

ロボット支援下前立腺全摘除術 クリニカルパス NO1

主治医は <<ORDCT S M>>

医師

担当看護師は _____ です

	入院日			当日(手術前)			(術後)			術後1日目			術後2日目			術後3日目			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	 お臍の掃除をします 眠前に下剤を内服します			 朝から座薬を入れます			 入室予定時間 ()			 点滴や尿の管、腹部に 排液の管があります			 腹部の排液の管を抜きます											
検査	 採血						 採血			 採血 レントゲン														
活動				 朝から シャワー浴			 翌朝まで ベッド上安静です			 体拭きします			 体拭きします			 シャワー浴								
リハビリ										 術後の初回歩行は 付きそいます			 特に制限はありません 無理のない程度で活動してください											
食事 栄養				術前は絶食 飲水は指示時間ま で 			 飲水許可後に 飲み込みの確認を します			 夕食より食事再開予定														
説明 指導	 手術に関する説明																		 骨盤底筋体操のDVD視聴 をします 尿パットの準備確認をします					
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。

ロボット支援下前立腺全摘除術 クリニカルパス NO2

主治医は <<ORDCT S M>>

医師

担当看護師は _____ です

	術後5日目	術後6日目(退院予定)					
	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	 医師の判断で 尿の管が抜けます						
検査	 採血	 排尿の勢いと 残尿を確認します					
活動							
リハビリ							
食事 栄養							
説明 指導	 尿の管を抜去後は 排尿量、失禁量の記録をします 残尿も確認します	 退院の書類を お部屋でお渡します					
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。