（外部医師用）

　　外 部 医 師 各 位

愛知医科大学病院

医療安全管理室長

当院における中心静脈カテーテル留置のライセンスについて

当院では，患者の医療安全のため当院が認定したライセンスがないと中心静脈カテーテル挿入ができません。

ついては，中心静脈カテーテル挿入を行う場合は，下記によりライセンスの認定を受けた上で，マニュアルを遵守した安全な留置をお願いします。

記

１　中心静脈カテーテル挿入ライセンス

当院において中心静脈カテーテル挿入手技を実施するには，次表の「訓練医」以上のライセンスが必要です。

２　ライセンスと業務内容の一覧

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ライセンス | ＣＶＣ挿入 | 他人への指導 | ライセンス取得の条件 |
| 訓練医 | 認定医/指導医の指導下 | できない | ５例の見学＋知識テスト合格＋シミュレータによる実技試験合格 |
| 認定医 | 単独 | 訓練医を指導 | 【医師免許取得後3～5年目】訓練医での10例の成功＋知識テスト再合格＋シミュレータによる実技試験再合格【医師免許取得後6年目以上】申告20例＋知識テスト合格＋（シミュレータによる実技試験合格：希望者のみ） |
| 指導医 | 単独 | 訓練医・認定医を指導 | 認定医＋ＣＶ指導者講習会受講 |

３　中心静脈カテーテル留置ライセンス取得の申請手続き

　　中心静脈カテーテル留置ライセンスの取得には，①から③までの手続きが必要です。

　　　①　愛知医科大学病院の「中心静脈カテーテル留置マニュアル」の内容を把握すること。

　　　②　「中心静脈カテーテル留置に関する確認テスト」で90点以上を取得すること。

（何度受験していただいても構いません。）

　　　③　「中心静脈カテーテル留置ライセンス取得申請書」を所属部署経由で医療安全管理室へ提出すること。

　　　上記の①から③は，以下のURLから確認できます。

　　　　　http://www.aichi-med-u.ac.jp/cvc-license-manual/

４　お問合せ先

　　　医療安全管理室　内線：34258　　メール：sec3310@mail.aichi-med-u.ac.jp

2023.6

|  |  |
| --- | --- |
| 受理番号 |  |

（別紙様式１）

中心静脈カテーテル留置ライセンス取得申請書

（外部医師用）

年　　　月　　　日

愛知医科大学病院長　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 部 署 名 |  |
| 所属長名 |  | 印 |
| 申請者名 |  | 印 |

私は，中心静脈カテーテル留置ライセンスの取得を下記のとおり申請します。

記

１　取得希望ライセンス種別

※　該当箇所に☑ を入れてください。

|  |  |
| --- | --- |
| □ | 外 部 訓 練 医 |
| □ | 外 部 認 定 医 |

２　医師免許取得後の年数

医師免許取得後　　　年目

３　実施症例・受講歴

**(1)【外部訓練医・外部認定医申請の場合】**

①　実施症例

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 症例患者ID | 実施日 | 症例実施部署 | 認定医又は指導医の印 | 備考 |
| 記入例 | 12345678 | 2022.4.1 | 院内：○○○科院外：△△△△病院 | ㊞ |  |
| １ |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |  |
| ８ |  |  |  |  |  |
| ９ |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |

注　１　外部訓練医申請の場合は、院内での5例の見学症例を記載し、認定医又は指導医が押印すること。

２　外部認定医申請の場合

(1)　経験年数3〜5年目の医師は、成功症例数を10例記載し、認定医又は指導医が押印すること。院外の成功症例数を3例まで含めてよいものとし、院外の症例については患者ID及び認定医・指導医の押印は必要ないこと。

(2)　経験年数6年目以上の医師は,「成功症例20例がある」と欄内に記載し、症例の詳細及び認定医・指導医の押印は必要ないこと。

②　知識テストの合格日

※ 訓練医ライセンスを所持しており、認定医ライセンスを申請する場合は、再度知識テストを受け、最新の合格日を記入すること。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 年 |  | 月 |  | 日 | 合格 |

③　実技試験の合格日　※ 経験年数6年未満の医師が対象

※ ＣＶＣ実技テスト　評価票Ⅰ・Ⅱを添付すること。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 年 |  | 月 |  | 日 | 合格 |

提出先：医療安全管理室経由

2023.6