**スケジュール表　（慢性腎不全　シャント造設）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　様　）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | （　／　） | （　／　）～（　／　） | （　／　） | （　／　）～（　／　） | （　／　）～（　／　） |
| 手術当日 | 術後１日目～２日目 | 術後３日目～9日目 | 術後10日目～１４日目 | 術後１５日目～１６日目 |
| **治療** | 入院診療計画書をお渡します医師より血液透析についての説明があります。同意書をお渡します局所麻酔下で手術を行います。手術前にシャント造設側の腕の清拭を行います。 | 医師の指示で血液透析を行います。isozin | 医師の指示で血液透析を行います。（週２回から３回） | 医師の指示で血液透析を行います。（週２回から３回）　　　　　 | 医師の指示で血液透析を行います。（週２回から３回） |
| **検査** | 必要時、採血検査、胸部レントゲン行います | 適宜採血検査、レントゲン検査があります。 | 適宜採血検査、レントゲン検査があります。 | 適宜採血検査、レントゲン検査があります。 | 適宜採血検査、レントゲン検査があります。 |
| **安静度** | トイレ歩行のみです。手術室に行く時は車椅子で行きます。 | トイレ歩行のみです。透析室に行く時は車椅子で行きます。 | トイレ歩行のみです。透析室に行く時は車椅子で行きます。 | トイレ歩行のみです。透析室に行く時は車椅子で行きます。 | トイレ歩行のみです。透析室に行く時は車椅子で行きます。 |
| **観察** | 体温測定・血圧測定体重測定（毎日時間を決めて計ります） | 体温測定・血圧測定体重測定（毎日時間を決めて計ります） | 体温測定・血圧測定体重測定（毎日時間を決めて計ります） | 体温測定・血圧測定体重測定（毎日時間を決めて計ります） | 体温測定・血圧測定体重測定（毎日時間を決めて計ります） |
| **清潔** | 身体を拭きましょう | 身体を拭きましょう | 身体を拭きましょう | 身体を拭きましょう髪は洗えます | 身体を拭きましょう |
| **排泄** | 尿の量を計るため瓶に貯めていってもらいます。 | 尿の量を計るため瓶に貯めていってもらいます。 | 尿の量を計るため瓶に貯めていってもらいます。 | 尿の量を計るため瓶に貯めていってもらいます。 | 尿の量を計るため瓶に貯めていってもらいます。 |
| **食事** | 特別食がでます透析食（塩分６g）米飯　病院食以外のものは食べないでください。水分は１日に500ccに制限します。配茶しますので、お茶などの水分は持ち込まないでください。生の果物は摂取したらいけません | 特別食がでます透析食（塩分６g）米飯　病院食以外のものは食べないでください。水分は１日に500ccに制限します。配茶しますので、お茶などの水分は持ち込まないでください。生の果物は摂取したらいけません | 特別食がでます透析食（塩分６g）米飯　病院食以外のものは食べないでください。水分は１日に500ccに制限します。配茶しますので、お茶などの水分は持ち込まないでください。生の果物は摂取したらいけません | 特別食がでます透析食（塩分６g）米飯水分は１日に500ccに制限します。生の果物は摂取したらいけません。 | 特別食がでます透析食（塩分６g）米飯水分は１日に500ccに制限します。生の果物は摂取したらいけません。 |
| **処置** | 術後２日目シーネで創部を安静にします。抗生剤の内服を３日間行います。痛み時は頓用の痛み止めがありますので知らせてください。 | 管の周囲が汚染された時は消毒を行います。シーネを除去します。 | 管の周囲が汚染された時は消毒を行います。 | 管の周囲が汚染された時は消毒を行います。シャント穿刺できればFDL抜去します。12～14日目にシャント部の抜糸を行います。 | シャント部より穿刺できれば退院、転医となります。 |
| **備考** | 入院中の生活について説明しますFDL刺入部は清潔に保つようにしてください。感染を起こします。汚染されたとき、出血しているときは看護師に知らせてください。 | 透析導入になるので、身体障害者の手続きを行います。ソーシャル・ワーカーに介入してもらい、手続きを行ってもらいます。家族の方も話を聞いてもらいます。 | 安静 | 栄養指導を行います。転院を希望される方は早めに看護師に知られてください。ソーシャル・ワーカーに介入してもらいます。 | 当院での維持透析を受ける患者様は透析室で受診方法の説明があります。 |

＊スケジュールは変更される場合があります。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　2015年2月22日改訂　　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