

TEL 0721-55-1221 (代表) 携帯 070-4293-1131 (VA担当)

医療法人敬任会南河内おか病院 FAX 0721-68-7171 (VA室)

シャントPTA連絡用紙

記入日 _____

検査希望日		検査日(こちらは記入しないでください)			透析日	午前 午後 夜間	
早急・2週間以内・希望日		月	日	月	日()	:	月・水・金 火・木・土
(フリガナ)		男	生年月日(西暦)	施設名	紹介医		
患者氏名	様	女	年 月 日		先生		

前回PTA(なし・当院・他院)

ワーファリン内服 (なし・あり)

前回PTA施工日
年 月 日

最近のPT-INR

- 独歩
- 介助歩行
- 車椅子
- ストレッチャー

※抗血小板薬の中止はありません。

測定日 月 日

シャント作成日(西暦)		
年 月 日		
シャントの種類	内シャント・グラフト	
シャント部位	右	上腕
	左	前腕

症状が出てきたのは
(1ヶ月以上前から・2週間ぐらい前・最近)

- シャントが閉塞した
- シャントの脱血不良
- 静脈圧が高い
- シャントの穿刺困難
- シャントの肢が腫れている
- シャントの音が弱い、狭窄音がある
- シャントのスリルがなく、拍動である
- シャント肢の痛み
- 定期検査 もしくは 当院の指示
- その他 ()

	最近の状態	よいとき
QB		
静脈圧		

PTAに必要な患者さんの状態

- 造影剤アレルギー 無 有
- ぜんそく 無 有
- イソジン消毒 可 不可
- 認知症 無 軽度 有
- 治療中の抑制 不要 有
- 透析中の血圧低下 無 有
- 抗血小板療法 無 有

HCV抗体	()	血液型	型
HBS抗原	()	(Rh)	
TPHA	()		

連絡先:

送迎方法:

記入者: _____