

## 潜在性脳梗塞に対する卵円孔開存閉鎖術 見学・プロクタリング申請書

申請Phase     Phase 1     Phase 2     Phase 3     追加術者

※追加術者の申請書の場合は複数のチェックを記入

西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

PFO 協議会 御中

以下のとおり潜在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見学・プロクタリングを希望いたします。

フリガナ	
施設名	
フリガナ	
施設長 氏名	公印
施設 住所	〒 _____
電話番号	( _____ ) _____

主担当診療科名	
フリガナ	
担当科責任者 氏名	印
E-mail アドレス	@
フリガナ	
担当者 氏名	印
E-mail アドレス	@

氏名	メールアドレス	日本循環器学会 専門医認定番号	CVIT 専門医・認定医番号

※見学は術者とエコー担当医の同時参加が必要

見学希望時期                   : 20     年     月以降の (                   ) 曜日

プロクタリング希望時期: 20     年     月以降の (                   ) 曜日

複数曜日候補がありましたらすべて記載をお願いいたします。

プロクタリング実施は、施設認定取得後となりますので、施設認定申請書類提出日から1ヵ月以降で記載ください。

症例候補日が決まりましたら、プロクターを調整いたしますので、候補日の1ヶ月以上前までに PFO オクリューダーの製造販売業者までご連絡ください。

## 潜因性脳梗塞に対する卵円孔開存閉鎖術 見学・プロクタリング実施報告書 (受講者記載)

申請Phase     Phase 1     Phase 2     Phase 3    追加術者

※追加術者の実施報告書の場合は複数のチェックを記入

PF0協議会 御中

報告日 20    年    月    日

以下の内容に間違いがないことを確認し、潜因性脳梗塞に対する卵円孔開存閉鎖術に関してバブルテストから閉鎖栓留置まで必要な見学・プロクタリングを受けたことを報告する。

※記入後にメールにて指導医に送付

施設名 : \_\_\_\_\_

	受講日	指導医施設名	指導医
見学1			
見学2			
	受講日	指導医施設名	指導医
Proctoring1			
Proctoring2			
Proctoring3			

参加医師		参加状況				
診療科	氏名	見学1	見学2	Proctoring1	Proctoring2	Proctoring3
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※追加術者の実施報告書の場合は、治療に参加した心エコー医の氏名を記載する。

	イニシャル	年齢	PFO形態			シャント グレード (1/2/3/4)	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								

※留置成功は、留置できた場合と定義する。

	受講代表者
氏名	

※認定される医師名 (術者)

## 審査項目

## 指導医 記載欄

評価項目	適	否
閉鎖術の適応判定		
使用閉鎖栓の選択		
Sizing の手順		
閉鎖栓のセッティング		
デリバリーシース留置の手順		
閉鎖栓の展開から留置		
閉鎖栓留置状態が適正か否かの判断		
閉鎖栓のデリバリーシースへの再収納		
閉鎖栓のデタッチ		
空気塞栓の予防		
経食道心エコー図 check list	適	否
プローベをスムーズに挿入でき、記録中の安全管理が不足なく行える		
PFOの形態を正確に評価できる		
カテーテルやロングシースの位置に関して適切なナビゲーションができる		
留置手技中のナビゲーション（追跡）が適切にできる		
正しい Sizing ができる		
留置後の閉鎖栓に関して、両 disk が正しい位置にあり、閉鎖栓が安定していることの確認ができる		
留置前後を通じて、心房内に血栓や心嚢液貯留がないことの確認ができる		
バルサルバ負荷を用いた術前TEEバブルテストが適切に実施できる		
追記事項（合併症、その他の特記事項）		

上記内容に間違いがないことを確認し、潜因性脳梗塞に対する卵円孔開存閉鎖術に関してバブルテストから閉鎖栓留置まで必要な知識や技術を習得したことを報告する。

	施設名	指導医
氏名		印
氏名		印
氏名		印

※プロクタリングに関与した指導医全員分