

# 【手術部用】 粘 膜 汚 染 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. 曝露した手術・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)の曝露でしたか?  
 はい  いいえ

4. 曝露時の術式は?  
(記載)

4a) 曝露したのは内視鏡/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:曝露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(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  
 医学生ー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. 曝露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  $\longrightarrow$   
 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. どの体液で曝露しましたか？(該当項目すべてにチェック)

- |                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 血液又は血液製剤 | <input type="checkbox"/> 腹水            |
| <input type="checkbox"/> 吐物/胃内容物  | <input type="checkbox"/> 胸水            |
| <input type="checkbox"/> 痰        | <input type="checkbox"/> 羊水            |
| <input type="checkbox"/> 唾液       | <input type="checkbox"/> 尿             |
| <input type="checkbox"/> 脳脊髄液     | <input type="checkbox"/> 不明            |
|                                   | <input type="checkbox"/> その他(記載 _____) |

- 9a 曝露した体液は肉眼的に血液が混入していましたか？

- はい       いいえ       不明

10. 曝露したのはどこですか？(該当項目全てチェック)

- 損傷のない皮膚  
 損傷のある皮膚(皮膚炎・擦り傷等)  
 眼(眼粘膜)  
 鼻(粘膜)  
 口(粘膜)  
 その他(記載 \_\_\_\_\_)

11. 曝露時の状況—血液・体液はどのように皮膚・粘膜に曝露しましたか？

- 防護していない皮膚・粘膜にふれた  
 防護衣や防護具の隙間の皮膚・粘膜に触れた  
 手袋が破れていたため皮膚・粘膜に触れた  
 防護衣や防護具を浸透して触れた  
 白衣などの衣類を浸透して触れた

12. 曝露時にどのような防護衣・防護具を付けていましたか？(該当項目全てチェック)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 手袋をしていなかった            | <input type="checkbox"/> フェイスシールド         |
| <input type="checkbox"/> 一重の手袋(ゴム/ビニール)(ブランド名) | <input type="checkbox"/> 手術用マスク           |
| <input type="checkbox"/> 二重の手袋(ゴム/ビニール)(ブランド名) | <input type="checkbox"/> 眼保護付き手術用マスク      |
| <input type="checkbox"/> ゴーグル                  | <input type="checkbox"/> 手術用ガウン(ディスポーザブル) |
| <input type="checkbox"/> 眼鏡(防護具ではないタイプ)        | <input type="checkbox"/> 手術用ガウン(リユース)     |
| <input type="checkbox"/> 側面も保護する眼鏡             | <input type="checkbox"/> その他(記載 _____)    |

12a 手術用ガウンを付けていた場合どのような規格レベルでしたか？

- レベル1(スプレーインパクトテストで、クリティカルゾーンにあたる生地を透過する液体の重量が4.5g以下であること)
- レベル2(スプレーインパクトテストで、透過した液体の重量が1.0g以下であること。  
同時にハイドロプレッシャーテストでは少なくとも20cmであること)
- レベル3(スプレーインパクト)
- レベル4(バクテリオファージPhi-X174へのバリア性能テストで、AQL4%を示す必要があること)
- 不明

13. 曝露理由—曝露はどのようにして起こりましたか？

- 患者から直接
- 汚染していた器材に触れて
- 汚染していた覆布/シーツ/ガウン等に触れて
- 検体容器から漏れて/こぼれて
- チューブ(血液、吸引、ドレイン、その他)からの漏れ、外れ、破損
- バッグ/ポンプから漏れ、こぼれ、破損
- 気管/鼻腔栄養チューブが破損、飛散
- 吸引容器のこぼれ、漏れ、破損
- その他の洗浄/容器のこぼれ、漏れ、破損
- その他、装置の誤作動や誤操作
- 不明
- その他(記載 \_\_\_\_\_ )

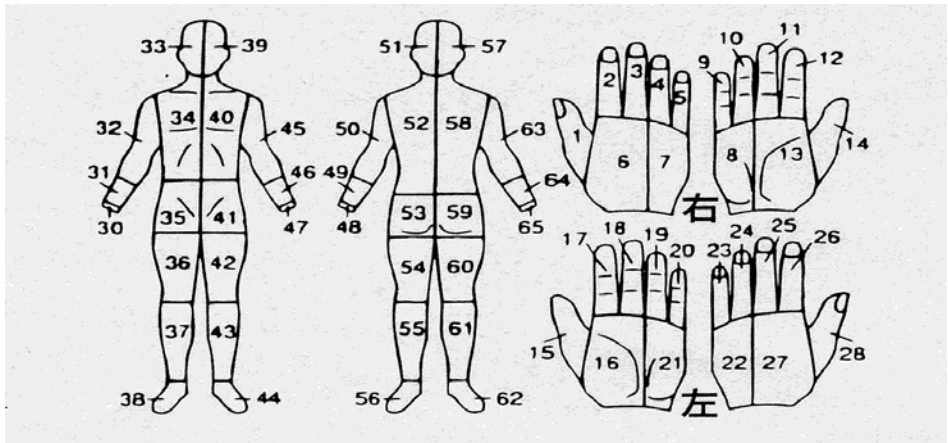
14. 曝露時間—皮膚・粘膜はどの位のあいだ血液・体液に接触してしまいましたか？

- 5分未満
- 5～14分間
- 15分以上1時間未満
- 1時間以上

15. 曝露量—皮膚・粘膜に接触した血液・体液の量はどの位でしたか？

- 少量(5cc未満)
- 中等量(5～50cc)
- 大量(50cc以上)

16. 曝露部位(3個までチェック可) 番号記入:



17. 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

18. 曝露にいたるまでの状況及び背景について詳しく記載してください。(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)

19. (曝露者の方へ)その他、工学的管理(安全機構付き器材)や作業的管理によって曝露は防げたと思いますか？  
 はい  いいえ  不明

20. 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考えますか？

21. 事故発生時の検査結果と対応

	患者	曝露者	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"/> -	

22. 陽性事故発生後の曝露者の経過観察結果(曝露者が感染制御部へ報告し、感染制御部で記録)

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

23. 現認者(曝露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(曝露の報告をした者)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) \_\_\_\_\_