

経カテーテル的大動脈弁置換術 実施施設認定更新申請書

西暦 年 月 日

経カテーテル的心臓弁治療関連学会協議会 御中

当施設は、経カテーテル的大動脈弁置換術の実施施設として認定の更新を申請します。

フリガナ
施設名
施設長名 公印

施設住所 〒 -

電話番号
FAX番号

担当科
担当科責任者 氏名 印
E-mailアドレス

*担当科責任者以外に追加で登録する場合は記入する（任意）

連絡先 所属・氏名
E-mailアドレス

連絡先 所属・氏名
E-mailアドレス

施設内容調書1_更新申請用

西暦 年 月 日

施設名

担当科

担当科責任者 氏名

 印

施設 (以下、確認の ✓ を記入)

1) 日本循環器学会認定専門医研修施設である。

2) 日本心血管インターベンション治療学会研修施設または研修関連施設である。

研修施設

研修関連施設

3) 心臓血管外科専門医基幹施設である。

手術実績・検査 (2021年1月～12月の症例数を記入)

1) 大動脈弁置換術 (大動脈基部置換術を含む)

2) 冠動脈に関する血管内治療 (PCI)

3) 大動脈瘤に対するステントグラフト治療

4) 経食道心エコー検査 (術中 外来/病棟) 総数

TAVRの実施状況 (2019年1月1日～2021年12月31日の3年間)

1) 実施数 (3年間に実施した症例数を記入) 総数※

2) TAVI Registry症例登録 (添付資料TAVI Registryのデータ検索画面に記載の総数を記入) 総数

1) と2) の総数が一致しない場合は、その理由 (治験○件有など) を記載すること。

[

]

※ 1) に記載のTAVR実施総数が60症例に満たない場合は、施設内容調書2 (次ページ) も併せて提出すること。

施設内容調書2_更新申請用

西暦 年 月 日

施設名

担当科

担当科責任者 氏名

 印

前年3年の期間でTAVR実施総数が60症例に満たなかったため、TAVI Registryの症例リスト4年分（2018年～2021年の症例全て）を添付資料として提出します。

また、下記について該当する場合は記載します。

- 1) 当施設は、1回目の更新申請であり且つ初回認定日が2018年1月31日迄の施設である。

プロクタリング期間終了日（TFアプローチ）

 年 月 日

デバイスの種類 (✓) SAPIENシリーズ

Core Valveシリーズ

LOTUSシリーズ

- 2) TAVRが実施できなかった下記の期間（手術室の改修工事等）がある。

 年 月 日

～

 年 月 日

※理由書や証明するものを添付すること。

専門医・体外循環技術認定士・麻酔科医 在籍証明書

施設名

循環器専門医 (代表者 3名を記載)

	氏名	専門医認定番号
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>

日本心血管インターベンション治療学会専門医 (代表者 1名を記載)

	氏名	専門医認定番号
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>

心臓血管外科専門医 (代表者 3名を記載)

	氏名	専門医認定番号
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>

体外循環技術認定士 (代表者 1名を記載)

	氏名	認定番号
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>

麻酔科医 (代表者 1名を記載)

	氏名
1	<input type="text"/>

上記の者は当施設の職員に相違ありません。

西暦 年 月 日

施設長氏名

公印

症例登録事業に参加する誓約書

経カテーテル的心臓弁治療関連学会協議会 御中

当施設は、NCD症例登録事業（TAVI Registry）に参加し、フォローアップを含め全例登録することを誓約します。登録を実行しない、あるいは虚偽のデータを入力したことが判明した場合、経カテーテル的大動脈弁置換術の実実施施設認定を取り消されても、異議の申し立ては行いません。

西暦 年 月 日

施設名

担当科

担当科責任者氏名（自署）