






ペースメーカー、ICD、CRT-D電池交換術を受けられる患者様へ

患者様用

患者氏名 : @PATIENTNAME 様

| 月日(日時) | 入院 | | 手術当日(手術前) | | 手術当日(手術後) | | 手術後1日 | 手術後2日 | 退院 |
|------------------------------|--|--|---|--|--|--|---|------------------------|---|
| 経過(病日等) | 入院 | | 手術当日(手術前) | | 手術当日(手術後) | | 手術後1日 | 手術後2日 | 退院 |
| 達成目標 | ◇手術の必要性が理解でき同意している ◇手術の準備ができる | | | | ◇胸部症状がない ◇創部の発赤、腫脹、出血がない ◇痛みがコントロールされている ◇ペースメーカーが正常作動している ◇患部の安静が保てる | | ◇患部の安静が保てる ◇合併症がない(ペースメーカー不全、創痛、炎症、出血) ◇胸部症状がない | | 〈退院基準〉 ◇合併症がない ◇ペースメーカー不全がない ◇創部の炎症、解離がない ◇バイタルが安定している |
| 治療・薬剤(点滴・内服)リハビリ | 持参の内服薬の続行 休薬をお知らせします  | | 糖尿病薬本日中止  | | 内服薬の再開、変更をお知らせします (ワファリン、バファリンなど) 点滴は1本で終了です | | 抗生剤の点滴をします  | 本日より3日間、抗生剤を内服していただきます | |
| 処置 | 手術予定部位の毛を剃ります | | 検査直前に検査着に着替えます 入れ歯、時計、めがねを外してください | | 心電図モニターをつけます 経時的に検温を行います | | | | |
| 検査 | | | 4階の心臓カテーテル室で手術が行われます | | 業者のペースメーカー検査があります  | | | | |
| 活動安静度 | 制限はありません | | 制限はありません | | 制限ありません | | 制限はありません | |  |
| 食事 | 通常の食事です | | 昼食のみ欠食です | | 夕食より再開 | | 通常の食事です | | |
| 清潔 | 毛を剃った後、入浴してください | | | | | | 体拭きをお手伝いします 体拭きをお手伝いします | | |
| 排泄 | 制限はありません | | | | 帰宅後トイレ歩行可 | | トイレ歩行 | | |
| 患者様及びご家族への説明生活指導リハビリ栄養指導服薬指導 | 医師からの説明後、同意書を提出してください 入院から退院までの流れを説明します わからないこと、不安なことがあれば教えてください ペースメーカー手帳を提出してください | | 準備物 前開きのパジャマ バスタオル 1枚ずつ | | 動悸を自覚したらすぐに教えてください 腰痛や傷の痛みには痛み止めを使用できますのでお知らせください | | 退院後の予定についてお話しします 退院後は外来にて消毒、抜糸となります 抜糸は術後1週間の予定です 抜糸翌日より入浴できます 新しい手帳をお渡しします | | |

注1 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくに従って変わることがあります。

注2 入院期間については現時点で予想される期間です。

市立四日市病院心臓血管外科

説明者署名 :