

心筋焼灼術(アブレーション)を受けられる患者様へ(入院診療計画書)

様
病名 発作性心房細動・心房細動 症状

入院病日経過 月 日	入院(治療2日前)	入院2日目(治療前日)	治療当日	治療後1日目	治療後2日目	退院日
目標	心筋焼灼術について理解ができる		不安や痛みを表出し安静を守る事ができる	合併症が起きず日常生活の知識を身につけ退院できる		
指導・説明	<ul style="list-style-type: none"> 治療当日までに主治医より説明があります。(ご家族も一緒に) 病棟看護師より説明があります。 《準備するもの》 T字帯 1枚、ストロー又は横飲み 希望時、栄養士より食事指導が受けられます。 麻酔科医師の訪問があります。 集中治療室の看護師より説明があります。 <p>特別な栄養管理の必要性 (有・無)</p>		<p>《治療前》</p> <ul style="list-style-type: none"> 朝、採血をします。 治療前1食は禁食、治療後1食はおにぎりになります。 禁食時の薬は少量の水で飲んで下さい。 医師の指示で糖尿病薬とインスリン注射、抗凝固薬が止まることがあります。 集中治療室1泊入室の準備をしてください。 冠血管拡張剤テープを腕に貼ります。 血圧、脈拍、体温を測定します。 点滴を開始し、尿管を入れます。 穿刺部(両足の付け根)を除毛し、前貼りをします。 動脈触知部位(足の甲)に印を付けます。 弾性ストッキングをはきます。 寝衣は全て脱ぎ長寝巻をかけます。 貴金属、入れ歯等、身につけている物をすべて外します。 1階の血管造影室へベッドで行きます。 <p> 治療中・治療後の安静中に胸部症状がありましたらすぐに知らせて下さい。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 集中治療室から病棟に戻ります。 40歳以上の方は、別紙《総合機能評価表》を用いて総合的な機能評価を行う場合があります。 	<ul style="list-style-type: none"> 退院後の日常生活や再診日について看護師から説明があります。 	
食事	<ul style="list-style-type: none"> 塩分やカロリーが制限された食事になります。 経食道心エコー検査のため、昼食は禁止です。 		<ul style="list-style-type: none"> 制限食が続きます。 			
点滴注射内服薬	<ul style="list-style-type: none"> 内服薬やインスリン注射、お薬手帳を持参し看護師に渡して下さい。 医師の指示により中止になる薬もあります。 点滴の針を入れ当日に備えます。 		<ul style="list-style-type: none"> 医師の指示で、内服薬の調整が行われることもあります。 薬剤師より内服薬の説明があります。 <p></p>			
検査活動処置	<ul style="list-style-type: none"> 心電図の機械を付けます。 心臓CT撮影を行います。 点滴をして、経食道心エコー検査を行います。 血圧・脈拍・体温・体重測定を行います。 入浴は可能です。□ 原則、病院内を自由に歩けます。 弾性ストッキングのサイズを合わせます。 		<p>《治療後》</p> <ul style="list-style-type: none"> 集中治療室に向かいます。 血圧、脈拍、体温を測定し、心電図検査を行います。 帰室後3時間は絶対安静、その後は朝までベット上安静です。出血を防ぐためにとても大切です。 医師の指示で抗凝固薬を再開します。 医師より治療結果の説明があります。 <p>(ご家族も一緒に) </p>	<ul style="list-style-type: none"> 朝、心電図と採血を行います。 穿刺部の消毒をし、ガーゼ圧迫を継続します。 レントゲン撮影があります。 冠血管拡張剤テープを除去します。 弾性ストッキングを除去します。 尿管を抜き、病棟内を自由に歩くことができます。 医師の指示で抗凝固薬を再開します。 医師より治療結果の説明があります。 医師より治療結果の説明があります。 医師より治療結果の説明があります。 	<ul style="list-style-type: none"> 穿刺部を消毒し、絆創膏に貼り変えます。 	<ul style="list-style-type: none"> 穿刺部を覆ったまま、シャワー浴が可能になります。(入浴は治療後5日目より可能になります。) 心電図の機械を取り、病院内を自由に歩くことができます。
その他	<ul style="list-style-type: none"> 眠れない時は申し出て下さい。 胸部症状がありましたら看護師に伝えて下さい。 		<ul style="list-style-type: none"> 概算は退院前日にお知らせします。(※場合によっては概算ができないことがあります。) 	<ul style="list-style-type: none"> 退院当日に外来棟1階⑤お支払(退院精算)で精算して下さい。(休診日の場合は入院棟1階、28番救急外来受付になります。) ※場合によっては後日清算となることがあります。 		

(主治医) _____ 印

(主治医署名) _____

※主治医の押印がある場合は不要

主治医以外の担当者 (看護師) _____

(薬剤師) _____

(栄養士) _____

年 月 日

病 棟	6階みなみ 入院 フロア
主 治 医	
退 院 日	月 日
退院後の治療計画	<input type="checkbox"/> 当院当科外来で通院治療を行います。 <input type="checkbox"/> 他院 () で通院治療を続けます。 <input type="checkbox"/> その他
退院後の療養上の留意点	<ul style="list-style-type: none"> ・規則正しい通院 ・塩分制限 <input type="checkbox"/> その他
保健医療サービス 又は 福祉サービス	
そ の 他	