一般社団法人日本不整脈心電学会 御中

申請日: 年 月 日

リードレスペースメーカに関する施設要件確認申請書

緊急心臓血管手術の可能な体制を自施設で有していない施設、あるいは心臓血管外科専門医のいない施設のみ申請して

ください。毎年申請いただくことになります（毎年３～４月に必ず本確認申請書をメールで送付してください）。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 申請区分 | * 新規　　　　　　□　再申請
 |
| 2 | 申請施設名 | 　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 3 | 心臓血管外科が併設されていない施設、あるいは心臓血管外科専門医がいない施設でリードレスペースメーカ植込み手術を行う場合には、右の情報を記入※リードレスペースメーカ抜去手術を行うためには、緊急心臓血管手術が自施設で可能な体制を有している必要があります**※1・※2　施設管理者は、施設長（病院長）を****指します** | ①連携医療施設と心臓血管外科専門医の責任者名（申請施設管理者承諾※1および連携施設管理者承諾※2を含む）申請施設管理者氏名（自署）※1（　　　　　　　　　　　　　　）連携医療施設名（ ）連携施設管理者氏名（自署）※2（ ）連携施設における心臓血管外科専門医の責任者氏名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）②連携医療施設での緊急外科対応ができる曜日と時間帯 曜日（　　　　　　　）時間帯（　　　　　　　　　　）③どのような場合に、どのような手順で心臓血管外科へ連絡するかを 具体的に記入  **【記入欄】**④搬送方法と推定搬送時間搬送方法（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）推定搬送時間（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）搬送先病院の開胸手術に必要な手術機器、手術室、 麻酔科医、臨床工学技士、看護師、人工心肺などの準備体制の詳細を記入 　**【記入欄】** |
| 4 | 当該申請に関する問合せ担当者名およびメールアドレス | 担当者名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）担当者メールアドレス（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

施設名　　　　　　：

申請者名（医師）：

管理番号（事務局記入）：