

ID

様

ペースメーカー植え込み術を受けられている方へ

主治医









生年月日

入院予定表

説明医

病名

立ち会い看護師

	時 頃												
	入院日	手術前	手術中	手術後	術後1日目	術後2日目	術後3日目	術後4日目	術後5日目	術後6日目	術後7日目	退院日	
治療・処置	・必要時、胸の毛を剃ります。	・看護師より連絡がありましたら、トイレを済ませて、検査着に着替えて下さい。 ・手術2時間前より腕から点滴をします。 ・ストレッチャーで、1階の血管造影室へ移動します。 ☆ご家族の方も一緒にいきます。	・局所麻酔で行います。最初少し痛みますが、麻酔が効いてくると痛みがなくなります。 ・鎖骨の下の皮膚を3cmくらい切開し、そこに、ペースメーカーの本体を植え込みます。 ・リード（線）を静脈から心臓内へ挿入します。 ・終了後、植え込み側の腕を胸帯で固定します。  ★看護師がそばにいますので何かありましたら声をかけて下さい。 ☆ご家族の方は、1階のソファでお待ち下さい。	 ・手術後、医師より説明があります。				・看護師が毎日創部を観察します。				・医師が糸を抜き、ガーゼをあてます。  ★業者の方がペースメーカーチェックに来ます。その後、ペースメーカー手帳が渡されます。	・糸を抜いた所をバンドエイドに交換します。
点滴・注射・飲み薬	・今まで飲んでた薬がある方は、医師の確認後内服を続けて下さい。	・中止するお薬を内服している方は、医師より説明があります。	・抗生剤を点滴します。									 ・お薬の足りない方や、追加のある方には薬が出ます。	
検査	・必要な時に血液検査をします。			・血管造影室で、胸のレントゲンを撮ります。	・病室で、胸のレントゲンを撮ります。			・朝、血液検査をします。 ・車椅子で、心電図と胸のレントゲンを撮りに行きます。					
日常的なケア	・血圧を測ります。 ・体温を測ります。  ・看護師室で観察するため心電図をつけます。 ・次の症状がありましたら、お知らせ下さい。	・手術に行く前に血圧を測ります。   【動悸、胸苦しさ、ポーとする など】		・病棟に戻った時と、午後5時頃に、血圧を測ります。 ・午後2時頃に、体温を測ります。	・日中1回血圧を測ります。							・心電図をはずします。	
食事・栄養	・治療食（心臓食減塩7gなど）のご飯またはお粥がです。   (計画書をお渡しした段階での評価であり、すべての入院患者さんに対し入院時に栄養状態の評価を行い、必要に応じた栄養評価を行います。)	・1日目 朝食（午後の場合は昼食）は半量食べて下さい。 ・2日目以降は全量食べられます。	・手術後より食事が食べられます。ご飯の方は昼食がおいぎりになります。ベッドに起き上がり食べて下さい。起き上がる時は介助します。 	・食事は座って食べられます。									
病棟内の活動や安静	・自由です。			・ベッドを挙上げて座れます。起きる時は看護師がお手伝いします。 ・ベッドに寝たまま便尿器を使用します。	・立てます。	・病室内を歩けます。	・病室内は自由です。 	・病室内のトイレは歩いて行けます。病棟共同トイレが遠い場合は車椅子で移動します。	・院内は自由です。				
入浴・シャワー					・看護師が身体を拭きます。				・シャワーが出来ます。(ビジダムを貼ります。)			・入浴は、翌日から入れます。	
説明・指導・教育	・「ペースメーカーって何ですか」のビデオを見ましょう。							・「ペースメーカーって何ですか」のビデオをもう1度見ましょう。					
痛みの対応				痛み止めが使えます。 ※痛みがある時は我慢せずにお声かけ下さい。									
その他/留意点	・主治医が手術の説明をしますので、ご家族の方も同席をお願いします。(午後 時頃)		・承諾書の記入ができましたら、看護師に渡して下さい。 ・看護師が検査についての説明をします。				・患者支援センターで、ソーシャルワーカーが書類手続きについてご案内します。			・退院後の生活についてパンフレットで説明します。わからないことがありましたらお尋ね下さい。		・次回受診は 月 日 時です。	
ご要望													

\* 病名等については現時点で考えられるものであり、術後の経過によっては変わる可能性があります。  
 \* 入院期間は現時点で予想されるものです。  
 \* 医師の指示により、退院支援部門が相談・支援させていただく場合があります。

上記の内容について説明を受けました。

患者氏名

家族氏名(続柄)

(自筆の場合、押印は不要です。)