

皮膚・皮下腫瘍の手術を受けられる患者様へ(3日間)

皮膚・皮下腫瘍摘出術パス【15004-00】

患者氏名： 様 入院病棟： 病棟 主治医： 受け持ち看護師： No1

|                                                                                                                  |                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                      |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 日付                                                                                                               | /                                                                                                                     |  | /                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | /                                                                                                                                                                    |  |
| 入院日数                                                                                                             | 1日目                                                                                                                   |  | 2日目                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | 3日目                                                                                                                                                                  |  |
| イベント                                                                                                             | 入院日                                                                                                                   |  | 手術当日                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | 手術後1日目(退院)                                                                                                                                                           |  |
| 目標                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 熱がなく、予定通り手術をうける準備を進められる<br><input type="checkbox"/> オリエンテーションの内容を知ることができる                    |  | <input type="checkbox"/> 手術部位の傷が開いていない<br><input type="checkbox"/> 創痛がない、もしくは鎮痛剤で落ち着いている<br><input type="checkbox"/> 熱がなく、予定通り手術がうけられる<br><input type="checkbox"/> 血圧・体温・脈など普段の値と変わらず過ごすことができる                                                                                              |  | <input type="checkbox"/> 発熱がない、<br><input type="checkbox"/> 創部に問題が無い<br><input type="checkbox"/> 創痛がない、もしくは鎮痛剤で落ち着いている                                               |  |
|                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 内服注射<br><input type="checkbox"/> 今まで飲んでいたお薬を確認します                                            |  | <input type="checkbox"/> （：）から点滴をはじめます<br><input type="checkbox"/> 手術後問題なく飲食できることを確認して、点滴を終了します<br><input type="checkbox"/> 飲食開始後、痛み止めの薬を飲みます<br><input type="checkbox"/> 手術後から薬の内服確認をします                                                                                                   |  | <input type="checkbox"/> 痛み止めの薬を1日3回飲みます<br><input type="checkbox"/> 痛み止めの薬は飲みきって終了となります                                                                             |  |
| 検査                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 入院中に採血やレントゲンなど検査がある場合はその都度お知らせします                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                      |  |
| 治療処置                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 血圧・脈・体温を測ります<br><input type="checkbox"/> 身長・体重を測ります                                          |  | <input type="checkbox"/> 手術の前後で血圧・脈・体温を測ります<br><input type="checkbox"/> 手術後から酸素吸入と心電図モニターを開始します<br>終了時間はこちらからお知らせします（2～3時間程度）                                                                                                                                                               |  | <input type="checkbox"/> 朝（9～10時）に医師の診察があります<br><input type="checkbox"/> ドレーンが挿入されている場合、ドレーンの量を見て問題がなければ、抜けます                                                        |  |
| 食事飲水                                                                                                             | <input type="checkbox"/> （：）から食べ物・牛乳・ジュース・炭酸飲料はとれません（水・お茶・スポーツドリンク可）                                                  |  | <input type="checkbox"/> （：）から飲水はできません<br><input type="checkbox"/> 手術後、最初の飲食はお腹の動きが回復してからになります<br>許可があるまでお待ち下さい                                                                                                                                                                             |  |                                                                                   |  |
| 清潔                                                                                                               | <input type="checkbox"/> シャワー浴ができます                                                                                   |  | <input type="checkbox"/> シャワー浴はできません                                                                                                                                                                                                                                                        |  | <input type="checkbox"/> ドレーンが抜けるまでシャワー浴は出来ません<br><input type="checkbox"/> 身体を拭くことはできます<br><input type="checkbox"/> ドレーンが抜けた翌日から、シャワーに入ることができます<br>※入浴は抜糸が済むまではできません |  |
| 排泄                                                                                                               |                                                                                                                       |  | <input type="checkbox"/> 手術後トイレに行きたい場合は看護師にお知らせください                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                      |  |
| 安静活動                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 制限ありません                                                                                      |  | <input type="checkbox"/> 手術後、初めて歩く時は看護師が確認します<br>※問題なければ、病棟内のみ歩行可能となります                                                                                                                                                                                                                     |  | <input type="checkbox"/> 回診後より安静の制限がなくなります。                                                                                                                          |  |
| 説明指導                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 病棟案内・入院時オリエンテーション<br><input type="checkbox"/> 主治医から手術の説明、麻酔科医と手術室看護師の術前訪問・病棟看護師から術前後の説明があります |  | <input type="checkbox"/> 手術に行く時は、指輪・時計・ヘアピンなどの金属製品や義歯は外してください<br><input type="checkbox"/> 名前・年齢・性別・血液型を確認します<br><input type="checkbox"/> 手術後、手術部位にドレーン(血抜きのための管)が入る場合があります※ドレーンが入る場合は手術後に注意点を説明します<br><input type="checkbox"/> 痛い時は、看護師にお知らせください<br><input type="checkbox"/> 創のガーゼを観察していきます |  | <input type="checkbox"/> 退院に向けて手術部位の管理方法について説明をします<br><input type="checkbox"/> 退院前日または退院時に退院の薬・予約票・診察券をお渡しします                                                        |  |
| <div>退院基準：<br/><input type="checkbox"/>手術部位の感染（発赤、離開、滲出液）がない<br/><input type="checkbox"/>自力または誰かの協力を得て創を管理</div> |                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                      |  |