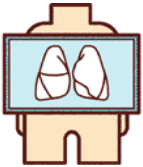








肺腫瘍・縦隔腫瘍(ICU入室)
の手術を受けられる

様へ

(ID: _____)

担当医: _____

| 経過 | 入院日 (/ / ~ / /) | 手術前日 (/ /) | 手術当日 | | 術後1日目 (/ /) | 術後2日目 ~ 退院日 (術後7日目) (/ / ~ / /) |
|------|--|-----------------|--|---|--|--|
| | | | 手術前 | 手術直後 | | |
| 達成目標 | 1. 身体、精神的に問題なく手術に臨める | | 2. 痛みがコントロールされる | | 3. 歩行、食事ができる | 4. 胸の管が抜けて退院できる |
| 治療処置 |  | | <ul style="list-style-type: none"> ●朝体重測定をします ●長衣・紙パンツ・弾性ストッキングに着替えます。体温・脈拍・呼吸・血圧を測定し手術室へ歩いて移動します ●手術は()番目です ●()時に2階手術室入る為5分前に病室を出ます | <ul style="list-style-type: none"> ●手術後は2階の集中治療室(ICU)へ入ります。体温・脈拍・呼吸・血圧を管理します ●胸に管が入っています。抜けないように注意して下さい ●酸素を吸入します ●尿管が入っています | <ul style="list-style-type: none"> ●酸素を徐々に下げて中止します ●早朝、尿管を抜きます ●体温・脈拍・呼吸・血圧の測定を毎日行います ●回診で胸の管挿入部や手術創の確認をします ●集中治療室(ICU)より4階病棟へ戻ります | <ul style="list-style-type: none"> ●深呼吸→傷を手で押さえ胸を大きく膨らませゆっくり息を吸ったり吐いたりしましょう ●痰を出す→お腹に力を入れ大きく咳払いをしましょう ※手術創や胸の管の抜去部の処置は外来で行います |
| 点滴 | ●基本的に点滴はありません | | ●午後から手術の方は午前中から点滴を始めます | <ul style="list-style-type: none"> ●点滴があります。 ●抗菌薬の点滴をします ●背中に痛み止めの管が入ります  |  | |
| 内服薬 | ●手術前、眠れない時は夜9時に眠り薬を飲むことができます | | | | ●痛みが強いときは、我慢せずに声をかけて下さい。痛み止めをご用意できます | |
| 検査 | ●採血、検尿、胸部レントゲン 心電図、心臓カテーテル検査、腎機能を調べる検査 | | | | ●採血、胸部レントゲン | |
| 食事 | <ul style="list-style-type: none"> ●食事内容：常食/特別食() ●手術前日の夜9時まで食事ができます | | ●1番目の方は6時まで、2番目以降の方は9時まで飲水できます | ●医師の指示により、むせ込みがないか確認後、水分が摂れます  | ●医師の指示により、朝から食事が始まります  | |
| 活動 | <ul style="list-style-type: none"> ●院内自由 ●ベッドギャッジアップは呼吸改善の為にを行います | | ●院内自由 | ●体を動かしたい時は、看護師に声をかけて下さい | ●ベッドサイドから歩行できます。トイレにも歩いていけます | ●手術側の腕や肩関節も積極的に動かしましょう |
| 清潔 | ●手術前は必ず入浴してください  | | ●手術前に歯磨き・洗面などを済ませて下さい。化粧や整髪剤は使用しないで下さい | | <ul style="list-style-type: none"> ●胸の管が入っている時は下半身シャワーができます ●胸の管が抜けると、全身シャワー浴ができます  | |
| 説明 | <ul style="list-style-type: none"> ●呼吸訓練・リハビリテーションについて説明があります ●医師より手術の説明があります ●手術室看護師の訪問があります ●集中治療室(ICU)看護師の訪問があります | | ●手術見学を希望されるご家族は病棟でモニターにて見学できます | ●手術終了後、ご家族に医師より説明があります。手術中は病棟を離れないようにお願いします | ●リハビリテーションについて説明があります | ●主治医から退院の許可がおり師長と相談し退院日が決まります。次回外来予約票をお渡しします。退院療養計画書にて今後の留意点を説明します |
| 備考 | ●手術用の必要物品をそろえ、名前(フルネーム)を書いて下さい | | ●眼鏡・コンタクト・貴金属類・義歯は全て外して下さい | | | |

入院期間・記載内容については現時点で予想されるものです。症状により変更されることがあります。

担当看護師: _____

患者・家族: _____