
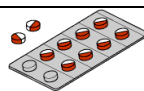



内シャント造設術目的入院

患者様パスシート (No. 1)

氏名			診療科名	
			入院予定期間	年 月 日 年 月 日



月日	/
経過	手術前日
達成目標	<ul style="list-style-type: none"> ・入院生活、シャント手術について理解しましょう。 ・手術について不明な点は医師に確認しましょう。 ・転倒予防について理解しましょう。 
治療	<ul style="list-style-type: none"> ・特にありません。
 薬	<ul style="list-style-type: none"> ・内服されている方はお薬手帳をご提示してください。 ・入院中も内服するかどうか、医師が判断します。
検査	<ul style="list-style-type: none"> ・特にありません。
処置	<ul style="list-style-type: none"> ・爪切りを行いましょう。 ・手術部位の不要な毛を処理します。
排泄	<ul style="list-style-type: none"> ・特に制限はありません。
活動	<ul style="list-style-type: none"> ・特に制限はありません。
食事	<ul style="list-style-type: none"> ・病院食をお召し上がりください。  ・タンパク質、塩分制限食となっているため、病院食以外の食事は摂取しないようにしましょう。
清潔	<ul style="list-style-type: none"> ・特に制限はありません。
説明指導	<ul style="list-style-type: none"> ・医師より内シャント術、深部静脈血栓症予防についての説明があります。 ・術前の準備として、半袖シャツ、または長袖だったら前開きの上着と、バスタオルを1枚ご用意ください。 ・看護師から入院生活、手術前後の処置や経過、転倒予防についての説明があります。

このパスシートは、診療計画の概要等をお知らせするものであり、治療・検査等を決定するものではありません。
 なお、病状に応じて変更する事がありますが、その時はお知らせしますのでご了承ください。

内シャント造設術目的入院

患者様パスシート (No. 2)

氏名			診療科名	
			入院予定期間	年 月 日 年 月 日



月日	/
経過	手術当日 (手術前)
達成目標	<ul style="list-style-type: none"> ・手術について不明な点は医師に相談しましょう。 ・転倒に注意し行動しましょう。
治療	<ul style="list-style-type: none"> ・手術は(:)からの予定です。 ・手術前に点滴の管を入れます。 ・手術に行く前に抗生剤を投与します。
 薬	<ul style="list-style-type: none"> ・午前からの手術は、朝の内服が中止となります。 ・午後からの手術は、昼の内服が中止となります。
検査	<ul style="list-style-type: none"> ・特にありません。
処置	<ul style="list-style-type: none"> ・弾性ストッキングを着用します。
観察	<ul style="list-style-type: none"> ・手術前に血圧、体温、脈拍などを観察致します。
排泄	<ul style="list-style-type: none"> ・手術室へ向かう前に、お手洗いを済ませておいてください。
活動	<ul style="list-style-type: none"> ・特にありません。
食事	 <ul style="list-style-type: none"> ・午前から手術を行う場合は、朝の食事は召し上がれません。 ・午後から手術を行う場合は、昼の食事は召し上がれません。
清潔	
説明指導	<ul style="list-style-type: none"> ・手術室へは看護師と一緒にいきます。病室でお待ち下さい。 ・貴重品はご家族で管理するか、床頭台の貴重品ボックスにしまって施錠してください。 ・ご家族は病室で待機するか、離れる際には看護師へ声をかけてください。

このパスシートは、診療計画の概要等をお知らせするものであり、治療・検査等を決定するものではありません。
 なお、病状に応じて変更する事がありますが、その時はお知らせしますのでご了承ください。

内シャント造設術目的入院

患者様パスシート (No. 3)

氏名			診療科名	
			入院予定期間	年 月 日 年 月 日

月日	/	
経過	手術当日 (手術後)	
達成目標	<ul style="list-style-type: none"> ・手術をした腕の安静を保ちましょう。 ・創部の痛み、出血があった場合には看護師に知らせましょう。 ・転倒に注意し行動しましょう。 	
治療	<ul style="list-style-type: none"> ・必要時血流を良くするための点滴を行います。 ・痛みが強い時は痛み止めを使用していきます。 	
薬	<ul style="list-style-type: none"> ・手術前と同じ内服薬となります。 	
検査	<ul style="list-style-type: none"> ・特にありません。 	
処置	<ul style="list-style-type: none"> ・傷口をガーゼで保護します。 	
観察	<ul style="list-style-type: none"> ・病室に戻ったら、血圧、脈拍、体温を測定します。 ・病室に戻ったら、翌朝まで2時間おきに、シャントの状態（シャント音、拍動（スリル）、腫脹・出血の有無）を確認します。 	
排泄	<ul style="list-style-type: none"> ・手術後2時間は車いすを使用します。 	
活動	<ul style="list-style-type: none"> ・帰宅後2時間は車いすを使用します。ベッドから離れる際は、ナースコールでお知らせ下さい。その後はシャント部位の状態にもよりますが、歩行をして構いません。初めて歩く時は看護師が付き添います。ナースコールでお知らせください。 	
食事		<ul style="list-style-type: none"> ・手術後は通常通り病院食をお召し上がりください。
清潔	<ul style="list-style-type: none"> ・洗面は看護師がお手伝いします。 ・蒸しタオルで体をふくことは可能です。看護師がお手伝いします。 	
説明指導	<ul style="list-style-type: none"> ・手術後シャントの血流を保つために創部の安静が必要です。創部保護具（リヒカ）を使用し、腕の屈曲や圧迫を避けてください。 ・手術後はストレッチャーで部屋に戻ります。 	

このパスシートは、診療計画の概要等をお知らせするものであり、治療・検査等を決定するものではありません。なお、病状に応じて変更する事がありますが、その時はお知らせしますのでご了承ください。

内シャント造設術目的入院

患者様パスシート (No. 4)

氏名			診療科名	
			入院予定期間	年 月 日 年 月 日



月日	/		
経過	手術後1日目		
達成目標	<ul style="list-style-type: none"> ・ シャント音を理解しましょう。 ・ シャントの拍動（スリル）と一緒に確認してみましょう。 		
治療	<ul style="list-style-type: none"> ・ 点滴の針を抜きます。 		
薬	<ul style="list-style-type: none"> ・ 手術前と同じ内服薬を継続していきます。 		
検査	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特にありません。 		
処置	<ul style="list-style-type: none"> ・ 傷口の消毒を行います。 ・ 傷口はガーゼで保護します。 		
観察	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病室に戻ったら、翌朝まで2時間おきにシャントの状態（シャント音、拍動、腫脹・出血の有無）を観察します。 		
排泄	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特に制限はありません。 		
活動	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特に制限はありません。シャント側の腕をぶついたり、圧迫したりしないよう気をつけましょう 		
食事	<ul style="list-style-type: none"> ・ 手術後は通常通り病院食をお召し上がりください。 		
清潔	<ul style="list-style-type: none"> ・ タオルでの体拭きは行えます。看護師がお手伝いします。 		
説明指導	<ul style="list-style-type: none"> ・ 最終ページ「シャントの自己管理のポイント」①について説明します。 ・ シャントの音、拍動（スリル）と一緒に確認していきます。 		

このパスシートは、診療計画の概要等をお知らせするものであり、治療・検査等を決定するものではありません。
 なお、病状に応じて変更する事がありますが、その時はお知らせしますのでご了承ください。

内シャント造設術目的入院

患者様パスシート (No. 5)

氏名			診療科名	
			入院予定期間	年 月 日 年 月 日




月日	/		
経過	手術後 2 日目		
達成目標	<ul style="list-style-type: none"> 一緒に傷口の観察をしてみましょう。 シャント音を理解しましょう。 拍動（スリル）を理解しましょう。 シャントの自己管理における注意点を知りましょう。 		
治療	<ul style="list-style-type: none"> 特にありません。 		
薬	<ul style="list-style-type: none"> 手術前と同じ内服薬を継続していきます。 		
検査	<ul style="list-style-type: none"> 特にありません。 		
処置	<ul style="list-style-type: none"> 傷口の消毒を行います。 傷口は防水性のあるフィルムで保護します。 		
観察	<ul style="list-style-type: none"> シャント状態（シャント音、拍動、腫脹の有無）の観察を一緒に行います。 		
排泄	<ul style="list-style-type: none"> 特に制限はありません。 		
活動	<ul style="list-style-type: none"> 特に制限はありません。シャント側の腕をぶついたり、圧迫したりしないよう気をつけましょう。 		
食事	<ul style="list-style-type: none"> 通常通り病院食をお召し上がりください。 		
清潔		<ul style="list-style-type: none"> シャワー浴が出来ます。 シャワー浴の前に傷口をフィルム材で保護します。 	
説明指導	<ul style="list-style-type: none"> 最終ページ「シャントの自己管理のポイント」② シャント部の観察について説明します。 最終ページ「シャントの自己管理のポイント」③ シャント運動について説明します。 シャントの管理のため、聴診器が必要となります。購入の方法を説明します。 		

このパスシートは、診療計画の概要等をお知らせするものであり、治療・検査等を決定するものではありません。
 なお、病状に応じて変更する事がありますが、その時はお知らせしますのでご了承ください。

内シャント造設術目的入院

患者様パスシート (No. 6)

氏名			診療科名	
			入院予定期間	年 月 日 年 月 日


月日	/
経過	手術後3日目
達成目標	<ul style="list-style-type: none"> ・シャント音が確認できるようになりましょう。 ・シャントの拍動（スリル）を確認できるようになりましょう。 ・シャントの自己管理における注意点がわかるようになりましょう。 
治療	・特にありません
薬	・手術前と同じ内服薬を継続していきます。
検査	・特にありません。
処置	・傷口は防水性のあるフィルムで保護します。
観察	・シャント状態（シャント音、拍動、腫脹の有無）の観察をします。
排泄	・特に制限はありません。
活動	・特に制限はありません。シャント側の腕をぶついたり、圧迫したりしないよう気をつけましょう。
食事	・通常通り病院食をお召し上がりください。
清潔	 <ul style="list-style-type: none"> ・シャワー浴が出来ます。 シャワー浴の前に創部をフィルム材で保護します。
説明指導	 <ul style="list-style-type: none"> ・最終ページ「シャント管理における注意点」を参考にシャントの自己管理における注意点を説明します。

このパスシートは、診療計画の概要等をお知らせするものであり、治療・検査等を決定するものではありません。
 なお、病状に応じて変更する事がありますが、その時はお知らせしますのでご了承ください。

内シャント造設術目的入院

患者様パスシート (No. 7)

氏名			診療科名	
			入院予定期間	年 月 日 年 月 日

月日	/
経過	手術後 4 日目
達成目標	<ul style="list-style-type: none"> ・ シャント音・スリル（拍動）が確認できるようになりましょう。 ・ シャント管理における注意点がわかるようになりましょう。
治療	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特にありません。 
薬	<ul style="list-style-type: none"> ・ 手術前と同じ内服薬を継続していきます。
検査	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特にありません。
処置	<ul style="list-style-type: none"> ・ 傷口に貼ったテープは自然に剥がれるものですので、擦ったり剥がしたりしないで下さい。
観察	<ul style="list-style-type: none"> ・ シャントの自己管理ができていないか看護師が確認させていただきます。
排泄	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特に制限はありません。
活動	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特に制限はありません。シャント側の腕をぶついたり、圧迫したりしないようお気をつけ下さい。
食事	<ul style="list-style-type: none"> ・ 塩分やタンパク質の摂りすぎに注意してください。
清潔	<ul style="list-style-type: none"> ・ シャワー浴は可能ですが、湯船につかることは、次回外来時に主治医が判断します。
説明指導	<ul style="list-style-type: none"> ・ シャントの自己管理ができていないか最終確認を一緒にしましょう。 ・ シャントに「シャント管理のポイント②」のような異常が現れた時は、次回外来受診を待たずに、すぐに外来にご連絡ください。 ・ 今後透析を行うにあたり、パンフレットの最終に記載してある、必要車類を準備しておいてください。 ・ 次回外来受診日 ____月____日 ・ 保険などの書類は退院日に、外来中央受付 A に提出してください。（ただし文書受付窓口は日曜・祝日は受付できません。）

このパスシートは、診療計画の概要等をお知らせするものであり、治療・検査等を決定するものではありません。なお、病状に応じて変更する事がありますが、その時はお知らせしますのでご了承ください。

「シャントの自己管理のポイントが分るようになりますように」

① シャントの拍動（スリル）を確認してみましょう。



傷口の3～4 cm上のところに手をあてて、“ザーザー”という血液の拍動（スリル）を触ってみてください。

シャントの音を確認してみましょう。



また傷口の3～4 cm上のところに、耳をあてるか、聴診器をあて“ザーザー”という低い血液の流れの音（シャント音）が聞こええるか確かめてください。

1日に2～3回は確認しましょう。

② 毎朝傷口周囲（シャント部）の状態を確かめて下さい。

- ・ 皮膚が赤くなっていないか
- ・ 腫れていないか
- ・ 熱っぽくないか
- ・ 出血はないか

* シャントが詰まりかけてくるとどんな症状があるのでしょうか？



- ・ シャントの音が弱くなったり、“ヒューヒュー”と高い音がある。または聞こえない。
 - ・ 拍動が触れなくなる。
 - ・ 軽い痛みや、血管が硬く触れるなど、いつもと違う感じがする。
 - ・ シャント側の腕が冷たく感じられることがある。
- * 以上の症状が現れたら、早めに受診をして下さい。

③ シャント側の手を握ったり開いたり、ゴムボールを握ったり手の運動を行い、

血流を発達させましょう。

このパスシートは、診療計画の概要等をお知らせするものであり、治療・検査等を決定するものではありません。なお、病状に応じて変更する事がありますが、その時はお知らせしますのでご了承ください。

「シャント管理における注意点」

①シャント側の腕の圧迫は、血の流れを阻害しシャントが詰まる原因となります。

シャント側の腕を圧迫しないように注意しましょう。

- ・ シャント側の腕で重いものをぶら下げないようにしましょう。
- ・ シャント側の腕で、腕枕をするなど下敷きしないようにしましょう。
- ・ 時計はシャント側と反対の腕にしましょう。
- ・ 血圧測定や採血は、シャントと反対側の腕にしましょう。



②シャント側の腕をぶついたり、けがをしないように気を付けましょう。

③脱水を起こすと、シャントが詰まりやすくなります。

_____ さんの1日に摂れる水分量は _____ ml です。

特に熱発、嘔吐、下痢などをしたときは、最低でも (_____ ml) は水分をとりましょう。

④血圧が低下すると、シャントが詰まりやすくなります。

- ・ 血圧は、起床時や寝る前など、決まった時間に測る習慣をつけましょう。血圧が低い時は、医師に相談してください。

⑤シャント部のテープがはがれたら、石鹸でやさしく洗って

感染を起こさないようにしましょう。



<今後透析を受けるにあたって>

お住まいの区役所から、別紙にある透析導入後に必要な書類を取り寄せておいてください。経済的な負担が少なくなります。

このパスシートは、診療計画の概要等をお知らせするものであり、治療・検査等を決定するものではありません。なお、病状に応じて変更する事がありますが、その時はお知らせしますのでご了承ください。