

# 佐賀県前立腺がん地域連携パス

## 前立腺全摘除術 術後経過観察用 《医療機関用》

施設A(計画策定病院) 主治医名	
連絡先	
施設B(連携医療機関) 主治医名	
連絡先	

氏名 (ID)	<<ORIBP_KANJI>> 様	ID(施設A):	生年 月日	<<ORIBP_BIRTHDAY_W>>	特記 事項
		ID(施設B):			

治療 関連 情報	手術日	年 月 日	パス 関連 情報	対象患者	<input type="checkbox"/> 前立腺全摘除術の術後
	病理結果	グリソンスコア: + = pT N M		アウトカム	<input type="checkbox"/> PSA 0.2ng/ml未満 <input type="checkbox"/> 尿失禁の改善(パッド1日1枚以内)
	病理結果	被膜外浸潤(有・無) 断端(陽性・陰性)		パス開始日	年 月 日
	神経温存	有(両側・片側)・無		パスの説明と同意取得日	年 月 日
	術前PSA値	ng/ml (検査日) 年 月 日		バリエーション	PSAが0.2ng/ml以上に上昇 / 排尿状態の悪化
	パス開始直近PSA値	ng/ml (検査日) 年 月 日		がん治療連携指導料算定	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無(理由)

手術施行後		3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	1年	1年	1年	1年	1年	2年	2年	2年	3年	3年	3年	4年	4年	4年	5年	5年	以後も1年毎に 受診	
受診回数		1回目	2回目	3回目	4回目	5回目	6回目	7回目	8回目	9回目	10回目	11回目	12回目	13回目	14回目	15回目	16回目	17回目	18回目	19回目		
施設A	定期受診				●						●			●			●			●		
施設B	検査	採血(PSA等)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	➡
		尿検査	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	臨床 症状	全身状態	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
		新たな症状の出現	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
備考	○連携医療機関(施設B)で行う ●計画策定病院(施設A)の定期受診は、状態が安定していれば必須ではない																					