


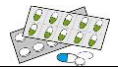
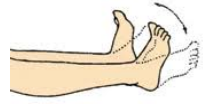






パス名: 予定帝王切開術

患者名【 様】

	手術準備期		急性期	回復準備期	回復期	退院準備期	退院
	手術前日(/)	手術当日 術前(/)	手術当日～術後1日目(/)	術後2日目(/)～3日目(/)	術後4日目(/)～5日目(/)	術後6日目(/)～7日目(/)	術後8日目(/)
食事	★ 月 日 時以降絶食 ※ここからは水分(水、お茶、OS-1)のみ摂取可能	★ 時以降は絶飲食 (水分も不可です)	★絶食 ★水分(水、お茶、OS-1のみ)開始：術後1-3時間後 ★術後24時間で食事開始 ※吐気や腹痛、ガスが出ずにお腹が張る等の症状がある時はお知らせ下さい				
注射		★ 時頃から点滴開始	★水分・栄養分を補給する為の点滴 ★炎症を抑えるために抗菌薬の点滴(術中・術後6時間・術後12時間・術後24時間) ★傷の痛みを抑える為の薬(腰からの注射、もしくは静脈内注射) ※痛みを我慢せずにお知らせ下さい				
内服	★入院前から服用している薬があればお知らせ下さい		★痛みが強い場合は鎮痛剤を内服することが出来ます(必要時にお知らせ下さい) ※薬剤師による服薬指導を行っています。お薬に関するご質問などありましたらご遠慮なくお尋ね下さい				退院時処方(該当者のみ) 
検査処置	★胎児心拍陣痛図検査で胎児の状態や子宮の張りをチェック ★輸血準備の採血 ★下腹部の除毛	★弾性ストッキング着用 ※痛みなど違和感が強い場合はお知らせ下さい	★体温・脈拍・血圧などの測定(心電図装着) ★出血量と子宮収縮状態の確認 ★痛みや麻酔副作用の確認 ★創部の異常や腸管麻痺がないか確認 ★血栓症予防のため、弾性ストッキングに加えて空気圧マッサージ機を装着  ★貧血や尿蛋白・尿糖の有無を調べるための血液・尿検査	状態に応じて必要な処置を継続		★術後の回復確認のための血液検査 ★創部の処置 ★傷痕ケアのテーピング ★退院診察 ・子宮の収縮状態を内診で確認 ・手術創部の治癒状態確認	
安静	★特に制限はありませんが、子宮の張りが増えた・出血がある・破水した、などの時は安静にしてすぐにお知らせ下さい		★尿管を入れた状態でベッド上安静 ★起き上がりは頭痛や血圧変動がないかを確認しながらスタッフと共に徐々に実施 ★《重要！》術後の血栓症と床ずれ予防のため体位変換や下肢運動が大切です！  ★痛みや貧血・足の痺れなどの問題がなければ手術翌日から歩行開始します ※初回は必ずスタッフが付き添います		★痛みコントロールをしながら徐々にベッドから起きる生活に戻しましょう		
清潔	★除毛後シャワー	★術衣に着替え	★ベッド上での顔拭きや歯磨き 	★体拭きや着替え・洗髪(痛みの問題がなくご希望の方)	★術後3日目よりシャワー浴が可能(創部のテープ剥がれなどがある場合はお知らせ下さい)		
説明	★入院・術前オリエンテーション ★入院生活～退院後の生活を見据えた支援を行うため、入院までの経過や普段の生活・ご家族のサポート状況等についてお話を伺います 		★執刀医より手術中の経過について説明 ★出生証明書と母子手帳の説明 	★授乳をはじめとした育児練習(抱っこあやし、オムツ交換、排気、着替え、沐浴)を行います ★赤ちゃんがNICUに入院の場合は搾乳の練習を行います ★乳房の変化や母乳分泌量・赤ちゃんの吸い着きには個人差があり、また日々変化します。各々に合わせたサポートを行います ★妊娠中と比較して産後は特にホルモンの影響が強く、また分娩を経験したこと・新生児との生活リズムの違いなどあって、身体以上に気持ちの面でも疲労を感じたり落ち込みやすくなりがちです。疑問や不安に感じる事があれば遠慮なくスタッフにお知らせ下さい。 ※退院後の生活について不安な点がある方は看護スタッフまでご相談下さい(母乳外来・2週間健診を活用しましょう) ※当院は周産期専任の臨床心理士が在任しています。妊娠・出産を経て育児が始まるママにとって気持ちのケアはとても大切です。相談ご希望の方はお知らせ下さい ※術後の母子の状態により治療内容や入院期間が変更となる場合があります		★沐浴練習(月 日) ※経産婦さんは希望者のみ ※赤ちゃんが新生児センターに入院されている場合は新生児センターにて練習 ★退院指導(月 日) ・母子の体調管理について ★産後の「気持ち」アンケート、面談 	退院手続き 次回受診日の確認 母子手帳の説明 お支払い
ご意見ご要望					計画説明日 年 月 日 計画説明者	同意者ご署名 本人以外の場合は、患者様との関係	