

No.

倫理コンサルテーション実施記録

1. 基本情報

依頼受付日			
依頼者	氏名		
	職種		
主担当 コンサルタント			
依頼理由	<input type="checkbox"/> コンサルテーションへの依頼が院内指針において定められている。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;">指針名 :</div>		
	<input type="checkbox"/> 具体的に困っていることがある。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;">概要 :</div>		
緊急度	依頼者による判断		
	<input type="checkbox"/> 緊急の対応が必要 <input type="checkbox"/> 待つことは可能		
	コンサルタントの判断		
	<input type="checkbox"/> 緊急の対応が必要 <input type="checkbox"/> 待つことは可能		
両者の判断が相違していた場合にはその理由 :			
対応モデル	<input type="checkbox"/> チーム <input type="checkbox"/> 倫理委員会 <input type="checkbox"/> 個人		
	モデル変更	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	変更理由		

2. 患者情報

氏名		年齢	
性別		カルテ番号	
主治医		関係者	

3. 情報

カルテの確認	<input type="checkbox"/> した
	<input type="checkbox"/> しなかった 理由 :
医学的情報	
患者の意向	
家族などの意 向や状況	
医療・ケアチ ームの考え方	

関連するルールやガイドライン	
----------------	--

4. コンサルテーション・ミーティング

開催	<input type="checkbox"/> した			
	<input type="checkbox"/> しなかった			
	理由	<input type="checkbox"/> 開催する必要がなかった <input type="checkbox"/> 扱われる情報がセンシティブ <input type="checkbox"/> 医療・ケアチームの中に開催に反対する可能性の高い・反対しているメンバーがいる <input type="checkbox"/> その他 <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>		
開催形態	<input type="checkbox"/> 医療・ケアチームのカンファレンスに参加			
	<input type="checkbox"/> 倫理コンサルタントがミーティングを開催			
	<input type="checkbox"/> 緊急のため倫理コンサルタントと依頼者で開催			
日時	年 月 日	場所		
出席者 (職種)	主治医の参加	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	職種数	

議事概要			
二度目の開催	<input type="checkbox"/> した		
	理由	<input type="checkbox"/> 必要なメンバーが出席しなかった <input type="checkbox"/> 必要な情報が欠けていた <input type="checkbox"/> その他 <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 150px; margin-top: 5px;"></div>	
	<input type="checkbox"/> しなかった		

5. コンサルテーション結果

倫理的問題			
協議結果	助言	<input type="checkbox"/> した <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 150px; margin-top: 5px;"></div>	
		内容： <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 150px; margin-top: 5px;"></div>	
	<input type="checkbox"/> しなかった		
関係者間の	<input type="checkbox"/> 解消した		

対立	<input type="checkbox"/> 解消しなかった <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>
回答書交付日	年 月 日
医療・ケアチームの対応	<input type="checkbox"/> 協議結果に沿って対応した
	<input type="checkbox"/> 協議結果とは異なる対応をした <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>
その後の経過	

6. フィードバック・シート

配布	<input type="checkbox"/> した
	<input type="checkbox"/> しなかった <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>
配布枚数	
回収枚数	

7. 事後評価

--