


心房細動カテーテルアブレーション治療を受けられる患者様へ(4泊5日用)

患者ID: _____ 氏名 _____ 様 入院日 _____ 病名(症状) _____

担当医 _____ 主治医以外の担当者 _____ 主治医 _____ 印

| 月日 | / | | / | | / | | / | |
|----------|---|--|--|---|--|------------|--|--|
| 経過(病日) | 入院当日(手術前日) | 手術当日(手術前) | 手術当日(手術後) | 術後1日目 | 術後2日目 | 術後3日目(退院日) | | |
| 目標 | ◇治療の説明を受け同意している ◇術後の安静制限が理解できる ◇手術の準備ができる | ◇治療の説明を受け同意している ◇術後の安静が理解できる ◇手術の準備が出来る | ◇胸部症状がない ◇穿刺部の安静が保持できる ◇合併症がない(出血・痛み) | ◇胸部症状がない ◇穿刺部の感染徴候がない ◇合併症がない ◇退院後の生活について正しく理解できる | | | ◇胸部症状がない ◇穿刺部の感染徴候がない ◇合併症がない ◇退院後の生活について正しく理解できる | |
| 治療・薬剤 | 持参した内服薬の継続・休薬を説明します | | | | 朝まで問題がなければ点滴を終了します | | | |
| 処置・検査・手術 | 心電図モニターを装着します 体温・脈拍・血圧測定を行います 心電図と胸部X線撮影を行います(必要時) 心臓造影CT検査を行います | 術前に更衣します |  術後に12誘導心電図検査を行います | 医師の回診後に創部を消毒します 早期に採血を行います 午前中に12誘導心電図検査を行います | | | | |
| 移動 | | 血管撮影室に車椅子で入室します | | 手術終了後はベッドで病棟へ帰室します | | | | |
| 安静度 | 病棟内歩行となります | | 病室後はベッド上安静となります 夜間の医師回診時に止血確認後、ベッド上で寝返りや膝を屈曲することができません※起き上がり立つことはできません | 医師の朝回診後、病棟内歩行となります | 病棟内歩行となります | | | |
| 食事 | 病院食を提供します <input type="checkbox"/> 既往が無い方は、特別な栄養管理は行いません <input type="checkbox"/> 既往に糖尿病・腎臓疾患・心疾患等ある方は、特別な栄養管理を行います | 手術直前の食事は食べられません | 手術1時間後、軽食を提供します(夕食から通常) | 病院食を提供します | | | | |
| 清潔 | 足の付け根(臍径部)の剃毛・シャワー浴を行います | 手術当日の保清は行いません | | | 看護師が温タオルで体を拭きます | シャワー浴ができます | | |
| 排泄 | 制限はありません | 術前に尿の管を挿入します | 尿管挿入中のため、排尿はベッド上となります(排便の場合は術後6時間後からトイレ歩行開始となります※止血の状況で変更する場合があります) | 足の止血が問題なければ尿管を抜去します | 制限はありません | | | |
| 説明 | ●入院中の経過を説明します <input type="checkbox"/> 医師から治療について説明があります。説明後、同意書にサインをしてください。 | <input type="checkbox"/> ご家族の方は治療開始約30分前までに来院してください <input type="checkbox"/> 手術は局所麻酔のため、術中に気分が悪い時は声をかけてください <input type="checkbox"/> 貴重品はご家族または金庫に保管してください <input type="checkbox"/> 入れ歯、時計、メガネ、指輪などの装飾品をは外して下さい | ●術後の安静について説明します <input type="checkbox"/> 治療の経過について医師から説明があります <input type="checkbox"/> 術後の出血を予防するために止血具で穿刺部を圧迫します <input type="checkbox"/> 出血や硬結の有無を適宜確認します <input type="checkbox"/> 出血がある場合は再度止血を行います <input type="checkbox"/> 排便時は看護師にご相談ください | ●退院後の生活について説明します <input type="checkbox"/> 仕事・入浴・運動について説明します <input type="checkbox"/> 栄養士による栄養指導を行います <input type="checkbox"/> 飲酒は次回の外来まで控えてください <input type="checkbox"/> 内出血があったり、悪化することがあれば病棟に電話してください | <input type="checkbox"/> 次回予約票・退院時処方をお渡しします  | | | |

注)状態に応じて予定を変更する場合があります

在宅復帰支援計画・担当者: 該当なし 総合的な機能評価: 該当なし

患者・家族署名(_____) 日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日

4階東病棟 階 病棟

平成29年9月作成 東千葉メディカルセンター

改正 2021/01/22