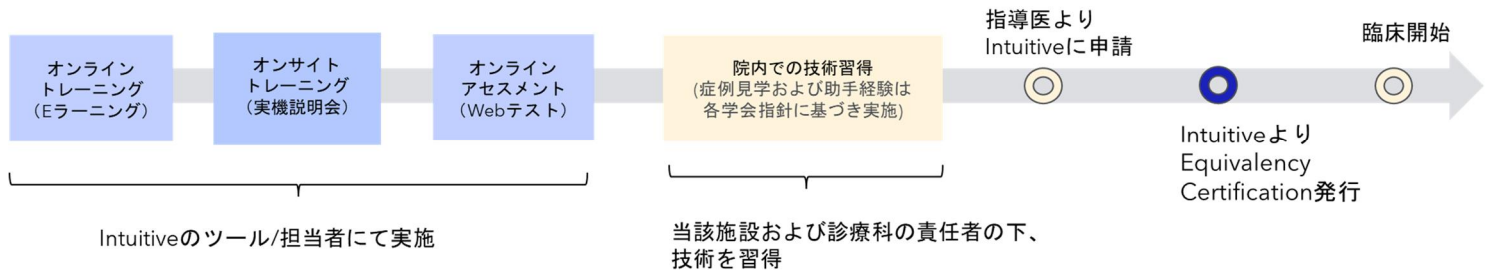


消化器外科領域

Equivalency Certification Program



- 実施施設条件はプロクター（当該施設内に限りプロクターと扱える場合も含む）が在籍する施設とする
- 術者条件は学会規定に従う
- 助手未経験の場合は、インテュイティブサージカル合同会社実施のトレーニングで包括する
 - * 上述のオンライントレーニング/オンサイトトレーニング/オンラインアセスメントを指す
- Simulator 学習を推奨する
- その他、適宜指導医の下で技術を習得する
- 技術習得および手術実施要件を満たしていることを指導医が証明する（レターサンプル別添）
- 対象機種は、da Vinci Si サージカルシステム、da Vinci X サージカルシステム、da Vinci Xi サージカルシステム、Da Vinci 5 サージカルシステムとする
- 他国で Equivalency Certification を取得している場合、国内で改めて Certification を取得する必要はないが、国内の所属施設の責任において指導する
- Equivalency Certification 取得後に国内で異動する場合、移動先施設の責任において指導する
- 所属施設の指導医の責任の下で技術を習得することとし、関連病院での指導は適用しない
- 当プログラムは 2026 年 1 月 1 日より開始とする

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]