**スケジュール表　（ＣＡＰＤ導入）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　様　）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 入院当日（　／　） | 手術当日（　／　） | （　／　） | （　／　）～（　／　） | （　／　）～（　／　） |
| 手術前日 | 手術前 | 手術後 | 術後１日目～2日目 | 術後3日目～　4日目 | 術後5日目～術後１４日目　　（　　）食後退院 |
| **治療** | 入院診療計画書をお渡します医師より手術についての説明があります。同意書をお渡します麻酔科医師より診察と説明があります　同意書をお渡します（２０時）安定剤と下剤を飲みます |  | 必要に応じて酸素吸入をします安静 | 医師が創部の状態を診察します良ければ酸素吸入を止めます | 医師が創部の状態を診察しますisozin　　　　　 | 術後12日目～13日目に抜糸を行います |
| **検査** |  |  |  | ＣＡＰＤ排液検査があります | ＣＡＰＤ排液検査があります術後3日目に腹部レントゲン撮影があります（病室で） | 医師の指示にて、ＣＡＰＤ排液検査があります |
| **安静度** | 病棟内歩行自由です | 病棟内歩行自由です | 手術後はスケールベッド上安静です（排液時のみベッド挙上３０度できます）足は血栓予防のため動かしましょう詳しくは手術終了後に看護師より説明があります | ベッド上安静です（排液時のみベッド挙上３０度できます）手足を動かしたり、横を向いたりしてください。座ることはできません。 | 病棟内歩行自由ですＣＡＰＤ室へ行ってＣＡＰＤを行います | 病棟内歩行自由ですＣＡＰＤ室へ行ってＣＡＰＤを行います |
| **観察** | 体温測定・血圧測定 | 体温測定・血圧測定　　 | ICUより帰室後、血圧・脈拍測定などの観察を行います | 体温測定・血圧測定体重測定 | 体温測定・血圧測定体重測定（毎朝、時間を決めて測定して下さい） | 体温測定・血圧測定体重測定（毎朝、時間を決めて測定して下さい） |
| **清潔** | シャワー浴できます |  | 麻酔が覚めたら、うがいをしましょう | 身体を拭いて寝巻きを着替えます | 身体を拭きましょう髪は洗えます | 身体を拭きましょう抜糸が終われば、入浴方法の指導があります。 |
| **排泄** | 通常通り | 浣腸します | 尿の管が入っています | 尿の管が入っています | 術後３日目に尿の管を抜きます抜いたら、トイレを使用してください | トイレを使用して下さい |
| **食事** | 特別食がでます（夕食後は麻酔医の説明どおり食事や水分の摂取時間をお守り下さい） | 朝食から欠食です | 手術後、許可があれば水分を取りましょう詳しくはICUより帰室後に看護師より説明があります | ＣＡＰＤ食が開始します（寝たまま食べられるようおにぎり、串差し食がでます） | ＣＡＰＤ食座って食事ができます | ＣＡＰＤ食 |
| **処置** | お臍の処置を行います　（処置が終われば、入浴できます） |  | 持続点滴を行います痛みのある方は我慢せず申し出て下さい | 食事が摂取できれば、手術の翌日に点滴を抜去します家人に計量･排液の捨て方、記録用紙の記入方法の説明します手洗い指導を行います | バスコートの注文計量･排液の捨て方、記録用紙の記入方法など一連のＣＡＰＤ交換操作について説明します | カテーテル出口部消毒方法の指導カテーテルケア、トラブル時の対処方法、日常生活の指導を行います |
| **備考** | 入院中の生活について説明します看護師より手術のスケジュールの説明があります必要物品を準備しましょう（バスタオル１枚、マジックテープ付き腹帯１枚）を預かります。 |  | １Ｌの透析液を使用して洗浄を行います。（手術室より帰室後明朝５時までに３回行います）（ＣＡＰＤ操作は看護師が行います） | １Ｌの透析液を使用して1日3回洗浄を行います。（フレゼニムス液は1回750gずつ2回に分けて行います）　（１０時・１６時・２２時）　　　CAPD操作は看護師が行います＜服薬指導＞退院までに薬剤師が行います | １.5Ｌの透析液を使用して1日3回洗浄を行います。（１０時・１６時・２２時）　　　　（ＣＡＰＤ操作は看護師が行います）ＣＡＰＤ手技について看護師より指導があります＜栄養指導＞退院までに栄養指導を2回行います | 1.5Ｌの透析液を使用して1日4回交換を行います。（5時・11時・17時・23時）ＣＡＰＤ手技について看護師より指導があります＜退院指導＞退院後の生活について医師や看護師より説明があります次回の外来受診日をお知らせします |

＊スケジュールは変更される場合があります。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　2021年11月1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