（様式２）

ロボット支援手術　術式申請書

　ロボット支援手術として下記術式を実施するための基本的資格条件として下記事項を満たしましたので，下記術式を開始したく申請します。

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　　　属

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名 　　 印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　診療科長名　　 印

１．術式 (標準手術時間　　　　　）

２．手術チーム（術式を実施するための基本的条件）

　　　認定医師（関連学会の指針に従う） １．　　　　　　２．　　　　　３．

　　　見学の経験を有する看護師　　　　 　　１．　　　　　　２．　　　　　３．

　　　見学の経験を有する臨床工学技士　　 　１．　　　　　　２．　　　　　３．

３．上記術式に関連した手術の実績数（　　　　　　　　　　　　　術)　　　　例

 　　 開放　　　　　　例　　鏡視下　　　　　例

４．倫理委員会承認日　　　　　　　　　　　　　　　委員会 　　令和　　年　　月　　日

５．高難度新規医療の実施にかかる会議承認日　令和　　年　　　月　　　日

６．指導医の要請予定 第　　例目　手術予定日　　令和　　年　　　月　　　日

 招聘予定指導医名

７．当該手術の説明書・同意書の添付　(機器トラブルがあった場合の対応を明記しておくこと）

８．手術中止条件の提示（標準手術時間・手術中止条件を具体的にあげること）

９．関連した手術経験が無い場合は，以下の点について提示してください。

（１）手術部位及び手術術式

（２）既存の内視鏡手術に係る本院での実績

（３）手術支援ロボットを用いて手術を行うことの有用性

（４）国内又は国外での手術支援ロボットを用いた手術の実績

（５）該当手術に係る診療科領域の学会における内視鏡手術のガイドライン

（６）手術支援ロボットを用いて手術を行う場合の年間予想手術件数

（７）手術支援ロボットを用いて手術を行う場合の術者名及び助手名

（８）当該手術を高度医療・先進医療に申請する場合の手続き及び条件

（９）安全性確保の手段について

**ロボット支援手術　術式承認書**

　前頁の申請については審査の結果，承認します。

　令和　　年　　月　　日

 　　　　　　　　　　　琉球大学病院長　　　　　　　　　　　　印