

社会福祉法人 ^{恩賜財団} 済生会支部埼玉県済生会加須病院			
文書名	院内感染防止対策マニュアルP-10：B.皮膚・粘膜曝露発生届（手術室用）		
文書番号	感対-共様-マニュアルP-10-3-250501	ページ	2 / 5

西暦 年 月 日

B.皮膚・粘膜汚染事例（手術室用） 発生届

安全衛生委員会委員長 殿

院内感染に関する皮膚・粘膜曝露事例が発生しましたので、下記の通り報告致します。

所属長

部署 _____ 氏名 _____

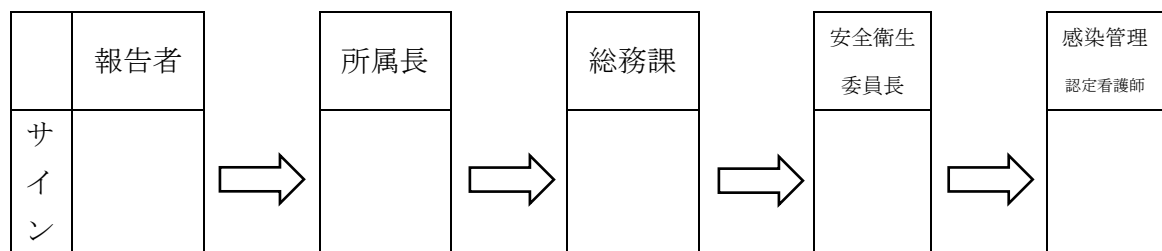
<対策指示>

- ・ 院内感染防止対策マニュアルに沿って、速やかなる対応をお願い致します。

安全衛生委員会委員長

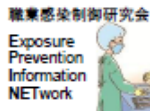
<発生届の流れ>

※発生部署で1部保管のこと



- ・ 下記の順番で、速やかに届出を行ってください
- ・ 各担当者は、記載内容を確認のうえサインをしてください
- ・ 記載に際し不明な点は、感染対策室（PHS86237）にご相談ください

文書名	院内感染防止対策マニュアルP-10：B.皮膚・粘膜曝露発生届（手術室用）		
文書番号	感対-共様-マニュアルP-10-3-250501	ページ	3 / 5



エピネット日本版/手術部版-Japan EPINet/OR
BO:皮膚・粘膜曝露報告書/手術部用
 (Japan EPINet/OR version 1.0)

病院コード番号

 院内報告番号
 B O

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 _____	2□ 病棟部門	■年齢 (歳)
■カルテ番号 _____	3□ 外来部門	
	4□ 中材・手術部門	
	5□ 検査部門	
	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
 手術開始時間(24時間制) 時 分
 手術終了時間(24時間制) 時 分

12□ 看護学生

13□ 臨床工学技士

14□ 清掃担当者

99□ その他(記載)

3 曝露した手術・診療科は？

- 1 □ 消化器外科
- 2 □ 心臓血管外科
- 3 □ 産科
- 4 □ 婦人科
- 5 □ 整形外科
- 6 □ 耳鼻科
- 7 □ 脳神経外科
- 8 □ 形成外科
- 9 □ 泌尿器科
- 10□ 歯科/口腔外科
- 12□ 眼科
- 13□ 呼吸器外科
- 99□ その他(記載)

6 曝露は麻酔業務時に発生しましたか？

1□ はい→どのような麻酔業務が行われていましたか？
 (記載)

2□ いいえ

7 発生場所

- 1 □ 術前待機室
- 2 □ メーヨー台
- 2.1□ 器械台
- 3 □ バックテーブル
- 4 □ 手術部位
- 5 □ 手術部位のそば
- 6 □ 麻酔器
- 7 □ 麻酔台・カート
- 8 □ 手術台(患者への穿刺場面・静脈内投与など)
- 10□ 手術室の床
- 11□ 器材室
- 12□ 術後麻酔回復室
- 13□ 標本整理室
- 99□ その他

3a 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

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？

1 □ はい 2 □ いいえ 3 □ 不明

8 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)

5 職種(1つだけチェック)

- 1.1□手術医(術者:受傷時にメインで処置を実施した者)
- 1.2□手術医(指導医)
- 2□ 手術医(助手)
- 3□ 手術医(初期・後期含む研修医)
- 5□ 麻酔医(指導者)
- 6□ 麻酔医(初期・後期含む研修医)
- 8□ 医学生-どの科を廻っていましたか？
 外科系 麻酔科 その他(記載)
- 9 □ 外廻り看護師
- 10□ 器械出し/直接介助看護師
- 11□ その他の役割の看護師
 (役割記載)

(患者氏名又はイニシャル) _____
 (患者カルテ番号) _____

入院・外来	<input type="checkbox"/> 1.入院	<input type="checkbox"/> 2.救急外来
	<input type="checkbox"/> 3.外来(救急を除く)	<input type="checkbox"/> 4.不明
患者の	HIV <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 未検査
検査結果	HCV <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 未検査
	HBs抗原 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 未検査
	HBe抗原 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 未検査
	梅毒 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 未検査
	ATLA(HTLV-1) <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 未検査

2 □ いいえ

3 □ 適切な回答なし(患者への使用前など)

文書名	院内感染防止対策マニュアル P-10 : B. 皮膚・粘膜曝露発生届 (手術室用)		
文書番号	感対-共様-マニュアル P-10-3-250501	ページ	4 / 5

9 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) _____

9a 曝露した体液は肉眼的に血液が混入していましたか？

- 1 はい
- 2 いいえ
- 3 不明

10 曝露したのはどこですか？(該当項目全てにチェック)

- 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) _____

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？

- 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 手袋が破れていたため皮膚・粘膜に触れた
- 4 防護衣や防護具を浸透して触れた
- 5 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？(該当項目全てにチェック)

- 1 手袋をしていなかった
- 2 一重の手袋(ゴム/ビニール)(ブランド名)
- 3 二重の手袋(ゴム/ビニール)(ブランド名)
- 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(ディスポーザブル)
- 11 手術用ガウン(リユース)
- 99 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？

- 1 レベル 1 (スプレーインバクトテストで、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)
- 2 レベル 2 (スプレーインバ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)
- 3 レベル 3 (スプレーインバクト)
- 4 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、AQL 4%を示す必要があること)
- 5 不明

13 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 汚染していた器材に触れて
- 3 汚染していた覆布/シート/ガウン等に触れて
- 4 検体容器から漏れて/こぼれて
- 5 チューブ(血液、吸引、ドレイン、その他)からの漏れ、外れ、破損
- 6 バッグ/ポンプから漏れ、こぼれ、破損
- 7 気管/鼻腔栄養チューブが破損、飛散
- 8 吸引容器のこぼれ、漏れ、破損
- 9 その他の洗浄/容器のこぼれ、漏れ、破損
- 10 その他、装置の誤作動や誤操作
- 11 不明
- 99 その他(記載) _____

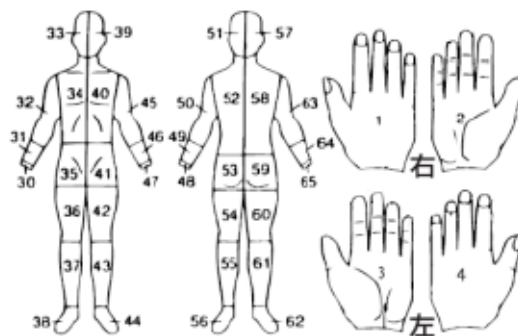
14 曝露時間-皮膚・粘膜はどの位のあいだ血液・体液に接触していましたか？

- 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

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？

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

16 曝露部位(3個までチェック可)



文書名	院内感染防止対策マニュアル P-10 : B. 皮膚・粘膜曝露発生届 (手術室用)		
文書番号	感対-共様-マニュアル P-10-3-250501	ページ	5 / 5

17 HBs 抗体—あなた自身は HBs 抗体陽性ですか?

(1つだけチェック)

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

18 曝露に至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 management によって曝露は防げたと思いますか?

- 1 はい 2 いいえ 3 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ましたか?
