

冠狀動脈血管支架置入術工作記錄單

修訂日期：101.10.01
增修日期：107.09.01
增修日期：111.01.01

一、基本資料

醫院	名稱			電話	
病人	姓名			病歷號	
	性別		年齡	電話	
	地址				
手術	醫師		第一助手醫師	電話	
	日期		開始時間	結束時間	

二、氣球擴張術資料

標的血管：左前降枝血管 左迴旋枝血管 右冠狀動脈
靜脈繞道血管 其他繞道血管 _____ (請說明)

標的病灶：原發病灶 再狹窄病灶

術前血管參考段(正常)管徑：_____毫米

術前病灶最狹窄管徑：_____毫米

術前病灶長度：_____毫米，病灶最嚴重狹窄度_____%

氣球導管：廠牌_____型式_____大小_____毫米 最大壓力_____bar

廠牌_____型式_____大小_____毫米 最大壓力_____bar

廠牌_____型式_____大小_____毫米 最大壓力_____bar

引導導管：廠牌_____型式_____管徑_____French

廠牌_____型式_____管徑_____French

前次氣球擴張術日期：_____年_____月_____日

繞道接枝手術日期：_____年_____月_____日

三、血管內支架術之資料

使用適應症：

擴張術後病灶殘餘狹窄管徑：_____毫米，殘餘狹窄度_____%

擴張術後血管參考段(正常)管徑：_____毫米

使用支架：廠牌_____型號_____規格(直徑×長度)

廠牌_____型號_____規格(直徑×長度)

支架使用後之成果：成功 失敗 掉落 取出 其他

支架使用後病灶殘餘狹窄度_____%

支架術相關併發症：無 有_____ (請說明)

病人臨床結果：痊癒 死亡 緊急手術_____ (請說明)

手術後狀況

四、適應症條件界定所需相關資料

內膜剝離長度大於十五毫米以上。 對比劑在血管外顯影，嚴重度在 Type B(含)以上。

冠狀動脈病灶血流等級在 TIMI 2(含)或以下者 經一比一之氣球與血管內徑比之氣球正常建議壓力擴張後，殘餘狹窄仍大於百分之四十以上或殘餘狹窄經測量 $FFR \leq 0.8$ 或 $iFR \leq 0.89$ 者或 $DFR \leq 0.89$ 或 $RFR \leq 0.89$ 。

特異病灶：1、開口處(ostial)病灶 2、慢性完全阻塞(二個月(含)以上) 3、AMI 12小時(含)以內。