看護師による特定行為実習の説明・承諾書

患者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ID ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

看護師による特定行為実習にあたり、ご協力を賜りたく、ご説明申し上げます。
あなたの手術中、手術前後の管理は医師が責任を持って担当いたします。
実習を行う看護師が行うことは、以下の項目です。

1）経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの位置の調整
2）侵襲的陽圧換気の設定の変更
3）人工呼吸器からの離脱
4）直接動脈穿刺法による採血
5）橈骨動脈ラインの確保
6）脱水症状に対する輸液による補正
7）硬膜外カテーテルによる鎮痛剤の投与及び投与量の調整
8）持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与量の調整

1), 2), 3), 6), 7), 8)に関しては特に侵襲的な行為を伴わない処置ですが、病態によっては呼吸・循環の状態が変わる場合があります。しかし、基本的に医師と同じ医学的判断に基づき行うため、これらにより生じる変化は看護師の特定行為に起因して生じるものではございません。また、4), 5)は侵襲的な行為であり、可能性のある合併症は血腫形成、神経損傷、塞栓症などです。しかしこれらは医師が行っても起こりうることです。この間は、医師が直接指導し、患者の安全確保ができるように努めます。上記以外の処置は全て医師が行います。
なお、実習に際しては、以下の点を保証致します。

1. 看護師による実習を拒否しても、患者の治療等に何ら不利益が生じないこと。
2. 看護師による実習に同意した後も、看護師が行う実習を無条件に拒否することができること。
   また、拒否を理由とした治療等に不利益が生じないこと。
3. 看護師が実習を通して知り得た患者・家族に関する情報については、実習目的以外に利用せず、
   プライバシーの保護に努めること。

令和　　年　　月　　日

説 明 医 師 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

看　護　師 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

担 当 医 師 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

看護師による特定行為実習を行うことについて、私は医師および看護師により、上記のように説明を受けました。医師の指導のもとに、看護師が私の特定行為実習を行うことを承諾いたします。

○○○○病院長殿

令和　　年　　月　　日

患者（家族）氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿