

コイル塞栓術を受けられる

様へ

担当医:

看護師:

入院日 月 日( ) 時 分に入退院支援室(休日の場合は正面玄関守衛室)にお越しください

|   | 入院日(手術前日)   | 手術当日( / )  |  | 術後1日目以降   |
|---|---|--|--|---|
|   | ( / )   | 手術前  | 手術後  |   |
| <p>予定治療処置検査</p>  | <p>・看護師が手首と足の甲の脈が触れるところに、マジックで印を付けます</p>  | <p>・検査着に着替えます<br/>                     ・金属類や入れ歯は外してください<br/>                     ・検査前にトイレを済ませてください<br/>                     ・点滴を始めます<br/>                     ※尿の管を入れる場合もあります<br/>                     ・足の血栓予防のための器械装着や靴下を履く場合があります<br/>                     ※詳細は別紙(深部静脈血栓症と肺塞栓について)をご参照ください</p> | <p>・医師より治療結果の説明があります<br/>                     ・管を入れた部分に圧迫バンドを巻き、出血の予防をします<br/>                     ※5~8時間程度で外れる予定です<br/>                     ・点滴は続けて行います<br/>                     ・状況に応じて、高度治療室(HCU)に入室します</p> | <p>・状況に応じて入院期間が延長します<br/>                     ・採血を行うことがあります<br/>                     ・状況に応じて点滴を続けます</p> <p>&lt;退院について&gt;<br/>                     ・退院が決まりましたら看護師より退院後の生活について説明があります<br/>                     ・退院は原則、午前中にお願ひします<br/>                     ※午後退院を希望される場合は病棟看護師へお申し出ください</p> |
| <p>食事</p>   | <p>・いつも通りに食べられます</p>  | <p>・朝食は食べられません<br/>                     ・午後の検査の方は昼食から食べられません<br/>                     ・水分は飲むことができます</p>  | <p>・治療後より飲食ができます<br/>                     ・水分は多めに飲んでください(造影剤を排泄するために)</p>  | <p>・退院前に栄養指導があります(ご家族の方も是非参加してください)</p>   |
| <p>内服</p>   | <p>・薬はいつも通りに飲んでください<br/>                     ・休薬が必要な方は、休薬説明、同意書をお渡ししますのでご確認ください<br/>                     ・入院後は、医師の指示通りに内服してください</p> |   | <p>・薬剤師より薬の説明があります</p>   | <p>・内服薬は指示通りに内服してください</p>   |
| <p>活動</p>   | <p>・制限はありません</p>  |    | <p>・管を入れた部位は、固定している間はあまり曲げないでください(それ以外の部位は動かさず)</p>  | <p>・穿刺部位に異常がなければ普段通りの生活をしてください</p>  |
| <p>清潔</p>   | <p>・制限はありません</p>  |  | <p>・入浴、シャワー浴は出来ません</p>   | <p>・退院後、入浴ができます</p>   |
| <p>その他</p>  | <p>&lt;検査に必要な持ち物&gt;<br/> <input type="checkbox"/> 手術(治療)の同意書(その他持ち物は入院案内をご確認ください)</p>  | <p>&lt;ご家族の方へ&gt;<br/>                     ・治療前に病棟へお越しください<br/>                     ・治療終了までお待ちいただきます<br/>                     ※ご家族の都合がつかない場合は、医師にご相談ください</p>   | <p>・管を入れた部位の痛み、しびれ、出血がありましたら、看護師にすぐお知らせください</p> <p>上記入院中の療養支援計画について説明を受けました</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>本人または家族の署名 _____</p> <p>この説明用紙は入院時もお持ちください</p>                                     | <p>異常がありましたら下記へご連絡ください<br/>                     ・退院した日は入院病棟へ<br/>                     ・以降、平日の昼間は外来1ブロックへ<br/>                     夜間・休日は救急外来へ<br/>                     医療センター TEL:0267-62-8181</p>  |

※この経過内容は当院での標準的な診療内容を記載しています。検査後の経過には個人差があり、内容どおりには進まないこともあります。その都度対応していきますのでご安心下さい 2021/5 改訂