

急性心筋梗塞 地域連携パス（医療者用）

患者氏名 _____ 様

病 院 _____

かかりつけ医 _____ 先生

【対象】急性期再灌流治療をうけ、心不全症状の軽い（NYHA≦II度）心筋梗塞患者
 【責任病変】（ ） 【ステント】有（薬剤溶出）・無
 【冠危険因子】高血圧・糖尿病・高脂血症・喫煙・その他（ ）
 【残存病変：】有（ ）・無 【出血リスク】（高・中・低）
 【心機能（エコー）】左室駆出率（ ）％， 弁膜症（ ）

★この連携パス(コピー可)は、次回病院に再入院する際に回収させていただきます。(FAXや郵送でもかまいません) よろしくお願いたします。 *管理目標が未達(例：LDL-C>70mg/dl, HbA1c>7.0%など)の場合、病院へ紹介

施設	病院・センター		かかりつけ医・病院にて定期的に診察・検査								病院（心臓カテーテル検査）	
	入院日（発症日） 年 月 日	退院日 月 日	退院後2週後 月 日	4週後 月 日	6週後 月 日	8週後 月 日	3ヵ月後以降 月 日 月 日 月 日			6～12ヵ月目 年 月 日再入院		
検査 <small>(施行したものにチェックしてください)</small>	心電図		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	心臓カテーテル 検査・治療	心カテ（緊急治療） 年 月 日	心カテ治療 年 月 日	心カテ治療 年 月 日								心カテ検査 年 月 日 予約
管理 達成目標	胸部症状 (胸痛 息切れ 動悸など)	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	異常や未達成があれば下記にチェックしてください <input checked="" type="checkbox"/>								なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	
	糖尿病 HbA1c < 7.0 %	達成 <input type="checkbox"/> 未達成 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	達成 <input type="checkbox"/> 未達成 <input type="checkbox"/>
	血圧 < 130/80 mmHg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	脂質 LDL-C < 70 mg/dL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	禁煙	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
治療薬	アスピリン	<input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/> 年 月 日より中止									
	クロピドグレル/プラスグレル	<input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/> 年 月 日より中止									
	抗凝固薬(ワルファリン/DOAC)	<input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/> 年 月 日より中止									
	スタチン（最大耐用量）	<input type="checkbox"/>									<input type="checkbox"/>	
	エゼチミブ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	月	日より変更：内容・理由（ ）						<input type="checkbox"/>	
	ベムペド酸(ネクセトール®)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	月	日より変更：内容・理由（ ）						<input type="checkbox"/>	
	エボロクマブ（レパーサ®）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	月	日より変更：内容・理由（ ）						<input type="checkbox"/>	
	インクリシラン（レクビオ®）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	月	日より変更：内容・理由（ ）						<input type="checkbox"/>	
	ACE-I /ARB/ARNI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	月	日より変更：内容・理由（ ）						<input type="checkbox"/>	
βブロッカー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	月	日より変更：内容・理由（ ）						<input type="checkbox"/>		
心臓 リハビリ 運動	運動の継続（30分/日以上・3回/週以上） 脈が（ ）回/分を超えない <input type="checkbox"/> 家庭 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 運動施設		<input type="checkbox"/>	月	日より中止：理由（ ）						<input type="checkbox"/>	
パス逸脱	<input type="checkbox"/> ※バリエーション発生時はFAX/郵送でご送付ください		<input type="checkbox"/>	月	日より中止：理由（ ）						<input type="checkbox"/>	