

経皮血管形成術 PTA (患者用クリニカルパス) 入院年月日: 年 月 日 退院予定日: 年 月 日

ID _____

患者氏名 _____ 様

主治医 _____

※状況により予定及び下記の分類が変更になる場合があります。ご了承ください。

今回の入院に関わる疾病分類は「慢性腎不全(100280)」です。

入院前		入院日(/)		
入院申し込み		治療前	治療後 ~ 16時頃 退院	
検査・処置		<input type="checkbox"/> 1例目の方は、8時30分、 2例目の方は、9時30分迄に 来院し、受付をして下さい 血管造影室に移動します 血管造影室で、手術衣に着替えます 治療前にシャント側に印をつけます	<input type="checkbox"/> 3例目以降の方は、 10時に入院します 入院後 検温をします 手術衣に着替えます 治療前にシャント側に印をつけます 検査室から呼ばれた後、 ストレッチャーで血管造影室に移動します 	検温 PTA帰宅時・退院前・必要時 シャント音を確認します 医師診察までに異常が無ければ、退院となります 穿刺部位の枕子は、 医師が指示した時間に ご自宅で除去して下さい
薬	内服中止の薬 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り ()は 月 日より内服出来ません 入院時、お薬手帳や、 薬剤情報紙をご持参ください	使用している薬や、 中止になっている薬を確認します 治療前に、下肢か、シャントと 反対の手より点滴を行います	使用している薬や、 中止になっている薬を確認します 治療の前に、点滴を始めます 	中止薬の再開(/) 担当医にご確認下さい
安静・排泄		制限はありません	制限はありません	制限はありません
食事・飲水		減塩食(必要時カリウム制限食)	減塩食(必要時カリウム制限食)	制限はありません
清潔	入院前日、爪切りをお願いします	穿刺部を洗って下さい	穿刺部を洗って下さい	治療当日は入浴できません
薬剤師				必要時、入院薬剤指導(薬剤師)があります
患者・家族への説明	今までの生活について伺います 心配なことは、お知らせ下さい 不明な点は、患者支援センターに ご連絡ください 	造影剤問診票 ・治療同意書 をご持参下さい  同意書類は全て、検査担当の 急患部看護師に、お渡し下さい	病棟入院後、入院生活と治療について、 オリエンテーションを行います 造影剤問診票・治療同意書をご持参下さい 同意書類は全て、病棟看護師にお渡し下さい	主治医より治療の説明があります ☆シャント肢に、 痛みや出血などがあれば、お知らせ下さい ☆退院後も引き続き シャント部の音や 触知状態(スリルなど)をご確認下さい 退院オリエンテーション 退院証明書をお渡します 
医事	入院生活のご案内・入院予約	医療費の支払いや手続き等、医事に関するたずねがある場合は、 医事課スタッフが病室に伺います 看護師にお知らせ下さい		退院日会計をお願いします 退院証明書をお渡します