

VATラブル 情報提供書



【貴施設名】_____

【患者氏名】_____【よみがな】_____

【生年月日】西暦・昭和・平成 ____年__月__日【性別】 男・女・その他(____)

【患者もしくは付添の方の連絡先電話番号】_____

【来院手段】 自動車(本人運転)・自動車(本人以外)・タクシー・地下鉄・その他(____)

【シャント肢】右上肢・左上肢・その他(____)【シャントの種類】AVF・AVG ・その他

【現在ある症状】閉塞 血栓形成 脱血不良 スリル減弱 シャント音減弱 再循環 瘤の拡大高調音聴
取 静脈圧上昇 止血時間の延長 出血が心配 出血した 穿刺困難 シャント肢腫脹感染(疑い含む)
シャント関連痛 エコーで狭窄がある FV低下

【依頼内容】

注) 90日以内にPTAを実施している場合には下記を御記入ください。(当院での治療の場合には記入の必要はありません。) 日
付が分からない場合は実施施設を教えてください PTA実施施設名 _____

【K616-4(1)[初回]】 ____月 ____日 【K616-4(2)[2回目]】 ____月 ____日

【透析スケジュール】 月水金・火木土・その他(____) ____時から__時まで

【次回透析】 当院治療後当日中・当院治療翌日以降・治療終了時に電話連絡

【使用不可薬品】 無・有 _____(下記の当院使用薬剤は○をつけてください)

ヘパリン アルガトロバン 造影剤 セファゾリン アセトアミノフェン セレコキシブ NSAIDS セファレキ
シン エタノール オラネキシジン(オラネジン) クロルヘキシジン

【その他過敏症の既往】

【注意すべき合併症等】

以前のシャント関連手術既往がある人は手術記録をFAX・郵送または当日持参してください。

名古屋アクセスクリニック ☎ 052-753-3720 FAX 052-308-4564