

# OKAYAMA 母体搬送・産後出血チェックシート vol.1

紹介先 \_\_\_\_\_ 御中 転送日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
 患者氏名 \_\_\_\_\_ 旧姓 \_\_\_\_\_ 紹介元 \_\_\_\_\_  
 カタカナ \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_  
 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 歳 紹介元担当医 \_\_\_\_\_  
 自宅住所 〒 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_ 搬送先受診歴 有 無 ID \_\_\_\_\_

搬送理由  出血  前期破水( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 週 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分頃)  
 切迫早産  PIH  子宮内胎児発育遅延  双胎  品胎  胎盤機能不全  
 前置胎盤  骨盤位  胎盤早期剥離  胎児仮死  羊水過多  胎児形態異常  
 分娩停止  交通外傷  その他

その他特記  
 すべき事項

既往歴・薬歴・アレルギー歴etc

転送時在胎週数 \_\_\_\_\_ 週 \_\_\_\_\_ 日  搬送時外来管理  搬送時入院管理 (入院日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)

血液型 \_\_\_\_\_ Rh \_\_\_\_\_ 妊娠回数 \_\_\_\_\_ 回 分娩回数 \_\_\_\_\_ 回 流産 \_\_\_\_\_ 回 AUS \_\_\_\_\_ 回 早産 \_\_\_\_\_ 回

## ※出血関連搬送であれば以降次ページ記載を、それ以外下記記載を

### \* 母体感染症の内容

\* 最終月経開始日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  最終月経より  超音波所見より  
 \* 分娩予定日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  基礎体温より  不妊治療の日付より  不明

\* 児の推定体重と胎位 I 児 \_\_\_\_\_ g (  頭位  骨盤位  その他 )  
 II 児 \_\_\_\_\_ g (  頭位  骨盤位  その他 )

\* 胎盤位置: ( \_\_\_\_\_ )

\* 子宮収縮:  なし  不規則  ( \_\_\_\_\_ ) 分置きに有  腹痛有

\* 内診所見: 子宮口開大 \_\_\_\_\_ cm/展退 \_\_\_\_\_ %  
 胎胞形成 (  funneling  胎胞脱出 )  性器出血有

\* 管理方法  塩酸リドリン (  内服  点滴 投与量 \_\_\_\_\_ A/ ml/h )  
 マグゼント® (投与量 \_\_\_\_\_ ml/h )  
 Ca拮抗剤  
 筋注リンデロン® (日時 \_\_\_\_\_ )  
 抗生剤(薬品名: \_\_\_\_\_ 最終投与時間: \_\_\_\_\_ )

### 受け入れ機関記入欄

母ID \_\_\_\_\_ 入院様式  直接入院  外来経由入院 (入院日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)  
 今回の入院で分娩となりましたか?  外来管理となった  分娩となった  
 分娩となった場合は 分娩日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 週 \_\_\_\_\_ 日 )  生産  死産  
 自然  吸引  鉗子  予定帝切  緊急帝切  
 I 児 \_\_\_\_\_ g  男  女 Ap \_\_\_\_\_ (1') \_\_\_\_\_ (5')  NICU入院  産科管理  
 II 児 \_\_\_\_\_ g  男  女 Ap \_\_\_\_\_ (1') \_\_\_\_\_ (5')  NICU入院  産科管理  
 III 児 \_\_\_\_\_ g  男  女 Ap \_\_\_\_\_ (1') \_\_\_\_\_ (5')  NICU入院  産科管理  
 入院後、さらに他病院へ母体搬送を必要としたか  再転送 どの病院へ \_\_\_\_\_

注: もしも、妊娠中の経過について、この情報提供書だけで不十分と思われる場合は、別紙に詳細を書いて下さい。

岡山大TEL:086-235-7894 FAX:086-235-7894(病棟) 赤十字TEL:086-222-8811 FAX:086-222-8841(代表)  
 川崎大TEL:086-462-1111 FAX:086-464-1526(病棟) 夜・休:086-223-9983(救急)  
 岡医療TEL:086-294-9911 FAX:086-294-9255(代表) 倉中央TEL:086-422-0210 FAX:086-422-6260(病棟)  
 夜・休:086-294-9505(救急) 津中央TEL:086-821-8111 FAX:086-821-8201(代表)

# OKAYAMA妊婦出血チェックシート搬送連絡票/自施設PPH対応シート

注: 必要事項を記載し、紹介状として搬送施設へTEL+FAXを施行し、迅速な搬送をお願いします。TELでの詳細不要です。  
 注: 搬送の円滑化が目的です。人員不足の際は記載可能な範囲で結構です。搬送後、改めて明記したうえ再Faxをお願いします。  
 注: 経過・検査結果について、この情報提供書だけで不十分と思われる場合は、別紙に詳細を記入し、再Faxをお願いします。

経腔 予定C/S 緊急C/S

週	日	月	日	時頃に	<input type="checkbox"/> 陣痛発来	<input type="checkbox"/> 誘発/促進開始
★全開大時刻:				月	日	時 分
★児娩出:		月	日	時	分	週 日
C/S理由				分娩時概算出血量 _____ g		

\* 分娩時所見・手術・手技記載(簡潔記載)

\* 原因検索: 4T確認(暫定・確定は✓)

- Tone 子宮弛緩  
 Tissue 胎盤遺残 癒着胎盤  
 Thrombin 凝固異常 羊水塞栓症 HELLP症候群 その他( )  
 Trauma 子宮破裂 頸管裂傷 腔壁裂傷 会陰裂傷 血腫 内反症

● STAGE0: 分娩第三期の積極的管理(Active Management of Third Stage of Labor)

- オキシトシン( )単位を外液混注で投与 開始時間( : )  
胎盤娩出(Brandt-Andrews法)( : )  
子宮底輪状マッサージ

● STAGE1: 分娩後出血認識→出血持続, 子宮収縮不良, 意識異常(不穏, 蒼白, 発汗)

行動: 一次サーベイ(ABCDの評価・対応)	最終バイタル記録
<p>蘇生</p> <p>C <input type="checkbox"/> 静脈路(20G以上)2本確保、外液1000mL全開投与  <input type="checkbox"/> 血圧・脈拍・発汗・蒼白(5分毎) <input type="checkbox"/> 保温</p> <p>A <input type="checkbox"/> 気道確保                      B <input type="checkbox"/> 酸素10L/分リザーバーマスクで投与(SpO2&gt;95%)                      D <input type="checkbox"/> 意識レベル確認(5分毎) <input type="checkbox"/> 血型/クロスマッチ・CBC・生化・凝固</p>	<p style="text-align: right;">時 分</p> <p>SI = <math>\frac{\text{脈拍数HR}}{\text{収縮期血圧BP}}</math> 血圧 /</p> <p>SI = 脈拍数 回</p> <p style="text-align: right;">SpO<sub>2</sub> %( L)</p>
<p>子宮収縮止血</p> <p><input type="checkbox"/> 子宮底マッサージ継続 → <input type="checkbox"/> 両手子宮圧迫  <input type="checkbox"/> オキシトシン10単位+細胞外液500mL ①全開投与  <input type="checkbox"/> メルエルゴメリン0.2 mg 筋注/静注 <input type="checkbox"/> 高血圧症の既往  <input type="checkbox"/> 膀胱を空虚にする <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> バクリバルーン( ml注入)</p>	<p>その他 施行処置</p>

○ 出血継続orショック・インデックス: SI=1 or 準ずる症状を認めたら母体搬送して下さい。

注 記載はここまでで結構です(搬送の円滑化が目的です)。

○ 高次施設では重症PPHと認識して次のステップ(STAGE 2)で記録をお願いします。

\* リスク評価 あり なし 血液型 型 Rh( ) 不規則抗体( )

<input type="checkbox"/> 初産 <input type="checkbox"/> PPH既往	<input type="checkbox"/> 子宮筋腫	<input type="checkbox"/> IVF-ET	<input type="checkbox"/> 遷延分娩	<input type="checkbox"/> 胎盤娩出不良 <input type="checkbox"/> GDM・DM
<input type="checkbox"/> 35歳以上	<input type="checkbox"/> 巨大児	<input type="checkbox"/> ICSI	<input type="checkbox"/> 誘発・促進	<input type="checkbox"/> 吸引分娩 <input type="checkbox"/> 肩甲難産
<input type="checkbox"/> 未受診 <input type="checkbox"/> 多胎	<input type="checkbox"/> 羊水過多	<input type="checkbox"/> 凍結胚移植	<input type="checkbox"/> 無痛分娩	<input type="checkbox"/> 前置・低置胎盤 <input type="checkbox"/> 血液疾患

● STAGE 2: 重症PPH 出血継続+SI $\geq$ 1 (総出血量>1500mL)

<b>人員確保・原因検索</b> <input type="checkbox"/> 重症PPH宣言 <input type="checkbox"/> 産科専門医召集(最低2名) <input type="checkbox"/> 状況の整理 <input type="checkbox"/> 役割分担・ <input type="checkbox"/> 資源の確認(人員・物品) <input type="checkbox"/> 原因再検索 <input type="checkbox"/> 2次サーベイ(神経症状など) <input type="checkbox"/> チームコール考慮 <input type="checkbox"/> 麻酔科医・手術室へ準備依頼 <input type="checkbox"/> 放射線科医・IVR室に準備依頼 <input type="checkbox"/> 担当者が輸血センターに連絡 <input type="checkbox"/> 対応困難な場合には搬送考慮 <input type="checkbox"/> 家族への連絡と対応	<b>行動: 蘇生体制と質の再確認と強化、そして増悪時の準備</b> <b>蘇生強化</b> <input type="checkbox"/> バイタルサインを5分ごとに報告(コールアウト) <input type="checkbox"/> 持続モニタリングへ変更 <input type="checkbox"/> 心電図モニター <input type="checkbox"/> SpO <sub>2</sub> <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 輸血オーダー(RBC6単位、FFP6単位) <input type="checkbox"/> 輸血確保量の確認(2枚目に記載) <input type="checkbox"/> 輸血投与まで時間がかかる場合: 膠質液/アルブミン投与 <input type="checkbox"/> 子宮双手圧迫 <input type="checkbox"/> Bakriバルーン挿入 <b>原因再検索と状況把握</b> 4Ts <input type="checkbox"/> Tone <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Tissue <input type="checkbox"/> Thrombin <input type="checkbox"/> 子宮収縮不良ではオキシトシン5単位子宮筋注 出血: <input type="checkbox"/> 止血 <input type="checkbox"/> 持続 <input type="checkbox"/> 凝血塊あり <input type="checkbox"/> 非凝固性 <input type="checkbox"/> 緊急検査(血算、生化学、凝固系(fibrinogen))の結果確認 <input type="checkbox"/> 晶質液 mL <input type="checkbox"/> 膠質液 mL ( <input type="checkbox"/> 輸液蘇生総計 $\geq$ 2000mL $\Rightarrow$ FFP) <input type="checkbox"/> 薬剤総計: オキシトシン 単位 メルエルゴメリン0.2mg × A PGF2 $\alpha$ $\mu$ g <input type="checkbox"/> Foley留置カテを挿入	バイタル記録 担当: _____					時刻 BP HR SI SpO <sub>2</sub> 出血量 処置時系列 20:15 80/45 100 >1 92 : / : / : / : / : / : / : / : / : / : / : / : /
---	--	------------------	--	--	--	--	--

● STAGE 3: 産科危機的出血 上記でも出血コントロール不能、バイタルサイン安定せず SI $\geq$ 1.5 (総出血量>2500mL)

<input type="checkbox"/> 産科危機的出血宣言 <input type="checkbox"/> 院内プロトコル発動 <input type="checkbox"/> 麻酔科・救急医コール <input type="checkbox"/> 状況の整理 <input type="checkbox"/> 役割分担 <input type="checkbox"/> 資源の確認(人員・物品) <input type="checkbox"/> 原因再検索と治療強化 <input type="checkbox"/> 2次サーベイ(神経症状) <input type="checkbox"/> 集中治療チームコール <input type="checkbox"/> 家族への連絡と対応	<input type="checkbox"/> ただちに輸血 RBC10単位、FFP10単位 <input type="checkbox"/> クロスマッチ済 クロスマッチ未( <input type="checkbox"/> 同型 <input type="checkbox"/> 異型O(+))のRBC・AB型のFFP) 4Ts: <input type="checkbox"/> Tone(子宮収縮 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良) <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Tissue <input type="checkbox"/> Thrombin( <input type="checkbox"/> 凝血塊あり <input type="checkbox"/> 非凝固性) 出血: <input type="checkbox"/> 止血 <input type="checkbox"/> 持続(Bakriバルーン挿入 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 方針決定 <input type="checkbox"/> 造影CT <input type="checkbox"/> 子宮動脈塞栓 <input type="checkbox"/> 子宮圧縮縫合術(B-Lynch) <input type="checkbox"/> 動脈バルーン留置 <input type="checkbox"/> 動脈結紮術(内腸骨動脈・子宮動脈 など)、 <input type="checkbox"/> 子宮全摘術・膈上部切断術	バイタル記録 担当: _____					時刻 BP HR SI SPO <sub>2</sub> 出血量 処置時系列 20:00 60/30 100 >1.5 1 : / : / : / : / : / : / : /
--	---	------------------	--	--	--	--	--

○ 総括: 総出血量: \_\_\_\_\_ ml, 血液製剤: RBC \_\_\_\_\_ 単位, FFP \_\_\_\_\_ 単位, PC \_\_\_\_\_ 単位

他使用製剤名: \_\_\_\_\_

受け入れ機関・入院期間記入欄

母ID \_\_\_\_\_ 入院様式 直接入院 外来經由入院 (入院日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)

今回入院後ICU管理 ICU管理となった 一般病棟管理

分娩日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 週 \_\_\_\_\_ 日 自然 吸引 鉗子 予定帝切 緊急帝切

ICU入院 産科病棟管理 / . 日目 意識改善 / . 日目 抜管

ICU入院 産科病棟管理 / . 日目 食事摂取開始 / . 日目 帰棟

/ . 日目 歩行可能 / . 日目 採血改善

/ . 日目 退院 / . 日目 紹介院へ逆紹介

入院後、さらに他病院へ母体搬送を必要としたか 再転送 \_\_\_\_\_ どの病院へ \_\_\_\_\_