***１．経過のサマリー・コメント***

|  |
| --- |
| 診断名：  ①病院前対応  ②来院時・初期治療  ③入院後の経過（入院後の合併症に関する経過も記載）  ④脳死に至った病態の経緯  例）脳動脈瘤破裂→くも膜下出血→動脈瘤再破裂→脳腫脹→脳ヘルニア→脳死 |

**経過表**（血圧や体温等、また可能な限り尿量、身体所見、検査、処置や薬剤投与状況等の治療経過がわかるもの）**を添付**。

***２．病院前救護***

（救急隊によって搬送された以外の症例については、次頁「３、来院時の所見・処置等」から記入）

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 救急車要請から来院までの経過 | |
| * 1. 救急車要請の状況   2. 時刻   （記載可能な場合）   * 1. 救急隊現場到着時の症状   （記載可能な場合）   * 1. 搬送途中の対応・処置   2. 搬送途中の症状   変化 | 平成　　　年　　　月　　　日  覚知： 　　時　　分　　現着： 　　時　　分  現発：　 　時　　分　　病着：　　 時　　分  【意識水準】：ＪＣＳ：　　　，ＧＣＳ  【自発呼吸】：　□有　，　□無  【心拍】：　　　 ／分, （整,　不整）  【血圧】：　　　　／　　　　mmHg  【瞳孔径】：右　　　　mm 　　左　　　　mm  【瞳孔散大】：右）□有 , □無　　左）□有 , □無  【対光反射】：右）□有 , □無　　左）□有 ,□無  【酸素投与】：　□有　，　□無  【呼吸補助】：　□有　，　□無　 方法：  【心肺蘇生術（胸骨圧迫などのCPR）】：　□有　，　□無  【その他の処置】 |

***３．来院時の所見・処置等***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １）来院時所見 |  | |
| * 1. 全身状態   2. 神経学的所見 | 【呼吸状態】：  ・自発呼吸：　□有　　　　／分　，　□無  【心拍】：　　　 ／分, （整,　不整）  【血圧】：　　　　／　　　　mmHg  【体温】：　　 　℃（測定部位：　　　　　　）  【虐待を疑う所見（18歳未満の場合）】：　□有，　□無，　□不明    【その他】：  【意識レベル】：ＪＣＳ：　　　 ＧＣＳ：  【神経症状】  ・瞳孔径　：右　　　mm,　左　　　mm  ・対光反射：右　　　,　左  ・自発運動：　□有　,　 □無  ・麻痺：　　　□有　,　 □無　,　 □不明  有の場合  □四肢麻痺  □片麻痺（□右、□左）  □単麻痺（□右／左・上肢、□右／左・下肢）  【その他】 | |
| ２）受診時（救急外来など）の所見・処置 | 【心肺蘇生術（胸骨圧迫などのCPR）】：　□有　,　 □無  蘇生に要した時間：　　　　　分  使用した薬剤　：　　　　　，　　　　，  【気道確保】：　□有　，　□無　方法：  【呼吸補助】：　□有　，　□無  【静脈確保】：　□有　，　□無  【血圧の推移】：来院時　　 ／ 　　mmHg、　　分後　　／　　mmHg  【投与薬剤】一般名を記載  　　　　　 ，　　　　　 ，　　　　　 ，　　　　　 ，  　　　　　 ，　　　　　 ，　　　　　 ，　　　　　 ，  　　　　　 ，　　　　　 ，　　　　　 ，  【心電図所見】：  【血液・生化学的検査】：  血糖　　 　mg/dl、Ｎａ　　 　mEq/l、Ｋ 　　　mEq/l  【動脈血液ガス分析】：（換気条件：FIO２ , モード　　）  pH 　　　　、PaO2　　　mmHg、PaCO2　　　mmHg  BE 　　　　、SpO2　　　% | |
| ３）初回画像所見 | | |
| □ＣＴ、または  □ＭＲＩ所見 | | 【施行日時】平成　　　年　　月　　日 時、発症後　　　　時間  【所見及び診断】  （脳浮腫の程度や病期・重症度なども記載・Fisher分類なども記載） |
| その他の画像所見  （胸部レントゲン等） | | 【施行日時】平成　　　年　　月　　日 時、発症後　　　　時間  【所見及び診断】 |
| ４）病名  ①主病名 | |  |
| ②その他の病名 | |  |
| ③病歴 | | 【既存症】  （入院前に発症し、継続的な管理を必要とする疾患を記載。治療中のものは、治療も  記載。） |
| 【既往歴】（過去の手術歴など。） |

***４．治療方法と家族への説明***

（診断と、治療法の選択に至った根拠、入院後の治療経過を記載）

|  |
| --- |
| ①治療方針（入院後の経過・治療内容の概要を含む。）     1. 家族への説明   （診療録のコピーでも可） |

***５．原疾患の治療***

|  |  |
| --- | --- |
| １）手術：□有（施行日：平成　 　年　　 月　 　日　　　時　　　分、発症後　　　時間）、  □無 | |
| * 1. 手術適応　　□有　，　□無   ② 判断理由 | |
| （手術有りの場合）  ③　手術術式  ④　術中所見・手術時間  ⑤　術後経過 | （手術無しの場合）  ③　保存的治療の内容について |
| 1. 入院後の管理   ①入院日時（集中治療室入室日時）：平成 年　 　月　 　日　　　時　　　分  ②全身管理  【呼吸管理】  ・自発呼吸消失を確認：　　月　　日　　時　　分   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | 月　日 | 月 日 | 月　日 | 月　日 | 月　日 | 月　日 | 月 日 | |  | 時　分 | 時　分 | 時　分 | 時　分 | 時　分 | 時　分 | 時　分 | | **自発呼吸の有無** |  |  |  |  |  |  |  | | **全身状態** |  |  |  |  |  |  |  | | **呼吸器** |  |  |  |  |  |  |  | | モード |  |  |  |  |  |  |  | | FIO2 |  |  |  |  |  |  |  | | **血液ガス分析** |  |  |  |  |  |  |  | | pH |  |  |  |  |  |  |  | | PaO2(mmHg) |  |  |  |  |  |  |  | | PaCO2(mmHg) |  |  |  |  |  |  |  | | BE |  |  |  |  |  |  |  | | SpO2(%) |  |  |  |  |  |  |  |   ※上記表に、  1) 来院時  2) 呼吸器のモードを変更した時など、状態が大きく変わった時のデータ  3) 脳死とされうる状態診断直前のデータ  を記載。  コメント（ALI，ARDS等）        【水・電解質管理】  尿崩症　□有（有の場合下記を記入）、□無  　発症日時：　　月　　日  　治療：（補液、薬物投与の内容、治療開始日等）         |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | 月　日 | 月 日 | 月　日 | 月　日 | 月　日 | 月　日 | 月 日 | | **尿量（ml/日）** |  |  |  |  |  |  |  | | **尿比重** |  |  |  |  |  |  |  | | **血清Na(mEq/L)** |  |  |  |  |  |  |  | | **血清K(mEq/L)** |  |  |  |  |  |  |  | | **血清Cl(mEq/L)** |  |  |  |  |  |  |  |   ※上記表に、入室時から脳死とされうる状態診断開始までの水・電解質の時系列を記載。  （検査を行った日のデータのみで可。）  【循環管理】昇圧薬（カテコラミン・バソプレシン等）　□有（有の場合下記を記入）、□無   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 投与薬物名 | 使用量（単位） | | 投与期間 | | |  | 最大投与量 | 最小投与量 | 投与開始日時 | 投与中止日時 | | □（　　　　　　　） |  |  | 月　　日（　時　分） | 月　　日（　時　分） | | □（　　　　　　　） |  |  | 月　　日（　時　分） | 月　　日（　時　分） | | □（　　　　　　　） |  |  | 月　　日（　時　分） | 月　　日（　時　分） | | □（　　　　　　　） |  |  | 月　　日（　時　分） | 月　　日（　時　分） | | □（　　　　　　　） |  |  | 月　　日（　時　分） | 月　　日（　時　分） | | □（　　　　　　　） |  |  | 月　　日（　時　分） | 月　　日（　時　分） |   ※上記表に投与薬物名及び投与量について記載。  薬物の投与量は、単回投与の場合は単回投与量、持続投与の場合は、時間投与量（例：○mg/kg/hr）を記載。  コメント（ショックの有無等、循環動態が大きく変わった時の状況について　等）        【頭蓋内圧測定】□有（有の場合下記を記入）、□無  初圧　　　　　mmHg（脳灌流圧　　　mmHg）  最高値　　　　mmHg（脳灌流圧　　　mmHg）  【過換気療法】□有（有の場合下記を記入）、□無  　　　施行日：　　　　　　～  【低体温療法】□有（有の場合下記を記入）、□無  　　　施行日：　　　　　　～　　　　　　　　目標温度：　　　℃（測定部位）  【バルビタール療法】□有（有の場合下記を記入）、□無  　　　施行日：　　　　　　～  【その他】  　　　　　　　　　　：施行日：　　　　　　～  　　　　　　　　　　：施行日：　　　　　　～  コメント        【神経系の管理】  ・脳圧降下薬の投与の有無等  　　　　　　　：投与日：　　　　　　～  　　　　　　　　　　 ：投与日：　　　　　　～  コメント        【入院後合併症の管理】  ・合併症の有無　□有　□無  ・合併症有りの場合  　病名：  　経過・治療概要： | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| バイタルサインおよび検査値 | 治療開始時  (　 月　 日) | 最高値 | | 最低値 | | 脳死とされうる状態と診断された時  (　 月　 日) |
| 日付 |  | 日付 |  |
| 血圧(○/○mmHg)  体温（℃）  （測定部位も記載）  PaO2/FIO2 (P/F値)  Hb (g/dl)  Ht (%)  CVP (mmHg)  尿量(ml/日)  尿比重  血清Na (mEq/l)  血清K(mEq/l)  CRP (mg/dl)  WBC (/mm3)  総蛋白 (g/dl)  アルブミン (g/dl)  血糖(mg/dl)  その他 |  |  |  |  |  |  |

**上記表に記載できない場合には、必ず上記の項目を含む血液検査の時系列および経過表を提出**。

３）経過中の画像所見など：□有（有の場合下記に記入）、　□無

　（※来院時から脳死とされうる状態の診断時までに行った全ての画像所見に関して記載。）

|  |  |
| --- | --- |
|  | 所見 |
| 月　　日 | 【所見】脳浮腫の程度や病期・重症度（Fisher分類など）等も記載。 |
| 時　　分 |  |
| 発症　　　時間後 |  |
| □ＣＴ |  |
| □ＭＲＩ  □その他 |  |
| （　　　　　　） |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | 所見 |
| 月　　日 | 【所見】脳浮腫の程度や病期・重症度（Fisher分類など）等も記載。 |
| 時　　分 |  |
| 発症　　　時間後 |  |
| □ＣＴ |  |
| □ＭＲＩ |  |
| □その他 |  |
| （　　　　　　） |  |
|  |  |
|  |  |
|  | 所見 |
| 月　　日 | 【所見】脳浮腫の程度や病期・重症度（Fisher分類など）等も記載。 |
| 時　　分 |  |
| 発症　　　時間後 |  |
| □ＣＴ |  |
| □ＭＲＩ |  |
| □その他 |  |
| （　　　　　　） |  |
|  |  |
|  |  |
|  | 所見 |
| 月　　日 | 【所見】脳浮腫の程度や病期・重症度（Fisher分類など）等も記載。 |
| 時　　分 |  |
| 発症　　　時間後 |  |
| □ＣＴ |  |
| □ＭＲＩ |  |
| □その他 |  |
| （　　　　　　） |  |
|  |  |
|  |  |

***６、法的脳死判定開始前の状態***

|  |  |
| --- | --- |
| １）脳病変の推移 |  |
| ２）神経症状 |  |

***７、脳死とされうる状態の診断時***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １）留意事項  **※脳死判定開始時に使用されていなくても、脳死とされうる状態と診断するまでに使用があった場合、記載。** | 【人工呼吸の継続時間】  　人工呼吸開始:　　月　　日　　時　　分　～  　脳死とされうる状態の診断開始　　　月　　日　　時　　分（通算　　時間）  【深昏睡の持続時間】  　深昏睡確認:　　　月　　日　　時　　分　～  　脳死とされうる状態の診断開始　　　月　　日　　時　　分（通算　　時間）  【脳死判定に影響し得る薬物効果の除外】  ・鎮静薬、抗痙攣薬：□有（有の場合下記を記入）、□無     |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 使用薬物  の名称 | 総使用量  （単位） | 投与開始日時 | 投与中止日時 | 投与中止後  経過時間（時間） | | □ミダゾラム |  | 月　　日　　時　　分 | 月　　日　　時　　分 |  | | □ジアゼパム |  | 月　　日　　時　　分 | 月　　日　　時　　分 |  | | □プロフォフォール |  | 月　　日　　時　　分 | 月　　日　　時　　分 |  | | □フェンタニール |  | 月　　日　　時　　分 | 月　　日　　時　　分 |  | | □フェニトイン  （ホスフェニトイン） |  | 月　　日　　時　　分 | 月　　日　　時　　分 |  | | □バルビタール |  | 月　　日　　時　　分 | 月　　日　　時　　分 |  | | □塩酸モルヒネ |  | 月　　日　　時　　分 | 月　　日　　時　　分 |  | | □その他（　　　　　　　） |  | 月　　日　　時　　分 | 月　　日　　時　　分 |  |   ※1薬物の総使用量は、薬物使用中に投与した総使用量（おおよその値）または、持続投与の場合は、時間投与量（例：○～○mg/kg/hr）を記載。  ※2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。  ・筋弛緩薬：□有（有の場合下記を記入）、□無  　　筋弛緩薬使用の場合，神経刺激装置による判定：　□有，□無     |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 使用薬物  の名称 | 使用量  （単位） | 投与開始日時 | 投与中止日時 | 投与中止後  経過時間（時間） | | □臭化ベクロニウム |  | 月　　日　　時　　分 | 月　　日　　時　　分 |  | | □臭化ロクロニウム |  | 月　　日　　時　　分 | 月　　日　　時　　分 |  | | □その他（　　　　　　　） |  | 月　　日　　時　　分 | 月　　日　　時　　分 |  |   ※1薬物の総使用量は、薬物使用中に投与した総使用量（おおよその値）または、持続投与の場合は、時間投与量（例：○～○mg/kg/hr）を記載。  ※2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。  ・その他の薬剤     |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 使用薬物  の名称 | 使用量  （単位） | 投与開始日時 | 投与中止日時 | 投与中止後  経過時間（時間） | | □（　　　　　　　　） |  | 月　　日　　時　　分 | 月　　日　　時　　分 |  | | □（　　　　　　　　） |  | 月　　日　　時　　分 | 月　　日　　時　　分 |  | | □（　　　　　　　　） |  | 月　　日　　時　　分 | 月　　日　　時　　分 |  |   ※1薬物の総使用量は、薬物使用中に投与した総使用量（おおよその値）または、持続投与の場合は、時間投与量（例：○～○mg/kg/hr）を記載。  ※2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。  【血中、尿中薬物スクリーニングの有無】  　　□有、　□無  （方法、結果について記載） |

２）脳死とされうる状態の診断

**検査開始日時**：　　月　　日　　時　　分

【開始時確認事項】

**開始時体温**：　 　℃（測定部位：　　　　　）※深部温に限る。

　　　確認） ・６歳未満　≧35℃　　・６歳以上　≧32℃

**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

**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

【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）□有　 □無 | 左）□有 　□無 | | 角膜反射 | 右）□有 　□無 | 左）□有 　□無 | | 毛様脊髄反射 | 右）□有 □無 | 左）□有 　□無 | | 眼球頭反射 | □有　 □無 | | | 前庭反射※） | 右）□有 　□無 | 左）□有 　□無 | | 咽頭反射 | 右）□有 　□無 | 左）□有 　□無 | | 咳反射 | □有　 □無 | |   　※）前庭反射の確認は、氷水刺激によるものとする。 |

|  |
| --- |
| **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　　□連続30分以上である  導出  注）少なくとも4誘導の同時記録を単極導出（基本電極導出）及び双極導出で行うこと。  (記載例C 3-A 1)  　　　i)単極導出 - , - , - , - ,  - , - , - , - ,  - , - , - , - ,  - , - , - , - ,  　　　ii)双極導出 - , - , - , - ,  - , - , - , - ,  - , - , - , - ,  - , - , - , - ,    注）外傷・手術で導出部位を変更した場合には下図に記入すること。  鼻根  Nasion  Inion  後頭極  中心溝  シルビウス溝  F3  Fp2  Fp1  Fpz  A2  A1  C3  T3  O1  P3  T6  F4  F7  F8  T4  C4  Cz  Vertex  O2  Oz  T5  P4  Pz  Fz |

|  |
| --- |
| 記録条件  感度（いずれも必須）  □　標準感度（10μV/mm又はそれより高い感度）：　　　μV/mm  □　高感度　（2.5μV/mm又はそれより高い感度）：　　　μV/mm  時定数　　　　　 □0.3秒  High cut filter 　　　　□OFF □30Hz以上  交流遮断用filter □ON □OFF  同時記録 　　　□心電図（必須）　□その他（　　　　　　　　　　　）  　　　　　　　　　　　　　　　 □頭部外モニター（部位：　　　　　　　　　　　　　）  例：前腕内側部（電極間距離6～7cm）  較正電圧曲線の記録  　　　 標準感度　単極導出　 　□記録  双極導出 　 □記録  　　　 高感度　　単極導出　　 □記録  双極導出　 □記録  刺激  　　　　標準感度　単極導出　　□呼名刺激　及び　□顔面痛み刺激  双極導出　　□呼名刺激　及び　□顔面痛み刺激  　　　　高感度　　単極導出　　□呼名刺激　及び　□顔面痛み刺激  双極導出　　□呼名刺激　及び　□顔面痛み刺激  アーチファクト  　　　　標準感度　単極導出  　　　 　　　　　　　□心電図 □筋電図 □静電・電磁誘導 □その他 ( )  　　　　　　　　　双極導出  　　　 　　　　　　　□心電図 □筋電図 □静電・電磁誘導 □その他 ( )  　　　　高感度　　単極導出  　　　 　　　　　　　□心電図 □筋電図 □静電・電磁誘導 □その他 ( )  　　　　　　　　　双極導出  　　　 　　　　　　　□心電図 □筋電図 □静電・電磁誘導 □その他 ( )  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（以下に内容を記載）　　□　施行せず  　　刺激側  　　　□　両耳刺激　　□　片耳刺激（□左耳刺激　□右耳刺激）  　　刺激音強度  　　　□　最大音圧刺激（　　　　dB）　　□　その他（　　　　dB）  　　電極配置  　　　□　Cz－A1　　□　Cz－A2  　　加算回数　　　　　　回  　　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 |

**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：　　　　　）※深部温に限る。

　　　確認） ・６歳未満　≧35℃　　・６歳以上　≧32℃

**終了時血圧**：　　　　／　　　　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

**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

***８．意思確認について***

・本人意思（意思表示カードの所持の有無等）、家族意思の確認

　　意思表示カード等の所持：□有　□無

（有の場合）

意思表示の時期：　　　　年　　月　　日

意思表示の内容（いずれかに○を記載）

　１　私は、脳死後及び心臓が停止した死後のいずれでも、移植の為に臓器を提供します。

　２　私は、心臓が停止した死後に限り、移植の為に臓器を提供します。

　３　私は、臓器を提供しません。

コーディネーターから臓器提供の説明を聞くかを家族に確認した時期

　　　　年　　月　　日

日本臓器移植ネットワークへの連絡

　　　　年　　月　　日

***９．検視（※）等について***

|  |
| --- |
| 確実に診断された内因性疾患により脳死状態にあることが明らかである者：  □該当する　　□該当しない  （該当しない場合）  脳死判定を行う旨を所轄警察署長に連絡した日時：  　　月　　日　　時　　分  検視等の有無：  □有　□無  （有の場合）  検視等（※）が行われた日時：  　　月　　日　　時　　分～　　月　　日　　時　　分  警察署名： |

（※）検視等：検視、実況見分、司法解剖、警察官が国家公安委員会規則に基づいて行う

死体検分等

|  |
| --- |
| **１）脳波（第1回法的脳死判定時）**  記録時刻　　 月　 日　 時　 分 ～　 月　 日　 時　 分  実際に記録した正味時間 分　　□連続30分以上である  導出  注）少なくとも4誘導の同時記録を単極導出（基本電極導出）及び双極導出で行うこと。  (記載例C 3-A 1)  　　　i)単極導出 - , - , - , - ,  - , - , - , - ,  - , - , - , - ,  - , - , - , - ,  　　　ii)双極導出 - , - , - , - ,  - , - , - , - ,  - , - , - , - ,  - , - , - , - ,    注）外傷・手術で導出部位を変更した場合には下図に記入すること。  鼻根  Nasion  Inion  後頭極  中心溝  シルビウス溝  F3  Fp2  Fp1  Fpz  A2  A1  C3  T3  O1  P3  T6  F4  F7  F8  T4  C4  Cz  Vertex  O2  Oz  T5  P4  Pz  Fz |

***１０．法的脳死判定における脳波検査について***

|  |
| --- |
| 記録条件  感度（いずれも必須）  □　標準感度（10μV/mm又はそれより高い感度）：　　　μV/mm  □　高感度　（2.5μV/mm又はそれより高い感度）：　　　μV/mm  時定数　　　　　 □0.3秒  High cut filter 　　　　□OFF □30Hz以上  交流遮断用filter □ON □OFF  同時記録 　　　□心電図（必須）　□その他（　　　　　　　　　　　）  　　　　　　　　　　　　　　　 □頭部外モニター（部位：　　　　　　　　　　　　　）  例：前腕内側部（電極間距離6～7cm）  較正電圧曲線の記録  　　　 標準感度　単極導出　 　□記録  双極導出 　 □記録  　　　 高感度　　単極導出　　 □記録  双極導出　 □記録  刺激  　　　　標準感度　単極導出　　□呼名刺激　及び　□顔面痛み刺激  双極導出　　□呼名刺激　及び　□顔面痛み刺激  　　　　高感度　　単極導出　　□呼名刺激　及び　□顔面痛み刺激  双極導出　　□呼名刺激　及び　□顔面痛み刺激  アーチファクト  　　　　標準感度　単極導出  　　　 　　　　　　　□心電図 □筋電図 □静電・電磁誘導 □その他 ( )  　　　　　　　　　双極導出  　　　 　　　　　　　□心電図 □筋電図 □静電・電磁誘導 □その他 ( )  　　　　高感度　　単極導出  　　　 　　　　　　　□心電図 □筋電図 □静電・電磁誘導 □その他 ( )  　　　　　　　　　双極導出  　　　 　　　　　　　□心電図 □筋電図 □静電・電磁誘導 □その他 ( )  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（以下に内容を記載）　　□　施行せず  　　刺激側  　　　□　両耳刺激　　□　片耳刺激（□左耳刺激　□右耳刺激）  　　刺激音強度  　　　□　最大音圧刺激（　　　　dB）　　□　その他（　　　　dB）  　　電極配置  　　　□　Cz－A1　　□　Cz－A2  　　加算回数　　　　　　回  　　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 |
| **２）脳波（第2回法的脳死判定時）**  記録時刻　　 月　 日　 時　 分 ～　 月　 日　 時　 分  実際に記録した正味時間 分　　□連続30分以上である  導出  注）少なくとも4誘導の同時記録を単極導出（基本電極導出）及び双極導出で行うこと。  (記載例C 3-A 1) 　　　□導出は第１回と同じ（以下の記入は省略可）  　　　i)単極導出 - , - , - , - ,  - , - , - , - ,  - , - , - , - ,  - , - , - , - ,  　　　ii)双極導出 - , - , - , - ,  - , - , - , - ,  - , - , - , - ,  - , - , - , - ,    注）外傷・手術で導出部位を変更した場合には下図に記入すること。  鼻根  Nasion  Inion  後頭極  中心溝  シルビウス溝  F3  Fp2  Fp1  Fpz  A2  A1  C3  T3  O1  P3  T6  F4  F7  F8  T4  C4  Cz  Vertex  O2  Oz  T5  P4  Pz  Fz | | |

|  |
| --- |
| 記録条件  感度（いずれも必須）  □　標準感度（10μV/mm又はそれより高い感度）：　　　μV/mm  □　高感度　（2.5μV/mm又はそれより高い感度）：　　　μV/mm  時定数　　　　　 □0.3秒  High cut filter 　　　　□OFF □30Hz以上  交流遮断用filter □ON □OFF  同時記録 　　　□心電図（必須）　□その他（　　　　　　　　　　　）  　　　　　　　　　　　　　　　 □頭部外モニター（部位：　　　　　　　　　　　　　）  例：前腕内側部（電極間距離6～7cm）  較正電圧曲線の記録  　　　 標準感度　単極導出　 　□記録  双極導出 　 □記録  　　　 高感度　　単極導出　　 □記録  双極導出　 □記録  刺激  　　　　標準感度　単極導出　　□呼名刺激　及び　□顔面痛み刺激  双極導出　　□呼名刺激　及び　□顔面痛み刺激  　　　　高感度　　単極導出　　□呼名刺激　及び　□顔面痛み刺激  双極導出　　□呼名刺激　及び　□顔面痛み刺激  アーチファクト  　　　　標準感度　単極導出  　　　 　　　　　　　□心電図 □筋電図 □静電・電磁誘導 □その他 ( )  　　　　　　　　　双極導出  　　　 　　　　　　　□心電図 □筋電図 □静電・電磁誘導 □その他 ( )  　　　　高感度　　単極導出  　　　 　　　　　　　□心電図 □筋電図 □静電・電磁誘導 □その他 ( )  　　　　　　　　　双極導出  　　　 　　　　　　　□心電図 □筋電図 □静電・電磁誘導 □その他 ( )  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（以下に内容を記載）　　□　施行せず  　　刺激側  　　　□　両耳刺激　　□　片耳刺激（□左耳刺激　□右耳刺激）  　　刺激音強度  　　　□　最大音圧刺激（　　　　dB）　　□　その他（　　　　dB）  　　電極配置  　　　□　Cz－A1　　□　Cz－A2  　　加算回数　　　　　　回  　　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 |