

## 「鳥取県西部地区 急性冠症候群 地域連携パス」 説明書および同意書

鳥取県西部地区では急性冠症候群(急性心筋梗塞や不安定狭心症)にて入院治療を受けられた患者さんが、退院後も継続して地域で適切な治療を受けられるように、「地域連携パス」を運用しています。

「地域連携パス」とは、急性期病院とかかりつけ医などの医療機関の医師が、一貫した治療方針に基づいて、一人一人の患者さんについて作成した「治療計画表」のことです。

退院後は、「かかりつけ医」が連携パスの治療計画に従って診療、投薬を行い、専門治療や検査は急性期病院が行います。その際かかりつけ医からは日頃の診療状況等の詳しい内容が病院へ報告されます。こうして、病院と診療所が協力して患者さんの健康をお守りします。「地域連携パス」で得られる個人情報、治療以外の目的で使用することはありませんが、臨床情報は、個人が特定できない方法で、地域の医療水準の向上に活用することがあります。ご理解いただきご協力をよろしくお願いいたします。なお、同意を断ったからといってあなたにとって不利が生じたり、治療方針が異なることはありません。

### 患者さんにとってより安心で信頼できる医療連携システム

患者さんの健康を守るために、診療所と病院とがお互いの役割を明確にし、協力して患者さんを中心にした医療を地域で実践するシステムです。

#### 【かかりつけ医の役割】

- ☆日常的な投薬・経過観察及び治療（生活習慣病などの管理は、身近な医療機関が行います）。
- ☆専門的治療（病院への入院）の必要性を判断して紹介いたします。
- ☆風邪など一般的な病気や何らかの症状で悩んでおられる場合に気軽に受診していただけます。

#### 【急性期病院医師の役割】

- ☆診療所・一般病院からの紹介にて専門的な検査・診察・手術をいたします。
- ☆急変時における迅速な対応をいたします。

日 付 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関名 \_\_\_\_\_

説明医師 \_\_\_\_\_

同席者 \_\_\_\_\_

本人署名 \_\_\_\_\_

代理人署名 \_\_\_\_\_

急性期退院時用

紹介年月日

患者氏名

生年月日

年齢

性別

ID

住所

電話番号

紹介先

急性期病院

担当医

先生

電話

発症年月日

入院年月日

退院年月日

診断名  急性心筋梗塞  狭心症  無症候性心筋虚血

追加コメント

1) 急性期カテーテル(実施日

)

責任病変  右冠動脈  左主幹部  前下行枝  回旋枝有意病変  右冠動脈  左主幹部  前下行枝  回旋枝治療  薬剤溶出性ステント  非薬剤性ステント  バルーン拡張術  血栓吸引術

2) 退院時所見・合併症および生活習慣

Peak CPK

mg/dl

 左室壁運動異常( 前壁  心尖部  下壁  後壁  中隔  後側壁 ) 心拡大  左心不全  右心不全  大動脈弁弁膜症  僧房弁弁膜症 心房細動  2・3度房室ブロック  ペースメーカー植込  心室頻拍 高血圧症  脂質異常症  糖尿病  肝機能異常  腎機能低下  喫煙  飲酒

※心拡大: CTR&gt;52%、弁膜症: III度以上逆流または中等度以上の大動脈弁狭窄、腎機能低下: eGFR&lt;60ml/min

3) 今回の入院中に抗血小板剤プラビックスの内服を開始された場合、副作用(肝機能異常・血小板減少・白血球減少)のチェックのため、退院後2週間ごとに8週間まで血液検査を行なう必要があります。

 該当します  該当しません プラビックスの内服期間  最低3ヶ月  最低6ヶ月  最低12ヶ月

4) 次回のカテーテル検査を

に行なう予定です。

5) 経過観察の要点

6) 目標値 喫煙者の禁煙、HbA1c(NGSP)&lt;6.9%、LDL-C&lt;100mg/dl、診察室血圧&lt;140/90mmHg(平均家庭血圧:135/85mmHg)

糖尿病・蛋白尿のある腎機能低下の患者では 診察室血圧&lt;130/80mmHg(平均家庭血圧:125/75mmHg)

7) 処方・その他

胃・大腸内視鏡検査や歯科治療、手術などが必要となった場合

参考資料-1 および-2を参照し不明の場合は急性期病院担当医にご相談ください。

バリエーション(逸脱)の目安 該当する場合⇒ご連絡ください( )

労作時胸痛が新たに出現または増悪する

息切れ・呼吸困難など心不全症状の出現または増悪

心電図・胸部レントゲン・血液検査の新たな異常の出現

持続する胸部症状がありバイタルサイン異常がある⇒救急車で

死亡された時(本疾患と因果関係がないと思われた場合でもご報告ください)

フォローアップカテーテル報告用

紹介年月日

患者氏名  
住所

生年月日

年齢

性別

電話番号

紹介先

急性期病院

担当医

先生

電話

1) フォローアップカテーテル( 回目)(実施日 )

有意病変  右冠動脈  左主幹部  前下行枝  回旋枝前回までのバルーン拡張術・ステント治療術の再狭窄  有  無追加治療  薬剤溶出性ステント  非薬剤性ステント  バルーン拡張術  血栓吸引術

2) 退院時所見・合併症および生活習慣

 左室壁運動異常(  前壁  心尖部  下壁  後壁  中隔  後側壁 ) 心拡大  左心不全  右心不全  大動脈弁弁膜症  僧房弁弁膜症 心房細動  2・3度房室ブロック  ペースメーカー植込  心室頻拍 高血圧症  脂質異常症  糖尿病  肝機能異常  腎機能低下  喫煙  飲酒

※心拡大: CTR&gt;52%、弁膜症: III度以上逆流または中等度以上の大動脈弁狭窄、腎機能低下: eGFR&lt;60ml/min

3) 今回の入院中に抗血小板剤プラビックスの内服を開始された場合、副作用(肝機能異常・血小板減少・白血球減少)のチェックのため、STENT留置後2週間ごとに8週間まで血液検査を行なう必要があります。

 該当します  該当しません

4) 次回のカテーテル検査を

に行なう予定です。

5) 経過観察の要点

6) 目標値 喫煙者の禁煙、HbA1c(NGSP)<6.9%、LDL-C<100mg/dl、診察室血圧<140/90mmHg(平均家庭血圧:135/85mmHg)  
糖尿病・蛋白尿のある腎機能低下の患者では 診察室血圧<130/80mmHg(平均家庭血圧:125/75mmHg)

7) 処方・その他

胃・大腸内視鏡検査や歯科治療、手術などが必要となった場合

参考資料-1 および-2を参照し不明の場合は急性期病院担当医にご相談ください。

バリエーション(逸脱)の目安 該当する場合⇒ご連絡ください( )

労作時胸痛が新たに出現または増悪する

息切れ・呼吸困難など心不全症状の出現または増悪

心電図・胸部レントゲン・血液検査の新たな異常の出現

持続する胸部症状がありバイタルサイン異常がある⇒救急車で

死亡された時(本疾患と因果関係がないと思われた場合でもご報告ください)

かかりつけ医⇒急性期病院紹介用

紹介年月日

生年月日

年齢

性別

電話番号

紹介元

急性期病院

担当医

先生

電話

1) 紹介目的 フォローアップカテゴリー( 回目)

2) 症状 胸痛  なし  あり 息切れ  なし  あり 動悸  なし  あり

3) 身体所見・検査所見

血圧  問題なし  問題あり  
 心電図  変化なし  変化あり 心エコー  変化なし  変化あり  
 脂質  問題なし  問題あり  
 血糖  問題なし  問題あり  
 肝機能  問題なし  問題あり  
 腎機能  問題なし  問題あり

薬剤副作用  なし  あり4) 生活習慣  喫煙  飲酒

5) 処方・その他(変更など)

胃・大腸内視鏡検査や歯科治療、手術などが必要となった場合

参考資料-1 および-2を参照し不明の場合は急性期病院担当医にご相談ください。

目標値など 喫煙者の禁煙、HbA1c (NGSP)<6.9%、LDL-C<100mg/dl、診察室血圧<140/90mmHg(平均家庭血圧:135/85mmHg)  
 糖尿病・蛋白尿のある腎機能低下の患者では 診察室血圧<130/80mmHg(平均家庭血圧:125/75mmHg)

バリエーション(逸脱)の目安 該当する場合⇒ご連絡ください( )

労作時胸痛が新たに出現または増悪する

息切れ・呼吸困難など心不全症状の出現または増悪

心電図・胸部レントゲン・血液検査の新たな異常の出現

持続する胸部症状がありバイタルサイン異常がある⇒救急車で

死亡された時(本疾患と因果関係がないと思われた場合でもご報告ください)

患者さん用(急性期)

病名  急性心筋梗塞  狭心症  無症候性心筋虚血

患者氏名

生年月日

年齢

性別

住所

電話番号

急性期病院

かかりつけ医

担当医

電話

先生

発症年月日

入院年月日

退院年月日

1) 急性期カテーテル(実施日 )

治療  薬剤溶出性ステント  非薬剤性ステント  バルーン拡張術  血栓吸引術

2) 退院時所見・合併症および生活習慣

 左室壁運動異常(  前壁  心尖部  下壁  後壁  中隔  後側壁 ) 心拡大  左心不全  右心不全  大動脈弁弁膜症  僧房弁弁膜症 心房細動  2・3度房室ブロック  ペースメーカー植込  心室頻拍 高血圧症  脂質異常症  糖尿病  肝機能異常  腎機能低下  喫煙  飲酒

3) 今回の入院中に抗血小板剤プラビックスの内服を開始された場合、副作用(肝機能異常・血小板減少・白血球減少)のチェックのため、退院後2週間ごとに8週間まで血液検査を行なう必要があります。

 該当します  該当しません プラビックスの内服期間  最低3ヶ月  最低6ヶ月  最低12ヶ月

4) 次回のカテーテル検査を に行う予定です。

5) 胃・大腸内視鏡検査や歯科治療、手術を受けられる場合、事前にかかりつけ医に相談してください

6) 生活上の留意点

目標 喫煙者の禁煙

診察室血圧 140/90mmHg(平均家庭血圧:135/85mmHg)未満

ただし糖尿病・蛋白尿のある腎機能低下の方は

診察室血圧 130/80mmHg(平均家庭血圧:125/75mmHg)未満

血糖値のマーカー HbA1c(NGSP) 6.9%未満

悪玉コレステロール値 LDL-C 100mg/dl未満

おかしいかなと思ったら・・・医師にご連絡ください

- ・熱が出る(37.5℃以上)
- ・あざができる(紫色・赤色)
- ・のどが痛む
- ・尿が茶色っぽくなる、血が混じる
- ・皮膚や目が黄色くなる
- ・意識が低下する(うとうとする)
- ・ぶつぶつがでる
- ・強い疲労感を感じる
- ・鼻や歯茎から出血する
- ・食欲がなくなる

患者さんフォローアップカテテル報告用 病名  急性心筋梗塞  狭心症  無症候性心筋虚血

患者氏名

生年月日

年齢

性別

住所

電話番号

急性期病院

かかりつけ医

担当医

電話

先生

発症年月日

1) 急性期カテテル(実施日 )

治療  薬剤溶出性ステント  非薬剤性ステント  バルーン拡張術  血栓吸引術

2) フォローアップカテテル( 回目)(実施日 )

前回までのバルーン拡張術・ステント治療術の再狭窄  有  無追加治療  薬剤溶出性ステント  非薬剤性ステント  バルーン拡張術  血栓吸引術

3) 退院時所見・合併症および生活習慣

 左室壁運動異常( 前壁  心尖部  下壁  後壁  中隔  後側壁 ) 心拡大  左心不全  右心不全  大動脈弁弁膜症  僧房弁弁膜症 心房細動  2・3度房室ブロック  ペースメーカー植込  心室頻拍 高血圧症  脂質異常症  糖尿病  肝機能異常  腎機能低下  喫煙  飲酒

4) 今回の入院中に抗血小板剤プラビックスの内服を開始された場合、副作用(肝機能異常・血小板減少・白血球減少)のチェックのため、退院後2週間ごとに8週間まで血液検査を行なう必要があります。

 該当します  該当しません プラビックスの内服期間  最低3ヶ月  最低6ヶ月  最低12ヶ月5) 次回の検査入院の予定  なし  あり ( 年 月 ごろに検査入院していただく予定です)

6) 胃・大腸内視鏡検査や歯科治療、手術を受けられる場合、事前にかかりつけ医に相談してください

7) 生活上の留意点

## 目標 喫煙者の禁煙

診察室血圧 140/90mmHg(平均家庭血圧:135/85mmHg) 未満

ただし糖尿病・蛋白尿のある腎機能低下の方は

診察室血圧 130/80mmHg(平均家庭血圧:125/75mmHg) 未満

血糖値のマーカー HbA1c(NGSP) 6.9%未満

悪玉コレステロール値 LDL-C 100mg/dl未満

おかしいかなと思ったら・・・医師にご連絡ください

・熱が出る(37.5℃以上)

・のどが痛む

・皮膚や目が黄色くなる

・ぶつぶつがでる

・鼻や歯茎から出血する

・あざができる(紫色・赤色)

・尿が茶色っぽくなる、血が混じる

・意識が低下する(うとうとする)

・強い疲労感を感じる

・食欲がなくなる