

〔聖マリア病院 脳神経センター〕
機械的血栓回収療法の適応となる患者の緊急転送に関する手順書

1. 対象となる症例であるか確認してください。

機械的血栓回収療法の適応となるのは、以下の①②③全てを満たす症例です。

- ① **NIHSS \geq 6**
- ② **ASPECTS(-W) \geq 6**
- ③ **発症前 mRS \leq 2.**

- ・画像は頭部単純 CT のみでも結構です。必ず画像検査で頭蓋内出血を除外してください。
- ・Angiographical Image (CTA/MRA)や DWI は、治療と転送の適応判定に必須ではありません。
- ・IV-tPA の適応例では、できる限り Drip & Ship 転送をお願いいたします。
- ・キーパーソンとなる家族がおられる場合は、必ず救急車に同乗させて転送してください。

2. 上記 1 に該当する場合、聖マリア病院への転送準備を行ってください。

〔連絡先〕

聖マリア病院（〒830-8543 福岡県久留米市津福本町 422）

TEL：0942-35-3322（代表）

- ・月～土（8：30～17：00）→ 脳血管内科救急担当を指名してください。
- ・上記以外（夜間、日祝日）→ 脳神経センター救急担当を指名してください。

FAX：0942-34-3054（救急用 FAX）

・転院搬送に必要な患者情報

1) 電話連絡時（最初の依頼時）に必須の項目

氏名、年齢、性別、バイタルサイン、上記 ①NIHSS, ②ASPECTS (-W), ③発症前 mRS.

2) 転送時（到着時）に必須の項目（口頭伝達+後刻紹介状の FAX 等でも構いません）

発症/最終健常確認時刻、IV-tPA 開始時刻/非投与理由、貴院搬入・搬出時刻、

- 以下は後日 FAX でも構いませんが、転送時にあれば時短できます
- 抗血栓薬の使用、最近 2 週間の手術・出血・外傷、造影剤アレルギーの有無、
- PT, APTT, 血小板数、クレアチニン、血糖値。

※到着までに別紙「必要情報リスト」を記入してください。

3. 転院搬送に出発

- ・本療法では、何よりも時間を最優先に緊急転送してください。
 - ・転送時の紹介状や画像 CD は必須とせず、口頭伝達（Dr to Dr）+後刻 FAX でも結構です。
 - ・〔重要〕ER 内の受け入れベッドを確保し、より安全に患者さんを受け入れるため、貴院を出発される際には再度救急車から当院 ER（救急ホットライン or.35-3623）までご一報ください。
- その際、可能であれば到着予定時刻をお知らせください。

必要情報リスト(転送時のチェックリストとしてご利用ください)

貴施設名 _____ 医師氏名 _____

【電話依頼時に必要な情報】

患者氏名(ひらがな)

(_____)

年齢 _____ 歳(生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日)

性別 女性・男性

体温 _____ °C

血圧 _____ / _____ mmHg

脈拍 _____ /分, 整・不整

sO₂ _____ % (酸素 _____ ℓ)

呼吸数 _____ /分

NIHSS _____ 点(6点以上)

ASPECTS/-W _____ 点(6点以上) 撮像時刻 _____ :

発症前 mRS _____ 点(2点以下, 要介護状態や認知症ではない)

【転送時に必要な情報】

発症時刻 _____ : _____ もしくは最終健常確認時刻 _____ :

tPA 開始時刻 _____ : _____ もしくは非投与理由(_____)

貴院搬入時刻 _____ :

貴院搬出時刻 _____ :

【その他, 時短に役立つ情報】

PT-INR (_____)

APTT (_____)秒,

血小板数 (_____)/μℓ,

Cr (_____)mg/dl

血糖値 (_____)mg/dl

造影剤アレルギー 無・有

抗血栓薬の使用 無・有(_____)

最近2週間の手術・出血・外傷 無・有(_____)