

件名: 患者インフォメーション用紙記入時の注意点について

担当医 様

- * 患者インフォメーション用紙の#1ページ~#4ページとBlood Access図の計5枚を記入していただきます。(尚「治療書承諾書」は本人のサインのみが必要となります。)
- * すべて英文にて記入願います。
パソコンにて記入を望まれる場合、この用紙のExcelデータを送付しますので別途ご連絡ください。

<患者インフォメーション・シート#1>

- * 「B型&C型肝炎の既往歴」にはHBsAg, HBsAb, HBcAb, HCAb,に関する検査結果において陽性(+)であった場合、チェックし、その発生日/月/年を記入してください。

<患者インフォメーション・シート#2>

- * ハワイで利用するダイアライザーの指定は出来ません。また、日本から持参することもできません。
ハワイで利用されるダイアライザーはFMC製F160(180:サイズ違いの選択)NR-e(e:EB殺菌の選択)です。
- * 透析導入日(Date of Initial Dialysis:)に関しては保険還付資料作成時に必ず必要となりますので、**保険申請上の透析導入日**を月/日/年で記入してください。
- * 透析時間(Hours of Treatment:)に関しては**ハワイで希望される透析時間**をご記入ください。
(日本では5時間透析しているがハワイでは4時間透析を希望される場合は「4時間」と記入してください。)
- * ヘパリンは豚製のみで豚にアレルギーがある場合は明記願います。
当センターではヘパリン(豚製)のみを利用しており、低分子ヘパリン、フサン等は使用していません。
(標準で利用されているのはHEPARIN Sodium 1,000USP/ml, 30ml multi-dose Vial です。)
ペパリンの量は日本に比べ機械側の流路が長いので”血栓”ができやすい旨を考慮ください。
(同じく血流量に関しても考慮願います。)
- * 「ドライウエイト」、「身長」は必ずご記入ください。(透析装置にこの値をセットする為)
- * 遺伝子組み換えエリスロポエチン(EPO)製剤として”EPOGEN”、副甲状腺機能亢進薬として”ZEMPLAR”、貧血治療剤として”VENOFER”の製剤のみハワイで準備できます。
(これらの製品名の製剤でしか準備できませんので、この製剤名での投与量をご指示ください。)
”ダルベポエチンアルファ”(EPO)や”パリカルシトール”(副甲状腺亢進薬)等は準備できません。
- * **ハワイでの透析治療で上記製剤が必要でしたら、具体的な投与日(ハワイでの透析日)と1回の投与量をご記入ください。(ハワイ滞在中に投与が不要でしたら ”No”を記入してください)**
”EPOGEN”投与量に関しては**200Units**単位で指定してください。

<患者インフォメーション・シート#3>

- * 「透析中の問題点とコメント」欄は空白にせず、問題がなければ必ず”問題ナシ”とご記入ください。
- * 穿刺&止血、透析中の血圧変動&筋肉の痙攣、最大除水量・除水レート、透析中のフラッシュの要否(血栓防止のため)等々の留意点がありましたら、この「コメント」欄に必ずご記入ください。
- * 血液検査データに関しては直近の検査結果にてご記入ください。尚、検査結果表の添付は不要です。
尚、「Hbs抗原」に関する血液検査データは”30日以内”でないといハワイ側の施設で受入拒否されます。
「Hbs抗原」に関しては数値でなく、**“Negative”or”Positive”**をご記入ください。
同じく「Hbs抗体」に関しては12ヶ月以内のデータで**“定量的な数値”**をご記入ください。
通常の血液検査データは最新の(本書類作成時点で)検査結果で記載願います。

<患者インフォメーション・シート#4>

* 医師の「サマリー」に関しても空白にはせず、以下の2点に関しては必ずコメントください。

心電図検査(90日以内)に問題がなければ”問題ナシ”とご記入ください。

胸部レントゲン検査(90日以内)結果も問題が無ければ”問題ナシ”また、併せて”**心胸比**”もご記入ください。

さらに、”**TB=結核**”に関する所見も記入してください。(胸部レントゲン結果に結核の兆候が見られますか?)

また、病院での移乗介助(車椅子&杖、リフト)や酸素吸引等の特別なリクエストがあればご記入ください。

<ブロードアクセス・シート#5>

* シヤントの血管投影図上で動脈<A>と静脈<V>の穿刺の位置と挿入方向の上-下を明記してください。

穿刺ができる箇所が複数ヶ所ある場合はそれもすべて記入してください。

* 穿刺に関する特別な配慮(深さ、湾曲、コブ等々)がありましたら、”Note”欄にご記入ください。

* 針のサイズが動脈側と静脈側異なる場合はその旨をご記載ください。

また、”ボタンホール手法”用の針の場合はその旨をご記載ください。

尚、ハワイでは留置針は使用していませんので金属針(バタフライ)でのサイズをお知らせください。

<参考資料> #2ページ”透析に関するデータ”欄 和訳資料

* 私達が標準で利用しているダイアライザーはフレゼニウス製NR160(180)です。

これらのダイアライザーはすべての訪問客に対してシングルユースです。また、患者が自分用のダイアライザーを持参することはできません。

Date of Initial Dialysis: <input type="checkbox"/>	Hours per Treatment: <input type="checkbox"/>	Treatments per Week: <input type="checkbox"/>	Dialyzer:	Dialysate Flow:(cc/min):
(透析導入日)	(透析時間)	(透析間隔)	(ダイアライザー)	(透析液流量)
Dialysis: K+	NA+:	Bicarb:	Ca+	Na+ Modeling: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Type:
(透析液)(カリウム)	(ナトリウム)	(重炭酸)	(カリウム)	(Naモデリング透析 要-不要 とタイプ)
Heparinization:	Initial Dose:	Infusion: <input type="checkbox"/> unit / hr	Blood Flow Rate: <input type="checkbox"/> cc / min	Average Arterial Pressure:
<input type="checkbox"/> Pork only	(ペパリン初期投与量)	(ペパリン注入量)	(血流量)	(動脈側の圧力)
(ペパリン 豚製のみ)	* 透析終了何分前に止める			
* 豚製ペパリンNGの場合の代替の方法(例:フラッシング)記載ください。				
Access Type:	Access Location:	Needle Gauge:	Dry Weight (kg):	Average Venous Pressure:
(アクセスのタイプ)	(アクセスの場所)	(針サイズ)	(ドライウエイト)	(静脈側の圧力)
Blood Pressure Pre:	Blood Pressure Post:	Blood Pressure Medicatio	Average Weight Gain (kg):	Height (CM):
(透析前血圧)	(透析後血圧)	(血圧 薬の要否)	(平均増加体重)	(身長)
Allergies:				
(アレルギー)				
Xylocaine Needed?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO		
(キシロカインの要否)				

IN CENTER MEDICATIONS (please do not write the letter "u" after dosage)

透析中の投薬に関して (投薬量の単位に関しては”u”を付けないでください。)

Epogen: <input type="checkbox"/>	Venofer: <input type="checkbox"/>	Zempar:
(エポジェン)	(ベノファー)	(ゼンパー)
Frequency:	Frequency:	Frequency:
(投与頻度)	(投与頻度)	(投与頻度)

以上 お手数ですがハワイで安全に透析する為ご協力お願いいたします。