

「内シャント設置術パス(前日入院)」(患者用)

患者氏名: _____

患者さんには、標準計画に基づいた医療を行います。

病棟 _____

号室 _____

説明日: _____

年 _____ 月 _____

項目	月 日	月 日	月 日
イベント	手術前日	1日目	2日目
		手術当日(術前)	手術当日(手術後)
食事	食事ができます 	手術後、飲水して問題なければ食事ができます 	通常通りに食事ができます 
清潔	手術前まで、シャワー浴可能です		創部を防水シートで保護してシャワー浴可能です 
活動・リハビリ	歩行可能です	手術後車椅子で病棟に戻ります 病棟では歩行可能です 	歩行可能です 
排泄	トイレ歩行可能です 	手術前には必ず トイレを済ませて 下さい	トイレに行けます 
処置・検査			医師がシャント部位を消毒します 
点滴・注射		手術中は点滴をします 手術当日は抗生剤の点滴をします	
内服薬	定期のお薬は飲んでください		術後は医師の指示通りにお薬を飲んでください 
説明	<p>【手術について】</p> <input type="checkbox"/> 手術の日: _____ 月 _____ 日 () <input type="checkbox"/> 午後 _____ 時くらい <input type="checkbox"/> 場所: (東病棟5階手術室) <input type="checkbox"/> 手術部位: (右・左) 腕 手術は局所麻酔で行います 時間: 約1~2時間程度 <p>【閉塞予防】</p> <input type="checkbox"/> シャント肢では重い荷物を持たないでください <input type="checkbox"/> シャント肢に腕時計をしないでください <input type="checkbox"/> 袖口がゴムなどでしまった服は着ないようにしてください <input type="checkbox"/> シャント肢では血圧測定・採血はしない	<p>【手術当日】</p> <input type="checkbox"/> 手術が終わったら病棟の看護師が手術室まで迎えに行きます そこでシャントの音を確認します <input type="checkbox"/> ≪ザーザー・シャンシャン≫という音が聞こえます <input type="checkbox"/> 手術当日の夜は確認のため看護師が頻りにシャント音を聴きにいきます <input type="checkbox"/> 手術した腕を曲げたり、ぶつけないで下さい <input type="checkbox"/> 手術後の安静に関しては、医師の指示に沿って下さい <p>【日常生活でお困りのことは看護師が手伝います】</p>	<p>【感染予防】</p> <input type="checkbox"/> 引っかき傷をつくらない <input type="checkbox"/> 感染兆候がないか確認(発赤、熱感、腫脹) <p>【その他】</p> <input type="checkbox"/> シャント音を確認する習慣をつけましょう <input type="checkbox"/> シャント肢の発達促進運動をしましょう <input type="checkbox"/> シャント肢より末梢のしびれ、冷感ないか確認しましょう <input type="checkbox"/> シャント肢の血流が多い為、体温は非シャント肢で測定してください <p>★ 異常があれば医療者へ報告してください </p>   

患者さんの状態により、スケジュール内容が多少異なる場合があります。経過についてはその都度、個別に説明いたします
 東京女子医科大学附属足立医療センター

様

日



月