

# 針刺し等事故による感染予防のための 血液検査依頼票

検査部技師長 殿  
(業務時間外は検査当直)

所属部署

科・部・病棟

指導医(または主治医)氏名

(連絡先電話番号)

担当する部署において、(平成 年 月 日 時頃)に針刺し等事故が発生し、学生( )が受傷しました。

患者さま(ID 氏名)のHBs抗原、HCV抗体、TP抗体 HIV検査の検査暦と検査結果を医療情報端末の患者基本情報画面で確認しましたところ、未検査の項目がありました(または、陰性でしたが検査実施後に感染している可能性があります)ので、対応マニュアルに従い、以下の検査を依頼いたします。

なお、患者さまと当該学生に対して、検査の必要性について説明を行い、同意書をいただきました。

(必要なものを○で囲んでください)

患者さま : HBs抗原・HCV抗体・TP抗体(またはSTS<ガラス板法>)・HIV検査

当該学生 : HBs抗原・HBs抗体・HCV抗体・TP抗体(またはSTS<ガラス板法>)・HIV検査

---

指導医(または主治医)の方へ:

採血管は<青4>をお願いします。検査結果は、上記指導医(または主治医)に技師長(業務時間外は検査当直)から報告します。但し、業務時間外の場合は、HBs抗原およびHIV抗体のみを迅速簡易キット<イムノクロマト法>で測定(反応時間15分)しますので、ICT委員または当該者はできるだけ立ち会ってください。全項目の測定は翌業務日に行います。

検査部技師長(2415、E-Mail:lab-hiro)