

口唇裂(小児)クリティカルパス

ID: 患者氏名: 様 指示日 (平成 / /) 主治医名: 担当看護師:

| 項目 | 時間 | 外来 / | 手術前日 / | 手術日(術前) / | 手術日(手術後) / | 1病日後(退院日) / |
|---------|----|---|--|---|---|---|
| 目標 | | 手術を理解できる 体調を整える | 手術の準備ができる 不安が表出できる | 手術に対する不安の軽減ができる | 疼痛コントロールができる 合併症が起らない | 退院後の注意点がわかる 不安がない |
| 治療 | | | <input type="checkbox"/> 麻酔科指示確認・指導 <input type="checkbox"/> 持参薬確認(有・無) (続行する・中止する) <input type="checkbox"/> 末梢確保(ヘパロック) | <input type="checkbox"/> 術前点滴開始 <input type="checkbox"/> 抗生剤(手術室持参) | <input type="checkbox"/> 経口摂取できれば点滴終了 <input type="checkbox"/> 抗生剤 <input type="checkbox"/> 夕から持参薬内服開始 <input type="checkbox"/> 発熱時クーリング | <input type="checkbox"/> 処置 回診時ステリー交換 (退院後の処置について主治医より 指導) |
| 検査 | | <input type="checkbox"/> 胸腹部X-p <input type="checkbox"/> 血液型 <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> 血算・生化 <input type="checkbox"/> 凝固 | <input type="checkbox"/> 身長・体重 | | | |
| 活動・安静度 | | <input type="checkbox"/> フリー | <input type="checkbox"/> フリー | <input type="checkbox"/> 室内安静 | <input type="checkbox"/> 覚醒後 トイレ歩行可 | <input type="checkbox"/> フリー |
| 栄養(食事) | | <input type="checkbox"/> 制限無し | <input type="checkbox"/> 食止め確認 <input type="checkbox"/> ()時以降絶食 水・茶・スポーツドリンクのみ可 <input type="checkbox"/> ()時以降絶食水 | | <input type="checkbox"/> 帰室()時間後から飲水可 <input type="checkbox"/> 食事摂取時間確認 | <input type="checkbox"/> フリー |
| 清潔 | | | <input type="checkbox"/> 入浴 | <input type="checkbox"/> 清拭 | | |
| 排泄 | | | | | <input type="checkbox"/> 排尿確認 | |
| 看護 | | | <input type="checkbox"/> バイタルサイン測定 <input type="checkbox"/> 口唇部位の観察 <input type="checkbox"/> 消毒薬テスト <input type="checkbox"/> 入院時オリエンテーション <input type="checkbox"/> アナムネーゼ聴取 | <input type="checkbox"/> 入室前バイタルサイン測定 <input type="checkbox"/> 更衣・リストバンド装着 | <input type="checkbox"/> バイタルサイン測定 <input type="checkbox"/> 創部観察(創痛・汚染) <input type="checkbox"/> 創痛の有無 <input type="checkbox"/> 麻酔覚醒状況 | <input type="checkbox"/> バイタルサイン測定 <input type="checkbox"/> 創部観察(創痛・汚染・テープ固定) <input type="checkbox"/> 創痛の有無 <input type="checkbox"/> 看護計画評価 <input type="checkbox"/> 退院後の入浴可 |
| | | | <input type="checkbox"/> 点滴準備 | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> 看護計画立案 | | | |
| その他 | | <input type="checkbox"/> 小児科診察 <input type="checkbox"/> 麻酔科診察 <input type="checkbox"/> ムンテラ <input type="checkbox"/> 麻酔・手術同意書・説明書預かり <input type="checkbox"/> 持参薬確認・預かり | <input type="checkbox"/> 入院手続き <input type="checkbox"/> 入院計画書説明 <input type="checkbox"/> 覚醒室案内 <input type="checkbox"/> 必要物品確認・預かり <input type="checkbox"/> アレルギー問診票入力確認 <input type="checkbox"/> 麻酔依頼書入力確認 | <input type="checkbox"/> 手術室申し送り <input type="checkbox"/> PHS説明 | <input type="checkbox"/> 手術結果説明 <input type="checkbox"/> 内服確認 <input type="checkbox"/> 術後の安静度、経口摂取開始の説明 | <input type="checkbox"/> 退院指導(創の管理方法を含む) <input type="checkbox"/> 次回受診確認 <input type="checkbox"/> 退院療養計画書 |
| バリエーション | | | | | | |
| 担当看護師署名 | | | | | | |