# パスコード:110198　パス名称:ひだり下腿髄内釘クリニカルパス

| | | 入院日～手術準備期間 | | | | 手術日 | 第1病日 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 目標 | | #1　検査・処置を安全安楽に受けられる | | | | #5　麻酔、手術侵襲から回復する | #6　疼痛がコントロールできる |
| | | #2　手術に対する理解、受け入れがされている | | | | #6　疼痛がコントロールできる | #7　術後合併症・創感染を起こさない |
| | | #3　手術前の準備が整っている | | | | | #8　自立あるいは介助にて離床できる |
| | | #4　不安が最小限で精神的に落ち着いている | | | | | |
| | | 3日前 | 2日前 | 1日前 | 当日 術前 | 当日 術後 | 1日後 |
| 検査 | 放射線 | | | | Xp | | |
| | 検体検査 | | | | | | 血液検査 |
| | 生理検査 | | | | | | |
| 投薬 | | | | | | | 内服 |
| 注射 | | | | | 点滴 | 点滴 | 点滴 |
| 処置 | | 患肢挙上・シーネ固定 | | | | | |
| | | クーリング | | | | | |
| | | | | | ライン確保 | | |
| 手術 | | | | | | | |
| 輸血 | | | | | | | |
| リハ依頼 | | リハ依頼 | | | | | |
| 服薬指導依頼 | | | | | | | |
| 栄養指導依頼 | | | | | | | |
| 移動・食事 | | 車椅子 | | | 食止め | | 朝から常食 |
| | | | | | | | 車椅子 |
| 排泄 | | | | 排便確認 | | | |
| 清潔 | | | | シャワー浴 | 術衣、コンプリ着用 | 口腔清拭、含嗽 | 清拭介助 |
| | | | | | 義歯、装着品の除去 | ope室より尿道カテーテル留置 | |
| 看護情報 | 検温 | 検温(2検) | | | 術前検温 | 適宜検温表入力 | 検温(4検) |
| | 観察項目 | 観察項目 | | | | 術後観察項目 | |
| バイタル | | | | | | | |
| カルテ | | | | | | | |
| 確認 | 医師確認事項 | 入院時診療計画書 | | | | 家族へ術後説明 | |
| | | アレルギー問診表 | | | | | |
| | 看護確認事項 | 看護計画・パスの説明 | | 手術準備・必要物品の説明 | 術後ベッドの用意 | | 内服確認 |
| | | 転倒・転落予防の説明 | | 手術同意書の確認 | 禁飲食の説明 | | |
| | | 持参薬の確認 | | 手術当日の内服薬の確認 | | | |
| | | | | 術前チェックカード作成 | | | |
| | 事務確認事項 | | | | | | |
| 文書 | | | | | | | |
| 紹介 | | | | | | | |

| 第2～7病日 | | | | | | 第8病日～第14病日 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| #6　疼痛がコントロールできる | | | | | | #6　疼痛がコントロールできる | | | | | | |
| #7　術後合併症・創感染を起こさない | | | | | | #9　リハビリ棟にてリハビリができる | | | | | | |
| #9　リハビリ棟にてリハビリができる | | | | | | #10　車椅子の使用方法がわかり転倒に注意ができる | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 2日後 | 3日後 | 4日後 | 5日後 | 6日後 | 7日後 | 8日後 | 9日後 | 10日後 | 11日後 | 12日後 | 13日後 | 14日後 |
| | | | | | Xp | | | | | | | Xp |
| | | | | | 血液検査 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | 内服 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | 抜糸 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | 荷重 |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | シャワー浴 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 検温(2検) | | | | | | 検温(1検) | | | | | | |
| | | | | 観察項目 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

| 第15病日～第22病日 | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| #6 疼痛がコントロールできる | | | | | | | |
| #9 リハビリ棟にてリハビリができる | | | | | | | |
| #10 車椅子の使用方法がわかり転倒に注意ができる | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 15日後 | 16日後 | 17日後 | 18日後 | 19日後 | 20日後 | 21日後 | 22日後 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | 退院手続き | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | 会計準備 | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |