

骨粗鬆症性椎体骨折に対する経皮的椎体形成術（PVP）実施における 脊椎脊髄外科医との連携体制確認書

本確認書は、「Conamon PVP キット」を用いた経皮的椎体形成術（PVP）の適正使用にあたり、日本 IVR 学会専門医あるいはその監視下に脊椎脊髄外科以外の医師が実施する場合に、適正使用指針に基づき、脊椎脊髄外科医との相談・連携体制が整備されていることを確認することを目的とする。

【実施医師】（資格：日本 IVR 学会専門医）

医療機関名	
診療科	
氏名	

【連携脊椎脊髄外科医】（資格：日本脊椎脊髄病学会指導医、日本脊髄外科学会技術認定医あるいは技術指導医、または脊椎脊髄外科専門医）

医療機関名	
診療科	
氏名	

確認事項

実施医 連携医

- ☐ ☐ 本確認書は、適正使用指針に基づき、経皮的椎体形成術（PVP）実施時における脊椎脊髄外科医との相談・連携体制を事前に確認するためのものである。
- ☐ ☐ 実施医師は、適応判断または術中・術後管理において脊椎脊髄外科的な専門的判断を要すると判断した場合には、必要に応じて連携脊椎脊髄外科医へ相談・連絡を行う。
- ☐ ☐ 本確認書は、緊急時対応および専門的助言に関する連携体制を確認するものであり、個別症例ごとの適応判断、経皮的椎体形成術（PVP）の実施判断、手技および術後管理に関する責任は、実施医師および実施医療機関に帰属する。
- ☐ ☐ 連携脊椎脊髄外科医は、患者の状態および自施設の診療体制に応じて、助言、診療協力、受診・転院調整等について可能な範囲で対応する。
- ☐ ☐ 確認書は症例毎でなく継続的な効力を持つものとする。ただし、実効性のある連携体制の維持が困難と判断した場合、実施医あるいは連携医のいずれかの申し出により、連携体制の見直しまたは撤回できるものとする。

【署名欄】

作成日： 令和 年 月 日

【実施医師】 署名（自署）	
【連携脊椎脊髄外科医】 署名（自署）	

※ 本確認は単なる手続き上の署名ではなく、実効性のある医療安全体制の担保を目的としています。関連学会が定める最新の適正使用指針および関連通知等を別途確認のうえ遵守してください。