

様予定表

立案日 _____

ペースメーカー植え込み術クリニカルパス

主治医は _____

医師 _____

担当看護師は _____

です

| | 入院日 | 治療日(治療前) | 治療日(治療後) | 治療後1日目 | 治療後2日目 | 治療後3日目 | 退院日 |
|----------------|--|--|--|---|---|--|--|
| 月日 曜日 | 月 日 曜日 | 月 日 曜日 | 月 日 曜日 | 月 日 曜日 | 月 日 曜日 | 月 日 曜日 | 月 日 曜日 |
| 処置 治療 観察 | これまでに服用している薬を確認します 薬によっては、変更したり中止する場合があります ペースメーカー手帳を確認し、心電図モニターをつけます  | 治療の予定時間は (:)です 30分前から準備を始めます 治療時に点滴をします  | 点滴をします 心電図モニターをつけます  | 心電図モニターをつけます | 心電図モニターをつけます | 心電図モニターをつけます ペースメーカーの設定を確認します  | |
| 検査 | 心電図検査をします  | | 治療後に心電図検査・レントゲン検査をします  | 採血・心電図検査・レントゲン検査をします  | | | |
| 活動 | 特に制限はありません 病棟内は自由です 一般トイレをご使用ください | 治療前に入浴しましょう 治療予定時間の30分前からベッドで安静にします  | | 治療側の肩は運動制限があります 体拭きをします  | 治療側の肩は運動制限があります 体拭きをします  | 治療側の肩は運動制限があります 病棟内は歩行ができます シャワーができます  | |
| リハビリ | | | | | | | |
| 食事 | 治療食です  | 治療の時間に合わせて、食事制限があります  | 治療終了1時間後より食事ができます  | 治療食です 食べられる分だけ食べましょう  | 治療食です  | 治療食です  | 治療食です(朝食まで)  |
| 説明 教育 | 入院生活や治療前の準備などについて看護師が説明します 治療について医師が説明します (ご家族も一緒にお聞き下さい)  | 治療中、御家族の方は病室でお待ち下さい  | 医師から治療についての説明を行います (ご家族も一緒にお聞き下さい)  | | | 退院後の生活の注意点などについて説明します  | 退院手続きに必要な書類等をお渡しします  |
| 痛みに関する こと | 毎日、痛みの程度を0~10の11段階で確認します 痛みがある場合は、我慢せずに看護師にお伝え下さい  | 痛みに関する目標 | | | | | |
| 看護師 サイン | | | | | | | |

* 状況に応じて内容が変更になる場合がございますのでご了承ください。ご不明な点がございましたら、いつでもお尋ね下さい。