

腹腔鏡下ヘルニア手術(TAPP)の(全身麻酔)を受ける

様へ

	外来	入院日・手術前日	手術当日	手術直後	術後1日目	術後2日目～	退院後
		月 日()	月 日()	月 日()	月 日()	月 日()	
達成目標		精神的、身体的に問題なく手術に臨むことができる	バイタルサインが安定している。創部に異常がない。創痛コントロールができる。		バイタルサインが安定している。呼吸状態が正常で離床ができる。創痛コントロールができる。		退院後の生活がイメージできる
処置	<ul style="list-style-type: none"> 薬局で内服薬の確認があります 麻酔医の診察があります(麻酔のしおりを持参します) 歯科口腔外科の診察があります 	<ul style="list-style-type: none"> お臍の処置があります 	<ul style="list-style-type: none"> 入室時間()<手術室で行うこと> 点滴を開始します(病室で行うこともあります) 麻酔で眠られた後、手術する部位の除毛を行う場合があります。 手術器具をつけるために足の除毛をする場合があります。 	<ul style="list-style-type: none"> 主治医より手術終了後家族へ手術の内容の説明があります 呼吸を助ける為の酸素マスクします 痰が絡むときは吸入やうがいをします 痛み止めを適宜使用します 血栓予防のため、足にストッキングやフットポンプを履いて頂くのでとらないようにしてください(酸素マスク外れ、歩けるのを確認したらとります) 	<ul style="list-style-type: none"> 点滴終了 回診時に創の観察をします 		<p style="text-align: center;"><注意事項></p> <ul style="list-style-type: none"> 日常生活は手術前と同じで構いません 創の突っ張る感じは次第に気にならなくなりますが、あまり気になるようであれば受診して下さい。 次回外来受診日まではシャワーして下さい
検査		<ul style="list-style-type: none"> 動脈から採血がある場合があります 			<ul style="list-style-type: none"> 必要時採血の検査を行います 		※再来日は予約票、診察券を持参して外科外来にお出し下さい
食事	<ul style="list-style-type: none"> 制限はありません 	<ul style="list-style-type: none"> 昼食は常食が出ます 夕食分としてアルジネート2本をお飲みください アクアサポート500ml()本を()時までにお飲みください 	<ul style="list-style-type: none"> 絶飲食です 	<ul style="list-style-type: none"> 午前手術の方は、夕:術後食 午後手術の方は、夕:水分 	<ul style="list-style-type: none"> 朝から常食 		
排泄				<ul style="list-style-type: none"> 尿道に管が入ってきます(手術室で入れます) 	<ul style="list-style-type: none"> 尿道の管を抜きます 		
活動				<ul style="list-style-type: none"> 手術後、酸素マスクが外れるまではベッド上安静ですが、酸素マスクが外れたら歩くことができます。 		<ul style="list-style-type: none"> 制限はありません痛みが強い場合は休息をとってください 	
清潔		<ul style="list-style-type: none"> お臍の処置後に入浴し、清潔にして頂きます。 			<ul style="list-style-type: none"> 看護師がお体をお拭きします 	<ul style="list-style-type: none"> 手術後2日目からシャワーが出来ます 	
その他	<ul style="list-style-type: none"> 主治医より手術についての説明があります。 <手術までに必要な物> タオル2枚、バスタオル2枚、※全てに名前を書いてください 	<ul style="list-style-type: none"> 看護師より入院についての説明があります。 	<ul style="list-style-type: none"> 貴重品は家族に預けて下さい ご家族の方は、手術1時間前位に来て頂ければ結構です。手術中は3F手術室前か4Fロビーでお待ちください 	<ul style="list-style-type: none"> 深呼吸をするよう心がけて下さい 口が渴いたらうがいをしましょう 			
内服		<ul style="list-style-type: none"> 今飲んでる薬の確認をします。 	<ul style="list-style-type: none"> ()時に()を飲んでください 	<ul style="list-style-type: none"> 手術後、夕から内服再開してください 			

主治医: _____

主治医以外の担当者: _____

計画説明日	計画説明者
年 月 日	
同意ご署名 (本人以外の場合は患者様との関係)	

* 状態に応じ予定が異なることもございます。何か質問があれば看護師にお尋ねください。