



BO:皮膚・粘膜曝露報告書/手術部用

(Japan EPINet/OR version 2.0)

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	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	
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 (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)

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	□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
(曝露時に未検査でも、後に確認された場合は訂正入力して下さい)	HCV 抗体	□陽性	□陰性 □未検査
	HBs 抗原	□陽性	□陰性 □未検査
	HBe 抗原	□陽性	□陰性 □未検査
	梅毒	□陽性	□陰性 □未検査
		□STS 法	□TPHA 法
	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)

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) _____

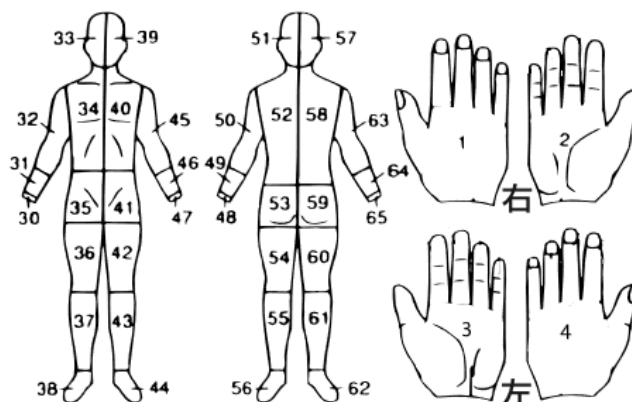
14 汚染時間-皮膚・粘膜はどの位のあいだ血液・体液に接触していましたか？

- 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-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



17 HBs 抗体-あなた自身は 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

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)や作業的管理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?

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) 円

円

円

円

円

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