

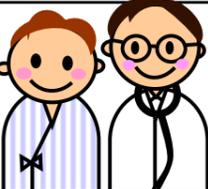
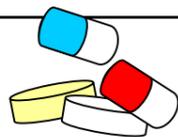
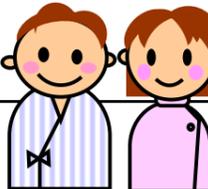
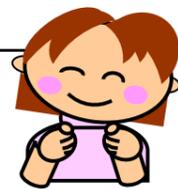
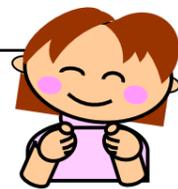
胆のうの手術を受けられる患者様へ(入院治療計画書:腹腔鏡下胆のう摘出術)

ID: _____ 患者氏名: _____ 様 生年月日: _____ 病名(症状): _____

入院科/病棟: _____ / _____ 主治医: _____ ⑩ 担当医: _____

担当看護師: _____ 主治医以外の担当者: 薬剤師 管理栄養士

2015/01/14 作成

| 月/日 | 経過(病日等) | 外来 | 入院日~手術前日 | 手術当日(手術前) | 手術当日(手術後) | 手術後1日 | 手術後2~3日 | 手術後4日(退院日) |
|-------|--|---|---|--|---|---|--|------------|
| 達成目標 | | ①手術・治療について説明をうけ、安心して準備段階をすすることができる。 ②わからないことは遠慮せず、医療者に確認することができる。 | ①術前準備について説明をうけ、安心して手術室へ出棟できる。 | ①医療者の問いかけ、指示に従うことができる(深呼吸) ②ベット上安静・絶飲食が守れる。 ③痛みを訴えることができる。 | ①看護師介助のトイレ歩行ができる。 ②看護師指示のもと、安全に初回飲食ができる。 | ①術後偶発症について説明を受け、予防行動がとれる。 | ①退院後の日常生活の注意事項について説明を受け、安心して退院できる。 | |
| 治療・処置 |  | ○臍をきれいにします | ○朝~点滴をはじめます。 ○看護師が弾性ストッキングをはくお手伝いをします。 ○手術着に着替えます。 | ○膀胱留置カテーテルが入ります ○酸素マスク・心電図をします。(お腹に管が入る場合があります) ○手術後の点滴をします。 ○抗生剤の点滴をします。 | ○酸素マスク・心電図をはずします ○傷口を確認します ○昼食を半分以上摂取できれば、点滴は終了です | ○傷口を確認します(お腹の管を抜きます) | ○傷口を確認します。 おめでとうございます | |
| 検査 | ○胸部・腹部のレントゲン写真を撮ります。 ○血液検査、心電図、呼吸機能検査をします。 |  | | ○採血をします | ○採血をします ○胸部・腹部のレントゲン写真を撮ります | ○3日目に採血と胸部・腹部のレントゲン写真を撮ります。 |  | |
| 内服 | | ○お薬を飲んでいる方は他院の薬を含めてすべて持参してください。 ○20時に下剤を飲みます | |  | | |  | |
| 食事 | がんばりましょう!  | ○手術前日の夕食までとれます。 ○飲水は自由です。 | ○午前()時まで飲水できます。  | ○手術後は食べたり飲んだりできません | ○朝~飲水ができます ○昼~食事をとれます  | | | |
| 看護 |  | ○院内は自由です ○入浴またはシャワーができます ○トイレで排泄ができます | ○トイレで排泄ができます | ○ベット上で安静にお過ごしください。 ○看護師が頻回に伺い、体温や血圧測定などを行います。 ○痛みがある時、眠れない時は看護師までお声をかけてください。点滴ができます。 | ○看護師が体を拭くお手伝いをします ○膀胱留置カテーテル抜去後、トイレで排泄ができます  | ○2日目以降シャワー浴ができます ○トイレで排泄ができます  | | |
| リハビリ | | | | | ○院内は自由です(1日1回以上は歩行練習を行いましょう) | | | |
| 説明・指導 | ○外科医師より、入院の日程、手術について説明があります。 ○麻酔科を受診し、麻酔医の説明を受けます。 | ○医師より手術について説明があります。 ○看護師より入院生活について説明があります。 ○薬剤師より持参薬・服薬歴の確認を行います。 | ○手術前にうがい、歯磨きを済ませておいてください。 ○ヘアピン、義歯、貴金属類をおとりください。 ○手術前にトイレを済ませておいてください。 | ○担当医から、ご家族の方へ手術結果の説明があります  | ○なるべく早期に歩いた方が回復が早まります。  | ○退院後の生活についてご説明します ○ご病状に応じて、栄養士より食事等の説明させていただく場合があります。 ○次回の外来受診日についてご説明します | | |

★ 特別な栄養管理の必要性 有 ・ 無

注1 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査などを進めていくにしたがって変わり得るものです。

注2 入院期間については現時点で予測されるものです。

ご不明な点は遠慮なくスタッフにお尋ねください。

高齢者総合評価の実施 有 : 無

総合的な機能評価

| | | |
|---------|-------------------------------|--------------------------------------|
| 基本的生活動作 | <input type="checkbox"/> 問題なし | <input type="checkbox"/> 要精査または要経過観察 |
| 日常生活動作 | <input type="checkbox"/> 問題なし | <input type="checkbox"/> 要精査または要経過観察 |
| 認知機能 | <input type="checkbox"/> 問題なし | <input type="checkbox"/> 要精査または要経過観察 |
| 気分・心理状態 | <input type="checkbox"/> 問題なし | <input type="checkbox"/> 要精査または要経過観察 |

上記の説明を受け、治療内容を理解しました。

年 月 日

説明者:

説明を受けた人:

(代表者)

続柄

()

公立大学法人福島県立医科大学会津医療センター附属病院

パス承認番号(No.4)承認年月日(2015年1月14日)

<管理No.27>