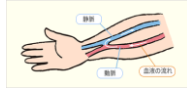





P T A（経皮血管拡張術）で入院された患者様へ

I D () 氏名 ()

日付	/	/	/
経過	P T A 前	P T A 後	P T A 翌日
目標	処置前の準備ができる 処置施行の目的が理解できる	シャント肢の安静が保持できる	シャント管理ができる 
内服	お薬の内服も指示に従って内服してください		
注射	シャントと逆側の腕、また下肢に点滴をします	追加の点滴がなければ抜針します	
検査	治療前に血圧、体温、脈拍、シャント音など測定します	シャント部の出血、腫れ、熱感、疼痛の有無、シャント音の観察と血圧、体温を測定します	
処置	病衣に着替え、 眼鏡や腕時計など金属類ははずしていただきます	P T A 後すぐにはシャントを使用できないので、 透析が必要となる場合は主治医が足の付け根に穿刺して透析を施行することがあります	
食事	処置当日、昼食は絶食です	帰宅後、医師の許可があれば飲食可能です	制限はありません
安静	制限はありません	歩行はできますが、処置をした腕は安静を保ちましょう	処置をした腕は安静を保ちましょう 医師の許可があれば退院可能です
清潔	入浴、シャワーともできません		医師の許可があればシャワーが可能です
説明 (その他)	同意書をお預かりします 入院中、ご家族は連絡がとれる状態にしてください 	治療中、ご家族は連絡がとれる状態にしてください 退院までに主治医から治療結果の説明があります 	シャント部の痛みや赤みなどの症状があれば看護師にお知らせください シャント肢の血圧測定や衣服などの絞めつける衣服は避けましょう 

注1 この予定は現時点で考えられるものであり、今後検査治療等を進めていくに従って変更となる場合があります。

注2 入院期間は現時点で予想される期間です。

説明日 年 月 日

説明者署名 () 本人・家族署名 ()