

送付先：画像診断事務局（郵送）

国立成育医療研究センター 放射線診療部 宮寄 治 宛
FAX：03-5494-8269
TEL：03-3416-0181（内線：2730、2700）

受付日：20 年 月 日

受付者：_____

データセンター記入欄（何も記入しないでください）

小児上衣腫臨床試験 摘出度中央判定依頼票

（小児上衣腫に対する術後腫瘍残存程度と組織型によるリスク分類を用いた集学的治療第Ⅱ相試験）

一次登録コード：_____

施設名・科名		
TEL	FAX	E-mail
担当医師名	記入者名	記入日 20 年 月 日

* 直接問い合わせに対応していただける方の連絡先（TEL, FAX, E-mail）を記入してください。

登録時の状況

登録に必要な確認事項

該当する欄に記入，または□に✓をいれてください

患者背景情報

患者年齢 3歳以上20歳未満である（ _____ 歳）

生年月日(西暦) 20 年 月 日

性別 男 女

腫瘍の初発日 20 年 月 日

手術日 20 年 月 日

治療歴 放射線治療・化学療法の既往がない

同意状況 患者本人／代諾者から文章同意が得られている（16歳以上：代諾者および本人，15歳以下：代諾者）

手術と腫瘍に関する情報

施設病理組織診断 上衣腫 WHO Grade II

退形成性上衣腫 WHO Grade III

病理レポート未着

腫瘍の発生部位 テント上

テント下

摘出度の術中判定 術中に手術用顕微鏡下で残存腫瘍を認めない

術中に手術用顕微鏡下で残存腫瘍を認める（部位： _____）

その他の診断

頭部・脊髄 MRI 原発巣以外のあきらかな播種性病変を認めない

全身状態 ECOG Performance Status (PS)が3以下である

除外基準 該当しない（活動性の重複がん，治療を有する心疾患，授乳中もしくは授乳中の女性）

登録時 MRI 画像データ 術前・術後 MRI 画像の DICOM データ（CD-ROM）を同時に送付することを確認

発症から術後までの臨床経過（中央画像診断による摘出度判定用）：

画像診断に関する参考所見

- * 残存が解剖学的にどこにあるのか記載してください。必要に応じて図示してください。
- * 止血剤など、画像だけで判断が付きにくい点についてのコメントをお願いします。
- * 残存腫瘍の部位を後頭蓋窩では脳幹，小脳などと記載し，天幕上では脳室壁，白質，大脳皮質などと記載する。後頭蓋窩あるいは天幕上の腫瘍に巻き込まれた構造物として，脳神経，主要血管（動脈，静脈）なども記載する。

