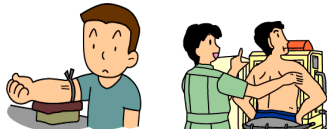


ロボット支援下前立腺全摘除術 クリニカルパス NO1 主治医は <<ORDCT S.M>> 医師 担当看護師は です

|                | 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  |                                                                                                                                |  |
|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|                | 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<br>治療<br>観察 | <br>お臍の掃除をします<br>眠前に下剤を内服します | <br>朝から座薬を入れます                                                                                                                                                                                                           |  | <br>入室予定時間 ( )         | <br>点滴や尿の管、腹部に<br>排泄の管があります    |                                                                                                            | <br>腹部の排泄の管を抜きます |                                                                                                                       |        |                                                                                              |        |                                                                                                                                |  |
| 検査             | <br>採血                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | <br>採血               | <br>採血 レントゲン                   |                                                                                                            |                                                                                                     |                                                                                                                       |        |                                                                                              |        |                                                                                                                                |  |
| 活動             |                                                                                                               | <br>朝から シャワー浴                                                                                                                                                                                                            |  | <br>翌朝まで<br>ベッド上安静です |                                                                                                                   | <br>体拭きします              |                                                                                                     | <br>体拭きします                         |        | <br>シャワー浴 |        |                                                                                                                                |  |
| リハビリ           |                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                         |                                                                                                                   | <br>術後の初回歩行は<br>付きそいます |                                                                                                     | <br>特に制限はありません<br>無理のない程度で活動してください |        |                                                                                              |        |                                                                                                                                |  |
| 食事<br>栄養       | <br>朝食                     | 術前は絶食<br>飲水は指示時間ま<br>で                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                      | <br>飲水許可後に<br>飲み込みの確認を<br>します | <br>夕食より食事再開予定        |                                                                                                     |                                                                                                                       |        |                                                                                              |        | <br>骨盤底筋体操のDVD視聴<br>をします<br>尿パットの準備確認をします |  |
| 説明<br>指導       | <br>手術に関する説明               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                         |                                                                                                                   |                                                                                                            |                                                                                                     |                                                                                                                       |        |                                                                                              |        |                                                                                                                                |  |
| 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<br>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:<br><br><input type="checkbox"/> 痛みの程度(NRS) _____ 以下で過ごすことができる<br><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<br><input type="checkbox"/> その他( ) |  |                                                                                                         |                                                                                                                   |                                                                                                            |                                                                                                     |                                                                                                                       |        |                                                                                              |        |                                                                                                                                |  |
| 看護師<br>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。 ご不明な点がございましたら、いつでもお尋ね下さい。

担当看護師は\_\_\_\_\_です

\* 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。ご不明な点がございましたら、いつでもお尋ね下さい。