

内シャントの血管内治療を受ける _____ 様へ

福井赤十字病院 腎臓・泌尿器科

| 経過 | 治療当日 | 治療後 1 日目 |
|----------|---|--|
| 日時 | 月 日 | 月 日 |
| 目標 | 治療が無事終了し、シャントに異常がなければ退院となります | |
| 治療 処置 | <ul style="list-style-type: none"> 入れ歯、ヘアピン、時計、指輪などを外してください 処置中は、疼痛を伴うことがありますので、遠慮なくおっしゃってください 穿刺部が縫合されている場合は、主治医が夕方もしくは翌日抜糸します | <ul style="list-style-type: none"> 治療した箇所に出血などがいないか確認します 退院後は通常通り透析を行なってください |
| 内服 | <ul style="list-style-type: none"> 持参された薬は内服してください 検査終了後、夕から抗生物質の内服があります  | |
| 食事 | <ul style="list-style-type: none"> 医師の指示する食事が出ます ご飯の硬さやアレルギーのある方はお知らせください 昼食は満腹にならない程度に召し上がってください | <ul style="list-style-type: none"> 食事が出ます  |
| 清潔 | <ul style="list-style-type: none"> 治療前のシャワー浴は可能です（看護師に確認してください） 治療後もしくは透析後は出来ません | |
| 安静 | <ul style="list-style-type: none"> 病棟内自由です 治療後 30 分はベッド上安静です。その後圧迫解除、止血確認をしたら安静解除となります | |
| 排泄 | <ul style="list-style-type: none"> 治療室に行く前に、排尿排便を済ませてください | |
| 説明 | <ul style="list-style-type: none"> 入院中の生活について説明を致します シャント血管内治療の説明を致します 同意書をよく読みご記入のうえ、医師または看護師にお渡しください 入院療養計画書をお渡ししますので、署名の上お出しください 治療は、程度にもよりますが、1-2 時間で終わります 治療の結果を説明します  | <ul style="list-style-type: none"> 退院後は少なくとも朝・晩のシャント音を確認してください 音が弱くなったり、聞こえない事に気づかれたらなるべく早くの日に、普段通院している透析施設にご連絡ください もしくは、福井赤十字病院までご連絡ください 福井赤十字病院 電話 (0776) 36-3630 月～金 AM8 時 30 分～PM5 時 透析センター 上記以外の時間及び休日 1-6 病棟 |
| 説明者 | | |

※状態に応じて予定が変わることもあります。お聞きになりたい事があれば、看護師までお尋ねください。

主治医 ()

| 入院負担割合 | 3 割 | 70 歳以上 (1 割) | 70 歳以上 (2 割) | 70 歳以上 (3 割) |
|--------------|------------|--------------|--------------|--------------|
| 負担金 (特定疾病療養) | 約 12,000 円 | 約 12,000 円 | 約 12,000 円 | 約 12,000 円 |
| 負担金 (特定疾病療養) | 約 22,000 円 | 約 22,000 円 | 約 22,000 円 | 約 22,000 円 |

入院費は概算ですので、診療内容・病状等により異なる場合があります。

2022. 4. 19 ☆