

ロナプリーブ療法【抗体カクテル療法 2泊3日】・入院診療計画書

患者控え/病院控え

氏名

様

【治療計画】
 点滴による抗体カクテル療法を行います。
 (当院ではこの治療のみ行います。退院後は保健所の指示に従って下さい)

【看護計画】
 ・計画通りに治療ができるよう支援します
 ・発熱・呼吸器症状の観察に努め、治療に伴うアレルギー症状や副作用など早期発見に努め、速やかに対応します
 ・室内での療養環境のため日常生活の支援を行います

(説明日) 西暦 年 月 日

説明医師:

説明看護師:

患者さん用シート 病名:COVID-19 症状:

治療病棟:7E病棟 主治医以外の担当者:7E病棟スタッフ

入院期間(3日間)	入院日	治療1日目	治療2日目	退院日
日程(月/日)	/ (入院時間:12時30分~13時)			/ (退院時間:は9時~9時30分ごろになります)
目標	【入院日】 <input type="checkbox"/> 治療目的と治療予定がわかる <input type="checkbox"/> 安全に治療を終了する <input type="checkbox"/> 薬の副作用がわかる <input type="checkbox"/> 入院中の過ごし方がわかる		【治療2日目】 <input type="checkbox"/> 室内で安全に過ごす <input type="checkbox"/> 体調の変化があった場合は報告する	【退院日】 <input type="checkbox"/> 予定通り退院する <input type="checkbox"/> 引き続き、体調の自己確認ができる
検査	<input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> CT(16時以降に撮影)		必要時検査	必要時検査
点滴治療	治療スケジュール <input type="checkbox"/> 点滴 ロナプリーブ注(投与時間30分) <input type="checkbox"/> 点滴 生理食塩水(投与時間1時間) <input type="checkbox"/> 留置針フラッシュ(生理食塩水シリンジ) 10時頃 <input type="checkbox"/> 留置針フラッシュ(生理食塩水シリンジ) 22時頃 <input type="checkbox"/> 点滴 生理食塩水シリンジ(終了時ロック)			
治療・処置の説明	<input type="checkbox"/> 持参された薬剤は医師の指示通りに内服して下さい。原則、ご自身で管理していただきます。 <input type="checkbox"/> パルスオキシメーターを装着し、血中酸素飽和濃度(SpO2)は退院時まで継続して測定していただきます。 <input type="checkbox"/> 点滴中は心電図モニターを装着し、不整脈等の副作用や状態観察を行います。 <input type="checkbox"/> 点滴ルートの一部は副作用や追加治療が生じた際に速やかに対応するため、退院日まで残しておきます。			
注意事項	<input type="checkbox"/> 点滴をしている部位に熱感、痛み、腫れ、液漏れなどがありましたら、速やかにナースコールでお知らせください。血管の外に漏れている可能性があります。 <input type="checkbox"/> ロナプリーブ注はアレルギー症状が出る場合があります。 喉の違和感、全身のかゆみ、息苦しさ、めまい、頭痛、動悸などを感じたら、速やかにナースコールでお知らせください。その他、気になる事がありましたら、遠慮なくお知らせください。 <input type="checkbox"/> 輸液ポンプのアラームが鳴った場合、速やかにナースコールでお知らせください。 輸液ポンプ、心電図モニターは着けたままで歩行できます。ベッドへ戻った際に輸液ポンプの電源コードを忘れずに接続してください。			
観察	<input type="checkbox"/> 呼吸困難感 <input type="checkbox"/> 血圧変動(80mmHg未満、180mmHg以上)	<input type="checkbox"/> 呼吸困難感 <input type="checkbox"/> 血圧変動(80mmHg未満、180mmHg以上)	<input type="checkbox"/> 呼吸困難感 <input type="checkbox"/> 血圧変動(80mmHg未満、180mmHg以上)	<input type="checkbox"/> 呼吸困難感
	<input type="checkbox"/> SpO2(94%以下) <input type="checkbox"/> 疼痛(咽頭痛、頭痛、筋肉痛、胸痛)	<input type="checkbox"/> SpO2(94%以下) <input type="checkbox"/> 疼痛(咽頭痛、頭痛、筋肉痛、胸痛)	<input type="checkbox"/> SpO2(94%以下) <input type="checkbox"/> 疼痛(咽頭痛、頭痛、筋肉痛、胸痛)	<input type="checkbox"/> SpO2(94%以下)
	<input type="checkbox"/> 発熱(38度以上) <input type="checkbox"/> 痒み	<input type="checkbox"/> 発熱(38度以上) <input type="checkbox"/> 痒み	<input type="checkbox"/> 発熱(38度以上) <input type="checkbox"/> 痒み	<input type="checkbox"/> 血圧変動(80mmHg未満、180mmHg以上)
	<input type="checkbox"/> 蕁麻疹 <input type="checkbox"/> 不整脈	<input type="checkbox"/> 蕁麻疹 <input type="checkbox"/> 不整脈	<input type="checkbox"/> 蕁麻疹 <input type="checkbox"/> 不整脈	<input type="checkbox"/> 発熱(38度以上)
	<input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 脱力感	<input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 脱力感	<input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 脱力感	<input type="checkbox"/> 疼痛(咽頭痛、頭痛、筋肉痛)
	<input type="checkbox"/> 胸部不快感 <input type="checkbox"/> 点滴刺入部の発赤・違和感	<input type="checkbox"/> 胸部不快感 <input type="checkbox"/> 点滴刺入部の発赤・違和感	<input type="checkbox"/> 胸部不快感 <input type="checkbox"/> 点滴刺入部の発赤・違和感	
褥瘡管理(活動/清潔)	<input type="checkbox"/> 床ずれ(以下褥瘡)予防や改善のために、院内褥瘡対策基準に基づき支援します。褥瘡のできやすい方には全身の皮膚の観察をします。			
栄養計画(食事)	<input type="checkbox"/> この治療に伴う食事の制限はありません。病態に合わせた栄養管理を計画します。 <input type="checkbox"/> 7時、12時、18時頃に配膳に伺います。			
生活の留意点	活動	<input type="checkbox"/> 感染防止のため部屋から出ることができませんので、トイレや洗面は部屋にあるものを利用してください。		
	清潔	<input type="checkbox"/> シャワー・入浴が出来ませんので、タオルで体を拭きます。汗をかいた時などはお知らせください。		
	指導・同意書	<input type="checkbox"/> 入院時オリエンテーション(入院生活のご案内の用紙も御参照ください) <input type="checkbox"/> 以下について説明しますので同意書をお書きください。 ・新型コロナウイルス感染症に関する感染対策説明書 ・ロナプリーブ同意説明文書 ・行動制限とモニター観察に関する同意書 ・保険外負担に関する料金についての説明文書 ・入院申込兼誓約書 ・入院セット申込書(レンタルパジャマ等)		<input type="checkbox"/> 退院後の相談窓口は管轄の保健所になります。 <input type="checkbox"/> 退院後は、自宅・宿泊療養のしおり(神奈川県作成)を参考にしてください。 <input type="checkbox"/> お会計については後日文書が郵送いたします。
		<input type="checkbox"/> 入院後、医師から治療に関する説明があります <input type="checkbox"/> 観察項目にある症状が出た時にはナースコールでお知らせください。(ロナプリーブ注「患者さん用冊子」もご参照ください) <input type="checkbox"/> 入院により、環境の変化や発熱・点滴などの影響を考慮し、転倒転落を予防するために体や活動の状態を評価し、安全な入院生活を送れるために環境調整など行います		

主治医署名または捺印: _____ 印

本人署名: _____

2021年8月作成