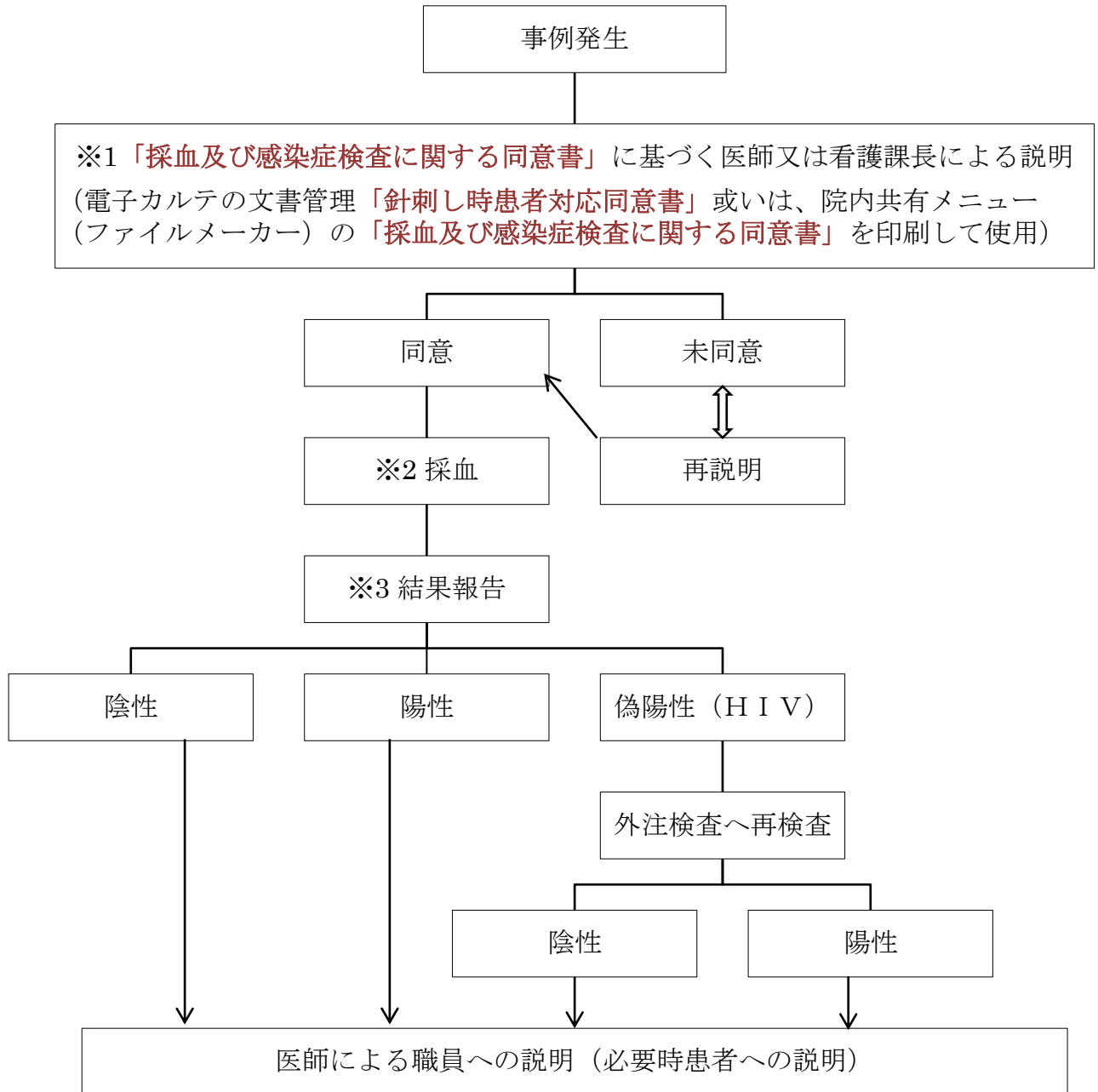


社会福祉法人 群馬県済生会支部 埼玉県済生会栗橋病院			
文書名	院内感染防止対策マニュアル F-5：感染症未検患者の対応フローチャート		
文書番号	感対-共手-F 職業感染予防 5-001-170901	ページ	2 / 3

F-5：感染症未検患者の対応フローチャート



社会福祉法人 ^{恩賜財団} 済生会支部埼玉県済生会栗橋病院			
文書名	院内感染防止対策マニュアルF-5：感染症未検患者の対応フローチャート		
文書番号	感対-共手-F 職業感染予防 5-001-170901	ページ	3 / 3

- ※1 同意書による説明は、医師、または看護課長となっているが状況により臨機応変に対応ください
- ※2 検査のオーダー時は「針刺しのため」とコメント又は記入ください
- ※3 結果報告にも「針刺しのため」と記入ください
- ※4 採血をしない場合でもH I V検査は本人の同意を行います（参考）
- 「採血及び感染症検査に関する同意書」印刷方法
汚染源となる患者さんが分かれば、患者カルテ依頼状・他文書より針刺し時患者対応同意書を選択するとエクセルファイルが開きます。

依頼状・他文書	<ul style="list-style-type: none"> ...20 各科書類 ...21 ASV・在宅人工呼吸療法指示カード ...22 訪問看護 ...23 摂食機能療法 ...24 放射線科 ...99 同意書・説明書 	<ul style="list-style-type: none"> 針刺し時患者対応同意書 説明承諾書 中心静脈カテーテル説明承諾書 病状説明用紙 麻酔同意書 輸血拒否と免責証明書
---------	--	---

患者鑑別之用

ID

採血および感染症検査に関する同意書

患者氏名 _____ 様

この度、患者様の血液が付着した
が、誤って職員に刺さってしまう事故が発生しました。普段からこの
ような事故が起きないように十分に気をつけて参りましたが、誠に
残念なことに事故が起きてしまいました。

つきましては、職員へのウイルスなど感染防止のため、患者さん
の血液検査、それに伴う採血を行わせていただきたいと存じます。

検査結果につきましては、ご希望があれば個人情報保護法に基づ
き貴方自身のみお知らせしますので後日診察時にお尋ね下さい。
尚、検査の費用は済生会栗橋病院で負担させていただきますので、
何卒ご協力のほど宜しくお願い致します。

【検査項目】

1. B型肝炎ウイルス
2. C型肝炎ウイルス
3. 梅毒
4. エイズウイルス
(※申請に検査がされているものを除く)

平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

担当医 _____

◎上記の説明を受け、その趣旨と内容を理解しましたので、
採血・検査を受けることに同意します。

平成 26 年 12 月 10 日

患者氏名 _____
患者家族氏名 _____
(代筆の場合)