

胸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 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                  |      |        |     |
| <input type="checkbox"/> 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）                           |      |        |     |
| <input type="checkbox"/> 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                      |      |        |     |
| <input type="checkbox"/> 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                                    |      |        |     |
| <input type="checkbox"/> 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、シース抜去後のアクセス血管の状態の確認等） |      |        |     |
| <input type="checkbox"/> 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                   |      |        |     |
| <input type="checkbox"/> 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）                         |      |        |     |
| <input type="checkbox"/> 指導医コメント                           |      |        |     |
| 8. 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                           |      |        |     |
| 9. その他（ <div></div> ）                                      |      |        |     |
| <input type="checkbox"/> 指導医コメント                           |      |        |     |
| 10. 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