

患者氏名 \_\_\_\_\_ 様 (ID \_\_\_\_\_ )

## 入院治療計画書 永久ペースメーカー植え込み術を受けられる患者・ご家族の方へ

クリニカルパス番号：12050911

経過	手術当日	術後1日目	術後6～7日目	退院日
月日	/	/	/ ~ /	/
食事・栄養	手術が午前の場合、朝絶食です。 手術が午後の場合、昼絶食です。 術後は帰室1時間後より 食事可能です。			
安静	手術した側の腕は三角布で 固定します。	動ける範囲は病棟内までになります。 手術した側の腕は肩の高さまで挙げることができます。それ以上は上げないでください。		激しく動かさなければ手術の1ヶ月後 より、腕を肩よりも上まで挙げることが できます。
	術後、動ける範囲は室内トイレ までになります。			
排泄	術後は室内トイレでの排泄になります。	特に制限はありません。		
清潔	入浴・シャワーはできません。	必要に応じて身体を拭きます。		シャワー可能です。 翌日から入浴可能になります。
薬・点滴	朝から点滴をします。 手術後に抗生剤を投与します。 食事を7割以上食べられた場合は 点滴は終了します。 手術前に安定剤を飲みます。 創部が痛い場合は痛み止めがあります。	問題がなければ点滴抜針します。		
検査・治療	術後・病室で胸部レントゲンを 撮影します。 術後は、ペースメーカーの動きを 観察する為に心電図モニターを 継続してつけます。	3Fでレントゲン撮影を行う場合があります。 必要に応じて医師がガーゼ交換をします。	ペースメーカーチェックを行います。 胸部レントゲンと心電図の検査があります。	創部のガーゼが不要になります。
説明・指導	手術日はご家族の待機が必要です。 術後ペースメーカーの手帳を受け取ります。	パンフレットをお渡しし、退院に向けて生活指導を進めていきます。		
その他				看護師より退院薬を 受け取ってください。

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。

主治医 \_\_\_\_\_ 印 看護師 \_\_\_\_\_ 印

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 \_\_\_\_\_