



## ＜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： <input type="checkbox"/> 現在喫煙 <input type="checkbox"/> 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 ( ) <span style="color: red;">※維持透析が「有り」の場合、Cre の入力是不要です</span>		

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	○無症候性虚血 ○安定狭心症 ○不安定狭心症 ○陳旧性心筋梗塞 ○急性心筋梗塞
狭心症	○ 有り ○ 無し ○ 不明
	「有り」の場合 CCS 分類: ○ I ○ II ○ III ○ IV
心不全	○ 有り ○ 無し ○ 不明
	「有り」の場合 NYHA 分類: ○ I ○ II ○ III ○ 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	○ 未施行 ○ 陰性 ○ 陽性 ○ 判定不能
CT	○ 未施行 ○ 施行 ○ 不明
術前血清 Cre <sup>1)</sup>	mg/dl (測定日: _____) <input type="checkbox"/> 測定なし
eGFR <sup>2)</sup>	自動計算
LVEF 評価方法	○ 未評価 ○ UCG ○ RI ○ MRI ○ LVG ○ CT
	「未評価」以外の場合: LVEF ( _____ ) % 壁運動 CTO 領域: ○ 正常(normal) ○ 壁運動低下(hypokinesis) ○ 無収縮(akinesis) ○ 収縮期膨隆(dyskinesis)
残存心筋 評価方法	○ 未評価 ○ UCG ○ RI ○ MRI ○ LVG ○ CT
	「未評価」以外の場合 CTO 領域の残存心筋は: ○ 有り ○ 無し ○ 不明
EuroScore II <sup>3)</sup>	(国内症例の場合、必須)

1) 1 mg/dL = 88.4 μmol/L

2) eGFR (ml/分/1.73m<sup>2</sup>) = 194 × Cr-1.094 × 年齢-0.287 (男性)eGFR (ml/分/1.73m<sup>2</sup>) = 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="radio"/> 完全血行再建を目的とする <input type="radio"/> 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

**<冠動脈病変基本情報>**

多枝病変 <sup>1)</sup>	<input type="radio"/> SVD <input type="radio"/> DVD <input type="radio"/> TVD <input type="radio"/> LMT + MVD				
有意病変枝	<input type="checkbox"/> RCA	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> other
	<input type="checkbox"/> LAD	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
	<input type="checkbox"/> LCX	<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15
	<input type="checkbox"/> LMT	<input type="checkbox"/> 入口部	<input type="checkbox"/> 体部(body)	<input type="checkbox"/> 分岐	
	<input type="checkbox"/> Graft	<input type="checkbox"/> LITA	<input type="checkbox"/> RITA	<input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> SVG <input type="checkbox"/> GEA
	グラフト吻合先:		<input type="checkbox"/> →RCA	<input type="checkbox"/> →LAD	<input type="checkbox"/> →LCX
コメント					
うち CTO 罹患枝	<input type="checkbox"/> RCA <input type="checkbox"/> LAD <input type="checkbox"/> LCX <input type="checkbox"/> LMT <input type="checkbox"/> Graft				

(graft が治療不要(intact)の場合は grafted native artery は有意病変枝または CTO と見做さない)

Jeopardized Collateral	<input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し <input type="radio"/> 不明
	「有り」の場合 donor artery を CTO_PCI 前に治療を行った: <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No

標的 CTO 病変数	<input type="radio"/> 1 病変 <input type="radio"/> 2 病変
標的病変枝	<input type="checkbox"/> RCA <input type="checkbox"/> LAD <input type="checkbox"/> LCX <input type="checkbox"/> LMT <input type="checkbox"/> Graft
	グラフト吻合先: <input type="checkbox"/> →RCA <input type="checkbox"/> →LAD <input type="checkbox"/> →LCX

※2 病変の治療を行う場合は、長期予後追跡調査は原則不要です。

コアラボのみ記載項目 (術者は記入不要)		
術前 angio 画像不備	<input type="radio"/> 有り 不備内容:( )	
Syntax Score <sup>2)</sup>		<input type="radio"/> 算出不能

1) staged PCI の場合、一連の PCI 前の罹患枝数

2) Syntax Score:(<http://www.syntaxscore.com/>)※      :術者、コアラボの併記※      :コアラボのみ記入 (術者は記入不要)

- 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)

## <CTO病変背景>

**\* 2 病変症例の場合は、<CTO 病変背景>から<手技結果>までをコピーして記入してください。**

<b>CTO 病変部位</b>	○ RCA	AHA 分類	○ 1	○ 2	○ 3	○ other
	○ LAD	AHA 分類	○ 6	○ 7	○ 8	○ other
	○ LCX	AHA 分類	○ 11	○ 13	○ other	
	○ LMT	閉塞部位	○ body	○ bifurcation	○ ostium	
	○ Graft	○ →RCA	○ →LAD	○ →LCX		
<b>ISR_CTO</b>	○ No    ○ Yes 「Yes」の場合 閉塞 STENT 分類: <input type="checkbox"/> BMS <input type="checkbox"/> DES <input type="checkbox"/> BVS <input type="checkbox"/> 不明					
<b>閉塞期間 評価</b>	○ 評価不能    ○ 病歴上の評価    ○ CAG にて確認 「病歴上の評価」「CAG にて確認」の場合 閉塞期間: (                      ヶ月)					
<b>本 CTO 枝に対する CABG 歴</b>	○ 有り (graft failure)    ○ 有り (graft failure 無し)    ○ 無し					
<b>本 CTO に対する PCI 歴</b>	○ 有り                    ○ 無し					
	「有り」の場合、下記より選択: <input type="checkbox"/> antegrade only <input type="checkbox"/> bidirectional <input type="checkbox"/> 不明					
	同じ術者かどうか:    ○ Yes            ○ No					
	不成功理由: <input type="checkbox"/> GW の CTO 不通過 <input type="checkbox"/> retrograde access 不可 <input type="checkbox"/> device 不通過 <input type="checkbox"/> 合併症 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他 (                                      )					

<b>コアラボのみ記載項目 (術者は記入不要)</b>	<b>CTO 判定 (コアラボ)</b>	○ Yes    ○ No    ○ 判定困難    Yes の場合: ○ 確定的 CTO    ○ subtotal
	<b>最終 CTO 判定</b>	○ 確定的 CTO    ○ subtotal    ○ No    ○ 判定困難
	<b>解剖学的適応選択の是非 (コアラボ)</b>	○ Yes    ○ No    ○ 判定困難 「No」の理由: ○ 主要冠動脈または主要冠動脈枝に相当する有意な還流域を有する分枝とは認められない ○ TIMI ≥ 1            ○ Tandem もしくは同一主要冠動脈枝の CTO である ○ その他 (                                      )
	<b>解剖学的適応選択の是非 最終判定</b>	○ Yes    ○ No    ○ 判定困難 ※ 解剖学的適応選択の是非が「No」の場合、長期予後追跡調査は不要です。
	<b>CTO 位置</b>	○ ostial    ○ proximal    ○ mid    ○ distal    ○ 解析不能
	<b>Tandem CTO <sup>1)</sup></b>	○ No    ○ Yes    ○ 解析不能
	<b>分岐部 CTO <sup>2)</sup></b>	○ No    ○ Yes    ○ 解析不能    Yes の場合: <input type="checkbox"/> entry <input type="checkbox"/> exit
	<b>対象血管径 (末梢)</b>	○ ≥3.5mm    ○ 3.5-3.0    ○ 3.0-2.5    ○ <2.5mm    ○ 解析不能
	<b>閉塞長</b>	○ ≥20mm    ○ <20mm    ○ 解析不能
	<b>側副血行</b>	○ 無し    ○ 同側    ○ 対側    ○ 対側+同側    ○ 解析不能
	<b>側副血行路 <sup>3)</sup></b>	○ CC0    ○ CC1    ○ CC2    ○ 解析不能
	<b>石灰化 <sup>4)</sup></b>	○ 無し    ○ 軽度    ○ 中等度    ○ 高度    ○ 解析不能
	<b>病変近位部の蛇行 <sup>5)</sup></b>	○ ストレート    ○ 軽度    ○ 中等度    ○ 高度    ○ 解析不能
	<b>CTO 閉塞部 屈曲の有無</b>	○ 有り    ○ 無し    ○ 解析不能
	<b>CTO 入口部形態 <sup>6)</sup></b>	○ Tapered/Tunnel    ○ Blunt    ○ No Stump    ○ 解析不能
<b>CTO 末梢断端造影</b>	○ 良 (入口部と同等濃度)    ○ 不良 (入口部未満)    ○ 造影されず    ○ 解析不能	
<b>CTO 末梢断端血管腔</b>	○ ≥3.0mm    ○ 3.0-1.0mm    ○ <1.0mm    ○ 解析不能	

## <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 <b>※術者、コアラポの併記</b>	
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)

<b>【antegrade only】</b> * 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( )

<b>【区分⑤の場合】</b> * 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: <span style="float: right; font-size: small;">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</span>
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



## &lt;手技結果&gt;

【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 <sup>1)</sup>	<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 <sup>1)</sup>	分 造影剤量 <sup>2)</sup> ml
透視時間 <sup>3)</sup> (Fluo Time)	分(合計時間)
吸収線量 <sup>4)</sup> (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量のみ(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)

※  : 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。

<b>手技総括コメント</b>  ※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](mailto: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: <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 <b>※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</b>	
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 <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	○ 有り ○ 無し ○ 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	○ 有り ○ 無し ○ 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	○ 有り ○ 無し ○ 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	○ 有り ○ 無し ○ 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)	○ 有り ○ 無し ○ 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 $\geq$ 50%) <input type="radio"/> reocclusion <input type="radio"/> 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 <input type="checkbox"/> 不明 詳細: <input type="radio"/> TLR <input type="radio"/> TVR <input type="radio"/> n-TVR <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-TVR <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	○ 有り ○ 無し ○ 不明	
	「有り」の場合 発症日:      年      月      日 <input type="checkbox"/> 不明	
悪性新生物	○ 有り ○ 無し ○ 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)

**<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](mailto: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 <b>※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</b>	
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(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](mailto:cto.e.registry@gmail.com)

FU 実施の有無	<input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し <small>*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</small>
	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 <b>※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</b>
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
	<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 $\geq$ 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-TVR <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-TVR <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)

## &lt;フォローアップ(4年後)&gt;

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](mailto:cto.e.registry@gmail.com)

FU 実施の有無	<input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し	<small>*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</small>
	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 ※4 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 $\geq$ 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](mailto: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)