

# 内視鏡的乳頭切開・バルーン拡張術 (EST・EPBD)

No.1

( 号室)

様

歳 (男・女) Dr

月 日		月 日 ( )		月 日 ( )	
		前 日		当 日 検査前	
<b>アウトカム</b>		#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 腹痛・背部痛がない (達成・未達成)			
<b>時 間</b>				<b>入室時</b>	
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 <sub>2</sub>					
アセスメント	腹痛/背部痛				絶食
	不安表情/言動				
	嘔気/嘔吐				
	食事摂取量				
<b>処置・検査</b>  (チェック項目)		<input type="checkbox"/> 検査承諾書 <input type="checkbox"/> 出血・凝固時間 (前日か前々日のもの) ※1週間以内のものは医師確認 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> *指示受けナースチェック欄* <input type="checkbox"/> 電話連絡 レントゲン・第一外来の予約確認 <input type="checkbox"/> EST.EBD・X線造影・注射・抗生剤・食事伝票		<input type="checkbox"/> 22Gインサイド挿入(左腕) <input type="checkbox"/> 義歯・指輪・補聴器・貴金属類除去 <input type="checkbox"/> カルテ・ID・検査承諾書・内視鏡伝票確認 <input type="checkbox"/> ミラクリット5万単位持参 <input type="checkbox"/> 必要時麻薬オピスタン35mg伝票持参 <input type="checkbox"/> ストレッチャーにて入室 <input type="checkbox"/> 既往歴チェック (有・無) 有は下記チェック ○心疾患○甲状腺機能亢進症○緑内障 ○前立腺肥大症○重症筋無力症 ○筋ジストロフィー	
		<input type="checkbox"/> 不眠時、約束指示と薬 <input type="checkbox"/> 抗凝固薬・抗血栓薬内服 (無・中止中)		<input type="checkbox"/> ポタコールR500+アドナ.トランサミン keep <input type="checkbox"/> 昼の内服薬のみ中止	
<b>注射・内服</b> *血糖降下薬変更時記入		<input type="checkbox"/> 指示通り		<input type="checkbox"/> 朝より絶食 少量の飲水(水・お茶) 可	
<b>食事</b>		<input type="checkbox"/> Ns:オリエンテーション		<input type="checkbox"/>	
<b>説明・指導</b>					
<b>安静度</b>		<input type="checkbox"/> 指示通り		<input type="checkbox"/> 指示通り	
<b>清潔</b>		<input type="checkbox"/> 指示通り		<input type="checkbox"/> 指示通り	
<b>看護特記事項</b>					
*アセスメント：問題なし 問題あり+ +時は詳細をアセス欄か 看護特記事項に記載する *アセス項目が+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 *尿・便の回数は数字で 記入する					
<b>パリアンス</b>		有・無		有・無	
<b>アウトカムナンバー</b>		パリアンス有の際は、該当するアウトカムナンバーを書いてください。			
<b>指示受けナース</b>		日 勤		準 夜	
				深 夜	
				日 勤	

# 内視鏡的乳頭切開・バルーン拡張術 (EST・EPBD)

No.2

( 号室)

様

歳 (男・女)

月 日		月 日 ( )		月 日 ( )	
		当日 検査後		検査後1日目	
<b>アウトカム</b>		#4 重症肺炎・胆管炎の徴候がない(達成・未達成) #5 腹痛・背部痛・嘔気・嘔吐が無い(達成・未達成)			
		#6 指示通りの食事制限・安静度が守られる (達成・未達成)			
		#7 呼吸状態に異常がない (達成・未達成)			
		#8 食事開始の場合、摂取後も腹痛・背部痛・嘔気・嘔吐が無い (達成・未達成)			
<b>時 間</b>		<b>帰室後</b>		<b>準夜</b>	
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 <sub>2</sub>			
アセスメント	腹痛/背部痛				
	嘔気/嘔吐				
	腹部膨満				
	排ガス				
	呼吸抑制/覚醒状態				
	排液量				
	尿/便				
	食事摂取量				
<b>処置・検査</b>		□採血 (2時間後血アミ) 結果Drコール、食事・安静確認 (血糖降下剤・インスリン確認)		□採血 (CBC・P-1・CRP・血アミ)	
<b>注射・内服</b> *血糖降下薬変更時記入		帰室後 □ポタコールR500ml □スルペラキット1g (初回時異常の有・無) □ソリタT3/200+ミラクリット5万を3時間で		□採尿 (尿アミ) □腹部X-P □ポタコールR1500ml □ソリタT3/200+ミラクリット5万朝夕3hで □スルペラゾンキッド1g×2 朝・夕	
<b>食 事</b>		□可能なら夕～脂肪制限B1 5分粥 □指示通り ( )		□医師確認※血アミ・尿アミの結果、 食事開始の場合、点滴確認	
<b>説 明・指 導</b>		□安静度・安静解除時間の説明 □変りがあれば直にナースコールするよう説明 □疼痛時、薬が使えることを説明		□安静度・食事制限の説明 □変りがあれば直にナースコールするよう説明 □疼痛時、薬が使えることを説明	
<b>安 静 度</b>		□3時間ベット上安静 その後指示通り □指示通り ( )		□指示通り ( )	
<b>清 潔</b>		□清拭		□指示通り ( )	
<b>看護特記事項</b> アセスメント項目の 覚醒状態は状態で 記入する					
<b>約束指示</b>		※入院時指示参照			
<b>パリアンス</b>		有・無	有・無	有・無	有・無
<b>アウトカムナンバー</b>		パリアンス有の時は、該当するアウトカムナンバーを書いて下さい			
<b>各シフト担当看護師サイン</b>		日 勤	準 夜	深 夜	日 勤 準 夜

# 内視鏡的乳頭切開・バルーン拡張術 (EST・EPBD)

No.3

( 号室)

様

歳 (男・女)

月 日		月 日 ( )		月 日 ( )	
		検査後2日目		検査後3日目	
<b>アウトカム</b>		#4 重症肺炎・胆管炎の徴候がない(達成・未達成) #5 腹痛・背部痛・嘔気・嘔吐が無い(達成・未達成) #6 指示通りの食事制限・安静度が守られる (達成・未達成) #8 食事開始の場合、摂取後も腹痛・背部痛・嘔気・嘔吐が無い (達成・未達成)			
<b>時 間</b>					
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 <sub>2</sub>			
アセスメント	腹痛/背部痛				
	嘔気/嘔吐				
	腹部膨満/緊満				
	排ガス				
	尿 / 便		/		
	排液量				
食事摂取量					
<b>処置・検査</b>		<input type="checkbox"/> 採血 (CBC・P-1・CRP・血アミ) <input type="checkbox"/> 採尿 (尿アミ) <input type="checkbox"/> 腹部X-P			
<b>注射・内服</b> *血糖降下薬変更時記入		<input type="checkbox"/> ポタコールR1500ml <input type="checkbox"/> ソリタT3 200ml + ミラクリット5万E ×2 朝・夕 (3時間かけてDIV) <input type="checkbox"/> スルペラゾンキッド1g×2 朝・夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
<b>食 事</b>		<input type="checkbox"/> 医師確認 <input type="checkbox"/> 指示通り ( )			
<b>説 明・指 導</b>		<input type="checkbox"/> 制限が無いことを説明 <input type="checkbox"/> 変りがあれば直にナースコールするよう説明 <input type="checkbox"/> 安静度・食事制限の説明 <input type="checkbox"/> 変りがあれば直にナースコールするよう説明 <input type="checkbox"/> 疼痛時、薬が使えることを説明			
<b>安 静 度</b>		<input type="checkbox"/> 指示通り ( )			
<b>清 潔</b>		<input type="checkbox"/> 指示通り ( )			
<b>看護特記事項</b>					
<b>約束指示</b>		※入院時指示参照			
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。			
各シフト担当看護師サイン		深夜	日勤	準夜	深夜