

大腿骨近位端骨折親血的整復術

| ステップ名称 | ステップ1 | ステップ2 | ステップ3 | ステップ4 | ステップ5 | ステップ6 | ステップ7 | | |
|---------------|--|----------------------|-----------------------|-------------------------|---------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| | 1日前 | 基準日 | 1日後 | 2日後～4日後 | 5日後～6日後 | 7日後～14日後 | 15日後～20日後 | 21日後 | |
| | | 術前 | 術中 | 術後 | | | | | |
| 到達目標 | 手術に対する心身の準備ができる | 合併症なく退室できる | 合併症なく経過する | 劇痛がコントロールできる | 介助で車いすに移動ができる 劇痛がコントロールできる | 車いすでの生活が安全に送れる | 退院に向けたリハビリが実施できる | | |
| 処置 | 14時ごろ洗腸をします | 手術前に弾性ストッキングを着用します | 手術室で点滴やおしっこ等の管などが入ります | 心電図モニターをつけます | 心電図モニターをはずします | おしっこの管を抜きます | 8日後、13日後傷の消毒をします | 急性期病棟から退院・転院または転機します | |
| | 弾性ストッキングのサイズを測ります | 手術着に着替えます | | | 傷の消毒をします | おしっこの管を抜いた後に排尿の確認をします | 13日後抜糸をします | | |
| | リハビリテーション科の診察があります | 手術側にしるしを付けます | | | | 6日後傷の消毒をします | | | |
| 検査 | | | 手術中にレントゲンを撮ります | 血液検査があります | | | レントゲンがあります | | |
| | | | | | | | 7日後、14日後血液検査があります | | |
| 体温・呼吸・循環 | 入院時に体温、脈拍などをはかります | 手術室へ行く前に体温などをはかります | | 適宜体温、脈拍などをはかります | 6時 10時 14時 19時 ころに体温、脈拍などをはかります | 適宜体温、脈拍などをはかります | 10時ごろに体温、脈拍などをはかります | 10時ごろに体温、脈拍などをはかります | 10時ごろに体温、脈拍などをはかります |
| | 身長、体重をはかります | | | | | | | | |
| 注射 | | | | 持続点滴中です 抗生薬の点滴を行いません | 終了後点滴を抜きます | 2日後、抗生薬の点滴を朝、夕行います | | | |
| | | | | | 抗生薬の点滴を朝、夕行います | | | | |
| 投薬 | 持参薬があればお知らせください 入院後の内服薬の服用について説明があります | 6時に少量の水で指示の持参薬を服用します | | | 朝から鎮痛剤などを6日間服用します | | | | |
| 清潔・排泄 | シャワー又は全身清拭、洗髪、手浴、足浴、爪切りをします | 手術開始30分前に排尿を済ませます | | 身体を拭きます 陰部を洗います | 陰部を洗います | 身体を拭きます 陰部を洗います | シャワー浴を適宜行います | シャワー浴を適宜行います | 退院後、入浴できます |
| | 排便の確認をします | | | | | 創部がフィルム剤になればシャワー浴ができます(適宜行います) | | | |
| 食事 | 夕食後から絶食です 24時から絶食です | 指示があるまで絶食絶食です | | 病室6時間後に指示で飲水ができます | 朝から普通食です | | | 退院後、制限はありません | |
| 活動・安静度 | ベッド上で安静にします | 手術室へはベッドで行きます | | ベッド上で安静にします | リハビリが開始されます | リハビリがあります(4日後はありません) | リハビリがあります | リハビリがあります(11日後はありません) | リハビリがあります(18日後はありません) |
| | | | | 介助にて車いすへ移動できます | | | | | |
| 教育・指導・説明・リハビリ | 主治医から手術について説明があります | | 家族の方は手術待合室でお待ちください | 家族の方には手術結果について説明があります | | | 12日後理学療法士からリハビリ計画書について説明があります | | |
| | 薬剤師から薬について説明があります | | | | | | | | |
| | 看護師から手術について説明があります | | | | | | | | |
| | 特別な栄養管理の必要性(有) | | | | | | | | |
| 書類 | 入院診療計画書を渡します | | | | | | | | |
| | 手術同意書 麻酔同意書 輸血同意書を看護師に提出してください | | | | | | | | |
| 手術 | | | | | | | | | |

※A4サイズに簡略化しております。

※入院する曜日によって日数は23日～25日と異なります。