

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	<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 疼痛や苦痛を表出できる 安全、安楽な体位が保持できる 全身状態が安定している 		<ul style="list-style-type: none"> 合併症がおこらない (皮下気腫・CO2中毒・塞栓) 	<ul style="list-style-type: none"> 移動時の安全が確保される 覚醒できる
薬剤治療	<ul style="list-style-type: none"> 皮膚・神経障害をおこさない <input type="checkbox"/> () 薬剤 (g) <input type="checkbox"/> 輸液・薬剤は麻酔記録参照 		<ul style="list-style-type: none"> 手術が安楽・安全・円滑に進行する 	<ul style="list-style-type: none"> 皮膚・神経障害がない
処置	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 末梢ルート(病棟・手術室) <input type="checkbox"/> モニター装着 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 対極板貼用 (部位:) <input type="checkbox"/> ペアハグガー <input type="checkbox"/> ストッキング着用・フロートロン装着 <input type="checkbox"/> パルン挿入 () Fr () cc 固定 <input type="checkbox"/> 硬膜外麻酔 <input type="checkbox"/> 伝達麻酔 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 気腹 <input type="checkbox"/> ベットローテーション 腔式手術 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 腔ガーゼ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> モニター除去 <input type="checkbox"/> 対極板除去 <input type="checkbox"/> フロートロン除去 <input type="checkbox"/> ペアハグガーの除去 <input type="checkbox"/> 手術部位の清拭
観察	<p><抗生剤の副作用></p> <ul style="list-style-type: none"> 発疹 <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 	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 皮下気腫 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 皮膚色の変化 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 チアノーゼ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 	<ul style="list-style-type: none"> 総出血量 <input type="checkbox"/> 少量 <input type="checkbox"/> () ml 覚醒状態 <input type="checkbox"/> 覚醒 <input type="checkbox"/> 半覚醒 <input type="checkbox"/> 未覚醒 自発呼吸 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 疼痛 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 嘔気 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 開眼 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 嘔吐 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 皮下気腫 <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 神経障害 呼名反応 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 部位・大きさ 皮膚障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () (硬膜外チューブ刺入部の出血 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)
安全安楽	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 名前・手術部位確認 <input type="checkbox"/> 移動介助 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 体位固定(碎石位・開脚仰臥位) <input type="checkbox"/> 消毒薬の流れ込み防止 <input type="checkbox"/> 金属との接触・圧迫防止 <input type="checkbox"/> 神経圧迫防止 <input type="checkbox"/> 器械・ガーゼ・使用物品カウント 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ベットローテーションによる体のずれの確認 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 移動介助
看護介入	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 室温の調節 <input type="checkbox"/> 不安の確認・表出・傾聴 <input type="checkbox"/> 癒し(希望)のBGMを流す <input type="checkbox"/> 処置の説明 			<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 器械・ガーゼ・使用物品カウント
教育	<ul style="list-style-type: none"> <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 			
物品	<p><持参></p> <ul style="list-style-type: none"> <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 			<p><返却></p> <ul style="list-style-type: none"> <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	
			<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 組織の重さ () g (<input type="checkbox"/> 右 () g) (<input type="checkbox"/> 左 () g) <input type="checkbox"/> 内容液 () ml 	<p><適応></p> <p>全身麻酔下で腹腔鏡下手術、腹腔鏡補助下腔式子宮全摘術を受ける患者</p> <p><バリエーション></p> <p>開腹へ移行した場合</p>

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: 婦人科腹腔鏡下()

手術室: 1 2 3 4 5

感染症: 無 有()

医師()

麻酔科医 ()

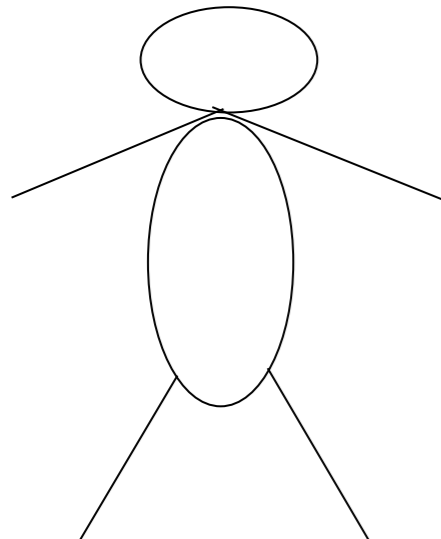
間接介助看護師 ()

直接介助看護師()

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