



B:皮膚・粘膜曝露報告書

(Japan EPINet version 5.0)

病院コード番号

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

院内報告番号

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| B | | | | |
|---|--|--|--|--|

1 報告者

| | | |
|--------|------------|-----------|
| ■氏名 | ■所属部門 | ■経験年数(年) |
| ■ふりがな | 1□ 医師部門 | ■性別 (男・女) |
| ■職員番号 | 5□ 検査部門 | ■年齢 (歳) |
| ■カルテ番号 | 2□ 病棟部門 | |
| | 3□ 外来部門 | |
| | 4□ 中材・手術部門 | |
| | 6□ 放射線部門 | |
| | 99□ その他 | |
| | (記載) | |

2 発生日時

発生日 西暦 年 月 日

発生時間(24 時間制) 時 分

3 職種(1 つだけチェック)

| | |
|----------------------|--------------|
| 1 □ 医師(常勤・非常勤を含む) → | 1 □ 内科 |
| 2 □ レジデント・研修医 →→→→ | 2 □ 外科 |
| 3 □ 医学生 | 3 □ 麻酔科 |
| 4 □ 看護師 | 4 □ 整形外科 |
| 5 □ 准看護師 | 5 □ リハビリ科 |
| 14□ 助産師 | 6 □ 形成外科 |
| 6 □ 看護助手 | 7 □ 小児科 |
| 7 □ 看護学生 | 8 □ 産婦人科 |
| 8 □ 臨床検査技師 | 9 □ 眼科 |
| 9 □ 放射線技師 | 10 □ 皮膚科 |
| 10□ 歯科医師 | 11 □ 泌尿器科 |
| 11□ 歯科衛生士 | 12 □ 耳鼻咽喉科 |
| 12□ 清掃・洗濯・廃棄等の医療関連 | 13 □ 精神・神経科 |
| サービス(委託業者含む) | 14 □ 放射線科 |
| □ 清掃業務担当者(委託業者含む) | 15 □ 歯科・口腔外科 |
| □ 洗浄・滅菌業務担当者(委託業者含む) | 16 □ 脳神経外科 |
| □ 洗濯業務担当者(委託業者含む) | 17 □ 腎透析部 |
| □ その他(記載) | 18 □ 中央臨床検査 |
| 13□ 薬剤師 | 19 □ 救急部 |
| 16□ 臨床工学技士 | 20 □ 手術部 |
| 99□ その他(記載) | 99 □ その他 |
| | (記載) |

4 発生場所(1 つだけチェック)

1 □ 病室(集中治療室を除く)

(病棟名記載)

2 □ 病棟病室外

□ 廊下

□ ナースステーション

□ 処置室

□ その他(記載)

(病棟名記載)

3 □ 救急部門

4 □ 集中治療部(術後回復室を含む)

5 □ 手術部

6 □ 外来診察室(処置室)(診察科記載)

7 □ 輸血部

8 □ 採血室

9 □ 透析室

10□ 特殊検査室(放射線・内視鏡・CT・心カテ・筋電図等の検査室)

11□ 臨床検査部

12□ 病理部

□ 病理検査室

□ 病理解剖室

13□ 中央材料室

14□ 分娩室

16□ 薬剤部

17□ 化学療法センター

15□ 在宅

99□ その他(記載)

5 患者の確定-曝露源の患者が誰かわかっていますか?

1 □ はい(以下の項目にもお答えください)

(患者氏名又はイニシャル)

(患者カルテ番号)

入院・外来

□1.入院

□2.救急外来

□3.外来(救急を除く)

□4.不明

| | | | | |
|----------|-----------------|--------|---------|------|
| 患者検査結果 | HIV 抗体 | □陽性 | □陰性 | □未検査 |
| (曝露時に未検査 | HCV 抗体 | □陽性 | □陰性 | □未検査 |
| でも、後に確認さ | HBs 抗原 | □陽性 | □陰性 | □未検査 |
| れた場合は訂正 | HBe 抗原 | □陽性 | □陰性 | □未検査 |
| 入力して下さい) | 梅毒 | □陽性 | □陰性 | □未検査 |
| | | □STS 法 | □TPHA 法 | □不明 |
| | ATLA(HTLV-1 抗体) | □陽性 | □陰性 | □未検査 |
| | その他(記載) | | | |

2 □ いいえ

3 □ 適切な回答なし(患者への使用前など)

6 曝露した体液・皮膚・粘膜はどの体液で曝露しましたか?(該当項目全てにチェック)

1 □ 血液又は血液製剤

2 □ 吐物/胃内容物

3 □ 痰

4 □ 唾液

5 □ 脳脊髄液

6 □ 腹水

7 □ 胸水

8 □ 羊水

9 □ 尿

10□ 不明

99□ その他(記載)

7 曝露組織・状態-曝露したのはどこですか？(該当項目全てチェック)

- 1 ☐ 損傷のない皮膚
 2 ☐ 損傷のある皮膚(皮膚炎・擦り傷等)
 3 ☐ 眼(眼粘膜)
 4 ☐ 鼻(粘膜)
 5 ☐ 口(粘膜)
 99 ☐ その他(記載) _____

8 曝露時の状況-血液・体液はどのように皮膚・粘膜に露しましたか？

- 1 ☐ 防護していない皮膚・粘膜に触れた
 2 ☐ 防護衣や防護具のすき間の皮膚・粘膜に触れた
 3 ☐ 防護衣や防護具を浸透して触れた
 4 ☐ 白衣などの衣類を浸透して触れた

9 曝露時の防衣・防具-曝露したときどのような防護衣・防護具を付けていましたか？(該当項目全てチェック)

- 1 ☐ 手袋をしていなかった
 2 ☐ 一重の手袋(ゴム/ビニール)
 3 ☐ 二重の手袋(ゴム/ビニール)
 4 ☐ ゴーグル
 5 ☐ 眼鏡(防護具ではないタイプ)
 6 ☐ 側面も保護する眼鏡
 7 ☐ フェイスシールド
 8 ☐ 手術用マスク
 9 ☐ 眼保護付き手術用マスク
 10 ☐ 手術用ガウン
 11 ☐ ガウン(プラスチック/ビニール)
 14 ☐ エプロン(プラスチック/ビニール)
 12 ☐ 検査・実験衣(布製)
 99 ☐ その他(記載) _____

10 曝露理由-曝露はどのようにして起こりましたか？

- 1 ☐ 患者から直接
 2 ☐ 検体容器から漏れて／こぼれて
 3 ☐ 検体容器が壊れて
 4 ☐ チューブ(血液、吸引、ドレイン、その他)バッグ／ポンプから漏れて
 5 ☐ 破れた手袋/ガウン等をとおして
 6 ☐ 気管／鼻腔栄養・その他のチューブ外れて、漏れて(チューブ名記載) _____
 7 ☐ その他の体液容器からこぼれて/漏れて(吸引ビン等)
 8 ☐ 血液体液に接触していた器材に触れて
 9 ☐ 血液体液に接触していた覆布／シーツ／ガウン等に触れて
 10 ☐ その他、装置の誤作動や誤操作
 99 ☐ その他(記載) _____

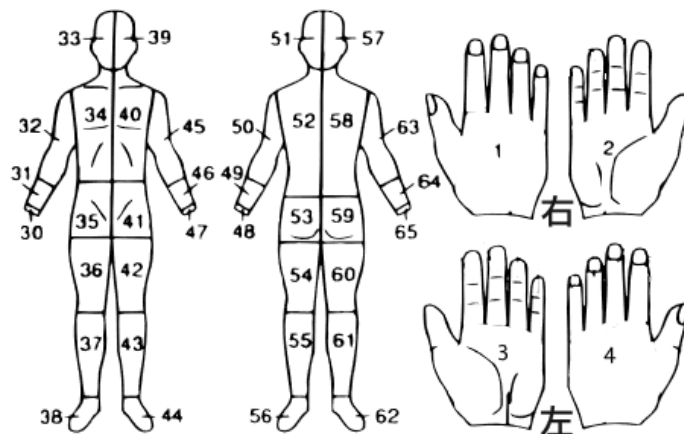
11 曝露時間—皮膚・粘膜はどの位のあいだ血液・体液に接触していましたか？

- 1 ☐ 5分未満
 2 ☐ 5～14分間
 3 ☐ 15分以上1時間未満
 4 ☐ 1時間以上

12 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？

- 1 ☐ 少量(5cc未満)
 2 ☐ 中等量(5～50cc)
 3 ☐ 大量(50cc以上)

13 曝露部位-図に汚染部位とその広がりを塗りつぶしてください 身体部位番号を越えた広範囲の曝露の場合、曝露の著しい順に、◎部位1、○部位2、△部位3を記載します



14 HBs 抗体-あなたは HBs 抗体陽性(10mIU/mL以上)でしたか？(1つだけチェック)

※曝露時に未確認でも後に確認された場合は訂正入力して下さい

- 1 ☐ はい(ワクチン接種により 10mIU/mL 以上になったことがある)
 2 ☐ はい(自然陽転あるいは既往疾患などにより 10mIU/mL 以上になったことがある)
 3 ☐ いいえ
 4 ☐ 不明

15 緊急処置時(蘇生時を含む)の曝露でしたか？

- 1 ☐ はい 2 ☐ いいえ

16 曝露時の状況及び背景について、下記の(1)～(6)を含めて詳しく記載してください。

- (1) 具体的な発生現場(階、病棟、ナースステーション等)
 (2) 発生時にどのような仕事、行為をしていたか？
 (3) 曝露原因の器材
 (4) どのようにして発生したか？
 (5) 特別な事情・状況・背景等
 (6) 曝露後の処置、対応

17 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？

以下管理者記載

| | | |
|-----------|----|---|
| 曝露による損失経費 | 総計 | 円 |
|-----------|----|---|

■検査費用(HBV、HCV、HIV、肝機能など)

1) 該当患者に実施した検査 円

| | |
|--------------|---|
| 2)曝露者に実施した検査 | 円 |
|--------------|---|

| | |
|----|---|
| 小計 | 円 |
|----|---|

| | |
|------------|---|
| ■業務中断/職場離脱 | 円 |
|------------|---|

■代務採用経費 円

合計 円

■感染・発症予防措置の費用(HB 免疫グロブリン、抗 HIV 予防投薬など) 円

■発症後の治療費用 _____ 円
(治療内容)

(治療内容)

公労災の申請

公務・労務災害補償を申請しましたか？(1 つだけチェック)

1 ☐ はい

2 ☐ いいえ

はいの場合、認定されましたか？

1□ はい

認定年月日 年 月 日

病休日数 日

就業制限 日

2 □ いいえ