特定行為 手順書雛形：気管カニューレの交換

作成【ぐんま特定行為訪問看護師の集い】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 患者ID  氏名 |  | 生年月日  大・昭・平・令　　　年　　月　　日（　　歳） |
| 住所 |  | |
| 意思決定 | □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  □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 | □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  □瘻孔が完成しており医師と確認できている  □出血、感染（気管孔周囲・肺炎）、肉芽形成、気管狭窄がない  □平常時と変わりがない | |
| 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 | □気管カニューレの定期交換  □何らかの原因で気管カニューレが抜けてしまった場合  □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  □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 | □意識レベル、バイタルサインに変動がない  □呼吸状態の変化(SpO₂、呼吸回数、呼吸音、呼吸困難感)  □皮下気腫の有無  □気管切開孔周囲の皮膚の状態(発赤、腫脹など)  □分泌物の正常と量、出血量の変化  □気管カニューレ挿入時の抵抗感の有無  □カフ圧：（　　）～（　　）㎝H₂O  □気管カニューレの種類とサイズ・品名  □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 | □主治医(　　　　　　　　　)　　　□病院・診療所(　　　　　　　　　　) | |
| 医療安全の確保 | □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：□電話　□FAX　□メール　□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