

様

- ◇ この検査は手の付け根から動脈にカテーテルという管を挿入し、造影剤を用いて脳血管を調べる検査です。
- ◇ この検査は侵襲性を伴う検査であり、合併症の危険性もゼロではありません。検査の目的、必要性をご理解頂た上で行ってまいります。
(承諾書の内容をよくお読みになり、サインをしていただきます。)
- ◇ 検査時間は約1時間で、検査前・後に色々な処置、制限があります(下記表を参照してください)。
- ◇ 太い血管に管を挿入するため、管を抜いた後の出血を防ぐため、検査後の安静は必ず守ってください。
検査終了後に10分間圧迫止血をします。その後は圧迫帯をつけて6時間圧迫を続けます。

経過	脳血管撮影検査日(1日目)					検査翌日(2日目)
	検査日(検査前)	帰宅時	30分-1時間後	3時間-5時間後	6時間後以降	
日時	月 日					月 日
目標	不安、心配を和らげ万全の状態 検査に臨むことができる。	検査後の苦痛が最小限に抑えられ、 安静を守ることができる。				合併症が起きずに退院できる。
食事	昼食は半分程度食べてください 	吐き気等がなければ、 造影剤の排泄を促すため、 水分を多めに摂っていただきます。	夕食は、 おにぎりになります。			制限はありません。 
活動		検査終了後2時間以内は、 ベット上安静をしていただきます。 この間のトイレは車いすでの移動となります。 看護師にお知らせください。 		歩行可能となります。 看護師が止血の確認に行きますのでお待ち下さい。	制限はありません。 	
清潔		<u>入浴できません。</u> 				入浴できます。 
点滴	左手から点滴をとります。 	点滴が終了したら抜去します。				
検査	例目で 時頃より開始予定です。					
処置	血管の触れをみるために手に印をつけます。 痛み止めのテープを2か所腕に貼ります。 上半身は病衣だけになって頂き、 車イスで検査室に行きます。	時間ごとに手の脈の触れを確認します。 <u>手がしびれたり、痛いときは申し出て下さい。</u>			圧迫帯は朝看護師が外しに行きます。 自分では外さないで下さい。 痛みがある場合はお知らせください。	
備考	<u>薬のアレルギー等があるときは申し出て下さい。</u> 特別な栄養管理の必要性 有・無 40歳以上の方は、別紙《総合機能評価表》を用いて総合的な機能評価を行う場合があります。					

* 状態に応じて予定が変更となる場合があります。

主治医 _____ 印

主治医署名 _____

※主治医の押印がある場合は不要

主治医以外の担当者 看護師： _____ 薬剤師： _____ 栄養士： _____

旭川赤十字病院6階きた病棟 

脳血管撮影検査(鼠径用)を受けられる患者様へ(退院療養計画書)

脳-35-01B-2

年 月 日

<p>病 棟</p>	<p>6階きた 入院 フロア</p>
<p>主 治 医</p>	
<p>退院後の治療計画</p>	<p><input type="checkbox"/> 当院当科外来で通院治療を行います。</p> <p><input type="checkbox"/> 他院 () で通院治療を続けます。</p> <p><input type="checkbox"/> その他</p>
<p>退院後の療養上の留意点</p>	<p><input type="checkbox"/> 特にありません</p> <p><input type="checkbox"/> その他</p>
<p>そ の 他</p>	