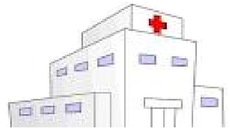
クリニカルパス名　PTA（経皮的血管形成術）

患者様用

患者氏名　　様　　歳　手術は 平成　　年　　月　　日（　　）　　時　　分からの予定です　指示医署名：　　指示受け看護師署名：

月　日	／	／	／	／　～　／
経　過	～手術前日	手術当日（手術前）	手術当日（手術後）	手術後1～14日目
達成目標	□ 心身ともに安定した状態で手術に望むことができる		□ 手術の合併症を起こさず過ごすことができる	
治療・処置		□ 時間（　　：　　）に来院してください□ □ 病衣に着替えます □ シャント肢と反対の腕に点滴用の針を刺します □ 手術はレントゲン室で行います □ 体重・体温・脈・血圧を測定します □ 義歯・時計・貴金属は外してください 	□ シャント音を確認します □ 痛みがある時はお知らせください ※シャントがしばらく使用できなくなることがあるため PTA後、透析用のチューブを鎖骨の下の辺りから 入れる場合があります	□ 術後14日程でシャントの使用が可能となります（医師の診察後） □ シャントが良好であれば透析用のチューブを抜きます
薬剤	□ 内服しているお薬は普段通りお飲み下さい			
検査	□ 必要時に検査があります （ 血管エコー ・ その他　　）	□ 血管造影を行いながら手術を行います □ 必要時に検査があります （ 血管エコー ・ その他　　）		
活動・安静度	□ 制限はありません	□ 制限はありません	□ 制限はありません	□ 制限はありません
栄養（食事）	□ 普段通りの食事をしてください	□ （　　食）は軽くすませてください	□ 普段通りの食事をしてください	□ 普段通りの食事をしてください
清潔	□ 制限はありません	□ 制限はありません	□ 入浴はできません	□ 出血がなければ、シャワー浴が可能です
排泄	□ 制限はありません	□ 制限はありません □ トイレを済ませてから手術に行きます	□ 制限はありません	□ 制限はありません
説明・指導	□ 医師から治療の説明をします （治療内容、経過、病状など） □ 手術・麻酔の説明書にサインをお願いします □ 造影剤使用にあたっての問診をします □ シャント音・スリルを確認してください	□ PTA中は ・カテーテルを入れる部位の消毒後、局所麻酔をします ・シースといわれる管をシャントに穿刺します ・シースに拡張用の管を通して、狭窄部を拡張します ・造影剤を入れた時に熱い感じがします ・狭窄部を拡げるときに痛みがあります ・治療中は動かないようにお願いします ・治療中変わったことがあればお知らせください □ シャント音・スリルを確認してください	□ シャント肢は曲げないでください □ 手術後 ２ 時間の透析を行います □ シャント音・スリルを確認してください	□ ご自宅で出血・痛みが出現した場合は病院へご連絡ください TEL 0135(23)3126  □ シャント音・スリルを確認してください □ 出血がなければ、軟らかいボールやタオルなどを握る運動をして下さい