



# 経皮内視鏡的胃瘻造設術（術中）

（ 年 月 日 ）

様

歳（男・女） Dr

<b>アウトカム</b>					#3 治療・処置が安全かつ円滑に終了し、重篤な合併症及び緊急処置の必要な状態（出血・穿孔・血圧下降・呼吸抑制など）が起こらない <span style="float: right;">（達成・未達成）</span>									
<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>														
O <sub>2</sub> 施行														
セデーション施行														
ア セ ス メ ン ト	体動													
	呼吸抑制													
	出血													
<b>引継ぎ確認事項</b>					<input type="checkbox"/> 引継ぎ確認事項 <input type="checkbox"/> 既往症・抗凝固薬などの内服チェック <input type="checkbox"/> 外来カルテ・検査同意書・上部内視鏡検査用紙・診察券 <input type="checkbox"/> 必要時麻薬オピスタン注35mg <input type="checkbox"/> PEGカテーテル <input type="checkbox"/> 腹部CT									
（チェック項目）														
<b>注 射 ・ 内 服</b>					<input type="checkbox"/> 前処置 <input type="checkbox"/> 2%キシロカインスプレー（ ）mg <input type="checkbox"/> 前注射 <input type="checkbox"/> ブスコパン20mg（ ）A（im・iv） <input type="checkbox"/> グルカゴンノボ（ ）A（1m・iv） <input type="checkbox"/> a. サイレース2mg＋生食5ml <input type="checkbox"/> b. セルシン5mg＋生食15ml <input type="checkbox"/> c. オピスタン注35mg（0.5ml 1ml）＋生食5ml （ ）施行 実施NSサイン（ ） <input type="checkbox"/> d. その他（ ）									
<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														
バリエーション					有 ・ 無									
アウトカムナンバー														
担当看護師サイン														

月 日		月 日		当日 造設後		準 夜	
<b>アウトカム</b>		#4創痛がコントロールされている (達成 ・ 未達成)					
		#5早期合併症(出血・創感染・腹膜炎・肺炎)を起こさない (達成 ・ 未達成)					
		#6呼吸状態に異常が無い (達成 ・ 未達成)					
<b>時 間</b>		<b>帰室時</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/創痛						
	嘔気/嘔吐						
	腹部膨満/緊満						
	腸グル音/排ガス						
	苦痛表情						
	誤飲/肺雑音						
	痰がらみ/喘鳴						
	ろう孔出血						
	発赤・膿瘍						
	呼吸抑制						
覚醒状態							
尿 便							
<b>処 置 ・ 検 査</b>							
<b>注 射 ・ 内 服</b> *血糖降下薬変更時記入		<input type="checkbox"/> ①ポタコールR1000ml <input type="checkbox"/> ②セファメジンキット1g ×1 初回使用時：副作用(有 ・ 無) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
<b>食 事</b>		<input type="checkbox"/> 絶食 <input type="checkbox"/> 夕より内服程度の水分注入可					
<b>説 明 ・ 指 導</b>		<input type="checkbox"/> 疼痛時、薬が使える事を説明 <input type="checkbox"/> 変わりがあれば直にナースコールするよう説明					
<b>安 静 度</b>		<input type="checkbox"/> 4時間後より体動可					
<b>清 潔</b>		<input type="checkbox"/> 清拭(部分浴・洗髪可)					
<b>看護特記事項</b> アセスメント項目の覚醒 状態は記入する							
<b>バリエンス</b>		有 ・ 無			有 ・ 無		
<b>アウトカムナンバー</b>		バリエンス有の時は、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		

月 日		月 日 (日)		月 日 (日)	
		造設後1日目		造設後2日目	
<b>アウトカム</b>		#4創痛がコントロールされている (達成・未達成)			
		#5早期合併症(出血・創感染・腹膜炎・肺炎)を起こさない (達成・未達成)			
		#7栄養投与による合併症(誤嚥・嘔吐・下痢)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/創痛				
	嘔気/嘔吐				
	腹部膨満/緊満				
	腸グル音/排ガス				
	苦痛表情				
	誤飲/肺雑音				
	痰がらみ/喘鳴				
	ろう孔出血				
	発赤・膿瘍				
	尿				
便					
処置・検査	<input type="checkbox"/> 採血(CBC・P1・CRP) <input type="checkbox"/> 腹部X-P(正) <input type="checkbox"/> チューブ型はストッパー1cm緩める <input type="checkbox"/> 水で洗浄し開放 <input type="checkbox"/> PEGを回転 滲出液ある場合、洗浄後ティッシュ2枚1組の1枚を取り、こよりを作り巻く(汚染時は交換)		<input type="checkbox"/> 水で洗浄し開放 <input type="checkbox"/> PEGを回転 滲出液ある場合、洗浄後ティッシュ2枚1組の1枚を取り、こよりを作り巻く(汚染時は交換) <input type="checkbox"/> チューブバンパー型は食後に10倍希釈した酢水を各食後注入		
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ①ポタコールR1500ml <input type="checkbox"/> ②セファメジンキット1g X1 *②は採血で継続の有無を確認		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ①ポタコールR1500ml <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
食事	<input type="checkbox"/> 絶食 <input type="checkbox"/> X-P確認後水分可 採血・X-Pで明日からの注入スケジュール確認		<input type="checkbox"/> A GFO+水100 30分(朝・昼・夕) <input type="checkbox"/> B 水300 2時間(朝・夕) <input type="checkbox"/> C 水300 2時間(朝・夕) <input type="checkbox"/> D ( )		
	<input type="checkbox"/> 疼痛時、薬が使える事を説明 <input type="checkbox"/> 変わりがあれば直にナースコールするよう説明 <input type="checkbox"/> 必要時PEGの仕組み・管理についてパンフレットを用いて指導出来る事を説明				
安静度	<input type="checkbox"/> X-P確認後制限無し				
清潔	<input type="checkbox"/> 清拭(部分浴・洗髪可)				
看護特記事項					
バリエーション	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

月 日		月 日 ( )			月 日 ( )		
		造設後3日目			造設後4日目		
<b>アウトカム</b>		#4創痛がコントロールされている (達成・未達成) #5早期合併症(出血・創感染・腹膜炎・肺炎)を起こさない (達成・未達成) #7栄養投与による合併症(誤嚥・嘔吐・下痢)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/創痛						
	嘔気/嘔吐						
	腹部膨満/緊満						
	腸グル音/排ガス						
	苦痛表情						
	誤飲/肺雑音						
	痰がらみ/喘鳴						
	ろう孔出血						
	発赤・膿瘍						
	尿 便						
処 置 ・ 検 査	<input type="checkbox"/> 水で洗浄し開放 <input type="checkbox"/> PEGを回転 滲出液ある場合、洗浄後ティッシュ2枚1組 の1枚を取り、こよりを作り巻く (汚染時は交換) <input type="checkbox"/> 点滴終了抜針 <input type="checkbox"/> チューブバンパー型は食後に10倍希釈 酢水を各食後注入			<input type="checkbox"/> 水で洗浄し開放 <input type="checkbox"/> PEGを回転 滲出液ある場合、洗浄後ティッシュ2枚1組 の1枚を取り、こよりを作り巻く (汚染時は交換) <input type="checkbox"/> チューブバンパー型は食後に10倍希釈した 酢水を各食後注入			
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ①ポタコールR1000ml <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 医師に確認後、中止薬再開			
注 射 ・ 内 服 *血糖降下薬変更時記入	<input type="checkbox"/> A ml+水 ml 90分(朝・昼・夕) <input type="checkbox"/> B ml+水 ml 90分(朝・昼・夕) <input type="checkbox"/> C ml+水 ml 90分(朝・昼・夕) <input type="checkbox"/> D ( )			<input type="checkbox"/> A ml+水 ml 90分(朝・昼・夕) <input type="checkbox"/> B ml+水 ml 90分(朝・昼・夕) <input type="checkbox"/> C ml+水 ml 90分(朝・昼・夕) <input type="checkbox"/> D ( )			
	<input type="checkbox"/> 疼痛時、薬が使える事を説明 <input type="checkbox"/> 変わりがあれば直にナースコールするよう説明 <input type="checkbox"/> 必要時PEGの仕組み・管理についてパンフレットを用いて指導出来る事を説明						
	<input type="checkbox"/> 制限無し						
	<input type="checkbox"/> 清拭(部分浴・洗髪可)						
安 静 度							
清 潔							
看護特記事項							
バリエーション		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	

月 日		月 日 ( )			月 日 ( )			
		造設後5日目			造設後6日目			
<b>アウトカム</b>		#4創痛がコントロールされている (達成 ・ 未達成) #7栄養投与による合併症(誤嚥・嘔吐・下痢)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/創痛						
嘔気/嘔吐								
腹部膨満/緊満								
腸グル音/排ガス								
苦痛表情								
誤飲/肺雑音								
痰がらみ/喘鳴								
ろう孔出血								
発赤・膿瘍								
尿 便								
<b>処 置 ・ 検 査</b>	□水で洗浄し開放 □PEGを回転 滲出液ある場合、洗浄後ティッシュ2枚1組 の1枚を取り、こよりを作り巻く (汚染時は交換) □チューブバンパー型は食後に10倍希釈した 酢水を各食後注入			□水で洗浄し開放 □PEGを回転 滲出液ある場合、洗浄後ティッシュ2枚1組 の1枚を取り、こよりを作り巻く (汚染時は交換) □チューブバンパー型は食後に10倍希釈した 酢水を各食後注入				
	<b>注 射 ・ 内 服</b> *血糖降下薬変更時記入							
<b>食 事</b>	□A	ml+水	ml	90分(朝・昼・夕)	□A	ml+水	ml	90分(朝・昼・夕)
	□B	ml+水	ml	90分(朝・昼・夕)	□B	ml+水	ml	90分(朝・昼・夕)
	□C	ml+水	ml	90分(朝・昼・夕)	□C	ml+水	ml	90分(朝・昼・夕)
	□D ( )				□D ( )			
<b>説 明 ・ 指 導</b>	□疼痛時、薬が使える事を説明 □変わりがあれば直にナースコールするよう説明 □必要時PEGの仕組み・管理についてパンフレットを用いて指導出来る事を説明							
<b>安 静 度</b>	□制限無し							
<b>清 潔</b>	□清拭(部分浴・洗髪可)							
<b>看護特記事項</b>								
<b>バリエーション</b>	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無		
<b>アウトカムナンバー</b>	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。							
<b>各シフト担当看護師サイン</b>	深 夜	日 勤	準 夜	深 夜	日 勤	準 夜		

月 日		月 日 (日)		造設後/日				
<b>アウトカム</b>		#4創痛がコントロールされている (達成 ・ 未達成)						
		#7栄養投与による合併症(誤嚥・嘔吐・下痢)が無い(達成 ・ 未達成)						
		#8PEGの仕組み・管理について患者・家族が理解できる (達成 ・ 未達成)						
<b>時 間</b>				~連絡事項~				
バ イ タ ル サ イ ン	R △	BT ●	P ●	BP V	次回交換予定 平成 年 月頃です  胃ろうの種類 ○ボタン型 バルーン・バンパー ○チューブ型 バルーン・バンパー  ※バルーンタイプは2週間に1回バルーン内の蒸留水を入れ替えてください			
	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/創痛						
嘔気/嘔吐								
腹部膨満/緊満								
腸グル音/排ガス								
苦痛表情								
誤飲/肺雑音								
痰がらみ/喘鳴								
ろう孔出血								
発赤・膿瘍								
尿								
便								
<b>処 置 ・ 検 査</b>		<input type="checkbox"/> 水で洗浄し開放 <input type="checkbox"/> PEGを回転 滲出液ある場合、洗浄後ティッシュ2枚1組の1枚を取り、こよりを作り巻く (汚染時は交換) <input type="checkbox"/> チューブバンパー型は食後に10倍希釈した酢水を各食後注入						
<b>注 射 ・ 内 服</b> *血糖降下薬変更時記入								
<b>食 事</b>		<input type="checkbox"/> A ml+水 ml 90分(朝・昼・夕) <input type="checkbox"/> B ml+水 ml 90分(朝・昼・夕) <input type="checkbox"/> C ml+水 ml 90分(朝・昼・夕) <input type="checkbox"/> D ( )						
<b>説 明 ・ 指 導</b>		<input type="checkbox"/> 疼痛時、薬が使える事を説明 <input type="checkbox"/> 変わりがあれば直にナースコールするよう説明 <input type="checkbox"/> 必要時PEGの仕組み・管理についてパンフレットを用いて指導出来る事を説明						
<b>安 静 度</b>		<input type="checkbox"/> 制限無し						
<b>清 潔</b>		<input type="checkbox"/> 7日目以降シャワー可 (創部が乾燥していれば入浴可)						
<b>看護特記事項</b>								
<b>バリエーション</b>		有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無				
<b>アウトカムナンバー</b>		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						
<b>各シフト担当看護師サイン</b>		深 夜	日 勤	準 夜				