特定行為　手順書雛形：脱水症状に対する輸液による補正

作成【ぐんま特定行為訪問看護師の集い】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 患者ID氏名 |  | 生年月日　大・昭・平・令　　　年　　月　　日（　　歳） |
| 住所 |  |
| 意思決定 | □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□看護師特定行為について説明を受け同意が得られている |
| 指示期間 | 西暦　　　　年　　月　　日　　　　~　　　西暦　　　　年　　月　　日 |
| 特定行為の対象となる患者 | □経口から水分などを全く摂取できていない□胃腸炎や下痢症の疑いがある□軽度熱中症の疑いがある□自覚症状(口渇、倦怠感、易疲労感、めまいなど)、飲水量・排泄量などから　脱水が疑われる場合□脱水による補液を繰り返している |
| 診療の補助内容 | □脱水症状に対する輸液による補正　 |
| 患者の病状の範囲 | □意識障害がない(精神状態の変化がないことも含む)□バイタルサインに異常がない□呼吸状態が安定している(92％≦SpO2 ＊厚生労働省参考値) □重症心不全および心不全徴候、慢性腎臓病が認められない□主治医による初回の病状の判断(診断)がされている・病歴や身体診察から、脱水の原因が感染症など急性疾患によるものと考えられる場合は、主治医に直接連絡 |
| 特定行為を実践する前後に確認すべき事項 | □意識レベルの変化□バイタルサインの変化(血圧低下、脈拍増強、92％≦SpO2)□補液による溢水と思われる所見・呼吸状態の変化(呼吸数、呼吸苦、喘鳴、肺雑音の聴取)・浮腫の出現または悪化(顔面、下腿など) |
| 連絡体制 | □主治医(　　　　　　　　　　)　　□病院・診療所(　　　　　　　　　　)　　 |
| 医療安全の確保 | □緊急時の対応を医師と相談する |
| 報告方法 | 医師と相談し決定する：□電話　□FAX　□メール　□MCS等のツール |

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