深部静脈血栓症と肺血栓塞栓症予防についての説明書

【コピー可】

患者ＩＤ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

患者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様　生年月日＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

説明年月日＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

徳島大学病院＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿科

説明医師氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

同席者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

1. 深部静脈血栓症と肺血栓塞栓症について

ベッド上で長時間安静にしていると、血液の流れがゆっくりとなり血栓（血液のかたまり）ができやすくなります。血液の流れが悪くなってできた血栓が下肢の静脈につまって起こる合併症を深部静脈血栓症と言います。また、血栓が肺の血管をつまらせると肺血栓塞栓症と呼ばれる合併症になり、生命にも危険を及ぼすことがあります（飛行機で起こった場合にはエコノミークラス症候群と呼ばれます）。この合併症は予測や診断が難しく予防が必要です。

2. 予防方法と合併症について

当院では患者さんひとりひとりに合併症の起こる危険度を判断し、対処させていただきます。予防法として「足の運動」や「弾性ストッキング/ハイソックスの装着」などが有効とされています。更に特殊な器機（フットポンプ）の使用や薬の投与など、患者さんのリスクに応じて予防法を決定します。

☆ **適度な歩行や足の運動**：下肢の血液の流れを良くし、血栓形成の予防に効果的ですので意識的に行うようにしてください。また、運動を行うことで足の痛みやふくらはぎの痛みが出現するようであれば、医師や看護師に伝えてください。

☆ **弾性ストッキング**：医療用弾性ストッキングの着用により、下肢の深部血管の血流が速くなり、血栓ができることを予防します。

☆ **下肢間歇的圧迫装置（フットポンプ）**：専用ポンプを使用し、下肢に空気圧を加えることで、血液の流れを促します。

☆ **抗凝固剤の注射や内服**：血液を固まりにくくします。抗凝固剤については血液検査の結果で調整をしますが、出血の合併症を起こす場合もあります。

下肢に動脈・静脈に関する血行障害・糖尿病・炎症・浮腫・足の変形等がある患者さんでは、弾性ストッキング/ハイソックスやフットポンプによる合併症として重篤な皮膚潰瘍や下肢の麻痺の可能性があります。

ただし、上記のような方法で予防をしても、深部静脈血栓症となる場合があります。

なお、同意の撤回は可能ですが、血栓形成のリスクが高くなることが考えられます。

患者ＩＤ　　患者氏名　　様

肺血栓塞栓症予防についての説明・同意書

※該当する「リスクレベル」と「レベル評価（予防法）」のチェック欄にチェックを入れてください。
※「□その他」を選択した場合は（　）内に理由を記載してください。

リスクレベル	整形外科手術
低リスク	□上肢の手術 □その他（　　）
中リスク	□脊椎手術 □骨盤・下肢手術 （股関節前置換術、膝関節前置換術、股関節骨折手術を除く） □その他（　　）
高リスク	□股関節全置換術 □膝関節全置換術 □股関節骨折手術 □その他（　　）
最高リスク	□「高リスク」の手術を受ける患者に静脈血栓塞栓症の既往あるいは血栓性素因の存在がある場合 □その他（　　）

リスクレベル	患者さんの基本リスク
低リスク	□肥満 □エストロゲン治療ホルモン補充療法 □下肢静脈瘤 □喫煙歴 □脱水 □経口避妊薬服用 □その他（　　）
中リスク	□70歳以上の高齢 □長期臥床 □うっ血性心不全 □呼吸不全 □悪性疾患進行癌 □中心静脈カテーテル留置 □癌化学療法 □重症感染症 □妊娠 □ネフローゼ症候群 □炎症性腸疾患 □骨髄増殖性疾患 □その他（　　）
高リスク	□静脈血栓症の既往 □血栓性素因 □下肢麻痺 □ギプスによる下肢固定 □その他（　　）

＊上記リスクを医師が総合的に判断し、評価に沿った予防法を説明し、実施します。

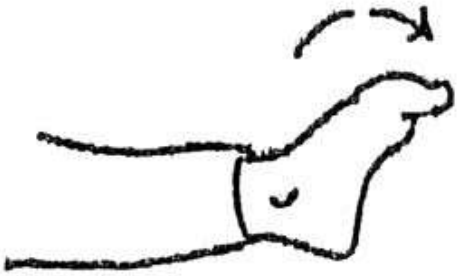
レベル評価	予防法
低リスク	□早期離床および積極的な運動
中リスク	□弾性ストッキング 　□ストッキング　　□ハイソックス 　サイズ（　S　M　L　XL　） □間欠的空気圧迫法
高リスク	□間欠的空気圧迫法 □抗凝固療法
最高リスク	□抗凝固療法と間欠的空気圧迫法の併用 □抗凝固療法と弾性ストッキングの併用

5. 足の運動について

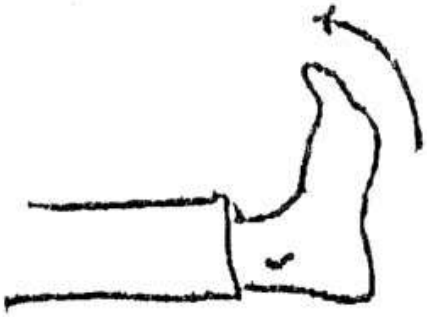
① 足の指でグーをつくる

② 足の指をひらく

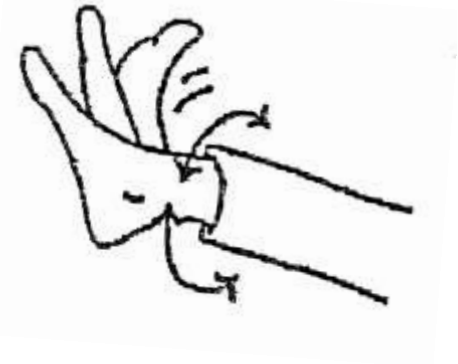
① つま先を下へ向け、足の甲をゆっくり伸ばす



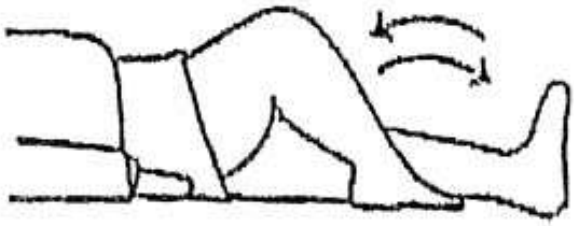
② つま先をゆっくり上げる



③ 足首をゆっくり回す



④ 両足を伸ばした状態から片足ずつ、膝を伸ばしたり曲げたりする



深部静脈血栓症と肺血栓塞栓症予防についての同意書

患者ＩＤ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

患者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様　　生年月日＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

徳島大学病院＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿科

説明医師氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

同 席 者 氏 名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

徳島大学病院長　殿

私は、担当医師から深部静脈血栓症と肺血栓塞栓症について別紙のとおり説明を受け、予防の内容と問題点及び必要性が理解できました。よって、十分納得できましたので、同意いたします。

同意年月日：　　年　　月　　日

患者氏名：　　印

患者代理人（代諾者）：　　印

（続柄：患者の　　）