**日本心血管インターベンション治療学会（CVIT）**

**専門医認定医制度資格更新単位取得ライブ終了報告書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **報告日：** | **年** | **月** | **日** |

**日本心血管インターベンション治療学会**

**ライブ委員会　委員長　殿**

**以下のとおり、ライブの終了報告を致します。**

|  |  |
| --- | --- |
| **施設名** |  |
| **署名** |  |

**＊ライブ終了報告書は、PCI施行1ヶ月以内の合併症報告を含めてライブ終了後2カ月以内に提出してください。**

**※重篤な合併症（死亡例含む）が発生した場合、ライブ主催者は終了報告書提出前に速やかにCVIT事務局（**[**info@cvit.jp**](mailto:info@cvit.jp)**）へ一報をお願いします**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ライブ名称 |  | | | | |
| ライブ実施病院 |  | | | | |
| ライブ実施 責任医師 |  | | | | |
| ライブ開催日 | 年　　　　月　　　　日　　～　　　　年　　　　月　　　日 | | | | |
| 患者同意書  について  □に✓をしてください。 | 同意書を取得し、保管している | | | | |
| ライブ参加人数 | 医師： | | 名 | | |
| コメディカル： | | 名 | | |
| 企業関係者(その他)： | | 名 | | |
| 合計： | | 名 | | |
| 成功率 | (　　　)　例中　（　　　）例 | | | | |
| 初期成功率（　　　　　）　％ | | | | |
| PCI施行1ヶ月以内の合併症報告  ※合併症有りの場合は詳細を必ずご記載ください | 全死亡　無　有（　　例） | | | | |
| 手技関連死　無　有（　　例） | | | | |
| その他の死亡　無　有（　　例） | | | | |
| 心臓死 | 無　有（　　例） | | 心不全 | 無　有（　　例） |
| 非心臓死 | 無　有（　　例） | | 脳梗塞 | 無　有（　　例） |
| Q波心筋梗塞 | 無　有（　　例） | | 心タンポナーデ | 無　有（　　例） |
| 緊急バイパス手術 | 無　有（　　例） | | 腎障害の進行 | 無　有（　　例） |
| 貧血の進行 | 無　有（　　例） | |  |  |
| その他の合併症名： | | | | |
| 合併症詳細： | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |