

胸腹部実施施設基準審査申請書

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腹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

※必須項目（確認の○を記入）

1) 設備・人員

ハイブリッド手術室での施行が可能であり、手術室・血管撮影室にDSA装置が常設されている。
胸腹部大動脈瘤手術を実施できる体制を有している。

2) 手術実績

胸部および腹部の施設基準を満たしており、常時（胸部、腹部、胸腹部）大動脈瘤に対する人工血管置換術を行っている。

腹部認定番号：HA _____

胸部認定番号：HT _____

3) 外科の協力

腹部主要分枝血管（腹腔動脈、上腸間膜動脈）再建を伴う人工血管再建術を、術者として5例以上経験している
常勤外科医が参画しているか、迅速な対応が得られる

付帯事項

※必須項目（確認の○を記入）

調査体制

使用後の追跡調査に協力する

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TA-7）および必要に応じて様式TA5-2を提出すること