

ロボット大腸切除クリニカルパスNO.1

主治医は <<ORDCT S M>> 医師

担当看護師は _____ です
















	手術前日(入院日)	当日(手術前)	当日(手術後)	手術後1日目	手術後2日目	手術後3日目	手術後4日目
	月 日 曜日	月 日 曜日	月 日 曜日	月 日 曜日	月 日 曜日	月 日 曜日	月 日 曜日
処置 治療 観察	入院後に下剤を飲みます 下剤内服後に排便状況を確認します 	排便の確認をします 	点滴をします 酸素マスク・心電図モニターをつけます 手術中に尿カテーテルを入れます 	点滴をします 	点滴をします 痛み止めの飲み薬があります 	点滴をします 痛み止めの飲み薬があります 尿カテーテルを抜きます 背中への痛み止めの管を抜きます 	お腹の管を抜きます 
検査	レントゲン検査をします 			採血・レントゲン検査をします 体重測定を行います 		採血・レントゲン検査をします 	
活動	制限はありません おへその処置をした後に入浴しましょう 	手術前に入浴しましょう 	ベッド上安静です 寝返りはできません 	体を拭きます 	体を拭きます 	シャワー浴ができます 	シャワー浴ができます 
リハビリ				少しずつ体を起こして、歩きましょう 	できるだけ歩いて、体を動かしましょう 	できるだけ歩いて、体を動かしましょう 	できるだけ歩いて、体を動かしましょう 
食事 栄養	夕食は栄養補助食品です 夕食以降は食事摂取できません 飲水は可能です 	手術2時間前まで水分摂取できます  	飲食はできません うがいはできます  	食事はできません 水は飲むことができます  	朝から栄養補助食品を開始します 	朝から 全粥を開始します 	朝から 全粥を開始します 
説明 指導	主治医・病棟看護師・麻酔科医・手術室 看護師が説明をします 			栄養士より栄養指導があります 		看護師より日常生活の注意点などを説明しま す 	ゆっくり食べるようにしましょう 下痢や便秘など、調子が悪い場合はお知ら せください
痛み に関する こと	毎日、痛みの程度を0~10の 11段階で確認します 痛みがある場合は、我慢せず に看護師にお伝え下さい	痛みに関する目標:  <input type="checkbox"/> 痛みの程度(NRS) _____ 以下で過ごすことができる <input type="checkbox"/> 痛みなく睡眠できる <input type="checkbox"/> 安静時に痛みがない <input type="checkbox"/> 体動時に痛みがない <input type="checkbox"/> その他()					
看護師 サイン							

* 状況に応じて内容が変更になる場合がございますのでご了承ください。 ご不明な点がございましたら、いつでもお尋ね下さい。

ロボット大腸切除クリニカルパス NO.2

主治医は <<ORDCT S M>> 医師

担当看護師は _____ です

	手術後5日目	手術後6日目	手術後7日目(退院日)				手術後11日目
	月 日 曜日	月 日 曜日	月 日 曜日	月 日 曜日	月 日 曜日	月 日 曜日	月 日 曜日
処置 治療 観察			順調に経過した場合、手術後7日目に退院です 				
検査	採血・レントゲン検査をします 						
活動	シャワー浴ができます 	シャワー浴ができます 	シャワー浴ができます 				
リハビリ	できるだけ歩いて体を動かしましょう 	できるだけ歩いて体を動かしましょう 	できるだけ歩いて体を動かしましょう 				
食事 栄養	朝から 米飯を開始します 	朝から 米飯を開始します 	朝から 米飯を開始します 				
説明 指導	食事は無理をして、全部食べる必要はありません ゆっくり食べるようにしましょう 	退院前に栄養士による 栄養指導があります 	退院手続きに必要な書類をお渡します 				
痛みに関する こと	毎日、痛みの程度を0~10の 11段階で確認します 痛みがある場合は、我慢せず に看護師にお伝え下さい	痛みに関する目標: <input type="checkbox"/> 痛みの程度(NRS) _____ 以下で過ごすことができる <input type="checkbox"/> 痛みなく睡眠できる <input type="checkbox"/> 安静時に痛みがない <input type="checkbox"/> 体動時に痛みがない <input type="checkbox"/> その他(_____) 					
看護師 サイン							

* 状況に応じて内容が変更になる場合がございますのでご了承ください。ご不明な点がございましたら、いつでもお尋ね下さい。