

膵・胆管造影 (ERCP)

No.1

(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 腹痛がない (達成・未達成)			
時 間					入室時
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	腹痛				
	不安表情				
	不安言動				
	食事摂取量				
処 置 ・ 検 査 (チェック項目)		<input type="checkbox"/> 検査承諾書 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <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 レントゲン室・第一外来の予約確認 <input type="checkbox"/> ERCP・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、約束指示与薬 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> ポタコールR500Keep <input type="checkbox"/> 昼の内服薬のみ中止	
注 射 ・ 内 服 *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	
食 事		<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"/>	
説 明 ・ 指 導		<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 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 アト加は達成とする					
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。			
指示受けナース		日 勤	準 夜	深 夜	日 勤

(号室)

様

歳(男・女)

月 日		月 日 ()		
		当日 検査後	準 夜	
アウトカム		#4 重症膵炎・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)		
時 間		帰室後		
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	腹痛/背部痛			
	嘔気/嘔吐			
	腹部膨満			
	排ガス			
	呼吸抑制			
	覚醒状態			
	尿/便			
	食事摂取量			
処 置 ・ 検 査		<input type="checkbox"/> 採血(2時間後血アミ) *血アミ結果Drコール 食事・安静度の確認 (血糖降下剤・インスリンの確認)		
注 射 ・ 内 服 *血糖降下薬変更時記入		帰室後□スルペラゾンキット1g (初回使用时異常の有・無) □ソリタT3/200ml+ミラクリット5万 (3時間かけてDIV)		
食 事		<input type="checkbox"/> 通常通り(夕~脂肪制限B1 5分粥) <input type="checkbox"/> 指示通り()		
説 明 ・ 指 導		<input type="checkbox"/> 安静度・安静解除時間の説明 <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		
安 静 度		<input type="checkbox"/> 2時間ベット上安静 その後指示通り <input type="checkbox"/> 指示通り()		
清 潔		<input type="checkbox"/> 清拭		
看護特記事項 アセスメント項目の 覚醒状態は記入する				
約束指示		※入院時指示参照		
バリエーション		有・無		
アウトカムナンバー		有・無		
		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下さい		
各シフト担当看護師サイン		日 勤 準 夜		

(号室)

様

歳 (男・女)

月 日	月 日 ()	月 日 ()																																																		
	翌日	翌々日																																																		
アウトカム	#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)																																																			
時 間																																																				
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 10%;">R</td> <td style="width: 10%;">BT</td> <td style="width: 10%;">P</td> <td style="width: 10%;">BP</td> </tr> <tr> <td></td> <td>△</td> <td>●</td> <td>●</td> <td>V</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">70</td> <td style="text-align: center;">40</td> <td></td> <td style="text-align: center;">160</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">60</td> <td style="text-align: center;">39</td> <td></td> <td style="text-align: center;">140</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">50</td> <td style="text-align: center;">38</td> <td></td> <td style="text-align: center;">120</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">40</td> <td style="text-align: center;">37</td> <td></td> <td style="text-align: center;">100</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">30</td> <td style="text-align: center;">36</td> <td></td> <td style="text-align: center;">80</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">20</td> <td style="text-align: center;">35</td> <td></td> <td style="text-align: center;">60</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">10</td> <td style="text-align: center;">34</td> <td></td> <td style="text-align: center;">40</td> <td style="text-align: center;">^</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;">SPO₂</td> </tr> </table>		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						
		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	腹痛/背部痛																																																			
	嘔気/嘔吐																																																			
	腹部膨満/緊満																																																			
	排ガス																																																			
	尿 / 便																																																			
	食事摂取量																																																			
処置・検査	<input type="checkbox"/> 採血 (血アミ) <input type="checkbox"/> 採尿 (尿アミ)																																																			
注射・内服 *血糖降下薬変更時記入	<input type="checkbox"/> ソリタT3 200ml + ミラクリット5万 ×2 朝・夕 (3時間かけてDIV) <input type="checkbox"/> スルペラゾンキッド1g 朝 *血アミ・尿アミの結果後Dr. 確認 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																			
食 事	<input type="checkbox"/> 通常通り (朝~脂制C 夕~復活) <input type="checkbox"/> 指示通り ()																																																			
説 明 ・ 指 導	<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																																																			
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																																																				
約束指示	※入院時指示参照																																																			
バリエーション	有・無 有・無 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 日 勤 準夜																																																		

