

ペースメーカー植え込み 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 (/)
 PMI直後 cX-P伝票 (正・右→左)
 ※必須 ECG伝票
 (伝票にはPMI直後と記入)
 術後1日目 cX-P伝票 (正・右→左)
 ※必須 ECG伝票
 (伝票にはPMI後1日目と記入)
 術後7日目 cX-P伝票 (正)
 ※祝・祭日の時は翌日 ECG伝票
 (伝票にはPMI後7日目と記入)
 ソーシャルワーカーへ連絡
 PMIの日程
 身障者手続きについての
 キーパーソン家族 (続 柄)

		前 日		
月 日		月 日 ()		
アウトカム		#1 ペースメーカー植え込み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 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		
ヴァリエンス		有・無	有・無	
アウトカムナンバー		ヴァリエ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？

ペースメーカー植え込み パス (設定 R)

(号室) 様 歳 (男・女)

月 日		当日 検査前				当日 検査後				
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。				(達成 ・ 未達成)				
		#4 創痛がコントロールされる				(達成 ・ 未達成)				
		#5 ペースメーカー不全がない				(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									
	動悸感									
	創部痛									
	創部出血・腫脹									
	ペースメーカー不全									
	不安感									
処置・検査	安静保持									
	抗生物質副作用									
注射・内服	5分間									
	15分後									
処置・検査	□出血凝固 午前中(休薬ある場合)	□帰室時ECG・cX-P(正・右→左)								
	□前張り(ソケイ処置をした場合)	□モニターECG装着								
食事	□義歯・時計・眼鏡・貴金属除去	□砂のう圧迫(有・無)								
	□カルテ(承諾書・CT・MRI問診表)検査袋	□砂のう除去時間(:)								
説明・指導	□車椅子で搬送	□ストレッチャーで帰室								
	□昼食後薬 11時内服	□Ns 100ml + 7711 1g D I V(帰室後)								
安静度	□ラクテック500ml ルートkeep	□ラクテック500ml 術後2~3時間で抜針								
	□	□								
清潔	□3例目以降 11時検査食	□1・2例目 遅食(おにぎり食)介助								
		□おにぎり食(夕食まで)								
看護特記事項	□入室時間・各処置開始時間を説明	□砂のう除去時間・安静度を説明								
		□変わりがあればすぐにNs-JLするよう説明								
ヴァリアンス	□疼痛時、薬が使えることを説明	□植え込み側上肢90度以上挙上禁止(1W)								
	□通常通り	□術後~2時間はベッド上フリー								
アウトカムナンバー	□2時間後よりトイレ・洗面可	□2時間後よりトイレ・洗面可								
	□前処置前まで通常通り	□入浴・シャワー不可								
各シフト担当看護師サイン		※モニター心電図は経過記録へ貼付								
		※モーター心電図は経過記録へ貼付								
ヴァリアンス	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						

※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?

ペースメーカー植え込み 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 #5 ペースメーカー不全がない									(達成 ・ 未達成) (達成 ・ 未達成) (達成 ・ 未達成)		
時 間													
バイタルサイン	R Δ	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												
	ペースメーカー不全												
	不安感												
安静保持													
処置・検査		<input type="checkbox"/> 創部消毒 (Dr) ※カゲム貼用 <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> cX-P (正・右→左)											
注射・内服 ※休薬再開時記載		<input type="checkbox"/> Ns100+ロワイ1g											
食事		<input type="checkbox"/> 元の食事へ戻る											
説明・指導		<input type="checkbox"/> 生活指導 <input type="checkbox"/> 自己検脈指導			<input type="checkbox"/> 生活指導 <input type="checkbox"/> 自己検脈指導			<input type="checkbox"/> 生活指導 <input type="checkbox"/> 自己検脈指導			<input type="checkbox"/> 生活指導 <input type="checkbox"/> 自己検脈指導		
安静度		<input type="checkbox"/> 元の安静度へ <input type="checkbox"/> 植え込み側上肢90度以上挙上禁止 (1W)											
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	
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？

ペースメーカー植え込み 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 #5 ペースメーカー不全がない #6 生活の留意点がわかる									(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										以後経過記録へ	
	△	●	●	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														
	ペースメーカー不全 不安感 安静保持														
処置・検査					<input type="checkbox"/> ペースメーカーチェック *ペー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してCHREエラー除去。			<input type="checkbox"/> 創部抜鉤・開放 <input type="checkbox"/> ペースメーカーチェック <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> cX-P (正)			<input type="checkbox"/> 創部抜鉤・開放 <input type="checkbox"/> ペー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		<input type="checkbox"/> 生活指導 <input type="checkbox"/> 自己検脈指導			<input type="checkbox"/> 生活指導 <input type="checkbox"/> 自己検脈指導			<input type="checkbox"/> 生活指導 <input type="checkbox"/> 自己検脈指導			<input type="checkbox"/> 生活指導 <input type="checkbox"/> 自己検脈指導				
安静度		<input type="checkbox"/> 元の安静度へ <input type="checkbox"/> 植え込み側上肢90度以上挙上禁止 (1W)									<input type="checkbox"/> 患側上肢挙上可				
清潔 看護特記事項		<input type="checkbox"/> 清拭			<input type="checkbox"/> 清拭			<input type="checkbox"/> 清拭			<input type="checkbox"/> 抜鉤翌々日入浴可				
※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			
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			

チェック・サイン漏れはありませんか?