

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-P 各種チェックリスト・ 届出用紙 10-002-210401	ページ	1 / 5

文書改訂履歴

版数	改訂 頁	改訂内容	作成日 作成者	承認日 承認者
1	—	新規発行	2017. 9. 1	2017. 9. 1
			小美野 勝	長原 光
2	2	委員長名変更	2021. 4. 1	2021. 4. 1
			小美野 勝	長原 光

社会福祉法人 <sup>豊</sup> 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P-10：B.皮膚・粘膜曝露発生届（手術室用）		
文書番号	感対-共様-P 各種チェックリスト・ 届出用紙 10-002-210401	ページ	2 / 5

平成 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

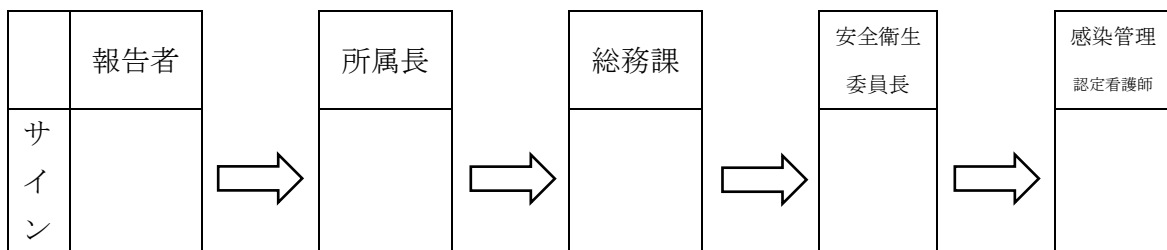
<対策指示>

- ・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 寺嶋 豊

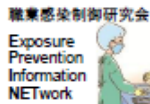
<発生届の流れ>

※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、感染管理認定看護師（PHS86708）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-P 各種チェックリスト・ 届出用紙 10-002-210401	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

1 報告者

■氏名 \_\_\_\_\_  
 ■ふりがな \_\_\_\_\_  
 ■職員番号 \_\_\_\_\_  
 ■カルテ番号 \_\_\_\_\_

■所属部門

- 1  医師部門  
 2  病棟部門  
 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)

■経験年数( 年)

- 性別 (男・女)  
 ■年齢 ( 歳)

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

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) \_\_\_\_\_

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

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) \_\_\_\_\_

12  看護学生

13  臨床工学技士

14  清掃担当者

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  
 (記載) \_\_\_\_\_

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)

(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
患者の検査結果	HIV <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未検査	
	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-P 各種チェックリスト・ 届出用紙 10-002-210401	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（スプレーインパクトテストで、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（スプレーインパ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（スプレーインパクト）
- 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／シーツ／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)

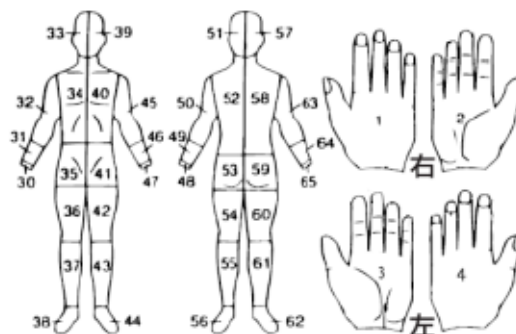
14 曝露時間-皮膚・粘膜はどの位のあいだ血液・体液に接触していましたか？

- 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-P 各種チェックリスト・ 届出用紙 10-002-210401	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  
できたと思いますか？

---



---



---



---



---