

| | |
|----|------|
| ID | 患者氏名 |
|----|------|

鼓室形成術を受けられる方へ(小児)【患者用クリニカルパス(入院スケジュール)】

この計画書は診療の概要を記したものであり、状況に応じて変更することがあります。 ※何かご不明な点があったら、担当医又は看護師にお尋ねください。

| 年月日 | 月 日 | 月 日 | 月 日 | 月 日 ~ 月 日 | 月 日 | | |
|----------|---|---|--|---|--|--|--|
| 経過 | 入院(手術前日) | 手術当日 | | 手術1日後 | 手術2~4日後 | 手術5日後(術後5日間で退院) | |
| 達成目標 | 手術について理解できる | 手術について理解できる | 痛みや他の症状が報告できる | めまいがなく安全に歩行できる | 耳の後ろの管の抜去後、洗髪、シャワー浴ができる | 退院後の生活が理解できる | |
| 検査治療処置 | <input type="checkbox"/> 医師の診察があります <input type="checkbox"/> 手術に必要な検査をする場合があります <input type="checkbox"/> 麻酔科の術前診察があります | <input type="checkbox"/> 医師診察・処置 <input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> 心電図モニター装着 | <input type="checkbox"/> 医師診察・処置  | <input type="checkbox"/> 医師診察・処置  | <input type="checkbox"/> 耳の後ろの細い管の抜去 | <input type="checkbox"/> 抜糸  | |
| 内服薬注射 | <input type="checkbox"/> 常用薬がある方は看護師へお知らせください <input type="checkbox"/> 常用薬についての指示があります | <input type="checkbox"/> 常用薬の内服は麻酔科の医師の指示に従ってください | <input type="checkbox"/> 持続点滴 <input type="checkbox"/> 抗生剤点滴 | <input type="checkbox"/> 持続点滴 <input type="checkbox"/> 抗生剤点滴 | <input type="checkbox"/> 抗生剤内服 | 【退院基準】 ①めまいがない ②耳漏、出血がない ③外来通院処置が可能である | |
| 活動安静度 | <input type="checkbox"/> 制限ありません | <input type="checkbox"/> 指示に従ってください | <input type="checkbox"/> ベッド上安静 | <input type="checkbox"/> 病棟内制限なし | <input type="checkbox"/> 制限ありません | 【退院後の治療計画】 定期的に耳処置を行います 医師の指示がある場合に点耳してください | |
| 食事 | <input type="checkbox"/> 常食または治療食 | <input type="checkbox"/> 手術日は絶食となりますので何も食べないでください <input type="checkbox"/> 水分は麻酔科の指示に従ってください |   | <input type="checkbox"/> 常食または治療食 | <input type="checkbox"/> 常食または治療食 | 【指導】 内服指導 退院指導 | |
| 清潔 | <input type="checkbox"/> 制限ありません | | | <input type="checkbox"/> 全身清拭 | <input type="checkbox"/> ガーゼがとれるまでドライシャンプー <input type="checkbox"/> 以後、イヤークャップをすればシャワー・洗髪 | 【退院後の生活について】 手術部位の異常があればすぐに連絡をしてください イヤークャップをすれば自宅でも入浴・洗髪できます | |
| 排泄 | <input type="checkbox"/> トイレ | <input type="checkbox"/> トイレ | <input type="checkbox"/> 尿管が入っています | <input type="checkbox"/> トイレ | <input type="checkbox"/> トイレ | | |
| 指導説明書類 | <input type="checkbox"/> ネームバンド装着 <input type="checkbox"/> 病衣使用許可 <input type="checkbox"/> 入院時オリエンテーション <input type="checkbox"/> 医師より手術内容と経過等の説明 <input type="checkbox"/> 手術の説明を受けた後、手術の同意書を提出してください <input type="checkbox"/> 手術する側の手に印をつけます | <input type="checkbox"/> 手術前に手術着へ更衣  <input type="checkbox"/> ヘアピンなどの金属類、シップ、マニキュア(手足)は必ず外しておいてください  | <input type="checkbox"/> 医師・看護師より手術後の安静などについての説明があります  | | <input type="checkbox"/> 診断書・保険書類等がある方は診断書窓口へ持参してください | | 【連絡先】 徳島大学病院: 088-631-3111 代表番号になっていますので、退院後は下記にお知らせください 耳鼻咽喉科・頭頸部外科外来: 電話 088-633-7166 |
| リハビリ・その他 | | | | | | | |