# シスプラチン（ショートハイドレーション）を受けられる患者さんへ

患者用クリティカルパス（スケジュール）　　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様　　担当医師＿＿＿＿＿＿　　受け持ち看護師＿＿＿＿＿＿

| | 入院から投与前日まで | 投与日 | 2日目 | 3日目 | 4日目 | 5日目 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **達成目標** | ◇治療の内容、スケジュール、副作用が理解出来る | ◇安全に点滴治療が受けられる<br>◇副作用や異常が見られた際は医療者に伝えることが出来る<br>◇尿カップに採尿し、記録用紙に尿量を記録することが出来る<br>◇点滴開始から抗がん剤投与終了までに水分を 1L 摂取出来る | ◇副作用や異常が見られた際は、医療者に知らせることが出来る | | | |
| **治療** | | 看護師が点滴の針を入れ、抗がん剤の点滴を行います（具体的なスケジュールは別紙で説明します。）<br>点滴開始からシスプラチン投与終了までの間に水分を 1L 摂取してください | | | | |
| **薬剤** | ・自宅から持ってきたお薬は一度お預かりし、医師の指示を確認後に内服するかお伝えします | ・吐き気止めを内服します<br>（アプレピタントカプセル 125mg） | ・吐き気止めを内服します<br>（アプレピタントカプセル 80mg、デカドロン 4mg） | | | |
| **検査** | ・体重測定 | ・体重測定（朝食前、シスプラチン投与直後から 2 時間後の計 2 回）<br>・尿量測定（シスプラチン投与開始時から測定開始します）<br>※尿量、尿回数が少ない場合は利尿剤を使用することがあります | ・体重測定（朝食前）<br>・尿量測定 | | ・体重測定（朝食前）<br>・尿量測定（朝の 6 時まで） | ・体重測定（朝食前） |
| **活動** | ・制限はありません | ・制限はありませんが抗がん剤の投与中は出来るだけベッド上で過ごしましょう | ・制限はありません | | | |
| **食事** | ・制限はありません | ・制限はありません。食欲低下や吐き気などの症状があれば食事内容の変更や制吐剤使用の検討が出来ますので看護師にお伝えください | | | | |
| **教育指導説明** | ・医師より治療について説明します<br>・薬剤師より薬剤について説明します | ・点滴刺入部の痛み、赤み、腫れなどがありましたら看護師にお知らせください<br>・腎障害予防のために水分を摂取しましょう。水分摂取が困難な場合はお伝えください | ・この時期に手足や顔にむくみが出やすくなります。症状増強時はお伝えください<br>・食欲不振や吐き気、吃逆などの症状が出やすくなります。症状出現時は我慢せずにお伝えください | | | |