

手術室心肺蘇生事例報告書(ウツタイン様式手術室版)

★経過記録をもとに下記の太枠内のみ、蘇生現場での記録者または麻酔科危機管理担当者が記入する。

(当てはまる項目に☑を入れる。)

発生から3日以内に記入を始めて、1カ月後までに、日本麻酔科学会事務局へ **中封筒に封入して送付**してください。

☆塗りつぶしの項目は医師が記入する

【発生記録】

発生日時	年	月	日	時間帯:	時台、	<input type="checkbox"/> 1.平日	<input type="checkbox"/> 2.休日
第一発見者に関する情報	職歴	年目	職種:	<input type="checkbox"/> 1.Dr	<input type="checkbox"/> 2.Ns	<input type="checkbox"/> 3.コメディカル	
	性別:	<input type="checkbox"/> 1.男性	<input type="checkbox"/> 2.女性	ACLS(BLS)受講有無(AHAに限らない)	<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし	

【患者情報】(複数選択可, 医師記入)

年齢:	偶発症例調査参照	性別:	<input type="checkbox"/> 1.男性	<input type="checkbox"/> 2.女性	管理区分:	<input type="checkbox"/> 1.麻酔科管理	<input type="checkbox"/> 2.非麻酔科管理
麻酔方法:	<input type="checkbox"/> 1.局麻	<input type="checkbox"/> 2.区域麻酔	<input type="checkbox"/> 3.全身麻酔	<input type="checkbox"/> 4.その他	ASA-PS:	偶発症例調査参照	<input type="checkbox"/> E
手術部位分類:	偶発症例調査参照	体位分類:	偶発症例調査参照	術前診断			

【急変前状況】

<患者の基礎疾患(複数選択可, 医師記入)>

<input type="checkbox"/> 1.特になし	<input type="checkbox"/> 2.不整脈	<input type="checkbox"/> 3.急性冠症候群	<input type="checkbox"/> 4.心筋症	<input type="checkbox"/> 5.弁膜症(心不全)
<input type="checkbox"/> 6.肺血栓塞栓症	<input type="checkbox"/> 7.脳血管疾患	<input type="checkbox"/> 8.大動脈解離	<input type="checkbox"/> 9.イレウス	<input type="checkbox"/> 10.汎発性腹膜炎
<input type="checkbox"/> 11.術後再出血	<input type="checkbox"/> 12.窒息	<input type="checkbox"/> 13.呼吸器疾患	<input type="checkbox"/> 14.腎機能障害	<input type="checkbox"/> 15.敗血症
<input type="checkbox"/> 16.ショック	<input type="checkbox"/> 17.交通外傷	<input type="checkbox"/> 18.その他()		

<急変前の心電図調律(複数選択可, 医師記入)>

<input type="checkbox"/> 1.洞調律	<input type="checkbox"/> 2.頻脈	<input type="checkbox"/> 3.徐脈	<input type="checkbox"/> 4.ペースング	<input type="checkbox"/> 5.その他
--------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	----------------------------------	--------------------------------

<急変時状況>

急変時期:	<input type="checkbox"/> 1.麻酔導入前	<input type="checkbox"/> 2.麻酔維持中	<input type="checkbox"/> 3.麻酔終了～手術室退出	<input type="checkbox"/> 4.手術部内の回復室
目撃の有無:	<input type="checkbox"/> 1.有	<input type="checkbox"/> 2.無		
発見時評価:	<input type="checkbox"/> 1.意識あり	<input type="checkbox"/> 2.意識なし, 呼吸循環あり	<input type="checkbox"/> 3.呼吸停止(循環あり)	<input type="checkbox"/> 4.心停止
	<input type="checkbox"/> 5.その他()			

<急変時の心電図調律>

<input type="checkbox"/> 1.心室細動	<input type="checkbox"/> 2.心室頻拍	<input type="checkbox"/> 3.心静止	<input type="checkbox"/> 4.PEA
---------------------------------	---------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

【蘇生処置の状況】

<第一発見者による蘇生処置実施の有無>

<input type="checkbox"/> 1.あり; ありの場合, 以下のより実施したものをすべて選択	<input type="checkbox"/> 2.なし(実施しなかった理由を以下より選択)
<input type="checkbox"/> 1.意識の確認	<input type="checkbox"/> 1.DNARを確認
<input type="checkbox"/> 2.脈の確認	<input type="checkbox"/> 2.すでに死亡
<input type="checkbox"/> 3.胸骨圧迫	<input type="checkbox"/> 3.蘇生無効と判断
<input type="checkbox"/> 4.人工呼吸	<input type="checkbox"/> 4.その他()
<input type="checkbox"/> 5.除細動(AEDを含む)	
<input type="checkbox"/> 6.その他()	

<時間経過>

急変(発見)時刻: _____ 時 _____ 分	急変連絡時刻: _____ 時 _____ 分
CPR開始時刻: _____ 時 _____ 分	リーダー到着時刻: _____ 時 _____ 分
モニター装着時刻: _____ 時 _____ 分 (AEDのパッド貼って入室の場合は, 入室時刻)	酸素投与時刻: _____ 時 _____ 分 (入室時から酸素投与されている場合は, 入室時刻)
最初の除細動時刻: _____ 時 _____ 分	気管挿管時刻: _____ 時 _____ 分
最初のアドレナリン投与時刻: _____ 時 _____ 分	心停止確認時刻: _____ 時 _____ 分

<CPR中止>

CPR中止時刻: _____ 時 _____ 分	中止の理由: <input type="checkbox"/> 1.心拍再開(ROSC)	<input type="checkbox"/> 2.死亡	<input type="checkbox"/> 3.DNAR
--------------------------	--	-------------------------------	---------------------------------

(ウツタイン様式を改変)

以下は麻酔科危機管理担当者記入欄(記入しないでください)

現在の入院病棟:

<診療科>

<主治医>

<心停止(急変直前)の患者の状態>(該当するもの全てにチェック)

- 1.特になし 2.モニタリング(心電図, パルスオキシメーター, 血圧計, その他())
- 3.静脈路確保 4.酸素投与 5.気管挿管(回数___ bpm, TV___ ml, 気道内圧___ cmH2O)
- 6.昇圧薬(エフェドリン, フェニレフリン, アドレナリン, DOA, PDEⅢ, その他())
- 7.抗不整脈薬(ニフェカラン, アミノダロン, リドカイン, その他())
- 8.持続導尿 9.持続体温 10.心臓ペースメーカ 11.植え込み型除細動 12.体外循環
- 13.その他()

<発生場所>

- 1.手術室 2.回復室 3.廊下 4.入口

<除細動(AED)使用の有無>

- 1.あり(除細動器の種類 1.一相性 2.二相性) 2.なし

<除細動(AED)使用者の情報>

ACLS 受講歴(AHAに限らない): 1.あり 2.なし

性別: 1.男性 2.女性

年代: 1.~30代 2.30~40代 3.40代~

職種: 1.医師 2.看護師 3.コメディカル() 4.その他()

職歴: 年目

緊急連絡: 1.活用 2.活用せず 3.不明

CPR 方法の種類: 1.G2000 2.G2005 3.なし

<患者の転帰>

- 1.心拍再開のなし 2.24時間以内に死亡 3.2~7日間以内に死亡 4.8日目以降に()日目死亡
- 5.30日以内に生存退院 6.2~6か月以内に生存退院 7.7~12か月以内に生存退院

<脳蘇生1か月後または退院時のCPC(意識レベル)>

1.適応せず, 生存退院せず

2.脳機能良好, 意識あり・明瞭覚醒・仕事及び日常生活可能, 精神・神経の軽度欠損(軽度の嚥下障害, 半側不全麻痺)が存在することもある

3.中等度脳障害. 意識あり・保護された環境での非常勤仕事または日常生活の独立(身支度・公共交通での移動・食事の支度)に十分な脳機能あり. 片麻痺・発作・失調・構音障害・永続記憶変化または精神変化が存在することもある.

4.重度脳機能障害. 意識あり, 脳機能障害のため日常生活を他者に依存する.(施設に入るか自宅で暮らす場合は家族の特別な努力が必要)少なくとも認識が制限されている. ある程度自立できる他者から麻痺があり意思の疎通が最小限しかない患者まで広範囲の脳障害が含まれる.

5.昏睡・植物状態. 意識なし. 周囲を認知せず, 認識なし, 環境との言葉または精神的相互作用なし.

6.脳死/臓器提供候補者

死亡年月日 _____ 死亡時刻 _____

死亡診断書の死因1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

追加コメント _____
