

# 内シャント造設術クリティカルパス

患者 様 歳 手術日:平成 年 月 日 連絡先 身長 cm 体重 kg  
 主治医 病名 既往歴

注意:パスは、ガイドラインです。患者には個人差があり、治療・回復にも影響します。

経過		入院日または手術前日		手術当日(術前)				手術当日(術後)					
月/日		月 日		月 日				月 日					
バイタル	T	P	R	BP									
	41	170		200									
	40	150		150									
	39	130	30	100									
	38	110	25	50									
	37	90	20										
	36	70	15										
35	50	10											
シャント音				-:なし +:あり									
スリル				-:なし +:あり									
出血				-:なし +:あり									
腫脹				-:なし +:あり									
しびれ				-:なし +:あり									
疼痛				-:なし +:あり									
尿(量)/便		( )/		( )/									
体重(kg)													
治療・処置	外来処方薬の確認・継続 休薬			ルートキープ( ) PM3:00(又は : ) ST1 200ml・生食250ml 手術前投薬( )の筋注				帰室後ガーゼ交換、創部確認 抗生剤( )の投与×1帰室時					
検査	蓄尿(退院まで) 胸部X-P、ECG、血液検査・検尿 抗生剤( )のテスト 判定( )												
バイタルサイン	BP・検温×2			通常検温以外に V/Sチェック(前投薬投与後)				シャント音・スリル、出血のチェック (V/Sチェック時・パトロール毎) V/Sチェック (帰室時・3時間後)					
食事	腎不全食( ) 食事指導申し込み(予定は術後8日目)												
安静度	自由			歩行可能 前投薬投与後ベッド上安静									
清潔	入浴可			入浴・シャワー不可				全身清拭					
教育・指導(説明)	手術側での採血・注射は禁止 内シャント造設方法説明(造設は原則利き手と 反対側の前腕・血管の走行が良好な部位) 合併症(出血、閉塞、疼痛、感染、再手術など) 同意書確認 術前オリエンテーション(パス・腎不全パンフレット) 希望により鎮痛剤、眠剤の処方シャントの保護の説			術後、シャント側肘部を屈曲・圧迫しない ようにして歩行可能  手術着に着がえ、車椅子で入室 義歯・装飾品除去				術後、出血(ガーゼ上層まで)、強い疼痛、腫脹 (出血の可能性)やスリルの消失などがみられた 場合連絡する。 シャント側肘部を屈曲しないようにして歩行可能 シャントの保護 車椅子で帰室					
アウトカム	手術に対するインフォームド・コンセントが 得られている。 バイタルサインの異常がない。			手術に対するインフォームド・コンセントが得られて いる。 バイタルサインの異常がない。				創部の異常がない。 透析療法がまだ必要でない。 シャント音、スリルがある。					
特記事項													
ヴァリアンス サイン													



患者 \_\_\_\_\_ 様 \_\_\_\_\_ 歳 手術日:平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 連絡先 \_\_\_\_\_

主治医 \_\_\_\_\_ 病名 \_\_\_\_\_

注意:パスは、ガイドラインです。患者には個人差があり、治療・回復にも影響します。

経過				手術後第五日				手術後第六日				手術後第七日				手術後第八日				
月/日				月 日				月 日				月 日				月 日				
バイタル	T	P	R	BP																
	41	170		200																
	40	150		150																
	39	130	30	100																
	38	110	25	50																
	37	90	20																	
	36	70	15																	
	35	50	10																	
シャント音																				
スリル																				
出血																				
腫脹																				
しびれ																				
疼痛																				
尿(量)/便																				
体重(Kg)																				
治療・処置				ガーゼ交換、創部確認				ガーゼ交換、創部確認				ガーゼ交換、創部確認 半抜糸				ガーゼ交換、創部確認				
検査																				
バイタルサイン				シャント音・スリル、出血のチェック(朝・昼・夕) BP×2 検温×1(昼)				シャント音・スリル、出血のチェック(朝・昼・夕) BP×2 検温×1(昼)				シャント音・スリル、出血のチェック(朝・昼・夕) BP×2 検温×1(昼)				シャント音・スリル、出血のチェック(朝・昼・夕) BP×2 検温×1(昼)				
食事				腎不全食( )																
安静度				自由																
清潔				全身清拭・介助洗髪																
教育・指導(説明)				手指運動、シャントの保護 シャント音、スリルの確認方法				手指運動、シャントの保護 シャント音、スリルの確認方法				手指運動、シャントの保護 シャント音、スリルの確認方法				手指運動、シャントの保護 シャント音、スリルの確認方法 食事指導				
アウトカム				創部の異常がない。 透析療法がまだ必要でない。 シャント音、スリルがある。 38 以上の発熱がない。				創部の異常がない。 透析療法がまだ必要でない。 シャント音、スリルがある。 38 以上の発熱がない。				創部の異常がない。 透析療法がまだ必要でない。 シャント音、スリルがある。 シャント管理ができる。				創部の異常がない。 透析療法がまだ必要でない。 シャント音、スリルがある。 シャント管理ができる。				
特記事項																				
ヴァリアンス																				
サイン																				

患者 \_\_\_\_\_ 様 \_\_\_\_\_ 歳 手術日:平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 連絡先 \_\_\_\_\_

主治医 \_\_\_\_\_ 病名 \_\_\_\_\_

注意:パスは、ガイドラインです。患者には個人差があり、治療・回復にも影響します。

経過				手術後第九日				
月/日				月 日				
バイタル	T	P	R	BP				
	41	170		200				
	40	150		150				
	39	130	30	100				
	38	110	25	50				
	37	90	20					
	36	70	15					
	35	50	10					
シャント音							-:なし +:あり	
スリル							-:なし +:あり	
出血							-:なし +:あり	
腫脹							-:なし +:あり	
しびれ							-:なし +:あり	
疼痛							-:なし +:あり	
尿(量)/便				( ) / ( )				
体重(Kg)								
治療・処置		ガーゼ交換、創部確認 全抜糸 退院許可						
検査								
バイタルサイン		シャント音・スリル、出血のチェック(朝・昼・夕)						
食事		腎不全食( )						
安静度		自由						
清潔		入浴・シャワー可						
教育・指導(説明)		退院指導 次回受診日( 年 月 日)						
アウトカム		創部の異常がない。 透析療法がまだ必要でない。 シャント音、スリルがある。 シャント管理ができる。						
特記事項								
ヴァリアンス								
サイン								

シャントパス使用基準  
 ・医師の指示箋に従って記載する。  
 ・パスと指示内容が異なる場合  
 指示項目をパスに追加する場合は赤で記載する。  
 指示項目を削除する場合は赤の2本線で消し、訂正印を押す。  
 ・観察項目は+、-で記載。  
 ・アウトカムを評価する。  
 、×の場合は特記事項に記録する。  
 ・温度板にCPと記載し使用期間は矢印をつける。  
 ・行った処置は にチェックする。  
 ・休薬については薬品名と期間を記載する。

アウトカムについて  
 ・1日1回日勤で評価する。  
 ただし、手術当日は深夜帯で朝に評価。  
 ・ヴァリアンスが発生した場合はその勤務帯で評価する。  
 ・文末の に ×で記載  
 :アウトカム達成。問題なし  
 :ヴァリアンスに至らないが問題あり  
 ×:問題あり。ヴァリアンス発生

ヴァリアンスについて  
 ヴァリアンスが発生した時は赤枠で囲む。  
 変動の場合はそのままパスを使用する。  
 逸脱の場合は特記事項に記録し、看護記録用紙へ戻る。

# 内シャント造設術スケジュール表 No 1

# 号室





























# 様

経過 月日	入院日または手術前日	手術当日(術前)	手術当日(術後)	術後1日目	術後2日目	術後3日目
食事	 治療食(腎不全食)	 食止め不要		 入院中に食事指導 術後8日目を予定		
安静度	 安静度自由	 筋肉注射後 ベッド上安静	 血圧など異常なければ 自由	 安静度自由		
清潔	 入浴可	入浴・シャワー不可	 清拭		 介助で 洗髪	
内服・点滴	 外来処方薬を 確認します	 手術1時間前から点滴 30分前に筋肉注射	 抗生剤の点滴	 抗生剤の点滴1日1回		 抗生剤終了
治療・処置	 退院まで体重測定 蓄尿をしてください  抗生剤・麻酔薬の 皮内テスト 回診は10時半頃から 行います 血圧・検温1日2回	筋肉注射前血圧測定	 帰室後ガーゼ交換   シャント音の確認	 回診時ガーゼ交換   血液検査		
説明・指導	 手術同意書を確認  手術側での採血・注射 禁止  手術についての説明 必要時剃毛	 点滴前に手術着に 着がえてください 車椅子で手術室へ入室  眼鏡・義歯などは 外してください	 車椅子で帰室  痛みがある場合は お知らせください  シャント部は圧迫 屈曲しないでください	 シャント音・スリル 確認・保護方法の説明 パンフレットに 添って説明します  	 指手運動を 行ってください  	 シャント音を 確認しましょう  

状態により変更する場合がありますが、ご了承ください。

函館五稜郭病院 北2病棟

# 内シャント造設術スケジュール表 No 2

経過 月日	術後4日目	術後5日目	術後6日目	術後7日目	術後8日目	術後9日目
食事	治療食（腎不全食）				栄養士による食事指導 日程変更あり	
安静度	 安静度自由					
清潔	 清拭 抜糸まで 入浴できません					 入浴・シャワー浴可
内服・点滴	 指示により抗生剤内服					
治療・処置	 回診時ガーゼ交換 検温は1日1回（PM）			 半抜糸		 全抜糸
説明・指導	 注意 シャント部は圧迫 屈曲しないでください   シャント音を 確認しましょう	   シャント音は確認 できましたか	   スリルを確認 しましょう	   シャント管理は できましたか   シャント管理ができる ように頑張りましょう	     食事指導は4階医療 相談室で行います	 退院 次回受診日の確認   内服薬と診察券を お渡しします   会計はお昼までに できます

状態により変更する場合がありますが、ご了承ください。 函館五稜郭病院 北2病棟