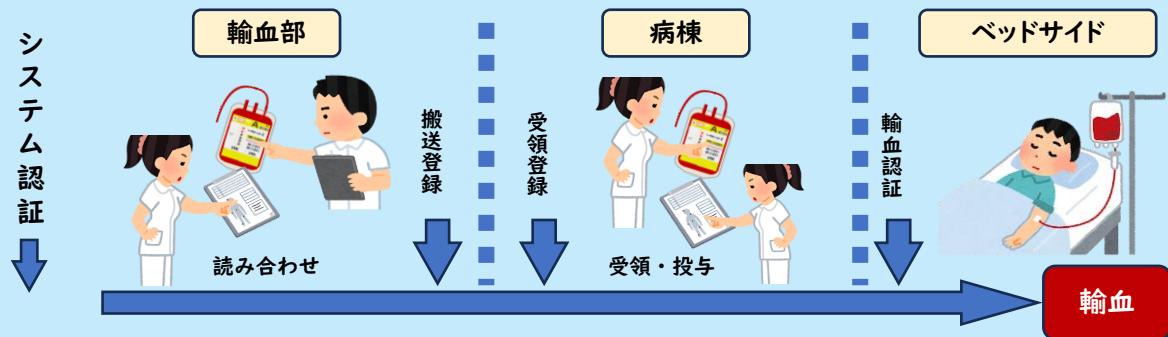


同一患者用の翌日分FFP製剤を払い出し、病棟にて輸血予定FFP製剤と製剤番号が異なることが発覚した事例

【今回の事例】

FFP製剤を払い出す際に、保冷庫から該当患者のFFP製剤を取り出し、医療者2名で読み合わせを実施し、システム認証後に払い出しを行った。その後病棟にて輸血実施前の確認の際に、担当看護師が使用予定のFFP製剤と製剤番号が異なることに気づいた。輸血部へ確認の連絡があり、準備されていた翌日分のFFP製剤を払い出していることが発覚し、改めて当日分のFFP製剤と差し替えることとなった。



【ダブルチェック、電子認証と教育】

- 払い出す際の手順として、輸血スタッフが製剤番号を読み、他のスタッフにて支給票の情報に違いがないことを確認する運用が機能していなかった
- 輸血認証は患者に割り当てられた当日製剤のみが表示される設定のため本事例ではここでチェック機構が機能したため投与まで至らなかった

【事例から考えるポイント】

- 製剤ごと、日付ごとに明確な区分けをして手順化しましょう
- システムを適切に活用して、異なる製剤が払い出されることを防ぎましょう
- 読み合わせといった基本的な手順も輸血前の重要なチェック機構であること再認識して、輸血に関わる医療スタッフへ、輸血ラウンド等で定期的な手順の確認と院内教育を行いましょう