

腹腔鏡下仙骨腫固定術 (LSC) 入院診療計画書


推定される入院期間は 7日～ 14日間です





説明年月日: 年 月 日

泌尿器科()病棟 患者さま氏名 _____

病名・症状 _____

入院目的 手術 手術内容 腹腔鏡下仙骨腫固定術 特別な栄養管理の必要性 有・無

	入院～手術前日 年 月 日() ~ 月 日()	術前	術後
処置・観察	<入院後> ・リストバンドを装着します ・2回/日の検温があります <手術前日> ・お臍をきれいにします ・必要物品の確認を行います ・下剤を飲みます ・夕方に点滴を行う場合もあります (処置内容は個人差がありますので上記の限りではありません) ・深呼吸の練習、1日1500mlの飲水を心がけて下さい。	・浣腸をします ・弾性ストッキングを履きます 	・状況に応じて血圧・体温等の測定をします ・酸素を投与します ・尿の計測を行います ・疼痛や尿の管の違和感などを確認します (状況により薬剤を使用します)
検査	必要な人は採血やレントゲンを行います		採血があります
薬剤	<入院時> ・持参薬の確認と薬剤師による服薬指導があります <手術前日> ・寝る前に医師が指示した薬を飲みます	・医師の指示した薬を飲みます (内服がない場合もあります)	・点滴を持続的に行います(点滴が終了する時期は個人差があります)
安静度	特に制限はありません		ベッド上安静です
排泄	・退院まで尿を溜めてください(方法は看護師が説明します)		・尿道に管が入った状態です ・排便は安静時はベッド上、歩行開始すればトイレで行います
清潔	入浴できます(手術の前日は必ず入浴・洗髪をしてください)		洗面タオルをお渡します
食事	入院後は病院食のみをお召しあがりください 手術前日昼から当日は、医師の指示に従って絶飲食となります		絶食です 
説明・指導・書類確認、その他(リハビリテーション等の計画)	<入院時> ・看護師から病棟案内、入院生活の説明があります ・看護師から手術までの流れ、必要物品の説明があります ・医師から手術前の説明を行います(/ 、 時ごろ～) <手術前日> ・手術に必要な書類(同意書)を提出してください・・・印鑑・署名を忘れずに記入してください ・麻酔科医の訪問があります ・手術室の看護師の訪問があります		・手術の経過については、主治医が説明します

	術後1日目 月 日()	術後2日目～7日目 月 日() ～ 月 日()	術後8日目～退院 月 日() ～ 月 日()
処置	<ul style="list-style-type: none"> ・状況に応じて血圧・体温を測定します(術後4日目以降は2回/日測定です) ・呼吸状態により酸素の投与がなくなります 創の状態を確認します ・量や色に注意して尿量を計測をします ・尿の管を術後3～7日の間で抜きます。抜去期間には個人差があります ・疼痛や尿の管の違和感などを確認します ・歩けたら弾性ストッキングを脱ぎます 		<ul style="list-style-type: none"> ・2回/日検温をします 
検査	レントゲン撮影・採血があります	状況により採血・採尿・レントゲン撮影があります	
薬剤	<ul style="list-style-type: none"> ・点滴を持続的に行います(点滴が終了する時期は個人差があります) ・病状を見ながら必要な内服薬が再開になります(内服再開時期は個人差があります) 		
安静度	看護師介助のもと座位、立位、歩行ができます	無理のない範囲で体を動かしてください	
排泄	<ul style="list-style-type: none"> ・尿の管が抜けた後は排尿記録を記載してください ・排便時はあまりいきまないようにしましょう 		
清潔	看護師が体を拭きます	・傷の状態をみてシャワーが可能となります	・主治医の許可が出れば入浴可能です
食事	<ul style="list-style-type: none"> ・お腹の動きを見ながら飲水や食事が開始になり、徐々に内容を変更していきます (食事の開始時期・種類は主治医・看護師から説明があります) 		
説明、その他(リハビリテーション等の計画)	<ul style="list-style-type: none"> ・尿の管が入っている時は尿の袋を腰より上に持ち上げないでください (尿が膀胱に逆流し、感染する危険性があります) ・飲水は1500ml/日を目安にしましょう 		<ul style="list-style-type: none"> ・パンフレットを用いて退院後の生活について説明します ・不明点などあれば看護師に声をかけてください 

注1) 診療内容などは現時点で考えられるもので、今後治療などを進めていくに従って変更する場合があります。その場合には再度御説明致します。

注2) 入院期間については、現時点で予測されるものです。

主治医署名

、主治医以外の担当者署名

、説明看護師署名

上記のとおり説明を受けました

同意年月日

年

月

日

患者本人署名

親族又は代理人署名