

乳房に対する小線源放射線治療 (APBI) を受けられる方へ
【患者用クリニカルパス (入院スケジュール)】

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

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 | 年 月 日 | | 月 日 | | 月 日 | | 月 日 | | | |
|----------|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|
| 経過 | 入院 (治療当日) | | | | | | | | | |
| | 治療前 | | | | 治療後 | | | | | |
| 達成目標 | <input type="checkbox"/> 治療について理解できる <input type="checkbox"/> 体温・脈拍・血圧などが普段とかわりない <input type="checkbox"/> 治療前の身体準備ができる | | <input type="checkbox"/> 体温・脈拍・血圧などが普段とかわりがない <input type="checkbox"/> カテーテル留置部に疼痛や腫脹・発赤等の出現がない | | <input type="checkbox"/> 体温・脈拍・血圧などが普段とかわりがない <input type="checkbox"/> カテーテル留置部に疼痛や腫脹・発赤等の出現がない | | <input type="checkbox"/> 体温・脈拍・血圧などが普段とかわりがない <input type="checkbox"/> カテーテル留置部に疼痛や腫脹・発赤等の出現がない | | <input type="checkbox"/> 体温・脈拍・血圧などが普段とかわりがない <input type="checkbox"/> 疼痛等の副作用の出現がない | |
| 検査治療処置 | <input type="checkbox"/> 心電図・胸部レントゲン・採血をさせていただきます <input type="checkbox"/> 体温・脈拍・血圧などを測ります <input type="checkbox"/> 弾性ストッキングのサイズを測定し装着します <input type="checkbox"/> 治療着に着替えます | | <input type="checkbox"/> 体温・脈拍・血圧などを測ります <input type="checkbox"/> カテーテルが留置されます <input type="checkbox"/> カテーテル留置時は局所麻酔を行います | | <input type="checkbox"/> 体温・脈拍・血圧などを測ります <input type="checkbox"/> 治療計画を行います (朝) <input type="checkbox"/> 治療1回目実施 (夕) | | <input type="checkbox"/> 体温・脈拍・血圧などを測ります <input type="checkbox"/> 朝・夕に治療を行います <input type="checkbox"/> 夕方の治療後カテーテルを抜去します | | <input type="checkbox"/> 体温・脈拍・血圧などを測ります | |
| 内服薬注射 | <input type="checkbox"/> 医師・薬剤師・看護師が持参されたお薬を確認します <input type="checkbox"/> 医師に確認し服用するお薬をお伝えします <input type="checkbox"/> 点滴を入れて抗生剤の点滴を投与します | | <input type="checkbox"/> 点滴終了後抜針します | | | | | |  | |
| 活動安静度 | <input type="checkbox"/> 制限なし <input type="checkbox"/> 車椅子で治療室に行きます | | <input type="checkbox"/> 安静度について説明します <input type="checkbox"/> 安静時はベッド上で足の運動をしましょう <input type="checkbox"/> カテーテル留置部の圧迫を避けてください | | <input type="checkbox"/> 制限なし <input type="checkbox"/> カテーテル留置部の圧迫を避けてください | | <input type="checkbox"/> 制限なし <input type="checkbox"/> カテーテル留置部の圧迫を避けてください | | <input type="checkbox"/> 制限なし | |
| 食事 | <input type="checkbox"/> 食事・飲水制限について説明します | | <input type="checkbox"/> 食事・飲水制限について説明します | | <input type="checkbox"/> 制限なし | | <input type="checkbox"/> 制限なし | | <input type="checkbox"/> 制限なし | |
| 清潔 | <input type="checkbox"/> 制限なし | | <input type="checkbox"/> 上半身は看護師で体を拭きます <input type="checkbox"/> 下半身のシャワー浴や洗髪は可能です | | <input type="checkbox"/> 上半身は看護師で体を拭きます <input type="checkbox"/> 下半身のシャワー浴や洗髪は可能です | | <input type="checkbox"/> 上半身は看護師で体を拭きます <input type="checkbox"/> 下半身のシャワー浴や洗髪は可能です | | <input type="checkbox"/> 制限なし | |
| 排泄 | <input type="checkbox"/> 制限なし | | <input type="checkbox"/> 制限なし | | <input type="checkbox"/> 制限なし | | <input type="checkbox"/> 制限なし | | <input type="checkbox"/> 制限なし | |
| 指導説明書類 | <input type="checkbox"/> 医師より入院説明 <input type="checkbox"/> ネームバンド装着 <input type="checkbox"/> 入院時オリエンテーション <input type="checkbox"/> 病衣使用許可 <input type="checkbox"/> 同意書・説明書の確認 <input type="checkbox"/> 治療の準備物の説明 <input type="checkbox"/> 患者用パス・入院診療計画書の説明 | | <input type="checkbox"/> 放射線技師より治療室での注意事項を説明します <input type="checkbox"/> 日常生活のポイントを説明します | | | |  | | 【退院基準】 乳房の腫脹や熱感・疼痛はない。出血がない。痛みを我慢せず過ごせる。アプリケーションを抜いた箇所から出血がない。 【退院後の治療計画】 感染予防として傷口は清潔に保ってください。 【指導】 疼痛管理について 【退院後の生活について】 退院前に退院指導を行います。 | |
| リハビリ・その他 | | | | | | | 【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 放射線科外来: 088-633-9284 | | | |