作成日：平成　　年　　月　　日

**心筋梗塞地域連携パス情報シート**

鳥取県東部医師会東部地域医療連携パス策定委員会

患者氏名：　（自動入力）

基本情報　　担当医：　　　　　　　病院　　　　　科

＜治療内容＞　　　薬物溶出性ステント（DES）

　　　　　　　　　　通常型金属ステント（BMS）

　　　　　　　　　　ステント留置なし

　　　　　　　　　　冠動脈バイパス術（CABG）

＜抗血小板薬＞　■総ての症例においてバイアスピリンⓇは無期限に継続です

　　　　　　　　　　プラビックスⓇ　　　　　パナルジンⓇ

　　プレタールⓇ　　 　　　コンプラビンⓇ

　　　　　　　　ジェネリック医薬品への変更

　　　　　　　　　　可　　　　　　　 　　　不可



　　　　　　　　継続期間

　　　　　　　　　　１月　　　 ３月　　　 ６月　 １２月

　　　　　　　　　　次回、フォローアップ検査終了まで継続

　　　　　　　　　　無期限に継続いただきたい患者です

　　抗血小板薬の中止により、ステント血栓症を生じて急性心筋梗塞を発症することが

あります。外科的治療、内視鏡治療などで中止が必要な場合はご相談ください。

＜フォローアップ検査予定＞　治療　　月後の予定です。

　　　　　　　　　　すでに予定が決まっています（　　月　　日）

⇒　　外来　 　　入院

　　　　　　　　　　地域連携室で予約をお願いします

　　　　　　　　　　外来を直接受診いただき予定を相談してください

（当日入院ではありません）

　　　　　　　　■お手数ですが、入院時には内服薬を持参していただいてください

管理目標

＜紹介もしくは電話にてご相談ください＞

　胸痛の出現時

■　急性冠症候群発症時と同様もしくは類似の痛みが生じた場合

　心不全、重篤不整脈の出現時

■　むくみ、夜間呼吸困難、急激な体重増加

■　新たに生じた不整脈（心室性期外収縮の連発・多発、発作性心房細動）

＜血圧管理について＞

　高血圧症がありますので、降圧薬を投与しています

　退院後、血圧上昇の可能性があります

　　　降圧目標は　　　血圧１４０／９０mmHg未満としてください

（高齢者・脳血管障害患者）

　　　　　　　　　　　血圧１３０／８５mmHg未満としてください（若年者・中年者）

　　　　　　　　　　　血圧１３０／８０mmHg未満としてください

（心筋梗塞、CKD、糖尿病患者）

＜脂質代謝異常について＞

　LDL-C１００mg/dl未満、HDL-C４０mg/dl以上、TG１５０mg/dl未満を目標とし

てください。投与中のスタチンはできるだけご継続願います。

＜糖尿病、糖代謝異常について＞

　糖尿病がありますので、血糖コントロールをお願いします

コントロール目標は　　　HbA1c ６．０％未満（血糖正常化を目指す目標）

　　　　　　　　　　　　　HbA1c ７．０％未満（合併症予防のための目標）

　　　　　　　　　　　　　HbA1c ８．０％未満（治療強化が困難な方の目標）

＜心不全、腎不全コントロールについて＞

　左心機能が悪いため、心不全の悪化に注意してください

　慢性腎臓病がありますので、腎不全の悪化に注意してください

　　　体重管理をしています。退院時体重　　　　 kgより、２日間で３kgの増加が

あれば受診を勧めています

　　　　　飲水制限をしています　　　　　ml／日

＜その他＞

　　　禁煙の継続が必要です

　食事療法の継続が必要です

　　　入院中に食事指導を行いました

　　塩分制限（食塩６g）が必要です

　　カロリー制限が必要です

　　　　その他

　■退院前の心電図を同封いたしました。ご参考にお持ちください。

退院後初診

＜症状＞

　胸痛、心不全症状のないことをご確認ください

　抗血小板薬の副作用を疑う症状（発熱、出血傾向、黄疸、強い全身倦怠感や食欲不振、意識レベルの低下など）のないことをご確認ください

＜必須検査＞

　　　検血一般

　　　生化学（肝機能、腎機能、電解質）

　■　顆粒球減少（WBC＜２５００、Neu＜１０００）、血小板減少（Plt＜１０万）

　　　肝機能障害（AST、ALT＞１００）出現の際には、ご相談・ご連絡ください

　再　診

＜症状＞

　　　胸痛、心不全症状のないことをご確認ください

　　　抗血小板薬の副作用を疑う症状（発熱、出血傾向、黄疸、強い全身倦怠感や食欲不振、意識レベルの低下など）のないことをご確認ください

　必要に応じ、検血一般、生化学検査を施行してください

　■　顆粒球減少（WBC＜２５００、Neu＜１０００）、血小板減少（Plt＜１０万）

　　　肝機能障害（AST、ALT＞１００）出現の際には、ご相談・ご連絡ください

再診・評価

必要に応じ、リスク管理目標と副作用をチェックし、評価をお願いします

＜症状＞

　胸痛、心不全症状のないことをご確認ください

　抗血小板薬の副作用を疑う症状（発熱、出血傾向、黄疸、強い全身倦怠感や食欲不振、意識レベルの低下など）のないことをご確認ください

＜必須検査＞

　検血一般

　生化学（肝機能、腎機能、電解質）

　CK

　BNP（NT-proBNP）

　■　顆粒球減少（WBC＜２５００、Neu＜１０００）、血小板減少（Plt＜１０万）

　　　肝機能障害（AST、ALT＞１００）出現の際には、ご相談・ご連絡ください

リスク管理目標の評価をお願いします

　　　血圧がコントロールされているか

脂質がコントロールされているか、またCK上昇などの副作用は見られないか

　　　糖尿病はコントロールできているか、体重は増えていないか

　　　禁煙できているか

　　　BNP（NT-proBNP）上昇、むくみなどの心不全徴候は見られないか

　　　腎機能の悪化は見られないか

再診・フォローアップ受診前　　　　　　　　　　　　　　平成　　年　　月頃

＜症状＞

　　　胸痛、心不全症状のないことをご確認ください

　　　抗血小板薬の副作用を疑う症状（発熱、出血傾向、黄疸、強い全身倦怠感や食欲不振、意識レベルの低下など）のないことをご確認ください

　必要に応じ、検血一般、生化学検査を施行してください

＜今後の予定確認＞

　基本情報のフォローアップ検査予定をご確認ください

作成日：平成　　年　　月　　日

**診療情報提供書（心筋梗塞地域連携パス用）**

　　　　　　　病院　　　　　　　科 　　かかりつけ医より病院への紹介にお使いください

先生　　　　　　　通常の診療情報提供書をお使いいただいても構いません

患者氏名：　（自動入力）　　　　　　紹介医療機関

＜紹介目的＞

　フォローアップ検査

　その他

＜症状経過など＞

　特記すべき事項なし

　注意事項あり

＜検査結果など＞　　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 体重 |  | kg | 血圧 |  | mmHg | 脈拍 |  |  |
| T-C |  | mg/dl | LDL-C |  | mg/dl | HDL-C |  | mg/dl |
| TG |  | mg/dl | BUN |  | mg/dl | Cr |  | mg/dl |
| HbA1c |  | % | BNP |  | pg/ml | NT-proBNP |  | pg/ml |

＜現処方＞　　　　　　　　　　　　　　　　＜連絡事項＞

※検査結果・処方などは、コピーを添付いただければ記入は必要ありません