

#2 JOANR 入力用フォーム① 解剖学的 TSA / リバース型 TSA

JOANR 調査票

症例毎に記入。調査票はコピーしてご使用下さい。

手術日	西暦	年	月	日()	入力者		備考	
-----	----	---	---	------	-----	--	----	--

A 基本項目

手術日	年	月	日	加工 ID	
患者姓名(カタカナ)	姓名 []	患者生年月日	年	月	日
患者生まれた場所(都道府県名)		患者性別	男性 / 女性		
術式		病名			
手術時間 ※1	[] 時間 [] 分	麻酔時間	[] 時間 [] 分		
術者氏名	姓名 []	助手氏名	姓名 []		
看護師数	[] 人	技師数	[] 人		

B 初回手術 (初回の人工肩関節置換術として解剖学的 TSA またはリバース型 TSA を選択した場合)

選択した TSA	解剖学的 TSA / リバース型 TSA	手術側	右 / 左	利き腕	右 / 左
既往手術 ※2	なし / 腱板修復術(鏡視下・オープン) / 上腕骨近位端骨折 / 関節脱臼制動術 / その他()				
手術診断名	Cuffteararthritis(CTA) / 腱板広範囲断裂 / 一次性 OA / RA または RA 類似疾患 / 上腕骨近位端骨折 / 骨折続発症 / ION / その他()				

C 再手術 (再手術とはいかなる理由でもインプラントを抜去または入れ換えた場合とする。)

初回手術について	初回手術年月日(西暦)	年	月	日	初回手術施設名	
	手術診断名	Cuffteararthritis(CTA) / 腱板広範囲断裂 / 一次性 OA / RA または RA 類似疾患 / 上腕骨近位端骨折 / 骨折続発症 / ION / その他()				
	初回手術名	人工骨頭置換術 / 解剖学的 TSA / リバース型 TSA				
選択した TSA	解剖学的 TSA / リバース型 TSA	手術側	右 / 左			
手術の理由	loosening(上腕骨・肩甲骨) / 感染・脱臼・instability / インプラント破損(上腕骨・肩甲骨) / ポリエチレン摩耗(上腕骨・肩甲骨) / 外傷 / 可動域制限 / その他()					
手術の内容	抜去のみ(上腕骨・肩甲骨・insert) / 抜去+待機手術(上腕骨・肩甲骨・insert)(関節窩形成・抗生剤入りスペーサー挿入) / 再置換(上腕骨・肩甲骨・insert)					
抜去したインプラント名		上腕骨	肩甲骨	insert		
	メーカー名					
	商品名					
設置年月日	年	月	日	年	月	日

D 手術手技 (再手術の時、登録が不要な項目は不要が選択可能。アプローチは除く。)

アプローチ	Deltopectoral / Anterosuperior / その他()				
腱板断裂	なし / あり(棘上筋・棘下筋・肩甲下筋・小円筋)	腱板修復	なし / あり(棘上筋・棘下筋・肩甲下筋・小円筋)		
セメント ※3	セメントレス / Hybrid(上腕骨・肩甲骨) / セメント	上腕骨インプラント設置後捻角度			度
抗生剤含有セメント	なし / あり(「抗生剤名」 を グラム / セメント1パック)				
骨移植 ※4	なし / 一部あり(自家・同種)(上腕骨・肩甲骨) / あり(自家・同種)(上腕骨・肩甲骨)				
生体活性材料(人工骨など)の使用	なし / 一部あり(上腕骨・肩甲骨) / あり(上腕骨・肩甲骨)				
部品・補強部品 ※5	なし / あり(関節窩・上腕骨)				

#2 JOANR 入力用フォーム② 解剖学的 TSA / リバース型 TSA

JOANR 調査票

症例毎に記入。調査票はコピーしてご使用下さい。

手術日 西暦 年 月 日 ()

入力者

備考

E 使用したコンポーネント (ラベルを貼付)

グレノイドコンポーネント / ベースプレート

部品・補強部品

ステム

インサート

セメント

ヘッド / グレノスフィア

生体活性材料

メタフィシス

その他

解剖学的 TSA / リバース型 TSA

- 術者が入力用フォームを作成し、施設内のデータ入力担当者が JOANR 症例登録を行う。
JOANR 入力フォームは事務局へは送付しない。
- 両側同時手術は入力用フォームを 2 セット作成し、JOANR では 1 つの症例で登録する。
例えば、左右どちらも初回手術の場合、入力用フォームは、A 基本項目は同じ内容で、B 初回手術 (右、左)、D 手術手技 (右、左)、E 使用したコンポーネント (右、左) をそれぞれ作成。
JOANR 症例登録は手術側で両側を選択し、両側の内容を 1 症例データに入力。

※1 手術時間

左右同時の場合は合計時間を入力する。

※2 既往手術

今回の手術側の肩関節に関する既往手術のみを入力。

※3 セメント

再手術でセメントスペーサーやセメントモールドにセメントを使った場合「不要」を選択する。

※4 骨移植

「一部あり」は cyst や小欠損に対する骨移植、「あり」は明らかな骨欠損に対する骨移植や impaction bone graft など。

※5 部品・補強部品

部 品： グレノイドコンポーネント/ベースプレート、ステム、insert、ヘッド/グレノスフィア、メタフィシスの本体に付属するもの (グレノイドポスト、スリーブ等)

補強部品： 骨、インプラントを補強するもの (augmentation、plate 等)

スクリューは登録対象外