

x

暫定ハイブリッド手術室 申請

西暦 年 月 日

施設名

TAVR実施施設責任者

印

暫定ハイブリッド手術室

名称

使用予定期間

～

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

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。

暫定ハイブリッド手術室申請理由

※使用が不可能となる認定のハイブリッド手術室について

認定ハイブリッド手術室 名称

使用不能期間

～

使用不可能期間中に運用しうる他のハイブリッド手術室がない