

2泊3日上腕部心臓カテーテル検査パス (例目)

(号室)

様 歳 (男・女)

ID 番号

氏 名

性別

病 棟

入院年月日

主治医：

指示受け看護師：

指示受け看護師チェック欄

～ 伝票 ～

↓ 日付は1日目です ↓

食事箋

照射録X-ray (cX-P)

生理検査 (ECG)

生理検査 (ABI)

血液・血清検査 (出血・凝固)

核医学検査依頼書 (BMIPP)

食事箋 (上記の為時間変更時)

院内採血

P-1・CBC・CRP・BS
 総コレステロール・尿酸
 CK-MB・ESR

↓ 日付は2日目です ↓

総合検査依頼書 (24hccr)

(2日目～3日目)

尿一般検査 (検尿)

生理検査 (心臓超音波検査)

↓ ここからはカテ指示です ↓

～ 電話連絡 ～

3階西病棟 3階東病棟

放射線課 検査室

～ 伝票 ～

照射録 (血管・心臓)

注射薬臨時処方箋 (カテ用)

院内処方箋 (シプロキサソ)

食事箋 (カテの順番にて)

院内処方箋 (ペンレス2枚)

↑ 指示ある時

月 日		1日目			
月 日		月 日 ()			
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 検査が、不安なく受けられる		(達成・未達成)	
		#3 予定通り検査が受けられる		(達成・未達成)	
		#4 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		<input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 出血凝固時間 <input type="checkbox"/> ABI <input type="checkbox"/> cX-P <input type="checkbox"/> 院内採血 <input type="checkbox"/> 橈骨Aマーキング (×マーク) <input type="checkbox"/> BMIPP 注射(:) 撮影(:) <input type="checkbox"/> 感染症 (+・-) 【 / 提出】 <input type="checkbox"/> CT・MRI 問診表 <input type="checkbox"/> 検査承諾書			
(チェック項目)					
注射・内服		<input type="checkbox"/> 不眠時、約束指示与薬 <input type="checkbox"/>			
※休薬時記載					
食 事		<input type="checkbox"/> 昼食普段通り <input type="checkbox"/> 昼食遅食 <input type="checkbox"/> 夕食普段通り <input type="checkbox"/> 夕食遅食			
説明・指導		<input type="checkbox"/> 患者用2泊3日パス・心カテパスを使用し説明 <input type="checkbox"/> 各検査を説明			
安 静 度		<input type="checkbox"/> 指示通り			
清 潔		<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?