

術中クリティカルパス

	入室	麻酔導入～手術開始	術中	手術終了～退室
目標	<ul style="list-style-type: none"> 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 			<ul style="list-style-type: none"> 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"/> (:) 生食100ml+メチルエルゴメトリン1A orメチルエルゴメトリン1A点滴内注入 <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"/> ストッキング着用・フロートロン装着 <input type="checkbox"/> ペアハグガー	<input type="checkbox"/> かん流液の開始(ウロマチック)in()ml <input type="checkbox"/> 一時導尿 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()ml <input type="checkbox"/> バルーンの挿入 (Fr 固定水)mlout()ml 経膣超音波 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> モニター除去 <input type="checkbox"/> 手術部位の清拭 <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"/> ペアハグガーの除去 <input type="checkbox"/> フロートロン除去 ホルムガーゼ(膣内) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
バイタルサイン	Bp / mmhg Spo2 % HR 回/分	Bp / mmhg HR 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	<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 部位・大きさ () 麻酔レベル 右() 左() 神経障害は麻酔チャート参照
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"/>
バリアンス	<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) バリはアンスとなる ★標本:()個

ID

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: TCR

手術室: 1 2 3 4 5

感染症: 無 有 ()

主治医 () 医師 ()

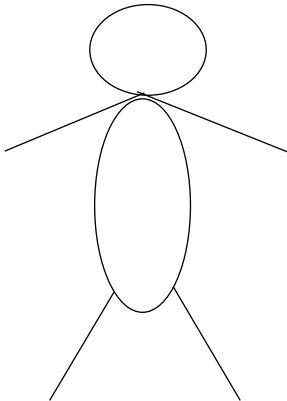
麻酔科医 ()

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