

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. 発生日時: * 西暦 年 月 日 午前 午後 頃 (時間記入)

3. 職種(1つだけチェック)

- | | | | |
|---|---|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 医師(教員・医員) | <input type="checkbox"/> 看護師 | <input type="checkbox"/> 薬剤師 | <input type="checkbox"/> 作業療法士 |
| <input type="checkbox"/> 医師(研修医・大学院生・研究生) | <input type="checkbox"/> 看護助手 | <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 | <input type="checkbox"/> 理学療法士 |
| <input type="checkbox"/> 医学生 | <input type="checkbox"/> 助産師 | <input type="checkbox"/> 診療放射線技師 | <input type="checkbox"/> 臨床工学技士 |
| <input type="checkbox"/> 歯科医師(教員・医員) | <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 | <input type="checkbox"/> 事務職員 | <input type="checkbox"/> 調理師 |
| <input type="checkbox"/> 歯科医師(研修医・大学院生・研究生) | <input type="checkbox"/> 歯科技工士 | | |
| <input type="checkbox"/> 歯学生 | <input type="checkbox"/> 外注業者(清掃・洗濯・廃棄・その他 _____) | | |
| <input type="checkbox"/> その他(記載 _____) | | | |

4. 発生場所(1つだけチェック)

- | | | |
|--|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 病室 | <input type="checkbox"/> 救急部 | <input type="checkbox"/> 集中治療部 |
| <input type="checkbox"/> 病室外(廊下・ナースステーション) | <input type="checkbox"/> 手術室 | <input type="checkbox"/> 透析室 |
| <input type="checkbox"/> 外来診療室(処置室) | <input type="checkbox"/> 分娩室 | <input type="checkbox"/> 材料部 |
| <input type="checkbox"/> 検査・輸血部(検査) | <input type="checkbox"/> 病理部 | <input type="checkbox"/> 放射線部 |
| <input type="checkbox"/> 検査・輸血部(輸血) | <input type="checkbox"/> 中央採血室 | <input type="checkbox"/> 光学医療診療部 |
| <input type="checkbox"/> リハビリテーション部 | <input type="checkbox"/> 薬剤部 | <input type="checkbox"/> 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			
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"/>

6. 汚染源

- | | | | | | |
|----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--|-------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 血液・血液製剤 | <input type="checkbox"/> 唾液 | <input type="checkbox"/> 胸水 | <input type="checkbox"/> 嘔吐物 | <input type="checkbox"/> 脳脊髄液 | <input type="checkbox"/> 羊水 |
| <input type="checkbox"/> 痰 | <input type="checkbox"/> 腹水 | <input type="checkbox"/> 尿 | <input type="checkbox"/> その他(記載 _____) | | |

7. 汚染組織・状態

- | | | | | |
|--|---|----------------------------|----------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 無傷な皮膚 | <input type="checkbox"/> 傷のある皮膚(皮膚炎・擦り傷等) | <input type="checkbox"/> 眼 | <input type="checkbox"/> 鼻 | <input type="checkbox"/> 口(くち) |
| <input type="checkbox"/> その他(記載 _____) | | | | |

8. 汚染時の状況

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 防備していない皮膚・粘膜に触れた | <input type="checkbox"/> 防衣又は防具を浸透して触れた |
| <input type="checkbox"/> 防衣の隙間等の皮膚に触れた | <input type="checkbox"/> 白衣などの衣類を浸透して触れた |

9. 汚染時の防衣・防具

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 手袋なし | <input type="checkbox"/> 手術用マスク |
| <input type="checkbox"/> 一重の手袋 (ブランド _____) | <input type="checkbox"/> 眼保護付手術用マスク |
| <input type="checkbox"/> 二重の手袋 (ブランド _____) | <input type="checkbox"/> 手術用ガウン |
| <input type="checkbox"/> ゴーグル | <input type="checkbox"/> ガウン(プラスチック/ビニール) |
| <input type="checkbox"/> 眼鏡 | <input type="checkbox"/> 検査/実験衣(布地) |
| <input type="checkbox"/> 側面保護眼鏡 | <input type="checkbox"/> 検査/実験衣(その他) (記載 _____) |
| <input type="checkbox"/> フェイスシールド | <input type="checkbox"/> その他 (記載 _____) |

10. 汚染理由

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 患者から直接に | <input type="checkbox"/> その他の体液容器から漏れて(こぼれて) |
| <input type="checkbox"/> 検体容器から漏れて(こぼれて) | <input type="checkbox"/> 汚染していた器財に触れて |
| <input type="checkbox"/> 検体容器が壊れて | <input type="checkbox"/> 汚染していたシーツ、覆布、ガウンに触れて |
| <input type="checkbox"/> IVチューブ、バッグ、ポンプから漏れて | <input type="checkbox"/> 不明 |
| <input type="checkbox"/> 破れた手袋・ガウンを通して | <input type="checkbox"/> その他 (記載 _____) |
| <input type="checkbox"/> 栄養チューブその他のチューブが外れて、漏れて | |

11. 汚染時間(洗浄までにかかった時間)

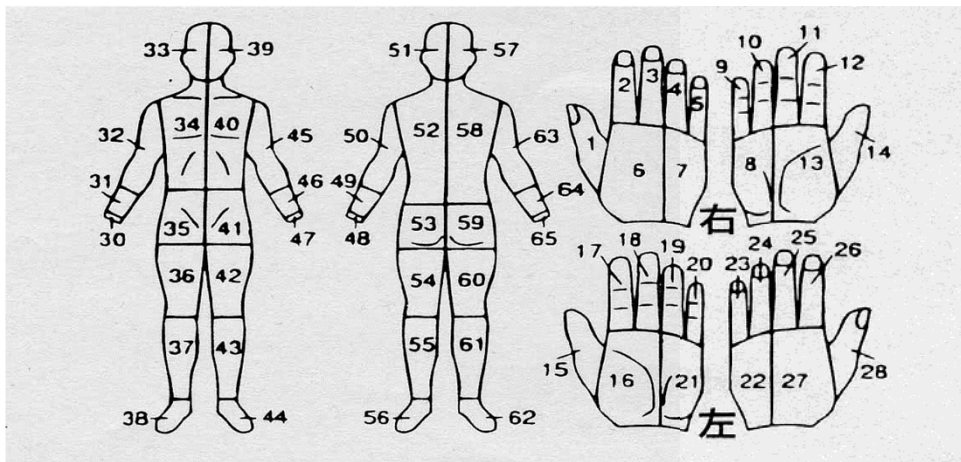
- 5分未満 5~14分間 15分~1時間未満 1時間以上

12. 接触量

- 少量(5cc未満) 中等量(5~50cc) 大量(50cc以上)

13. 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)



14. あなた自身はHBs抗体陽性ですか

- | | |
|--|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> はい(ワクチン接種による) | <input type="checkbox"/> いいえ |
| <input type="checkbox"/> はい(自然陽転あるいは既往疾患などによる) | <input type="checkbox"/> 不明 |

15. 蘇生時などの緊急時の受傷でしたか

- はい いいえ

16. 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) どのようにして事故が発生したか
- (4) 事故に関連する特別な事情・状況・背景等
- (5) 事故後の処置、対応

17. 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

[Redacted area]

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"/> -	

19. 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 [Redacted] 氏名 [Redacted]

いいえ

→ 報告者(受傷の報告をした者)の氏名: 職名 [Redacted] 氏名 [Redacted]

病院長 殿

報告日: * 西暦 [Redacted]

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)

