

ビダーザ治療を受けられる患者様へ（5日間用）

ビダーザ皮下注射パス（5日間投与）【06007-00】

患者氏名： _____ 様 入院病棟： _____ 病棟 主治医： _____ 受け持ち看護師： _____ No1/ 1

| 日付 | ／ ～ ／ | ／ | | |
|----------------------------------|--|--|---|--|
| 入院日数 | 1日目 | 2～6日目 | 7～8日目 | 9日目 |
| イベント | 入院日 | 治療中 | | 退院日 |
| 目標 <small>毎日看護師と評価します</small> | <ul style="list-style-type: none">・38度以上の発熱がない・治療の必要性がわかる  | <ul style="list-style-type: none">・発熱がない・吐き気がない・排便のコントロールができています・治療の必要性がわかる  | <ul style="list-style-type: none">・発熱がない・吐き気がない・治療の必要性がわかる〔7日目〕・検査データに問題がない〔8日目〕・排便のコントロールができています・日常生活行動に支障がない・退院後の生活に不安がない  | <ul style="list-style-type: none">・発熱がない・排便のコントロールができています・日常生活行動に支障がない・退院後の生活に不安がない  |
| 内服注射 | 自宅で内服していたお薬は、看護師に一度見せてください  | ・ビダーザの注射30分前に吐き気止めを内服します ・お腹にビダーザの注射をします  | 退院基準：発熱がない | |
| 検査 | 採血があります  |  | | |
| 治療処置 | | |  | |
| 食事 | ・制限はありません | ・制限はありません | | |
| 飲水 | ・制限はありません | ・制限はありません | | |
| 清潔 | | | | |
| 排泄 | | ・便秘や下痢などあればお伝え下さい | | |
| 安静活動 | ・制限はありません | ・制限はありません | | |
| 説明指導 | ・ビダーザの注射についてオリエンテーションを実施します  | 【ビダーザの注射があります】 次の様な症状がある時はお知らせ下さい ・注射部位の赤み、痛み、腫れのあるとき ・吐き気のあるとき ・体が痒いとき ・湿疹がでたとき ・熱があがったとき |  | ・診察券、退院薬をお渡しします ・次回入院日、または次回外来受診日をお伝えします ・会計からの連絡後、1階で精算していただき、退院となります。  |

注）現時点で考えられる予定であり変更になることがあります