

針刺し等汚染事故報告書

病院長	感染対策 委員長	医事課長	所属部長	所属長

病院長殿

受傷者は太枠内すべて記入

平成 年 月 日

I.D. No.				
フリガナ 受傷者氏名	印	所属	連絡先	内線 PHS
性別： M・F	年齢： 歳	職種： 医師・看護師・その他（ ）		
過去に針刺し等汚染事故の経験がありますか（ はい・いいえ ）				
事故発生日時	平成 年 月 日	時 分頃	場所	
事故発生状況 （エピネット日本版 A:針刺し・切創報告書 または B:皮膚・粘膜汚染事故報告書も提出のこと）				
汚染源患者	I.D. No. :	患者氏名(カタカナ) :		
□ 不明	HBs抗原	+	-	未実施
	HIV 抗原/抗体	+	-	未実施
	HCV抗体	+	-	未実施
	HTLV-I 抗体	+	-	未実施
	梅毒 RPR	+	-	未実施
	梅毒 TP抗体	+	-	未実施
	検査実施日	平成 年 月 日		

受傷者：プロファイル容器2本(3mlと4ml)、CBC容器1本(2ml)、尿(妊娠反応希望者)を緊急検査室(2183)へ提出。
汚染源患者：検査実施から1カ月以上経過、あるいは未実施の場合は検査が必要。プロファイル容器1本(4ml)

受傷者 検査結果	
HBs抗原	+
HBs抗体	+
HCV抗体	+
梅毒 RPR	+
梅毒 TP抗体	+
HIV 抗原/抗体	※
HTLV-I 抗体	+
妊娠反応	+

汚染源患者 検査結果	
HBs抗原	+
HCV抗体	+
梅毒 RPR	+
梅毒 TP抗体	+
HIV 抗原/抗体	※
HTLV-I 抗体	+
□ 汚染源患者 未提出	

※ HIV抗原/抗体は迅速キットによる結果

検査担当者へ	検査担当者印
<p>汚染源患者 HIV検査が陽性のとき、直ちに実施すべきこと</p> <ul style="list-style-type: none"> ・受傷者へ連絡する 汚染源がHIV陽性であること 受傷者HIVと妊娠反応の結果 ・薬剤部へ連絡する 汚染源HIV陽性の針刺し事故が発生したので内服薬準備を <p>日 勤 5157, 6805, 8159 時間外 6100, 2136</p>	

担当医: 消化器内科	印	担当医: 血液膠原病内科	印
ヘプスブリンH投与の必要性	□ 有り □ なし	抗HIV薬投与の必要性	□ 有り □ なし
HBワクチン投与の必要性	□ 有り □ なし	投与内容:	
投与内容:		□ コンビビル2錠、カレトラ4錠 1日2回12時間毎 ____日分	
□ ヘプスブリンH 1V			
□ ヘプタボックス 1V			
投与確認日時: 平成 年 月 日 時 分		投与確認日時: 平成 年 月 日 時 分	

輸血細胞治療センター払い出し者名	印	薬剤部払い出し者名	印
払い出し薬品名および数量:		払い出し薬品名および数量:	
□ ヘプスブリンH 1V (Lot No. _____)		□ ヘプタボックス 1V	
		□ コンビビル ____錠、カレトラ ____錠	
払い出し日時: 平成 年 月 日 時		払い出し日時: 平成 年 月 日 時	

確認欄	平成 年 月 日 受傷者印	平成 年 月 日 所属長印
-----	---------------	---------------

処置完了	平成 年 月 日	医事課長	印
------	----------	------	---