

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 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	●							
	喫煙習慣 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 過去にあり <input type="checkbox"/> なし	●							
	飲酒習慣 <input type="checkbox"/> 習慣的飲酒あり <input type="checkbox"/> 機会飲酒あり <input type="checkbox"/> なし	●							
	既往歴 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> くも膜下出血 <input type="checkbox"/> 大動脈解離 <input type="checkbox"/> 末梢動脈疾患 <input type="checkbox"/> 癌 (部位:)	●							
	現在の疾患 (心血管リスク因子の合併) <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 心房細動 (<input type="checkbox"/> 発作性 <input type="checkbox"/> 持続性/長期持続性/永続性) <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 (eGFR<60) <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群 (<input type="checkbox"/> 未治療 <input type="checkbox"/> 口腔内装置使用中 <input type="checkbox"/> CPAP 使用中 <input type="checkbox"/> CPAP 忍容性なし)	●							
	原発性アルドステロン症 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	●							
	クッシング症候群・クッシング病 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	●							
内分泌性高血圧などの除外	褐色細胞腫・パラガンギオーマ 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	●							
	甲状腺機能亢進症または機能低下症 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	●							
	腎血管性高血圧 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	●							
	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 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 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)						
腎デバイ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)					
		Sonication 箇所 数字入力 右__ 左__					
		Sonication 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)						