

# 脳神経減圧術を受けられる患者様へ

手術・検査内容: 微小血管減圧術

入院期間: 10日間

| 経過          | 入院日～手術当日(手術前)  | 手術当日(手術後)   | 術後1日目  | 術後2日目   | 術後3～5日目     | 術後6～7日目  | 術後8日目(退院)   |  |
|-------------|--|---|--|---|-------------|--|---|--|
| 達成目標        |  | 状態が安定する   | 創部の状態が良好である  | 創部の状態が良好である   | 創部の状態が良好である | 創部の状態が良好である  | 創部の状態が良好である   |  |
| 治療・処置       | 術前オリエンテーション<br>術側にマーキングします<br>点滴があります                     | 点滴があります <br>※状態に応じて治療・処置内容が変更する場合があります   | 点滴があります   | 点滴があります  |             |  |   |  |
| 検査          |  | CT<br>一般撮影   | 採血<br>CT   |   |             | CT  |   |  |
| 安静度         | 制限はありません   | ベッド上安静です  | トイレまでの歩行が可能です  | 制限はありません  |             |  |   |  |
| リハビリテーション   |  |   | 状態にあわせてリハビリテーション介入します  |   |             |    |   |  |
| リハビリテーション計画 |  |   | リハビリテーション処方時はリハビリテーション総合実施計画書に準じて施行します   |   |             |  |   |  |
| 食事          | 手術当日は絶食です   | 手術3時間後より水分摂取可能となります/看護師が説明します   | 食事が出来ます<br>※指示された食事を提供します 持ち込み食の摂取は医師の許可が必要です  |   |             |  |  |  |
| 特別な栄養管理の必要性 |  | 有 ・ 無 (どちらかに○)  | 栄養計画: 医師の指示により、病状・状態にあった食事を提供します   |   |             |  |   |  |
| 清潔          | 特に制限はありません   | 看護師が身体を拭きます   | シャワーが可能となります   |   | 洗髪が可能となります  |   |   |  |
| 排泄          |  |   | 状態に応じて看護師が対応させていただきます  |   |             |  |   |  |
| 看護計画        |  |   | 目標が達成できるよう援助します  |   |             |  |   |  |
| 薬           | 現在服用中のお薬を全てを確認させていただきます<br>主治医より事前に中止するお薬があれば指示があります  |   |  |   |             | 退院後の内服薬をお渡しします   |   |  |
| 薬剤計画        |  |   | 薬の用法・用量・禁忌・相互作用などを確認し効果的な薬物治療が受けられるようにします  |   |             |  |   |  |
| 家族説明        | 家族様は手術の1時間前に来院して下さい  |   |  |   |             |  |   |  |
| 在宅復帰支援計画    | 退院後の希望と生活で心配なこと(介護・経済面)を伺います   |   | 介護保険や利用できるサービスを説明し、必要時に退院先・サービスの手配を一緒に進めます/退院前に計画を最終確認します  |   |             |  | 必要時に、退院後の支援(ケアマネジャーなど)に情報を渡し、スムーズな生活開始をサポートします  |  |
| 総合的な機能評価    |  |   |  |   |             |  |   |  |

注1) 病状の変化、検査結果、または病院の空床状況によっては転室、転棟をお願いすることがあります。その節はご協力をお願いします。

注2) 病名などは現時点で考えられるもので、今後検査を進めていくに従って変わることもあります。

注3) 入院期間については現時点で予想されるもので病状により変わります。