

# 右/左 上腕動脈心臓カテーテル検査パス ( 例目) No.1

CAG/LVG/右心カテ/Act負荷/ESP/PCIスタンバイ ( )

( 号室) 様 歳 (男・女) Dr

月 日	月 日 ( )	月 日 ( )
	前 日	当 日 検査前
<b>アウトカム</b>	#1 検査・治療の必要性・流れが分かる (達成・未達成) #2 心身共に平静に検査・治療が受けられる (達成・未達成) #3 狭心症発作がない (達成・未達成)	
<b>時 間</b>		
R BT P BP		
△ ● ● V		
70 40 160		
60 39 140		
50 38 120		
40 37 100		
30 36 80		
20 35 60		
10 34 40		
^		
SPO <sub>2</sub>		
アセスメント		
胸部症状		
不安表情		
不安言動		
動脈触知(橈骨A)		
処置・検査 (チェック項目)	<input type="checkbox"/> 出血凝固時間 <input type="checkbox"/> 橈骨Aマーキング (×マーク) <input type="checkbox"/> CT・MRI問診表 <input type="checkbox"/> 感染症 (+・-) <input type="checkbox"/> 検査承諾書 *指示受けナースチェック欄* <input type="checkbox"/> 電話連絡：3階東西・検査室・レントゲン室 <input type="checkbox"/> 伝票：照射録・注射・抗生剤・出血凝固・食事	<input type="checkbox"/> 出血凝固 午前中 (前日が休日の場合) <input type="checkbox"/> 義歯・指輪・補聴器・貴金属類除去 <input type="checkbox"/> ペンレス貼付 (Dr指示) <input type="checkbox"/> カルテ・X-P袋・CT・MRI問診表 検査承諾書・出血凝固時間の確認 <input type="checkbox"/> PCIスタンバイ(麻)温モヒ持参 <input type="checkbox"/> 排尿誘導 <input type="checkbox"/> 車椅子にて入室
注射・内服 *血糖降下薬変更時記入	<input type="checkbox"/> 不眠時、約束指示与薬 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 左前腕・右前腕にDIVルートKeep <input type="checkbox"/>
食 事	<input type="checkbox"/> 指示通り <input type="checkbox"/> Ns:パンフレット使用しオリエンテーション	<input type="checkbox"/> 3例目以降11時検査食 <input type="checkbox"/> 検査の進行状況をふまえ、おおよその入室時間、各処置時間を説明 <input type="checkbox"/> 入室時間が決まったら、直ちに患者・家族に報告する
安 静 度	<input type="checkbox"/> 指示通り	<input type="checkbox"/> 指示通り
清 潔	<input type="checkbox"/> 指示通り	<input type="checkbox"/> 指示通り
看護特記事項	*アセスメント：問題なしー 問題あり+ +時は詳細をアセス欄か 看護特記事項に記載する *アセス項目が+であっても 処置にて改善された場合は アト加は達成とする  <div style="text-align: right; color: green;">*PCIになった場合 上腕インターベンションパスNo2へ</div>	
バリエーション	有 ・ 無	有 ・ 無
アウトカムナンバー	バリエーション有の時は、該当するアウトカムナンバーを書いてください。	
指示受けナース	日 勤	準 夜
	深 夜	日 勤