

入院診療計画書

冠動脈バイパス手術(CABG)を受けられる()様へ

リハビリ

2 部 印 刷

1 部: 患 者 ファイル

1 部: 患 者 様 用

病名

年齢

生年月日:

薬 剤 師

症状

受持看護師

病棟

管理栄養士

日時	月 日 ~ 月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日 ~ 月 日			
経過	一般病棟		ICU		ICU / 一般病棟		一般病棟							
	手術前々日 ~ 手術前日		手術当日 (術前)		手術当日 (術後)		手術後1日目		手術後2日目		手術後3日目			
目標	手術を理解し同意している 必要な物品が整っている 手術に必要な検査が終了している 心身ともに安定した状態で手術を受けることができる		痛みがコントロールでき座ることができる 経口摂取量制限が理解でき摂取量を守る 創部の発赤や腫脹がなく発熱などの感染の徴候がない 胸痛発作がおきない		痛みがコントロールできトイレ洗面所に歩行できる 創部は発赤や腫脹がなく発熱などの感染の徴候がない 胸痛発作がおきない		創部の発赤や腫脹がなく発熱などの感染徴候がない 院内歩行ができる 術後諸検査が終了している							
食事	治療食が出ます 		絶食です。 食事(お粥)が開始になります 経口摂取量に制限があります 食事・水分の摂取量を確認します ご希望により食事の形態を変えることができます 希望があれば看護師にお知らせください 											
安静度	自由です 		ベッド上安静です 看護師の介助で2時間毎に体の向きを変えます 		看護師の介助でベッドの端に腰を掛けたり、ベッドの横に立つ練習をします ポータブルトイレを使用できます 		自由に歩くことができます リハビリの状況によって歩行ができます 							
清潔	入浴をすることができます 		顔のひげそりをしてください。 朝、シャワー浴をしてください。 義歯、指輪、ヘアピンははずしてください		看護師が毎日身体を拭きます 洗面は介助で行います 		看護師が身体をふきます 					創の状態によってシャワー浴をすることができます		
排泄	トイレまで歩いていくことができます		術後は尿の管が入っていますのでトイレへ行く必要はありません		手術後2~3日目に尿の管を抜きます 抜いた後も尿量を確認します							尿はためなくてかまいません		
検査			ICU入室当日、翌日は ・(ベッド上) 胸のX線撮影 ・心電図 ・血液検査 ・血ガス(適宜)があります		・(ベッド上) 胸のX線撮影 ・心電図 ・血液検査 ・血ガス(適宜)があります		適宜胸のX線撮影や血液検査を行う場合があります   		体重を毎日測定します 必要に応じて血液検査、X線検査、CTの撮影を行います   					
点滴 注射 治療 処置	() 時頃 手術室へ行きます		首・手から 24時間持続で 点滴をします ドレーン(心臓周囲の管)は状況を見て主治医が抜去します											
内服	持参薬は一度すべて 看護師に渡してください 寝る前に下剤を 内服 します。眠剤を希望さ れる場合は看護師に お知らせください。		内服はすべて一旦 中止になります		気管内チューブが 抜ければ内服が開始 になります									
リハビリ			深呼吸、排痰の励行 ベッド上に座る練習 をします		ベッドの端に座ったり 立位をとる練習をしま す 歩行練習可状態に合わせ てリハビリをすすめていき ます。		毎日リハビリを行います。創部の痛みがある場合は痛み止めを使用できますので、お知らせください。							
観察			1時間毎に看護師が 検温をします		2時間毎に看護師が検温をします									
説明 指導	医師が手術について説明します。 看護師から入院生活の説明がありま す。手術前日麻酔科医と手術室看護 師の 訪問があります。薬剤師がお薬 について説明します。手術に必要なバ スタオルとタオル3~4枚、ティッシュ、 バスタバンド、らくのみを準備してくださ い		貴重品は一旦、お持ち 帰ってください		手術後、医師が ご家族の方へ手術 内容を説明します 		血圧が安定していて、主治医から許可が 出れば一般病棟にもどります		必要に応じて栄養士が退院後の食事について説明します(日時未定) 				看護師が退院後の生活について説明します。 薬剤師がお薬について説明します。 入院費は保険の負担区分に応じて、一時預り金になりま す。更正医療決定後精算となります。(病院から連絡いたし ます。)   	

※上記内容は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わることもありますのでご了承ください
※ご質問等ございましたら気軽にスタッフへ声を掛けてください。

※ 特別な栄養管理の必要性 ☒ 有 主治医 ☐ 無 私は、上記診療行為について、主治医から十分な説明を受けました。

◇総合的な機能評価◇ ☐ 評価対象外 ☐ 問題なし ☐ 要経過観察

・日常生活動作

・認知機能

・意欲

年 月 日 患者 又は 親権者・親族等サイン (続柄)

高知赤十字病院 心臓血管外科 19-002-PO