CTO か否か	<input type="radio"/> CTO であった <input type="radio"/> CTO ではなかった		事前登録されていた場合で、当日 CTO ではないことが判明しても、DICOM データ提出(術前アンギオ)およびできる限りの EDC へのデータ入力が必要です
国内症例 長期予後追跡調査	<input type="radio"/> 追跡調査有り <input type="radio"/> 無し		*2016 年 9 月より、国内症例は、過去の PCI 歴、CABG 歴があっても、長期予後追跡調査の対象となりました。患者(あるいは施設)の拒否や特別な理由がないかぎり、追跡調査を行ってください
	「無し」の場合の理由: <input type="checkbox"/> 患者(施設)拒否 <input type="checkbox"/> 過去に本レジストリーへの登録歴有り <input type="checkbox"/> その他 ()		

＜症例基本情報1＞

身長	cm	体重	Kg
----	----	----	----

病 歴	OMI	○ 有り ○ 無し ○ 不明	
	CABG 歴	○ 有り ○ 無し ○ 不明	CTO 手技以前に CABG 施行がある場合、「有り」とする CABG 既往有無は初回 PCI 時点での判定
	PCI 歴	○ 有り ○ 無し ○ 不明 「有り」の場合： <input type="checkbox"/> 今回の CTO が Staged PCI(新規多枝病変) <input type="checkbox"/> 過去(一連の治療より前)に PCI 歴がある	

※病歴 OMI について: 以前 OMI と診断されたことがあり、心筋の動きが悪くなっているといわれた場合も”有り“とする。

冠 動 脈 リ ス ク フ ァ ク タ ー	高血圧	○ 有り ○ 無し ○ 不明	
	糖 尿 病	○ 有り ○ 無し ○ 不明	
		「有り」の場合現在の治療： <input type="checkbox"/> 未治療 <input type="checkbox"/> 食事療法のみ <input type="checkbox"/> 経口糖尿病薬 <input type="checkbox"/> インスリン治療	
	脂質異常症	○ 有り ○ 無し ○ 不明	※Statin の内服のあるときは「有り」とする
	喫 煙	○ 有り ○ 無し ○ 不明	
		「有り」の場合 喫煙期間： ○ 現在喫煙 ○ 過去に喫煙 ※禁煙後 1ヶ月以上経過で「過去」とする	
	ASO	○ 有り ○ 無し ○ 不明	
	家族歴	○ 有り ○ 無し ○ 不明	
併 存 心 疾 患	○ 有り ○ 無し ○ 不明		
	「有り」の場合 疾患名： <input type="checkbox"/> 先天性心疾患 <input type="checkbox"/> 弁膜症 <input type="checkbox"/> 恒久ペースメーカー植込み <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 心筋症 <input type="checkbox"/> その他 ()		
そ の 他 、 併 存 疾 患	○ 有り ○ 無し ○ 不明		
	「有り」の場合 併存疾患名： <input type="checkbox"/> COPD(慢性閉塞肺疾患) <input type="checkbox"/> 維持透析 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> その他の生命予後に影響する疾患 () ※維持透析が「有り」の場合、Cre の入力は不要です		

□ チェックボックス: 複数選択可、○ ラジオボタン: 1つのみ選択

(フリーコメント記載欄)

＜症例基本情報2＞

臨床的適応	<input type="checkbox"/> 無症候性虚血 <input type="checkbox"/> 安定狭心症 <input type="checkbox"/> 不安定狭心症 <input type="checkbox"/> 陳旧性心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 急性心筋梗塞
狭心症	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 不明
	「有り」の場合 CCS 分類: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV
心不全	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 不明
	「有り」の場合 NYHA 分類: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV
CTO 領域の ECG 所見	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 Q 波 <input type="checkbox"/> ST-T 異常 <input type="checkbox"/> 不明
運動負荷試験	<input type="checkbox"/> 未施行 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能
CT	<input type="checkbox"/> 未施行 <input type="checkbox"/> 施行 <input type="checkbox"/> 不明
術前血清 Cre ¹⁾	mg/dl (測定日: _____) <input type="checkbox"/> 測定なし
eGFR ²⁾	自動計算
LVEF 評価方法 <small>*壁運動 CTO 領域は評価が混在する場合は、最も良い評価を選択すること</small>	<input type="checkbox"/> 未評価 <input type="checkbox"/> UCG <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> LVG <input type="checkbox"/> CT
	「未評価」以外の場合: LVEF (_____) % 壁運動 CTO 領域: <input type="checkbox"/> 正常(normal) <input type="checkbox"/> 壁運動低下(hypokinesis) <input type="checkbox"/> 無収縮(akinesis) <input type="checkbox"/> 収縮期膨隆(dyskinesis)
残存心筋 評価方法 <small>*残存心筋 評価方法が複数ある場合は、最も良い評価方法を選択すること</small>	<input type="checkbox"/> 未評価 <input type="checkbox"/> UCG <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> LVG <input type="checkbox"/> CT
	「未評価」以外の場合 CTO 領域の残存心筋は: <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 不明
EuroScore II ³⁾	(国内症例の場合、必須)

1) 1 mg/dL = 88.4 μmol/L

2) eGFR (ml/分/1.73m²) = 194 × Cr-1.094 × 年齢-0.287 (男性)eGFR (ml/分/1.73m²) = 194 × Cr-1.094 × 年齢-0.287 × 0.739 (女性)3) EuroScore II: web ページの自動計算(<http://www.euroscore.org/calc.html>) 下記にて計算の上、入力ください。

＜治療前の戦略＞

自施設症例または、所属施設外(国内)で予後追跡調査有りの場合のみ記入	
完全血行再建目的 <small>1),2)</small>	<input type="checkbox"/> 完全血行再建を目的とする <input type="checkbox"/> しない 上記で完全血行再建目的と「しない」を選択した場合、最終的に残存予定となる罹患枝: <input type="checkbox"/> RCA <input type="checkbox"/> LAD <input type="checkbox"/> LCX <input type="checkbox"/> LMT <input type="checkbox"/> Graft 不完全血行再建目的の理由: <input type="checkbox"/> 残存心筋無し <input type="checkbox"/> 小血管/小灌流域 <input type="checkbox"/> 技術的困難 <input type="checkbox"/> 臨床的意義無し

1) 完全血行再建とは有意病変を有する主要冠動脈枝(seg1,2,3,5,6,7,8,11,13)すべての血行再建を指す

2) 治療期間(staged PCI)は今回の入院中に行うか否かは問わない

 チェックボックス: 複数選択可
 ラジオボタン: 1つのみ選択

<CTO手技情報>

Recanalization approach (再疎通時アプローチ) *全ての手技に共通項目		
CTO 枝へのアクセスサイト	<input type="checkbox"/> femoral <input type="checkbox"/> radial <input type="checkbox"/> brachial	
CTO 枝への guiding catheter	<input type="checkbox"/> 5Fr <input type="checkbox"/> 6Fr <input type="checkbox"/> 7Fr <input type="checkbox"/> 8Fr	
ストラテジー	当初予定された治療法 (ITT)	<input type="radio"/> antegrade *注 1) <input type="radio"/> bidirectional I*注 2)
	実際の治療法 (actual strategy)	<input type="radio"/> antegrade only *注 3) <input type="radio"/> rescue bidirectional *注 4) <input type="radio"/> primary bidirectional
		primary bidirectional の場合: <input type="radio"/> retro チャンネルの wire 通過が成功したが ante のみで cross (primary bidirectional の中での特殊例) *注 5) <input type="radio"/> 区分番号⑤以外の意図的な全ての retrograde access 及びその試み
	bidirectional approach を行った後の追加治療 (additional strategy) *注 6)	<input type="radio"/> 無し <input type="radio"/> antegrade *注 6)
区分番号 (下表①～⑦)	←EDC では組み合わせにより自動入力されますが、確認のため下の表を参考に番号を記入してください。	

- *注 1) 当初より antegrade only としたものに加え、途中から bidirectional へ変更したものも含む。
- *注 2) 手技開始直前より 100% bidirectional で治療を行うことを確信し治療を開始 (antegrade か、retrograde で開始したかにかかわらず) した例のみを primary bidirectional とする (仮に 10% 以下の可能性でも期待して antegrade から開始したものは、全て「antegrade」群となる)。従って、antegrade で開始した症例で primary bidirectional へ含まれるのは、計画的に antegrade preparation のみを行った症例のみとなる。antegrade CTO wire による CTO 病変通過を try 以前に、retrograde access route へ wire を挿入した場合は、全て primary bidirectional と判断する。また、retrograde channel 通過を antegrade に先行して try し、retrograde route を通過したが、その後 antegrade ワイヤーがそのまま通過してしまった症例も primary bidirectional へ含むことは従来通り。
- *注 3) retrograde を全く想定せず手技開始し、antegrade のみで手技を終了した例 (区分①)。および retrograde も想定し手技を開始したが channel 通過を try する前に antegrade preparation の段階で antegrade wire 通過に成功し終了した例 (区分④)。
- *注 4) 途中から bidirectional へ計画変更した例と共に antegrade が失敗と判断され、あるいは合併症のため bidirectional へ変更した例を含む。
- *注 5) Primary bidirectional としてまず retrograde channel の wire 通過に成功したが、CTO 内に retrograde wire を進める前に始めた antegrade wire の操作にて手技が成功した症例。但し意図的に retrograde wire をマーカーとして antegrade wire を操作した症例はここに含まれない。
- *注 6) 追加治療とみなされるのは、以下のケースとする。
- (1) retrograde channel の wire またはカテの通過が不成功、もしくは retrograde システムによる合併症 (血管穿孔、解離、血栓、等) により retrograde 手技が続行不能または retrograde システムが崩壊、抜去した為、(再び) antegrade 手技を続行した例
- (2) bidirectional での成功が困難と判断し、追加治療以前に用いていない手段 (IVUS、Crossboss catheter、Stingray system 等の new device) を用いて antegrade からのみの治療へ移行した場合のみ追加治療とみなされる (CTO wire の step-up 等は追加治療とみなされない。ただし、IVUS を当初入口部の同定のみで使用し、追加治療として IVUS guide wire handling を行った場合は追加治療とみなす)。

ITT	actual strategy	additional strategy*注6)	区分番号	
Antegrade *注1)	antegrade only*注3)	(-)	①	
	rescue bidirectional*注4)	(-)	②	
		antegrade	③	
Bidirectional *注2)	antegrade only*注3)	(-)	④	
	primary bidirectional	primary bidirectionalの中での特殊例*注5): retroチャンネルのwire通過が成功したがAnteのみでcross	(-)	⑤
		⑤以外の意図的な全てのretrograde access及びその試み	(-)	⑥
			antegrade	⑦

CTO GW の通過	<input type="radio"/> 成功 <input type="radio"/> 不成功 <input type="radio"/> 確認不能 ※術者、コアラポの併記	
GW 通過までの透視時間	<input type="radio"/> _____分 <input type="radio"/> 不明	
IVUS 使用	<input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し 「有り」の場合 使用目的: <input type="checkbox"/> 入口部同定 <input type="checkbox"/> wire guide <input type="checkbox"/> Reverse CART <input type="checkbox"/> その他(_____)	
	<input type="radio"/> 通過した <input type="radio"/> 不通過 通過した場合: <input type="checkbox"/> Rx <input type="checkbox"/> OTW <input type="checkbox"/> 貫通カテ <input type="checkbox"/> Rotablator <input type="checkbox"/> Laser <input type="checkbox"/> その他(_____)	
device 通過のための特殊テクニック(最終)	<input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し 「有り」の場合、下記より選択: <input type="checkbox"/> アンカーバルーン <input type="checkbox"/> Tornus <input type="checkbox"/> 親子カテ <input type="checkbox"/> ワイヤー破砕 <input type="checkbox"/> Rota-wire 交換 <input type="checkbox"/> その他(_____)	
	<input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し 「有り」の場合 <input type="radio"/> Rotablator 最大バーサイズ: _____ mm <input type="radio"/> DCA サイズ: <input type="radio"/> S <input type="radio"/> M <input type="radio"/> L	

【ステント情報】	
Stenting	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
使用 STENT	<input type="checkbox"/> BMS <input type="checkbox"/> DES <input type="checkbox"/> BVS
bifurcation stenting	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <small>CTO(閉塞部位)に留置した STENT と連続せず(over wrap しない) CTO 部位と独立した病変における bifurcation stenting は含めない</small>
	「Yes」の場合 bifurcation stenting method: <input type="checkbox"/> single stenting <input type="checkbox"/> double stenting
stent 本数 CTO 枝のみ	(_____) 本
	2 本以上の場合 stent overlap: <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
使用ステント最大径	<input type="radio"/> 0.25mm 未満 <input type="radio"/> 0.25~2.9 <input type="radio"/> 0.30~3.4 <input type="radio"/> 0.35mm 以上
合計 stent 長	_____ mm (CTO 枝に使用した stent の長さを単純に合計したもの)
使用 DES	<input type="checkbox"/> Promus <input type="checkbox"/> Xience <input type="checkbox"/> Nobori <input type="checkbox"/> Resolute <input type="checkbox"/> Endeavor <input type="checkbox"/> Ultimaster <input type="checkbox"/> Synergy <input type="checkbox"/> その他製品名(_____)
post STENT balloon	(MAX) _____ mm で拡張
DEB の使用	<input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し 「有り」の場合 DEB 径: _____ mm

(フリーコメント記載欄)

--

【antegrade only】 * ストラテジー区分番号①、④、⑤を選択した場合、記入	
対側造影の利用	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
antegrade GW 通過	<input type="radio"/> 成功 <input type="radio"/> 不成功 「不成功」の理由: <input type="checkbox"/> CTO 部の GW 不通過 <input type="checkbox"/> CTO 部位までデバイス到達不可 <input type="checkbox"/> 合併症による PCI 中止 <input type="checkbox"/> その他()
開始ワイヤー	商品名:
CTO のための開始ワイヤー	商品名:
最終/通過ワイヤー	<input type="radio"/> 最終(最後に使った GW) <input type="radio"/> 通過(通過した GW) 商品名:
最終/通過の GW 操作法 または特殊デバイス	<input type="checkbox"/> single wire <input type="checkbox"/> double wire 法 <input type="checkbox"/> IVUS guide crossing <input type="checkbox"/> STAR <input type="checkbox"/> Crossboss catheter <input type="checkbox"/> Stingray system <input type="checkbox"/> other devices / technique ()
GW step up/ step down 法の使用	<input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し 「有り」の場合: <input type="radio"/> step up <input type="radio"/> step down <input type="radio"/> both
使用 OTW/貫通カテ	<input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し 「有り」の場合 製品名: <input type="checkbox"/> Corsair <input type="checkbox"/> Finecross <input type="checkbox"/> Crusade <input type="checkbox"/> Tornus <input type="checkbox"/> Caravel <input type="checkbox"/> GuideLiner <input type="checkbox"/> Guidezilla <input type="checkbox"/> OTW <input type="checkbox"/> その他()

【区分⑤の場合】 * ストラテジー区分番号⑤を選択した場合、以下も記入	
Retrograde access route へのアプローチ	<input type="checkbox"/> femoral <input type="checkbox"/> radial <input type="checkbox"/> brachial
Retrograde access のための guiding catheter	<input type="checkbox"/> 5Fr <input type="checkbox"/> 6Fr <input type="checkbox"/> 7Fr <input type="checkbox"/> 8Fr
通過を試みた retrograde access route	<input type="checkbox"/> septal <input type="checkbox"/> epicardial <input type="checkbox"/> atrial <input type="checkbox"/> graft <input type="checkbox"/> その他() 「septal」の場合 Septal surfing: <input type="radio"/> try せず <input type="radio"/> try したが不成功 <input type="radio"/> 成功
Retrograde access route の通過	<input type="radio"/> 成功 <input type="radio"/> 不成功 「成功の場合」: <input type="radio"/> GW+カテーテル共に通過 <input type="radio"/> GW のみ通過
retrograde 手技に使用した retrograde access route	<input type="radio"/> septal <input type="radio"/> epicardial <input type="radio"/> atrial <input type="radio"/> graft <input type="radio"/> その他()
Retrograde 手技に ipsicollateral の使用	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Retro channel を最初に使用した GW	商品名:
Retrograde で使用した貫通カテ/特殊デバイス	<input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し 「有り」の場合 製品名: <input type="checkbox"/> Corsair <input type="checkbox"/> Finecross <input type="checkbox"/> Crusade <input type="checkbox"/> Tornus <input type="checkbox"/> Caravel <input type="checkbox"/> GuideLiner <input type="checkbox"/> Guidezilla <input type="checkbox"/> OTW <input type="checkbox"/> その他のカテ() <input type="checkbox"/> その他の特殊デバイス()

Retro チャンネル通過の合併症	<input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し 「有り」の場合: <input type="checkbox"/> チャンネル穿孔 <input type="checkbox"/> 心室中隔血腫形成 <input type="checkbox"/> 心嚢内出血 <input type="checkbox"/> タンポナーデ <input type="checkbox"/> 冠動脈解離 処置: <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> コイル塞栓術 <input type="checkbox"/> 脂肪組織による塞栓術 <input type="checkbox"/> その他()
----------------------	--

【手技に起因する合併症】 * ストラテジー区分番号①、④、⑤を選択した場合、記入	
手技に起因する合併症	<input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し 「有り」の場合 詳細: <input type="checkbox"/> 冠動脈出血 <input type="checkbox"/> タンポナーデ <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> ガイドカテ/GW/ステントによる冠動脈解離/血栓/塞栓による冠閉塞 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> その他() 処置: <input type="checkbox"/> 経過観察(バルーン、カテによる保存的処置を含む) <input type="checkbox"/> ステント追加 <input type="checkbox"/> 塞栓術 <input type="checkbox"/> 心嚢ドレナージ <input type="checkbox"/> IABP <input type="checkbox"/> その他の補助循環装置 <input type="checkbox"/> 緊急 CABG <input type="checkbox"/> その他の外科的処置 <input type="checkbox"/> その他()

(フリーコメント記載欄)

【bidirectional】 * ストラテジー区分番号②、③、⑥、⑦を選択した場合、記入	
Antegrade 開始 GW	<input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し 「有り」の場合商品名: ()
Antegrade 開始 CTO GW	<input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し 「有り」の場合、商品名: ()
最終/通過 Antegrade GW	<input type="radio"/> 最終(最後に使った GW) <input type="radio"/> 通過(通過した際に使った GW) <input type="radio"/> 無し 最終/通過 GW 有りの場合、商品名: ()
最終/通過の GW 操作法 または特殊デバイス	<input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し 「有り」の場合: <input type="checkbox"/> single wire <input type="checkbox"/> double wire 法 <input type="checkbox"/> IVUS guide crossing <input type="checkbox"/> STAR <input type="checkbox"/> Crossboss catheter <input type="checkbox"/> Stingray system <input type="checkbox"/> other devices / techniqu()
GW step up/ step down 法の使用	<input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し 「有り」の場合: <input type="radio"/> step up <input type="radio"/> step down <input type="radio"/> both
Antegrade で使用した 貫通カテ/特殊デバイス	<input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し 「有り」の場合 製品名: <input type="checkbox"/> Corsair <input type="checkbox"/> Finecross <input type="checkbox"/> Crusade <input type="checkbox"/> Tornus <input type="checkbox"/> Caravel <input type="checkbox"/> GuideLiner <input type="checkbox"/> Guidezilla <input type="checkbox"/> OTW <input type="checkbox"/> その他のカテ() <input type="checkbox"/> その他の特殊デバイス()

Antegrade GW 操作を行った透視時間	<input type="radio"/> _____分 <input type="radio"/> 不明
Retrograde access route へのアプローチ	<input type="checkbox"/> femoral <input type="checkbox"/> radial <input type="checkbox"/> brachial
Retrograde access のための guiding catheter	<input type="checkbox"/> 5Fr <input type="checkbox"/> 6Fr <input type="checkbox"/> 7Fr <input type="checkbox"/> 8Fr
通過を試みた retrograde access route	<input type="checkbox"/> septal <input type="checkbox"/> epicardial <input type="checkbox"/> atrial <input type="checkbox"/> graft <input type="checkbox"/> その他() 「septal」の場合 Septal surfing: <input type="radio"/> try せず <input type="radio"/> try したが不成功 <input type="radio"/> 成功
Retrograde access route の通過	<input type="radio"/> 成功 <input type="radio"/> 不成功 「成功の場合」: <input type="radio"/> GW+カテーテル共に通過 <input type="radio"/> GW のみ通過 ※「不成功」の場合、「retrograde 手技に使用した retrograde access route」は入力不要
retrograde 手技に使用した retrograde access route	<input type="radio"/> septal <input type="radio"/> epicardial <input type="radio"/> atrial <input type="radio"/> graft <input type="radio"/> その他()
Retrograde 手技に ipsicollateral の使用	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Retro channel に 最初に使用した GW	商品名:
Retro channel を通過した GW	商品名:
Retrograde からの CTO のための開始GW	商品名:
reverseCART 時バルーン 付近まで使用した GW	商品名: reverseCART 時に硬い GW から柔らかい GW へ変更した場合は記入してください
CTO 病変の最終/通過 Retrograde GW	<input type="radio"/> 最終(最後に使った GW) <input type="radio"/> 通過(通過した際に使った GW) <input type="radio"/> 無し
	最終/通過 GW 有りの場合、商品名: ()
Retrograde で使用した 貫通カテ/特殊デバイス	<input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し
	「有り」の場合 製品名: <input type="checkbox"/> Corsair <input type="checkbox"/> Finecross <input type="checkbox"/> Crusade <input type="checkbox"/> Tornus <input type="checkbox"/> Caravel <input type="checkbox"/> GuideLiner <input type="checkbox"/> Guidezilla <input type="checkbox"/> OTW <input type="checkbox"/> その他のカテ() <input type="checkbox"/> その他の特殊デバイス()
	<input type="checkbox"/> 有りの場合 製品名: <input type="checkbox"/> Corsair <input type="checkbox"/> Finecross <input type="checkbox"/> Crusade <input type="checkbox"/> Tornus <input type="checkbox"/> Caravel <input type="checkbox"/> GuideLiner <input type="checkbox"/> Guidezilla <input type="checkbox"/> OTW <input type="checkbox"/> その他のカテ() <input type="checkbox"/> その他の特殊デバイス()
CTO 通過方法 / 特殊デバイス (最終/通過)	<input type="radio"/> antegrade direct crossing <input type="radio"/> retrograde direct crossing <input type="radio"/> Kissing wire technique <input type="radio"/> CART <input type="radio"/> Reverse CART <input type="radio"/> その他テクニック <input type="radio"/> GW 通過のための特殊デバイス その他テクニック、特殊デバイス()
	Kissing wire Cross の場合 GW 通過方向: <input type="checkbox"/> antegrade <input type="checkbox"/> retrograde
Retrograde GW 通過後 Antegrade GW への変更	<input type="radio"/> 変更成功 <input type="radio"/> 変更不成功 <input type="radio"/> try せず
	変更方法: <input type="radio"/> externalization <input type="radio"/> rendez-vous <input type="radio"/> antegrade parallel wire <input type="radio"/> 逆行性バルーン拡張による誘導 <input type="radio"/> その他 ()
device 通過	<input type="radio"/> 通過させた <input type="radio"/> 通過していない

<手技結果>

【手技結果】	
最終狭窄度	<input type="radio"/> <10 <input type="radio"/> 10-20 <input type="radio"/> 20-30 <input type="radio"/> 30-50 <input type="radio"/> 50-90 <input type="radio"/> 90-100
最終 runoff	<input type="radio"/> TIMI 0/1 <input type="radio"/> TIMI 2 <input type="radio"/> TIMI 3
主要側枝閉塞 ¹⁾	<input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し 有りの場合: <input type="radio"/> GW 偽腔通過による主要側枝閉塞 <input type="radio"/> その他(STENT jailを含む)()
手技成功	<input type="radio"/> 成功 <input type="radio"/> 不成功
	「不成功」の理由: <input type="checkbox"/> GW 不通過 <input type="checkbox"/> PCI 合併症 <input type="checkbox"/> device 不通過 <input type="checkbox"/> 拡張不十分また run-off 不良 <input type="checkbox"/> 主要側枝閉塞 <input type="checkbox"/> その他()

※ 「長期予後追跡調査」有りの症例は、手技不成功の場合でもフォローアップが必要です。

1) 主要側枝の閉塞:標的 CTO 枝の 1/2 以上の還流域の血行再建が不十分(TIMI3 未満の血流)

【透視時間、線量情報】 ※海外症例で、情報入手困難な場合は、記入不要です	
撮影装置	<input type="radio"/> single plane <input type="radio"/> biplane
手技時間 ¹⁾	分 造影剤量 ²⁾ ml
透視時間 ³⁾ (Fluo Time)	分(合計時間)
吸収線量 ⁴⁾ (mGy)	single plane の場合: 合計線量 mGy
	biplane の場合: 正面管球(→) mGy 側面管球(→) mGy

1) 手技時間...wire 操作を開始した時点~CTO 治療最終造影まで

2) 造影剤量...該当の治療で使用した造影剤のみ(診断カテを同時に行った場合、そのための造影剤は除外)

3) 透視時間...CTO 治療のみにかかった時間

4) 吸収線量...CTO 治療のみの線量

コアラボのみ記載項目(術者は記入不要)	
Retrograde からの GW 通過チャンネル	<input type="radio"/> 通過せず <input type="radio"/> septal <input type="radio"/> epicardial <input type="radio"/> atrial <input type="radio"/> graft <input type="radio"/> 解析不能 <input type="radio"/> その他()
technical success	<input type="radio"/> 成功 <input type="radio"/> 不成功 <input type="radio"/> 解析不能
	「不成功」の理由: <input type="checkbox"/> GW 不通過 <input type="checkbox"/> device 不通過 <input type="checkbox"/> 拡張不十分また run-off 不良 <input type="checkbox"/> 主要側枝閉塞 <input type="checkbox"/> その他()
手技成功(総合)	<input type="radio"/> 成功 <input type="radio"/> 不成功 <input type="radio"/> 解析不能

※ : 術者、コアラボの併記

※ : コアラボのみ記入(術者は記入不要)

(フリーコメント記載欄)

＜治療結果＞

他施設症例の場合、お手数ですが実施施設担当医が記載して、術者宛てお送りください。

入院 中 合 併 症	死亡	<input type="radio"/> 無し <input type="radio"/> 有り 「有り」の場合 死亡日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 原因: <input type="radio"/> 手技関連 <input type="radio"/> 手技無関連 コメント: (_____)
	MI	<input type="radio"/> 無し <input type="radio"/> 無しと思われる <input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 不明 ※CK値が正常値の3倍以上を有りとする 「有り」の場合: <input type="radio"/> QMI <input type="radio"/> non-QMI <input type="radio"/> 不明 発症日: _____ 年 _____ 月 _____ 日
	ステント内血栓	<input type="radio"/> 無し <input type="radio"/> 有り 「有り」の場合: <input type="radio"/> 冠閉塞無し <input type="radio"/> 冠閉塞 発症日または確認日: _____ 年 _____ 月 _____ 日
	冠動脈塞栓 (TIMI 0-1)	<input type="radio"/> 無し <input type="radio"/> 有り 「有り」の場合 発症日: _____ 年 _____ 月 _____ 日
	脳血管障害	<input type="radio"/> 無し <input type="radio"/> 有り 「有り」の場合: <input type="radio"/> 非出血性 <input type="radio"/> 出血性 <input type="radio"/> 不明 ※ TIA を除く 発症日: _____ 年 _____ 月 _____ 日
	タンポナーデ・心 嚢液貯留	<input type="radio"/> 無し <input type="radio"/> 有り 「有り」の場合: <input type="radio"/> minor <input type="radio"/> 心嚢出血(タンポナーデ無し) <input type="radio"/> 心嚢出血(要ドレナージ等の処置) 発症日: _____ 年 _____ 月 _____ 日
	穿刺部合併症※	<input type="radio"/> 無し <input type="radio"/> 有り 「有り」の場合: 外科処置: <input type="radio"/> 無し <input type="radio"/> 有り 輸血を必要とする出血/血腫: <input type="radio"/> 無し <input type="radio"/> 有り 発症日: _____ 年 _____ 月 _____ 日
	緊急 CABG	<input type="radio"/> 無し <input type="radio"/> 有り 「有り」の場合 実施日: _____ 年 _____ 月 _____ 日
	緊急 PCI	<input type="radio"/> 無し <input type="radio"/> 有り 「有り」の場合 実施日: _____ 年 _____ 月 _____ 日
	術後血清 Cre	mg/dl (測定日: _____ 年 _____ 月 _____ 日) <input type="checkbox"/> 測定なし
CIN ◎自動計算	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> s-Cre の 25%以上の上昇 <input type="checkbox"/> s-Cre の 0.5mg/dl 以上の上昇	

※ 穿刺部合併症: 輸血(2単位以上)または、外科的処置を要した合併症

患者成功	<input type="radio"/> 成功 <input type="radio"/> 不成功
退院日	_____ 年 _____ 月 _____ 日

患者成功・・・手技成功+入院中に死亡・MI・緊急 CABG/PCI・脳卒中の合併症が無かった場合

※ 「長期予後追跡調査」有りの症例は、患者不成功の場合でもフォローアップが必要です。

手技総括コメント ※解析には用いませんが、 特記すべき事項があれば 記載して下さい。	
--	--

＜治療結果 退院時情報＞

自施設症例または、所属施設外(国内)で予後追跡調査有りの場合のみ記入			
完全血行再建達成	<input type="radio"/> 達成 <input type="radio"/> 未施行 <input type="radio"/> 非達成		
	「未施行」の場合		
	<input type="radio"/> 後日治療予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 <input type="radio"/> 未定		
	「非達成」の場合 理由:		
	<input type="radio"/> 合併症 <input type="radio"/> 手技不成功 <input type="radio"/> 戦略変更 <input type="radio"/> 当初から目的としていない		
	「戦略変更」の理由: (_____)		
	RCA 残存: <input type="radio"/> 有(非 CTO) <input type="radio"/> 有(CTO) <input type="radio"/> 無		
LAD 残存: <input type="radio"/> 有(非 CTO) <input type="radio"/> 有(CTO) <input type="radio"/> 無			
LCX 残存: <input type="radio"/> 有(非 CTO) <input type="radio"/> 有(CTO) <input type="radio"/> 無			
LMT 残存: <input type="radio"/> 有(非 CTO) <input type="radio"/> 有(CTO) <input type="radio"/> 無			
抗血小板薬	アスピリン	<input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し	
		「有り」の場合 投与量: _____ mg/日 <input type="checkbox"/> 投与量不明	
	抗血小板薬	<input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し	
		「有り」の場合 製品名: <input type="radio"/> チクロピジン <input type="radio"/> クロピドグレル <input type="radio"/> プラスグレル <input type="radio"/> その他 (_____) 投与量: _____ mg/日 <input type="checkbox"/> 投与量不明	
	抗血小板薬 その他	<input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し <input type="radio"/> 不明	
抗凝固剤		<input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し <input type="radio"/> 不明	
β ブロッカー		<input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し <input type="radio"/> 不明	
ARB		<input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し <input type="radio"/> 不明	
ACE 阻害薬		<input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し <input type="radio"/> 不明	
Ca 拮抗薬		<input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し <input type="radio"/> 不明	
亜硝酸薬		<input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し <input type="radio"/> 不明	
スタチン製剤		<input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し <input type="radio"/> 不明	
利尿薬		<input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し <input type="radio"/> 不明	
PPI		<input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し <input type="radio"/> 不明	
H2 blocker		<input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し <input type="radio"/> 不明	

【完全血行再建達成の定義】

達成: 今回の入院中に完全血行再建達成

非達成: 完全血行再建を目的としていたが達成できなかった、もしくはもともと完全血行再建を目的としていない

未施行: 完全血行再建を目的としているが、今回の入院中には未施行(近いうちに治療予定有り)

- ✓ 「未施行」にチェックした場合、＜1ヶ月後 FU＞あるいは＜1～5年後 FU＞の「後日完全血行再建目的 PCI 施行」の欄に入力する。
- ✓ 「非達成」にチェックした場合、「非達成:の場合 理由:」への入力を必須とする。
- ✓ <治療前の戦略>にて完全血行再建目的と「しない」を選択したが、<治療結果>で「完全血行再建達成」の「非達成」を選択した場合は、理由欄「戦略変更の理由」を入力する。

他の合併症	○ 有り ○ 無し ○ 不明
	「有り」の場合: ○ CTO-PCI と関連した合併症 ○ CTO-PCI と関連の無い合併症 コメント: () 発症日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 □ 不明
放射性皮膚炎	○ 有り ○ 無し ○ 不明
	「有り」の場合: ○ 発赤のみ ○ 潰瘍形成 ○ 要外科処置 ○ 不明 発症日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 □ 不明
1ヶ月 FU 時の血清 Cre	_____ mg/dl (測定日: _____ 年 _____ 月 _____ 日) □ 測定なし ※測定日: 術後 60 日までの日付の入力が可能です。
CIN を含む腎機能障害 ◎自動計算	□無し □術前 Cre 値からの 25%以上の上昇 □術前 Cre 値からの 0.5mg/dl 以上の上昇

※イベント発症日、実施日が年月までしか分からない場合は、1日付けとしてください。

(フリーコメント記載欄)

<フォローアップ(1年後)>

所属外施設症例の場合、実施施設担当者の先生が記載して、データセンター宛てお送りください
 送信先 FAX No.: 086-422-6409 / E-mail: cto.e.registry@gmail.com

FU 実施の有無	○ 有り ○ 無し	*来院、電話連絡等、いかなる方法においても情報収集ができなかった場合は「無し」とする *FU 実施「無し」の場合は、以降入力不要です
	有りの場合 FU の実施方法: ○ 来院 ○ 電話連絡 ○ 手紙 ○ 他院からの情報 ○ その他() 上記 FU 実施日: 年 月 日 ※1 年を経過した後にフォローアップを実施してください	
後日完全血行再建 目的 PCI 施行	○ 有り ○ 無し ○ 不明	
	「有り」の場合 施行日: 年 月 日 □ 不明 後日完全血行再建達成: ○ 達成 ○ 非達成	
死亡	○ 有り ○ 無し ○ 不明	
	「有り」の場合 死亡日: 年 月 日 □ 不明 原因: ○ 非心臓死 ○ 心臓死 ○ 不明 コメント: ()	
非致死性 MI	○ 有り ○ 無し ○ 不明	
	「有り」の場合 発症日: 年 月 日 □ 不明	
ステント血栓症	○ 有り ○ 無し ○ 不明	
	「有り」の場合: ○ definite ○ probable ○ possible 発症日: 年 月 日 □ 不明	
狭心症状	○ 有り ○ 無し ○ 不明	
	「有り」の場合 発症日: 年 月 日 □ 不明 CCS 分類: ○ I ○ II ○ III ○ IV ○ 不明	
フォローアップ Angio の実施 (CAG、CT)	○ 有り ○ 無し ○ 不明	
	「有り」の場合: ○ CAG ○ CT 実施日: 年 月 日 □ 不明 CTO_PCI 部位の評価: ○ restenosis 無し ○ restenosis (QCA DS≥50%) ○ reocclusion ○ その他()	
再血行再建	○ 有り ○ 無し ○ 不明	
	「有り」の場合①: 実施日: 年 月 日 □ 不明 詳細: ○ TLR ○ TVR ○ n-TVR ○ CABG 「有り」の場合②: 実施日: 年 月 日 □ 不明 詳細: ○ TLR ○ TVR ○ n-TVR ○ CABG ※3 回目以降はフリーコメント欄に記載してください。	
脳血管障害	○ 有り ○ 無し ○ 不明	
	「有り」の場合 発症日: 年 月 日 □ 不明	
悪性新生物	○ 有り ○ 無し ○ 不明	
	「有り」の場合 診断日: 年 月 日 □ 不明	
血清 Cre 値	mg/dl (測定日: 年 月 日) □ 測定なし	

※イベント発症日、実施日、診断日が年月までしか分からない場合は、1 日付けとしてください。

(フリーコメント記載欄)

<フォローアップ(2年後)>

所属外施設症例の場合、実施施設担当者の先生が記載して、データセンター宛てお送りください
送信先 FAX No.: 086-422-6409 / E-mail: cto.e.registry@gmail.com

FU 実施の有無	○ 有り ○ 無し	*来院、電話連絡等、いかなる方法においても情報収集ができなかった場合は「無し」とする *FU 実施「無し」の場合は、以降入力不要です
	有りの場合 FU の実施方法: ○ 来院 ○ 電話連絡 ○ 手紙 ○ 他院からの情報 ○ その他() 上記 FU 実施日: 年 月 日 ※2 年を経過した後にフォローアップを実施してください	
後日完全血行再建 目的 PCI 施行	○ 有り ○ 無し ○ 不明	
	「有り」の場合 施行日: 年 月 日 □ 不明 後日完全血行再建達成: ○ 達成 ○ 非達成	
死亡	○ 有り ○ 無し ○ 不明	
	「有り」の場合 死亡日: 年 月 日 □ 不明 原因: ○ 非心臓死 ○ 心臓死 ○ 不明 コメント: ()	
非致死性 MI	○ 有り ○ 無し ○ 不明	
	「有り」の場合 発症日: 年 月 日 □ 不明	
ステント血栓症	○ 有り ○ 無し ○ 不明	
	「有り」の場合: ○ definite ○ probable ○ possible 発症日: 年 月 日 □ 不明	
狭心症状	○ 有り ○ 無し ○ 不明	
	「有り」の場合 発症日: 年 月 日 □ 不明 CCS 分類: ○ I ○ II ○ III ○ IV ○ 不明	
フォローアップ Angio の実施 (CAG、CT)	○ 有り ○ 無し ○ 不明	
	「有り」の場合: ○ CAG ○ CT 実施日: 年 月 日 □ 不明 CTO_PCI 部位の評価: ○ restenosis 無し ○ restenosis (QCA DS \geq 50%) ○ reocclusion ○ その他()	
再血行再建	○ 有り ○ 無し ○ 不明	
	「有り」の場合①: 実施日: 年 月 日 □ 不明 詳細: ○ TLR ○ TVR ○ n-TVR ○ CABG 「有り」の場合②: 実施日: 年 月 日 □ 不明 詳細: ○ TLR ○ TVR ○ n-TVR ○ CABG ※3 回目以降はフリーコメント欄に記載してください。	
脳血管障害	○ 有り ○ 無し ○ 不明	
	「有り」の場合 発症日: 年 月 日 □ 不明	
悪性新生物	○ 有り ○ 無し ○ 不明	
	「有り」の場合 診断日: 年 月 日 □ 不明	
血清 Cre 値	mg/dl (測定日: 年 月 日) □ 測定なし	

※イベント発症日、実施日、診断日が年月までしか分からない場合は、1 日付けとしてください。

(フリーコメント記載欄)

＜フォローアップ(3年後)＞

所属外施設症例の場合、実施施設担当者の先生が記載して、データセンター宛てお送りください
送信先 FAX No.: 086-422-6409 / E-mail: cto.e.registry@gmail.com

FU 実施の有無	<input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し <div style="font-size: small; margin-top: 5px;"> *来院、電話連絡等、いかなる方法においても情報収集ができなかった場合は「無し」とする *FU 実施「無し」の場合は、以降入力不要です </div> 有りの場合 FU の実施方法: <input type="radio"/> 来院 <input type="radio"/> 電話連絡 <input type="radio"/> 手紙 <input type="radio"/> 他院からの情報 <input type="radio"/> その他() 上記 FU 実施日: 年 月 日 ※3 年を経過した後にフォローアップを実施してください
後日完全血行再建 目的 PCI 施行	<input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し <input type="radio"/> 不明 「有り」の場合 施行日: 年 月 日 <input type="checkbox"/> 不明 後日完全血行再建達成: <input type="radio"/> 達成 <input type="radio"/> 非達成
死亡	<input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し <input type="radio"/> 不明 「有り」の場合 死亡日: 年 月 日 <input type="checkbox"/> 不明 原因: <input type="radio"/> 非心臓死 <input type="radio"/> 心臓死 <input type="radio"/> 不明 コメント: ()
非致死性 MI	<input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し <input type="radio"/> 不明 「有り」の場合 発症日: 年 月 日 <input type="checkbox"/> 不明
ステント血栓症	<input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し <input type="radio"/> 不明 「有り」の場合: <input type="radio"/> definite <input type="radio"/> probable <input type="radio"/> possible 発症日: 年 月 日 <input type="checkbox"/> 不明
狭心症状	<input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し <input type="radio"/> 不明 「有り」の場合 発症日: 年 月 日 <input type="checkbox"/> 不明 CCS 分類: <input type="radio"/> I <input type="radio"/> II <input type="radio"/> III <input type="radio"/> IV <input type="radio"/> 不明
フォローアップ Angio の実施 (CAG、CT)	<input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し <input type="radio"/> 不明 「有り」の場合: <input type="radio"/> CAG <input type="radio"/> CT 実施日: 年 月 日 <input type="checkbox"/> 不明 CTO_PCI 部位の評価: <input type="radio"/> restenosis 無し <input type="radio"/> restenosis (QCA DS≥50%) <input type="radio"/> reocclusion <input type="radio"/> その他()
再血行再建	<input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し <input type="radio"/> 不明 「有り」の場合①: 実施日: 年 月 日 <input type="checkbox"/> 不明 詳細: <input type="radio"/> TLR <input type="radio"/> TVR <input type="radio"/> n-TRV <input type="radio"/> CABG 「有り」の場合②: 実施日: 年 月 日 <input type="checkbox"/> 不明 詳細: <input type="radio"/> TLR <input type="radio"/> TVR <input type="radio"/> n-TRV <input type="radio"/> CABG ※3 回目以降はフリーコメント欄に記載してください。
脳血管障害	<input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し <input type="radio"/> 不明 「有り」の場合 発症日: 年 月 日 <input type="checkbox"/> 不明
悪性新生物	<input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し <input type="radio"/> 不明 「有り」の場合 診断日: 年 月 日 <input type="checkbox"/> 不明
血清 Cre 値	mg/dl (測定日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 測定なし

※イベント発症日、実施日、診断日が年月までしか分からない場合は、1日付けとしてください。

(フリーコメント記載欄)

<中止時>

所属外施設症例の場合、実施施設担当者の先生が記載して、データセンター宛てお送りください
送信先 FAX No.: 086-422-6409 / E-mail: cto.e.registry@gmail.com

追跡中止日	年 月 日 (中止せざるを得ないイベント発生の日を中止日としてください)
追跡中止理由	<input type="radio"/> 死亡 <input type="radio"/> その他
	「その他」の詳細 ()

(フリーコメント記載欄)