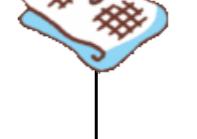


| ID | | 患者氏名 | 様 腹腔鏡下腎尿管摘除術を受けられる方へ【患者用クリニカルパス(入院スケジュール)】 | | | | | |
|----------|--|---|---|---|---|--|--|--|
| 年月日 | 年 月 日 | 月 日 | 月 日 | 月 日 | 月 日 ~ 月 日 | 月 日 ~ 月 日 | 月 日 | |
| 経過 | 入院(手術前々日) | 手術前日 | 手術当日 | | 手術1日後 | 手術2~4日後 | 手術5~7日後 | 手術8日後~退院 |
| | | | 術前 | 術後 | | | | |
| 達成目標 | 手術について理解できる | 手術に必要な物を準備できる | 手術について理解できる  | 手術前の指示が守れる 手術後、痛みなどの症状が報告できる | 創部痛が緩和できる 指示に従いベッドを起こし座れる | 安全に歩行ができる | シャワー浴ができる | 退院後の生活が理解できる |
| 検査治療処置 | <input type="checkbox"/> 入院時検査 <input type="checkbox"/> 診察 | <input type="checkbox"/> 手術部位の剃毛 <input type="checkbox"/> 採血 | <input type="checkbox"/> グリセリン浣腸  | <input type="checkbox"/> 集学治療病棟へ入室 <input type="checkbox"/> □酸素投与 <input type="checkbox"/> 採血 | <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 一般病棟へ帰室 | <input type="checkbox"/> 痛み止めのチューブ抜去 <input type="checkbox"/> ドレーン抜去 <input type="checkbox"/> 尿の管を抜きます | <input type="checkbox"/> 創部抜糸  | <p>【退院基準】 ①発熱がない ②肉眼的血尿がない</p> <p>【退院後の治療計画】 腫瘍の再発の有無を定期的に観察していきます</p> <p>【指導】 内服指導 退院指導</p> |
| 内服薬注射 | <input type="checkbox"/> 常用薬がある方は看護師へお知らせください <input type="checkbox"/> 常用薬についての指示があります | <input type="checkbox"/> 下剤内服  | <input type="checkbox"/> 常用薬の内服は医師の指示に従ってください | <input type="checkbox"/> 持続点滴 <input type="checkbox"/> 抗生素点滴 | <input type="checkbox"/> 持続点滴 <input type="checkbox"/> 抗生素点滴 | <input type="checkbox"/> 持続点滴 <input type="checkbox"/> 抗生素点滴 |  | <p>【退院後の生活について】 水分を1日1500ml程度を目安にとって下さい</p> <p>塩分の摂り過ぎは腎臓に負担がかかるため、1日10g程度に控えてください</p> <p>【連絡先】 徳島大学病院: 電話088-631-3111 代表番号となっています</p> |
| 活動安静度 | <input type="checkbox"/> 制限ありません | <input type="checkbox"/> 制限ありません | <input type="checkbox"/> 制限ありません | <input type="checkbox"/> ベッド上安静 | <input type="checkbox"/> 一般病棟帰室後歩行可 | <input type="checkbox"/> 歩行可 | <input type="checkbox"/> 制限ありません | |
| 食事 | <input type="checkbox"/> 常食または治療食 | <input type="checkbox"/> 常食または治療食 | <input type="checkbox"/> 手術日は絶食となりますので何も食べないでください <input type="checkbox"/> 水分は麻酔科の指示に従ってください |  | | <input type="checkbox"/> 常食または治療食 | <input type="checkbox"/> 常食または治療食 | |
| 清潔 | <input type="checkbox"/> 制限ありません | <input type="checkbox"/> 制限ありません | <input type="checkbox"/> 制限ありません | | <input type="checkbox"/> 全身清拭 | <input type="checkbox"/> 全身清拭 | <input type="checkbox"/> 制限ありません | |
| 排泄 | <input type="checkbox"/> トイレ | <input type="checkbox"/> トイレ | <input type="checkbox"/> トイレ | <input type="checkbox"/> 尿の管が入っています | <input type="checkbox"/> 尿の管が入っています | <input type="checkbox"/> 尿の管が入っています | <input type="checkbox"/> 尿の管が入っています <input type="checkbox"/> 尿の管抜去後はトイレ | |
| 指導説明書類 | <input type="checkbox"/> ネームバンド装着 <input type="checkbox"/> 病衣使用許可 <input type="checkbox"/> 入院時オリエンテーション <input type="checkbox"/> 検査についての説明 <input type="checkbox"/> 医師より検査、手術の説明 <input type="checkbox"/> 同意書 | <input type="checkbox"/> 手術前オリエンテーション <input type="checkbox"/> □麻酔科医診察・同意書 | <input type="checkbox"/> 手術前にハイソックス、T字帯、手術着へ更衣  <input type="checkbox"/> 入れ歯、コンタクトレンズ、時計、指輪などの金属類、シップ、マニキュア(手足)は必ず外しておいてください | <input type="checkbox"/> 医師・看護師より手術後の安静などについての説明があります | | | | |
| リハビリ・その他 | | | | | | | | |