

## 末梢静脈血管確保チェックリスト(臨床検査技師用)

名前:

目標到達期間:

◎:一人でできる ○:支援があればできる

No.	確認事項	実施日			実施日		
		自己評価	他者評価	自己評価	他者評価	他者評価	
1	末梢静脈血管確保の目的・必要な状況を述べることができる						
2	点滴指示書で患者氏名、薬剤名、用法用量、時間を確認できる						
3	指示が不明瞭の時に医師や看護師に確認できる						
4	末梢静脈血管確保を行うための必要物品が準備できる						
5	手指衛生を行い、清潔操作を確実に実行できる						
6	輸液パックに適切な輸液セットをつなぎ、プライミングできる						
7	患者の元へ行き、患者確認を行い、医師指示との一致を確認できる						
8	患者に点滴の目的と内容を説明し同意が得られる						
9	穿刺する部位を患者の状態に応じて適切に選択できる						
10	静脈穿刺を安全に実施できる						
11	留置針を確実にかつ行動制限を生じない方法で固定できる						
12	穿刺後の体調不良への対応ができる						
13	穿刺による手指の痺れや痛みの訴えへの対応ができる						
14	看護師に点滴滴下速度の確認依頼ができる						
15	点滴指示書に穿刺部位、時間、留置針を記入することができる						
16	患者の衣服や寝具を整え、行動制限が最小限になるように配慮できる						
17	医療廃棄物規定に沿って後片付けができる						

コメント(今後へのアドバイス)

確認者:

承認者

:

印