

# 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. 発生日時: \* 西暦   午前  午後  頃 (時間記入)

3. 職種(1つだけチェック)  
 医師(教員・医員)                       看護師                       薬剤師                       作業療法士  
 医師(研修医・大学院生・研究生)    看護助手                       臨床検査技師               理学療法士  
 医学生     助産師                       診療放射線技師           臨床工学技士  
 歯科医師(教員・医員)                       歯科衛生士                       事務職員                       調理師  
 歯科医師(研修医・大学院生・研究生)  歯科技工士  
 歯学生     外注業者 (清掃・洗濯・廃棄・その他 \_\_\_\_\_ )  
 その他(記載 \_\_\_\_\_ )

4. 発生場所(1つだけチェック)  
 病室     救急部                       集中治療部  
 病室外(廊下・ナースステーション)    手術室                       透析室  
 外来診療室(処置室)                       分娩室                       材料部  
 検査・輸血部(検査)                       病理部                       放射線部  
 検査・輸血部(輸血)                       中央採血室                       光学医療診療部  
 リハビリテーション部                       薬剤部                       その他 (記載 \_\_\_\_\_ )

5. 汚染源の患者が誰か判っていますか  
 はい  いいえ

|              |                          |                          |                          |
|--------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 患者ID番号       | <input type="text"/>     |                          |                          |
| 患者氏名         | <input type="text"/>     |                          |                          |
| 病名           | <input type="text"/>     |                          |                          |
| 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"/> |

6. 原因器材は受傷者自身が選んで使用したものでしたか  
 はい                       いいえ(介助、リキャップ、後片付け、分解・洗浄・消毒)

7. 他者が持っていた原因器材で受傷しましたか  
 はい                       いいえ

8. 器材は血液・体液などで汚染されていませんでしたか  
 見える程度の血液などが付いていた  
 事故前に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  
 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

9. 原因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)

- 不明
- 注射器を用いた経皮的な注射(静・筋・皮下・皮内等)
- ヘパリン生食等でフラッシュ洗浄(注射器を用いて)
- 静脈ラインのインジェクションサイト(ゴム管・ゴム栓)への側注または採血
- 末梢静脈の血管確保
- 動脈の血管確保
- 中心静脈の血管確保
- 静脈採血(直接穿刺)
- 静脈採血(ルートからの採血)
- 動脈採血(血液ガス・ルートからの採血)
- その他(記載 \_\_\_\_\_ )
- 外科的切開
- 縫合
- 電気焼灼(電気メスの使用など)
- 剃毛
- 動脈採血(血液ガス・直接穿刺)
- 体液・組織採血(試験穿刺・生検・ルンバール等)

10. どのような過程(状況)で針刺し・切創が生じましたか(1つだけチェック)

- 器材を患者に使用する前(すでに壊れていた、器材の組立、静脈ラインの組立等)
- 器材を患者に使用中(患者の動作による受傷:翼状針・点滴針等の抜針・止血等、抑制・介助時を含む。)
- 数段階の処置を実施するときに、その処置操作の合間(数回の注射の間や薬剤の追加時、器材の受渡時等)
- 器材の分解等
- 再生可能な器材の再使用のための操作中(分解、洗浄、消毒、滅菌等)
- 使用済み注射針のリキャップ時(血液ガス検体にゴム栓などを刺す時を含む。)
- ゴム管・ゴム栓(インジェクションサイト、試験管チューブ)への注入及び抜針時(血液等の検体の分注処理を含む。)
- 器材の使用後で廃棄するまでの間(後片付け、ベッド・テーブル・床等に放置、リネンに混入等)
- 廃棄ボックスの上やその近くに放置してあった器材で
- 廃棄ボックスに器材を入れるとき
- 廃棄後に廃棄ボックスの投入口からはみ出していた器材で
- 廃棄ボックスの投入口以外の部位から突き出していた器材で
- 廃棄後ゴミ袋や不適切な容器から突き出していた器材で
- その他(記載 \_\_\_\_\_ )

11. 針刺し・切創の原因となった器材は何ですか(1つだけチェック)

- 使い捨て注射器(普通の注射器、ツ反・インスリン用注射器等)
- 最初から薬剤の充填されている注射器(ペン式インスリン用注射器等)
- 血液ガス採取に用いた注射器
- 点滴ラインの接続・増設に用いる針
- 翼状針および点滴セットと一体となった翼状針
- 静脈留置針(静脈カテーテル、サーフロー、エラストマー、アンジオカット等)
- その他の血管用カテーテル(心臓カテーテル等)
- その他の非血管用カテーテル(眼科用等)
- ランセット(耳介・指・足底からの穿刺採血用)
- プラスチック製ピペット
- 剃刀、刃
- はさみ
- ワイヤ
- 骨片
- 布鉗子
- マイクロトームの刃
- トロッカー套管針
- プラスチック製の吸引チューブ
- プラスチック製の検体容器・試験管
- 指の爪、歯
- レトラクター、スキンフック、ボーンフック
- ステープル、金属縫合針
- 種類の分からない針、鋭利器材、ガラス製品など(記載 \_\_\_\_\_ )
- 真空採血セット
- ルンバール針または硬膜外針
- 何も接続されていない注射針
- 動脈カテーテル誘導針
- 中心静脈カテーテル誘導針
- 鼓膜カテーテル針
- 縫合針
- 再生使用する外科用メス(替え刃も含む)
- ディスポーザブル外科用メス
- 電気メス
- 骨切りメス
- ピン
- ドリルビット
- 摂子、鉗子類
- 薬剤アンプル
- 薬剤バイアル
- 点滴液瓶あるいは大きな薬液瓶
- ガラス製ピペット
- ガラス製の真空採血管
- ガラスの毛細管
- ガラススライド

12. 針で事故が発生した場合、その針は安全装置の付いた器材でしたか

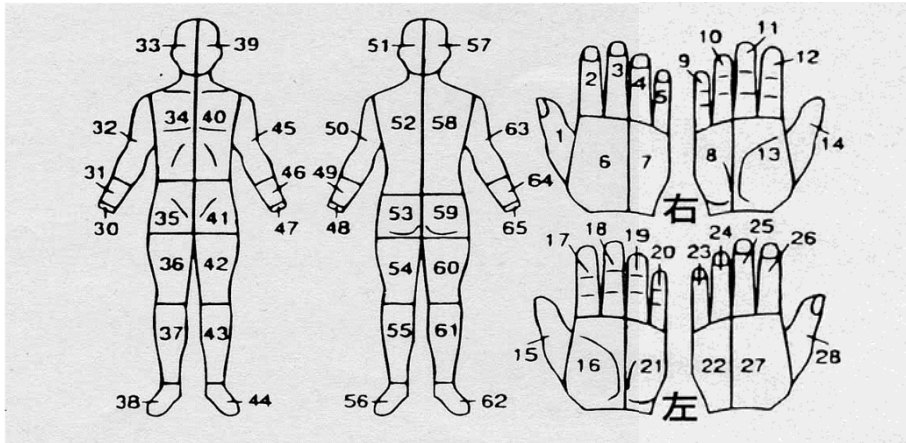
- はい  いいえ

13. 器材の安全装置は作動していましたか

- 作動前  ついていない  
 完全作動  一部作動  
 作動不良  不明

14. 針刺し・切創部位にあたる番号を記載してください

部位  (番号記入)



15. 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)

16. 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

17. 受傷時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. 蘇生時などの緊急時の受傷でしたか

- はい  いいえ

19. 針刺し、切創事故発生時の状況および背景について、下記の(1)~(6)を含めて詳しく記載してください

- (1) 具体的な事故発生現場(階、病棟名、ナースステーション等)
- (2) 事故発生時にどのような仕事、行為をしていたか
- (3) 事故を起こした器材または装置
- (4) どのようにして事故が発生したか
- (5) 事故に関連する特別な事情・状況・背景等
- (6) 事故後の処置、対応

20. あなたはどのようにすればこの事故が防げたと思いますか

21. 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"/> - |      |

22. 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(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)

---



---



---