

# TURP(経尿道的前立腺切除術)～入院診療計画書～

患者ID	患者氏名	生年月日	病棟	病棟部屋	病名	患者様控え	
日付	前日 ( 12/31 )	手術当日 ( 1/1 )			( 1/2 )	( 1/3 ) ~ ( 1/4 )	退院 ( 1/5 )
目標	・手術について理解できる	・手術について理解できる ・安全に手術を受けることができる			・痛みのコントロールができる	・痛みのコントロールができる ・尿道カテーテル除去後自然尿が出る	・退院後の生活を理解できる
		手術前	手術後		術後1日目	術後2～5日	退院
食事	(午前の手術の場合) ・22時より絶食・24時より水分禁止  (午後の手術の場合) ・食事・水分の制限はありません	(午前の手術) *食事・水分のすべて中止  (午後の手術) *朝食後より食事・水分すべて中止	*手術終了2時間後から水分可 *手術終了3時間後気分不良がなければ食事可能 <b>(主治医の最終確認が必要)</b>		*食後の制限はありません 	*食事の制限はありません *飲水は積極的に摂って下さい	*食事の制限はありません *飲水は積極的に摂って下さい
安静度	*特に制限ありません	*手術30分前に排尿を済ませてお待ちください *手術着の着用後はお部屋でお待ちください	*手術後は麻酔の副作用が出ないよう頭を低くして2時間はベット上安静です(寝返りは可) 		*朝より歩行可能です カテーテル類に注意して下さい	*制限はありません	*制限はありません
清潔	*手術に備えてシャワー浴をしましょう	*当日はシャワー浴はできません			*シャワー浴可能 基本的に制限はありませんが状態に応じて行います	*シャワー浴可 	シャワー可
点滴 内服 処置	*血圧・脈拍・体温測定を行います *内服の確認 *手術に備え中止になっているものがないか最終確認 	*血圧・脈拍・体温測定を行います *中止薬以外の内服はお飲みください *朝より浣腸を行います *朝より点滴を行います 	*血圧・脈拍・体温測定を行います *手術後の状態に応じて酸素や心電図モニターを装着することがあります *点滴は持続的に行います *術後から尿道カテーテルが留置された状態です *医師にて膀胱洗浄を行います。その後持続洗浄が始まります(翌日まで持続的に行います) *内服薬は中止薬以外は水分開始後より服用再開となります		*血圧・脈拍・体温測定を行います *主治医の診察で持続膀胱洗浄が中止になります(血尿の状態によります) *尿道カテーテルは留置されたままです *点滴は24時間持続です 	*血圧・脈拍・体温測定を行います *尿道カテーテルを留置中は一日1回膀胱洗浄を行います *術後4日目に医師にて尿道カテーテルを洗浄し除去となります *尿道カテーテルが除去後に点滴も終了となります。(医師の指示になります) *点滴で行っていた抗生剤は内服薬に切り替わります	*血圧・脈拍・体温測定を行います *抗生剤の内服薬は医師から中止の指示が出来るまで続けます *中止の指示があった内服薬の再開は医師と確認のうえで開始して下さい 
説明 指導	*持参していただく物 ・入院時に必要な生活用品 ・手術同意書類すべて ・入院治療計画書 ・内服薬(のまれているすべての薬) <b>★当院以外で処方されている内服薬は入院後は当院の内服に切り替わります</b> *個室(有料)希望される方はあらかじめ申し出てください	*家族の方は手術の1時間前までには来院してください *術後管理の目的で部屋が変わることもあります *貴重品は家族の方が管理してください *手術室に入室する前に入歯やメガネ装飾品は外してください 	*腰より麻酔を行っています。下半身に力が入りにくくなっています。徐々に良くなっていきますが改善の見られない場合はお知らせ下さい *尿道カテーテルが入っており違和感があります。痛みが強い場合や下腹部の張りが強い場合にはお知らせ下さい *尿道カテーテルより尿をバック内にためています。血尿がみられますが徐々にうすくなってきます		*尿道カテーテルが入っているため違和感や痛みが強い場合は下腹部の張りが強い場合はお知らせ下さい *血尿が強い時などは飲水を多く取って下さい(目標1日2000ml以上) 	*尿道カテーテルを除去後排尿の確認をします *カテーテル除去後6時間以上排尿が無い場合や下腹部の張りが強い場合、腹痛がある場合は必ず、お知らせ下さい *尿道カテーテル除去後に頻尿、残尿、尿漏れ等の症状ありますが徐々に改善します	*退院後に <b>排尿困難、腹痛、下腹部膨満感や発熱</b> などの異常があった場合は病院受診をして下さい *退院後長時間のドライブや座位及び重い物を持つなどの重労働は控えて下さい *次回外来受診日と退院処方を確認して下さい *退院の会計は10時～11時となっています

・特別な栄養管理の必要性:  有  無

・その他(看護、リハビリテーション、薬剤等の計画)

看護計画上記参照

処方薬(内服・注射)について、薬剤の説明および効果や副作用のチェックを行います。

薬剤師署名: 森田 勝幸

注1) 病名は、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りうるものである。

注2) 入院期間については、現時点で予測されるものである。

注3) あなたは説明を受け、最終的な自己決定をする権利があります。また、他の医師の説明や意見を求める権利(セカンドオピニオン)もあります。

上記計画を主治医または看護師より納得いくまで説明を受け内容を承知し同意します。

平成 年 月 日

患者署名:

代理人署名:

主治医署名:

担当看護師署名: