

様式D-1(A)

潜因性脳梗塞に対する卵円孔開存閉鎖術  
AMPLATZER™ TALISMAN™ PFO Occluderプロクタリング実施報告書

西暦 年 月 日

日本心血管インターベンション治療学会 御中

以下のとおり AMPLATZER™ TALISMAN™ PFO Occluder (アボットメディカルジャパン合同会社)を用いた潜因性脳梗塞に対する経皮的卵円孔開存閉鎖術の実施医認定のためのプロクタリングを実施したことを報告致します。

術者属性: 新規術者 追加術者 再トレーニング(見学なし)

施設名			
受講者 氏名 (術者 氏名)			
受講者 生年月日	西暦	年	月 日
E-mail アドレス	@		
日本循環器学会 専門医認定番号		CVIT 専門医・認定医番号	

以下の内容に間違いがないことを確認し、プロクタリングを受けたことを報告する。

※記入後にプロクタリング受講術者がメールにてPFO協議会事務局に送付

教育トレーニングビデオ 視聴日 西暦 年 月 日

製造販売業者から提供されるデバイス講習 受講日 西暦 年 月 日

※製造販売業者から提供されるデバイス講習は、旧規約(2024年度までの申請)でプロクタリングを実施した術者は記載不要

	受講日	指導医施設	指導医
症例見学(補助)			
症例見学(補助)(予備)			
Proctoring1			
Proctoring2			
Proctoring3			

参加医師		参加状況		
診療科	氏名	Proctoring1	Proctoring2	Proctoring3

※プロクタリング症例は術者とエコー担当医の参加が必要

	年齢	PFO形態			シャント グレード (1/2/3/4)	バルーン サイジング 計測値	デバイス サイズ (mm)	留置 成功/不成 功
		高さ (mm)	トンネル長 (mm)	ASA 振幅幅				
Proctoring1								
Proctoring2								
Proctoring3								

※旧規約(2024年度申請まで:Phase 3、Phase 4申請)でプロクタリングを実施した術者は3例の症例経験が必要

**【添付書類】**※旧規約(2024年度までの申請)でプロクタリングを実施した術者は添付不要

1. 製造販売業者から提供されるデバイス講習の受講証明書コピー
2. 製造販売業者から提供される症例見学・プロクタリング実施報告書コピー