







脳血管造影検査を受けられる患者様へ

お名前： _____ 様
 検査は _____ 月 _____ 日 _____ 時 からの予定です。

* 脳血管造影検査を受けられる方の一般的な経過です。
 病状などにより、異なる経過をたどることもありますので、参考程度にしてください。

月日	/		/		/	
項目	検査当日(検査前)		検査当日(検査後)		検査後1日目	
達成目標	検査が問題なく受けられる		検査が無事終了し、退院できる			
処置	動脈の血流を確認するテストと、動脈に印をつけます 左腕に名前確認のためのリストバンドを付けます 検査は右手の手首の動脈から行います 体温、血圧、脈拍、意識状態などの観察を行います		止血バンドをして戻ります 右手は安静が必要になります (止血中は力を入れないようにしてください。 出血、腫れ、痛み、しびれがあったら看護師に申し出てください) _____ 頃には止血バンドが外れます。 その間、止血を確認しながら少しずつ空気を抜いていきます 体温、血圧、脈拍、意識状態などの観察を行います		問題なければ 退院になります	
薬剤・治療	内服 指示のあるものについて内服して下さい 点滴 左腕に点滴をします		→ 終了したら針を抜きます			
食事	検査前の食事は食べられません		病室に戻ったら飲水できます (造影剤の排泄を促すため、水分は多めにとってください)		制限はありません	
安静度	検査室まで車椅子で行きます		なるべく臥床し安静にしてください。 トイレは歩いていけます(止血が完了したら自由です)		制限はありません	
清潔			入浴できません(体を拭くことができます)		入浴できます	
患者様及びご家族への説明	検査についての説明をします		医師より、検査結果の 説明があります (後日の場合もあります)			