






末梢血幹細胞採取を受けられる患者様へ

末梢血幹細胞採取パス【06001-00】

患者氏名： _____ 様 入院病棟： _____ 病棟 主治医： _____ 受け持ち看護師： _____

No1

日付	/	/	/	/	/	/	/	
入院日数	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	
イベント	入院日	治療中				退院		
目標	・検査、治療の内容がイメージできる ・注射による副作用症状がコントロールできる <small>毎日看護師と評価します</small>	・注射による副作用症状がコントロールできる	・注射による副作用症状がコントロールできる	・注射による副作用症状がコントロールできる	・注射による副作用症状がコントロールできる ・幹細胞採取が問題なく終了する	・注射による副作用症状がコントロールできる ・退院の準備ができる	・体調に問題なく退院できる	
活動範囲	・制限はありません 				・病棟内でお過ごしください		・制限はありません	
食事 飲水	・制限はありません 				<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block;">退院基準：体調の悪化がない</div>			
清潔	・制限はありません 				・看護師にご相談ください 		・制限はありません	
排泄								
検温								
ケア	・血液中の幹細胞を増やす注射をします 			・幹細胞を採取します ・カテーテルを入れます	・本日のみ注射は5:00に行います	※前日に幹細胞採取が終了していない場合は同様の処置を行います		
検査	・入院時に採血があります(手の甲から採血します) 		※入院時以降の採血日程は前日にお知らせします					
薬剤								
説明 指導	・注射によって腰が痛くなったり、熱が出る場合があります ・症状がある時はお薬が使えますのでお知らせください 				・明日の幹細胞採取の予定についてご説明します 	・1日で十分な幹細胞が採取できない場合は翌日にも行われることがあります		

注) 現時点で考えられる予定であり変更になることがあります