【様式6】

日本成人先天性心疾患学会専門医受験　推薦状（様式6 外科系）

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

日本成人先天性心疾患学会　代表理事　殿

本施設にて修練を修了しました　受験者　　氏名記載　　　　　について、下記の通り推薦いたします。

**・推薦文**

|  |
| --- |
|  |

ACHD専門医または施設指導責任者の署名または記名・捺印：　　　　　　　　　　　　　　　㊞

成人先天性心疾患専門医 研修カリキュラム達成度 評価表（外科系）

氏名：

1. 知識と診断能力習得

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 自己評価達成：○未達成：× | カリキュラム研修を達成していると評価した場合にACHD専門医または施設指導責任者が捺印 |
| 1.成人先天性心疾患領域における疫学と将来展望を理解する |  |  |
| 2.以下のようなACHDに特有の病態と理解と診断能力を習得する |  |  |
| 　1）修復術未施行の先天性心疾患の成人期の病態の理解と手術適応の診断 |  |  |
| 　2）先天性心疾患修復術後の成人期の諸問題:術式固有の合併症・遺残病変と病態理解と診断 |  |  |
| 　3）ACHDにおける妊娠指導 |  |  |

1. 保存的治療

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. ACHDにおける心不全の適切な管理ができる |  |  |
| 2. Fontan不全患者の適切な管理ができる |  |  |
| 3.ACHDにおける不整脈の適切な管理ができる |  |  |
| 4. ACHDにおける肺高血圧の適切な管理ができる |  |  |
| 5.ACHDにおける感染性心内膜炎の適切な予防と管理ができる |  |  |
| 6. ACHDにおける心臓・心肺移植を理解し計画できる |  |  |

1. ACHDの外科治療

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. 成人先天性心疾患手術を実施できる (開心術、非開心術を問わない) |  |  |
| 2. 心不全に対するペースメーカー治療を実施できる(CRT ICDを含む)  |  |  |

1. 周術期管理・術後管理

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. 術中補助循環に精通し、担当者への的確な支持と監視ができる |  |  |
| 2. 術後の循環呼吸管理を主体的に実践し、各種デバイス治療の適応を判断できる |  |  |

1. 倫理的配慮・コミュニュケーションスキル

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. 医の倫理に基づいた適切な態度と習慣を身につけ、適切なインフォームドコンセンサスを得ることができる
 |  |  |
| 1. コメディカルスタッフと強調・協力して医療を実践することができる
 |  |  |
| 1. ACHDにおける心理社会的問題とQOLを理解し、適切な支援ができる
 |  |  |

1. 生涯学習と学術的進歩

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. 外科学の進歩に合わせた生涯学習を行う方略の基本を習得し実行できる |  |  |
| 2. 学術的研究を積極的に行い、ACHD診療の向上に努めることができる |  |  |

\*外科系成人先性心疾患専門医カリキュラムの大項目を評価対象とするが、各大項目に割り当てられた小項目の研修内容全てが達成されている場合に各大項目の研修内容が達成されていると評価すること

研修カリキュラム評価に関わったACHD専門医または施設指導責任者の署名または記名・捺印

ACHD専門医または施設指導責任者の署名または記名・捺印：　　　　　　　　　　　　　　　㊞