

患者・手術情報

記載者 : _____

麻酔開始時刻 : _____時 _____分 (24時間表記
例 16時30分)

カルテID : _____

身体 : _____cm _____kg (_____g)
1kg 以下の場合はg表記

日付 : 202__年__月__日

施設名 : あいち小児

年齢 : _____歳 _____ヶ月

性別 : 男 ・ 女 ・ 性別不明

場所 : 手術室 ・ 手術室外カテ室 ・ CT/MRI/放射線治療室 ・ 病棟 ・ その他

✓術前合併症 (複数選択可)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 該当なし | <input type="checkbox"/> 循環動態不安定 (ショック、CPR) |
| <input type="checkbox"/> 術前呼吸管理 (複数選択可) | <input type="checkbox"/> 先天性心疾患既往 |
| <input type="checkbox"/> 既挿管 経口挿管 <input type="checkbox"/> 既挿管 経鼻挿管 <input type="checkbox"/> 既挿管 気管切開 | <input type="checkbox"/> 肺高血圧症 (術前・術中診断で平均肺動脈圧>25 mmHg) |
| <input type="checkbox"/> 経鼻・経口エアウェイ | <input type="checkbox"/> 筋力低下の診断 (脳性麻痺の拘縮症例を含む) |
| <input type="checkbox"/> 酸素投与 (経鼻カニューラ・酸素マスク・リザーバー付き酸素マスク) | <input type="checkbox"/> 気道反射の消失 (咳嗽、咽頭反射の消失) |
| <input type="checkbox"/> HFNC <input type="checkbox"/> 人工呼吸(NPPVを含む) <input type="checkbox"/> ECMO/VAD | <input type="checkbox"/> 低出生体重児 (1500 g ≤ 出生時体重 < 2500 g) |
| <input type="checkbox"/> 低酸素血症 (SpO ₂ < 95% 室内気) | <input type="checkbox"/> 極低出生体重児 (1000 g ≤ 出生時体重 < 1500 g) |
| <input type="checkbox"/> 無呼吸発作 | <input type="checkbox"/> 超低出生体重児 (出生時体重 < 1000 g) |
| <input type="checkbox"/> 上気道狭窄または閉塞 (鼻から声帯まで) | <input type="checkbox"/> 早産児 (28週 ≤ 出生週数 < 37週) |
| <input type="checkbox"/> 活動性の上気道感染 (発熱>38.0°C/咳嗽/鼻汁/喀痰/聴診音異常) | <input type="checkbox"/> 超早産児 (出生週数 < 28週) |
| <input type="checkbox"/> 過去14日以内の気道感染兆候 (但し麻酔導入時に症状がない) | <input type="checkbox"/> 過期産児 (42週 ≤ 出生週数) |
| <input type="checkbox"/> 喘息 (1ヶ月以内の発作もしくは1年に3回以上の発作) | <input type="checkbox"/> 食物または薬剤アレルギー (摂取制限を実施している) |
| <input type="checkbox"/> 喉頭軟化症 | <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 (鼻汁や鼻閉のいずれかがあれば該当) |
| <input type="checkbox"/> 気管軟化症 | <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 |
| <input type="checkbox"/> 声帯麻痺 | <input type="checkbox"/> 同居家族の喫煙 |
| <input type="checkbox"/> 気管狭窄 (声門下狭窄も含む) | <input type="checkbox"/> その他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 嘔気や嘔吐 | |

✓手術種類 (複数選択可)

- | | |
|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 脳神経・脳血管 | <input type="checkbox"/> 咽頭・喉頭部 |
| <input type="checkbox"/> 胸腔・縦隔 | <input type="checkbox"/> 胸壁・腹壁・会陰 |
| <input type="checkbox"/> 心臓・血管 | <input type="checkbox"/> 脊椎 |
| <input type="checkbox"/> 胸腔腹腔 | <input type="checkbox"/> 股関節・四肢 |
| <input type="checkbox"/> 上腹部内臓 | <input type="checkbox"/> カテーテル検査・治療 |
| <input type="checkbox"/> 下腹部内臓 | <input type="checkbox"/> その他検査 (内視鏡検査・治療を含む) |
| <input type="checkbox"/> 帝王切開 | <input type="checkbox"/> 移植 (心・肺・肝・腎・膵・小腸) |
| <input type="checkbox"/> 頭頸部 | <input type="checkbox"/> その他 _____ |

✓術中体位 (複数選択可)

- | | |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 仰臥位 (半側臥位を含む) | <input type="checkbox"/> 頭高位 |
| <input type="checkbox"/> 腹臥位 | <input type="checkbox"/> 頭低位 |
| <input type="checkbox"/> 側臥位 | <input type="checkbox"/> その他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 砕石位 | |

麻酔情報

✓ 絶飲食

- 遵守 遵守していない

✓ 胃内容物貯留の病態

- なし あり

✓ 初回コース開始前の胃内吸引

- 未実施 実施

✓ 鎮静目的の前投薬

- なし ミダゾラム
 ジアゼパム その他の鎮静薬

✓ 困難気道症候群

- なし
 あり (困難気道症候群の例に該当)
 その他の疾患に該当 _____

✓ 困難気道評価 (複数選択可)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 該当なし | <input type="checkbox"/> 上気道狭窄/喉頭展開困難を伴う解剖学的異常 |
| <input type="checkbox"/> 術前に困難気道が認識されていた | <input type="checkbox"/> 中顔面の低形成があった |
| <input type="checkbox"/> 困難気道の既往あり | <input type="checkbox"/> 巨舌があった |
| <input type="checkbox"/> 頸部後屈制限あり (鎮静薬/筋弛緩薬投与に関わらず) | <input type="checkbox"/> 小顎があった |
| <input type="checkbox"/> 開口が2横指以下 (患者の指で) | <input type="checkbox"/> 頭囲の病的拡大があった |
| <input type="checkbox"/> オトガイ-舌骨間距離が2横指以下 (患者の指で) | <input type="checkbox"/> その他 _____ |

✓ マスク換気困難

- なし あり 該当なし (マスク換気施行せず)

*1人の麻酔科専門医が最大限の努力を行っても、換気が困難 (不十分な胸郭挙上、一回換気量 < 5 ml/kg、カプノグラム第III相の欠落) な症例

✓ 麻酔導入方法

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> 緩徐導入 自発呼吸なし (吸入麻酔による) | <input type="radio"/> 迅速導入 (陽圧換気なし) *鎮静薬と筋弛緩薬を同時に投与 |
| <input type="radio"/> 緩徐導入 自発呼吸温存 (吸入麻酔による) | <input type="radio"/> 迅速導入 (陽圧換気あり) *鎮静薬と筋弛緩薬を同時に投与 |
| <input type="radio"/> 急速導入 自発呼吸なし (静脈麻酔による通常の導入) | <input type="radio"/> 覚醒下、局所麻酔薬のみ |
| <input type="radio"/> 急速導入 自発呼吸温存 (静脈麻酔による通常の導入) | <input type="radio"/> その他 _____ |

✓ ASA-PS分類

- 1 1E 合併症なし
 2 2E 軽度の全身疾患を有するが日常生活動作は正常
 3 3E 高度の全身疾患を有するが運動不可能ではない
 4 4E 生命を脅かす全身疾患を有し、日常生活は不可能
 5 5E 瀕死であり手術をしても助かる可能性は少ない
 6 6E 脳死状態の臓器移植ドナー
*緊急手術の場合はEがつく番号をチェックする

✓ 染色体異常

- なし 21トリソミー
 13トリソミー 18トリソミー
 上記以外の染色体異常

気道確保試行情報

✓ コース情報

試行合計回数 _____ 回

コース	導入	術中	術後	PACU	試行回数	直前SpO ₂	最低SpO ₂
I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____回	_____%	_____%
II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____回	_____%	_____%
III	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____回	_____%	_____%
IV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____回	_____%	_____%
V	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____回	_____%	_____%

✓ コース開始の原因 (複数選択可)

	I	II	III	IV	V
予定通りの挿管、気道・循環トラブルに起因しないコースの開始・変更	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
抜管後の気道トラブル	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SpO ₂ 低下 (5%以上の低下・気道管理での問題に起因する低下)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
呼吸停止に伴う気道確保	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
気道管理器具 (例：気管チューブ)のずれや事故抜去	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
気道管理器具の閉塞	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
気道刺激の忌避目的 (挿管から声門上器具への変更など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
気道確保器具周囲のエアリーク	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
誤嚥の予防 (嘔吐・上気道出血・口腔内分泌物)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
喉頭浮腫	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
喉頭痙攣 (胸郭および腹部の筋硬直を伴う気道閉塞)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
気管支攣縮 (喘息発作)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
直接的な気道外傷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
無気肺の形成・リクルートメント	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
肺水腫	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
吸痰目的	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
気胸または縦隔気腫	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
不安定な循環動態 (ショックや不整脈を含む、但し心停止を含まない)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
心停止	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

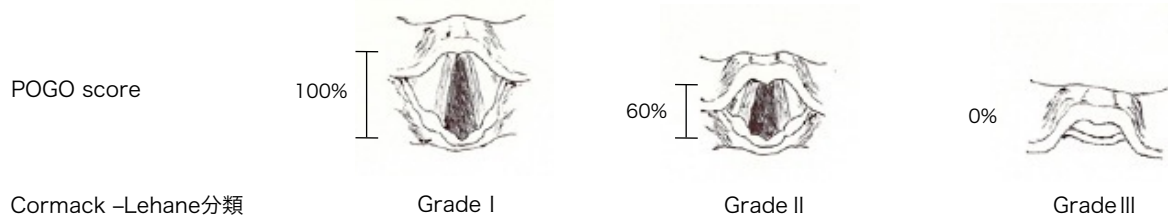
✓ 高度気道確保のために使用した薬剤と維持薬 (複数選択可)

	試行	1	2	3	4	5	6	7	8	維持		試行	1	2	3	4	5	6	7	8	維持
セボフルラン	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ミダゾラム	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
デスフルラン	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	プロポフォール	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
笑気	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	チホ [®] ソタル / チアミール	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
フェンタニル	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	レミマゾラム	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
塩酸モルヒネ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ケタミン	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
レミフェンタニル	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	デクスedetミジン	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ロクロニウム	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	アトロピン	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ベクロニウム	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	アドレナリン	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
スキサメトニウム	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	リドカイン (気道内)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
スガマデクス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	リドカイン (静注)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

各試行における気道確保情報 (回目)	1	2	3	4	5	6	7	8
挿管者施行者の割り付け番号 (数字を記入)								
気道管理成功の有無								
成功	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
失敗 (声門が見えなかった)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(循環が不安定)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(上気道狭窄、酸素化障害)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(声帯より近位で気道管理デバイス挿入困難)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(声帯より遠位で気道管理デバイス挿入困難)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(エアリークが多かった)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(チューブサイズが大きすぎた 例：エアリークが無い)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(その他)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

各試行における気道確保情報 (回目)	1	2	3	4	5	6	7	8
気道確保者 (麻酔症例の割合は直近1年の症例を全体とする)								
初期研修医	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
後期研修医 (麻酔科) *専門医資格なし	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(麻酔科以外)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
麻酔科専門医 (麻酔症例の>80%が小児)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(麻酔症例の50-80%が小児)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(麻酔症例の<50%が小児)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
救急科専門医	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
集中治療専門医	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
その他の専門医	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
その他 (例: 周麻酔期看護師など)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
気道確保施行者の卒後年数								
1年目	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2年目	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3年目	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4年目	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5年目	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6-9年目	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10年目以上	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
気道確保の経路								
経口挿管 (声門上器具使用を含む)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
経鼻挿管	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
気管切開口	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
その他 (輪状甲状間膜穿刺・切開を含む)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
気道確保器具 該当するものをすべてチェックする								
喉頭鏡	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
声門上器具のみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
スタイレット	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ビデオ喉頭鏡ーガイドなし (例: マックグラス、グライドスコープ、C-MAC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ビデオ喉頭鏡ーガイドあり (例: エアウェイスコープ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ビデオのない非直達喉頭鏡 (例: ビデオなしのエアトラック)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ガムエラスティックブジー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
軟性気管支鏡	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
気管切開孔からの気管/気管切開孔用チューブの留置	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
外科的気道確保 (輪状甲状間膜穿刺・切開)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
外科的気道確保 (気管切開)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
外科的気道確保 (その他)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
声門上器具越しの気管挿管 (例: Air-Q)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
気管チューブまたは声門上器具のサイズ 0.5-8.5の数値で記入 (0.5刻み)	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
該当せず (ダブルルーメンチューブなど)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
気管チューブの種類								
ノーマル	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
スパイラル	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
RAE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ダブルルーメン	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
その他 (声門上器具を含む)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

各試行における気道確保情報 (回目)	1	2	3	4	5	6	7	8
気管チューブのカフの有無								
なし	○	○	○	○	○	○	○	○
あり	○	○	○	○	○	○	○	○
気管チューブ以外 (声門上器具や気切など)	○	○	○	○	○	○	○	○
クリコイドプレッシャーの有無								
なし	○	○	○	○	○	○	○	○
あり	○	○	○	○	○	○	○	○
外部喉頭操作の有無 (喉頭展開視野の改善目的)								
なし	○	○	○	○	○	○	○	○
あり	○	○	○	○	○	○	○	○
Apneic oxygenationの有無 (流量は <2歳: 4 L/min, 2 - 11歳: 6 L/min, ≥12歳: 8 L/min以上とする)								
なし	○	○	○	○	○	○	○	○
あり	○	○	○	○	○	○	○	○
POGO score (喉頭展開時の声門の展開率: 前交連から披裂間切痕を100%とする) 0-100%で記入 (1%刻み)								
該当せず (喉頭展開をしていないなど)	○	○	○	○	○	○	○	○



✓ コース中の合併症 (複数選択可)

	I	II	III	IV	V
なし	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
心停止(患者生存)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
心停止(手術終了から48時間以内の死亡)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
喉頭痙攣 (胸郭および腹部の筋硬直を伴う気道閉塞)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
上気道閉塞 (呼吸努力を伴う上気道閉塞)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
著しい咳込み (10秒以上継続)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
気管支挿管	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
食道挿管 (SpO ₂ 低下を伴わない)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
食道挿管 (SpO ₂ 低下を伴う)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
嘔吐 (誤嚥なし)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
嘔吐 (誤嚥あり) *胸部レントゲン等で確認されたもの	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
低血圧 (介入が必要、例: 昇圧薬、補液 *但し薬剤投与に起因する低血圧は除く)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
高血圧 (介入が必要、例: 降圧薬 *但し薬剤投与に起因する高血圧は除く)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
歯牙損傷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
気胸または縦隔気腫	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
気管支攣縮 (喘息発作)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
無気肺の形成 (例: 胸部レントゲンで確認できたもの)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
肺水腫	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
吸気性喘鳴 (ストライダー)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
直接的な気道外傷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
不整脈 (徐脈を含む *但し薬剤投与に起因する不整脈は除く)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
気道管理器具 (例: 気管チューブ)のずれや事故除去	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

✓ コース中の合併症への治療 (複数選択可)

	I	II	III	IV	V
なし	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
鎮静薬の投与	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
筋弛緩薬の投与	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
術後挿管管理 (予定外のみ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
気管支拡張薬	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
気管内吸引	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CPAPおよび/または陽圧換気	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
アドレナリン投与 (吸入)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ステロイド投与 (静注)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
外科的気道確保 (例: 気管切開/輪状甲状間膜穿刺・切開)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
除細動/カルディオバージョン	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
アドレナリン投与 (静注)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
アトロピン投与	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
循環作動薬投与 (静注) *アドレナリン、アトロピン以外	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
補液	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
抗不整脈薬投与	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
胸骨圧迫 (心肺蘇生)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
体外循環 (Extracorporeal membrane oxygenation : ECMO)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
リバース薬投与 (例: スガマデクス、フルマゼニル、ナロキソン)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
利尿薬投与	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
集中治療室入室 (気道管理の合併症に伴う予定外の入室のみ、但し経過観察入室を含む)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

✓ 術後麻酔回復室(PACU)での観察

○ なし ○ あり

困難気道症候群の例

咽後膿瘍	Apert症候群
ガングリオシド蓄積症	Beckwith-Wiedemann症候群
血管輪	Cornelia de Lange症候群
喉頭蓋炎	Crouzon症候群
後鼻孔狭窄/閉鎖	Freeman-Sheldon症候群
縦隔腫瘍	Goldenhar症候群
上/下気道内腫瘍	Hallermann-Streiff症候群
糖原病	Klippel-Feil症候群
軟骨無形成症	Pfeiffer症候群
脳瘤	Pierre Robin sequence
表皮水疱症	Russell-Silver症候群
扁桃周囲膿瘍	Saethre-Chotzen症候群
ムコ多糖症	Smith-Lemli-Opitz症候群
	Treacher Collins 症候群
	Turner症候群
	Waardenburg症候群