

研修初回年月日： 年 月 日

研修修了年月日： 年 月 日

\*研修が修了するまで修了年月日は空欄で結構です。

心血管カテーテル治療専門医 EVT研修カリキュラム達成度 評価表			
氏名	所属		
研修内容	達成目標	自己評価 達成：○ 未達成：×	<指導医署名> 指導医または施設群指導医が達成していると評価した日 付を記載し、署名する
第1章 EVTの適応			
a. 病態把握（動脈硬化性・非動脈硬化性）	A		年 月 日
b. エビデンス	A		年 月 日
c. ガイドライン	A		年 月 日
d. IC	A		年 月 日
e. CLI	A		年 月 日
f. ALI	A		年 月 日
g. アクセス確保としてのEVT	A		年 月 日

心血管カテーテル治療専門医 EVT研修カリキュラム達成度 評価表

氏名			所属		
研修内容	達成 目 標	自己評価 達成：○ 未達成：×	<指導医署名> 指導医または施設群指導医が達成していると評価した日 付を記載し、署名する		
第2章 EVT術前					
a. 患者の人権 医の倫理 説明と同意	A			年	月 日
b. 放射線防護	A			年	月 日
c. 合併症対策	1) 感染症対策	A		年	月 日
	2) 薬剤アレルギー	A		年	月 日
	3) 造影剤腎症	A		年	月 日
	4) 出血リスク	A		年	月 日
d. 術前診断	1) 身体所見（視診・触診等）	A		年	月 日
	2) 非観血的検査（エコー, ABI, TBI, SPP,	A		年	月 日
	3) 下肢動脈造影	A		年	月 日

**心血管カテーテル治療専門医 EVT研修カリキュラム達成度 評価表**

氏名			所属	
研修内容	達成 目標	自己評価 達成：○ 未達成：×	<指導医署名> 指導医または施設群指導医が達成していると評価した日 付を記載し、署名する	

**第3章 EVT術中-1**

a. アプローチ	1) 穿刺部位	A		年 月 日
	総大腿動脈逆行性穿刺	A		年 月 日
	総大腿動脈順行性穿刺	A		年 月 日
	上腕動脈穿刺	A		年 月 日
	橈骨動脈穿刺	A		年 月 日
	遠位部浅大腿動脈逆行性 穿刺（表パン）	C		年 月 日
	膝下動脈側方穿刺（横パ ン）	C		年 月 日
	膝下動脈穿刺（裏パン）	C		年 月 日
	膝下動脈前方穿刺（表膝 パン）	C		年 月 日
	高位前脛骨動脈穿刺	C		年 月 日
	遠位部腓骨動脈穿刺	C		年 月 日
	遠位部後脛骨動脈穿刺	C		年 月 日
	足背動脈穿刺	C		年 月 日
	足底動脈穿刺	C		年 月 日
中足骨動脈穿刺	C		年 月 日	

心血管カテーテル治療専門医 EVT研修カリキュラム達成度 評価表

氏名			所属		
研修内容		達成目標	自己評価 達成：○ 未達成：×	<指導医署名> 指導医または施設群指導医が達成していると評価した日 付を記載し、署名する	
	ステント閉塞部穿刺（順行性・逆行性）	C		年	月 日
	2) エコーガイド下穿刺	A		年	月 日
b. デバイス	1) シース・ガイディングシース	A		年	月 日
	2) ガイドワイヤー (0.014inc, 0.018inc, 0.035inc 等)	A		年	月 日
	3) マイクロカテーテル	A		年	月 日
	4) バルーン, スコアリングバルーン (特殊バルーン, 薬剤バルーン)	A		年	月 日
	5) ステント (BMS: Bare Metal Stent)	A		年	月 日
	6) 薬物溶出ステント (DES: Drug Eluting Stent)	A		年	月 日
	7) カバードステント	B		年	月 日
	8) 血栓吸引 末梢保護デバイス	A		年	月 日
c. 画像診断	1) EVTに伴う下肢動脈造影	A		年	月 日
	2) IVUS (血管内超音波法)	B		年	月 日
	3) 炭酸ガス造影	C		年	月 日
d. 機能的診断	1) 圧較差測定	B		年	月 日

**心血管カテーテル治療専門医 EVT研修カリキュラム達成度 評価表**

氏名			所属		
研修内容	達成目標	自己評価 達成：○ 未達成：×	<指導医署名> 指導医または施設群指導医が達成していると評価した日付を記載し、署名する		
第4章 EVT術中-2					
a. 薬物療法	1) 抗血小板療法 (DAPT)	A		年	月 日
	2) 抗凝固療法	A		年	月 日
b. 止血	1) 用手	A		年	月 日
	2) 止血デバイス	C		年	月 日
	3) 末梢穿刺部の止血方法	C		年	月 日
<p>(EVTの合併症と対策)</p> <p>※必ずしも経験の必要はないが、CVIT教育セミナーの合併症に関する講義とは別に、CVIT e-ラーニングを必ず履修することで、合併症対策のシュミレーションを行い、予防および対処ができる。</p>					
c. EVTの合併症と対策	穿 孔	A		年	月 日
	1) 穿刺部合併症	A		年	月 日
	2) 血管損傷 (血管解離・穿孔・破裂等)	A		年	月 日
	3) 末梢塞栓	A		年	月 日
	4) デバイス脱落, 抜去困難	A		年	月 日
	5) 血栓症	A		年	月 日
	6) ヘパリン起因性血小板減少症 (HIT)	A		年	月 日
7) その他の合併症(血行動態等)	A		年	月 日	

**心血管カテーテル治療専門医 EVT研修カリキュラム達成度 評価表**

氏名			所属		
研修内容	達成目標	自己評価 達成：○ 未達成：×	<指導医署名> 指導医または施設群指導医が達成していると評価した日付を記載し、署名する		
第5章 EVTに影響を及ぼす因子～短期予後および長期予後を含めて～					
a. 病変	1) 大動脈-腸骨動脈病変	B			年 月 日
	2) 大腿膝窩動脈病変	B			年 月 日
	3) 膝下動脈病変	C			年 月 日
b. 疾患	1) 糖尿病, CKD/HD, 高齢者	A			年 月 日

**心血管カテーテル治療専門医 EVT研修カリキュラム達成度 評価表**

氏名		所属	
研修内容	達成 目標	自己評価 達成：○ 未達成：×	<指導医署名> 指導医または施設群指導医が達成していると評価した日 付を記載し、署名する
第6章 EVT術後			
a. 再狭窄	A		年 月 日
b. 運動療法	A		年 月 日
c. 薬物療法	1) 至適薬物療法, OMT A		年 月 日
d. 補助療法	C		年 月 日
e. 創傷管理	C		年 月 日

**心血管カテーテル治療専門医 EVT研修カリキュラム達成度 評価表**

氏名			所属		
研修内容	達成 目 標	自己評価 達成：○ 未達成：×	<指導医署名> 指導医または施設群指導医が達成していると評価した日 付を記載し、署名する		
第7章 下肢動脈以外のインターベンション					
a. 腎動脈	C			年	月 日
b. バスキュラーアクセス（透析用 シャント）	C			年	月 日
c. 深部静脈・大静脈・肺動脈	C			年	月 日
d. 頸動脈, 鎖骨下動脈	C			年	月 日
e. 上肢末梢動脈	C			年	月 日
f. 大動脈（瘤・解離）	C			年	月 日
g. 上腸間膜動脈	C			年	月 日



心血管カテーテル治療専門医 EVT研修カリキュラム達成度 評価表

氏名		所属	
研修内容	達成 目標	自己評価 達成：○ 未達成：×	<指導医署名> 指導医または施設群指導医が達成していると評価した日 付を記載し、署名する
第8章 EVTの関連事項			
a. チーム医療	A		年 月 日
b. 医療経済 保険診療	A		年 月 日
c. EVTの術者経験と成績	A		年 月 日