

脳血管撮影検査 治療計画表 \* 病棟用

患者名 \_\_\_\_\_ 殿

医師 \_\_\_\_\_

薬剤師 \_\_\_\_\_

看護師 \_\_\_\_\_

管理栄養士 \_\_\_\_\_

パス開始日 / \_\_\_\_\_

日付	検査当日		検査翌日
	検査前	検査後	/
達成目標	検査について不安があれば聞くことができる	検査部位の安静が守れる 痛みや出血、管を刺したところの腫れがあれば知らせることができる	痛みや出血、管を刺したところの腫れがあれば知らせることができる
点滴	検査前に点滴をします 	点滴は、無くなり次第終了します	
内服	内服薬を確認します	指示されたお薬があります	
処置		検査部位の止血を行い、右腕に固定器具を付けます 検査部位によって固定時間は変わります	検査部位の消毒をします
検査	_____ 時 _____ 分に検査を予定しています 検査前に排尿を済ませて下さい		
検温	検査前に、体温や血圧を測ります 	決められた時間に、体温や血圧を測ります 	
安静	自由に動けます	自由に動けますが、 右手は曲げたり、強い力を加えないでください 	自由に動けます 右手の制限もありません
清潔	入浴またはシャワーに入れます 検査着に着替えます		シャワーに入れます 
排泄		トイレを使用できます 尿の回数を伺います	
食事	医師より指示された食事が出ます 	検査後、吐き気がなければ食べることができます 左手でも食べやすいように、 主食はおにぎりになっています 	医師より 指示された食事が出ます 
説明内容		医師より、検査結果の説明があります 	