

## 心臓血管外科ライブ手術評価チェックリスト(様式 7)

実施日	(西暦) 年 月 日
入室時刻	:
退室時刻	:

チェック内容	Yes	No
1. ガイドラインに示されたライブに適した症例であったか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 新たな手術器具やデバイスが使われていなかったか。国内承認済みのもの以外が使用されていなかったか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 術者は手術開始前にライブ手術の内容に関連する利益相反について言及したか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 手術チームの連携が十分にとれていたか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 患者の個人情報厳密に管理されていたか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 手術内容について時間的余裕があったか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 手術室内に術者とは別にコーディネーターが配置されていたか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. コーディネーターは手術の進行を妨げないように術者・討論者・視聴者とのコミュニケーションを適切に保てたか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 会場に司会者が配置されていたか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 司会者は術者の集中力を損なう質問やコメントを控えさせ、その可否とタイミングを適切に決定できていたか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 撮影方法は手術の妨げにならなかったか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 術中に重大な事態が発生した場合に、中継を中止し、救命に全力をあげたか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>
13. 手術直後の検討会は行なわれたか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 術後の検討会に術者が参加できたか (WEB 経由を含む)。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

コメント

No の場合はコメントを記載してください。

(西暦) 年 月 日

司会者 (署名) \_\_\_\_\_