

脳卒中地域連携パス

患者氏名： 様

生年月日：

発症日：

病名：脳梗塞(ラクナ・アテローム・心原性・その他) 脳出血 かかりつけ医：急性期病院: 大垣市民病院 科
患者 ID: 主治医名:回復期病院: 病院 科
患者 ID: 主治医名: 先生

先生 患者 ID:

	急性期病院退院時 ()	回復期病院退院時または3ヶ月 ()	6ヶ月 ()	9ヶ月 ()	12ヶ月 ()	
退院時基準・目標	病状安定化	①再発の予防 ②合併症の管理 ③ADLの維持			経過により病院受診	
身体状態の評価	自立度(mRankin評価) 点	点	点	点	点	
麻痺の悪化の有無	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無					
意欲低下の有無	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無					
体重(kg)						
褥瘡の有無	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無					
再発予防薬	<input type="checkbox"/> プロテラール <input type="checkbox"/> プロラビックス <input type="checkbox"/> アスピリン <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> プロテラール <input type="checkbox"/> プロラビックス <input type="checkbox"/> アスピリン <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> プロテラール <input type="checkbox"/> プロラビックス <input type="checkbox"/> アスピリン <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> プロテラール <input type="checkbox"/> プロラビックス <input type="checkbox"/> アスピリン <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> プロテラール <input type="checkbox"/> プロラビックス <input type="checkbox"/> アスピリン <input type="checkbox"/>	
抗凝固薬	<input type="checkbox"/> ワーファリン <input type="checkbox"/> プロラザキサ <input type="checkbox"/> イグザレルト <input type="checkbox"/> エリキュース	<input type="checkbox"/> ワーファリン <input type="checkbox"/> プロラザキサ <input type="checkbox"/> イグザレルト <input type="checkbox"/> エリキュース	<input type="checkbox"/> ワーファリン <input type="checkbox"/> プロラザキサ <input type="checkbox"/> イグザレルト <input type="checkbox"/> エリキュース	<input type="checkbox"/> ワーファリン <input type="checkbox"/> プロラザキサ <input type="checkbox"/> イグザレルト <input type="checkbox"/> エリキュース	<input type="checkbox"/> ワーファリン <input type="checkbox"/> プロラザキサ <input type="checkbox"/> イグザレルト <input type="checkbox"/> エリキュース	
リハビリ	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 要(□継続中・□中断) <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 要(□継続中・□中断) <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 要(□継続中・□中断) <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 要(□継続中・□中断) <input type="checkbox"/> 不要	
検査	PT-INR目標値 ()					
画像検査	□ECG・□胸部X-P					□頸動脈エコー・□MRI・□MRA・□CT
危険因子	一般血液検査	(O)	O	(O)	O	
血圧目標値 (/)	/	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /	
糖尿病目標値 (血糖 HbA1C %)	/	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /	
LDL-C(悪玉コレステロール) 目標値(mg/dl)	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	
その他						

【再発のめやす】

- ①言葉が出ない・話せない。ろれつが回らない。
- ②めまい・物が二重に見える・突然物が見えにくくなった。
- ③片方の手足に力が入らない・足がもつれる。
- ④激しい頭痛や嘔吐、(片)麻痺。

【再発が疑われる時の対応】

できるだけ早く主治医相談もしくは病院へ。

【脳卒中の危険因子】

- ・高血圧・糖尿病・脂質異常症・心房細動・喫煙
- ・多量飲酒

【床ずれ(褥瘡)の対応】

- ①ケアマネに直ちに相談し、エアマット使用。
- ②主治医に相談し、訪問看護を受ける。
- ③訪問看護より褥瘡指導を受ける。
- ④主治医より必要物品の供与を受ける。

【注意点】

- ①再発予防薬は原則生涯服用し続けてください。
- ②PT-INRはワーファリン使用者のみ。

大垣市民病院

【mRankin評価】

- 0 : 全く症状なし
- 1 : 軽度の症状があるが日常生活に支障ない
- 2 : 以前の活動はできないが、介助なしに身の回りの事は出来る。
- 3 : 日常生活に何らかの介助が必要とするが、歩行は介助なしでできる。
- 4 : 介助なしに歩行や日常生活を行うことが出来ない。
- 5 : 寝たきり、常に看護や注意が必要。