

## 抗血栓剤の調整表

経口GIF・経鼻GIF（低出血リスクの検査で必要時は生検希望の場合）

<input type="checkbox"/> <b>ワーファリンのみ服用中</b>
<p style="margin-left: 20px;">以下のいずれかを選択してください。</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 検査1W以内のINR2.5以下を確認</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 依頼医責任下で生検希望</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> ヘパリン置換を施行（入院）</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 上記を満たせず生検不要</p>
<input type="checkbox"/> <b>ワーファリンと抗血小板薬（アスピリン・プラビックス・パナルジン・プレタール）を併用して服用中</b>
<p style="margin-left: 20px;">① ※ワーファリンについては以下のいずれかを選択してください。</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 検査1W以内のINR2.5以下を確認</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> ヘパリン置換を施行（入院）</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 依頼医責任下で生検希望</p> <p style="margin-left: 20px;">② ※アスピリン・プラビックス・パナルジンは、検査日を含む7日前よりプレタールに5日間置換して下さい。</p> <p style="margin-left: 20px;">※検査前日・当日はプレタールの内服を中止する。</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 上記を満たせず生検不要</p> <p style="margin-left: 20px;">※ 上記①+②以外の抗血栓剤の調整を希望される先生は以下を選択</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 全ての薬を依頼医責任下で調整</p>
<input type="checkbox"/> <b>プラザキサ・イグザレルト・エリキュース・リクシアナのいずれかを服用中</b>
<p style="margin-left: 20px;">※ プラザキサ・イグザレルト・エリキュース・リクシアナは前日の朝から内服を中止する。</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 2日間の休薬に同意して進む</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 依頼医責任下で生検希望</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 上記を満たせず生検不要</p>
<input type="checkbox"/> <b>抗血小板薬（アスピリン・プラビックス・パナルジン・プレタール）のみ服用中</b>
<p style="margin-left: 20px;">※ アスピリン・プラビックス・パナルジンは、検査日を含む7日前よりプレタールに5日間置換して下さい。</p> <p style="margin-left: 20px;">※ 検査前日・当日はプレタールの内服を中止する。</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> プレタール置換に同意して進む</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 依頼医責任下で生検希望</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 上記を満たせず生検不要</p>
<input type="checkbox"/> <b>プラザキサ・イグザレルト・エリキュース・リクシアナのいずれかと抗血小板薬（アスピリン・プラビックス・パナルジン・プレタール）を併用して服用中</b>
<p style="margin-left: 20px;">※ プラザキサ・イグザレルト・エリキュース・リクシアナは前日の朝から内服を中止する。</p> <p style="margin-left: 20px;">※ アスピリン・プラビックス・パナルジンは、検査日を含む7日前よりプレタールに5日間置換して下さい。</p> <p style="margin-left: 20px;">※ 検査前日・当日はプレタールの内服を中止する。</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 休薬と置換に同意して進む</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 依頼医責任下で生検希望</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 上記を満たせず生検不要</p>

服薬はありません