

経尿道的前立腺水蒸気治療（Rezum）を受けられる方へ

主治医

主治医以外の担当者

担当看護師

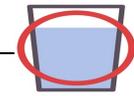
担当薬剤師

担当栄養士

患者サポートセンター

患者さん氏名

様

	入院日（月 日）	手術当日（月 日）		手術後1日目	退院後 1-3週間	術後 3か月
		手術前	手術後			
治療 処置 検査		<ul style="list-style-type: none"> 手術室入室時間で点滴をします（点滴前に手術着に着替えます） 	<ul style="list-style-type: none"> 点滴をします 術後数時間酸素マスクをつけます 手術後に膀胱灌流（洗浄）する場合があります 	<ul style="list-style-type: none"> 尿道カテーテルはDIBキャップをつけたまま退院となります 	<ul style="list-style-type: none"> 外来通院 尿の管を抜きます 排尿後・残尿エコー検査 	<ul style="list-style-type: none"> 尿流検査、残尿エコー検査、排尿調査票、膀胱尿道鏡検査があります
食事	<ul style="list-style-type: none"> 夕食まで食事が出ます 21時より禁食です 	<ul style="list-style-type: none"> 飲水は朝7時まで可能です 	<ul style="list-style-type: none"> 帰室後2時間からベッドアップし飲水が可能です（全身麻酔は3時間後） 	<ul style="list-style-type: none"> 朝から食事開始です 	<ul style="list-style-type: none"> 飲み物や食事の制限はありません 便秘しないように 	
薬	<ul style="list-style-type: none"> 常用薬を薬剤師が回収します 	<ul style="list-style-type: none"> お薬は中止となります 麻酔科指示の薬は7時に少量の水で内服して下さい 		<ul style="list-style-type: none"> いつも内服しているお薬が再開になります 		
排泄			<ul style="list-style-type: none"> 尿道カテーテルが入っています 	<ul style="list-style-type: none"> 看護師から排尿管理、DIBキャップの扱い方、尿道カテーテルの処置などの説明があります 尿の管を抜いた後は、しばらくの間排尿時に痛みがあったり、尿に血が混じることがあります 		
活動 清潔	<ul style="list-style-type: none"> できるだけお部屋でお過ごし下さい シャワー浴 	<ul style="list-style-type: none"> 入れ歯、アクセサリ、コンタクト、貼付物等を外してください 歩いて手術室にむかいます 	<ul style="list-style-type: none"> ベッドで病室に戻ります 帰室後3時間からベット上での起き上がりが可能です 	<ul style="list-style-type: none"> シャワー浴可 		
説明 指導	<ul style="list-style-type: none"> 病棟や病室内の説明があります 看護師が病歴などを聞きます 手術について説明があります 麻酔科医の往診があります 手術室の看護師が訪室します 必要物品：バスタオル 	<ul style="list-style-type: none"> 付き添いが必要なご家族の方は病棟でお待ちください 通常、ご家族はご自宅で待機していただきます。 	<ul style="list-style-type: none"> 術後痛みや尿の管の違和感が強い場合は鎮痛剤を使用します ご自宅待機のご家族は、事前にご指定いただいた連絡先にスタッフから手術の経過説明をお電話でご報告します。 	<ul style="list-style-type: none"> 《退院の目安》 尿の管を抜いた場合、血尿が濃すぎず自分で尿を出すことができれば退院になります 尿の管を入れたままの場合、管やキャップの管理ができれば退院になります 《退院後の注意点》 尿路感染を防ぐため1日1.5リットル程度の水を摂ってください 38度以上の発熱がある場合や、入院時に比べて明らかに濃い血尿が出た場合はご連絡ください <p style="text-align: center;">連絡先 03-3625-6381</p>		
その他	<ul style="list-style-type: none"> その他レンタルのご用意があります 			<p style="text-align: center;">上記、入院中の療養計画について説明を受けました</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>本人または家族の署名</p>		

特別な栄養管理の必要性： 有 無

DPC説明済

※この経過内容は、当院での標準的な診療内容を記載しています。経過には個人差があるため、この経過通りに進まないことがありますが、その都度対応しますのでご安心ください