

針刺し損傷 情報提供書 No1

苫小牧市立病院 患者サポートセンター 宛て
〒053-8567
苫小牧市清水町1丁目5番20号
FAX 0144-33-4678 (17時まで)
直通電話 0144-84-0158

ご紹介元医療機関様 名称

医師ご氏名

電話



受傷者氏名	フリガナ	旧姓	生年月日 (S・H・R) 年 月 日	年齢	性別
住所	〒				
電話	自宅	連絡先 ()			
苫小牧市立病院受診歴	有・無	当院の診察券番号	有 (No.) ・ 無		

●針刺し、切創及び、皮膚・粘膜曝露の受診に必要な情報を漏れなく記載してください

あてはまる項目は○で囲ってください

- ☐ 発生日
☐ 発生時間
☐ 職種
☐ 受傷した部位・場所

年	月	日
午前・午後	時	分

- ☐ 曝露時の状況及び背景について①～⑥を含めて詳しく記載してください

- ①具体的な場所
②発生時にどのような仕事、行為をしていたか
③曝露原因の器材(中空針等やゲージ数)
④どのようにして発生したか
⑤特別な事情・状況・背景等
⑥曝露後の処置、対応

- ☐ 曝露源の患者について

わかっている ・ 不明

* 曝露源がわかっている場合は下記の質問にお答えください

- ☐ 曝露源の感染症の検査について

ここ1か月の感染症の検査データが (ある ・ ない)
感染症の検査が自施設で (可能 ・ 不可能)

* 曝露源の感染症検査は、受傷時から1か月以内のものを使用します。

曝露源の感染症検査ができる場合は、下記の検査項目を実施し、結果を当院に送ってください

曝露源の検査を (実施して結果を送る ・ 不明として扱う)

* 曝露源の感染症検査結果 (1か月以内のものがない場合でも、採血した日を記載して結果をご記入ください)

検査データのコピー持参でも可

- ①HIV検査
②HCV抗体
③HBs抗体
④HBs抗原
⑤HTLV-1
⑥梅毒 TPLA
⑦梅毒 RPR定性

検査データのコピー持参 (有 ・ 無)		
陽性	陰性	未検査
陽性	陰性	未検査
陽性	陰性	未検査
陽性	陰性	未検査
陽性	陰性	未検査
陽性	陰性	未検査
陽性	陰性	未検査
感染症の検査：最終採血した日→ 年 月 日		

* 記載項目は2枚あります

針刺し損傷 情報提供書 No2

☐ 受傷者のHBVワクチン接種歴

ワクチン未接種 ・ 3回接種済み ・ その他()

☐ 受傷者のHBs抗体の有無

10mIU/ml以上になったことがある ・ いいえ ・ 不明

☐ 受傷の程度

出血なし ・ 少量の出血 ・ 中程度 ・ 重症（深い切創・著しい出血）

☐ 曝露の程度

損傷のない皮膚・損傷のある皮膚・眼(眼粘膜)・鼻(粘膜)・口(粘膜)・それ以外

☐ 曝露量

少量(5cc未満) ・ 中等量(5～50cc) ・ 大量(50cc以上)

☐ 曝露時間（皮膚・粘膜への接触）

5分未満 ・ 5～14分 ・ 15分以上1時間未満 ・ 1時間以上

○ 曝露状況から感染リスクを評価し、抗HIV薬の予防内服の必要性を検討してください

* 曝露のタイプと曝露源患者の感染状況について、あてはまるところを○で囲ってください

* 抗HIV薬予防内服決定チャートを記載し、ご持参ください

経皮的なHIV曝露後予防についての推奨

曝露のタイプ	曝露源患者の感染状況			
	HIV陽性	HIV感染状況不明	曝露源患者不明	HIV陰性
針刺し・切創	予防内服を推奨	予防内服なし（※注）	予防内服なし（※注）	予防内服なし
粘膜・傷のある皮膚	予防内服を推奨	予防内服なし（※注）	予防内服なし（※注）	予防内服なし
正常皮膚	予防内服なし	予防内服なし	予防内服なし	予防内服なし

（※注）曝露源患者のHIV感染状況が不明の場合や、曝露源患者が不明の場合であっても、HIV陽性患者由来の可能性が高いと考えられる場合には抗HIV予防内服を考慮する。
「予防内服考慮」という指示は予防内服が任意で有り、受傷者と担当医師の間においてなされた自己決定に基づくものであることを示す。
もし、予防内服が行われ、その後に曝露源患者がHIV陰性とわかった場合には予防内服は中断されるべきである。

☐ 抗HIV薬予防内服について

希望する ・ 判断に迷うので相談したい