

特定行為 手順書雛型：創傷管理

| | | |
|----------------------------|---|----------------------------|
| 患者 ID 氏名 | | 生年月日 大・昭・平・令 年 月 日 (歳) |
| 住所 | | |
| 指示期間 | 西暦 年 月 日 | ～ 西暦 年 月 日 |
| 意思決定 | <input type="checkbox"/> 当事業所の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"/> 看護師による特定行為について説明を受け同意が得られている | |
| 診療の補助内容 | 褥瘡または慢性創傷の治癒における血流のない壊死組織の除去 <input type="checkbox"/> 軟化した黒色壊死組織または黄色壊死組織を除去する <input type="checkbox"/> 除去後は出血がないことを確認し、適切な創処置を実施する | |
| 医療安全の確保 | <input type="checkbox"/> 緊急時の対応を医師と相談する | |
| 連絡体制 | <input type="checkbox"/> 主治医() <input type="checkbox"/> 病院・診療所() | |
| 報告方法 | <input type="checkbox"/> 医師と相談し決定する：□電話 □FAX □メール □MCS 等のツール | |
| | 下記は特定行為看護師が確認(追加があれば記入) | |
| 特定行為の 対象となる患者 | <input type="checkbox"/> 壊死組織に血流が認められない褥瘡・慢性創傷を有する <input type="checkbox"/> 保存的治療を行っても改善しない褥瘡・慢性創傷を有する <input type="checkbox"/> 感染兆候が認められない褥瘡・慢性創傷である <input type="checkbox"/> 関節・会陰部・顔以外の部位に発生した褥瘡・慢性創傷である | |
| 患者の 病状の範囲 | <input type="checkbox"/> 意識障害がない(精神状態の変化がないことも含む) <input type="checkbox"/> バイタルサインに異常がない <input type="checkbox"/> 抗血小板・抗凝固の [治療中] ・ [行っていない] <input type="checkbox"/> 出血傾向がない <input type="checkbox"/> 辺縁に分界を作り、軟化した黄色壊死組織が肉眼で確認できる <input type="checkbox"/> 外用処置により壊死組織が湿潤環境を形成している | |
| 特定行為を 実践する時に 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"/> 褥瘡・慢性創傷の部位(関節・会陰部・顔以外) <input type="checkbox"/> 褥瘡の状態(DSIGN-R2020 の評価) <input type="checkbox"/> 創部からの出血がない、もしくは少量である | |

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

殿

医療機関

住所

医師氏名