



クリニカルパスウェイ
ペースメーカー植え込み術を受ける患者さんへ

患者番号 @PATIENTID 患者氏名 @PATIENTNAME

| | 入院前 | 入院日(手術前日) | 手術当日 | 術後1日目 | 術後2日目 | 術後3日目 | 術後4日目 |
|------|--|---|---|--|--|--|---|
| 日時 | 月 日 | 月 日 | 月 日 時頃 | 月 日 | 月 日 | 月 日 | 月 日 |
| 目標 | 安心して手術に臨むことができる。 | 心身ともに安定した状態で手術に向けて準備ができる。 | 安全に手術が受けられる。手術後の合併症がなく過ごせる。 | 手術後の合併症がなく過ごせる。退院後の生活について理解できる。 | 手術後の合併症がなく過ごせる。退院後の生活について理解できる。 | 手術後の合併症がなく過ごせる。退院後の生活について理解できる。 | 手術後の合併症がなく過ごせる。退院後の生活について理解できる。 |
| 食事 | 制限はありません。 | <input type="checkbox"/> 21時以降絶食となります。(飲水可)  | <input type="checkbox"/> 午前中に手術予定の患者さんは午前6時まで飲水が可能です。 <input type="checkbox"/> 午後には手術予定の患者さんは午前10時まで飲水が可能です。手術後は病室から水分がとれます。食事は1時間後からになります。 | 制限はありません。 | 制限はありません。 | 制限はありません。 | 制限はありません。 |
| 活動 | 制限はありません。 | 制限はありません。 | 術後1時間はベッド上安静となりますが、その後は看護師が付き添い、歩行可能です。 | 医師の許可がでしたら、病棟内の歩行ができます。傷側の肩関節を回す運動はできません。 | 制限はありません。傷側の肩関節を回す運動はできません。 | 制限はありません。傷側の肩関節を回す運動はできません。 | 制限はありません。傷側の肩関節を回す運動はできません。 |
| 検査処置 | <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> レントゲンなど | <input type="checkbox"/> 心電図モニターをつけます。 | <input type="checkbox"/> 心電図モニターをつけます。 <input type="checkbox"/> 手術前に血圧・脈・体温の測定をします。 <input type="checkbox"/> 眼鏡・義歯・時計・湿布ヘアピンなどは外してください。 <input type="checkbox"/> 手術着に着替えて(:)に手術室に入室します。 <input type="checkbox"/> 手術後、傷の圧迫のため胸帯をします。 | <input type="checkbox"/> 心電図モニターをつけます。 <input type="checkbox"/> 採血・心電図の検査があります。 | <input type="checkbox"/> 心電図モニターをつけます。 <input type="checkbox"/> 採血・レントゲンの検査があります。 | <input type="checkbox"/> 心電図モニターをつけます。 <input type="checkbox"/> 採血・レントゲン・心電図の検査があります。 | <input type="checkbox"/> 心電図モニターをつけます。 |
| 薬 | <input type="checkbox"/> 医師の指示通りに内服してください。 <input type="checkbox"/> 入院時にお薬手帳と内服薬(1週間分)をお持ちください。 | <input type="checkbox"/> 内服薬の確認します。その後、医師の指示通りに内服してください。 | <input type="checkbox"/> 医師の指示通りに内服してください。 <input type="checkbox"/> 点滴が開始します。 | <input type="checkbox"/> 医師の指示通りに内服してください。 <input type="checkbox"/> 点滴があります。 | <input type="checkbox"/> 医師の指示通りに内服してください。 <input type="checkbox"/> 点滴があります。 | <input type="checkbox"/> 医師の指示通りに内服してください。 <input type="checkbox"/> 点滴があります。 | <input type="checkbox"/> 医師の指示通りに内服してください。 |
| 清潔 | シャワー、入浴ができます。 | シャワー、入浴ができます。 | シャワー、入浴はできません。 | 身体を拭きます。 | 身体を拭きます。 | 傷が濡れないように注意し、下半身のシャワーができます。 | 傷が濡れないように注意し、下半身のシャワーができます。 |
| 指導説明 | <input type="checkbox"/> 入院後に医師から手術・治療の説明がありますので、ご家族の方も一緒にご来院ください。 <input type="checkbox"/> ペースメーカー手帳をお持ちでしたら入院時ご持参ください。 <input type="checkbox"/> 売店で胸帯をご購入ください。 | <input type="checkbox"/> 医師から手術、治療についての説明があります。説明後、手術同意書にサインされましたら医師または看護師に同意書をお渡しください。 <input type="checkbox"/> 看護師から入院生活、手術についての説明があります。 | <input type="checkbox"/> 手術後は痛みやしびれなど出現したら教えてください。 | <input type="checkbox"/> 自己検脈について説明します。 <input type="checkbox"/> 合併症について説明します。 | <input type="checkbox"/> 自己検脈について説明します。 <input type="checkbox"/> 合併症について説明します。 | <input type="checkbox"/> 自己検脈について説明します。 <input type="checkbox"/> 合併症について説明します。 | <input type="checkbox"/> パンフレットを用いて退院後の生活の説明をします。 |

| | 術後5日目 | 術後6日目 | 術後7日目 | 術後8日目 | 術後9日目 | 退院日 | 退院後の生活 |
|------|-------------------------------------|---|--|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---|
| 日時 | 月 日 | 月 日 | 月 日 | 月 日 | 月 日 | 月 日 | 月 日 |
| 目標 | 手術後の合併症がなく過ごせる。 退院後の生活について理解できる。 | 手術後の合併症がなく過ごせる。 退院後の生活について理解できる。 | 手術後の合併症がなく過ごせる。 退院後の生活について理解できる。 | 手術後の合併症がなく過ごせる。 退院後の生活について理解できる。 | 手術後の合併症がなく過ごせる。 退院後の生活について理解できる。 | 手術後の合併症がなく過ごせる。 退院後の生活について理解できる。 | 手術後の合併症がなく過ごせる。 退院後の生活について理解できる。 |
| 食事 | 制限はありません。 | 制限はありません。 | 制限はありません。 | 制限はありません。 | 制限はありません。 | 制限はありません。 | 制限はありません。 |
| 活動 | 制限はありません。 傷側の肩関節を回す運動はできません。 | 制限はありません。 傷側の肩関節を回す運動はできません。 | 制限はありません。 傷側の肩関節を回す運動はできません。 | 制限はありません。 傷側の肩関節を回す運動はできません。 | 制限はありません。 傷側の肩関節を回す運動はできません。 | 制限はありません。 傷側の肩関節を回す運動はできません。 | □1～3ヶ月経過すれば、日常的な運動に制限はありません。ただし、ペースメーカー本体を圧迫したり、植込み部位に近い腕の筋肉を続けて動かす運動(腕立て伏せなど)は避けてください。 □ペースメーカーが植え込まれた側の腕で重い荷物を持つなどの動作は避けてください。 |
| 検査処置 | □心電図モニターをつけます。 □レントゲン検査があります。 | □心電図モニターをつけます。 | □心電図モニターをつけます。 □抜糸します。(創部の状況により抜糸は遅れることがあります) | □心電図モニターをつけます。 | □心電図モニターをつけます。 | | |
| 薬 | □医師の指示通りに内服してください。 | □医師の指示通りに内服してください。 | □医師の指示通りに内服してください。 | □医師の指示通りに内服してください。 | □医師の指示通りに内服してください。 | □医師の指示通りに内服してください。 | □医師の指示通りに内服してください。 |
| 清潔 | 傷が濡れないように注意し、下半身のシャワーができます。 | シャワーができます。  | シャワーができます。 | シャワーができます。 | シャワーができます。 | シャワーができます。 | □抜糸が済んでいればシャワーやお風呂、サウナも入ることができます。ただし、電気風呂(低周波電流が流れているお風呂)はペースメーカーに影響を与えるので控えてください。 |
| 指導説明 | □パンフレットを用いて退院後の生活の説明をします。 | □パンフレットを用いて退院後の生活の説明をします。 | □パンフレットを用いて退院後の生活の説明をします。 | □パンフレットを用いて退院後の生活の説明をします。 | □パンフレットを用いて退院後の生活の説明をします。 | □パンフレットを用いて退院後の生活の説明をします。 | □車の運転は避けてください。 □ペースメーカーを挿入した患者さんは身体障害者福祉法により身体障害者の認定を受けることができます。原則として患者さん自身で申請はおこなうこととなります。  |