

## ④PEG造設クリニカルパス(医療者用)－1

02

目標: 転院基準①症状が安定し、重篤な合併症がない。(患者あるいは家族が)胃ろうと栄養の管理が在宅で実施できるようになったら転院あるいは在宅  
 転帰先施設: 待ち受け医師: 担当看護師:

患者ID													患者名				
月	日	入院時の状況				手術前日				手術日				1日目			
月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日		
BP	R	P	T														
250	60	150	40														
200	50	130	39														
150	40	110	38														
100	30	90	37														
50	20	70	36														
10	10	60	35														
食事																	
便																	
尿																	
一般処置	<input type="checkbox"/> 併存疾患 ( ) <input type="checkbox"/> ME機器の装着 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 酸素投与 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) L/h				<input type="checkbox"/> 末梢静脈ライン挿入 <input type="checkbox"/> 酸素投与 <input type="checkbox"/> PEGキット				<input type="checkbox"/> 瘻孔周囲の消毒 (1回/日)								
検査	<input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (種類: )				<input type="checkbox"/> 血液型 <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> 血算・生化学 <input type="checkbox"/> 出血時間 <input type="checkbox"/> X-P <input type="checkbox"/> CRP3以上は中止 <input type="checkbox"/> アルブミン値2.5以上				キットシール添付 37.5以上の発熱、RoomAirでSrO290%以下は中止				<input type="checkbox"/> 血算・生化学				
清潔	<input type="checkbox"/> 入浴 ( ) 回/週 <input type="checkbox"/> シャワー ( ) 回/週 <input type="checkbox"/> 清拭 ( ) 回/週				<input type="checkbox"/> 清拭のみ可												
活動	<input type="checkbox"/> 臥位のみ <input type="checkbox"/> 自力体交 <input type="checkbox"/> 四肢動き <input type="checkbox"/> 座位 <input type="checkbox"/> 歩行				<input type="checkbox"/> フリー				<input type="checkbox"/> ベット上・ベット挙上可				<input type="checkbox"/> 座位可				
栄養	栄養の注入方法 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻胃管 <input type="checkbox"/> 経静脈栄養 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 栄養の種類・量 <input type="checkbox"/> 種類 ( ) <input type="checkbox"/> 量 ( ) ml/日				<input type="checkbox"/> 朝～絶飲食				<input type="checkbox"/> 白湯注入 (100～200ml) <input type="checkbox"/> 栄養剤注入開始 種類 ( ) 量300ml (水+栄養剤) X2回/日 朝 : 昼 : 夜 : ※栄養剤開始後 10倍希釈の食酢10ml/回注入 <input type="checkbox"/> 経静脈栄養併用								
薬	内服薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) プスコパン <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 キシロカイン <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 抗凝固剤中止確認				<input type="checkbox"/> 便秘時下剤使用 <input type="checkbox"/> 抗凝固剤中止確認				<input type="checkbox"/> 抗生物質開始 (術前30分) 鎮痛・鎮静剤 (内視鏡室) <input type="checkbox"/> プスコパン ( ) mg <input type="checkbox"/> セルシン ( ) mg <input type="checkbox"/> その他 ( ) mg <input type="checkbox"/> 内服薬開始 (夜)				<input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> 内服薬				
観察	意志疎通 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 可 ( ) 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) 排便 ( ) 回/日 <input type="checkbox"/> 下剤 ( )				術後 ・VS <input type="checkbox"/> 帰室時 <input type="checkbox"/> 就寝時 ・肺雑音 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) ・瘻孔周囲の皮膚トラブル <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 発赤 <input type="checkbox"/> 腫脹 <input type="checkbox"/> 熱感 <input type="checkbox"/> 排膿 <input type="checkbox"/> 出血 ・カテーテルの状態 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 閉塞 <input type="checkbox"/> 抜去 <input type="checkbox"/> 埋没 ・消化器症状 下痢 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 嘔吐 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				<input type="checkbox"/> VS (2検) ・肺雑音 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) ・瘻孔周囲の皮膚トラブル <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 発赤 <input type="checkbox"/> 腫脹 <input type="checkbox"/> 熱感 <input type="checkbox"/> 排膿 <input type="checkbox"/> 出血 ・カテーテルの状態 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 閉塞 <input type="checkbox"/> 抜去 <input type="checkbox"/> 埋没 ・消化器症状 下痢 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 嘔吐 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有								
ケア	吸引 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )				<input type="checkbox"/> 「胃ろうをつくられた方へ」 手引きの説明 <input type="checkbox"/> 「胃ろうケア」ビデオ <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 手術説明・同意書 <input type="checkbox"/> 入院診療計画書 <input type="checkbox"/> 食酢準備の確認				術後 <input type="checkbox"/> 体位変換 <input type="checkbox"/> 口腔ケア				<input type="checkbox"/> ストッパーをゆるめる <input type="checkbox"/> ストッパーの回転				
その他	<input type="checkbox"/> 術前の説明				<input type="checkbox"/> 術後の説明												
バリエーション	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無								
看護師サイン																	
日勤準夜深夜																	