

特定行為 手順書雛型：胃ろうカテーテル・胃ろうボタン交換

患者 ID 氏名		生年月日 大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
住所		
指示期間	西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日	
意思決定	<input type="checkbox"/> 当事業所の訪問看護サービスを利用している在宅療養中・施設入所中の患者 <input type="checkbox"/> 看護師による特定行為について説明を受け同意が得られている	
診療の補助内容	胃ろうカテーテル(バルン型・バンパー型)又は胃ろうボタン(バルン型・バンパー型)の交換	
医療安全の確保	<input type="checkbox"/> 緊急時の対応を医師と相談する	
連絡体制	<input type="checkbox"/> 主治医() <input type="checkbox"/> 病院・診療所()	
報告方法	医師と相談し決定する： <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> MCS 等のツール	
	下記は特定行為看護師が確認(追加があれば記入)	
特定行為の 対象となる患者	<input type="checkbox"/> 定期交換 <input type="checkbox"/> 既に胃ろう交換を最低 1 回済ませている <input type="checkbox"/> 何らかの原因でカテーテルやボタンが抜けてしまった場合 <input type="checkbox"/> 何らかの原因でカテーテルやボタンが破損したと思われる場合	
患者の 病状の範囲	<input type="checkbox"/> ろう孔内から出血していない <input type="checkbox"/> 胃ろうである：経食道ろう(PTEG)、経小腸ろう、経胃ろう的空腸ろう(PEG-J)でない <input type="checkbox"/> 交換前のカテーテル・ボタンの可動性が良好である <input type="checkbox"/> 抗血小板・抗凝固薬が適切に止まっている <input type="checkbox"/> 出血傾向がない	
特定行為を 実践する時に 確認すべき事項	<input type="checkbox"/> 意識レベル、バイタルサインに変動がない <input type="checkbox"/> 交換後の腹痛の有無と程度 <input type="checkbox"/> 胃内容物の逆流が確認できる(スカイブルー法:食紅の青) <input type="checkbox"/> 胃ろう部から持続的な出血が認められない	

上記のとおり、特定行為に係わる実施を指示いたします

西暦 年 月 日

医療機関
住所
医師氏名

殿