

ロボット支援下腎部分切除術 クリニカルパス NO1

主治医は <<ORDCT S M>>

医師

担当看護師は _____ です

| | 入院日 | 当日(手術前) | | (術後) | 術後1日目 | | 術後2日目 | | 術後3日目 | | 術後4日目(退院予定) | |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|-------------|--|
| | 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 | 月 日 曜日 | 月 日 曜日 | 月 日 曜日 | |
| 処置 治療 観察 |  お臍の掃除をします 眠前に下剤を内服します |  入室予定時間 () |  点滴や尿の管、腹部に排液の管 があります |  点滴があります 医師の判断で 腹部の排液が抜けます 尿の管が抜けます |  点滴があります | | | | | | | |
| 検査 |  採血があります | |  採血があります |  採血・レントゲンがあります | | | |  採血があります | | | | |
| 活動 | |  朝から シャワー浴 |  翌日まで ベッド上安静です |  体拭きをします |  体拭きをします | | |  キズに問題がなければ シャワー浴ができます | | | | |
| リハビリ | | | |  【大部屋】 ベッド周囲のみ 歩行可 トイレは車椅子 |  【個室】 室内トイレまで 歩行可 |  一人で移動するのは トイレの時だけ 歩行時は付き添います |  病棟内だけの 移動であれば 制限はありません (棟内フリー) |  特に制限はありません 無理のない程度で活動してください | | | | |
| 食事 栄養 |  夕食より食事再開予定 | 術前は絶食 飲水は指示時間ま で  |  飲水許可後に 飲み込みの確認を します | | | | | | | | | |
| 説明 指導 |  手術に関する説明 | | |  尿の管を抜去後は 残尿の確認をします | | | |  退院の書類を お部屋でお渡しします | | | | |
| 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:  <input type="checkbox"/> 痛みの程度(NRS) _____ 以下で過ごすことができる <input type="checkbox"/> 痛みなく睡眠できる <input type="checkbox"/> 安静時に痛みがない <input type="checkbox"/> 体動時に痛みがない <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | | | | | |
| 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。