| | 入院 | 手術当日 | | 術後1日目 | 術後2日目 | | |
|----------------|---|------------------------------|---------------------------------|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
| | 手術前日 | 手術前 | 手術後 | | | | |
| 処置·検査 (病棟内) | ・採血をします ・18時から点滴をします ・夕食後に浣腸をします | ・前日に排便がない場合坐薬を 使用して便を出します | | ・傷口を消毒します (ガーゼに出血などがある場合 のみ) | 傷口を消毒します傷口の管を抜きます | | |
| 手術 | | | | | | | |
| 検査 | | | ・採血があります | ・採血があります | | | |
| 薬剤・輸血 | ・現在の内服薬を看護師に 提出してください ・薬剤師から薬の説明があり ます | ・当日内服する必要があれば 看護師がお持ちします | ・抗生剤の点滴をします | ・午前と午後に抗生剤 の点滴をします | \Rightarrow | | |
| 安静·活動 リハビリ | 寝たまま食事をする練習を します(術後の為)呼吸訓練をしますリハビリがあります | ・リハビリは休みです | ・ベッド上安静です | ・部屋でリハビリをします ・ベッドを30度まで上げることが 可能です | ・傷口の管が抜けた後 コルセットを装着して 車椅子に乗る練習を します | | |
| 清潔 | - 入浴ができます | ・入浴はでき | きません | ・体を拭きます | \Rightarrow | | |
| 排泄 | ・トイレ歩行可です | ・トイレ歩行可です | ・術後、尿の管が入ります | ・尿の管が入っています | ・離床状況に応じて尿の管を 抜きます | | |
| 食事 | ・病院の食事がでます ・22時以降禁飲食です | ・手術日は禁 | 飲食です | ・朝から食事が出ます (寝た状態で食べます) | ・傷口の管が抜けた後 ベッドを90度まで上げ 食事が摂れます | | |
| 教育指導 | ・手術前後の流れを 説明します | | | | | | |
| その他 | A. | | 弾性ストッキングを履きます | ⇒ | ⇒ | | |

注1:病名等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り得るものです

注2:退院日はあくまでも予定日となっています

病状・検査・手術の経過及びご希望により短縮延長することもありますのでご了承ください

注3:入院医療費の算定方法については別紙にてご説明致します。

社会福祉法人恩賜財団済生会 千葉県済生会習志野病院

パス名 腰椎椎弓切除

| | 術後3日目 | 術後4~6日目 | 術後7日目 | 術後8~13日目 | 術後14~20日目 | 術後21~22日目 | 退院術後23日目 |
|----------------|---|------------------------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------------|---------------|
| | _ | | | | | | |
| 処置·検査 (病棟内) | ・傷口を消毒します (ガーゼに出血などが ある場合のみ) | ・傷口を消毒します (ガーゼに出血などが ある場合のみ) | ・抜糸をします | (術後8日目) ・傷口の確認をします | | | |
| 手術 | | | | | | | |
| 検査 | | | ・レントゲンを撮ります・採血があります・尿検査があります | | (術後14日目) ・レントゲンを撮ります ・CT検査をします | | |
| 薬剤・輸血 | | | | | ・採血があります・尿検査があります | | |
| 安静·活動 リハビリ | コルセットを装着して歩行練習をします(歩行器・杖使用) | ⇒ | ⇒ | ⇒ | ・杖などを使わずに 歩く練習をします | | |
| 清潔 | ・体を拭きます | | ⇒ | ・傷口の確認後、入浴 可能となります | | 44 | |
| 排泄 | ・トイレ歩行可です | → | ⇒ | ⇒ | ⇒ | ⇒ | ⇒ |
| 食事 | ・病院の食事がでます | ⇒ | ⇒ | ⇒ | ⇒ | ⇒ | ⇒ |
| 教育指導 | | | | | | コルセットの装着方 法・日常生活動作の 確認をします。 | 退院指導を 行います |
| その他 | ⇒ | ⇒ | ⇒ | ⇒ | ⇒ | ・弾性ストッキング を脱ぎます | |
| | | | | | - | 説明日 | 年 月 日 |

特別な栄養管理の必要性 有 無

| 主治医 | |
|-------|---|
| 病棟師長 | _ |
| 担当看護師 | |
| 本人•家族 | |

2/2