

検証票別紙2:心肺機能停止前、血糖測定・ブドウ糖投与・輸液 資料5-1-2

(消防本部)

傷病者 容態	初回	意識	JCS-	GCS-E: V: M:	呼吸数	回/分	脈拍数	回/分	血圧	/	mmHg
	気道異常	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	気道開通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	換気異常	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	補助換気	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	酸素投与	開始時刻 :	
	酸素投与量	L	投与方法	<input type="checkbox"/> マスク <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> リザーバー付マスク <input type="checkbox"/> BVM			SpO ₂ モニター	装着時刻	:	SpO ₂	%
	皮膚所見	<input type="checkbox"/> 蒼白 <input type="checkbox"/> 冷感 <input type="checkbox"/> 湿潤 <input type="checkbox"/> 紅潮 <input type="checkbox"/> 温感 <input type="checkbox"/> 乾燥 <input type="checkbox"/> その他()							その他 ショック徴候		
備考											

□血糖測定及びブドウ糖溶液投与

血糖 測定	適応外	<input type="checkbox"/> 気道・換気・循環異常による内因性L&G <input type="checkbox"/> くも膜下出血疑い <input type="checkbox"/> JCS<10 <input type="checkbox"/> 推定15歳未満									
	その他未実施理由	<input type="checkbox"/> 同意得られず <input type="checkbox"/> その他()									
	実施場所	<input type="checkbox"/> 現場 <input type="checkbox"/> 救急車内	穿刺回数	回	穿刺部位			測定時刻	:		
血糖値	mg/dl	測定不可理由	<input type="checkbox"/> 十分な血液出ず <input type="checkbox"/> 機器操作ミス <input type="checkbox"/> 機器作動不良 <input type="checkbox"/> その他()								
指示要請	<input type="checkbox"/> 低血糖のため要請 <input type="checkbox"/> 低血糖であるが要請せず					指示要請医療機関					
医師の 指示 時刻 内容	:										
備考											
静脈 路確 保	実施場所	<input type="checkbox"/> 現場 <input type="checkbox"/> 救急車内	穿刺回数	回	結果	<input type="checkbox"/> 成功 <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 抜去					
	穿刺部位	<input type="checkbox"/> 橈側皮静脈(右・左) <input type="checkbox"/> 尺側皮静脈(右・左) <input type="checkbox"/> 肘正中皮静脈(右・左) <input type="checkbox"/> その他()									
	留置針サイズ	G	完了・中止時刻	:	抜去時刻	:	手技上の課題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()			
	指示要請せず・未実施・中止・抜去理由	<input type="checkbox"/> 同意が得られず <input type="checkbox"/> 不穏状態 <input type="checkbox"/> 搬送を優先(予想搬送時間: 分) <input type="checkbox"/> うっ血なし <input type="checkbox"/> 逆血なし <input type="checkbox"/> 穿刺部の漏れ、腫れ <input type="checkbox"/> 滴下不良 <input type="checkbox"/> その他()									
ブドウ糖 投与	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 中止	実施場所	<input type="checkbox"/> 現場 <input type="checkbox"/> 救急車内	投与時刻	:	意識レベルの改善	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
未実施・中止理由	<input type="checkbox"/> 不穏状態 <input type="checkbox"/> 漏れ、腫れ <input type="checkbox"/> 疼痛 <input type="checkbox"/> その他()					実施・中止時 総投与量	ml				
備考											

□心肺機能停止前の静脈路確保及び輸液

適応病態	<input type="checkbox"/> 増悪するショック <input type="checkbox"/> クラッシュ症候群の疑い <input type="checkbox"/> ショックの種類 <input type="checkbox"/> 循環血液減少性 <input type="checkbox"/> アナフィラキシー <input type="checkbox"/> 敗血症性 <input type="checkbox"/> 神経原性 <input type="checkbox"/> その他()										
増悪するショックの判断根拠	<input type="checkbox"/> 出血の持続 <input type="checkbox"/> 意識障害の進行 <input type="checkbox"/> アナフィラキシー <input type="checkbox"/> 熱中症 <input type="checkbox"/> その他()										
静脈路確保の判断	<input type="checkbox"/> 救出に時間がかかる <input type="checkbox"/> 病院選定ができていない <input type="checkbox"/> 現場から病院までの予想走行時間が20分以上 <input type="checkbox"/> その他()										
指示要請	<input type="checkbox"/> 適応症例のため要請 <input type="checkbox"/> 適応症例であるが要請せず					指示要請医療機関					
医師の 指示 時刻 内容	:										
備考											
静脈 路確 保輸 液	実施場所	<input type="checkbox"/> 現場 <input type="checkbox"/> 救急車内	穿刺回数	回	結果	<input type="checkbox"/> 成功 <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 抜去					
	穿刺部位	<input type="checkbox"/> 橈側皮静脈(右・左) <input type="checkbox"/> 尺側皮静脈(右・左) <input type="checkbox"/> 肘正中皮静脈(右・左) <input type="checkbox"/> その他()									
	留置針サイズ	G	完了・中止時刻	:	抜去時刻	:	手技上の課題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()			
	指示要請せず・未実施・中止・抜去理由	<input type="checkbox"/> 同意が得られず <input type="checkbox"/> 不穏状態 <input type="checkbox"/> 搬送を優先(病院選定後予想搬送時間: 分) <input type="checkbox"/> うっ血なし <input type="checkbox"/> 逆血なし <input type="checkbox"/> 穿刺部の漏れ、腫れ <input type="checkbox"/> 滴下不良 <input type="checkbox"/> その他()					成功・抜去時 総輸液量	ml			
備考											

○病着時救急隊が記載する事項

病着時	意識	JCS	GCS E: V: M:	呼吸数	回/分	脈拍数	回/分	血圧	/	mmHg	血糖値	mg/dl
-----	----	-----	--------------	-----	-----	-----	-----	----	---	------	-----	-------

○初診時医師所見

初診時医師署名:

来院時	換気	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良	酸素化	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良	静脈路	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 滴下不良 <input type="checkbox"/> 穿刺部の漏れ、腫れ <input type="checkbox"/> その他()					
ショックの種類	<input type="checkbox"/> 循環血液量減少性 <input type="checkbox"/> アナフィラキシー <input type="checkbox"/> 敗血症性 <input type="checkbox"/> 神経原性 <input type="checkbox"/> 心原性 <input type="checkbox"/> 閉塞性 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> ショックでない										
初診時疑い病名											
コメント											