

肝硬変地域連携パス【医療者用】(様式5)

医療機関	かかりつけ医療養型施設/病院	急性期病院
スケジュール	定期健診	□3ヵ月後 □6ヵ月後 年 月 日
達成目標	病院の治療方針に従って診察および検査を行い以下の項目を目標とする。 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカーの増加がない <input type="checkbox"/> 肝細胞癌がない <input type="checkbox"/> 肝機能の悪化がない	<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカーの増加がない <input type="checkbox"/> 肝細胞癌がない <input type="checkbox"/> 肝機能の悪化がない <input type="checkbox"/> 合併症がない
診察	<input type="checkbox"/> 自他覚症状の確認 (倦怠感・便の性状・体重変動等) <input type="checkbox"/> 検査データの確認	<input type="checkbox"/> 自他覚症状の確認 (倦怠感・便の性状・体重変動等) <input type="checkbox"/> 検査データの確認
検査	検体検査 <input type="checkbox"/> 肝機能検査*1 <input type="checkbox"/> 血液一般*2 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー*3	※必要に応じて検査を実施
	超音波	□腹部超音波検査(原則3ヶ月または6ヶ月1回)
	放射線	□CTまたはMRI(原則6ヵ月または年1回)
	その他	□上部消化管内視鏡検査(原則年1回)
治療・処置	注射薬: □強ミノC 内服薬: □ウルソ <input type="checkbox"/> リーバクト顆粒(Alb値3.5g/dL以下) <input type="checkbox"/> ヘパンED <input type="checkbox"/> アミノレバンEN	注射薬: □強ミノC 内服薬: □ウルソ <input type="checkbox"/> リーバクト顆粒(Alb値3.5g/dL以下) <input type="checkbox"/> ヘパンED <input type="checkbox"/> アミノレバンEN
指導	<input type="checkbox"/> 栄養指導 <input type="checkbox"/> 生活指導 <input type="checkbox"/> 運動指導	<input type="checkbox"/> 栄養指導 <input type="checkbox"/> 生活指導 <input type="checkbox"/> 運動指導
その他	報告書等の確認 ■臨床症状・検査で異常所見がある場合は、病院へ紹介	<input type="checkbox"/> 報告書等の作成 <input type="checkbox"/> 3ヶ月後または6ヶ月後の予約

検体検査:

*1) 肝機能: AST、ALT、 γ -GTP、Alb、T.Bil

*2) 血液一般: WBC、RBC、Hb、Plt

*3) 腫瘍マーカー: AFP、PIVKA-II