

ハイブリッド手術室 変更・追加 申請

西暦 年 月 日

施設名

TAVR実施施設責任者 印

申請(該当に✓) 変更 追加

新ハイブリッド手術室 名称

設備機器 (以下、確認の ✓ 及び装置機種名を記入)

1) 設置型透視装置

設置場所

手術室 血管撮影室
 その他 ()

透視装置機種名

2) 人工心肺装置機種名

3) 経皮的心肺補助装置が配置されている。

4) 緊急時の物品 (ステントグラフト治療およびPCI関連) が配置されている。

ハイブリッド手術室申請理由

旧ハイブリッド手術室で施行のTAVI実施数

カウント期間： 初回認定日 ~

TAVR実施数 症例