

ジェネレーター交換 パス

(例目)

(号室)

様

歳 (男・女)

Dr

施行日 月 日

鎖骨下 (右・左)

ルートキープ (右・左)

ソケイ処置 (要・不要)

休薬 (有・無)

①ワーファリン
(/ ~ /)

②バイアスピリン
(/ ~ /)

③パナルジン
(/ ~ /)

④プレタール
(/ ~ /)

⑤DM薬・インスリン

Ns

電話予約 3階東西
 XP室
 検査室

確認 CT・MRI問診用紙
 感染症
 承諾書

伝票 照射録
 注射伝票
 出血凝固伝票
 食事伝票 (/)

交換直後 cX-P伝票 (正)
 ECG伝票

月 日		前 日		
月 日		月 日 ()		
アウトカム		#1 ジェネレーター交換に対する理解が出来る (達成・未達成)		
		#2 心身共に平静に治療が受けられる (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			
	眩暈・失神発作 不安感			
処置・検査	<input type="checkbox"/> 出血凝固 (休薬ない場合) →土日祝日の場合金曜or前々日 (/) <input type="checkbox"/> 除毛 (要・不要) <input type="checkbox"/> ソケイ処置 <input type="checkbox"/> ビトロート痕の除去			
注射・内服	<input type="checkbox"/> ※休薬時記載 <input type="checkbox"/>			
食 事	<input type="checkbox"/> 通常通り			
説 明 ・ 指 導	<input type="checkbox"/> Nsオリエンテーション <input type="checkbox"/> 抗生物質問診アレルギー (有・無) ※有の時はDrへ報告			
安 静 度	<input type="checkbox"/> 通常通り			
清 潔	<input type="checkbox"/> 通常通り			
看護特記事項	※経過記録より～ *アセスメント 問題なしー 問題あり+ +時は詳細をアセスメント欄か 看護特記事項に記載する アセスメント項目が+であっても 処置にて改善された場合は アウトカムは達成とする			
ヴァリアンス	有・無	有・無		
アウトカムナンバー	ヴァリアンス有の時のアウトカムナンバー記載			
各シフト担当看護師サイン	日 勤	準 夜		

※アウトカム評価はしましたか？

チェック・サイン漏れはありませんか？

*リード線損傷・再挿入する場合はPMIパスを使用して下さい。

ジェネレーター交換 パス (設定 R)

(号室) 様 歳 (男・女)

術 後		1 日 目			2 日 目			3 日 目			4 日 目			
月 日		月 日 ()			月 日 ()			月 日 ()			月 日 ()			
アウトカム		#3 創部腫脹の増強が見られない。 #4 創痛がコントロールされる									(達成 ・ 未達成) (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													
	動悸感													
	創部痛													
	創部出血・腫脹													
処置・検査		<input type="checkbox"/> 創部消毒 (Dr) <input type="checkbox"/> カギム貼用												
注射・内服		<input type="checkbox"/> Ns100+吐711g ※休薬再開時記載												
食事		<input type="checkbox"/> 元の食事へ戻る												
説明・指導														
安静度		<input type="checkbox"/> 元の安静度へ												
清潔		<input type="checkbox"/> 清拭			<input type="checkbox"/> 清拭			<input type="checkbox"/> 清拭			<input type="checkbox"/> 清拭			
看護特記事項		※モニター心電図は経過記録へ貼付												
*アセスメント 問題なし- 問題あり+ +時は詳細をアセスメント欄か 看護特記事項に記載する アセスメント項目が+であっても 処置にて改善された場合は アウトカムは達成とする														
ヴァリアンス		有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
アウトカムナンバー		ヴァリアンス有の時は、該当するアウトカムナンバーを書いてください。												
各シフト担当看護師サイン		深夜	日勤	準夜	深夜	日勤	準夜	深夜	日勤	準夜	深夜	日勤	準夜	

※アウトカム評価はしましたか？

チェック・サイン漏れはありませんか？

ジェネレーター交換 パス (設定 R)

(号室) 様 歳 (男・女)

術 後		5 日 目			6 日 目			7 日 目			8 日 目			
月 日		月 日 ()			月 日 ()			月 日 ()			月 日 ()			
アウトカム		#3 創部腫脹の増強が見られない。 #4 創痛がコントロールされる									(達成 : 未達成) (達成 : 未達成)		※アウトカム評価はしましたか?	
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													
	動悸感													
	創部痛													
	創部出血・腫脹													
処置・検査					□ Δ °-スメーカーチェック * Δ °-スメーカーチェックは1W前後に行います。行った日にチェック!			□創部抜鉤・開放 □ Δ °-スメーカーチェック			□創部抜鉤・開放 □ Δ °-スメーカーチェック *抜鉤は半抜鉤し、2日に亘ることもあります。			
注射・内服														
食事														
説明・指導														
安静度														
清潔		□清拭			□清拭			□清拭			□抜鉤翌々日入浴可			
看護特記事項		※モニター心電図は経過記録へ貼付												
*アセスメント 問題なし- 問題あり+ 十時は詳細をアセスメント欄か看護特記事項に記載する アセスメント項目が+であっても処置にて改善された場合はアウトカムは達成とする														
ヴァリエーション		有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
アウトカムナンバー		ヴァ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。												
各シフト担当看護師サイン		深夜	日勤	準夜	深夜	日勤	準夜	深夜	日勤	準夜	深夜	日勤	深夜	

チェック・サイン漏れはありませんか?