

経皮的僧帽弁接合不全修復システム
症例見学実施 報告書

症例見学実施日 20XX年 XX月 XX日

症例見学受講者 記載欄

施設名: XXXXXXXX 病院

見学医師	
	氏名
1	循環器内科 XXXX XXXXX (フルネーム)
2	心臓血管外科 XXXX XXXXX
3	提供提供元代表者サイン

症例見学内容サマリー:

例: DMR, 2クリップ症例、MR: 4+ → 1+

症例見学実施施設 記載欄

施設名: XXXXXXXX 病院

担当科: 循環器内科

担当科責任者 氏名: XXXX XXXXX

患者情報			
年齢	XX才	性別	男性
僧帽弁逆流起因	器質性	機能性	その他:

上記内容に間違いがないことを確認し、経皮的僧帽弁接合不全修復システム施行症例に関して患者準備から閉創まで見学したことを保証する。

	受講代表者	提供元代表者
氏名	XXXX XXXXX	XXXX XXXXX
サイン	見学受講代表者 サイン	見学提供元代表者 サイン

Transcatheter Mitral Valve Repair Case observation report

Case date 20XX/ XX / XX (yyyy/mm/dd)

Participants description field

Site name : XXXXXXXXX Hospital

Physicians		
	Department	Name
1	Cardiology	XXXX XXXXX (Full name)
2	Cardiology	XXXX XXXXX
3		Organizer signature

Summary :

Ex. DMR case, 2 clips, Procedure time 120 minutes, etc.....

Organizer description field

Site name : XXXXXXXXX Hospital

Department : Cardiology

Department responsible person's name : XXXX XXXXX

Patient information				
Age	XX	Sex	Male	Female
MR etiology	Degenerative	Functional	Other :	

We've guaranteed these case observations performed thoroughly.

	Participants	Organizer
Name	XXXX XXXXX	XXXX XXXXX
Signature	Participants signature	Organizer signature