

患者データシート② ver.3 カテーテル毎

記載ルール

- ・ICU入室時に医師がシートを準備する。
- ・ICU入室時のカテーテルは全て医師が記入する
- ・ICU入室中のカテーテルに関しては、抜去時情報と合併症の有無以外は挿入者が記入する
(看護師が挿入すれば看護師、医師が挿入すれば医師が記入する)
- ・ICU入室中のカテーテル挿入時及び抜去時は必ず医師に報告する

施設番号 _____ 患者番号 _____ カテーテル番号 _____

カテーテルの種類 (全てのカテーテル)

末梢静脈カテーテル	中心静脈カテーテル	PICC	透析カテーテル	肺動脈カテーテル	動脈カテーテル
-----------	-----------	------	---------	----------	---------

カテーテル挿入時情報 (全てのカテーテル)

1. カテーテル挿入日時

_____年 _____月 _____日 _____時 _____分

2. カテーテル挿入部位 (右 ・ 左)

上腕	前腕	肘部	手首	手背	大腿	下腿	足背	その他
----	----	----	----	----	----	----	----	-----

以下は末梢静脈カテーテルのみ記入

3. カテーテル挿入者 (ICUで挿入された末梢静脈カテーテルのみ)

医師	看護師	検査技師	その他
----	-----	------	-----

4. カテーテル商品名

製品名	販売会社
-----	------

5. カテーテルサイズ

14G	16G	18G	20G	22G	24G	その他
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

6. カテーテルのドレッシング方法

ガーゼ	非滅菌フィルム ドレッシング	滅菌フィルム ドレッシング	クロルヘキシジン含有 ドレッシング	その他
-----	-------------------	------------------	----------------------	-----

7. カテーテル挿入時の皮膚消毒薬 (ICUで挿入された末梢静脈カテーテルのみ)

なし	アルコール	0.5%クロルヘキシ ジナルコール	1.0%クロルヘキ シジナルコール	10%ポビドンヨード	その他
----	-------	----------------------	----------------------	------------	-----

8. その他の情報 (ICUで挿入された末梢静脈カテーテルのみ)

カテーテル挿入時の超音波使用の有無	有 ・ 無	カテーテル穿刺時の穿刺回数	回
滅菌手袋使用の有無	有 ・ 無	非滅菌手袋使用の有無	有 ・ 無

カテーテル抜去時情報（全てのカテーテル）

カテーテル抜去の日時	月 日 時 分
ICU退出時のカテーテル抜去の有無	有・無
カテーテル抜去の理由	定期交換、不要のため、静脈炎、カテーテル閉塞、菌血症(確定)、菌血症(疑い)、カテーテル関連血流感染症(確定)、カテーテル関連血流感染症(疑い)、動脈穿刺、血腫、血管外漏出、神経損傷、腱損傷、コンパートメント症候群、事故抜去、その他()
カテーテル挿入中の感染症の有無	有・無
カテーテル挿入中の感染症の種類	中枢神経、呼吸器、循環器、消化管、胆道・膵臓、泌尿器、婦人科、皮膚軟部組織、カテーテル、その他()

合併症の有無（末梢静脈カテーテルのみ）

合併症の種類	合併症の有無	日時
静脈炎	有・無	年 月 日 時 分
カテーテル閉塞	有・無	年 月 日 時 分
菌血症	有・無	年 月 日 時 分
カテーテル関連血流感染症	有・無	年 月 日 時 分
動脈穿刺	有・無	年 月 日 時 分
血腫	有・無	年 月 日 時 分
血管外漏出	有・無	年 月 日 時 分
神経損傷	有・無	年 月 日 時 分
腱損傷	有・無	年 月 日 時 分
コンパートメント症候群	有・無	年 月 日 時 分