

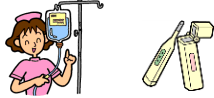
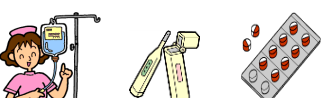
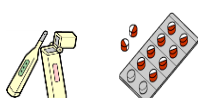
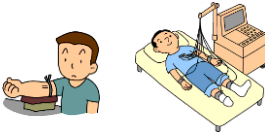
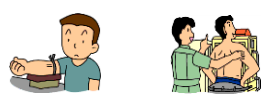
<<ORIBP_KANJI>> 様予定表

ID <<SYPID>>

立案日 <<DYTDAY>>

ステントグラフト内挿術クリニカルパス No.1

主治医は <<ORDCT_S.M>> 医師 担当看護師は です

	前日	当日(手術前)	当日(手術後)	1日目	2日目	3日目	4日目	
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		点滴をします 手術室入室は(:)です 	点滴をします 2時間おきに検温をします 	点滴をします 6時間おきに検温をします 尿カテーテルを抜きます 内服薬があります 	点滴をします 検温(朝/昼/夕)をします 内服薬があります 	検温(朝/夕)をします 内服薬があります 	検温(朝/夕)をします 内服薬があります 	
検査	必要時、血液検査、心電図検査をしま す 身長・体重測定をします 		血液検査、心電図検査 体重測定 	血液検査、胸レントゲン検査 体重測定 	血液検査 体重測定 	体重測定 	血液検査 体重測定 	
活動	特に制限はありません 入浴できます 手術前ですので、体を清潔にしまし ょう	特に制限はありません 手術前に入浴しまし ょう	ベッド上で安静にしまし ょう 排泄はベッド上で行いま す 尿カテーテルが入っていま す 	歩行できます トイレを使用できます シャワーができます 	トイレを使用できます シャワーができます 	トイレを使用できます シャワーができます 	シャワーができます 	
リハビリ				歩行練習をします 	歩行練習をします 	歩行練習をします 	歩行練習をします 	
食事 栄養	食事内容を確認します	飲食はできません 	医師の指示で水分は飲めま す 夕食があります 	食事があります (お食事の硬さは、ご希望を伺いま す。ワーファリンの内服がある場合 は、納豆が食べられません)				
説明 教育	入院生活についてや手術に必要な準 備物の説明をします 手術の説明を医師が行います (ご家族と一緒に聞きて下さい) 麻酔科医より麻酔の説明があります	手術中、御家族の方は別の待機室で お待ち下さい(ご案内します)	手術後、ご家族へ状態説明がありま す 		ご心配なことやご質問がありまし たら、いつでもお尋ねください 			
痛み に 関すること	毎日、痛みの程度を確認いたします。 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 	☐ 痛みの程度(NRS)_____以下で過ごすことができる ☐ 痛みなく睡眠できる ☐ その他()					☐ 安静時に痛みがない ☐ 体動時に痛みがない
看護師 サイン								

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

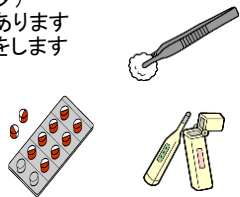
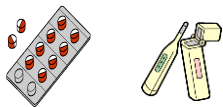
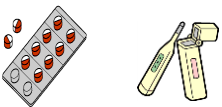
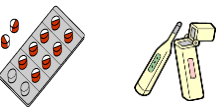
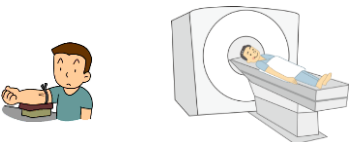
<<ORIBP_KANJI>> 様予定表

ID <<SYPID>>

立案日 <<DYTODAY>>

ステントグラフト内挿術クリニカルパス No.2

主治医は <<ORDCT_S.M>> 医師 担当看護師は です

	5日目	6日目	7日目	8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			
処置 治療 観察	検温(朝/夕) 内服薬があります 創の確認をします 	検温(朝/夕) 内服薬があります 	検温(朝/夕) 内服薬があります 	検温(朝) 内服薬があります 			
検査	造影CT検査 体重測定 心肺運動負荷試験 	血液検査、腹部レントゲン 体重測定 					
活動	シャワーができます 	病棟内は制限ありません 入浴ができます 	病棟内は制限ありません 入浴ができます 	病棟内は制限ありません 入浴ができます 			
リハビリ	歩行練習をします リハビリ室で運動療法をします 	歩行練習をします リハビリ室で運動療法をします 					
食事 栄養							
説明 教育	退院後の生活の注意点などについて看護師が説明をします 	手術後の経過や退院後の通院などについて医師から説明をします 	退院後の生活の注意点などについて説明をします 	退院手続きに必要な書類をお渡しします 			
痛みに関すること	毎日、痛みの程度を確認いたします。 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  ☐ 痛みの程度(NRS) _____ 以下で過ごすことができる ☐ 痛みなく睡眠できる ☐ その他(☐ 安静時に痛みがない ☐ 体動時に痛みがない)					
看護師 サイン							