

(様式T6)

実施施設基準変更届(胸部)

西暦 年 月 日

関連10学会構成

日本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のうち下記項目の変更(返上)をお届けいたします。

施設名	<input type="text"/>	
施設長名	<input type="text"/>	<input type="text" value="公印"/>
〒	<input type="text"/>	- <input type="text"/>
施設住所	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	
TEL	<input type="text"/>	
FAX	<input type="text"/>	
実施施設登録番号	HT	<input type="text"/>

変更する項目

- 設備・人員 手術室あるいは清潔と緊急外科手術対応が確保された血管内治療室にDSA装置が常設、大血管手術が可能な体制。
- 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。
- 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。

 施設・施設名称

変更前名称	<input type="text"/>
変更後名称	<input type="text"/>
必須条件	

・医師(外科、麻酔科)、看護師、臨床工学技師を含めたスタッフおよび医療業務が全て継承されていること。

・手術室または血管撮影室のDSA装置が全て継承されているか、もしくは同等以上の機器が新設されていること。

施設証明の返上

 上記の項目を満たさないため実施施設証明を返上する

(該当項目に○を記入してください)

上記の内容に相違ありません。

記入者氏名	<input type="text"/>
記入者所属	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>

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(様式T6)および必要に応じて様式T5-2、様式T5-4を提出すること