

医原性心房中隔欠損（Iatrogenic ASD: Iatrogenic atrial septal defect）  
実施施設 認定申請書

20 年 月 日

以下該当項目にチェックすること

- ☐ 経皮的心房中隔閉鎖欠損閉鎖術の認定実施施設
- ☐ CVIT新基準における経皮的心房中隔閉鎖欠損閉鎖術の認定施設
- ☐ 医原性心房中隔欠損（Iatrogenic ASD）のみ認定申請施設

日本心血管インターベンション治療学会 御中

当施設は医原性心房中隔欠損（Iatrogenic ASD）の実施施設として、申請書・添付書類の内容に相違ないことを確認し、認定を申請いたします。

|         |          |
|---------|----------|
| フリガナ    |          |
| 施設名     |          |
| フリガナ    |          |
| 施設長 氏名  |          |
| 施設 郵便番号 | 〒      — |
| フリガナ    |          |
| 施設 住所   |          |

|             |  |
|-------------|--|
| 担当科         |  |
| フリガナ        |  |
| 担当科責任者 氏名   |  |
| E-mail アドレス |  |
| フリガナ        |  |
| 実務連絡者 氏名    |  |
| E-mail アドレス |  |

## 医原性心房中隔欠損（Iatrogenic ASD: Iatrogenic atrial septal defect）

## 実施医 認定申請書

20 年 月 日

日本心血管インターベンション治療学会 御中

当施設は医原性心房中隔欠損（Iatrogenic ASD）の実施医として、申請書・添付書類の内容に相違ないことを確認し、認定を申請いたします。

|         |          |
|---------|----------|
| フリガナ    |          |
| 施設名     |          |
| フリガナ    |          |
| 施設長 氏名  |          |
| 施設 郵便番号 | 〒      ー |
| フリガナ    |          |
| 施設 住所   |          |

|             |  |
|-------------|--|
| 担当科         |  |
| フリガナ        |  |
| 担当科責任者 氏名   |  |
| E-mail アドレス |  |
| フリガナ        |  |
| 実務連絡者 氏名    |  |
| E-mail アドレス |  |

## 実施医に関する項目

当施設は以下の医師が実施医基準を満たしているため、実施医として申請いたします。

## 【実施医 1】

|            |                                                             |
|------------|-------------------------------------------------------------|
| フリガナ       |                                                             |
| 実施医氏名      |                                                             |
| Emailアドレス  |                                                             |
| ASD閉鎖術認定術者 | <input type="checkbox"/> はい<br><input type="checkbox"/> いいえ |

- ☐ 日本心血管インターベンション治療学会認定医、心血管カテーテル治療専門医、もしくは名誉専門医、あるいはASD閉鎖術認定術者である。
- ☐ 常勤施設における第一術者として先天性心疾患もしくは構造的な心疾患の治療（経心房中隔治療※）を行っている。  
 ※ 経皮的僧帽弁接合不全修復術、経カテーテル的左心耳閉鎖術（LAAO）、経皮的な心房中隔欠損閉鎖術、経皮的卵円孔開存閉鎖術、経皮的僧帽弁交連裂開術（PTMC）、順行性経皮的大動脈弁形成術（Antegrade BAV）
- ☐ 日本心血管インターベンション治療学会および該当する製造販売業者が提供する「iASDに関する教育プログラム」を修了している術者（ASD閉鎖術認定術者は、「iASDに関する教育プログラム」の受講を一部免除する。）

## 【実施医 2】

|            |                                                             |
|------------|-------------------------------------------------------------|
| フリガナ       |                                                             |
| 実施医氏名      |                                                             |
| Emailアドレス  |                                                             |
| ASD閉鎖術認定術者 | <input type="checkbox"/> はい<br><input type="checkbox"/> いいえ |

- ☐ 日本心血管インターベンション治療学会認定医、心血管カテーテル治療専門医、もしくは名誉専門医、あるいはASD閉鎖術認定術者である。
- ☐ 常勤施設における第一術者として先天性心疾患もしくは構造的な心疾患の治療（経心房中隔治療※）を行っている。  
 ※ 経皮的僧帽弁接合不全修復術、経カテーテル的左心耳閉鎖術（LAAO）、経皮的な心房中隔欠損閉鎖術、経皮的卵円孔開存閉鎖術、経皮的僧帽弁交連裂開術（PTMC）、順行性経皮的大動脈弁形成術（Antegrade BAV）
- ☐ 日本心血管インターベンション治療学会および該当する製造販売業者が提供する「iASDに関する教育プログラム」を修了している術者（ASD閉鎖術認定術者は、「iASDに関する教育プログラム」の受講を一部免除する。）

医原性心房中隔欠損（Iatrogenic ASD: Iatrogenic atrial septal defect）  
実施施設・術者認定申請書・添付書類一式 チェックリスト

施設名： \_\_\_\_\_

以下 該当項目にチェックすること

申請書類一式（様式1～9）

- ☐ 様式1：医原性心房中隔欠損（Iatrogenic ASD）実施施設 認定申請書
- ☐ 様式2：医原性心房中隔欠損（Iatrogenic ASD）実施医 認定申請書
- ☐ 様式3：チェックリスト
- ☐ 様式4：施設内容調書
- ☐ 様式5：施設トレーニング受講者リスト
- ☐ 様式6：医原性心房中隔欠損（Iatrogenic ASD）の症例報告誓約書
- ☐ 様式7：申請料・認定料振込み控えコピー貼付用紙
- ☐ 様式8：CVITホームページの「実施施設一覧」への掲載同意書
- ☐ 様式9：症例登録事業に参加する誓約書

添付書類一式

【トレーニング終了受講証】

- ☐ 製造販売業者からのトレーニング終了受講証のコピー

申請書類一式および添付書類は、PDFファイルメール添付もしくは郵送でお送りください。

〔申請書提出先〕

株式会社ビーサイド「iASD閉鎖術申請」担当

メールアドレス：iasd@be-sidez.com

住所：〒553-0003 大阪府大阪市福島区福島 7-3-14 ME ビル 4F

申請書類受領次第、順次確認を行い、不備がある場合は差戻しの通知をいたします。  
差戻しに対し、指定された期限内に対応いただけない場合、申請は無効となりますので予めご了承ください。

## 施設内容調書

施設名：

---

施設基準（以下 該当項目にチェックすること）

- ☐ 日本心血管インターベンション治療学会（CVIT）認定の研修施設
- ☐ 日本心血管インターベンション治療学会（CVIT）認定の研修関連施設
- ☐ 小児循環器学会修練施設

基準1（以下 該当項目にチェックすること）

- ☐ 経皮的心房中隔欠損もしくは経皮的卵円孔開存閉鎖術の認定術者が在籍している施設
- ☐ 日本心血管インターベンション治療学会および該当する製造販売業者が提供する「iASDに関する教育プログラム」（実技指導＋座学講習）を受講した認定術者と心エコー担当医が在籍している施設

基準2～6（以下 該当項目にチェックすること）

- ☐ 日本超音波医学会認定超音波専門医、日本周術期経食道心エコー（JB-POT）認定試験合格者、ないし日本心エコー図学会が認証している「SHD心エコー図認証医」のいずれかを有する医師が在籍する。
- ☐ 心臓血管外科の医師が常勤しており、緊急の開心術に対応できる医師、設備を有している。
- ☐ 心臓カテーテル室もしくはハイブリッド手術室で麻酔科の管理の下に全身麻酔が可能である。
- ☐ 医療安全研修が行われている。
- ☐ 実施症例のCVIT J-SHDレジストリーへの全例登録を確約する。

## 施設トレーニング受講者リスト

20 年 月 日

施設名 : \_\_\_\_\_

## 施設トレーニング受講修了者

|   | 受講修了年月日* | 診療科 | 氏名 | 役割   |
|---|----------|-----|----|------|
| 1 | 20 年 月 日 |     |    | 術者   |
| 2 | 20 年 月 日 |     |    | 術者   |
| 3 | 20 年 月 日 |     |    | 心エコー |
| 4 | 20 年 月 日 |     |    | 心エコー |

※術者・エコー医は最低1名ずつ参加必須、最大2名ずつ参加可能とする

\*ビデオ視聴およびハンズオン受講修了後、企業から発行される受講証の年月日を記載してください  
Amplatzer Septal Occluder（Abbott社）のASD認定施設においては、ビデオ視聴のみ

## 医原性心房中隔欠損（Iatrogenic ASD）の症例報告誓約書

20 年 月 日

日本心血管インターベンション治療学会 御中

適正使用指針に基づき、医原性心房中隔欠損（Iatrogenic ASD）閉鎖術を施行した場合は、患者状態を含め速やかに（15日以内）CVIT事務局に報告することを誓約します。登録を実行しない、あるいは虚偽のデータを入力したことが判明した場合、医原性心房中隔欠損（Iatrogenic ASD）閉鎖術の施行実施施設認定を取り消されても、異議の申し立ては行いません。

施設名：

|           |  |
|-----------|--|
| 担当科       |  |
| フリガナ      |  |
| 担当科責任者 氏名 |  |

適正使用指針

## 4. 留意事項

- （3）本指針に基づいた iASD 閉鎖術を施行した場合は、患者状態を含め速やかに（15 日以内）CVIT 事務局に報告を行うこと。

様式11. iASD症例報告書 報告フォームURL：<https://forms.gle/j6RW5wLbFYU6UjRy7>

医原性心房中隔欠損（Iatrogenic ASD）  
実施施設認定 申請料振込み控えコピー貼付用紙

20      年      月      日

施設名： \_\_\_\_\_

新規申請料：30,000円（課税（10%・内税））※認定登録料は不要

振込先：  
みずほ銀行九段支店  
普通預金 No1402374  
社）日本心血管インターベンション治療学会

\*請求書もしくは領収書をご入用の際は、以下の情報をCVIT事務局（info@cvit.jp）宛にご連絡ください。  
①請求書と領収書のどちらが必要か、②宛名、③希望発行日（請求書の場合）

振込み控えコピー貼（スペースが足りない場合は追加のA4用紙に貼付して提出すること。）

CVIT 医源性心房中隔欠損 (Iatrogenic ASD) ホームページ  
「認定施設一覧」に登録する同意書

20      年      月      日

日本心血管インターベンション治療学会 御中

当施設は「日本心血管インターベンション治療学会」のホームページ上にある「認定施設一覧」に以下の情報が登録および公開されることに同意します。

病院名と住所  
病院ホームページURL

施設名：

|           |  |
|-----------|--|
| 担当科       |  |
| フリガナ      |  |
| 担当科責任者 氏名 |  |

## 症例登録事業に参加する誓約書

20      年      月      日

日本心血管インターベンション治療学会 御中

当施設は医原性心房中隔欠損（Iatrogenic ASD）閉鎖術の症例登録事業に参加し、CVITのNCDデータベース（J-SHD）に全症例登録することを誓約します。登録を実行しない、あるいは虚偽のデータを入力したことが判明した場合、医原性心房中隔欠損（Iatrogenic ASD）閉鎖術の施行実施施設認定を取り消されても、異議の申し立ては行いません。

施設名：

|           |  |
|-----------|--|
| 担当科       |  |
| フリガナ      |  |
| 担当科責任者 氏名 |  |