

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。

新規術者 追加術者

フリガナ	
施設名	
フリガナ	
施設長 氏名	
施設 郵便番号	〒 一
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 <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 <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）、順行性経皮の大動脈弁形成術（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。）

施設トレーニング受講者リスト

20 年 月 日

施設名 : 新規術者 追加術者

施設トレーニング受講修了者

ビデオ視聴（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）

	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

＊ビデオ視聴修了後、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

ハンズオン受講

	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

＊＊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

以下の術者はビデオ視聴のみ

- ・Amplatzer Septal Occluder (Abbott社) のASD認定施設（認定術者）
- ・iASD閉鎖術認定術者招聘申請施設*

※自施設の術者認定前にiASDが発生した際に認定術者を招聘して閉鎖術を実施可能とする（後日ハンズオン受講）