

【肝動脈塞栓術(TAE)】を受けられる_____様へ

担当医：

看護師：

月 日	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()		/ ()				/ ()
経過	治療前日まで	治療当日	治療後	治療後1日目	2	治療後3日目	4	5	6	治療後7日目
内服薬	<input type="checkbox"/> 内服は医師の指示したもののみとします。 <input type="checkbox"/> 血を固めにくくする薬 (パナルジンやバファリンなどの抗血小板剤、ワーファリンなどの抗凝固剤)を内服中の方、心臓病・高血圧・糖尿病薬を内服中の方は、医師に御相談ください。	<input type="checkbox"/> 医師の指示したもののみとします。	<input type="checkbox"/> 医師の指示したもののみとします。	<input type="checkbox"/> 医師の指示したもののみとします。 <input type="checkbox"/> 熱がある場合は解熱薬を使います。						
検査・処置	<input type="checkbox"/> 身長・体重測定、採血・採尿をします。 <input type="checkbox"/> 耳たぶから血が止まる時間の検査をします。 <input type="checkbox"/> 胸部と腹部のレントゲンを撮影します。 <input type="checkbox"/> 心電図をとります。 以上は、こちらから御案内します	<input type="checkbox"/> 治療は、血管造影室にて行います。 <input type="checkbox"/> 予定治療時刻は : 頃です。(開始時刻は多少前後することがあります。) <input type="checkbox"/> 治療用の服に着替えていただきます。 <input type="checkbox"/> 点滴を開始する際に、治療前の採血があります。 <input type="checkbox"/> 治療室まではストレッチャーにて行きます。	<input type="checkbox"/> 検査後は、ストレッチャーで御部屋まで移動します。移動は自力でできませんので、こちらにお任せ下さい。	<input type="checkbox"/> 朝に採血をします。		<input type="checkbox"/> 朝に採血をします				<input type="checkbox"/> 朝に採血をします。
注射・点滴		<input type="checkbox"/> 治療前に、点滴を始めます。 <input type="checkbox"/> 治療直前に、緊張を取るお薬を注射します。	<input type="checkbox"/> 治療直後に1回、夜に1回抗生剤の点滴があります。 <input type="checkbox"/> 食事がとりにくい場合には適宜点滴の追加をさせていただきます。	<input type="checkbox"/> 1日2回抗生剤の点滴があります。		<input type="checkbox"/> 熱型、検査結果を見ながら抗生剤の終了の時期を決定します。				
食事	<input type="checkbox"/> 医師の指示によります。	<input type="checkbox"/> 食事は処置の時間次第となります。	<input type="checkbox"/> 腹痛、吐き気がなければ帰室後より飲水・食事は可能です。	<input type="checkbox"/> 通常通り、可能です						
安静	<input type="checkbox"/> 院内は自由です。	<input type="checkbox"/> 検査までは、院内は自由です	<input type="checkbox"/> 検査後4時間は、圧迫されている足を曲げないでお休み下さい。手と腰は少しであれば動かしてもかまいません。 <input type="checkbox"/> 検査終了4時間後頃、放射線科医が診察に伺います。問題なければ室内トイレの使用は可能です。	<input type="checkbox"/> 朝、医師が診察に御伺いします。 その後は、自由です。						
排泄	<input type="checkbox"/> トイレにて可能です。	<input type="checkbox"/> 検査直前にお声をおかけしますので、トイレを済ませて検査に行きます。必要であれば、尿道バルーンを入れます。	<input type="checkbox"/> 検査4時間後の医師診察後は室内トイレのみ使用可能です。それ以外はベッドにてお休み下さい。	<input type="checkbox"/> 診察後自由にトイレをお使い下さい。						
清潔	<input type="checkbox"/> 入浴可能です。	<input type="checkbox"/> 処置前であれば可能です	<input type="checkbox"/> 検査後に御希望であれば体をお拭き致します。	<input type="checkbox"/> 清拭用のタオルをお渡しします。		<input type="checkbox"/> シャワー可能かどうかはお尋ね下さい。				<input type="checkbox"/> 入浴可能かどうかはお尋ね下さい。
その他	<input type="checkbox"/> 検査内容・目的・必要性・合併症・偶発症等につきお話し致します質問等あれば、気軽にお尋ねください。	<input type="checkbox"/> ご気分はいかがですか？体調などに不安などございましたら、どうぞご遠慮なく申し出て下さい。	<input type="checkbox"/> 検査後の痛み、ご気分がすぐれない時は、すぐにお知らせ下さい。							<input type="checkbox"/> 追加治療の必要性、あるいは今後の外来での治療についてお話し致します。

※この入院計画表は現時点で予想されるものであり、症状に応じて変更になる場合があります。
 ※ご不明な点は医師、看護師にお尋ねください。

金沢大学医学部附属病院
 消化器内科 1

TEL : 076-265-2000