

患者番号

内シャント造設術を受けられる

様へ

山梨大学医学部附属病院

号室

主治医

印

担当医

病棟師長

担当看護師

担当管理栄養士

| 病名 | 入院当日 (手術前) | 症状： 手術予定時間 呼ばれたら (手術後) | 退院日 |
|------|--|---|---|
| 説明 | 医師が検査の説明を行います。 看護師が病棟の案内と検査の注意点など説明致します。 手術時間に関しては、決定次第ご連絡いたします。手術室にはシャツを脱いで、病衣だけになり車椅子にて入室となります。  | 手術後は以下について注意してください。 1. シャント肢での血圧測定や採血は禁止です。 2. 術後はシャント肢を保護するための道具を使用します。 3. シャント肢をベッドの下に下げたり、腕枕はしないようにしてください。 4. シャント肢に腕時計はしないでください。 5. 服の袖口はゆるめの物を選択してください。 6. シャント肢をぶついたり、傷つけないようにしてください。 7. シャント肢で重いものを持たないようにしてください。 8. シャント肢に負荷がかかる運動は避けてください。 シャント造設部位は清潔に保ってください。 | 看護師より退院後の注意点についての説明を致します。 1. 当院、または通院している透析病院での定期受診を守りましょう。 2. 出血・疼痛・腫脹・熱感・シャント音とスリル音の減弱が有る場合には受診をしてください。 3. シャント肢の保護に努めてください。 4. 抜糸の必要はありません。外来または透析病院にて創部の様子を見てもらって下さい。医師の許可が出るまでは半身浴、またはシャワー浴とし、全身の入浴は禁止です。 5. 離握手運動（グーパー運動）を朝、昼、夕に 10 回ずつ行って下さい。 |
| 処置 | シャント造設部位を清潔にします。 | 出血・疼痛・腫脹・熱感がある場合はお知らせください。医師が創部を観察します。 | |
| 排泄 | 手術前に排尿・排便をすませてください。 | | |
| 内服 | 持参の薬を確認致します。その後医師の指示により内服を継続します。 | | 内服は医師の指示があるまでは継続してください  |
| 食事 | 特に制限はありません。治療食の方はそれに沿った食事になります。 | 特に制限はありません。 | |
| 行動範囲 | 特に制限はありません | 特に制限はありません。手術直後の歩行は付き添いますので、ふらつく場合はナースコールをしてください。 | |

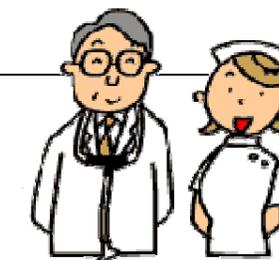
特別な栄養管理の必要性(有 ・ 無)

病室入り口への氏名表示 (同意する・同意しない)

入院薬剤管理指導業務 (服薬指導等) を依頼 (する・しない)

____年 ____月 ____日
患者または代理氏名 ()

〒409-3898 山梨県中央市下河東 1110 番地
山梨大学医学部附属病院 泌尿器科
TEL:055-273-1111



お断り：このスケジュール通りに進まない場合があります。その時は医師や看護師から説明があります

平成25年4月改訂