

VAIVT 血管内治療医申請に当たっての追加書類に関するご連絡

VAIVT 血管内治療医の審査に当たり、申請書とは別に追加書類として、後日手術記録を依頼させていただきます。

「手術記録」については、下の必要項目が記載されているものでご提出ください。

また、手術台帳、電子カルテをプリントアウトされたものは認められません。

(手術記録が構成要素として電子カルテにある場合には、プリントアウトが認められます。)

次ページの手術記録の記載例をご参考にご準備ください。

なお、手術記録の例は、あくまで1例であり各電子カルテや施設診療録基準に沿った記録で構いません。

但し、診療報酬請求時の基データになり、かつ公的書類として証拠となる情報が記載されていることが最低条件です。

【必要項目】

術者(執刀医)氏名	患者の生年月日、性別等手術記録を識別できる情報	
手術を行った日	行った手術の術式	病名
手術の開始及び終了時刻	麻酔法(使用された薬剤の名称)	

1. 手術時間(開始時間～終了時間)と麻酔法(麻酔薬の薬剤名)を看護記録等で証明すること
2. 麻酔法あるいは使用薬剤についてはレセプト等により証明できれば、申請を認めること
3. これら2項目の証明ができない場合、事務局から発出する通知到着後1か月以内に2症例を手術記録の項目を満足させた形で提出すること。

【必要項目を満たせる手術記録の例】

手術記録

手術実施日：20××年○月×日

患者ID：XXXXXXXX ←目隠し

患者氏名：××× ××× ←目隠し

生年月日：19△△年 ○月 ×日 (■歳)

性別：男

病名：右前腕内シャント狭窄

術式：透視下 エコー下 シャントPTA

麻酔：局所 伝達 全身 0.5%キシロカイン

執刀医：○○ ○○○ /助手：●● ●●●

手術時間：17分 (XX:30~XX:47)

出血：少量

シース：○○○ (製品名) 5Fr シース

ガイドワイヤー：○○○ (製品名) XXXX inch

PTAバルーン：○○○ (製品名) φ5mm 4cm

その他のデバイス：5.5Fr フォガティースルルールメンカテーテル

2015年5月右内シャント作製。3ヶ月毎PTA

術前エコー検査にてFVm331ml/m RI 0.69であった。

局所麻酔下 上腕橈測皮静脈より逆行性に上記シース挿入。

血管造影にて吻合部二横指に1.3mm 肘窩深部交通枝末梢に0.8mmの狭窄を認めた。順行性造影にて中枢静脈に狭窄は認めなかった。ヘパリン2000単位フラッシュ。

ガイドワイヤーを挿入、吻合部を越え上腕動脈まで進めた。局所麻酔を狭窄部位周囲に浸潤した。

バルーンを挿入し、肘窩部末梢15気圧にて完全拡張、30秒ホールド。同部位20気圧30秒拡張。

続いて吻合部近傍を18気圧で完全拡張、30秒ホールド。同部位20気圧30秒拡張。

バルーン抜去し逆行性造影施行、肘窩に少量血栓を認め、マッサージにて除去できなかったため

スルルールメンカテーテルにて血栓除去、確認造影にて吻合部近傍3.1mm、肘窩末梢2.8mmと拡張。

ガイドワイヤー抜去、スリルは良好に。4-0ナイロン皮膚縫合し、シース抜去、PTA終了。

術後エコー検査にてFVm620ml/m RI 0.52

合併症：無し (有り) シース抜去部血腫

上記のような記録であれば、必要項目を全て満たせます。

☑術者(執刀医)氏名	☑患者の生年月日、性別等手術記録を識別できる情報	
☑手術を行った日	☑行った手術の術式	☑病名
☑手術の開始及び終了時刻	☑麻酔法(使用された薬剤の名称)	

【不足項目のある手術記録の例】

手術記録			
患者氏名： ○○○ ○○	ID：XXXXXXXX	性別： 男	年齢： XX 歳
病名： 透析シャント狭窄	実施日： R× 年 ○月 ×日 □曜日		
開始時間： XX : 30	終了時間： XX : 00	所要時間： 1時間 30分	
術式； 左 ・ (右)	執刀医： ○○○○ 、 ◇◇◇◇		
経皮的透析シャント拡張術		記録	
腕の状態、手術について 図示した情報が記載		右前腕 RCAVF	
		右上腕動脈に A-line 留置し血管造影。 シャント造影で3か所狭窄あり。 5Fr シースを逆向性に留置し、1.8GW(▲▲▲(製品名))で吻合部を通過させた。 4mm×Xcm ○○○(製品名)で計X回拡張した。 良好な血流を得た。 シャント音・スリル共に良好であった。	

上記のような記録では全ての項目を満たしません。

<input type="checkbox"/> 術者(執刀医)氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 患者の生年月日、性別等手術記録を識別できる情報	
<input checked="" type="checkbox"/> 手術を行った日	<input checked="" type="checkbox"/> 行った手術の術式	<input checked="" type="checkbox"/> 病名
<input checked="" type="checkbox"/> 手術の開始及び終了時刻	<input type="checkbox"/> 麻酔法(使用された薬剤の名称)	

《不足事項について》

- ・ 執刀医が誰なのかが明確にする必要があります。(執刀医の欄に2名記載されています。)
- ・ 麻酔法についての情報が必要です。
- ・ 患者情報(氏名、ID)を隠す必要があります。