**バスキュラーアクセス診察依頼書**

紹介元 　　　　　　　　医師名　 　　　　　　　　　 年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| **当院患者ID（わかれば）** |  |
| **患者氏名（生年月日）** | **（　　年　　月　　日生）** |
| **透析クール** | **月水金　・　火木土 ・ その他( )** |
| **造影剤禁忌** | **有（　　　　　　　　　　　　）・無** |
| **ワーファリン** | **有　　・　　無** |
| **紹介内容** | **種類** | **閉塞　・　狭窄（の疑い）　・　その他（　　　　　　　　）** |
| **状況****（該当箇所に****○印）** | **スリルやシャント音の消失または減弱****脱血不良⇒可能QB（　　mL/min）規定QB（　　　mL/min）****静脈圧上昇・止血不良・穿刺困難・再循環****その他（　　　　　　　　　　　　　 　）** |
| **エコー評価（あれば）** | **Flow Volume : mL/min　　　R.I.：****狭窄（ 有・無 ）最小血管径：　　mm　狭窄部位（　　　　　）** |
| **VAの種類** | **AVF・AVG・表在化・カフ型カテーテル** |
| **VAの作製部位** | **右・左　　　前腕・上腕****（カフ型の場合）内頚・大腿** |
| **VA作製日****(他院の場合、病院名）** |  |
| **VAIVT治療歴** | **有（最終　　年　　月　　日）・無** |
| **緊急度** | **ホットライン（連絡済）・1週間以内・緊急性なし** |
| **診察希望日** | 第一希望 | 　年　　　月　　　日　　午前・午後 |
| 第二希望 | 　年　　　月　　　日　　午前・午後 |
| 第三希望 | 　年　　　月　　　日　　午前・午後 |

VA関連週間予定

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 月曜日 | 火曜日 | 水曜日 | 木曜日 | 金曜日 |
| AM | VAIVT/手術 | VA外来 | VA外来 | VAIVT/手術 | VA外来 |
| PM |  | VAIVT/手術 |

個人情報の観点に留意しFAXまたはEメールでご連絡下さい

前日13時に締切となります。17時までに予約日時をご連絡します(ただし、土日祝日の場合は翌営業日)

前日13時以降と、当日の緊急受診の相談はホットラインにご連絡下さい

2021年3月改訂