

# 実施施設基準審査申請書

西暦  年  月  日

浅大腿動脈ステントグラフト実施基準管理委員会 御中

当施設は、企業製造ステントグラフトによる浅大腿動脈狭窄・閉塞病変治療の実実施施設基準について審査を申請します。

施設名

施設長名

〒  -

施設住所

TEL

FAX

施設基準 ※必須項目（確認の○を記入）

## 1) 施設、設備基準

手術室または血管造影室にDSA装置が常設されている体制を有すること。

心臓血管外科専門医認定機構認定修練施設、脈管学会認定研修施設・研修関連施設、CVIT認定研修施設・研修関連施設、又はIVR専門医修練施設。

## 2) 体制

心臓血管外科専門医が常勤していること、又は心臓血管外科専門医が常勤している施設と連携していること<sup>註1</sup>。

心臓血管外科専門医と共に適応を検討する体制を有すること。

末梢動脈疾患の創傷治癒の経験を有し管理ができる体制を有すること。

<sup>註1</sup>：連携とは、下肢バイパス手術を含めた緊急外科処置の対応が得られる体制を有することをいう。実施施設は連携対応施設との確認書を浅大腿動脈ステントグラフト実施基準管理委員会に提出し、審査を受けるものとする。