

PEG・NG交換連携パス 前

ID	性別	男性	女性
氏名	生年月日	年	月 日
施設名	担当者		

交換予定日

年 月 日

アウトカム	交換準備ができる。		
経管栄養	絶食 当日朝8時までは水のみ可		
準備	<input type="checkbox"/> 家族同伴確認		
	<input type="checkbox"/> 植込み型ペースメーカー <input type="checkbox"/> 植込型除細動器	チューブ名	<input type="checkbox"/> セキュリT(ポストン) Fr <input type="checkbox"/> ネオフィード栄養チューブ(ガストロストミーチューブ) Fr <input type="checkbox"/> 扁平バルーンカテーテル Fr(固定水 ml) <input type="checkbox"/> セーフティペグキット(バード) Fr <input type="checkbox"/> エンドビブセルジンガーPEGキット(ポストン) Fr cm <input type="checkbox"/> エンドビブボタン II (ポストン) Fr cm <input type="checkbox"/> GBジェジュナルチューブ Fr(固定水 ml) <input type="checkbox"/> イディアルボタン(オリンパス) Fr cm <input type="checkbox"/> NGチューブ(フィーディング) Fr cm (JMS栄養カテーテル) Fr cm
観察	<input type="checkbox"/> 酸素吸入 ℓ <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 開口困難 <input type="checkbox"/> 聴力障害 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> PEG挿入部からの漏れ <input type="checkbox"/> 不良肉芽 <input type="checkbox"/> 挿入部周囲の皮膚トラブル <input type="checkbox"/> チューブの汚れ・劣化 <input type="checkbox"/> 蓋の緩み・連結が外れる <input type="checkbox"/> 鼻の病気の有無 (右 ・ 左) アレルギー性鼻炎 ・ 上顎洞炎 鼻茸(鼻ポリープ)・鼻中隔彎曲 その他()	バリエーション	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
備考	交換日の 11時 までに健生病院救急外来中央受付で受付後(基本表持参)、 内視鏡室・透視室 にお越し下さい。 ※当日は、栄養剤・薬剤は注入せずに、ご家族と一緒にご来院ください。(水分は可)		

※このパス用紙は交換日1ヶ月前までに、FAXをお願いします。
津軽保健生活協同組合 健生病院 内視鏡室
FAX 55-7738