

人工肛門閉鎖の手術を受ける患者様へ

ストーマ閉鎖パス【07019-00】

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

No1

日付	／	／	／
	1日目	2日目	3日目
イベント	入院日	手術前日	手術当日：手術前
目標 毎日看護師と評価します	<input type="checkbox"/> 体温や脈、血圧が平常である <input type="checkbox"/> 人工肛門管理ができています <input type="checkbox"/> 入院生活を安全に送ることができる	<input type="checkbox"/> 体温や脈、血圧が平常である <input type="checkbox"/> 人工肛門管理ができています <input type="checkbox"/> 手術についての疑問や不安を解決できる <input type="checkbox"/> 手術前の処置で体調の悪化がない	<input type="checkbox"/> 体温や脈、血圧が平常である <input type="checkbox"/> 手術についての疑問や不安を解決できる
活動範囲	<input type="checkbox"/> 手術まで制限はありません		
食事 飲水		<input type="checkbox"/> 朝食後からは食べることはできません <input type="checkbox"/> 昼と夜は栄養剤のみをのみます <input type="checkbox"/> 21時以降水分も取ることができません（麻酔科医の判断で飲水可能な時間が決まります _____ 時まで） <input type="checkbox"/> 内服は _____ 日（朝・昼・夕）まで飲んでください 	<input type="checkbox"/> 食べたり飲んだりすることはできません <input type="checkbox"/> が乾いた時はうがいをしてください  
清潔	<input type="checkbox"/> シャワー浴可 	<input type="checkbox"/> シャワー浴をしてください 看護師と時間を調整してください	
排泄	今までどおりの人工肛門管理をしてください		
ケア		<input type="checkbox"/> 10時、250mLの下剤をのみます 便の状態を確認するので流さずにトイレからナースコールをしてください <input type="checkbox"/> おへその掃除をします <input type="checkbox"/> 手術に必要なものの準備をします	«手術前» <input type="checkbox"/> 手術前に点滴をします（9時からの手術の場合は行いません） <input type="checkbox"/> 血栓予防のハイソックスを履いて手術室へ歩いて移動します <input type="checkbox"/> その際、入れ歯や時計、指輪等は外してください 
検査	<input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 呼吸機能 <input type="checkbox"/> 注腸ガストロ （ / ） ※外来で検査が済んでいない人が対象です	  	
説明 指導	<input type="checkbox"/> 入院生活について、治療計画書についての説明があります <input type="checkbox"/> 喫煙されている方は禁煙しましょう <input type="checkbox"/> 医師から手術についての説明があります （ / ） 時 _____ 医師 <input type="checkbox"/> 看護師から手術前後の処置について説明があります <input type="checkbox"/> 不安な点や疑問点は遠慮なく言ってください <input type="checkbox"/> 血栓予防のハイソックスのサイズ合わせをします。病棟で用意します	<input type="checkbox"/> 麻酔科医、手術室の看護師が説明にきます 時間がわからないので病棟を離れる時には声をかけてください <input type="checkbox"/> 処置は1つ1つ声をかけながら行います <input type="checkbox"/> わからないことは遠慮なく言ってください	<input type="checkbox"/> 処置は1つ1つ声をかけながら行います <input type="checkbox"/> わからないことは遠慮なく言ってください

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

市立札幌病院 外科・6階西病棟 2021年11月、2022年11月、2023年2月改訂

人工肛門閉鎖の手術を受ける患者様へ

ストーマ閉鎖パス【07019-00】

患者氏名： _____ 様 入院病棟： _____ 病棟 主治医： _____ 受け持ち看護師： _____ No2					
日付	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目
イベント	手術当日：手術後	手術後1日目	手術後2日目	手術後3日目	手術後4日目
目標 毎日看護師と評価します	<input type="checkbox"/> 体温・血圧・脈などに異常がない <input type="checkbox"/> 鎮痛剤を使用し、苦痛なく過ごすことができる <input type="checkbox"/> 傷からの出血など異常がない	<input type="checkbox"/> 体温・血圧・脈などに異常がない <input type="checkbox"/> 鎮痛剤を使用し、苦痛なく過ごすことができる <input type="checkbox"/> 傷からの出血など異常がない <input type="checkbox"/> 看護師の付き添いのもと歩行できる <input type="checkbox"/> ガス（おなら）が出る	<input type="checkbox"/> 鎮痛剤の使用タイミングを自分で考えることができる <input type="checkbox"/> 傷からの出血など異常がない <input type="checkbox"/> 積極的に散歩をしたり体を動かすことができる <input type="checkbox"/> ガス（おなら）が出る	<input type="checkbox"/> 鎮痛剤の使用タイミングを自分で考えることができる <input type="checkbox"/> 傷からの出血など異常がない <input type="checkbox"/> 食事の摂取方法がわかる <input type="checkbox"/> 腸閉塞の徴候がない	<input type="checkbox"/> 鎮痛剤の使用タイミングを自分で考えることができる <input type="checkbox"/> 傷からの出血など異常がない <input type="checkbox"/> 食事の摂取方法がわかる <input type="checkbox"/> 腸閉塞の徴候がない
活動範囲	<input type="checkbox"/> ベッド上で体の向きを交換します	<input type="checkbox"/> 行動制限はありません 体調に合わせて散歩をしましょう			
食事 飲水	<input type="checkbox"/> 食べたり飲んだりできません <input type="checkbox"/> うがいはできますので、遠慮なく言ってください 		<input type="checkbox"/> 水分フリー	<input type="checkbox"/> 食事開始3分粥 <input type="checkbox"/> 内服薬は（ ）から再開します	<input type="checkbox"/> 5分粥 <input type="checkbox"/> 点滴終了
清潔	<input type="checkbox"/> 必要時タオルで体を拭きます <input type="checkbox"/> 尿の管が入っている間は、ばい菌が入るのを予防するために管の入っているところを洗浄します	<input type="checkbox"/> タオルで体を拭きます 			<input type="checkbox"/> シャワー可 <input type="checkbox"/> 傷の状況で入浴も可能になります 相談してください 
排泄	<input type="checkbox"/> 尿の管が入ります	<input type="checkbox"/> 尿の管を抜きます			
ケア	<input type="checkbox"/> 心電図・酸素モニターをつけます <input type="checkbox"/> 酸素吸入をします <input type="checkbox"/> 背中から痛み止めが入ってきます <input type="checkbox"/> 必要時ガーゼ交換をします <input type="checkbox"/> 点滴をします 	<input type="checkbox"/> 回診後心電図モニターを止めます <input type="checkbox"/> 酸素を止めます <input type="checkbox"/> 背中からの痛み止めを交換します（術後2日目まで交換します）		<input type="checkbox"/> 背中からの痛み止めを抜きます	
検査		<input type="checkbox"/> レントゲン  <input type="checkbox"/> 採血 		<input type="checkbox"/> レントゲン  <input type="checkbox"/> 採血 	
説明 指導	<input type="checkbox"/> 手術後医師よりご家族へ説明があります <input type="checkbox"/> 手術が終わるまでご家族は6階のデイルームでお待ちください <input type="checkbox"/> 処置は1つ1つ声をかけて行います わからないことは言ってください <input type="checkbox"/> 深呼吸をし、痰を出しましょう <input type="checkbox"/> 体の向きを変えましょう <input type="checkbox"/> 痛い時は我慢せず教えてください 	<input type="checkbox"/> 痛みは我慢せず教えてください <input type="checkbox"/> 体を動かすことで痰が出やすくなり肺炎予防になったり、腸の動きが良くなるので、なるべく痛み止めを使用して体を動かすようにしましょう <input type="checkbox"/> 歩行する時に詳しく説明します <input type="checkbox"/> 最初に歩く時は看護師と一緒に歩きます	<input type="checkbox"/> 痛み止めの使い方についてアドバイスをします。痛みがある時は我慢せず教えてください <input type="checkbox"/> 食事が始まるまでは水・お茶・スポーツ飲料水を飲んでください <input type="checkbox"/> 定期的な排ガス・排便があるように水分をとり、運動をしましょう <input type="checkbox"/> 手術後は消化機能の変化により頻便になることがあります <input type="checkbox"/> 術後3～5日目AM 栄養士が訪問し、食事指導をします （ / ）	<input type="checkbox"/> 食事は一口ずつゆっくりと食べましょう（腹8分目を心がけてください） 手術後の食事の摂取方法の注意点を説明します <input type="checkbox"/> 腸閉塞予防のために食事とのとり方や水分のとり方、運動の必要について説明します	

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

人工肛門閉鎖の手術を受ける患者様へ

ストーマ閉鎖パス【07019-00】

患者氏名： _____ 様 入院病棟： _____ 病棟 主治医： _____ 受け持ち看護師： _____ No3

日付	/ /		/ /		/ /		/ /	
	8日目		9日目		10～11日目		12日目	
イベント	手術後5日目		手術後6日目		手術後7～8日目		退院日	
目標	<input type="checkbox"/> 鎮痛剤の使用タイミングを自分で考えることができる <input type="checkbox"/> 傷からの出血など異常がない <input type="checkbox"/> 食事の摂取方法がわかる <input type="checkbox"/> 腸閉塞の徴候がない	<input type="checkbox"/> 食事の摂取方法がわかる <input type="checkbox"/> 腸閉塞の徴候がない	<input type="checkbox"/> 腸閉塞の徴候がない <input type="checkbox"/> 退院後の生活について注意することがわかる	<input type="checkbox"/> 退院後の生活について注意することがわかる	<input type="checkbox"/> 退院後の生活について注意することがわかる	<input type="checkbox"/> 退院できる		
活動範囲								
食事 飲水	<input type="checkbox"/> 7分粥		<input type="checkbox"/> 全粥		<input type="checkbox"/> 全粥か常食			
清潔	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">退院基準：創感染や腸閉塞がなく退院できる</div>							
排泄								
検温								
ケア								<input type="checkbox"/> 医師の許可により退院可
検査	<input type="checkbox"/> レントゲン 			<input type="checkbox"/> 採血 				
薬剤								
説明 指導			<input type="checkbox"/> 退院後の生活で注意してほしいことを説明します 食事や水分のとり方、運動の大切さをお話しします <input type="checkbox"/> 体調が悪くなった時の対処方法、受診の方法などを説明します <input type="checkbox"/> 退院するにあたって不安なことは言ってください <input type="checkbox"/> 退院が決まったら次回外来の予約票をお渡しします					

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