

脳血管撮影(大腿動脈)を受けられる方へ

1/1枚目

様

月 日 検査

| | | | | |
|-------|--|--|--|----------|
| 日付 | / | | / | |
| 経過 | 検査日 | | 検査翌日 | |
| ゴール | 検査について説明します。 検査に必要な処置をします。 検査後に痛みや出血がないか観察します。 | | 次回の外来受診日と、退院後の注意点を説明します。 | |
| 検査・治療 | 測定 |  血圧、体温、脈拍を測定します。 | | |
| | 内服 |  医師の指示により中止になる薬もあります。 | 医師に確認し、薬を内服していただきます。 | |
| | 注射点滴 |  ()時に点滴をします。 尿の管を入れます ・ 入れません | 点滴はありません。 | |
| 処置 | <p>注意: 検査前に外して頂くもの コンタクト・眼鏡・アクセサリー・マニキュア 湿布・腕時計・入れ歯・化粧 上半身の下着(女性の方はブラジャー)は 必ず外してください。</p> | | | |
| 説明 | 検査は()月()日 ()時()分から | |  出血や腫れがあった場合はナースコールでお知らせください。 | |
| | 局所麻酔で行われます。 | | | |
| | 検査後は3時間の安静が必要です。 | | | |
| | | 食事、飲水の制限があります。 | | |
| 食事 | 朝 |  朝食は出ます ・ 朝食は出ません |  | 制限ありません。 |
| | 昼 |  遅食になります ・ 欠食になります |  | 制限ありません。 |
| | 夕 |  制限ありません。 |  | 制限ありません。 |
| 説明等 | 「入院診療計画書」と「検査同意書」をお渡しします。 署名されましたら看護師にお渡しください。 入院セット(GSセット)の加入をお勧めします。 (持参のタオルやパジャマが血液で 汚染される可能性があるため) | | | |

予定であり状態によって変更になることがあります。変更があれば、検温の際に担当看護師が説明します。