

コイル塞栓術を受けられる

TEST 齒科崎 様の入院計画表 (患者ID:)

岡山赤十字病院 脳神経外科 主治医 _____ 受け持ち看護師 _____ 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 患者様署名(代理人署名) _____

| 経過 | 月 日 | 月 日 | 月 日 | 月 日 | 月 日 | 月 日 | 月 日 | 月 日 | 月 日 |
|------|--|---|--|---|----------------|---|---|---|---|
| 達成目標 | 入院日～手術前日 | 手術当日 | 手術後1日目 | 手術後2日目 | 手術後3日目 | 手術後4日目 | 5～8日目 | 退院日 | 退院日 |
| | 手術前 | 手術後 ICUへ1泊入室します | ICUより病室へ帰ってきます | | | | | | |
| 達成目標 | ○手術の説明を受け、不安や疑問な点が質問できる | ○手術後の安静が保て、呼吸が安定する。 | ○創部の異常がなく、痛みが続かない。 | | | | | ○症状が安定し、今後の生活について理解ができ退院できる。 | |
| 説明 | 医師 ・治療計画、手術について説明をします。 ・麻酔科医師より手術中の説明をします。 | ・手術は(時 分)の予定です。 ・必要時、手術部位の毛ぞりをします。 | ・手術後の経過について説明をします。 |  | | | | | ・退院後の生活について説明をします。 |
| | 薬剤師 ・使用している薬剤について説明をします。 | ⇒ | ⇒ | ⇒ | ⇒ | ⇒ | |  | ・退院後の薬剤について説明をします。 |
| | 看護師 ・入院生活、手術について説明をします。 ・手術室看護師が訪問します。 | ・手術・麻酔同意書に記入をして手術前までにお出し下さい。 | ・手術後の安静、注意点について説明をします。 | | | | | | |
| 検査 | ・体温、脈拍等の測定をします。(入院時) | ⇒(手術前)  | ⇒(状態に応じて) | ⇒ | ⇒ | ⇒ | (4日目)採血 | ⇒ | ⇒ |
| 処置 | | ・貴重品を外し手術衣に着替えましょう。 ・尿道留置カテーテルを挿入します | ・足の付け根を止血固定します | ・フットポンプを装着します | ・病棟で足の固定を外します。 | | | | |
| 薬剤 | ・内服中の薬は <input type="checkbox"/> 今まで通り飲んで下さい。 <input type="checkbox"/> 中止して下さい。 <input type="checkbox"/> ありません。 | ・麻酔科医師の指示により <input type="checkbox"/> 朝から点滴があります。 <input type="checkbox"/> 手術の前に飲み薬があります。 <input type="checkbox"/> 処置はありません。 | ・抗生剤の点滴をします。 | ⇒タの点滴が終了したら針を抜きます | |  |  | | |
| | | | ・痛みが強い場合は鎮痛剤を使用します。 | ⇒ | | | | | |
| 安静度 | ・院内を自由に歩行ができます。 | ・(時 分)にストレッチャーにて放射線科にむかいます。 | ・手術後はベット上で安静にしましょう。 ・足を曲げないように注意しましょう | ⇒ | ⇒ | ・尿管が抜ければ、トイレをご利用下さい。 | ・院内を自由に歩行できます。 | | |
| 食事 | ・普通食  | ・(/ 時)まで食事ができます。 ・(/ 時)まで飲水ができます。 | ・手術後より飲水ができます。 ・食事はできません。 | ・(朝食より)串刺し食 ・(夕食より)全粥 軟菜 希望があれば食事変更できます。 | ・(朝食より)並食が出ます | ⇒ | ⇒ | |  |
| 清潔 | ・シャワーに入ります。 ・爪を切りましょう。 ・髭を剃りましょう。 | | | ・タオルを配ります。 | ⇒ | ⇒ | ⇒ | ・希望があればシャワーができます。 | ⇒ |
| 排泄 | ・トイレをご利用下さい。 | ・尿の管が入ります。 | ・尿の管が入っています。 | | | ・尿管が抜ければトイレをご利用下さい。 | | | |
| その他 | ・必要物品に名前を書いて準備をしましょう。 (バスタオル・タオル・T字帯 ティッシュペーパー) | ・手術中、ご家族の方は病室でお待ち下さい。 | | ・足の腫れや出血、痛みや吐き気等があれば、医師・看護師にお知らせ下さい。 | | | | | |

特別な栄養管理の必要性 有・無
総合的な機能評価: 自立・一部介助・全介助