

# 11月医療安全ニュース

2021年11月26日 あおもり協立病院 医療安全管理室

いつもインシデント入力して頂き有難うございます。

## 12/1より「採血・注射・点滴による痺れ疼痛 対応手順」変更

今回もお知らせになります。

直近3年間で採血による痺れ対応事例が平均3~4件/年あります。医療処置（採血・点滴・注射等）による痺れ、疼痛が出現した場合、早期診断・対応が望まれます。手順はサイボウズの医療安全マニュアル「注射」項目にも反映しますので参照してください。

### 3、注射手順（2）

#### 採血・注射・点滴による痺れ、疼痛 対応手順

文書整理番号

E-21-e-3 (2)

あおもり協立病院

#### 【目的】

採血・注射・点滴時に、痛み・痺れを訴えた場合、適切な対応が望まれる。当院での対応手順を以下に決めることで、患者への早期対応が可能になり、障害を残すことを最小限にとどめることを目的とする。

#### 採血・注射・点滴実施後、痺れ疼痛発生（日勤帯）

#### 病棟の場合

病棟責任者が主治医・医療安全管理者へ報告する

主治医もしくは病棟責任者が、相馬医師に連絡しリウマチ外来に繋げる

（\*リウマチ外来枠に入らなくても診察可能 救急外来で診察することもあります）

受診時は病棟責任者が同席する  
写真撮影をする（下記参照）

翌日以降も症状確認を行う

\*病棟での夜間祝日の訴え時、  
下記写真を撮影し、最短平日の  
日勤対応に準ずる

#### 外来・クリニック 健診科の場合

職場責任者が診察医・医療安全管理者へ報告する

医療安全管理者が相馬医師へ報告しリウマチ外来に繋げる

受診時は医療安全管理者が同席  
写真撮影する（下記参照）

2~3日後、医療安全管理者が本人に連絡し症状確認する

#### 土日祝夜間にクリニック・救急外来受診した場合

- ①外来・クリニック担当者は職場責任者へ報告する。
- ②リウマチ外来の診察になることを伝え、受診希望日時を数件聞いておく。  
\*来院し診察希望をされた場合は、担当医師が診察を行う。
- ③刺入部位にブラッドパンを貼り、疼痛痺れ部位をマーキングし写真・記録に残す。  
（記録は刺入部・症状部位・いつから・症状、処置時のエピソードを記載する）



- ④職場責任者は医療安全管理者へ報告する。
- ③医療安全管理者が相馬医師と受診予定日を組み、本人へ連絡し受診に繋げる。

# 12/1 より

## MR I 問診表 項目追加になります

先日、「リブレ（持続血糖測定器）を付けている人はMR I 前に器具を外すの？」との問い合わせがありました。MR I セーフティーフォーラムでは「持続血糖測定器はMR I 施行前に外す必要がある」と提言しています。

リブレは 2 週間交換となっておりますが、一度外すと同じものを装着できないことになっていきます。当院の問診表には検査タイミングや装着確認項目が記載されておりませんでしたので追加となっております。ご周知とご協力の程宜しくお願い致します。

ご不明点があればいつでも放射線科もしくは医療安全室にお問い合わせください。

(あおもり協立病院 ID : \_\_\_\_\_ )

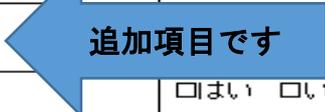
協立クリニック・あおもり協立病院

### MRI 検査 問診票

記入日 20\_\_年\_\_月\_\_日

太枠内の全ての設問にお答えください。(未記入の箇所がある場合、検査が受けられない場合があります)

| 氏名                                     | 生年月日   | 年 月 日  |
|--|--|--|
| *代理の方が記入された場合 代理人の方のお名前 ( ) 続柄 ( )     |  |  |
| (1)                                    | 心臓ペースメーカーを埋め込みされていますか?   | *注① <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ     |
| (2)                                    | 植込み型除細動器 (ICD) が埋め込みされていますか?   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ         |
| (3)                                    | 人工内耳を使用していますか?   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ         |
| (4)                                    | V-P シヤント (脳室腹腔短絡術) が入っていますか?   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ         |
| (5)                                    | 手術などにより体内に金属が入っていますか?<br><input type="checkbox"/> はい の方へ: いつ頃ですか ( 年 月 手術名: )<br><b>&lt;どのような金属か下記よりお選びください&gt;</b><br><input type="checkbox"/> 脳動脈クリップ <input type="checkbox"/> 手術クリップ <input type="checkbox"/> 骨折用プレート <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 人工骨頭 <input type="checkbox"/> 義眼<br><input type="checkbox"/> 心臓人工弁 <input type="checkbox"/> ステンント <input type="checkbox"/> 胸部形成ワイヤー <input type="checkbox"/> 金属避妊具 <input type="checkbox"/> 金属製義眼<br><input type="checkbox"/> 歯科インプラント <input type="checkbox"/> 内視鏡クリップ (脱落の確認) <input type="checkbox"/> その他 ( )<br><b>&lt;上記金属はMRI対応のものですか?&gt;</b> | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ         |
| (6)                                    | 埋込み型心臓モニタ (ICM) を使用していますか?   | *注② *外枠 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| (7)                                    | 尿道カテーテル磁石付きプラグ (DIB キャップ) を使用していますか?   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ         |
| (8)                                    | 持続血糖測定器 (リブレ等) を装着していますか?<br>*緊急時以外は機器交換のタイミングで検査してください。   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ         |
| (9)                                    | 刺青 (眉毛含む)・アートメイクなどを行っていますか?<br><input type="checkbox"/> はい の方へ: アートメイク説明書についてご理解できましたか?  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ         |
| (10)                                   | 事故や怪我、仕事などで目の中に金属が入ったことがありますか?<br><input type="checkbox"/> はい の方へ: <今現在、その金属は取り除かれていますか?>  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ         |
| (11)                                   | 閉所恐怖症ですか? (検査自体は行えますが、途中で中止となる可能性があります)  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ         |
| (12)                                   | 女性の方へ: 現在妊娠している可能性がありますか?  | *注③ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ     |
| 現在の身長・体重をご記入ください 身長: ( ) cm 体重: ( ) kg |  |  |



注①: 当院で造設した、条件付きMRI対応ペースメーカーのみ対応可能ですが別途検査手順があります。  
 注②: MRI対応可能かどうかは処置を行った医療機関に本人が確認してください (当院は1.5Tまで対応可能です)。  
 (以前に当院でMRI撮影済の方【撮影後から体内金属を入れ替えていない方】は再確認の必要はありません)  
 注③: 妊娠中 (または可能性がある場合) は原則として検査を受けられません。

\*外枠: 当院での埋め込みが対象 「はい」にチェックされた場合、①問診入力者がCEに連絡する。  
 ②禁忌情報にMRI禁忌 (-) コメントに「MRI前にデータチェックが必要」と入力する。

<医師使用欄>  
 問診票の内容を全て確認し、検査の有益性を検討した上で判断しました  
 検査可  検査不可 20\_\_年\_\_月\_\_日 医師名: \_\_\_\_\_