**スケジュール表　（　パス名　ロボット支援下前立腺全摘除術　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　）様**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 入院当日（手術前日） | 　　　　　　　　　　　　手術当日 | 　　　　　　　　　手術後１～5日目 | 手術後6～7日目 |
| 　　（　　／　　） | （　　／　　） | （　　／　）～（　　／　）　　　　　　 | （　　／　）～（　　／　） |
| **点滴** |  | ・手術中に点滴をします・手術後も続けて点滴があります | ・点滴があります（経口摂取量、発熱、創の状態などを総合的に判断して早めに点滴を終了する場合があります） |  |
| **内服薬** | ・今まで服用していた薬は中止の指示が　　　　なければいつものように服用して下さい（全ての薬剤について、薬剤師から服薬指導を受けて下さい）・服用中止の指示があった薬は、許可があるまで服用しないで下さい・入院後に下剤（マグコロール）の内服があります | ・麻酔科から許可があった内服薬はいつものようにお飲み下さい・中止薬は許可のあるまで服用しないで下さい | ・服用指示薬はいつものように服用して下さい・中止薬は許可のあるまで服用しないで下さい | ・内服抗生剤や尿失禁治療薬が処方される場合があります |
| **検査****処置** | ・血液検査があります  | ・手術室で麻酔をして、手術を行ないます・背中に痛み止めの細いチューブが入ります・採血があります（手術）・お腹に手術中の出血や洗浄液を出す管（ドレーン）が入っています | ・術後1日目と５日目に血液検査があります・術後２日目を目安に痛み止めのチューブを抜きます・尿道・膀胱の造影検査をする場合があります・ドレーンからの尿漏れがなければドレーンを抜きます |  |
| **安静度** | ・病院内歩行自由です | ・手術後はベッド上で安静にして下さい・血栓予防のために弾性ストッキングを着用します | ・ベッドの上での体動は積極的に行って下さい・歩行が可能となれば弾性ストッキングは脱いでもかまいません | ・病棟内～病院内歩行可能・尿失禁改善のため散歩を多くして下さい |
| **観察** | ・検温・血圧測定があります　　　　説明: 4228s | ・検温・血圧測定　　 | ・検温・血圧測定 | ・検温・血圧測定 |
| **清潔** | ・シャワーできます | ・シャワーできません | ・許可がでればシャワーできます | ・シャワーできます |
| **排泄** | ・１日の排尿と排便の回数を、お渡しする用紙に記入して下さい | ・手術後は尿道に管を入れて尿を出します・下腹部の張った感じや尿道の不快感があればお知らせ下さい | ・許可がでればトイレへの歩行は可能です・術後５日目ごろ尿の管を抜きます | ・尿失禁が持続する場合があります・失禁パンツ・パッドなどを使用して下さい |
| **食事** | ・普通食です（食事指導を受けられている場合は治療食です）・夕食後以降の飲食については麻酔科医から指示があります | ・手術後、許可があるまでは絶飲飲食です（氷片のみ可能） | ・排ガス・腸の動きが改善されたら経口摂取を許可します | ・普通食です |
| **説明** | ・入院時のオリエンテーション（病棟内の説明など）と必要物品の説明があります・治療計画と手術の説明（ご家族同伴）があります（同意書を提出して下さい）・麻酔科医師の診察と麻酔の説明があります（同意書を提出して下さい） | ・手術中、ご家族の方は病室でお待ち下さい・手術後は状態に応じてその都度説明があります | ・摘出した前立腺の組織検査の説明があります・検査結果で追加治療の相談をする場合があります・血尿の排泄を促すために積極的に飲水をしましょう・尿の管を抜いた後は、排尿日誌を記入していただきます |  |
| **その他** | ・眠剤が必要な方は申し出て下さい・予定表と異なる場合があります（その都度医師または看護師が説明します）・不明な点は医師・看護師にご確認・ご相談下さい | ・背中のチューブから持続的に痛み止めを注入して痛みを和らげますが、全身が痒くなったり吐き気が出る場合があります（痛み止めの注入を中止して坐薬などで調整することも可能ですので、看護師にお知らせ下さい） | ・必要時（尿漏れが多い場合）、骨盤底筋運動の指導をさせていただきます | ・体調が安定すれば退院が可能となります（担当医とご相談下さい）・退院時に次回の予約票をお渡しします |

＊スケジュールは変更される場合があります。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　２０２１年　２月　25日作成　徳島赤十字病院

上記説明を受け同意します。　　　　　　　　年　　月　　日　　患者様（側）署名　　　　　　　　　　　　　　　説明看護師