

da Vinci 支援手術見学証明書

下記のものは、 _____年_____月_____日に当施設にて____件の da Vinci 支援（前立腺全摘除術、腎部分切除術、膀胱全摘除術）の主要行程を見学研修したことを証明する。

見学研修者氏名：

年 月 日

施設名：

証明者氏名：

- 1) 本証明書は“泌尿器科領域における da Vinci 支援手術を行うに当たってのガイドライン”（日本泌尿器科学会、日本泌尿器内視鏡学会策定：
<http://www.jsee.jp/davncis-ope>）において、“12. da Vinci 支援前立腺全摘除術を独立したチームとして始めるには、同手術の見学あるいは泌尿器ロボット支援手術プロクター招聘手術を合わせて10例以上経験していること。” “14. da Vinci 支援腎部分切除術・膀胱全摘除術を独立したチームとして始めるためには、同手術の見学あるいは泌尿器ロボット支援手術プロクター招聘手術を合わせて3例以上経験していること。”に関する見学研修を証明するものである。
- 2) 本証明書は見学施設（ロボット支援前立腺全摘除術については20例以上、腎部分切除術については10例以上、膀胱全摘除術については5例以上を施行した施設）において本HPより適宜ダウンロードし発行される。
- 3) 見学研修者は本証明書を保管し、ガイドラインに則って安全にロボット支援手術を開始することを勧める。