

B型慢性肝疾患 核酸アナログ療法 病診連携クリニカルパス

かかりつけ医:

専門病院名:

担当医:

担当医:

患者氏名	生年月日	性別
様	年 月 日生	男・女
ID:		

基本情報	年齢 歳	ゲノタイプ 型	HBV-DNA log copies/mL	肝組織:A F (年 月 日) 血小板数: / μ L
------	---------	------------	--------------------------	-------------------------------------

適応疾患 <input type="checkbox"/> HBe抗原陽性慢性肝炎 <input type="checkbox"/> HBe抗原陰性慢性肝炎 <input type="checkbox"/> 代償性肝硬変 <input type="checkbox"/> 非代償性肝硬変 <input type="checkbox"/> 肝がん	合併症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	病院受診頻度 <input type="checkbox"/> 1ヵ月毎 <input type="checkbox"/> 2ヵ月毎 <input type="checkbox"/> 3ヵ月毎 <input type="checkbox"/> 6ヵ月毎 <input type="checkbox"/> 1年毎	禁忌 <input type="checkbox"/> 過敏症 慎重投与の疾患 <input type="checkbox"/> 腎機能障害 <input type="checkbox"/> 非代償性肝硬変 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	診断時検査 HBs抗原(+/-) HBs抗体(+/-) HBe抗原(+/-) HBe抗体(+/-)	目標設定 <input type="checkbox"/> ALT正常化 <input type="checkbox"/> 肝臓がない <input type="checkbox"/> HBV-DNA陰性化 <input type="checkbox"/> HBe抗原陰性化 <input type="checkbox"/> HBs抗原陰性化	運用基本ルール ・網掛けは専門医病院で検査 ・白抜きはかかりつけ医で検査 ・検査・診察を実施し問題なければ○をつける ・×記号がついたら専門医病院を受診
--	---	---	--	--	---	---

治療週数			0	2	4	8	12	16	20	24	28	32	36	40	44	48	
日付			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
専門医病院で診察・検査			●	●	●	●	●			●			●			●	
連携かかりつけ医で診察・検査									○	○		○	○		○	○	
検査	血算	WBC	異常は×														
		血小板															
		Hb															
	肝機能	Alb	3.5g/dL未満は×														
		AST	200IU/L以上は×														
		ALT	200IU/L以上は×														
腎機能	Cr	2mg/dL以上は×															
HBV-DNA		log copies/mL															
肝画像診断	超音波	肝臓疑い・新病変あれば×															
	放射線・画像																
肝臓スクリーニング	AFP	異常値は×															
	PIVKA-II																
診察	着色尿	副作用ありは×															
	黄疸																
	全身倦怠感																
内服/注射	<input type="checkbox"/> エンテカビル	減量は△ 中止は×															
	<input type="checkbox"/> ラミブジン																
	<input type="checkbox"/> アデホビル																
	<input type="checkbox"/> BCAA																
	<input type="checkbox"/> ウルソ																
	<input type="checkbox"/> SNMC																

患者様状態 (副作用など)		合併症	
------------------	--	-----	--