

## 特定行為 手順書雛形：気管カニューレの交換

患者 ID		生年月日
氏名		大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳)
住所		
意思決定	<input type="checkbox"/> 訪問看護サービスを利用している在宅療養中・施設入所中の患者 <input type="checkbox"/> 看護師の特定行為について説明を受け同意が得られている	
指示期間	西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日	
特定行為の対象となる患者	<input type="checkbox"/> 気管開窓術後又は気管切開術後で、初回の気管カニューレ交換を終了している <input type="checkbox"/> 瘻孔が完成しており医師と確認できている <input type="checkbox"/> 出血、感染（気管孔周囲・肺炎）、肉芽形成、気管狭窄がない <input type="checkbox"/> 平常時と変わらない	
診療の補助内容	気管カニューレの交換	
患者の病状の範囲	<input type="checkbox"/> 気管カニューレの定期交換 <input type="checkbox"/> 何らかの原因で気管カニューレが抜けてしまった場合 <input type="checkbox"/> 分泌物などで気管カニューレ内筒が閉塞してしまった場合 <input type="checkbox"/> 気管カニューレのカフ等に破損があり、交換が必要になった場合	
特定行為を 実践する前後に 確認すべき事項	<input type="checkbox"/> 意識レベル、バイタルサインに変動がない <input type="checkbox"/> 呼吸状態の変化(SpO <sub>2</sub> 、呼吸回数、呼吸音、呼吸困難感) <input type="checkbox"/> 皮下気腫の有無 <input type="checkbox"/> 気管切開孔周囲の皮膚の状態(発赤、腫脹など) <input type="checkbox"/> 分泌物の正常と量、出血量の変化 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ挿入時の抵抗感の有無 <input type="checkbox"/> カフ圧：( ) ~ ( ) cm H <sub>2</sub> O <input type="checkbox"/> 気管カニューレの種類とサイズ・品名 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器装着中の場合：既存の設定、PIP・1回換気量などの確認	
連絡体制	<input type="checkbox"/> 主治医( ) <input type="checkbox"/> 病院・診療所( )	
医療安全の確保	<input type="checkbox"/> 緊急時の対応を医師と相談する	
報告方法	医師と相談し決定する： <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> MCS等のツール	

上記のとおり、特定行為に係わる実施を指示いたします。

西暦 年 月 日

医療機関

住所

医師氏名