

## 急性心筋梗塞地域連携パス

2012年2月改訂

医療者用

氏名			発症日(入院日): 年月日 梗塞既往: <input type="checkbox"/> 初発 <input type="checkbox"/> 再発 梗塞部位: <input type="checkbox"/> 前壁中隔 <input type="checkbox"/> 前壁 <input type="checkbox"/> 下壁 <input type="checkbox"/> 後壁 <input type="checkbox"/> 側壁 責任冠動脈病変: (# : % ⇒ %) 今回入院中の他部位へのPCI: <input type="checkbox"/> 有(# ) <input type="checkbox"/> 無 ステント治療: <input type="checkbox"/> 有( <input type="checkbox"/> BMS or <input type="checkbox"/> DES) <input type="checkbox"/> 無 PeakCK( IU), 退院時BNP, UN/Creatinine( pg/ml, / mg/dl)			退院時 NYHA( 度)・CCS( 度) 合併症 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質代謝異常 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 発作性心房細動 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> 閉塞性動脈硬化症 <input type="checkbox"/> 慢性腎不全/透析 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 慢性肝炎 <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 <input type="checkbox"/> その他( )			かかりつけ医 病院・医院・クリニック 先生		
経過	退院時(発症後 過)		発症後 4週・6週・8週・10週	発症後 3ヶ月	発症後 4ヶ月・5ヶ月	発症後 6ヶ月	発症後 7~11ヶ月	発症後 1年	発症後 1年以後	発症後 2年	
受診先	病院		かかりつけ医	病院	かかりつけ医	病院	かかりつけ医	病院	かかりつけ医	病院	
日時	年月日		適宜受診	月日	適宜受診	月日	適宜受診	月日	適宜受診	月日	
達成目標 (アウトカム)	胸痛 心不全・腎不全 不整脈 薬物副作用 服薬コンプライアンス 二次予防(*注1)	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 優・可・不可 <input type="checkbox"/> 優・可・不可	有・無 有・無 有・無 有・無 優・可・不可 優・可・不可	3ヶ月間の総合評価をお願いします		有・無 有・無 有・無 有・無 優・可・不可 優・可・不可	受診頻度 はお任せ します	有・無 有・無 有・無 有・無 優・可・不可 優・可・不可	有・無 有・無 有・無 有・無 優・可・不可 優・可・不可	有・無 有・無 有・無 有・無 優・可・不可 優・可・不可	有・無 有・無 有・無 有・無 優・可・不可 優・可・不可
かかりつけ医での検査			血液検査1 (*注2) ECG	パナルジン内服例は 2週間ごとの肝機能検査		(適宜)			ホルター-ECG (適宜血液検査)		ホルター-ECG (適宜血液検査)
体重管理	退院時体重( kg)		直近の体重( kg)	( kg)	( kg)	( kg)	( kg)	( kg)	( kg)	( kg)	
喫煙有無	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無		有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
血圧	退院時( / )mmHg		直近の血圧( / )mmHg	( / )	( / )	( / )	( / )	( / )	( / )	( / )	
病院での検査			血液尿検査2 心電図/LP 心エコー 胸部XP ホルター-ECG 負荷心筋シチ			血液尿検査2 心電図 心エコー 胸部XP 心筋検査 or MDCT (必要時のみ)			血液尿検査2 心電図 心エコー 胸部XP 心筋検査 or MDCT (必要時のみ)	血液尿検査2 心電図 心エコー 胸部XP 心筋検査 or MDCT (必要時のみ)	
再PCI			有・無			有・無		有・無		有・無	
心臓リハビリ	<input type="checkbox"/> 必要( カ月)、 <input type="checkbox"/> 不要		<→								
情報提供書 (*注3)	病院→かかりつけ医 かかりつけ医→病院		◎	◎		◎	◎	◎	◎	◎	
抗血栓療法 投与量/日 (*注4)	アスピリン(ASA) mg プロラギックス(CLO) mg ワーファリン(WF) mg その他( )		変更:有・無 ASA mg CLO mg WF mg 注: BMS のみ使用例にては最終植込み1 ヶ月後以降は、TIC or CLO の減量～中止は可。それ以外の条件下での WF 以外の薬剤変更是ご相談下さい。WF 量は PTINR を指標に適宜変更して下さい。	変更:有・無 ASA mg CLO mg WF mg			変更:有・無 ASA mg CLO mg WF mg		変更:有・無 ASA mg CLO mg WF mg	変更:有・無 ASA mg CLO mg WF mg	
パスの逸脱 (バリアンス)			□(バリアンスの内容 )	□( )	□( )	□( )	□( )	□( )	□( )	□( )	

病院 主治医