

CVIT 専門医移行措置

(様式 移措-4)

実技評価審査用 PCI Procedure sheet

申請年月日	年 月 日
施設名	
審査申請氏名	
CVIT 会員番号	
指導医・認定医登録番号	JSIC()JACCT ()

■症例基本情報

年齢	歳
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
身長	. Cm *小数1桁まで入力
体重	. Kg *小数1桁まで入力

■原疾患

心疾患名・診断名 (Type B2 以上の症例) *CTO、グラフト病変除く	<input type="checkbox"/> 安定狭心症
	CCS 分類 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV
	<input type="checkbox"/> 不安定狭心症
	Braunwald 分類 (重篤度) <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III
	Braunwald 分類 (臨床的状況) <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
	<input type="checkbox"/> 心筋梗塞 (AMI・RMI・OMI)
	<input type="checkbox"/> 無症候性虚血 <input type="checkbox"/> その他 ()
腎機能	Cre mg/dl
冠危険因子	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高脂肪血症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 家族歴 <input type="checkbox"/> 肥満 <input type="checkbox"/> その他_____
左心室駆出率	%
	測定方法 <input type="checkbox"/> LVG <input type="checkbox"/> 心エコー <input type="checkbox"/> その他 ()

■病変部位①

病変枝	<input type="checkbox"/> RCA <input type="checkbox"/> LAD <input type="checkbox"/> LCX <input type="checkbox"/> LMT
AHA 番号、 AHA 狭窄度	()、 (%)
分岐の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
側副血行 Rentrop 分類	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
TIMI フロー	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
PCI 施行日	年 月 日
アプローチ	<input type="checkbox"/> TFI <input type="checkbox"/> TRI <input type="checkbox"/> TBI
使用したGCサイズと形状	Fr 形状 : _____ 子カテ使用の有無 : <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無
使用した GW 名	

CVIT 専門医移行措置

(様式 移措-4)

実技評価審査用 PCI Procedure sheet

マイクロカテーテル使用	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無
使用したバルーンカテーテル	<input type="checkbox"/> セミコンプライアンス <input type="checkbox"/> ノンコンプライアンス <input type="checkbox"/> カッピング バルーンサイズ: 径 ()mm・長 () mm
ロータブレード使用	<input type="checkbox"/> 有 (使用 Burr サイズ mm) <input type="checkbox"/> 無
前拡張の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
使用したステント	<input type="checkbox"/> ステント名 () ステント径 ()mm・長 () mm <input type="checkbox"/> ステント名 () ステント径 ()mm・長 () mm <input type="checkbox"/> ステント名 () ステント径 ()mm・長 () mm <input type="checkbox"/> ステント名 () ステント径 ()mm・長 () mm ステント留置時の最大拡張圧 atm/ psi インフレーション最長時間 <input type="checkbox"/> 15 秒以内 <input type="checkbox"/> 16~30 秒 <input type="checkbox"/> 31 秒以上
キッキングステント	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
後拡張の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 →有の場合
後拡張の BC のタイプ	<input type="checkbox"/> 前拡張と同じ <input type="checkbox"/> セミコンプライアンス <input type="checkbox"/> ノンコンプライアンス <input type="checkbox"/> その他 ()
バルーン最大拡張圧	atm/ psi
バルーンのサイズ	mm
後拡張時の KBT	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 →有の場合 本幹のバルーンサイズ mm 本幹の最大拡張圧 atm/ psi 側枝のバルーンサイズ mm 側枝の最大拡張圧 atm/ psi

■病変部位②

病変枝	<input type="checkbox"/> RCA <input type="checkbox"/> LAD <input type="checkbox"/> LCX <input type="checkbox"/> LMT
AHA 番号、AHA 狭窄度	() (%)
分岐の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

CVIT 専門医移行措置

(様式 移措-4)

実技評価審査用 PCI Procedure sheet

側副血行 Rentrop 分類	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
TIMI フロー	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
PCI 施行日	年 月 日
アプローチ	<input type="checkbox"/> TFI <input type="checkbox"/> TRI <input type="checkbox"/> TBI
使用した GC サイズ	Fr 形状: _____ 子カテ使用の有無: <input type="checkbox"/> 有 (_____) <input type="checkbox"/> 無
使用した GW 名	
マイクロカテーテル使用	<input type="checkbox"/> 有 (_____) <input type="checkbox"/> 無
使用したバルーンカテーテル	<input type="checkbox"/> セミコンプライアンス <input type="checkbox"/> ノンコンプライアンス <input type="checkbox"/> カッピング バルーンサイズ: 径 (_____)mm・長 (_____) mm
ロータブレード使用	<input type="checkbox"/> 有 (使用 Burr サイズ _____ mm) <input type="checkbox"/> 無
前拡張の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
使用したステント	<input type="checkbox"/> ステント名 (_____) ステント径 (_____)mm・長 (_____) mm <input type="checkbox"/> ステント名 (_____) ステント径 (_____)mm・長 (_____) mm <input type="checkbox"/> ステント名 (_____) ステント径 (_____)mm・長 (_____) mm <input type="checkbox"/> ステント名 (_____) ステント径 (_____)mm・長 (_____) mm ステント留置時の最大拡張圧 _____ atm/ _____ psi インフレーション最長時間 <input type="checkbox"/> 15 秒以内 <input type="checkbox"/> 16~30 秒 <input type="checkbox"/> 31 秒以上
キッキングステント	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
後拡張の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 →有の場合
後拡張の BC のタイプ	<input type="checkbox"/> 前拡張と同じ <input type="checkbox"/> セミコンプライアンス <input type="checkbox"/> ノンコンプライアンス <input type="checkbox"/> その他 (_____)
バルーン最大拡張圧	<input type="checkbox"/> ステントデリバリシステムのバルーンカテーテル
バルーンのサイズ	<input type="checkbox"/> (後拡張のみ) セミコンプライアンス <input type="checkbox"/> (後拡張のみ) ノンコンプライアンス
後拡張時の KBT	atm/ _____ psi mm
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 →有の場合
	本幹のバルーンサイズ _____ mm
	本幹の最大拡張圧 _____ atm/ _____ psi
	側枝のバルーンサイズ _____ mm
	側枝の最大拡張圧 _____ atm/ _____ psi

CVIT 専門医移行措置

(様式 移措-4)

実技評価審査用 PCI Procedure sheet

■手技全体

造影剤使用量	_____ ml
透視時間	_____ min
治療時間	_____ min (シース挿入～手技終了までの時間)

■冠合併症

冠合併症で、Slow flow、No reflow、側枝閉塞、急性冠閉塞、穿孔が発生した場合、下記にご入力ください。

冠合併症の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
病変部位	病変枝 (_____) AHA 番号 (_____)
冠合併症の有の場合	
発生時期	<input type="checkbox"/> バルーン前拡張時 <input type="checkbox"/> ステント留置前の IVUS 使用時もしくは他の画像診断使用時 <input type="checkbox"/> ステント留置時 <input type="checkbox"/> バルーン後拡張時
Slow Flow	<input type="checkbox"/> 有 (処置: _____) <input type="checkbox"/> 無
No reflow	<input type="checkbox"/> 有 (処置: _____) <input type="checkbox"/> 無
側枝閉塞	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
急性冠閉塞	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
穿孔	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 →有の場合 <input type="checkbox"/> ガイドワイヤー穿孔 <input type="checkbox"/> その他 (_____) <input type="checkbox"/> 心臓のう穿孔 <input type="checkbox"/> バルーンで圧迫 <input type="checkbox"/> Bail out stenting → <input type="checkbox"/> カバードステント径 (_____)mm・長 (_____) mm <input type="checkbox"/> ステント名 (_____) ステント径 (_____)mm・長 (_____) mm <input type="checkbox"/> その他 (_____) <input type="checkbox"/> 塞栓術 <input type="checkbox"/> 緊急バイパス術 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
穿孔の処置	
残存狭窄の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

CVIT 専門医移行措置

(様式 移措-4)

実技評価審査用 PCI Procedure sheet

術中ステント血栓症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
-----------	---