

術中クリティカルパス

ID

	入室	麻酔導入～手術開始	術中	手術終了～退室
目標	・不安の表出ができる ・移動時の安全が確保される ・安全、安楽な体位が保持できる ・疼痛や苦痛を表出できる ・全身状態は安定している	・体位による皮膚障害をおこさない	・手術が安楽・安全・円滑に進行する	・移動時の安全が確保される ・Spo2が95%以上である ・皮膚障害がない
薬剤治療	<input type="checkbox"/> (:) () <input type="checkbox"/> (:) () <input type="checkbox"/> (:) ()	<input type="checkbox"/> (:) () <input type="checkbox"/> (:) () <input type="checkbox"/> (:) ()	<input type="checkbox"/> (:) () <input type="checkbox"/> (:) () <input type="checkbox"/> (:) ()	<input type="checkbox"/> (:) () <input type="checkbox"/> (:) () <input type="checkbox"/> (:) ()
処置	<input type="checkbox"/> モニター装着 <input type="checkbox"/> 末梢ルート (病棟 ・ 手術室)	<input type="checkbox"/> 対極板貼用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位 :) <input type="checkbox"/> ペアハッガー <input type="checkbox"/> ストッキング着用・フロートロン装着	<input type="checkbox"/> バルーンの挿入 (Fr 固定水 ml)	<input type="checkbox"/> モニター除去 <input type="checkbox"/> 対極板除去 皮膚異常 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (フォーカス参照) <input type="checkbox"/> ペアハッガーの除去 <input type="checkbox"/> フロートロン除去 <input type="checkbox"/> 手術部位の清拭
バイタルサイン	Bp / mmhg Spo2 % HR 回/分	Bp / mmhg Bp / mmhg HR 回/分 HR 回/分 SpO2 % SpO2 %	Bp / mmhg Spo2 % HR 回/分	Bp / mmhg Spo2 % HR 回/分
観察	疼痛 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 呼吸苦 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 嘔気 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 嘔吐 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 気分不良 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 神経障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 皮膚障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 部位・大きさ ()	<麻酔投与前> 疼痛 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 呼吸苦 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 嘔気 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 嘔吐 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 気分不良 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 四肢冷感 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 チアノーゼ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 部位・大きさ ()	<麻酔投与後> 疼痛 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 呼吸苦 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 嘔気 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 嘔吐 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 気分不良 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 四肢冷感 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 チアノーゼ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 麻酔レベル 右 () 左 ()	総出血量 <input type="checkbox"/> 少量 () ml 疼痛 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 呼吸苦 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 嘔気 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 嘔吐 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 気分不良 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 チアノーゼ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 皮膚障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 部位・大きさ () 神経障害は麻酔チャート参照 麻酔レベル 右 () 左 ()
安全安楽	<input type="checkbox"/> 名前・手術部位確認 <input type="checkbox"/> 移動介助 <input type="checkbox"/> 室温の調整	<input type="checkbox"/> 麻酔体位の介助 <input type="checkbox"/> 体位変換 (仰臥位→碎石位) <input type="checkbox"/> 体位固定・良肢位の確保 <input type="checkbox"/> 腓骨神経の圧迫の確認 <input type="checkbox"/> 金属との接触・圧迫の確認 <input type="checkbox"/> 器械・ガーゼ・使用物品カウント		<input type="checkbox"/> 体位変換 (碎石位→仰臥位) <input type="checkbox"/> 移動介助 <input type="checkbox"/> 器械・ガーゼ・使用物品カウント
看護介入	<input type="checkbox"/> 不安の確認・表出・傾聴 <input type="checkbox"/> 癒し (希望) のBGMを流す			
教育	<input type="checkbox"/> 術前訪問による手術オリエンテーション <input type="checkbox"/> 看護計画画用紙による説明 <input type="checkbox"/> 処置の説明	<input type="checkbox"/> 麻酔中は動かないように説明する		
物品	<持参> <input type="checkbox"/> IDカード・カルテ <input type="checkbox"/> 同意書 (手術・麻酔・輸血) <input type="checkbox"/> 履物 <input type="checkbox"/> 下着 <input type="checkbox"/>			<返却> <input type="checkbox"/> IDカード・カルテ <input type="checkbox"/> 履物 <input type="checkbox"/> 下着 <input type="checkbox"/>
バリエーション	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
サイン	間接Ns ()	間接Ns ()	間接Ns ()	間接Ns ()
フォーカス	F DAR	F DAR	備考	<適応> ・腰椎麻酔の症例 ・腰椎麻酔の手術後 に全身麻酔に移行した症例 ★気管内挿管 (ラリゲルマスク・挿管チューブ) はバリエーションとなる ★標本: () 個

手術前オリエンテーション承諾サイン

(自署)

定期・緊急

病名:

術式: 円錐切除術

手術室: 1 2 3 4 5

感染症: 無 有 ()

主治医 () 医師 ()

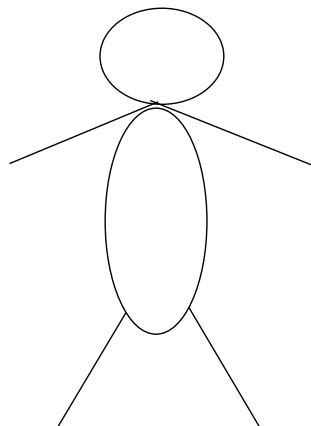
麻酔科医 ()

直接看護師 () 間接看護師 ()

申し送り手術室看護師サイン ()

申し受け病棟看護師サイン ()

右



左