

腹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ⅠⅡⅢⅣ）☐ 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.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）			
<input type="checkbox"/> 指導医コメント			
2.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			
<input type="checkbox"/> 指導医コメント			
3.操作手順を把握し、スムーズに留置ができる			
<input type="checkbox"/> 指導医コメント			
4.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）			
<input type="checkbox"/> 指導医コメント			
5.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			
<input type="checkbox"/> 指導医コメント			
6.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）			
<input type="checkbox"/> 指導医コメント			
7.合併症・トラブルへの対処ができる			
<input type="checkbox"/> 指導医コメント			
8.その他（ <div></div> ）			
<input type="checkbox"/> 指導医コメント			
9.総合評価			
<input type="checkbox"/> 指導医コメント			

指導医氏名：記載年月日年月日