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**

(平成26年2月改定)

施設名

患者イニシャル及びID

生年月日　　　　　　　大・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．経過のサマリー・コメント**………………………………………… 　　　１

**２．病院前救護**……………………………………………………………… 　　　2

１）救急車の要請から来院までの経過…………………………………… 2

**３．来院時の所見・処置等**………………………………………………… 3

１）来院時所見……………………………………………………………… 3

２）受診時の所見・処置…………………………………………………… 3

３）初回画像所見…………………………………………………………… 4

４）病名……………………………………………………………………… 4

**４．治療方法と家族への説明**……………………………………………… 5

**５．原疾患の治療**…………………………………………………………… 6

１）手術……………………………………………………………………… 6

２）入院後の管理…………………………………………………………… 7

３）経過中の画像所見など………………………………………………… 11

**６．法的脳死判定開始前の状態**…………………………………………… 12

１）脳病変の推移…………………………………………………………… 12

２）神経症状………………………………………………………………… 12

**７．脳死とされうる状態の診断時**………………………………………… 13

１）留意事項…………………………………………………………………… 13

２）脳死とされうる状態の診断……………………………………………… 15

**８．意思確認について**………………………………………………………… 　19

**９．検視等について**…………………………………………………………… 20

**10．法的脳死判定における脳波検査について**…………………………… 21

１）脳波（第1回法的脳死判定時）…………………………………………… 21

２）脳波（第2回法的脳死判定時）…………………………………………… 24