

胸部実技評価チェックシート

ステントグラフト機種名： _____

施設名： _____

術者： _____

患者ID： _____ 症例実施年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

診断： _____

結果： _____

エンドリーク（無 I II III IV） グラフトの開存（開存 閉塞） 留置位置（問題なし 問題あり）

コメント _____

評価項目	問題なし	やや問題あり	不十分
1. アクセスルートの評価及びconduitなどの適切な処置の必要性の判断ができる			
□指導医コメント			
2. 挿入前の準備ができる(フラッシュ、透視でのマーカの確認等)			
□指導医コメント			
3. 血管造影による留置位置の確認ができ、適切な長さのデバイスを選択できる			
□指導医コメント			
4. 操作手順を把握し、スムーズに留置ができる			
□指導医コメント			
5. 安全への配慮をおこなっている(血管損傷、血管塞栓、塞栓症 等の防止、シース除去後のアクセス血管の状態の確認等)			
□指導医コメント			
6. 適切な併用デバイス(カテーテル・ガイドワイヤーなど)を選択し、操作ができる			
□指導医コメント			
7. エンドリークへの対処ができる(バルーン拡張術、ステント留置等)			
□指導医コメント			
8. 合併症・トラブルへの対処ができる			
□指導医コメント			
9. その他 (_____)			
□指導医コメント			
10. 総合評価			
□指導医コメント			

指導医氏名： _____ 記載年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日