

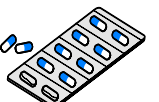







患者名【 様】

パス名:アブレーション治療(経皮的カテーテル心筋焼灼術) (泊 日)

経過	入院日(月 日)	治療当日(月 日)	治療翌日(月 日)~翌々日(月 日)	退院日(月 日)
食事	・病院食以外の飲食は、控えてください。 	・ ___日___食が絶食です。治療後は軽食を準備しています。 ・ ___日___:___から絶飲です。 ※治療後は、飲水テスト後に食事摂取ができます。	・病院食以外の飲食は、控えてください。 	・病院食以外の飲食は、控えてください。
内服薬	・日頃飲んでいるお薬や使用しているインスリンがある方はお知らせ下さい。 ・入院中、お薬は病棟管理とさせていただきます。 ・持参されたお薬は服用しないようにしてください。	・本日~退院日まで抗菌薬の内服が1日3回あります。 ・中止する薬が(あります・ありません) 中止する薬は()です。	・指示されたお薬をのんでください。 ・場合によってはお薬の内容を変更する場合があります。	・指示されたお薬をのんでください。 ・退院時にお薬の説明をします。 
処置検査	・両足の付け根の毛を剃ります。 ・足の甲の動脈が触れる箇所印をつけます。 ・退院日まで心電図モニターを装着します。 ・毎日、血圧・脈拍・体温などを測ります。 ・毎日、夜勤の看護師が一日の排便・排尿の回数をうかがいます。	<治療前> ・ ___日___:___から点滴を始めます。 ・治療前に内服薬が(___種類 あります・ありません) ・尿道に管を入れます。 ・手術着に着替え、ベッドで治療室へ行きます。 ・時間は(___:___、呼ばれて)です。 ※治療前は、時計・アクセサリー・義歯などは外しておいてください。  <治療後> ・治療時に管を刺した所は圧迫し止血します。 ・心電図モニターを再装着します。 点滴終了時間は治療後に説明します。	・朝、足の付け根の圧迫を外し止血確認後、消毒をしガーゼ付きのシールを貼ります。 ※シールは治療後5日目に剥がしてください。 ・治療後の経過観察をします。 ・朝、血液検査があります。 	
安静度排泄	・特に制限はありません。	・治療終了後は、ベッド上安静でベッド30度まで挙上可能です。※希望時はナースコールで知らせてください。 ・首の圧迫を外し止血確認後に消毒をしガーゼ付きのシールを貼ります。 ・尿道の管を外した後は、トイレまで歩くことができます。 ※それぞれの時間は治療後に説明します。	・圧迫ガーゼを外した後は、特に制限はありません。	・特に制限はありません。
清潔	・毛を剃った後シャワーに入ってください。 	・シャワーに入れられないため身体を拭きます。 	・足の付け根の止血ができていたら、シャワー浴できます。	・シャワーに入ることができます。 (治療日から5日間は湯船につかれませんが)
説明	・医師より治療について、看護師より入院生活について説明を行います。 ・入院申込書・治療の同意書は治療前までに提出をしてください。	・治療中、ご家族の方は病室または病棟の食堂でお待ちください。 ・主治医より、治療結果の説明や今後の治療方針、退院等について説明があります。	・入院費の計算を行います。	・入院費のお支払いを確認後、看護師よりお薬・診察券のお渡しや書類の説明があります。

ご意見 ご要望	・何か、ご不明な点があれば、看護師へお尋ねください。 	計画説明日	計画説明者
		年 月 日	
		同意者ご署名	本人以外の場合は、患者様との関係