



例目

(事務局にて記載)

## 脳死下臓器提供に関する検証資料フォーマット

(様式 2)

(平成27年12月改訂)

施設名 \_\_\_\_\_

患者イニシャル及びID \_\_\_\_\_

生年月日 昭・平 \_\_\_\_\_ 年 月 日生 才 (男・女)

記載責任者 \_\_\_\_\_ 印

記載年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

## 目次

1. 初期診断・治療について.....	1
2. 治療方針等の家族への説明について.....	3
3. 脳死とされうる状態の診断について.....	4

## 1. 初期診断・治療について

- \* 来院から脳死とされうる状態の診断開始前までの経過の要約の記載を求めるもの。下記の記載例を参考にされたい。
- \* 入院経過要約（患者サマリー等）に同様の記載がある場合には、その写しの提出でかまわない。その場合には、下記に「添付書類参照」と記載し、その写しを提出すること。

### <記載例>

#### ① 病院前対応

○歳代、(男性/女性)。平成○○年○月○日（\*発見時、発症時の状態を記載）であり、○:○、救急要請された。

○:○救急隊現着時、意識レベル JCS○○、GCS○(E○V○M○)、血圧○/○mmHg、脈拍○/分、瞳孔径右○mm/左○mm、対光反射は右 /左、自発呼吸は認めて（いた/いなかった）。（\*救急隊による対応・処置を記載）を行った。

○:○に現発し、（\*搬送途中の対応・処置を記載）を行いながら救急搬送となった。搬送中、（\*搬送途中の症状の変化があった場合に記載）であった。

#### ② 来院時対応・初期治療

○:○、当該医療機関へ到着。病院到着時、意識レベル JCS○○、GCS○(E○V○M○)、血圧○/○mmHg、脈拍○/分、瞳孔径右○mm/左○mm、対光反射は右 /左、自発呼吸は認めて（いた/いなかった）。直ちに（\*来院後の処置を記載）を行った。○:○に頭部 CT を実施したところ、（\*頭部 CT の所見を記載）・・・を認めた。（\*その他、治療方針に関わる検査の結果等を記載）。（\*診断結果を記載）・・・と診断し、（\*治療方針について記載）・・・を開始することとした。

#### ③ 集中治療室入室後

○:○、集中治療室に入室した。入室時、意識レベル JCS○○、GCS○(E○V○M○)、血圧○/○mmHg、脈拍○/分、瞳孔径右○mm/左○mm、対光反射は右 /左、自発呼吸は認めて（いた/いなかった）。集中治療室入室後、（\*集中治療室で行った治療を記載）・・・を開始した。（\*治療開始から脳死とされうる状態の診断を開始するまでの経過について記載）。

以後、循環・呼吸管理を中心とした全身管理を継続したが、意識レベル、自発呼吸、神経学的所見の改善は認めなかった（\*一時的な改善があったなど、具体的な状況の変化があった場合には適宜記載）。



## 2. 治療方針等の家族への説明について

治療方針（入院後の経過・治療内容の概要を含む。）等の家族への説明

（診療録等のコピーでも可）

### 3. 脳死とされうる状態の診断について

脳死とされうる状態の診断のための検査開始日時： \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 \_\_\_\_時 \_\_\_\_分（\*）

【人工呼吸の継続時間】	
人工呼吸開始： 月 日 時 分 ~ 上記（*）日時まで（通算 時間）	
【深昏睡の持続時間】	
深昏睡確認： 月 日 時 分 ~ 上記（*）日時まで（通算 時間）	

#### 【開始時確認事項】

開始時体温： \_\_\_\_\_℃（測定部位： \_\_\_\_\_）

確認）・ 6歳未満 ≥ 35℃ ・ 6歳以上 ≥ 32℃ （※深部温の場合）

開始時血圧： \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg

確認）収縮期

- ・ 1歳未満 ≥ 65mmHg
- ・ 1歳以上 13歳未満 ≥ (年齢×2) + 65mmHg
- ・ 13歳以上 ≥ 90mmHg

開始時心拍数： \_\_\_\_\_回 / 分

重篤な不整脈がないことを確認

昇圧薬（カテコラミン・バソプレシン等）の使用：  有（薬品名 \_\_\_\_\_）  無

中枢性神経抑制薬、筋弛緩薬等の薬物の影響：  脳死判定に影響しないことを確認

使用薬物の名称	投与中止後経過時間（○時間）
<input type="checkbox"/> ミダゾラム	
<input type="checkbox"/> ジアゼパム	
<input type="checkbox"/> プロポフォール	
<input type="checkbox"/> フェンタニル	
<input type="checkbox"/> フェニトイン（ホスフェニトイン）	
<input type="checkbox"/> バルビタール	
<input type="checkbox"/> 塩酸モルヒネ	
<input type="checkbox"/> 臭化ベクロニウム	
<input type="checkbox"/> 臭化ロクロニウム	
<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	

※投与中止後経過時間は、投与中止日時から脳死とされうる状態の診断開始までの時間を指す。

#### 姿勢・運動の確認

- 自発運動 :  有  無
- 除脳硬直 :  有  無
- 除皮質硬直 :  有  無
- けいれん :  有  無
- ミオクローヌス :  有  無

**【検査における確認事項】**

意識レベル JCS : \_\_\_\_\_ GCS : E \_\_\_\_\_ V \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ 合計 \_\_\_\_\_

瞳孔径 4mm 以上 : 右) \_\_\_\_\_ mm 左) \_\_\_\_\_ mm

瞳孔固定 右) 有 無 左) 有 無

**脳幹反射※)**

対光反射	右) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	左) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	検査せず <input type="checkbox"/>
角膜反射	右) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	左) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	検査せず <input type="checkbox"/>
毛様脊髄反射	右) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	左) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	検査せず <input type="checkbox"/>
眼球頭反射	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		検査せず <input type="checkbox"/>
前庭反射	右) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	左) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	検査せず <input type="checkbox"/>
咽頭反射	右) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	左) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	検査せず <input type="checkbox"/>
咳反射	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		検査せず <input type="checkbox"/>

(検査をしなかった場合、その理由 : \_\_\_\_\_ )

※) 脳幹反射の消失のうち上記を個々に確認する際の検査をしなかった場合には、その理由を必ず記載してください。(「脳死とされうる状態」の確認においては、各検査について法的脳死判定に準ずる方法を求めるものではなく、各施設において通常行われている方法で確認ができていれば「確認した」としていただいて結構です。)

**脳波**

記録時刻 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分 ~ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分

実際に記録した正味時間 \_\_\_\_\_ 分

**脳波所見**

総合判定 : 平坦脳波 (ECI) 非平坦脳波 判定不能

**補助検査**

**聴性脳幹誘発反応**

施行  施行せず

**結果**

I 波のみ  I ~ V 波すべて消失  その他 ( \_\_\_\_\_ )

その他の検査

・検査名及び結果

・備考欄

脳死とされうる状態の診断のための検査終了日時： \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 \_\_\_\_時 \_\_\_\_分

**【終了時確認事項】**

終了時体温： \_\_\_\_\_℃（測定部位： \_\_\_\_\_）  
確認） ・ 6歳未満  $\geq 35^{\circ}\text{C}$  ・ 6歳以上  $\geq 32^{\circ}\text{C}$  （※深部温の場合）

終了時血圧： \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg  
確認） 収縮期  
・ 1歳未満  $\geq 65\text{mmHg}$   
・ 1歳以上13歳未満  $\geq (\text{年齢} \times 2) + 65\text{mmHg}$   
・ 13歳以上  $\geq 90\text{mmHg}$

終了時心拍数： \_\_\_\_\_回 / 分  
 重篤な不整脈がないことを確認

以上の結果から、  
 脳死とされうる状態と診断される  
 脳死とされうる状態と診断できない