

経皮経管的脳血栓回収用機器適正使用指針第3版に基づく実施医講習会の開催案内

2018年8月25日

日本脳神経血管内治療学会、日本脳卒中学会、日本脳神経外科学会

経皮経管的脳血栓回収用機器適正使用指針第3版の実施医基準に基づく実施医講習会を下記の通り開催しますので案内します。受講基準を満たす先生は、所定の手続きを行って受講してください。

日時 2018年10月9日 午後13時から1時間（受付開始12:30、最大延長14:30）
会場 仙台国際センター 会議棟2階 桜1
内容 講義（下記）
注意 ハンズオン、機器トレーニングはありません
途中入室および退出された先生には受講証明を発行しません
受講料 無料
申込 様式1および2を事前に事務局に送付または持参してください

受講資格 下記のすべてを満たす必要があります

1. 日本脳神経外科学会、日本脳卒中学会、日本脳神経血管内治療学会の会員
 2. 脳神経外科専門医、脳卒中専門医、または神経内科専門医である（註）
 3. 脳血管撮影を術者として行うことが出来る
 4. 再開通療法を実施する施設が、機械的血栓回収療法（以下、MT）を行っている施設から、緊急自動車でも1時間以上を要する
- 註 脳血管内治療専門医またはそれに準じる経験を有する医師は、実施資格を有していますので、対象から除外します。

講習会の内容

1. 受講する者は、神経学的評価、画像診断、MTの技術的事項を除く適応判断が可能であることが前提であり、それらを講義には含まないまたは最小限とする。
2. MTの実施に必要な解剖、器材、その使い方、標準的治療手技、トラブルシューティング、術前術中術後マネジメントを主な内容とする。
3. 個別の機器のトレーニングは本講習後に販売企業が行うので、機器の準備や取り扱いの基本は省略する。ただし、MTをいかに安全確実に行うかを伝えるためには、機器の使い方が含まれることは当然で、それを省くことはできない。
4. 標準的手技にとどめ、特殊な手技、rescue PTA, Stentingは含めない。

事務局

〒160-0016 東京都新宿区信濃町35 信濃町煉瓦館
一般財団法人国際医学情報センター内
日本脳神経血管内治療学会 事務局
TEL: 03-5361-7555、FAX: 03-5361-7091
E-mail: jsnet@imic.or.jp（事務局アドレス）

講習会受講申請書

ふりがな		写真（3x4cm、上半身、無修正、正面向き、脱帽、3ヶ月以内に撮影）
氏名		
性別		
年齢		
医籍登録番号		
所属学会	日本脳卒中学会、日本脳神経外科学会、日本脳神経血管内治療学会	
取得専門医資格	脳神経外科専門医、日本脳卒中学会専門医、日本神経学会専門医	
所属施設名		
診療科		
所属施設の住所		
E-mail		
緊急連絡（携帯）		
郵便物送付先	〒	

以下はできれば回答

最も近い血管内再開通療法 実施施設名	
緊急自動車での所要時間	

上記が正確であることを確認し、受講を申請します。

_____年 _____月 _____日

氏名（自著） _____

承諾書

以下を了承し遵守します。

- 適応を遵守し、標準的手技による機械的血栓回収療法を実施すること
- 施設倫理委員会または病院長の承認を得て、診療実績を報告すること
- 異動や医療機関の整備により、緊急自動車によって1時間以内に、血管内再開通療法の実施医療機関への搬送が可能になった場合は、本教育システムに基づいて本療法を実施しないこと

_____年 _____月 _____日

氏名（自著） _____