

右/左 鼠径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				
	足背A触知				
処置・検査 (チェック項目)		<input type="checkbox"/> 鼠径処置 <input type="checkbox"/> 足背動脈マーキング(×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(+・-) *指示受けナースチェック欄* <input type="checkbox"/> 検査承諾書 <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)塩モヒ持参 <input type="checkbox"/> 排尿誘導 <input type="checkbox"/> ストレッチャーにて入室 (又はベッドを高くして)	
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"/> 右前腕・左前腕にDIVルートKeep <input type="checkbox"/>	
食 事		<input type="checkbox"/> 指示通り		<input type="checkbox"/> 3例目以降11時検査食	
説明・指導		<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、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 問題あり十 十時は詳細をA&M欄か 看護特記事項に記載する *A&M項目が十であっても 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 鼠径インターベンションパスNo2へ	
バリエンス		有・無	有・無	有・無	有・無
アウトカムナンバー		バリエンス有の時は、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