

右/左 橈骨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
アウトカム		#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)			
時 間					
バイ タル サイ ン	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 ₂					
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"/> 橈骨Aマーキング (×マーク) <input type="checkbox"/> 出血凝固時間 <input type="checkbox"/> CT・MRI問診表 <input type="checkbox"/> 感染症 (+・-)		<input type="checkbox"/> 出血凝固時間 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"/> 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"/> 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)塩モヒ持参 <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"/>	
		<input type="checkbox"/> 指示通り		<input type="checkbox"/> 3例目以降11時検査食	
食 事		<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"/> 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	
		<input type="checkbox"/> 指示通り		<input type="checkbox"/> 指示通り	
安 静 度 清 潔 看 護 特 記 事 項		<input type="checkbox"/> 指示通り		<input type="checkbox"/> 指示通り	
		<input type="checkbox"/> 指示通り		<input type="checkbox"/> 指示通り	
*アセスメント: 問題なし 問題あり+ +時は詳細をA/M欄か 看護特記事項に記載する *A/M項目が+であっても 処置にて改善された場合は A/Mは達成とする					
				※PCIになった場合 橈骨インターベンションパスNo2へ	
バリエーション		有 ・ 無	有 ・ 無	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