

肝動脈塞栓療法(TACE) 入院診療計画書 兼 患者様用パス (患者様に治療/検査の予定を理解していただく手助けとして)


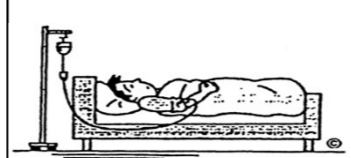


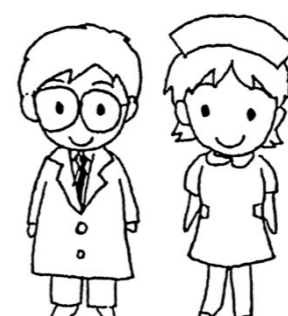
[2015/4/1改版]
クリティカルパス番号:14021111

病名: <<NK_ORADM_DISEASE>> ID: <<PATIENTNO>>

患者氏名: <<ORIBP_KANJI>> 様

2021年1月22日

西神戸医療センター

月 日	<<NK_ORADM_DYIN>>	<<NK_ORADM_DYIN>>	#VALUE!		#VALUE!	#VALUE! ~ #VALUE!	#VALUE! ~ 月 日
経 過	入院当日	治療前日	治療当日 (術前)	治療当日 (術後)	治療後1日目	治療後2日 ~ 4日目	治療後5日 ~ 退院
治療・処置		<ul style="list-style-type: none"> 両そけい部の毛を剃ります。 両足首・足背の動脈に印をつけます。 弾性ストッキングのサイズを測ります。 	<ul style="list-style-type: none"> 出棟前に尿を採る管を入れます。 両足に弾性ストッキングをはきます。 	<ul style="list-style-type: none"> 治療3時間後に砂嚢と圧迫帯を外します。 医師が針を刺した部位の診察とガーゼ交換をします。その後、医師と看護師付き添いのもと、歩きます。 尿の管を抜きます。 弾性ストッキングを外します。 			
薬剤 (点滴・内服)	<ul style="list-style-type: none"> 他院・当院で処方されているお薬があれば持参して下さい。 	<ul style="list-style-type: none"> 治療当日に服用していた内服薬についての説明をします。 	<ul style="list-style-type: none"> 事前に説明しましたとおりに薬を内服して下さい。 朝9時頃から点滴を始めます。 	<ul style="list-style-type: none"> 点滴は翌日まで続きます。 	<ul style="list-style-type: none"> 点滴は終了後抜きます。必要に応じて続く場合があります。 		
検査	<ul style="list-style-type: none"> 必要時検査を行います。(血液検査, 心電図, 胸・腹部レントゲンなど) 					<ul style="list-style-type: none"> 採血 CT検査 	
食 事	<ul style="list-style-type: none"> 一般食 必要時特別食 	<ul style="list-style-type: none"> 治療が午前の場合、午後9時以降は絶飲食となります。 	<ul style="list-style-type: none"> 治療が午前場合は朝食、午後場合は昼食が絶食となります。 	<ul style="list-style-type: none"> 水分は帰宅後すぐに飲んでも構いません。 医師の許可があれば食事も食べられます。 	<ul style="list-style-type: none"> 一般食 必要時特別食 		
活 動	<ul style="list-style-type: none"> 活動制限はありません。 		<ul style="list-style-type: none"> 朝の点滴開始までは活動制限はありません。点滴後は病棟内となります。 	<ul style="list-style-type: none"> ベッド上 	<ul style="list-style-type: none"> ベッド上 (医師の診察後にトイレ歩行が可能になります。) 	<ul style="list-style-type: none"> 活動制限ありません。 	
清 潔	<ul style="list-style-type: none"> 入 浴 	<ul style="list-style-type: none"> 毛剃りの後入浴して下さい。 	<ul style="list-style-type: none"> 朝の洗面は可能です。 	<ul style="list-style-type: none"> 安静時間内は洗面・うがいの介助をします。 	<ul style="list-style-type: none"> トイレ歩行可能となれば発熱などがなければシャワー可 	<ul style="list-style-type: none"> 発熱などがなければ入浴可 	
排 泄	<ul style="list-style-type: none"> トイレ 			<ul style="list-style-type: none"> 医師の診察終了までベッド上となります。 	<ul style="list-style-type: none"> 医師の診察終了までベッド上となります。 	<ul style="list-style-type: none"> トイレ 	
説明・指導	<ul style="list-style-type: none"> 入院生活について看護師から説明があります。 主治医より治療計画、今回の治療の内容日程についての説明があります。 看護師から治療前のオリエンテーションがあります。 ネイル、マニキュア等は除去しておいて下さい。 	<ul style="list-style-type: none"> 検査、治療の同意書を提出して下さい。 T字帯を1枚準備して下さい。 治療の時間についての説明をします。 	<ul style="list-style-type: none"> 眼鏡、時計、入れ歯、指輪などは外して、肌着を脱いで病衣に着替えて下さい。 補聴器があれば装着しておいて下さい。 治療中、家族の方は3階の血管造影室の前、あるいは病室でお待ち下さい。 	<ul style="list-style-type: none"> 疼痛時、吐気時、発熱時、不眠時などは対処致しますのでお知らせ下さい。 安静時間内は、針を刺した側の足は曲げないで下さい。反対側の足は少し曲げても構いません。 体の向きを変えたりする時はご自分では動かず、必ず看護師にお知らせ下さい。 初めての歩行は医師、看護師が付添います。 	<ul style="list-style-type: none"> 発熱や疼痛などの苦痛がないよう、合併症を起こさないよう観察し対処致しますが、どのようなことでも何か変わったことがありましたら、医師または看護師にお知らせ下さい。 	<ul style="list-style-type: none"> 医師より今回の治療と今後の治療の説明があります。 看護師より退院後の生活についての指導をします。 	

注1. 病名・検査等は現時点で考えられるものであり、今後検査を進めていくに当たって変わる可能性もあります。

注2. 入院期間については現時点で予想されるもので、今後の経過で変更となる可能性もあります。

上記計画書について、十分説明を受け納得しました。

患者署名: _____






主治医: <<SYUSRNAME>> 印

担当看護師: _____ 印

肝動脈塞栓療法(TACE) 入院診療計画書 兼 患者様用パス (患者様に治療/検査の予定を理解していただく手助けとして)

クリティカルパス番号:14021111

病名: <<NK_ORADM_DISEASE>> ID: <<PATIENTNO>> 患者氏名: <<ORIBP_KANJI>> 様 2021年1月22日 西神戸医療センター

月 日	<<NK_ORADM_DYIN>>	<<NK_ORADM_DYIN>>	#VALUE!		#VALUE!	#VALUE! ~ #VALUE!	#VALUE! ~ 月 日
経 過	入院当日	治療前日	治療当日 (術前)	治療当日 (術後)	治療後1日目	治療後2日 ~ 4日目	治療後5日 ~ 退院
治療・処置		<ul style="list-style-type: none"> 両そけい部の毛を剃ります。 両足首・足背の動脈に印をつけます。 弾性ストッキングのサイズを測ります。 	<ul style="list-style-type: none"> 出棟前に尿を採る管を入れます。 両足に弾性ストッキングをはきます。 	<ul style="list-style-type: none"> 治療3時間後に砂嚢と圧迫帯を外します。 医師が針を刺した部位の診察とガーゼ交換をします。その後、医師と看護師付き添いのもと、歩きます。 尿の管を抜きます。 弾性ストッキングを外します。 			
薬剤 (点滴・内服)	<ul style="list-style-type: none"> 他院・当院で処方されているお薬があれば持参して下さい。 	<ul style="list-style-type: none"> 治療当日に服用していた内服薬についての説明をします。 	<ul style="list-style-type: none"> 事前に説明しましたとおりに薬を内服して下さい。 朝9時頃から点滴を始めます。 	<ul style="list-style-type: none"> 点滴は翌日まで続きます。 	<ul style="list-style-type: none"> 点滴は終了後抜きます。 必要に応じて続く場合があります。 		
検査	<ul style="list-style-type: none"> 必要時検査を行います。(血液検査, 心電図, 胸・腹部レントゲンなど) 					<ul style="list-style-type: none"> 採血 CT検査 	
食 事	<ul style="list-style-type: none"> 一般食 必要時特別食 	<ul style="list-style-type: none"> 治療が午前の場合、午後9時以降は絶飲食となります。 	<ul style="list-style-type: none"> 治療が午前場合は朝食、午後場合は昼食が絶食となります。 	<ul style="list-style-type: none"> 水分は帰宅後すぐ飲んで構いません。 医師の許可があれば食事でも食べられます。 	<ul style="list-style-type: none"> 一般食 必要時特別食 		
活 動	<ul style="list-style-type: none"> 活動制限はありません。 		<ul style="list-style-type: none"> 朝の点滴開始までは活動制限はありません。点滴後は病棟内となります。 	<ul style="list-style-type: none"> ベッド上 	<ul style="list-style-type: none"> ベッド上 (医師の診察後にトイレ歩行が可能になります。) 	<ul style="list-style-type: none"> 活動制限ありません。 	
清 潔	<ul style="list-style-type: none"> 入 浴 	<ul style="list-style-type: none"> 毛剃りの後入浴して下さい。 	<ul style="list-style-type: none"> 朝の洗面は可能です。 	<ul style="list-style-type: none"> 安静時間内は洗面・うがいの介助をします。 	<ul style="list-style-type: none"> トイレ歩行可能となれば発熱などがなければシャワー可 	<ul style="list-style-type: none"> 発熱などがなければ入浴可 	
排 泄	<ul style="list-style-type: none"> トイレ 			<ul style="list-style-type: none"> 医師の診察終了までベッド上となります。 	<ul style="list-style-type: none"> 医師の診察終了までベッド上となります。 	<ul style="list-style-type: none"> トイレ 	
説明・指導	<ul style="list-style-type: none"> 入院生活について看護師から説明があります。 主治医より治療計画、今回の治療の内容日程についての説明があります。 看護師から治療前のオリエンテーションがあります。 ネイル、マニキュア等は除去しておいて下さい。 	<ul style="list-style-type: none"> 検査、治療の同意書を提出して下さい。 T字帯を1枚準備して下さい。 治療の時間についての説明をします。 	<ul style="list-style-type: none"> 眼鏡、時計、入れ歯、指輪などは外して、肌着を脱いで病衣に着替えて下さい。 補聴器があれば装着しておいて下さい。 治療中、家族の方は3階の血管造影室の前、あるいは病室でお待ち下さい。 	<ul style="list-style-type: none"> 疼痛時、吐気時、発熱時、不眠時などは対処致しますのでお知らせ下さい。 安静時間内は、針を刺した側の足は曲げないで下さい。反対側の足は少し曲げても構いません。 体の向きを変えたりする時はご自分では動かず、必ず看護師にお知らせ下さい。 初めての歩行は医師、看護師が付添います。 	<ul style="list-style-type: none"> 発熱や疼痛などの苦痛がないよう、合併症を起こさないよう観察し対処致しますが、どのようなことでも何か変わったことがありましたら、医師または看護師にお知らせ下さい。 	<ul style="list-style-type: none"> 医師より今回の治療と今後の治療の説明があります。 看護師より退院後の生活についての指導をします。 	

注1. 病名・検査等は現時点で考えられるものであり、今後検査を進めていくに当たって変わる可能性もあります。

注2. 入院期間については現時点で予想されるもので、今後の経過で変更となる可能性もあります。

上記計画書について、十分説明を受け納得しました。

患者署名: _____

主治医: <<SYUSRNAME>> 印 担当看護師: _____ 印