

## ケアガイドンス《白内障》

Room. \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 性別 女 男 Hosp.No. \_\_\_\_\_

術式: 右 左 KPE [ECCE] + IOL <input type="checkbox"/> 同意書 感染症: 無 有 ( ) Wt. _____ 難聴 無 有 [ICCE] アレルギー: 無 有 ( ) Ht. _____ 義歯 無 有																																																					
手術予定時間 : _____ アレルギーテスト; フルマリン( ), キシロカイン( ), マーカイン( )																																																					
手術実施時間 : ~ : _____ 既往歴: <input type="checkbox"/> 糖尿病, <input type="checkbox"/> 高血圧, <input type="checkbox"/> 喘息, <input type="checkbox"/> 心疾患 ( ) (署名) M.D. _____																																																					
	/ 入院 Ad.time	/ 手術前日	/ 手術日	/ 手術後1日目 Dis.time																																																	
観察項目 & 処置	視力 RV = _____ LV = _____ 矯正 ( ) ( )	ope出し準備: <input type="checkbox"/> 瞳孔チェック (8mm以上)、 <input type="checkbox"/> コンタクト、 <input type="checkbox"/> 装身具、 <input type="checkbox"/> 更衣 持参物 [外来チャート、( )]			<input type="checkbox"/> 滅菌解除 視力 RV = _____ LV = _____ 矯正 ( ) ( ) ※視力はサマリーより転記する 瞳孔 対光反射: 有 / 無 円: 正 / 不正 充血 有 / 無 前房 浅い / 深い *日帰り手術患者は、外来で記入																																																
	瞳孔 対光反射: 有 / 無 円: 正 / 不正 充血 有 / 無 前房 浅い / 深い 日帰り手術患者は、外来で記入 《外来診察》 眼科入院時診察 <input type="checkbox"/> 手術前オリエンテーション <input type="checkbox"/> 視力・ <input type="checkbox"/> ERG・ <input type="checkbox"/> A-Scan・ <input type="checkbox"/> B-Scan	【Premed 前と後、OR 退室時、掃室時、1時間後、HS、PRN】 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>時間</th> <th>Bp</th> <th>T</th> <th>P</th> <th>R</th> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>				時間	Bp	T	P	R																																											
時間	Bp	T	P	R																																																	
バイタル サイン	入院時 左 Bp _____ T _____ P _____ R _____ 右 Bp _____ T _____ P _____ R _____ : Bp _____ T _____ P _____ R _____	トイレ歩行可: 介助なし / 要介助 術後患部滅菌保持 (ギッテル保持) 術後患側を下にしない 点眼・シセブチン <input type="checkbox"/> 6時、ミドリン P <input type="checkbox"/> 8時 ・ジクロード / ミドリン P (手術時刻 2時間前から30分間隔で点眼) <input type="checkbox"/> : _____, <input type="checkbox"/> : _____, <input type="checkbox"/> : _____, <input type="checkbox"/> : _____			Bp _____ T _____ P _____ R _____ Bp _____ T _____ P _____ R _____																																																
安全 & ケア	ADLの制限 無 有 ( ) 転落の危険 有 / 無 ベッド棚挙上 要 / 不要 介助 なし / 要介助 ( ) 難聴 無 / 有 ( )	制限なし 車椅子移動: 要 / 不要 視界の変化 (主観的情報)																																																			
与薬	*ワーファリン以外の持参薬は続行 *経口血糖降下剤とインスリンは手術当日は半量 *手術前の点眼薬は手術日~殺菌解除日まで中止、その後は医師の指示 点眼 自立/介助 シセブチン <input type="checkbox"/> AM、 <input type="checkbox"/> PM、 <input type="checkbox"/> HS  不眠時 _____ : _____ ワイパックス 0.5mg	ダイアモックス 500mg + アタラックス P 25mg (手術1時間前に与薬) <input type="checkbox"/> 1 x _____ : _____ ランツジール 2T 2 x PC <input type="checkbox"/> 9:00 <input type="checkbox"/> 19:00 ラクテック G 500ml + アドナ 100mg + トランサミン 500mg 1 x IVD <input type="checkbox"/> _____ : _____ 〈局所麻酔〉 <input type="checkbox"/> 点眼のみ、 <input type="checkbox"/> テノン囊、 <input type="checkbox"/> 球後麻酔、 <input type="checkbox"/> 瞬目麻酔 デカドロン _____ mg 1 x IVD 追加・眼注 フルマリン _____ mg 眼注 不眠時 _____ : _____ ワイパックス 0.5mg 疼痛時 _____ : _____ インダシノ座薬 25mg			点眼 ノフロ/リンデロンA <input type="checkbox"/> 12時、 <input type="checkbox"/> 15時、 <input type="checkbox"/> 18時、 <input type="checkbox"/> 21時 ミドリン M <input type="checkbox"/> 21時 ランツジール 2T 2 x PC <input type="checkbox"/> 9時、 <input type="checkbox"/> 19時 セブスパン 200mg 2 x PC <input type="checkbox"/> 9時、 <input type="checkbox"/> 19時 ウレグエト 2C 2 x PC <input type="checkbox"/> 9時、 <input type="checkbox"/> 19時 退院薬																																																
食事	朝食 Full 昼食 Full 夕食 Full	午前手術: 朝食 NPO 昼食 Soft 夕食 Full 午後手術: 朝食 Soft 昼食 NPO 夕食 Soft																																																			
指導	<input type="checkbox"/> 入院指導、 <input type="checkbox"/> 手術前オリエンテーション	<input type="checkbox"/> 生活指導、 <input type="checkbox"/> 服薬指導 (家族参加 有 無)																																																			
バリエーション																																																					
署名 N	_____ RN _____ RN _____ RN	_____ RN																																																			
D	_____ RN _____ RN _____ RN	病棟 _____ RN OR _____ RN _____ Ph.																																																			
J	_____ RN _____ RN _____ RN	_____ RN																																																			

※バリエーション=標準的ケア以外の事柄について記載する



ケアガイダンス《脳血管造影》

名前シール貼付

□同意書 □ネームバンドの確認 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg  
 感染症 : □無, □有(\_\_\_\_\_), □未検査, □未報告  
 アレルギー : □無, □有(\_\_\_\_\_)  
 既往歴: □糖尿病, □高血圧, □心疾患(\_\_\_\_\_), □喘息, □鼠蹊部手術歴  
 検査目的: [血管検索(診断名 \_\_\_\_\_), その他(\_\_\_\_\_)]  
 検査オーダー医師(脳神経外科)署名欄 \_\_\_\_\_ M.D.

病棟		検査室																																																																																					
日時	入院日(検査日) / 入院時刻 : _____	入室予定 : _____	入室時刻 : _____																																																																																				
指導	<input type="checkbox"/> 入院指導 <input type="checkbox"/> 検査前オリエンテーション(外来にて配布のパンフレット使用)																																																																																						
処置	<input type="checkbox"/> ガウン交換, <input type="checkbox"/> 検査前排尿の終了, <input type="checkbox"/> 装着物除去 <input type="checkbox"/> 静脈確保 22G 針[右・左]上肢 <input type="checkbox"/> /Dr _____																																																																																						
点滴	点滴: _____ : _____ □①ソリタ 500ml 1×IVD 前麻酔: _____ : _____ □ソル・コーテフ 100mg +N/S50ml 1×IVD(検査 15 分前より入室までに点滴)																																																																																						
服薬	前麻酔: _____ : _____ □セパゾン4mg +□硫酸アトロピン末1mg 1×PO 【持参薬は裏面】																																																																																						
観察項目	<table border="1"> <thead> <tr> <th>時刻</th> <th>血圧</th> <th>体温</th> <th>脈拍</th> <th>呼吸</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>入院時</td> <td>右 /</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>:</td> <td>左 /</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>前麻酔後</td> <td>/</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>:</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		時刻	血圧	体温	脈拍	呼吸	入院時	右 /				:	左 /				前麻酔後	/				:					脈拍触知 右[鼠径(+), 膝窩(+), 足背(+)] (検査前) 左[鼠径(+), 膝窩(+), 足背(+)]																																																											
	時刻	血圧	体温	脈拍	呼吸																																																																																		
入院時	右 /																																																																																						
:	左 /																																																																																						
前麻酔後	/																																																																																						
:																																																																																							
入室前の水分出納量 IN _____ OUT _____ 点滴 _____ 尿 _____ 経口 _____ 便 _____ 計 _____		<table border="1"> <thead> <tr> <th>時刻</th> <th>血圧</th> <th>脈拍</th> <th>呼吸</th> <th>SpO2</th> <th>部位</th> <th>量</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>:</td><td>/</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>:</td><td>/</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>:</td><td>/</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>:</td><td>/</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>:</td><td>/</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>:</td><td>/</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>:</td><td>/</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>:</td><td>/</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>:</td><td>/</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>:</td><td>/</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>:</td><td>/</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		時刻	血圧	脈拍	呼吸	SpO2	部位	量	:	/						:	/						:	/						:	/						:	/						:	/						:	/						:	/						:	/						:	/						:	/					
時刻	血圧	脈拍	呼吸	SpO2	部位	量																																																																																	
:	/																																																																																						
:	/																																																																																						
:	/																																																																																						
:	/																																																																																						
:	/																																																																																						
:	/																																																																																						
:	/																																																																																						
:	/																																																																																						
:	/																																																																																						
:	/																																																																																						
:	/																																																																																						
ADL の制限 & ケア	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 半介助 <input type="checkbox"/> 自立 障害: □無し □視力 □言語 <input type="checkbox"/> 四肢麻痺(_____) <input type="checkbox"/> 意識(Ⅲ-3-9度)(_____)																																																																																						
食事	昼 禁食																																																																																						
バリエーション	【検査後安静度のオーダーは裏面】																																																																																						
アウトカム	検査前: 不安なく検査に臨める.		検査中: 合併症を起こさない.																																																																																				
看護婦署名	日勤 _____ RN	放射線科看護婦 _____ RN																																																																																					
日時	帰室時刻 : _____		検査翌日 / 退院時刻: _____																																																																																				

