

中心静脈カテーテル挿入の記録用紙（例）

記入日 年 月 日

患者氏名		患者 ID		
生年月日	年 月 日	年齢		
実施内容				
挿入日	年 月 日 ()			
挿入開始／終了時間	開始時間 時 分 ~ 終了時間 時 分			
穿 刺 手 技 の 流 れ	穿刺体位	<input type="checkbox"/> 水平仰臥位 <input type="checkbox"/> 下肢挙上 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	穿刺部位	<input type="checkbox"/> 内頸静脈 (右・左) <input type="checkbox"/> 鎖骨下静脈 (右・左) <input type="checkbox"/> 大腿静脈 (右・左) <input type="checkbox"/> 上腕の静脈 (右・左) PICC		
	標的静脈の虚脱 (穿刺時)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
	穿刺針	長さ () cm 太さ ()		
	穿刺の深さ	() cm		
	挿入の長さ	ガイドワイヤー	() cm	
		ダイレーター	() cm	
		カテーテル	() cm	
	挿入時の抵抗	ガイドワイヤー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
		カテーテル	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
逆血のスムーズさ	穿刺時	<input type="checkbox"/> スムーズ <input type="checkbox"/> スムーズに引けない <input type="checkbox"/> 引けない <input type="checkbox"/> 拍動性		
	カテーテル留置後	<input type="checkbox"/> スムーズ <input type="checkbox"/> スムーズに引けない <input type="checkbox"/> 引けない <input type="checkbox"/> 拍動性		
カテーテル位置の画像確認	<input type="checkbox"/> X線 (正面像・側面像) <input type="checkbox"/> CT (造影あり・造影なし) <input type="checkbox"/> 造影			
患者の状態変化	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> SpO ₂ 低下 <input type="checkbox"/> 頻呼吸 <input type="checkbox"/> 頻脈 <input type="checkbox"/> 血圧低下 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 疼痛 (部位:) <input type="checkbox"/> その他 ()			
手技終了時の合併症の確認	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 血腫形成 <input type="checkbox"/> 血胸 <input type="checkbox"/> 気胸 <input type="checkbox"/> 動脈誤穿刺 <input type="checkbox"/> その他 ()			
挿入の長さ・固定	挿入の長さ () cm で固定 縫合固定 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
輸液開始時	開始時間	時 分		
	開始直前	注入抵抗 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
		滴下不良 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
開始時の症状 ※継続的に観察	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> SpO ₂ 低下 <input type="checkbox"/> 頻呼吸 <input type="checkbox"/> 呼吸音左右差 <input type="checkbox"/> 頻脈 <input type="checkbox"/> 血圧低下 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> その他 ()			
数回穿刺や中止した場合に記入				
穿刺回数	() 回			
穿刺針	<input type="checkbox"/> すべて同じ穿刺針を使用した <input type="checkbox"/> 違う穿刺針を使用した: 長さ () cm 太さ ()			
術者交代	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (理由)			
挿入中止	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (理由)			