



経皮的冠動脈血管形成術 (PTCA) の入院～退院までの御案内

* 患者様用 * 氏名

循環器科 (4A, 4B) 病棟
集中治療 (3A) 病棟

	入院日 (月 日)	手術前日 (月 日)	手術当日 (月 日)		手術後1日目 (月 日)	退院日 (月 日)
			(手術前)	(手術後)		
治療・処置		<ul style="list-style-type: none"> ・カテーテルを入れる部位を清潔にするため、周囲の毛を剃ります。 	<ul style="list-style-type: none"> ・検査室に着替え入ります ・尿を取る管を入れます 	<ul style="list-style-type: none"> ・集中治療病棟 (3A病棟) に入ります 	<ul style="list-style-type: none"> ・4A病棟に戻ります。 	
検査	<ul style="list-style-type: none"> ・心電図検査 ・胸部レントゲン () があります 				<ul style="list-style-type: none"> ・採血 ・胸部レントゲン があります 	
内服薬	<ul style="list-style-type: none"> ・薬は忘れずに持参して下さい。 ・飲んでいる薬を確認します。 				<ul style="list-style-type: none"> ・今後の薬が変更になる場合があります。 	
食事	<ul style="list-style-type: none"> ・屋より病院食が出ます。 				<ul style="list-style-type: none"> ・夕～食事再開です。 	
安静・活動	<ul style="list-style-type: none"> ・制限はありません。 		<ul style="list-style-type: none"> ・朝で寝静まっています。 		<ul style="list-style-type: none"> ・安静解除をした後から歩けます。 ・制限はありません。 	
清潔	<ul style="list-style-type: none"> ・入浴できます。 	<ul style="list-style-type: none"> ・処置後、入浴・洗髪できます。 			<ul style="list-style-type: none"> ・体を拭きます。 ・入浴できます。 	
説明	<ul style="list-style-type: none"> ・入院生活の説明をします (看護婦) ・手術内容の説明をします (主治医) ・手術前、中、後の説明をします。(看護婦) ・手術当日までに、3Aの看護婦が病棟の説明に伺います。 			<ul style="list-style-type: none"> ・ご家族に集中治療病棟での面会方法を説明します。11時に荷物を持って、3階3A病棟前にお越し下さい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・手術の結果の説明があります。(主治医) 	

※ 御案内の内容に関して分からない点や、ご心配なことがありましたら、入院されてから速速なくお尋ね下さい。

(入院費用は、社会保険の本人で30～60万円です。お支払いのことについては、ケースワーカーがご相談に応じておりますので、お申し出ください)

◎ なお、患者様、医療側の都合により、この経過表通りにいかない場合もあります。

【入院時指示】

患者名

主治医

入院時

不眠時 レンドルミン 1 t

便秘時 プルセニド 1 t

発熱時 ロキソニン 1 t

疼痛時 ロキソニン 1 t

頭痛時 ロキソニン 1 t

胸痛時 ECG→ミオコールスプレー→ECG→Drコール

血 圧 200 ↑ アダラート5mg舌下

50 ↓ Drコール

* ムンテラ日時 月 日 時 分

* 心筋シンチ 朝絶食 昼延食

薬はずらして内服

<その他>

P T C A (経皮的冠動脈血管形成術) クリニカルパス

氏名 () 入院時診断名 () 主治医 () 担当看護婦 ()
 年齢 (才) 禁忌 () ★は主治医がチェックすること

病 日	手術前 (月 日) バス導入	手術当日 (手術前) (月 日)
治療・処置	<input type="checkbox"/> 剃毛 (両ソケイ部、肘部) <input type="checkbox"/> マーキング (足背A、とう骨A)	<input type="checkbox"/> (サイズ) Frバルン留置 <input type="checkbox"/> 入室時間 (時 分)
検 査	<input type="checkbox"/> 入院時検査確認 (血型、不規則抗体、血I、生化、感染、HIV) <input type="checkbox"/> 胸X-P <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> UCG <input type="checkbox"/> 運動負荷試験	
点滴・注射	<input type="checkbox"/> 注射伝票 看護婦日付記入	<input type="checkbox"/> ホスミシン 1g 生食H 100ml (検査室持参)
食 事	<input type="checkbox"/> 心臓疾患食 <input type="checkbox"/> 高脂血症食 (AI, AII) <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 手術前一食絶食
安静・活動	フリー	
清 潔	<input type="checkbox"/> 入浴 洗髪 (剃毛後)	
説明・指導	<input type="checkbox"/> 手術説明と同意書 (主治医) <input type="checkbox"/> 手術前、手術中、手術後のリエンション <input type="checkbox"/> 個別栄養指導 (有・無) <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 集中治療室看護婦の訪問 <input type="checkbox"/> 胸痛時対処法の説明 <input type="checkbox"/> 退院時のしおりの準備	<input type="checkbox"/> 家人来院確認 【血管造影室への連絡事項】 (来る 来ない) <input type="checkbox"/> バイタルサイン (出検前) 看護上の問題 血圧 (/) mmHg 脈拍 (/min) 体温 (°C)
書 類	★ <input type="checkbox"/> 入院時治療計画書 ★ <input type="checkbox"/> 集中治療室申込み <input type="checkbox"/> 手術同意書	腰痛の有無
観 察	<input type="checkbox"/> バイタルサイン (日勤) 血圧 (/) mmHg 脈拍 (/min) 体温 (°C)	
胸部症状	<input type="checkbox"/> (有 無) ()	<input type="checkbox"/> (有 無)
共同問題とアウトカム	#1 手術 (治療) が成功するかという心配 #2 P T C Aに伴う穿孔・解離・再狭窄・ 発熱・出血の恐れ #3 ベット上安静に伴う苦痛 #4 胸部症状出現の可能性 #5 集中治療室に入室する環境変化への不安	【アウトカム】 #1,2 <input type="checkbox"/> 不安に思っている事が表出できる #4 <input type="checkbox"/> 胸痛時速やかにナースコールできる #5 <input type="checkbox"/> 集中治療室看護婦入室訪問後どんな 所かイメージできる
問題の評価 コメント		
バリエーション	<input type="checkbox"/> な し <input type="checkbox"/> あ り	<input type="checkbox"/> な し <input type="checkbox"/> あ り
実働記録者サイン	(日勤) (準夜)	(深夜) (日勤)

P T C A クリニカルパス

氏名 ()

★は主治医がチェックすること

病 日	手術後1日目 (月 日)	退 院 日 (月 日)
治療・処置	<input type="checkbox"/> 集中治療室退室 (時 分) ★ <input type="checkbox"/> ガーゼ交換	<input type="checkbox"/> サージカルテープ除去
検 査		
食 事		
清 潔		入浴可
説明・指導	★ <input type="checkbox"/> 所見の説明 (主治医) <input type="checkbox"/> 服薬指導 (薬剤師、医師)	
	★ <input type="checkbox"/> 次回外来予約 (月 日) ★ <input type="checkbox"/> 紹介状 (有 無) ★ <input type="checkbox"/> 退院処方 (有 無) <input type="checkbox"/> 診察券	
	<input type="checkbox"/> 発作時の対処方法 <input type="checkbox"/> 緊急時の連絡法	<input type="checkbox"/> 生活指導 (退院のしおり使用)
観 察	<input type="checkbox"/> バイタルサイン (日勤)	<input type="checkbox"/> バイタルサイン (準夜)
	<input type="checkbox"/> バイタルサイン (深夜)	
	血圧 (/ mmHg) 脈拍 (/ min) 体温 (°C) 出血 (有 無) <input type="checkbox"/> ハマト-マ (有 無) <input type="checkbox"/> A触知 ()	血圧 (/ mmHg) 脈拍 (/ min) 体温 (°C) 出血 (有 無) <input type="checkbox"/> ハマト-マ (有 無) <input type="checkbox"/> A触知 ()
胸部症状	<input type="checkbox"/> (有 無)	<input type="checkbox"/> (有 無)
共同問題とアウトカム	【アウトカム】 #1 <input type="checkbox"/> 手術が成功してよかったという言葉が聞かれる #2 <input type="checkbox"/> 歩行後出血がない <input type="checkbox"/> 皮下出血がない #3 <input type="checkbox"/> ベット上安静が解除され疼痛が緩和じたといえる #4 <input type="checkbox"/> 歩行しても胸痛がない	【アウトカム】 #4 <input type="checkbox"/> 胸痛が起きた時の対処法が理解されており言葉にできる <input type="checkbox"/> 生活上の注意事項が理解できる
バリエーション	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
実働確認者サイン	(日勤) (準夜)	(深夜) (日勤)



_____ クリニカル・パスの
バリエーションシート

入院日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

退院日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

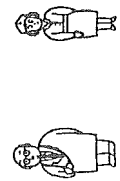
月/日	生じたバリエーション内容	その理由	どうしたか結果・対策	パス継続 可・不可 サイン ()
				可・不可 サイン ()
				可・不可 サイン ()
				可・不可 サイン ()
				可・不可 サイン ()
				可・不可 サイン ()

- * バリエーションとはクリニカルパスから外れたすべての出来事をいう。
- * バリエーションが生じた場合には、その日時と内容を必ずこのシートに記載する。
- * バリエーションへの対策は主治医、クリニカルパス担当ナースに相談して行い、パス継続が可能か否かを速やかに決定する。
- * パスの継続が不可能となった場合、体温表とピンク看護計画用紙を追加して以後パス用紙へ記載してはならない。

 パースメーカー植え込み術の術前～退院までの御案内  患者様用 氏名 _____ 4A病棟		術後1日目	2日目	3日目	4～6日	7日目	退院日 ()	
手術前日 ()	当日術前 ()	当日術後	術後1日目	2日目	3日目	4～6日	7日目	退院日 ()
治療処置	手術前の処置をします。 ・心電図をつけて置きます。 ・手術の予定から、手術の前にかかれます。 ・検査着に着替えて尿を取ります。	パースメーカーを植え込みます。 ・固定します。	・尿管を抜き取ります。 ・手術後レントゲンをとります。	・尿管を抜き取ります。 ・手術後レントゲンをとります。	・固定を外します。 ・尿管を外します。	・尿管を抜き取ります。 ・手術後レントゲンをとります。	・尿管を抜き取ります。 ・手術後レントゲンをとります。	・尿管を抜き取ります。 ・手術後レントゲンをとります。
検査								
薬点滴	・飲んでおられるお薬を確認します。 ・持参してください。	・1日2回点滴があります。 ・手術後7日目に針を抜きます。						
安静活動	・今まで通りです。	・起き上がれません。 ・座れます。 ・歩けます。 ・病院内は自由に歩けます。	・ベッド上での排便となります。					
食事	・手術前の一食は食べないで下さい。	・水分(水、お茶等)は帰室後すぐに飲む事が出来ます。 ・食事は帰室3時間後から食べられます。 (手術当日は起き上がれないため、寝たまま食べて頂きます)						
清潔	・処置後、入浴をします。 ・手術前後、身体を拭きます。							
説明指導	・手術内容の説明をします。 ・手術前後、身体を拭きます。							

★御案内の内容に於いて分からない点や、ご心配な事がございましたら、入院してから遠慮なくお尋ね下さい。★
 ◆尚、患者様・医療側の都合により、この経過表通りにいかない場合があります。▼

▼お支払いの事につきましては、ケースワーカーがご相談に応じておりますので、お申し出下さい。▼



【入院時指示】 患者名

主治医

入院時

不眠時 レンドルミン 1 t

便秘時 プルセニド 1 t

発熱時 ロキソニン 1 t

疼痛時 ロキソニン 1 t

頭痛時 ロキソニン 1 t

胸痛時 ECG→ミオコールスプレー→ECG→Drコール

血圧 200↑アダラート5mg舌下

90↓Drコール

◆ムンテラ日時： 日 時 分

◆心筋シンチ

朝絶食昼延食

薬はずらして飲む

その他

ペースメーカー植え込み術クリニカルパス

1

氏名 () (歳) 診断名 () 主治医 ()
 () 禁忌 () 担当看護婦 ()

	手術前日 (月 日)	手術当日 術前
指示・ 申し送り	◇術前指示 (月 日記入) ・手術日時： 月 日 時より ・剃毛部位：左右胸部 剃毛後入浴または清拭 ・食事：手術前1食絶食 ・内服薬、テープ類：内服・中止 () ・疼痛時：□キシニン1錠 ・38.5℃↑発熱時：□キシニン1錠 ◆指示受け看護婦 ()	◆申し送り事項 ・血圧 / ・脈拍 ・体温 ・その他
点滴注射		□ホスミン持参
食事	() 食	□手術前1食中止
安静・ 活動	・安静度 () ・体外式ペースメーカー挿入中 ◆設定◆ ()	
説明 指導	□手術の説明 (月 日 時より) と同意書 (主治医) 《確認》 □パンフレットを渡し、手術前、中、後の説明 (看護婦) 《確認》 □身体障害者手続きについての説明 (ケースワーカー) 《確認》 □服薬指導	
医師用		□バルンカテ挿入
モニター チェック	□10時 □14時 □17時	□17時 □21時 □1時
共同問題 とアウト カム	#1 アダムス・ストークス発作の恐れ #2 ペーシング不全・センシング不全 #3 手術に関する不安 #4 手術に伴う合併症の恐れ (血腫・感染・気胸等) #5 手術後、抑制されていることによる筋肉痛 #6 固定されていることによるテープかぶれの苦痛 #7 退院後の自己管理	《アウトカム》 □#1 発作が起きずに、 手術が迎えられる □#3 不安に思っている事 が、言葉に出して、 表現できる
問題評価 コメント		
バリアンス	□あり □なし	□あり □なし
実施責任者サイン	日勤	準夜 深 日

ペースメーカー植え込み術クリニカルパス

2

◆手術当日 (月 日)

氏名 _____

<p>検査</p>	<p> <input type="checkbox"/> 帰室 (時 分) モニター装着 <input type="checkbox"/> 帰室時 X-P <input type="checkbox"/> ペースメーカーチェック (業者) 《確認》 ◆ ペースメーカー設定 ・ AAI ・ VVI ・ VDD ・ VDI ・ DDI ・ DDD ・ その他 () ♥ 設定レート () 《モニター》… 帰室直後 <input type="checkbox"/> 自己波形のみ <input type="checkbox"/> 混合波形 <input type="checkbox"/> ペーシング波形のみ ※必ず2号用紙に貼付のこと※ </p> <div style="text-align: center;"> </div>		
<p>点滴注射</p>	<p><input type="checkbox"/> ホスミン 1g + 生食 H100 () 時</p>		
<p>処置</p>	<p><input type="checkbox"/> ガーゼ交換 <input type="checkbox"/> イブニングケア (準夜)</p>		
<p>安静活動</p>	<p>・ 床上安静 (起座位は不可) <input type="checkbox"/> 患側三角布固定</p>		
<p>医師用 手術記録</p>	<p> </p>		
<p>観察</p>	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p> <input type="checkbox"/> 帰室時バイタルサイン等 (体温表に記載) ◆ モニターチェック <input type="checkbox"/> 帰室時 <input type="checkbox"/> 12時 <input type="checkbox"/> 14時 <input type="checkbox"/> 17時 (準夜と一緒にチェック) </p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p> <input type="checkbox"/> 準夜1検 (体温表に記載) ◆ モニターチェック <input type="checkbox"/> 17時 <input type="checkbox"/> 21時 <input type="checkbox"/> 1時 (深夜と一緒に) </p> </td> </tr> </table>	<p> <input type="checkbox"/> 帰室時バイタルサイン等 (体温表に記載) ◆ モニターチェック <input type="checkbox"/> 帰室時 <input type="checkbox"/> 12時 <input type="checkbox"/> 14時 <input type="checkbox"/> 17時 (準夜と一緒にチェック) </p>	<p> <input type="checkbox"/> 準夜1検 (体温表に記載) ◆ モニターチェック <input type="checkbox"/> 17時 <input type="checkbox"/> 21時 <input type="checkbox"/> 1時 (深夜と一緒に) </p>
<p> <input type="checkbox"/> 帰室時バイタルサイン等 (体温表に記載) ◆ モニターチェック <input type="checkbox"/> 帰室時 <input type="checkbox"/> 12時 <input type="checkbox"/> 14時 <input type="checkbox"/> 17時 (準夜と一緒にチェック) </p>	<p> <input type="checkbox"/> 準夜1検 (体温表に記載) ◆ モニターチェック <input type="checkbox"/> 17時 <input type="checkbox"/> 21時 <input type="checkbox"/> 1時 (深夜と一緒に) </p>		
<p>共同問題と、アウトカム</p>	<p> 《アウトカム》 <input type="checkbox"/> #2 ペーシング不全・センシング不全が見られない <input type="checkbox"/> #4 ガーゼ上に出血がない <input type="checkbox"/> #5 同一体位による筋肉痛に対し、 <input type="checkbox"/> マッサージで緩和できる <input type="checkbox"/> 徒手体交で緩和できる <input type="checkbox"/> 薬剤を使用して緩和できる 薬剤名：<input type="checkbox"/> キソニン・その他 () <input type="checkbox"/> #6 テープかぶれによる苦痛がない </p>		
<p>問題評価 コメント</p>	<p> </p>		
<p>バリエーション</p>	<p><input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし</p>		
<p>実施責任者サイン</p>	<p>日勤 準夜</p>		

ペースメーカー植え込み術クリニカルパス

3

(術後1~2日目)

氏名 _____

	月 日 (術後1日目)			月 日 (術後2日目)		
医師用	《創》 《モニター》			《創》 《モニター》		
処置	<input type="checkbox"/> 全身清拭 <input type="checkbox"/> ガーゼ交換 (圧迫固定) <input type="checkbox"/> モニター装着中			<input type="checkbox"/> 全身清拭 <input type="checkbox"/> ガーゼ交換 (圧迫固定) <input type="checkbox"/> モニター装着中 <input type="checkbox"/> バルンカテ抜去		
点滴注射	<input type="checkbox"/> ホスミシン 1g + 生食 H100 x 2			<input type="checkbox"/> ホスミシン 1g + 生食 H100 x 2		
安静活動	・ 床上安静 (起座位可) <input type="checkbox"/> 患側三角布固定			・ 病棟内歩行可 <input type="checkbox"/> 患側三角布固定		
観察	<input type="checkbox"/> バイタルサイン 日勤1検 (体温表に)			<input type="checkbox"/> バイタルサイン 日勤1検 (体温表に)		
モニター チェック	<input type="checkbox"/> 1時 <input type="checkbox"/> 3時 <input type="checkbox"/> 7時	<input type="checkbox"/> 10時 <input type="checkbox"/> 14時 <input type="checkbox"/> 17時	<input type="checkbox"/> 17時 <input type="checkbox"/> 21時 <input type="checkbox"/> 1時	<input type="checkbox"/> 1時 <input type="checkbox"/> 3時 <input type="checkbox"/> 7時	<input type="checkbox"/> 10時 <input type="checkbox"/> 14時 <input type="checkbox"/> 17時	<input type="checkbox"/> 17時 <input type="checkbox"/> 21時 <input type="checkbox"/> 1時
共同問題 とアウト カム	《アウトカム》 <input type="checkbox"/> #2 ペーシング不全がない <input type="checkbox"/> #2 センシング不全がない <input type="checkbox"/> #4 手術創部に、血腫形成がない <input type="checkbox"/> #4 外観上、手術創に問題がない <input type="checkbox"/> #6 テープかぶれによる皮膚剥離の 痒みや痛みが緩和できる			《アウトカム》 <input type="checkbox"/> #2 ペーシング不全がない <input type="checkbox"/> #2 センシング不全がない <input type="checkbox"/> #4 手術創部に、血腫形成がない <input type="checkbox"/> #4 外観上、手術創に問題がない <input type="checkbox"/> #4 トイレ歩行時、ふらつきがない <input type="checkbox"/> #4 バルン抜去後自尿がある <input type="checkbox"/> #6 テープかぶれによる皮膚剥離の 痒みや痛みが緩和できる		
問題評価 コメント						
バリエーション	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
実施責任者サイン	深	日勤	準	深	日勤	準

ペースメーカー植え込み術クリニカルパス

氏名 _____

	月 日 (術後4日)	月 日 (術後5日)	月 日 (術後6日)
医師用	《創》	《創》	《創》
処置	<input type="checkbox"/> ガーゼ交換	<input type="checkbox"/> ガーゼ交換	<input type="checkbox"/> ガーゼ交換
点滴注射	<input type="checkbox"/> ホスミシン1g×2	<input type="checkbox"/> ホスミシン1g×2	<input type="checkbox"/> ホスミシン1g×2
清潔	<input type="checkbox"/> 下半身シャワー	<input type="checkbox"/> 下半身シャワー	<input type="checkbox"/> 下半身シャワー
説明・指導	<input type="checkbox"/> 自己検脈指導開始	<input type="checkbox"/> 自己検脈指導	<input type="checkbox"/> 自己検脈指導
観察	<input type="checkbox"/> バイタルサイン 日勤1検(体温表に) ・検脈(体温表に) <input type="checkbox"/> 6時 <input type="checkbox"/> 10時 <input type="checkbox"/> 19時 <input type="checkbox"/> 14時	<input type="checkbox"/> バイタルサイン 日勤1検(体温表に) ・検脈(体温表に) <input type="checkbox"/> 6時 <input type="checkbox"/> 10時 <input type="checkbox"/> 19時 <input type="checkbox"/> 14時	<input type="checkbox"/> バイタルサイン 日勤1検(体温表に) ・検脈(体温表に) <input type="checkbox"/> 6時 <input type="checkbox"/> 10時 <input type="checkbox"/> 19時 <input type="checkbox"/> 14時
共同問題とアウトカム	《アウトカム》 <input type="checkbox"/> #4 手術創部に、血腫形成がない <input type="checkbox"/> #4 外観上、手術創に感染がない <input type="checkbox"/> #6 テープかぶれによる痛みや痒みが緩和される <input type="checkbox"/> #7 指導下で、自己検脈が出来る	《アウトカム》 <input type="checkbox"/> #4 手術創部に、血腫形成がない <input type="checkbox"/> #4 創部の感染がない <input type="checkbox"/> #6 テープかぶれによる痛みや痒みが緩和される <input type="checkbox"/> #7 指導下で、自己検脈が出来る	《アウトカム》 <input type="checkbox"/> #4 創部に、血腫形成がない <input type="checkbox"/> #4 創部の感染がない <input type="checkbox"/> #6 テープかぶれによる痛みや痒みが緩和される <input type="checkbox"/> #7 自主的に自己検脈が出来る
問題評価コメント			
バリエーション	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
実施責任者サイン	深 日 準	深 日 準	深 日 準

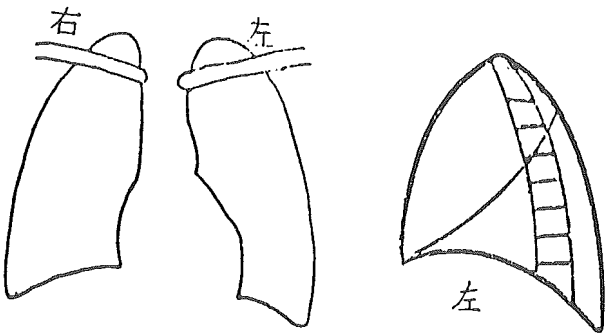
ペースメーカー植え込み術クリニカルパス

6

月

日 (術後7日目用)

氏名

<p>医師用 (検査)</p>	<p>《創》◇本日抜糸予定◇</p>  <p>□ 胸部X-P (2方向)</p>	<p>□血液検査(血I、生化)</p> <p>《採血データ》</p> <p>◇血I◇</p> <ul style="list-style-type: none"> ・WBC ・RBC ・Hb ・Hct ・PLT <p>◇生化学◇</p> <ul style="list-style-type: none"> ・CRP ・T-Bil ・GOT ・GPT ・γ-GTP ・LDH ・Cre ・Na ・K ・Cl 	
<p>処置</p>	<p>□ ガーゼ交換(全抜糸)</p>		
<p>点滴注射</p>	<p>□ ホスミシン1g+生食H100 x2</p>	<p>□ 点滴終了後ルート抜針</p>	
<p>清潔</p>	<p>□ 下半身シャワー</p>		
<p>説明・指導</p>	<p>□ 退院に向けての指導(主治医)</p> <p>□ ペースメーカー手帳の説明(主治医)</p>		
<p>観察</p>	<p>□ バイタルサイン 日勤1検(体温表に記載)</p> <p>・検脈</p> <p>□6時(自己・NS)</p>	<p>・検脈</p> <p>□10時(自己・NS)</p> <p>□14時(自己・NS)</p>	<p>・検脈</p> <p>□19時(自己・NS)</p>
<p>共同問題とアウトカム</p>	<p>《アウトカム》</p> <p>□#3 手術創部に、血腫形成がない</p> <p>□#3 手術創に問題がなく、抜糸できた</p> <p>□#7 自分で、脈拍を測ることが出来、日常生活上注意すべきことがわかる</p>		
<p>問題評価コメント</p>			
<p>バリアス</p>	<p>□ あり □ なし</p>		
<p>実施責任者サイン</p>	<p>深夜</p>	<p>日勤</p>	<p>準夜</p>

ペースメーカー植え込み術クリニカルパス

7

氏名 _____

	月 日 (術後8日目)			月 日 (退院日)		
医師用 (指示)				★次回外来予約 ・ペースメーカー外来 (月 日 時) ★紹介医への返事 (あり・なし) ★当院での検査、外来予約 (あり・なし) ★退院処方 (あり・なし)		
処置	<input type="checkbox"/> ガーゼ除去					
清潔	<input type="checkbox"/> 入浴可					
説明・指導	<input type="checkbox"/> 退院指導 (主治医)					
観察	<input type="checkbox"/> バイタルサイン (日勤1検) <input type="checkbox"/> 自己検脈 (NSは確認のみ) (日勤1検)			<input type="checkbox"/> 自己検脈 (NSは確認のみ) (退院前1回)		
問題と、アウトカム	《アウトカム》 <input type="checkbox"/> #6 テープかぶれが治癒、あるいは軽減する <input type="checkbox"/> #7 自主的に自己検脈が出来る <input type="checkbox"/> #7 退院後の緊急時連絡方法がわかる <input type="checkbox"/> #7 検脈時、設定数より5少なければ、異常だと判り、対処できる					
問題評価コメント						
リスク	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
実施責任者サイン	深	日	準	深	日	準

_____ クリニカル・パスの
バリエーションシート

入院日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

退院日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

月/日	生じた バリエーション内容	その理由	どうしたか 結果・対策	パス継続 可・不可
				可・不可 サイン ()
				可・不可 サイン ()
				可・不可 サイン ()
				可・不可 サイン ()
				可・不可 サイン ()

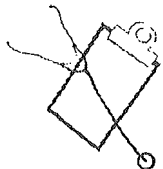
- * バリエーションとはクリニカルパスから外れたすべての出来事をいう。
- * バリエーションが生じた場合には、その日時と内容を必ずこのシートに記載する。
- * バリエーションへの対策は主治医、クリニカルパス担当ナースに相談して行い、パス継続が可能か否かを速やかに決定する。
- * パスの継続が不可能となった場合、体温表とピンク看護計画用紙を追加して以後パス用紙へ記載してはならない。

脳梗塞で入院された患者様へ

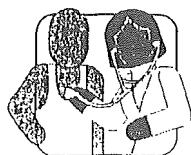


様は脳梗塞の

- ◆ 外来で医師より説明があったと思いますが、治療と確定診断のために入院していただきました。



- ◆ 本日より2週間は、経過表に沿って治療を行います。入院してしばらくの間は安静が必要になります。毎日動いて良い範囲を説明します。患者様の病気の状態に応じて、多少計画表と異なる場合があります。解らない事、「おかしい」と思われることがありましたら、遠慮なくおたずね下さい。
- ◆ 2週間以降の経過につきましては、患者様個々によってことなります。入院後10～13日目に、主治医より病状や経過の説明があります。そのときに今後の治療、生活、仕事などについて相談していただきます。
- ◆ 手や足のマヒにより食事・トイレ・着替えなど入院の生活に不自由を感じる場合は遠慮なく声をかけてください。
- ◆ マヒやしびれなどの症状がひどくなった等何か変わった事がある場合は、早めに連絡してください。
- ◆ 食事は大切な治療のひとつです。入院中の食事は、塩分が制限され薄味になっています。食事に付いてくる以外の調味料（醤油、ふりかけなど）の使用や間食は止めてください。
- ◆ 今まで飲んでいた薬はすべて持ってきてください。入院中続けて飲むかどうかは、主治医が指示をだします。



脳梗塞で入院された患者さまへ		脳梗塞入院経過表										
	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	8~9日目	10~13日目	14日目		
安静	ベット上	室内歩行可	症状により病棟内でも自由にすごせます			病棟内自由			制限はありません			
食事	検査等の移動時は搬送用ベット又は車椅子です 絶食の場合もあります 食事内容については症状で変更する場合もあります						移動時、車椅子を使用する事もあります					
排泄	室内で排泄していただく場合もあります 必要時3日間、尿をためる場合もあります			制限はありません								
清潔	入浴できません 週2日午前中に体を拭きます				シャワー又は入浴が出来ます							
観察	体温、脈、血圧等測定 1日3回			1日2回								
説明	入院診療計画について 薬の説明(必要時薬剤師より) 安静、食事、排泄、清潔の方法について(看護士より)								1日1回 病状説明(主治医より)		退院について	
検査	採血、心電図、レントゲン、CTを行って入院	MRI、CTに呼ばれます 必要に応じて採血があります										
治療	24時間、持続して点滴を行う場合もあります 午前と午後2回点滴を行います 必要に感じ、飲み薬の変更や、新しく始まる薬があります											
リハビリ	なし		リハビリが始まります									
その他	症状によっては、他科を受診していただく場合もあります *病気の状態、症状に応じてそれぞれ異なります。その都度、説明に伺いますが、何か分からない事がありましたら、遠慮なくおっしゃってください										このスケジュールは、急性期(2週間)の治療の為のものです。 2週間の入院費についての概算 3割負担の場合・・・約200,000円 2割負担の場合・・・約140,000円 老人 の場合・・・約30,000円 となります。	

《脳血管障害の再発を防ぐ上での日常生活の注意》

☆酒（アルコール）を控えましょう。

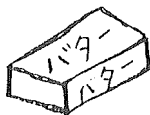


☆タバコはやめましょう。



☆バランスのとれた食事をとりましょう。

脂肪や塩分の多い食事をさげ、肥満・動脈硬化を防ぎましょう。



☆温度差、特に暖かい所から寒い所への移動は注意してください。

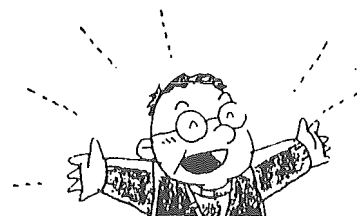
☆長時間の入浴や熱いフロは避けましょう。

ぬるめの風呂
でリラックス



☆ストレス・疲労をためないようにしましょう。

適度な運動（散歩など）、十分な睡眠を心掛けましょう。自分でできる日常生活は、なるべく独力でやることも大切です。



☆便秘をしないようにしましょう。

無理にいきむのは避けましょう。繊維分の多い食品をとったり、適度な運動をしたり、水分を普段より少し多めにとるなどしましょう。便秘が続くようでしたら、お薬の使用など主治医に相談しましょう。

☆定期的に診察を受けましょう。

高血圧・糖尿病・不整脈・高脂血症などの基になる疾患のある場合は、再発を防ぐためにも、その治療が大切です。

☆お薬は忘れずに飲みましょう。



(資料18)

脳梗塞クリニカルパス 入院時指示表

患者氏名

主治医

◆入院時診断

◆血圧 収縮期 mmHg または拡張期 120 mmHg 以上で

アダラート10mg舌下30分後再検、降下が見られない場合再度投与。

それでも下がらない場合 Dr Call

◆発熱時 38.5℃以上 ボルタレン坐薬25mg 1屯

◆頭痛時 ポンタール 1錠 屯

◆不眠時 エバミール 1錠 屯

◆便秘時 プルセニド 1~2錠 屯

◆下痢時 ラックB1包+タンナルピン末1包 屯

◆嘔吐時 プリンペラン1A iv im

◆不穏時 アタラックスP1A im

◆痙攣時 Dr Call