

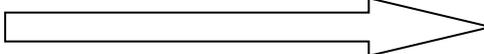
自然気胸手術（患者さんに治療/検査の予定を理解していただく手助けとして）

クリニカルパス番号：40011011

患者氏名： _____ 様 (ID: _____)

病名： 自然気胸

西神戸医療センター

月日	月 日	月 日	月 日	月 日 ~ 月 日	月 日 ~ 月 日	月 日
経過	手術前日	手術当日	術後1日目	術後2～3日目	術後4～5日目	術後5日目
説明	<ul style="list-style-type: none"> 手術について医師が説明します 看護師が手術についてパンフレットを用い説明します 同意書には署名と捺印が必要です 麻酔科の医師が伺います 看護師から入院時のオリエンテーションがあります 	<ul style="list-style-type: none"> 手術開始時間は手術説明書のとおりです 手術後集中治療室に入室します 集中治療室で主治医より家族に手術後の説明があります <ul style="list-style-type: none"> 集中治療室入室後、数時間経過観察して、問題なければ元の病棟に戻ります 	<ul style="list-style-type: none"> 集中治療室に一泊した場合は昼頃に集中治療室より病棟に戻ります 		<ul style="list-style-type: none"> 退院後の生活について医師と看護師から説明があります  退院日は手術後の経過により予定よりも早くなる場合や遅くなる場合があります 	
処置 内服 点滴	<ul style="list-style-type: none"> 手術に必要な物品のチェックをします 処方がある場合は21時に安定剤を飲みます 内服中の薬があればお知らせ下さい 痰きりの吸入をすることがあります 	<ul style="list-style-type: none"> 手術後～次の日まで酸素吸入を行います 尿の管がつながっています 胸に管が入っています 看護師が頻回にベットを訪ねます 気分が悪くなったり痛みが強い時は看護師にお知らせ下さい 手術後1日間は持続で点滴を行います。 	<ul style="list-style-type: none"> 手術創部のチェックを行います 点滴は術後1日目で終了です 痛み止めの内服が開始されます 尿の管が抜けます 痰きりの吸入を行うことがあります 	<ul style="list-style-type: none"> 前日と同じ 胸の管が抜けます(術後2～4日目) 	<ul style="list-style-type: none"> 痛み止めは頓服になります 	<ul style="list-style-type: none"> ほとんどの手術では創部の抜糸は不要です 管の入っていた所の抜糸は、次回外来日に行います 退院時のお薬があればお渡します
検査	<ul style="list-style-type: none"> レントゲンや採血を行うことがあります 	<ul style="list-style-type: none"> 手術後にレントゲンがあります 集中治療室で採血をすることがあります 	<ul style="list-style-type: none"> 採血とレントゲンがあります 	<ul style="list-style-type: none"> 管を抜く前にレントゲンがあります 採血やレントゲンを適宜行います 		
食事 活動 清潔 その他	<ul style="list-style-type: none"> 普通食・治療食 21時より絶食となります 指示がなければ特に制限はありません。 入浴し、シャンプーをして下さい 入浴できないときは看護師が体を拭きます 禁煙してください 	<ul style="list-style-type: none"> 飲水(お茶・スポーツドリンク)が可能時間は別途指示します 手術後のどが渴いても水は飲めませんので、うがいかなどで湿らす程度にして下さい ベッド上安静です(手術後より足を曲げたり横を向いてもかまいません) 蒸しタオルで顔を拭きます(夕) 家族の方は手術室の前まで一緒にいきます(終了までの手術室前にある家族控え室でお待ち下さい) 	<ul style="list-style-type: none"> 医師の診察後飲水、食事が許可されます 朝は重湯です 昼、夕は粥食です 尿の管が抜けたらドレーンバックを持ってトイレまで歩行できます 朝に蒸しタオルとうがいの水をもっていきます 看護師が体を拭きます ウォシュレットを使って清潔にしましょう 	<ul style="list-style-type: none"> 術後2日目より普通食になります 胸の管が抜けたら病棟内を歩けます 		

注1：病名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したが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。変更となる場合はその都度担当医よりご説明いたします。

主治医： _____ 印 担当看護師： _____ 印

上記計画書について、十分説明を受けました。

患者署名 _____

2013年11月改訂