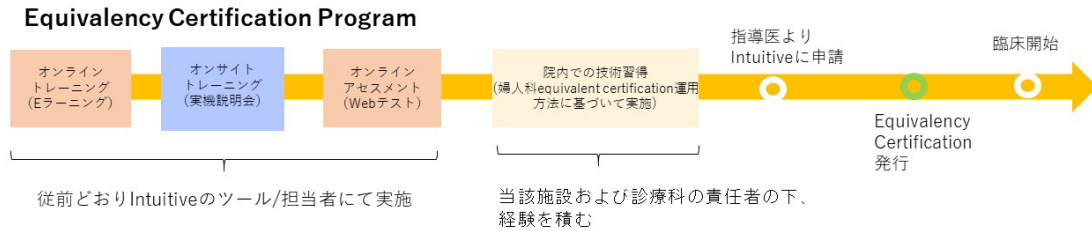


## 婦人科 Equivalent certification 運用方法 (2025-12-23)



\* 下記運用方法に関しては、運用後6か月後をめどに見直しをすることとする。

1. Equivalent certification Program による術者指導を希望する da Vinci プロクターである医師（指導医）は各施設のインテュイティブサージカル合同会社担当者へ連絡する。
2. 新術者候補は、直近6か月以内に5例以上の助手経験を必須とする。過去にIntuitiveによる助手トレーニングを受講していない場合、当プログラム内のIntuitive提供トレーニングにおいて、一括して取り扱う。Equivalency Certificationの申請までに5例の助手経験を終えていること。
3. 新術者候補者は、インテュイティブサージカル合同会社担当者へ連絡し、企業提供のトレーニングを受講する。
4. 新術者候補は Simulator を用いた指定する全エクササイズを各々90点以上取得し、その他適宜指導医の責任の下で技術を習得する。
5. 新術者候補が da Vinci 手術を実施するための要件を満たしたことを指導医が確認し、インテュイティブサージカル合同会社担当者にレターを提出する。
6. インテュイティブサージカル合同会社より Equivalency certification を発行する。

---

## レターサンプル

病院名/ロゴ

住所 1 行目

住所 2 行目

連絡先番号 1

連絡先番号 2

website.com

[日付]

[術者名] 医師は、[施設] において [日付] から行われた [領域] 手術の da Vinci サージカルシステムの使用についてのトレーニングを無事修了しました。

[術者名] は、da Vinci サージカルシステムの使用に関して、以下のトピックに関するトレーニングを受けました。

- |                 |                        |               |
|-----------------|------------------------|---------------|
| - ポート配置         | - カメラコントロール            | - リトラクション     |
| - ペイシェントカートのセット | - クラッチ                 | - 剥離          |
| - ドッキングとドッキング解除 | - EndoWrist® インストゥルメント | - 縫合          |
| - インストゥルメントの挿入と | 操作                     | - エネルギーの使用    |
| 交換              | - 第 3 アームのコントロール       | - トラブルシューティング |
| - サージョンコンソールの設定 | - 可動域                  | - コミュニケーション   |

私は、この期間中、[術者名] が、指導医の評価のとおり da Vinci サージカルシステムの使用スキルの習熟が認められ、[術者名] 医師が、da Vinci サージカルシステムを使用した低侵襲手術を実施するための要件を満たしていることをここに証明します。

[診療科責任者またはそれに相当する方の役職名とお名前]

[直筆署名]