

人工膝関節置換術を受けられる患者さんへ

患者氏名 : _____ 様

患者様用

主治医署名 : _____

受持看護師署名 : _____

| 月日(日時) | / | / | / | / | / | / | / | / |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 経過(病日等) | 手術前日 | 手術当日(手術前) | 手術当日(手術後) | 手術後1日 | 手術後2日 | 手術後3日 | 手術後7日 | 手術後14日 |
| 達成目標 | 患者・家族が手術および麻酔の説明を理解し同意する 手術に安全にのぞむことができる 排便のコントロールができる | 手術前に絶飲食指示が守られている | 麻酔から十分に覚醒できる 帰室後の安静が守れる 疼痛がコントロールできている | 全身状態が安定している 疼痛がコントロールできている 食事が開始できる 肺塞栓症を発症しない リハビリテーションが開始できる | 肺塞栓症を発症しない 車椅子乗車による離床が可能となる | 創部からの出血がない 肺塞栓症を発症しない | 車椅子や歩行器で移動ができる 創部の感染徴候がない 肺塞栓症を発症しない | 疼痛がコントロールできる 抜糸ができる リハビリテーションを継続しておこなえる |
| 治療・薬剤・リハビリ(点滴・内服) | 麻酔科の診察があります 薬剤師の服薬指導があります | 手術室で点滴を行います 指示があれば持参の内服を服用します |  | 食事の量に応じて点滴を行います 午前、午後に抗生物質の点滴を行います  | 肺塞栓症予防の内服薬を1日1度、7日間程度使用します(脳出血等の既往のある方は行いません) |  |  | |
| 処置 | (必要な場合) 洗腸をすることがあります | 手術着に着替えます ストッキングを着用していただきます | 手術後指示あるまで、酸素マスクを使用します 血栓予防のポンプを足につけます 手術後必要に応じて輸血(自己血)等を行うことがあります | ガーゼが汚れている場合はガーゼ交換を行います 必要に応じて輸血(自己血)等を行うことがあります | 膝の創部の排液用の管を抜きます | ガーゼ交換を行います | 創部の抜糸をします | |
| 検査 | (必要な場合) 採血を行う場合があります |  | 手術後、手術室でレントゲン検査を行います | 採血を行います | 採血を行います | 採血を行います | レントゲン検査を行います 採血を行います | |
| 活動安静度 | 特に制限はありません 外出する際は申し出てください | 制限はありません | ベッド上安静です 寝返りは看護師が介助します | 創部の排液用の管、背部の痛み止め用の管が抜ければ車椅子へ移動していただきます |  | 車イスを使用していただきます。リハビリで歩行練習をしますので、一人で歩かないようにしましょう。 | | |
| 食事 | 看護師より絶飲食について説明があります | 飲んだり食べたりできません  |  | 朝食から食事を開始します  | | | | |
| 清潔 | シャワー浴をしていただきます | トイレのウォシュレットで陰部を清潔にして新しい下着にはきかえます |  | 体を拭きます(週に2度) | | 術後1週間経過し、シャワー浴を行います |  | |
| 排泄 | 制限はありません 排便の確認をします | 制限はありません | 床上での排泄となります 排尿用の管が入っています | 状態に応じて、排尿用の管を抜き、車椅子でトイレに行きます | | | | |
| 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 | パフケットを使用して静脈血栓予防のため、下肢運動等の説明を行います 指輪、湿布、入れ歯、ネイルは外していただきます |  | 術後、担当医から手術の説明があります  | リハビリテーションを開始します リハビリの担当者からの説明があります 状態に合わせてリハビリ室でリハビリテーションを行います | 病室で膝を曲げる器械を使って、膝を曲げる訓練を開始します | シャワー浴について看護師より説明があります。 術後2週目で自宅退院が困難と予想される方は回復期リハビリテーション病院への転院調整を開始します | 経過良好であれば術後2週目で退院可能となります。 リハビリ継続が必要な方は回復期リハビリテーション病院へ転院となります | |

注1 スケジュールは病状によって変わります。