

カテーテルアブレーション治療を受けられる患者様へ(3泊4日用)

ID: _____

入院日 _____

病名(症状) _____

氏名 _____

主治医以外の担当者 _____

主治医 _____ 印

| 月日 | / | | | | |
|----------|---|---|---|--|--|
| 経過(病日) | 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(退院日) |
| 目標 | ◇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 | ◇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・休薬をお知らせします 夕方から点滴を開始します | | | 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・血圧を測り異常がないか確認します 心電図と胸部X線撮影を行います(必要時) | 検査直前に検査着にきがえます  | 術後の12誘導心電図検査を行います | 医師の回診時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 | 病棟内歩行となります | 帰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す※起き上がり立つことはできません | 病棟内歩行となります | |
| 食事 | 病院食を提供します 特別な栄養管理の必要性(<input type="checkbox"/> 有 : <input type="checkbox"/> 無) | 手術直前の食事は食べられません | 手術1時間後から食事(軽食)可能となります。必要時は特別な栄養管理を行います。 | | |
| 清潔 | シャワー浴を行ってください | 手術当日はベッド上安静となります | | 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 □医師から治療について説明を受けたのちに、同意書にサインをしスタッフへ提出してください □わからないことや不安なことがあれば看護師にお伝え下さい □動悸など気分がわるいときはナースコールで看護師に知らせてください □薬剤師による服薬指導を行います | □治療の経過について医師から説明があります □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 □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 □貴重品はご家族または金庫に保管してください □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 □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 □出血や硬結の有無を適宜確認します □出血がある場合は再度止血を行います □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 □仕事・入浴・運動について説明します □栄養士による栄養指導を行います □次回予約票・退院時処方をお渡しします  | |

在宅復帰支援計画および担当者: 該当なし / 総合的な機能評価: 該当なし

患者・家族署名(_____) 年 月 日

4階 東病棟 / 階 病棟

東千葉メディカルセンター 2021年2月改定