

別紙 3：PMS 項目 （● 必須 ○ 任意）

	収集項目	初診 ～ 術前	手技	退院 時	フォローアップ				
					3 ヶ 月	6 ヶ 月	12 ヶ 月	24 ヶ 月	36 ヶ 月
登録時基本 情報	登録日（__年__月__日）	●							
	患者同意取得日	●							
	生年月	●							
	性別   □男   □女	●							
	喫煙習慣 □あり   □過去にあり   □なし	●							
	飲酒習慣 □習慣的飲酒あり   □機会飲酒あり   □なし	●							
	既往歴 □心筋梗塞   □狭心症 □脳梗塞   □脳出血   □くも膜下出血 □大動脈解離   □末梢動脈疾患 □癌（部位：          ）	●							
	現在の疾患（心血管リスク因子の合併） □糖尿病   □脂質異常症       □心不全 □心房細動（□発作性   □持続性/長期持続性/永続性） □慢性腎臓病（eGFR<60）   □高尿酸血症 □睡眠時無呼吸症候群（□未治療   □口腔内装置使用中 □CPAP 使用中   □CPAP 忍容性なし）	●							
内分泌性高 血圧などの 除外	原発性アルドステロン症   有□   無□	●							
	クッシング症候群・クッシング病   有□   無□	●							
	褐色細胞腫・パラガングリオーマ   有□   無□	●							
	甲状腺機能亢進症または機能低下症   有□   無□	●							
	腎血管性高血圧   有□   無□	●							
身長・体重	身長	●							
	体重	●			●	●	●	●	●
血圧（脈拍 を含む）	ABPM（24 時間、昼間、夜間）	●			●		●	●	●
	診察室血圧（座位で 2 回測定しそれぞれの値）	●		●	●	●	●	●	●
	家庭血圧（3 日間以上の平均）	●			●	●	●	●	●
	降圧剤の剤数/日（配合剤・複合体は有効成分数に分ける）	●			●	●	●	●	●
	降圧剤ごとの 1 日用量（サクビトリル・バルサルタンは複合体としての用量）	●			●	●	●	●	●
血液検査	Cr	●			●		●	●	●
	eGFR	●			●		●	●	●
	NT-proBNP	●					●	●	●
	HbA1c	○							
	レニン活性	●							
	アルドステロン濃度	●							
	血中ノルアドレナリン	○							
尿検査	尿検査（タンパク尿定性）	●					●	●	●
心電図	SV1+RV5   __ mV	●					●	●	●
	ストレインパターン   選択   □無   □有								
心エコー	LVDd	●					●	○	○
	LVDs								
	LVEF								
	IVST								
	PWT								
	LAD								
	LAVI	○				○	○	○	
	E/A								
	E/e’								
	腎動脈エコー	腎動脈狭窄   □無   □有（□右   □左）	●			●			

副腎・腎動脈 CT/MRA	副腎腫瘍 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 )		●							
	腎動脈狭窄 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 )									
腎デナベーション施行治療手技	手技日		●							
	術者名									
	Device Lot 番号									
	デバイスの種類 選択 <input type="checkbox"/> 高周波 (メドトロニック) <input type="checkbox"/> 超音波 (大塚メディカルデバイス)									
	高周波デバイス	超音波デバイス								
	Ablation 箇所 数字入力 右__ 左__	使用したバルーン径 選択 <input type="checkbox"/> 3.5 <input type="checkbox"/> 4.2 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 (複数選択可)								
		Sonation 箇所 数字入力 右__ 左__ __								
		Sonation 2 か所以上 <input type="checkbox"/> 両側達成 <input type="checkbox"/> 非達成								
	治療可能な腎副動脈の有無 選択 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 (複数選択可)									
	腎副動脈の治療 選択 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 (複数選択可)									
	造影剤量 数字 ____ml									
	透視時間 数字 ____分									
	Procedure time (シース挿入からシース抜去までの時間) 数字 ____分									
	Closure device の有無 (高周波デバイスのみ要入力) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無									
	手技成功 <input type="checkbox"/> 成功 <input type="checkbox"/> 不成功 (治療可能な腎動脈・腎副動脈において推奨される ablation/sonication が実施できた)									
	周術期合併症 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 穿刺部トラブル 仮性動脈瘤、動静脈シャント <input type="checkbox"/> 腎動脈等血管損傷 <input type="checkbox"/> 腎出血 <input type="checkbox"/> 塞栓症 <input type="checkbox"/> その他									
機器の不具合 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有										
主要な有害イベント	高血圧緊急症の発症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				●	●	●	●	●	●
	低血圧による入院 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有									
	心房細動の新規発症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有									
	心筋梗塞の新規発症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有									
	脳卒中の新規発症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有									
	新たな心不全入院 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有									
	腎複合エンドポイントの発症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有									
	大血管疾患 (大動脈解離・大動脈瘤) ・末梢動脈疾患の新規発症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有									
	心血管死 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有									
	心血管死以外の死亡 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有									
	上記以外の有害イベント <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (有の場合は具体的合併症名の記載 )									