

心房細動のアブレーション治療を受けられる方へ

＜入院前の諸注意、入院診療計画書・退院療養計画書＞

患者：_____様

病名：心房細動

予定治療法：カテーテルアブレーション (K5951)

神戸市立医療センター中央市民病院 循環器内科

主治医： /

印

経過・日時	入院前	入院日 (/) ～治療前日	アブレーション治療当日 (/)	退院予定日 (/)	退院後
概要/手続		午後2時に2階入退院窓口にて入院手続きを済ませた後に、入院病棟へお越し下さい。	治療開始時刻までは病室でお過ごし下さい。下記の事前準備をしていただきます。 時間がまいりましたら看護師と一緒に、4階の血管造影室へ行きます。 治療後はベッドで病室へ戻ります。	午前10時までに会計を済ませて退院していただきます。 車の運転は控えて下さい。	退院翌日からは、これまで通りの生活に復帰できます。次回外来までに異常があればご連絡下さい。
治療/処置		T字帯をご購入ください。病院1階売店などにて販売しております。 治療前日までに大腿部の毛ぞりを行います。	カテーテル・アブレーション開始予定時刻は多少前後しますので、ご了承下さい。 術前に弾性ストッキングの着用、尿道カテーテルの挿入を致します。 治療中は静脈点滴にて麻酔をかけ、熟睡していただきます。	止血確認など、治療後の異常がないことを確認します。	ガーゼ・絆創膏を外して下さい。穿刺部の出血・腫れ・痛みが増強すれば御連絡下さい。
薬剤 (点滴/内服)	下記の内服薬を指示通りに中止して下さい。その他の内服薬は継続して下さい。 /よりワーファリン・バイアスピリンを中止。 /より・を中止。	入院後より、持続点滴を行います。入浴や外出時には中断可能な場合がありますので、ご相談下さい。 薬剤師は医師と情報共有して薬物療法を安全に進めていきます	術前は糖尿病薬などの中止指示に従って下さい。 術後は治療結果により内服薬の調整を行うことがあります。	内服薬は指示通りに開始・再開して下さい。	処方されたとおりに内服して下さい。 約3ヶ月はワーファリンの内服を継続予定です。

ID	様用				
経過・日時	入院前	入院日～治療前日	アブレーション治療当日	退院予定日	退院後
検査	<p>心臓エコー・経食道心エコー・ホルター心電図・造影CTを、入院の1週間程前に受けて下さい(要予約)。</p> <p>血液検査・心電図・胸部レントゲンは、上記検査時などに併せて受けて下さい(予約不要)。</p>	血液検査・心電図	血液検査・心電図など(必要に応じて)	血液検査	<p>定期的に外来受診して頂きます。退院後初回は1ヶ月後に予定いたします。</p> <p>外来で心電図・ホルター心電図など。</p>
安静度 リハビリ	制限ありません。	<p>院内自由です。</p> <p>入院中に必要があれば、医師と理学療法士、作業療法士、言語聴覚療法士の協議によりリハビリテーションを行います。</p>	<p>治療後は止血の為に、通常半日ほどのベッド上安静が必要となります。</p> <p>当日はベッド上安静が基本となります。</p>	院内自由です。	制限ありません。
食事	ワーファリン内服中の方は納豆・クロレラ禁止。	<p>心臓病食(減塩)</p> <p>医師と栄養管理部の協議により病状に合った治療食を提供します</p>	心臓病食(減塩)。治療後の安静中でも食事可能です。	心臓病食(減塩)	納豆・クロレラ禁止
清潔		入浴可能	シャワー・入浴はできません。	退院後より入浴可能	入浴可能
排泄		病棟トイレ	病棟トイレ(治療後は歩行可能となるまで看護師が介助します)	病棟トイレ	
患者さん及び 家族への 説明・指導 看護	<p>ご自身にて1分間の脈拍数と脈不整の有無を、毎日計測して下さい。</p>	<p>入院日の夕方以降に主治医より治療の説明があります。ご家族も同席下さい。説明用パンフレットをご持参下さい。</p> <p>入院後に薬剤師が内服薬の確認とアドバイスを行います。</p>	<p>治療終了時に主治医より治療結果についての説明があります。(場合によっては夕方以降になります。)</p>	<p>退院後の療養と注意につきご説明いたします。</p> <p>薬剤の指導を行います。</p>	<p>ご自身にて1分間の脈拍数と脈不整の有無を、毎日計測して下さい。頻脈発作など異常時には、受診し心電図検査をお受け下さい。</p>

私は、今回の治療計画について上記の説明を受け、十分に理解し、納得しましたので、その実施に同意いたします。

令和 年 月 日

患者氏名: _____

代諾者氏名: _____

(続柄) _____