

【手術部用】 針 刺 し ・ 切 創 報 告 書

1. 報告者氏名: 性別 男 女 年齢 歳 職員番号(ID)
所属勤務場所: 所属勤務場所での年数: 年 実務(経験)年数: 年
住所:

2. 発生日: * 西暦
発生時間(24時間制) 時 分
手術開始時間(24時間制) 時 分
手術終了時間(24時間制) 時 分

3. 受傷した手術・診療科は?
 消化器外科 脳神経外科 その他 (記載)
 心臓血管外科 形成外科
 産科 泌尿器科
 婦人科 歯科/口腔外科
 整形外科 眼科
 耳鼻咽喉科 呼吸器外科

3a 緊急処置時(蘇生時を含む)の受傷でしたか?
 はい いいえ

4. 受傷時の術式は?
(記載)

4a) 受傷したのは内視鏡/腹腔鏡を使用する手術でしたか?
 はい いいえ 不明

5. 職種(1つだけチェック)
 a.手術医(術者:受傷時にメインで処置を実施した者) 外廻り看護師
 b.手術医(指導医) 器械出し/直接介助看護師
 手術医(助手) その他の役割の看護師(役割記載)
 手術医(初期・後期含む研修医) 看護学生
 麻酔医(指導医) 臨床工学技士
 麻酔医(初期・後期含む研修医) 清掃担当者
 医学生一どの科を廻っていましたか?(下記をチェック) その他(記載)
 外科系 麻酔科 その他(記載)

6. 受傷は麻酔業務時に発生しましたか?
 はい→どのような麻酔業務が行われていましたか?
(記載)
 いいえ

7. 発生場所
 術前待機室 麻酔台・カート
 メーヨー台 手術台(患者への穿刺場面・静脈内投与など)
 器械台 手術室の床
 バックテーブル 器材室
 手術部位 術後麻酔回復室
 手術部位のそば 標本整理室
 麻酔器 その他(記載)

8. 患者の確定

曝露源の患者が誰かわかっていますか？

はい →

いいえ

適切な回答なし(患者への使用前など)

患者ID番号			
患者氏名			
病名			
患者の検査結果	陽性	陰性	未検査
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HCV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HBs抗原	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HBs抗体	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HBe抗原	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
梅毒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATLA(HTLV-1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. 使用目的－鋭利器材はどのような目的で使用されていましたか？(1つだけチェック)

筋肉・皮下注射またはその他の皮膚を穿刺した注射(シリンジ)

末梢静脈の血管確保(IVカテーテル・翼状針などで)

IVラインへの接続 (間欠投与、ピギーバッグ、
ラインからの側注、その他のライン接続)

インジェクションサイトやポートへの注射

動脈ラインの確保

中心静脈ラインの確保

その他の非血管カテーテルの留置
(ドレーン留置時の挿入用針など)

静脈採血(下記をチェック)

直接穿刺

ルートからの採血

動脈採血(下記をチェック)

直接穿刺

ルートからの採血

体液・組織サンプルの採取

(尿・脳脊髄液・羊水・その他の体液、生検)

外科的に切る操作(電気メス以外)

【縫合】

筋肉/筋膜の縫合 (縫合部位記載)

皮膚、皮下組織の縫合 (縫合部位記載)

その他の組織の縫合 (縫合部位記載)

縫合用途不明 (縫合部位記載)

電気メスによる切開

ドリルでの穴開け/鋸引き切断

組織/骨の牽引

ワイヤ固定/その他の方法による固定

患者に対してではない目的で器具を使用(標本を切るなど)

検体や薬剤/標本などを入れる(ガラス製品など)

剃毛・除毛

その他(記載)

不明

10. 事例発生状況一どのような状況で針刺し・切創が生じましたか？(1つだけチェック)
- 器具を使用する前(器具が壊れた/滑った、組み立てる際など)
 - 器具の使用時(器具が滑った、患者や同僚が器具を動かした、など)
 - 術野の組織を手で牽引しているとき
 - 術野の組織をリトラクターなどの器具で牽引時
 - 器具を手渡ししている時
 - ハンズフリー(中間ゾーンを設けることで器具の手渡しを制限)で器具を受け取りしている時
 - 注射の追加投与の操作の合間
 - 器材の使用と使用との合間
 - 器材や装置の分解中
 - 器具の分別、または消毒・滅菌過程
 - 使用後の針をリキャップ時
 - ゴム部分やIVポートなどから針を引き抜く時
 - その他器具を使用後廃棄するまでの間(廃棄ボックスに移動中、片付け中、ベッド上・床・その他不適切な場所での放置)
 - 廃棄ボックスの上や、その近くに放置されていた器具で
 - 器具を廃棄ボックスに入れる時
 - 廃棄ボックスの投入口からはみ出していた器具で
 - 廃棄ボックスの投入口以外から突き出していた器具で
 - ゴミ袋や不適切な容器から突き出していた廃棄後の器具
 - その他(記載 _____)
11. 器材の所持者—受傷したとき、原因器材は誰が持っていましたか？(1つだけチェック)
- 他の人が持っていた
 - 受傷した本人が持っていた
 - 誰も持っていなかった
12. 器材の汚染—器材は血液・体液などで汚染されていましたか？(1つだけチェック)
- 見える程度の血液などが付いていた
 - 血液などに接触したが、受傷時には見える程度の血液などは付いていなかった(付着の程度が確認できなかった場合を含む)
 - 血液などで汚染されていなかった
 - 汚染されていたかどうか不明

13. 原因器材の種類は？(1つだけチェック)

※1～29の針(中空針)の場合、ゲージ数をお答えください。

- | | | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> インシュリン用 | <input type="checkbox"/> ツベルクリン用 | <input type="checkbox"/> 24/25ゲージ | <input type="checkbox"/> 23ゲージ | <input type="checkbox"/> 22ゲージ |
| <input type="checkbox"/> 21ゲージ | <input type="checkbox"/> 20ゲージ | <input type="checkbox"/> 19ゲージ | <input type="checkbox"/> 18ゲージ | <input type="checkbox"/> その他(記載) |

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 使い捨て注射器の針(普通の注射針、ツ反・インスリン用注射針等)
<input type="checkbox"/> 最初から薬剤が充填されている注射器の針
<input type="checkbox"/> 翼状針および点滴セットと一体となった翼状針
<input type="checkbox"/> 末梢静脈留置カテーテルの針
<input type="checkbox"/> 真空採血セットの針
<input type="checkbox"/> 縫合針(針サイズ、a、bの詳細もチェック)
縫合針サイズ <input type="checkbox"/> マイクロ、小型の針(針の大きさが15mm以下)
<input type="checkbox"/> 中型の針(針の大きさが16mm～30mm)
<input type="checkbox"/> 大型の針(針の大きさが31mm以上)
a.原因器材はどのタイプの縫合針でしたか？
<input type="checkbox"/> 丸針(下記をチェック)
<input type="checkbox"/> 弾機針/バネ針 <input type="checkbox"/> 針付縫合糸
<input type="checkbox"/> 角針(へら型針など)(下記をチェック)
<input type="checkbox"/> 弾機針/バネ針 <input type="checkbox"/> 針付縫合糸
<input type="checkbox"/> 鈍針
<input type="checkbox"/> その他 (記載)
<input type="checkbox"/> 不明(わからない)
b.下記のどの段階で縫合針による受傷をしましたか？
<input type="checkbox"/> 自分で縫合時
<input type="checkbox"/> 縫合の介助時など(他者が縫合時)
<input type="checkbox"/> 渡す時
<input type="checkbox"/> 受け取る時
<input type="checkbox"/> 持針器での縫合針の角度調整や糸掛けなどの操作中
<input type="checkbox"/> メーヨー台などに置いてある縫合針で
<input type="checkbox"/> ニードルカウンター使用時
<input type="checkbox"/> 糸結び時
<input type="checkbox"/> メーヨー台や術野などから落ちてきた針で
<input type="checkbox"/> 床に落ちていた針で
<input type="checkbox"/> その他 (記載)
<input type="checkbox"/> 再生使用する外科用メス(替え刃を含む)
<input type="checkbox"/> デisposable外科用メス
<input type="checkbox"/> 剃刀、刃
<input type="checkbox"/> ランセット(耳介・指・足底からの穿刺採血用)
<input type="checkbox"/> 血液ガス専用の注射器の針
<input type="checkbox"/> 点滴ラインの接続・増設等に用いる針
<input type="checkbox"/> ルンバール針または硬膜外針
<input type="checkbox"/> 何も接続されていない注射針
<input type="checkbox"/> 動脈カテーテル誘導針
<input type="checkbox"/> 中心静脈カテーテル誘導針 | <input type="checkbox"/> 鑷子、鉗子類(ヘモスタット/クランプ)
<input type="checkbox"/> はさみ(剪刃)
<input type="checkbox"/> a.電気メス(針先)
<input type="checkbox"/> b.電気メス(刃先)
<input type="checkbox"/> c.電気メス(ループ)
<input type="checkbox"/> レトラクター、スキンフック、ボーンフック
<input type="checkbox"/> ステープル/金属縫合糸
<input type="checkbox"/> ワイヤ(縫合/固定/ガイドワイヤ)
<input type="checkbox"/> ピン(固定/ガイドピン)
<input type="checkbox"/> ドリルビット/バー
<input type="checkbox"/> 鼓膜カテーテル誘導針
<input type="checkbox"/> その他の血管用カテーテルの針
(心臓カテーテル等)
<input type="checkbox"/> その他の非血管用カテーテルの針
(ドレーン留置時の挿入用針、眼科用等)
<input type="checkbox"/> ヒューバー針
<input type="checkbox"/> プラスチック製ピペット
<input type="checkbox"/> 骨切りメス
<input type="checkbox"/> 骨片
<input type="checkbox"/> 布鉗子
<input type="checkbox"/> マイクロトームの刃
<input type="checkbox"/> トロッカー(套管針)
<input type="checkbox"/> プラスチック製の吸引チューブ
<input type="checkbox"/> プラスチック製の検体容器・試験管
<input type="checkbox"/> 指の爪、歯
<input type="checkbox"/> 薬液アンプル
<input type="checkbox"/> 薬液バイアル
<input type="checkbox"/> 薬液ビン
<input type="checkbox"/> ピペット(ガラス)
<input type="checkbox"/> 吸引菅(ガラス)
<input type="checkbox"/> 標本ビン(ガラス)
<input type="checkbox"/> ガラスの毛細管
<input type="checkbox"/> スライドグラス
<input type="checkbox"/> その他、又は種類のわからない注射器の針
<input type="checkbox"/> 種類のわからない針
<input type="checkbox"/> その他の針 (記載)
<input type="checkbox"/> 種類のわからない鋭利器材
<input type="checkbox"/> その他鋭利器材 (記載)
<input type="checkbox"/> 種類のわからないガラス器材
<input type="checkbox"/> その他のガラス器材 (記載) |
|--|---|

14. 原因器材が針・鋭利器材だった場合、その器材は安全機構付き器材でしたか？

- はい いいえ 不明

14a) 安全機構の作動の有無は？

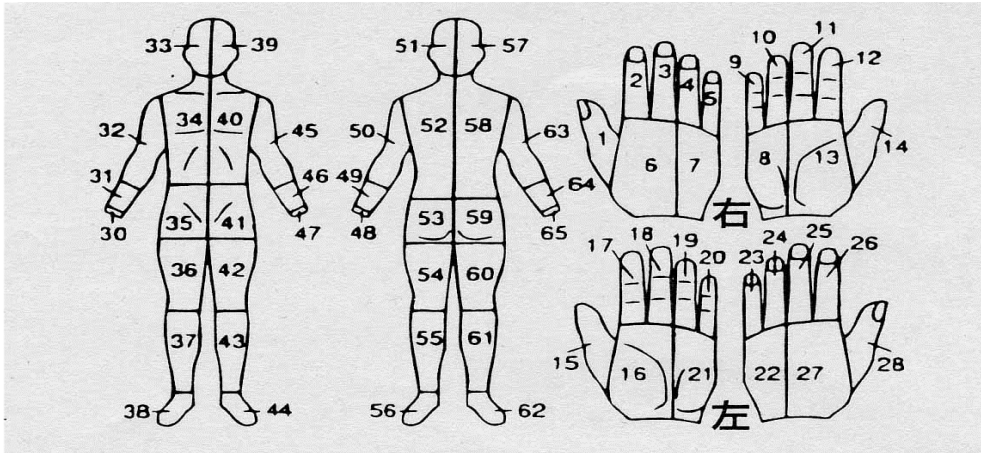
- 完全に作動 一部(部分的)作動
 いいえ 不明

14b) 受傷は安全機構作動のどの過程で生じましたか？

- 作動前 作動中
 作動後 不明

15. 受傷部位(3個までチェック可)

番号記入:



16. 受傷の程度

- 出血なし 中程度(皮膚の針刺し、切創、中等量の出血)
 表在性(少量の出血) 重傷(深い針刺し・切創、著しい出血)

17. 手袋の着用—手に受傷した場合、受傷時に手袋をしていましたか？

- 一重手袋着用
 二重手袋着用
 着用していない

18. 受傷者の利き手

- 右手 左手

19. HBs抗体—あなた自身はHBs抗体陽性ですか？

- はい(ワクチン接種による) いいえ
 はい(自然陽転あるいは既往疾患などによる) 不明

20. 受傷にいたるまでの状況を記載してください。(原因に器具の不具合が含まれていた場合も明記して下さい)

21. (受傷者の方へ) 器具が安全機構付き機材で無かった場合、安全機構があれば受傷は防げたと思いますか？

- はい いいえ 不明

22. あなたはどのようにすればこの事例を防ぐことができたと思いますか？

23. 事故発生時の検査結果と対応

	患者		受傷者		予防治療
HBs抗原	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> -	
HCV抗体	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> -	
HIV抗体	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> -	

24. 陽性事故発生後の受傷者の経過観察結果(受傷者が感染制御部へ報告し、感染制御部で記録)

	1か月後(/)	3か月後(/)	6か月後(/)	12か月後(/)
HBs抗原				
HCV抗体				
HIV抗体				

25. 現認者(受傷した現場を直接見た者)がいましたか

はい 職名 氏名

いいえ → 報告者(受傷の報告をした者)の氏名: 職名 氏名

病院長 殿

報告日: * 西暦

感染対策マネージャー(署名)

看護師長(署名)

診療科(部)長(署名)

