

バスキュラーアクセストラブルスコアリング表

フリガナ

患者名 : _____ 男・女 ID _____

生年月日 : _____ 年 ____ 月 ____ 日 JCHO仙台病院ID : _____

現アクセス作成日 : _____ 年 ____ 月 ____ 日 (____ 個目) 透析導入日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

前回PTA : _____ 年 ____ 月 ____ 日

VA種類 : 人工血管 自己血管

VA部位 : _____

観察予定日 観察項目	PTA施行後 第1回目透析日	()ヶ月後	()ヶ月後	()ヶ月後	()ヶ月後	()ヶ月後	()ヶ月後
観察実施日	____年 ____月 ____日	____年 ____月 ____日	____年 ____月 ____日	____年 ____月 ____日	____年 ____月 ____日	____年 ____月 ____日	____年 ____月 ____日
血栓性閉塞	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
血流量	()ml/min	()ml/min	()ml/min	()ml/min	()ml/min	()ml/min	()ml/min
吻合部スリル低下	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
狭窄部の触知	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
狭窄音	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
静脈圧	()mmHg	()mmHg	()mmHg	()mmHg	()mmHg	()mmHg	()mmHg
シャント肢の腫張	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
穿刺困難	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
シャント音低下	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
評価者							

普段のバスキュラーアクセスの経過観察・モニタリング目的にお使いいただき、
問題があれば専門機関への診療依頼を検討してください。

JCHO仙台病院 VAセンター FAX 022(378) 9133 TEL 022(378) 9115