

法的脳死判定記録書 (18歳以上の者に脳死判定を行う場合)

- ※ 法的脳死判定を実施するには、下線部に必要事項を記入し、該当するチェックボックス (□) に✓印を入れて下さい。
※ この脳死判定記録書は、「脳死下での臓器提供事例に係る検証会議」の検証資料の一部として提出することができます。

脳死判定を受けた者

氏名 _____

住所 _____

性別 _____

生年月日 _____年 _____月 _____日生 _____歳 18歳以上である

脳死判定を承諾した家族

代表者氏名 _____

住所 _____

脳死判定を受けた者との続柄 _____

脳死判定を受けた者及び家族の意思

- (ア～ウのいずれか)
- ア 本人の意思表示ありの場合
(脳死判定を受けた者が生存中に臓器を提供する意思を書面により表示しており、脳死判定に従う意思がないことを表示していない)
→ 家族が脳死判定を拒まない(承諾している)又は家族がない
拒まない(承諾している) 家族がない 拒んでいる
- イ 本人意思が不明の場合
(脳死判定を受けた者が生存中に臓器を提供する意思がないことを表示しておらず、脳死判定に従う意思がないことを表示していない)
→ 家族が脳死判定を行うことを書面により承諾している
承諾している 承諾していない
- ウ ア又はイに該当しない

脳死判定を受けた者が親族に対し臓器を優先的に提供する意思を書面により

表示している 表示していない

脳死判定への家族の立会の有無

有

無

薬剤等の影響

(影響がないことが不可欠)

【中枢神経抑制薬、筋弛緩薬等による脳死判定への影響】

影響がある 影響がない

※影響がないと判断した理由

(投与薬剤名、最終投与からの経過時間、血中濃度測定、神経刺激装置による検査等、判断根拠を具体的に記入して下さい。)

参考) 鎮静薬、抗痙攣薬、鎮痛薬、筋弛緩薬の例

ミダゾラム、ジアゼパム、プロポフォール、フェンタニル、フェニトイン (ホスフェニトイン)、バルビツール酸、塩酸モルヒネ、臭化ベクロニウム、臭化ロクロニウム など

<薬物スクリーニングにより把握した薬物>

スクリーニング実施せず

実施 方法 _____ 結果 _____

第 1 回法的脳死判定

検査開始日時： ____月 ____日 午前・午後 ____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歳以上 $\geq 32^{\circ}\text{C}$

開始時血圧： ____ / ____ mmHg

確認) 収縮期血圧 13歳以上 $\geq 90\text{mmHg}$

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： 3ページ参照

脳死判定に影響しないことを確認

姿勢・運動の確認（すべて無であることを確認すること）

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

【法的脳死判定での確認事項】

意識レベル JCS： ____ かつ 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
角膜反射	右) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	左) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
毛様脊髄反射	右) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	左) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
眼球頭反射	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
前庭反射	右) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	左) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
咽頭反射	右) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	左) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
咳反射	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

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

(脳波検査開始前のチェック事項の一例)

- 周辺機器・外部環境のチェック
- 電極装着
- モニタージュを ECI 測定用に設定
- 接触抵抗値 $2k\Omega$ 以下もしくは導出に使う 2 つの電極の接触抵抗が近似であることを確認
(針電極の際には測定は行わない)
- 接触抵抗値チェックデータを記録紙に記録 (針電極の際には測定は行わない)
- 電極短絡状況確認 (電極をペンで叩く)

導出 (記載例 **C3-A1**)

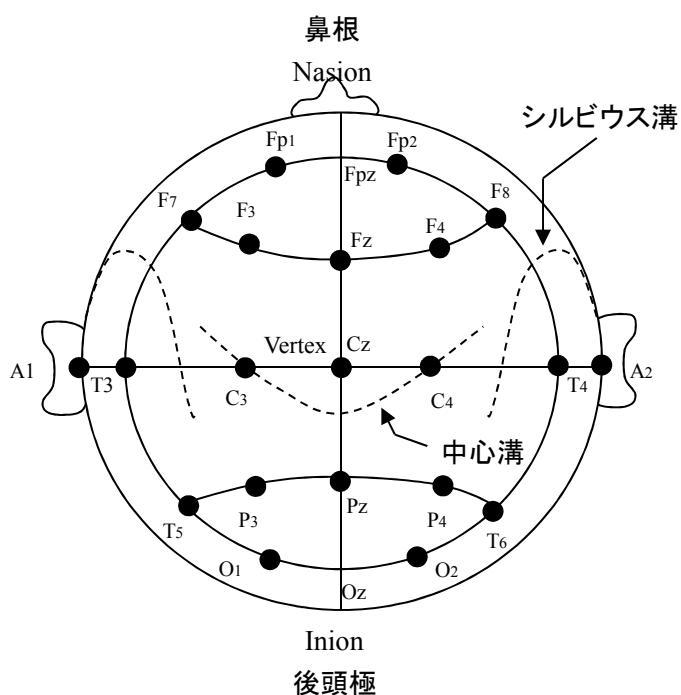
i) 単極導出

<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>

ii) 双極導出

<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>

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。



記録条件

感度 (いずれも必須)

標準感度 (10 μ V/mm 又はそれより高い感度) : _____ μ V/mm

高感度 (2.5 μ V/mm 又はそれより高い感度) : _____ μ V/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 振動 心電図 筋電図 静電・電磁誘導 その他 ()

双極導出 振動 心電図 筋電図 静電・電磁誘導 その他 ()

高感度 単極導出 振動 心電図 筋電図 静電・電磁誘導 その他 ()

双極導出 振動 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

備考欄

無呼吸テスト

(無呼吸テスト開始前)

- 100%酸素で10分間人工呼吸を行う。
- テスト開始直前にPaCO₂レベルを確認する。(おおよそ35~45mmHgであること)
- 気管内吸引用カテーテルを気管内チューブの先端部分から気管分岐部直前の間に挿入する。
- カテーテルの先端が適切な位置にあること確認する。(胸部X線写真など)

(無呼吸テスト開始後)

- 6L/分の100%酸素を投与する。

	テスト 開始直前 (:)	テスト 開始時刻 ^① (:)	分後 採血時刻 (:)	分後 採血時刻 (:)	分後 採血時刻 (:)	分後 採血時刻 (:)
PaCO ₂ (mmHg)		/				
PaO ₂ (mmHg)						
血圧(mmHg)	/		/	/	/	/
SpO ₂ (%)						

	分後 採血時刻 (:)	分後 採血時刻 (:)	分後 採血時刻 (:)	分後 採血時刻 (:)	人工呼吸 再開時刻 (:)	人工呼吸 再開_分後 (:)
PaCO ₂ (mmHg)					/	
PaO ₂ (mmHg)						
血圧(mmHg)	/	/		/	/	
SpO ₂ (%)						

(留意点)

- ① テスト開始とは、人工呼吸を中止した時点を指す。
- ② 血液ガス分析は2~3分毎に行うこと。
- ③ 酸素化には十分な注意を払い、特に酸素化能低下・血圧低下等により継続が危険と判断した場合はテストを中止すること。

(人工呼吸再開後)

- 自発呼吸の有無を、胸部または腹部に手掌をあてるなどして慎重に判断する。

無呼吸テスト中の昇圧薬 (カテコラミン・バソプレシン等) の使用: 有 (薬品名 _____) 無
 無呼吸テスト中の重篤な不整脈: 有 無

テスト結果: 自発呼吸の消失を確認 自発呼吸あり その他 (_____)

【その他判定を行った医師が特に必要と認めた事項】

【終了時確認事項】

終了日時： ___月___日午前・午後___時___分

終了時体温： _____℃（測定部位： _____） ※深部温に限る。

確認) 6歳以上 $\geq 32^{\circ}\text{C}$

終了時血圧： _____/_____ mmHg

確認) 収縮期血圧 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

第2回法的脳死判定

※第2回法的脳死判定は、第1回法的脳死判定の終了時点から6時間以上)経過してから開始する。

検査開始日時： ____月 ____日 午前・午後 ____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歳以上 $\geq 32^{\circ}\text{C}$

開始時血圧： ____ / ____ mmHg

確認) 収縮期血圧 13歳以上 $\geq 90\text{mmHg}$

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： 3ページ参照

脳死判定に影響しないことを確認

姿勢・運動の確認 (すべて無であることを確認すること)

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

【法的脳死判定での確認事項】

意識レベル JCS : ____ かつ 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
角膜反射	右) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	左) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
毛様脊髄反射	右) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	左) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
眼球頭反射	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
前庭反射	右) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	左) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
咽頭反射	右) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	左) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
咳反射	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

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

(脳波検査開始前のチェック事項の一例)

- 周辺機器・外部環境のチェック
- 電極装着
- モニタージュを ECI 測定用に設定
- 接触抵抗値 $2k\Omega$ 以下もしくは導出に使う 2 つの電極の接触抵抗が近似であることを確認
(針電極の際には測定は行わない)
- 接触抵抗値チェックデータを記録紙に記録 (針電極の際には測定は行わない)
- 電極短絡状況確認 (電極をペンで叩く)

導出 (記載例 **C3-A1**) 導出は第 1 回と同じ (以下の記入は省略可)

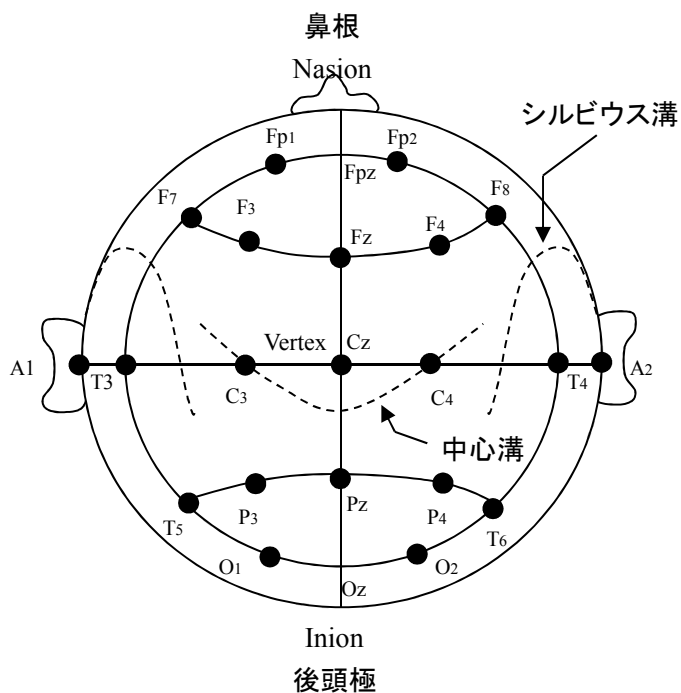
i) 単極導出

<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>

ii) 双極導出

<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>

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。



記録条件

感度 (いずれも必須)

標準感度 (10 μ V/mm 又はそれより高い感度) : _____ μ V/mm

高感度 (2.5 μ V/mm 又はそれより高い感度) : _____ μ V/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
 振動 心電図 筋電図 静電・電磁誘導 その他 ()

双極導出
 振動 心電図 筋電図 静電・電磁誘導 その他 ()

高感度 単極導出
 振動 心電図 筋電図 静電・電磁誘導 その他 ()

双極導出
 振動 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

備考欄

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

無呼吸テスト

(無呼吸テスト開始前)

- 100%酸素で10分間人工呼吸を行う。
- テスト開始直前にPaCO₂レベルを確認する。(おおよそ35~45mmHgであること)
- 気管内吸引用カテーテルを気管内チューブの先端部分から気管分岐部直前の間に挿入する。
- カテーテルの先端が適切な位置にあること確認する。(胸部X線写真など)

(無呼吸テスト開始後)

- 6L/分の100%酸素を投与する。

	テスト 開始直前 (:)	テスト 開始時刻 ^① (:)	分後 採血時刻 (:)	分後 採血時刻 (:)	分後 採血時刻 (:)	分後 採血時刻 (:)
PaCO ₂ (mmHg)		/				
PaO ₂ (mmHg)						
血圧(mmHg)	/		/	/	/	/
SpO ₂ (%)						

	分後 採血時刻 (:)	分後 採血時刻 (:)	分後 採血時刻 (:)	分後 採血時刻 (:)	人工呼吸 再開時刻 (:)	人工呼吸 再開_分後 (:)
PaCO ₂ (mmHg)					/	
PaO ₂ (mmHg)						
血圧(mmHg)	/	/	/	/	/	
SpO ₂ (%)						

(留意点)

- ① テスト開始とは、人工呼吸を中止した時点を目指す。
- ② 血液ガス分析は2~3分毎に行うこと。
- ③ 酸素化には十分な注意を払い、特に酸素化能低下・血圧低下等により継続が危険と判断した場合はテストを中止すること。

(人工呼吸再開後)

- 自発呼吸の有無を、胸部または腹部に手掌をあてるなどして慎重に判断する。

無呼吸テスト中の昇圧薬(カテコラミン・バソプレシン等)の使用：有(薬品名_____) 無
 無呼吸テスト中の重篤な不整脈：有 無

テスト結果：自発呼吸の消失を確認 自発呼吸あり その他(_____)

【その他判定を行った医師が特に必要と認めた事項】

【終了時確認事項】

終了日時： ____月 ____日 午前・午後 ____時 ____分

終了時体温： ____℃（測定部位： ____） ※深部温に限る。

確認) 6歳以上 $\geq 32^{\circ}\text{C}$

終了時血圧： ____ / ____ mmHg

確認) 収縮期血圧 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

法的脳死判定結果

法的に脳死と判定される。

脳死と判定されない。

判定日時（*第2回脳死判定終了時刻）

_____年_____月_____日 午前・午後_____時_____分

判定医療機関

名称 _____ 所在地 _____

判定医

（第1回目判定医）

氏名 _____ 専門医、認定医資格 _____ 科
（記名押印 又は 自筆署名）

所属医療機関の名称及び所在地 _____

氏名 _____ 専門医、認定医資格 _____ 科
（記名押印 又は 自筆署名）

所属医療機関の名称及び所在地 _____

氏名 _____ 専門医、認定医資格 _____ 科
（記名押印 又は 自筆署名）

所属医療機関の名称及び所在地 _____

氏名 _____ 専門医、認定医資格 _____ 科
（記名押印 又は 自筆署名）

所属医療機関の名称及び所在地 _____

（第2回目判定医）

氏名 _____ 専門医、認定医資格 _____ 科
（記名押印 又は 自筆署名）

所属医療機関の名称及び所在地 _____

氏名 _____ 専門医、認定医資格 _____ 科
（記名押印 又は 自筆署名）

所属医療機関の名称及び所在地 _____

氏名 _____ 専門医、認定医資格 _____ 科
（記名押印 又は 自筆署名）

所属医療機関の名称及び所在地 _____

氏名 _____ 専門医、認定医資格 _____ 科
（記名押印 又は 自筆署名）

所属医療機関の名称及び所在地 _____

<添付文書>

- 脳死判定に当たって記録した脳波の記録（記録番号_____）
- 家族が脳死判定を拒まない・承諾する旨を表示した書面
- 脳死判定を受けた者が生存中に臓器を提供する意思を書面により表示していたときは、当該書面の写し
 - なし
- 脳死判定を受けた者が生存中に脳死判定に従う意思を書面により表示していたときは、当該書面の写し
 - なし
- 脳死判定を受けた者が生存中に親族に対し臓器を優先的に提供する意思を書面により表示していたときは、当該書面の写し
 - なし