



転送日 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

患者氏名(カタカナ)

紹介元

TEL

(旧姓)

FAX

生年月日 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 \_\_\_\_歳

紹介元担当医

- ①在胎週数 \_\_\_\_週 \_\_\_\_日
- ②初・経別 初・経
- ③アレルギー 有・無 → 詳細(\_\_\_\_\_)
- ④既往歴  腹部手術既往  凝固異常  HIV・HCV・HBV  循環器疾患
- ⑤身長 \_\_\_\_\_cm 体重 \_\_\_\_\_kg
- ⑥最終食事時間 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 \_\_\_\_: \_\_\_\_
- ⑦搬送理由

**\* 超緊急症例 発生時刻** \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 (\_\_\_\_:\_\_\_\_)

- 常位胎盤早期剥離
- 臍帯脱出
- 子癇発作
- 呼吸困難, 意識消失

最終バイタル

血圧 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 脈拍 \_\_\_\_回

SpO<sub>2</sub> \_\_\_\_% (O<sub>2</sub> \_\_\_\_ L/min)

**※超緊急の場合はここまで記載で搬送!! 緊急時は従来型の紹介状は不要!!**

⑦その他, 救急搬送症例

発生時刻 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 (\_\_\_\_:\_\_\_\_)

- 前置胎盤警告出血  交通外傷  前期破水  胎児胎盤機能不全
- 切迫早産  PIH  HELLP 症候群  その他(\_\_\_\_\_)

\*児情報 推定体重 \_\_\_\_\_g  頭位  骨盤位  その他

\*双胎 DD・MD ① \_\_\_\_\_g 胎位(\_\_\_\_) ② \_\_\_\_\_g 胎位(\_\_\_\_)

\*子宮収縮 有・無

\*腹痛 有・無 \* CTG モニターの iPicss 撮影 有・無

\*内診所見 開大 \_\_\_\_\_cm 展退 \_\_\_\_\_%

\*出血 有・無 → 推定 \_\_\_\_\_ml

\*処置 マグセント 有・無 リンデロン 有・無

**~搬送方法~①から⑦まで記載, 搬送病院に連絡・同時に搬送準備 & 「iPicss」で  
1, シート撮影 2, 下記病院の選択 3, 送信ボタンを選択 情報送信完了!!**

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)

岡山医療 TEL:086-294-9911

FAX:086-294-9255(代表)

倉敷中央 TEL:086-422-0210

FAX:086-422-6260(病棟)

夜.休:086-294-9505(救急)

津山中央 TEL:086-821-8111

FAX:086-821-8201(代表)

# OKAYAMA 産後出血チェックシート搬送連絡票/自施設 PPH 対応シート

※PPH に対し必要事項を記載。紹介状として搬送施設へ TEL+iPicss を施行、迅速な搬送を!!



※搬送の円滑化が目的です。人員不足の際は可能な範囲で結構です。TEL での詳細不要。

※経過・検査結果など本シートでは不十分と思われる場合は、別紙に詳細記入し再 iPicss お願いします。

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

転送日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者氏名(カタカナ)

紹介元

TEL

(旧姓)

FAX

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 歳

紹介元担当医

## 患者情報

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

アレルギー: 有 無 食事 \_\_\_\_\_ 薬剤 \_\_\_\_\_

重要服用歴: \_\_\_\_\_

既往歴: \_\_\_\_\_

感染症: HIV・HCV・HBV 有 無

最終食事時間 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ :

SI:  $\frac{\text{脈拍}}{\text{血圧}}$  \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_

\*分娩方法 経膣 予定 C/S 緊急 C/S

\_\_\_\_\_ 週 \_\_\_\_\_ 日, \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日, \_\_\_\_\_ 時頃に 陣痛発来 誘発/促進開始

★児娩出: \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分 \_\_\_\_\_ 週 \_\_\_\_\_ 日

C/S 理由 \_\_\_\_\_ 分娩時概算出血 \_\_\_\_\_ g

## \*経膣分娩時所見・手技記載

人工破膜( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ ) 無痛分娩 吸引分娩 肩甲難産 会陰切開

クリステレル児圧出法 バクリバルーン留置 その他 \_\_\_\_\_

## \*原因検索: 4T 確認(暫定・確定は✓)

Tone 子宮弛緩

Trauma 子宮破裂 頸管裂傷 腔壁裂傷 会陰裂傷 血腫 内反症

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( \_\_\_\_\_ )

iPicss-App®

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)

岡山医療 TEL:086-294-9911

FAX:086-294-9255(代表)

倉敷中央 TEL:086-422-0210

FAX:086-422-6260(病棟)

夜.休:086-294-9505(救急)

津山中央 TEL:086-821-8111

FAX 086-821-8201(代表)

●ステージ 0: 分娩第 3 期の積極的管理

- アトニン( )単位+外液混注投与 開始時間( ): |  
 胎盤娩出(Brandt-Andrews 法)( ): |  子宮底輪状マッサージ

●ステージ 1: 分娩後出血→出血持続, 子宮収縮不良, 意識異常(不穏, 蒼白, 発汗)

血液型: _____ 型 Rh(_____) 最終バイタル( ): _____ 血圧 _____ / _____ 脈拍 _____ 回 SpO <sub>2</sub> _____ % ( _____ L) $SI = \frac{\text{脈拍}}{\text{収縮期血圧}} = \underline{\hspace{2cm}}$ ライン 末梢① _____ G 末梢② _____ G バクリバルーン( _____ ml 注入)	蘇生          子宮出血対応	<input type="checkbox"/> ショック体位 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 酸素投与 10L/min</span> <input type="checkbox"/> ルート 20G 以上 2 本確保 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> EKG 装着</span> <input type="checkbox"/> 採血(CBC・生化・凝固・血型・クロス・輸血前感染症) <input type="checkbox"/> バイタルサインズ 5 分おき測定・意識レベル確認 <input type="checkbox"/> 細胞外液 1000ml 全開投与  <input type="checkbox"/> 子宮双手圧迫 <input type="checkbox"/> ①アトニン 10 単位+細胞外液 500ml 全開投与 <input type="checkbox"/> ②アトニン 10 単位+細胞外液 250ml/h 投与 <input type="checkbox"/> PIH・高血圧既往無 メチルエルゴメトリン 0.2mg 静注 or 筋注 <input type="checkbox"/> 導尿/尿道バルン留置 <input type="checkbox"/> 搬送準備 <input type="checkbox"/> バクリバルーン留置
--	--	--

●ステージ 2: 重症 PPH 出血持続+SI ≥ 1 総出血量 > 1500ml) となる前に搬送を!

★バイタル時間経過記載 (産科危機的出血 > 2500ml を宣言しないことが大事)

時間	血圧	脈拍	SI	SpO2	処置内容

総括: 総出血量: \_\_\_\_\_ ml その他使用製剤名 \_\_\_\_\_

血液製剤: RBC \_\_\_\_\_ 単位, FFP \_\_\_\_\_ 単位, PC \_\_\_\_\_ 単位,

\*リスク評価  あり  なし

<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"/> 多胎	<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"/> PIH	<input type="checkbox"/> 未受診	<input type="checkbox"/> 羊水過多	<input type="checkbox"/> FET	<input type="checkbox"/> 無痛分娩	<input type="checkbox"/> 前置・低置胎盤	<input type="checkbox"/> 血液疾患

○出血持続 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。