

(様式T5-1)

実施施設基準審査申請書(胸部)

西暦 年 月 日

関連学会構成

ステントグラフト実施基準管理委員会 御中

当施設は、企業製造ステントグラフトによる胸部大動脈瘤治療の実施施設基準について審査を申請いたします。

施設名

施設長名

公印

〒

 -

施設住所

TEL

FAX

実施施設基準

- | | | |
|----------|---|---|
| 1) 設備・人員 | 手術室あるいは清潔と緊急手術対応が確保された血管内治療室にDSA装置が常設され、大血管手術が可能な体制がある。 | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/> |
| 2) 手術実績 | 胸部大動脈瘤10例を含む血管外科手術や血管内治療を年間30例以上施行している。 | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/> |
| 3) 外科の協力 | 胸部大動脈瘤破裂あるいは急性大動脈解離に対する手術を5例以上経験している常勤外科医の迅速な対応が得られる。 | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/> |

付帯事項

調査体制	委員会がおこなう追跡調査に協力する。	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>
------	--------------------	---

(確認の○を記入)

付記：実施体制等に変更があったときは、速やかに管理委員会宛に変更届け（様式T6）および必要に応じて様式T1-7、様式T5-2、様式T5-3、様式T5-4を提出すること