

様

- ◇ この検査は足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おります。
(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 で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、 飲水・食事が許可され ます。	造影剤の排泄を促すた め、水分を多めにとつ 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		ベット上安静をしていただきます。針をさした足は曲げられません。 食事、トイレ等もベット上で寝たままの状態です。 			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		入浴できません。 				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足の甲に印をつけます。 足の付け根から針をさすため両足の付け根の剃毛 を行い前張りをつけます。 病衣だけになっていただき、ベットのまま検査室 に行きます。	時間ごとに足の脈の触れを確認します。 足がしびれたり、痛いときは申し出て下さい。			看護師が圧迫帯を外しに 行きますので、自分では 外さないで下さい。	
備考	薬のアレルギー等があるときは申し出て下さい。 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： _____



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-35-02A-2

年 月 日

病 棟	6階きた 入院 フロア
主 治 医	
退院後の治療計画	☐ 当院当科外来で通院治療を行います。 ☐ 他院 () で通院治療を続けます。 ☐ その他
退院後の療養上の留意点	☐ 特にありません ☐ その他
保健医療サービス又は福祉サービス	・ 特にありません
そ の 他	