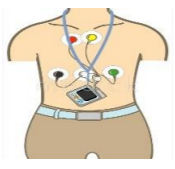

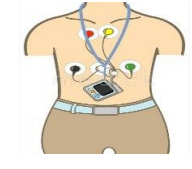

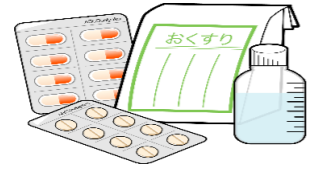



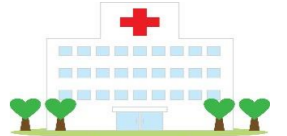





カテーテル アブレーション治療予定表(入院治療計画書)

ID: <<SYPID>> 患者氏名: <<ORIBP_KANJI>> 様 生年月日: <<ORIBP_BIRTHDAY_W>>(<<ORIBP_BIRTHDAY>>)
 入院科/病棟: 循環器内科 / 5階南病棟 主治医: <<ORDCT_S_A>> (印) 担当医: <<ORDCT_T_A>>
 担当看護師: <<ORDCT_N_A>> 主治医以外の担当者: 薬剤師 管理栄養士

| 経過 月日 | 治療前日 | 治療当日～入室前 | 治療当日～帰室後～ | 治療翌日 | 退院日 |
|--------------|--|--|---|--|--|
| | / | #VALUE! | | #VALUE! | #VALUE! |
| 達成目標 | ★術前準備が整う。★治療についての不安が軽減される。 | | ★体温・脈拍・血圧などの循環動態が安定している。 | ★今後の治療方針に納得している。 | ★予定通り、退院できる。 |
| 治療・処置 | ★下腹部～両大腿部にかけて剃毛を行います ※必要時、胸部・両腕の毛を剃ることもあります ★足の甲(動脈)にマジックで○印を付けます。 ★心電図モニターを装着します。 ※退院まで継続致します。  | ★____時から点滴を開始します。 ※10分前に排尿後、検査着に着替えてお待ち下さい。 ※検査着は素肌の上に着用して下さい。下部は下着・ズボンをはいて下さい。 ★____時に尿の管を入れます。  | ★点滴はなくなり次第終了です。 ※状態に応じてを追加する場合があります。 ★ 帰室後4～6時間絶対安静となります。(足を動かすことや寝返りもできません) ※止血状態によっては安静時間が変わる事があります。 その後は翌朝までベッド上での寝返りのみとなります。自力で起き上がることはできませんので、何かあればナースコールでお知らせください。 | ★朝方固定テープを剥がし、カテーテル挿入部の消毒をします。 ★尿の管を抜き、トイレ歩行が出来ます。 | ★心電図モニターを外します。  |
| 検査 | | | | ★安静心電図があります  | |
| 内服 | ★中止していただくお薬 (有・無) ★インスリン注射 (有・無)  | ★中止していただくお薬 (有・無) ★インスリン注射 (有・無)  | ★帰室後30分で、水分摂取が可能です。更に30分後、異常がなければ食事ができます。 ※検査のため多量の造影剤を使用しています。水分を多くとり、造影剤を体外へ早く出しましょう。  | | |
| 食事 水分について | ★病院食をお召し上がり下さい。  | ★朝食は <input type="checkbox"/> (全量・半分) 摂取可 <input type="checkbox"/> 食べられません ★昼食は (食べられます・食べられません) ★水分は____時まで摂取可能です。 | | ★病院食をお召し上がり下さい。 |  |
| 看護 | ★剃毛終了後、シャワーを浴びて下さい。 ★夕方、体重測定します。 | ★車椅子でカテーテル室に行きます。 | ★安静中、同一体位による苦痛がある場合はナースコールでお知らせください。 | ★初回トイレ歩行は見守りをしますので、ナースコールでお知らせください。 | ★シャワー浴が許可されます |
| リハビリ | | | | | |
| 説明・指導 | | ★治療に行く前、入れ歯・メガネ・コンタクトレンズ・貴金属(ヘアピン・指輪・時計・ネックレス)などは外して下さい  | ★安静解除後も、入院中は、長時間のしゃがみこみ・正座・あぐらは控えて下さい。  | | ★退院前に次回予約と退院処方についてご確認下さい。  |

★特別な栄養管理の必要性 (有) ・ 無

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 |

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へお尋ねください。

上記の説明を受け、治療内容を理解しました。

<<DYTODAY>>
 説明者:
 説明を受けた人: _____ 続柄 (本人・)
 (代表者)