

脳卒中再生医療を受けられる

様へ

平成 年 月 日

*この用紙はおおまかな経過をお知らせするものです。詳しくは医師の指示に従ってください。

担当医師:

担当看護師:

| | 採血(/) | 確認TEL(/) | 骨髄液採取日(/) | 1日目 | 3日目 | 培養期間 約1ヶ月間 | 確認TEL(/) | 点滴(/) |
|----------------|--|--|---|---------------------|----------------|--------------------------------------|--|---|
| 検査 処置 治療 | 血液検査と感染症検査を行い、治療可能な状態なのか、ウイルス等に感染していないかをチェックいたします。 ※骨髄採取日の1週間前までに行います。 | 骨髄液採取日の1週間前に最終確認のTELをお願いします。 この日までに料金をお支払い頂きます。 | ・培養用の血液を採取します。 ・ベッドにうつ伏せになり、局所麻酔を使って痛みをなくします。 ・骨髄穿刺針を用いて、腸骨から骨髄液を採取します。 ・採取部位にテープを貼ります。(翌日まで) ・回復されるまでリカバリー室で少し休んでいただきます。 | ・採取部位のテープを外します。 | | ・採取された骨髄液から骨髄幹細胞を抽出し、約1か月かけて培養を行います。 | ・点滴の1週間前に最終確認のTELをお願いします。 | ・培養したご本人の骨髄幹細胞を静脈点滴注射により投与します。  |
| 薬 | ・現在服用中の薬があればお知らせして頂き、医師の指示通り使用してください。 ・服用中のお薬によって、採取日まで必要に応じた日数の間休薬していただきます。 ※以下のお薬を中止してください。 (/) ~ (/) まで中止 | | ・抗生剤3日分を内服します。 | ・中止していたお薬を再開してください。 | ・抗生剤の内服は終了します。 | | ・制限はありません。 | |
| 食事 水分 | ・制限はありません。 | | ・採取直前の食事は控えてください。 | | | ・制限はありません。 | | |
| 清潔 | ・制限はありません。 | | ・当日の入浴・シャワー浴はできませんので、可能であれば前日に入浴をしてください。 | ・シャワー浴ができます。 | ・入浴ができます。 | | ・制限はありません。 | |
| 排泄 | ・制限はありません。 | | ・採取後、1回目のトイレに行かれる時は看護師に声をかけてください。 | | | | ・制限はありません。 | |
| 安静度 | ・制限はありません。 ・体調を崩された時はすぐにご連絡下さい。 | | ・制限はありません。 ・無理のない程度に、リハビリは可能です。 | | | | ・制限はありません。 | |
| 説明 | | | ・家族の付き添いがある方は医師より説明があります。 | | | | | ・家族の付き添いがある方は医師より説明があります。 |
| その他 | ・飲酒・喫煙は骨髄液採取後の状態に影響があるため、採取日1週間前から採取後1週間は控えてください。 | | ・前日～採取後1週間の飲酒に関しては必ず控えてください。 ・着脱のしやすい服装で来院してください。 ・当日は車の運転はできません。  | | | ・培養状況によって、当院よりご連絡させて頂く場合があります。 | ・最終確認後の日程変更・キャンセルの際は培養した細胞が使えなくなってしまう為ご注意ください。 | ・2回目、3回目の投与は各々約1か月の期間を空け、初回の投与と同様の流れになります。 ※2回目及び3回目の幹細胞投与に関しては、骨髄穿刺(骨髄採取)の必要はありません。 |

《注意》 休薬・食事・飲酒・禁煙、体調管理など手術前の赤文字で記載している注意事項を厳守されない場合は治療が延期又は中止となり、その際は100%のキャンセル料が発生しますのでご注意ください。

不明点・ご質問等がありましたらご連絡ください。
医療法人大雅会 ふくとみクリニック TEL06-6232-8337