


入院診療計画書 持続型 G-CSF 製剤で末梢血幹細胞採取を受けられる方へ

血液内科 (11 階西) 病棟 () 号室 氏名 (@PATIENTNAME 様)

病名・症状 (末梢血幹細胞移植ドナー) 入院目的(末梢血幹細胞採取) 推定される入院期間(約 3 日間) 特別な栄養管理の必要性：有・無

経過	入院日 /	採取 1 日目 /	採取 2 日目 /	退院日 /
達成目標	●採取に対する不安がない。 ●薬剤を使用し疼痛がコントロールできる。 ●治療に伴うその他の副作用症状がない。			
手術処置検査	●毎日検温を行います。		●採取日の朝 6 時～8 時に採血があります。	
			<ul style="list-style-type: none"> ●カテーテルの穿刺部位に痛み止めの貼付薬を 7 時に貼ります。 ●採取は 10 号館 5 階の採血室で 3～5 時間かけて行います。9：20 着で 10 号館 5 階の採血室へ移動していただきます。場所は病棟の看護師が案内します。 ●採血室で、体温、血圧を測り心電図モニターをつけます。 ●通常両腕に採血用と返血用のカテーテルを挿入します。血管確保が難しい場合は、足の付け根の血管にカテーテルを挿入する場合があります。 ●採取中は、低カルシウム血症によるしびれを予防するために、カルチコール（カルシウム製剤）の点滴を行います。 	
安静度	●制限はありません。		●採取中はリクライニング式の椅子に座り採取をします。頭と足の角度は調整できますが、立ち上がったたり移動することはできません。また、両肘にカテーテルが入っているため両肘を曲げることができません。	
食事	●制限はありません。			
清潔	●入浴・シャワー ●爪を切り、マニキュアをつけている方はとってください。			
排泄	●制限はありません。		●採取前にトイレを済ませてください。採取中の排泄は、尿器などで介助させていただきます。	

経過	入院日 /	採取 1 日目 /	採取 2 日目 /	退院日 /
説明 指導 その他 (リハビリ テーション 等の計画)	<ul style="list-style-type: none"> ●健康状態や内服中のお薬などの情報を聞かせていただきます。 ●病棟のオリエンテーションを行います。 ●主治医より採取に関する説明があります。 ●ネームバンドを装着します。 ●書類（入院診療計画書・供給者記録（問診票））を記入し医療者にお渡しください。 	<ul style="list-style-type: none"> ●採取による副作用に、倦怠感、嘔気、眩暈、口唇・指先のしびれ、手足のつっぱり、穿刺部の出血、血腫などがあります。症状があればすぐにお知らせください。 ●採取中は輸血部の看護師の介助で水分補給ができます。必要時準備ください（ストローがあると便利です）。 ●採取中はテレビや動画を見たり、音楽を聴いたりしてリラックスしてください。採血室にテレビと DVD プレーヤーはありますが、DVD ディスクやタブレット、スマートフォン、携帯用の音楽プレーヤー、イヤホンなどは、各自でご準備ください。 ●抜針後、止血バンドで 30 分程度圧迫止血しますので揉まずに押えてください。 ●帰室後に穿刺部位の状態と止血を確認します。 	<ul style="list-style-type: none"> ●採取による副作用に、倦怠感、嘔気、眩暈、口唇・指先のしびれ、手足のつっぱり、穿刺部の出血、血腫などがあります。症状があればすぐにお知らせください。 ●採取中は輸血部の看護師の介助で水分補給ができます。必要時準備ください（ストローがあると便利です）。 ●採取中はテレビや動画を見たり、音楽を聴いたりしてリラックスしてください。採血室にテレビと DVD プレーヤーはありますが、DVD ディスクやタブレット、スマートフォン、携帯用の音楽プレーヤー、イヤホンなどは、各自でご準備ください。 ●抜針後、止血バンドで 30 分程度圧迫止血しますので揉まずに押えてください。 ●帰室後に穿刺部位の状態と止血を確認します。 	<ul style="list-style-type: none"> ●退院の説明と採取後健診を案内します。 ●エコノミー症候群予防で、1 週間程は水分摂取を十分に行ってください。 ●激しいスポーツは体調が戻るまで控えてください。 ●気になる点がございましたら、遠慮なく声をかけてください。
	<ul style="list-style-type: none"> ●G-CSF 製剤の副作用に、発熱、頭痛、胸痛、腰背部痛、発疹、倦怠感などがあります。G-CSF 注射後、数日で消失しますが、薬剤で症状を和らげることができますので、遠慮なくお知らせください。 			

注 1) 診療内容等は現時点で考えられるもので、今後検査等を進めていくに従って変更する場合があります。その場合は再度説明いたします。

注 2) 入院期間については、現時点で予想されるものです。

説明年月日： 年 月 日

主治医	@USERNAME
-----	-----------

説明看護師	
主治医以外の担当者	

上記の通り、診療計画について十分な説明を受けましたので同意します。

同意年月日： 年 月 日

本人署名	
------	--

親族又は代諾者署名	
-----------	--

患者本人との続柄()