

外来で行う ^{131}I による残存甲状腺の治療（アブレーション）

前処置と治療のチェックリスト（タイロゲンを使用する場合）

ID： _____ 様

外来	看護師	医師
	<input type="checkbox"/> 同意書確認 <input type="checkbox"/> チェックリスト確認 <input type="checkbox"/> 食事指導	<input type="checkbox"/> 適応判定 <input type="checkbox"/> インフォームドコンセント <input type="checkbox"/> オーダーリング <input type="checkbox"/> 核医学検査室に連絡（2554） <input type="checkbox"/> 電カルに3日後までの付箋
前処置		
2週間前		
/ (金)	<input type="checkbox"/> ヨード制限食開始	
2日前		
/ (水) 14時	<input type="checkbox"/> ヨード制限食、症状確認※ <input type="checkbox"/> 採血（Tg, TSH, TgAb など） <input type="checkbox"/> タイロゲン 0.9mg 筋注	
1日前		
/ (木) 14時	<input type="checkbox"/> ヨード制限食、症状確認※ <input type="checkbox"/> タイロゲン 0.9mg 筋注	
核医学検査室		
治療当日		
/ (金) 14時	<input type="checkbox"/> 本人確認 <input type="checkbox"/> 同意書（電カル）の確認 <input type="checkbox"/> 採血の確認 <input type="checkbox"/> ヨード制限食確認 <input type="checkbox"/> 症状確認※ <input type="checkbox"/> チェックリスト確認	<input type="checkbox"/> 医師の診察 <input type="checkbox"/> エチケット袋 <input type="checkbox"/> ^{131}I 内服 <input type="checkbox"/> 投与後1時間安静 <input type="checkbox"/> 回復室 <input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 線量率測定 <input type="checkbox"/> 情報カード <input type="checkbox"/> 使用成績調査 登録票 FAX
3日後		
/ (月) 14時	<input type="checkbox"/> ヨード制限食解除 <input type="checkbox"/> チラーヂンを再開	<input type="checkbox"/> 全身イメージング <input type="checkbox"/> エチケット袋回収

※ 吐気があれば、プリンペラン 1T 内服し、1時間観察

※ 発熱、食思不振など重篤な場合は治療実施の延期を検討

※ 入院が必要となった場合は個室に