

バルーンカテーテル的硬化療法(BRTO)を受けられる患者さんへ

氏名 _____

才 主治医 _____

病棟 _____

	治療前日(/)	治療当日(/) 午前or午後	治療後	治療1日目(/)	治療2日目以降(/)
安静	制限なしです。 	・検査までは制限なしです。  弾性ストッキングの着用をお願いする場合があります。	・翌日まではベッド上安静です。 →安静解除後、体の向きを変えたり、足を曲げたりいきません。	・ベッド上安静です。 →体の向きや、治療した反対側の足は曲げることが出来ます。 ・止血確認後は向きを変えることが出来ますが、曲げないで下さい (詳細は別紙で説明します。)	制限なしです。
食事	・午前治療の方は 22時から絶飲食 です ・午後治療の方は 制限なし です	・午後治療の方は 9時から絶飲食 です	・水分、食事開始時間については治療後に説明いたします。造影剤を早くするため、可能な範囲内で水分は多めに とって下さい	・朝から 絶飲食 です。	制限なしです。
内服	通常どおりです。	・朝の薬は()を飲んで下さい又は中止して下さい。 ・昼の薬は()を飲んで下さい又は中止して下さい。	・治療後に説明します。 	・朝の薬は()を飲んで下さい又は中止して下さい。	・通常どおりです。
処置	・足背動脈にマジックで印をつけます。 ・両股から陰部にかけて除毛します。 ・尿の管を希望される方はお知らせ下さい。	・検査前に検査着に着替え、点滴をします ・体温・血圧を測り、足背動脈を確認します 	・治療後は頻回に 体温・血圧を測定 します 	・前日に挿入したシース(カテーテル)を抜きます。 	・治療後3日間は治療部位の消毒を行います。
清潔	出来るだけ入浴して下さい			入浴・シャワー等は出来ません。 →汗をかかれた場合は、看護師に言って下さい。清拭を行います。	・治療後3日間は入浴シャワーは出来ません 看護師が清拭・洗髪を行います。
排泄	制限なしです。	・治療前にトイレを済ませて下さい。 ・希望の方は検査までに尿の管をいれます。	・許可が出るまで、 ベッド上で尿器・便器を使い、排泄していただきます。	・許可が出るまで、ベッド上で尿器、便器を使い、排泄していただきます。	制限なしです。
必要書類	・治療同意書に署名、捺印をお願いします。 ・アレルギー問診表の提出をお願いします。			<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; display: inline-block;"> <p>☆退院後の注意点☆</p> <p>・退院後、腹痛、発熱などの症状があれば外来受診してください</p> </div> 	
その他	<p>・検査には、眼鏡・時計・貴重品・義歯は外して下さい。</p> <p>・病院食は20時までしか保管出来ないため、午後の治療の方は必要時食事の準備をお願いします。</p> <p>・付き添いの家族の方は、治療中は部屋または、デイルームでお待ち下さい。</p>				