



例目

(事務局にて記載)

脳死臓器移植に関する検証資料フォーマット

(平成23年5月改訂)

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) 救急車要請日時・病院到着日時	2
2) 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. 治療法の選択と家族への説明	5
5. 原疾患の治療	6
1) 手術	6
2) 入院後の管理	6
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) 最終画像診断など	12
2) 脳病変の推移	12
3) 神経症状	12
4) 神経症状に影響を及ぼす薬物などの影響の判断	12
7. 脳死とされうる状態の診断	13
1) 前提条件	13
2) 除外例	13
3) 留意事項	13
4) 脳死とされうる状態の診断中の昇圧薬	14
2) 脳死とされうる状態の診断	15
8. 法的脳死判定	16
1) 第1回目法的脳死判定	16
2) 第2回目法的脳死判定	17
9. 検視について	17
10. 脳波所見	18
1) 脳死とされうる状態時脳波	18
2) 法的脳死判定時脳波	20

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（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）を添付してください。

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「3、来院時の所見・処置」から記入)

1) 救急車要請日時 病院到着日時	平成____年____月____日____時____分 平成____年____月____日____時____分
2) 救急車要請から来院までの経過	
<p>① 救急車要請の状況</p> <p>② 時刻 (記載可能な場合)</p> <p>③ 救急隊現場到着時の 症状 (記載可能な場合)</p> <p>④ 搬送途中の対応・処 置</p> <p>⑤ 搬送途中での症状 変化</p>	<p>覚知：____； 現着：____； 現発：____； 病着：____；</p> <p>【意識水準】：JCS：____，GCS____ 【自発呼吸】： <input type="checkbox"/>有 ， <input type="checkbox"/>無 【心拍】：____/分，(整，不整) 【血圧】：____/____mmHg 【瞳孔径】：右____mm 左____mm 【瞳孔散大】：右) <input type="checkbox"/>有 ， <input type="checkbox"/>無 左) <input type="checkbox"/>有 ， <input type="checkbox"/>無 【対光反射】：右) <input type="checkbox"/>有 ， <input type="checkbox"/>無、 左) <input type="checkbox"/>有 ， <input type="checkbox"/>無</p> <p>【酸素投与】： <input type="checkbox"/>有 ， <input type="checkbox"/>無 【呼吸補助】： <input type="checkbox"/>有 ， <input type="checkbox"/>無 方法：_____ 【心肺蘇生術(胸骨圧迫などのCPR)】： <input type="checkbox"/>有 ， <input type="checkbox"/>無 【その他の処置】</p>

3. 来院時の所見・処置等

1) 来院時所見	来院時刻（平成____年____月____日____時____分）
<p>① 全身状態</p> <p>② 神経学的所見</p>	<p>【呼吸状態】：____/分</p> <p>【心拍】：____/分，（整，不整）</p> <p>【血圧】：____/____mmHg</p> <p>【体温】：____℃（測定部位：_____）</p> <p>【虐待を疑う所見（18歳未満の場合）】： <input type="checkbox"/>有、<input type="checkbox"/>無、 <input type="checkbox"/>不明</p> <p>【その他】：</p> <p>【意識レベル】：JCS：____ GCS：_____</p> <p>【神経症状】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・瞳孔径：右____mm，左____mm ・対光反射：右____，左____ ・自発運動：<input type="checkbox"/>有，<input type="checkbox"/>無 ・麻痺：<input type="checkbox"/>有，<input type="checkbox"/>無 <p style="margin-left: 40px;">有の場合</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>四肢麻痺 <input type="checkbox"/>片麻痺（<input type="checkbox"/>右、<input type="checkbox"/>左） <input type="checkbox"/>単麻痺（<input type="checkbox"/>右/左・上肢、<input type="checkbox"/>右/左・下肢） <p>【その他】</p>
2) 受診時（救急外来など）の所見・処置	<p>【心肺蘇生術（胸骨圧迫などのCPR）】：有，無</p> <p>蘇生に要した時間：____分</p> <p>使用した薬剤：____，____，____</p> <p>【気道確保】：有，無，方法：_____</p> <p>【呼吸補助】：有，無</p> <p>【静脈確保】：有，無</p> <p>【血圧の推移】：来院時____/____mmHg、____分後____/____mmHg</p> <p>【投与薬剤】一般名/市販名を併記してください。</p> <p>____/____，____/____， ____/____，____/____， ____/____，____/____，</p> <p>【心電図所見】：_____</p> <p>【血液・生化学的検査】：</p> <p>血糖____mg/dl、Na____mEq/l、K____mEq/l</p> <p>【動脈血液ガス分析】：（換気条件：FiO₂____，モード____）</p> <p>pH____、PaO₂____mmHg、PaCO₂____mmHg</p> <p>BE____、SpO₂____%</p>

3) 初回画像所見	
<input type="checkbox"/> CT、または <input type="checkbox"/> 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)
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合併症・併存疾患 (可能な限り既存治療の内容もご記載ください)	
③既往歴	(上記病名と関連するものについて記載)

4. 治療法の選択と家族への説明

(診断と、治療法の選択に至った根拠、入院後の治療経過をご記載ください)

①治療方法 (入院後の経過・治療内容を含む。)

② 家族への説明

(診療録のコピーでも可)

③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

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 手術術式	
② 手術適応 （理由も記載）	
③ 術中所見・手術時間	
④ 術後経過	
⑤ その他特記すべき事項 （手術適応無しと判断した 場合にはその理由を記載）	
2) 入院後の管理	
①入院日時	平成____年____月____日____時____分
②全身管理 呼吸、循環、水・電解質管理は全て	【呼吸管理】
1) 入室時	1) ____月____日 呼吸器設定：FiO ₂ ____モード pH____、PaO ₂ ____mmHg、PaCO ₂ ____mmHg BE____、SpO ₂ ____%
2) 呼吸・循環・体液管理 で大きく変わった時のデータ	2) ____月____日 呼吸器設定：FiO ₂ ____モード pH____、PaO ₂ ____mmHg、PaCO ₂ ____mmHg BE____、SpO ₂ ____%
3) 脳死とされうる状態診断直前のデータを夫々記入	3) ____月____日 呼吸器設定：FiO ₂ ____モード pH____、PaO ₂ ____mmHg、PaCO ₂ ____mmHg BE____、SpO ₂ ____%

コメント (ALI, ARDS 等)

【水・電解質管理】

1) ___月___日

尿量 : _____ ml/日

血清 Na : _____ mEq/L

血清 K : _____ mEq/L

血清 Cl : _____ mEq/L

2) ___月___日

尿量 : _____ ml/日

血清 Na : _____ mEq/L

血清 K : _____ mEq/L

血清 Cl : _____ mEq/L

3) ___月___日

尿量 : _____ ml/日

血清 Na : _____ mEq/L

血清 K : _____ mEq/L

血清 Cl : _____ mEq/L

コメント (尿崩症の有無等)

【循環管理】 昇圧薬 有 (有の場合下記を記入)、無

1) ___月___日

カテコールアミン

_____, 使用量 _____ μ g/kg/min.

_____, 使用量 _____ μ g/kg/min.

_____, 使用量 _____ μ g/kg/min.

バソプレシン、使用量 _____ IU/kg/min. (単位に注意)

その他 _____、使用量 _____

_____, 使用量 _____

2) ___月___日

カテコールアミン

_____ 使用量_____ μ g/kg/min.

_____ 使用量_____ μ g/kg/min.

_____ 使用量_____ μ g/kg/min.

バソプレシン、使用量_____ IU/kg/min. (単位に注意)

その他 _____ 使用量_____

_____ 使用量_____

3) ___月___日

カテコールアミン

_____ 使用量_____ μ g/kg/min.

_____ 使用量_____ μ g/kg/min.

_____ 使用量_____ μ g/kg/min.

バソプレシン、使用量_____ IU/kg/min. (単位に注意)

その他 _____ 使用量_____

_____ 使用量_____

コメント (ショックの有無、etc)

【頭蓋内圧測定】 有 (有の場合下記を記入)、無
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：_____ ~ _____

【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

<p>(ア) 神経系の管理 (脳圧降下薬の投与の有無等)</p> <p>(イ) 合併症の経過</p>	<p>(合併症)</p>
--------------------------------------------------------	--------------

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 (°C)						
PaO ₂ /FiO ₂ (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 (/mm ³)						
総蛋白 (g/dl)						
アルブミン (g/dl)						
その他						

血液検査の時系列の提出もお願いします。

3) 経過中の画像所見など： 有（有の場合下記を記入）、 無

CT、または
MRI 所見

【施行日時】 平成____年__月__日__時、発症後____時間
【所見】（脳浮腫の程度や病期・重症度も記載・Fisher 分類など。複数回撮影している場合は、それぞれ日時と簡単な所見をご記載ください。）

その他の検査

【施行日時】 平成____年__月__日__時、発症後____時間
【所見】

6、法的脳死判定開始前の状態

<p>1) 最終画像診断など</p> <p>①<input type="checkbox"/>CT、または<input type="checkbox"/>MRI</p> <p>②その他の検査</p>	<p>施行日時：平成____年____月____日____時、発症後____時間</p> <p>施行日時：平成____年____月____日____時、発症後____時間</p>
<p>2) 脳病変の推移</p>	
<p>3) 神経症状</p>	
<p>4) 神経症状に影響を及ぼす薬物などの影響の判断</p> <p>※脳死判定開始時に使用されていなくても、経過中使用があった場合には、大まかな最終投与時刻とともにご記載ください。</p>	<p>【鎮静薬、抗痙攣薬】 <input type="checkbox"/>有（有の場合下記を記入）、<input type="checkbox"/>無</p> <p><input type="checkbox"/>ドルミカム 使用量_____</p> <p><input type="checkbox"/>ジアゼパム 使用量_____</p> <p><input type="checkbox"/>プロフォオール 使用量_____</p> <p><input type="checkbox"/>フェンタニール 使用量_____</p> <p><input type="checkbox"/>フェニトイン 使用量_____</p> <p><input type="checkbox"/>バルビタール 使用量_____</p> <p><input type="checkbox"/>その他（_____） 使用量_____</p> <p>【筋弛緩薬】 <input type="checkbox"/>有（有の場合下記を記入）、<input type="checkbox"/>無</p> <p><input type="checkbox"/>臭化ベクロニウム 使用量_____</p> <p><input type="checkbox"/>臭化パンクニウム 使用量_____</p> <p><input type="checkbox"/>臭化ロクロニウム 使用量_____</p> <p><input type="checkbox"/>その他（_____） 使用量_____</p> <p>【その他の薬剤】 <input type="checkbox"/>有（有の場合下記を記入）、<input type="checkbox"/>無</p> <p><input type="checkbox"/>_____, 使用量_____</p> <p><input type="checkbox"/>_____, 使用量_____</p> <p>【血中、尿中薬物スクリーニングの有無】</p> <p><input type="checkbox"/>有、 方法_____, 結果_____</p> <p><input type="checkbox"/>無</p>

7、脳死とされうる状態の診断時

1) 前提条件	<input type="checkbox"/> 器質的脳障害により深昏睡及び無呼吸を来している症例 <input type="checkbox"/> 原疾患が確実に診断されている症例 <input type="checkbox"/> 現在行いうる全ての適切な治療をもってしても回復の可能性が全くないと判断される症例
2) 除外例	<p>【急性薬物中毒】 <input type="checkbox"/>該当する、<input type="checkbox"/>該当しない</p> <p>【代謝・内分泌障害】 <input type="checkbox"/>該当する、<input type="checkbox"/>該当しない</p> <p>【知的障害などの有無】 <input type="checkbox"/>該当する <input type="checkbox"/>該当しない</p> <p>【被虐待児、あるいはその疑い】 <input type="checkbox"/>該当する、<input type="checkbox"/>該当しない 確認した事項を記載してください。 <input type="checkbox"/>画像 <input type="checkbox"/>身体所見 <input type="checkbox"/>虐待防止委員会等の開催や情報共有 <input type="checkbox"/>倫理委員会の開催 <input type="checkbox"/>その他 ()</p> <p>【年齢不相応の血圧】 <input type="checkbox"/>該当する、<input type="checkbox"/>該当しない 参考) ・1歳未満 <65mmHg ・1歳以上13歳未満 <(年齢×2) + 65mmHg ・13歳以上 <90mmHg</p> <p>【低体温】 <input type="checkbox"/>該当する、<input type="checkbox"/>該当しない 参考) ・6歳未満 <35℃ ・6歳以上 <32℃</p> <p>【生後12週未満】 <input type="checkbox"/>該当する、<input type="checkbox"/>該当しない (在胎40週未満で出産した場合には出産予定日より数えて12週未満)</p>
3) 留意事項	<p>【人工呼吸の継続時間】 (___ 時間は脳死とされうる状態診断開始までの時間) ___ 月 ___ 日 ___ 時 ___ 分 ~ ___ 月 ___ 日 ___ 時 ___ 分 (___ 時間)</p> <p>【深昏睡の持続時間】 (___ 時間は脳死とされうる状態診断開始までの時間) ___ 月 ___ 日 ___ 時 ___ 分 ~ ___ 月 ___ 日 ___ 時 ___ 分 (___ 時間)</p>

<p>※脳死判定開始時に使用されていない場合、経過中使 用があった場合には、ご記載くださ い。</p>	<p>【脳死判定に影響し得る薬物効果の除外】</p> <p>・鎮静薬、抗痙攣薬： <input type="checkbox"/>有（有の場合下記を記入）、<input type="checkbox"/>無</p> <p><input type="checkbox"/>ドルミカム （投与中止後___時間・中止日時___月___日___時）</p> <p><input type="checkbox"/>ジアゼパム （投与中止後___時間・中止日時___月___日___時）</p> <p><input type="checkbox"/>プロフォオール （投与中止後___時間・中止日時___月___日___時）</p> <p><input type="checkbox"/>フェンタニール （投与中止後___時間・中止日時___月___日___時）</p> <p><input type="checkbox"/>フェニトイン （投与中止後___時間・中止日時___月___日___時）</p> <p><input type="checkbox"/>バルビタール （投与中止後___時間・中止日時___月___日___時）</p> <p><input type="checkbox"/>その他（_____） （投与中止後___時間・中止日時___月___日___時）</p> <p>・筋弛緩薬： <input type="checkbox"/>有（有の場合下記を記入）、<input type="checkbox"/>無</p> <p><input type="checkbox"/>臭化ベクロニウム （投与中止後___時間・中止日時___月___日___時）</p> <p><input type="checkbox"/>臭化パンクニウム （投与中止後___時間・中止日時___月___日___時）</p> <p><input type="checkbox"/>臭化ロクロニウム （投与中止後___時間・中止日時___月___日___時）</p> <p><input type="checkbox"/>その他（_____） （投与中止後___時間・中止日時___月___日___時）</p> <p>筋弛緩薬使用の場合、神経刺激装置による判定： <input type="checkbox"/>有， <input type="checkbox"/>無</p> <p>・その他の薬剤</p> <p><input type="checkbox"/>_____（投与中止後___時間・中止日時___月___日___時）</p> <p><input type="checkbox"/>_____（投与中止後___時間・中止日時___月___日___時）</p>
<p>4) 脳死とされうる状態の 診断中の昇圧 薬</p>	<p><input type="checkbox"/>有（有の場合下記を記入）、<input type="checkbox"/>無</p> <p><input type="checkbox"/>カテコールアミン _____ 使用量_____ μ g/kg/min. _____ 使用量_____ μ g/kg/min. _____ 使用量_____ μ g/kg/min.</p> <p><input type="checkbox"/>バソプレシン _____ 使用量_____ IU/kg/min.（単位に注 意）</p> <p><input type="checkbox"/>その他 _____ 使用量_____</p>

5) 脳死とされうる状態の診断

検査実施時刻： ____月____日____時____分 ~ ____月____日____時____分

開始時体温： ____℃ (部位： 直腸温 その他____)

血圧： 開始時____/____ mm Hg 終了時____/____ mm Hg

心拍数： 開始時____/分 終了時____/分

意識レベル： JCS： ____、 GCS： ____

自発運動： 有 無

除脳硬直・除皮質硬直： 有 無

けいれん・ミオクローヌス： 有 無

瞳孔： 瞳孔径 右 ____ mm 左 ____ mm 固定している

脳幹反射： 対光反射： 有 無

角膜反射： 有 無

毛様脊髄反射： 有 無

眼球頭反射： 有 無

前庭反射： 有 無

咽頭反射： 有 無

咳反射： 有 無

脳波： いわゆる平坦脳波 (ECI) (標準感度 ____ μ V/mm、高感度 ____ μ V/mm)

聴性脳幹誘発反応： I波のみ、I~V波全て消失、その他 (____)
施行せず

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、法的脳死判定

第1回法的脳死判定

検査実施時刻： ___月___日___時___分 ~ ___月___日___時___分

開始時体温： ___℃ (部位： 直腸温 その他___)

血圧： 開始時___/___mm Hg 終了時___/___mm Hg

検査中の昇圧剤の使用 (薬品名： ___)

心拍数： 開始時___/分 終了時___/分

意識レベル： JCS： ___、 GCS： ___

自発運動： 有 無

除脳硬直・除皮質硬直： 有 無

けいれん・ミオクローヌス： 有 無

瞳孔： 瞳孔径 右 ___mm 左 ___mm 固定している

脳幹反射： 対光反射： 有 無

角膜反射： 有 無

毛様脊髄反射： 有 無

眼球頭反射： 有 無

前庭反射： 有 無

咽頭反射： 有 無

咳反射： 有 無

脳波： いわゆる平坦脳波 (ECI) (標準感度 ___ μ V/mm、高感度 ___ μ V/mm)

聴性脳幹誘発反応： I波のみ、I~V波全て消失、その他 (___)

施行していない

無呼吸テスト： 自発呼吸の消失 (全ての採血の結果をご記載ください)

	開始前 (酸素化後)	___分後	___分後	___分後	人工呼吸再開後
PaCO ₂ (mmHg)					
PaO ₂ (mmHg)					
血圧					
SpO ₂					

第2回法的脳死判定

検査実施時刻： ____月 ____日 ____時 ____分 ~ ____月 ____日 ____時 ____分

開始時体温： ____℃ (□直腸温 □その他____)

血圧： 開始時____/____ mm Hg 終了時____/____ mm Hg

検査中の昇圧剤の使用 (薬品名： _____)

心拍数： 開始時____/分 終了時____/分

意識レベル： JCS： _____ GCS： _____

自発運動： □有 □無

除脳硬直・除皮質硬直： □有 □無

けいれん・ミオクローヌス： □有 □無

瞳孔： 瞳孔径 右 ____ mm 左 ____ mm、 □固定している

幹反射： 対光反射： □有 □無

角膜反射： □有 □無

毛様脊髄反射： □有 □無

眼球頭反射： □有 □無

前庭反射： □有 □無

咽頭反射： □有 □無

咳反射： □有 □無

脳波： □いわゆる平坦脳波 (ECI) (標準感度 ____ μ V/mm、高感度 ____ μ V/mm)

聴性脳幹誘発反応： □I波のみ、□I~V波全て消失、□その他 (____)

□施行していない

無呼吸テスト： □自発呼吸の消失 (すべての採血の結果をご記載ください)

	開始前 (酸素化後)	__分後	__分後	__分後	人工呼吸再開後
PaCO ₂ (mmHg)					
PaO ₂ (mmHg)					
血圧					
SpO ₂					

判定： □法的脳死と判定する。

□法的脳死と判定できない

9. 検視等について

検視等の有無： □有 □無

有の場合

検視時間： ____月 ____日 ____時 ____分 ~ ____時 ____分

警察署名： _____

10. 脳波所見 (確認のため□事項はチェックすること)

1) 脳死とされうる状態時脳波

①脳波検査日時

記録時刻 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分 ~ _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分

実際に記録した正味時間 _____ 分

②導出 (記載例 C3-A1)

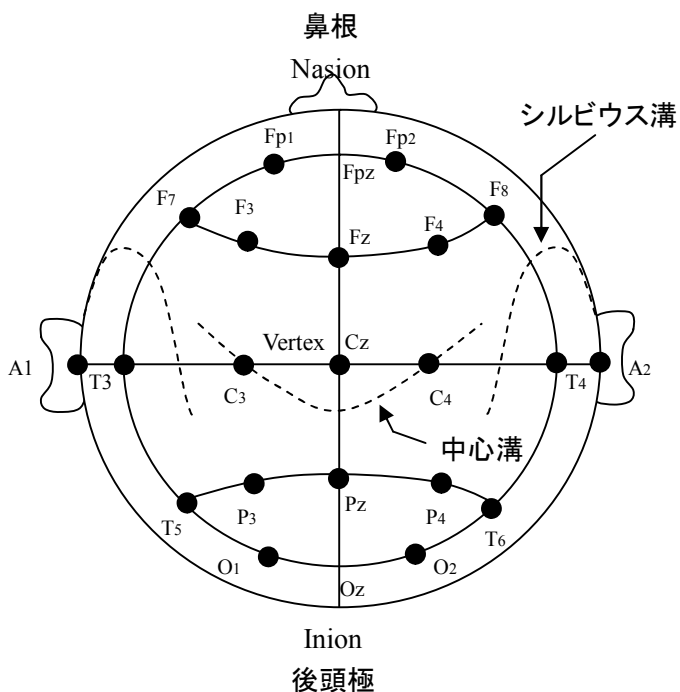
i) 単極導出

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

尚、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。



③記録条件

- 感度 標準感度(10 μ V/mm)及び高感度(2 μ V/mm)記録
時定数 0.3 秒
High cut filter OFF 120Hz 60Hz 30Hz
交流遮断用 filter ON OFF
同時記録 心電図(必須)
頭部外モニター(前腕内側部・電極間距離 7cm 以上)

④校正電圧曲線の記録

- i) 標準感度・単極及び双極導出記録 記録
ii) 高感度・単極及び双極導出記録 記録

⑤刺激

- i) 標準感度・単極及び双極導出記録 呼名刺激及び顔面痛み刺激
ii) 高感度・単極及び双極導出記録 呼名刺激及び顔面痛み刺激

⑥アーチファクト

- i) 標準感度・単極及び双極導出記録
体動 心電図 筋電図 静電・電磁誘導 その他 ()
ii) 高感度・単極及び双極導出記録
体動 心電図 筋電図 静電・電磁誘導 その他 ()

脳波所見記載欄

総合判定 : 平坦脳波 (ECI) 非平坦脳波 判定不能 _____

備考 : _____

聴性脳幹反応 (施行した場合のみ事項をチェックすること (複数可))

- i) 刺激側
両耳刺激 片耳刺激 (左耳刺激 右耳刺激)
ii) 刺激音強度
最大音圧刺激 (_____dB) その他 (_____dB)
iii) 電極配置
 Cz-A1 Cz-A2
iv) 加算回数 _____回
v) 結果 (両耳最大音圧刺激を行った場合にはその所見)
無反応 I波のみ その他 ()

2) 法的脳死判定脳波

①第1回脳波検査日時

記録時刻 月 日 時 分 ~ 月 日 時 分
 実際に記録した正味時間 分

第2回脳波検査日時

記録時刻 月 日 時 分 ~ 月 日 時 分
 実際に記録した正味時間 分

②導出 (記載例 **C3-A1**)

(第1回と第2回で導出が異なる時は、それが分る様に記載すること)

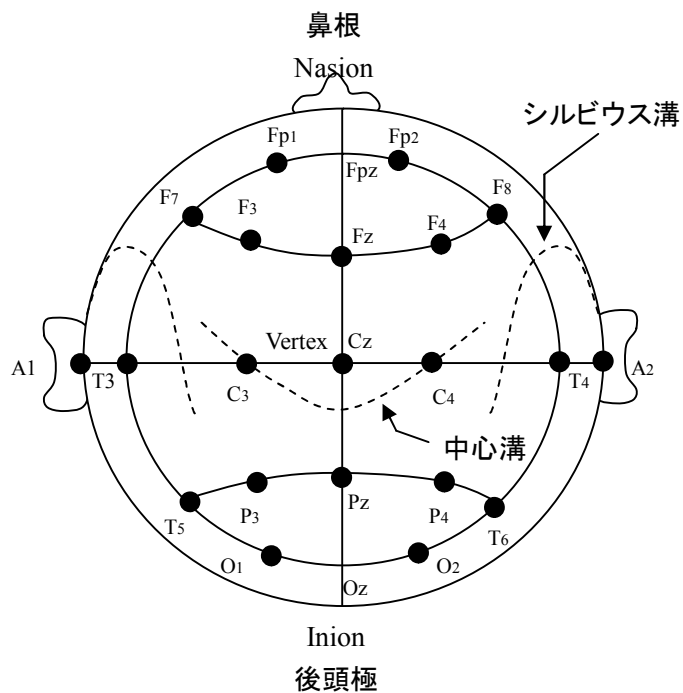
i) 単極導出

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

尚、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。



③記録条件 (第1回と第2回で異なる時は、それが分る様に記載すること)

- 感度 標準感度(10 μ V/mm)及び高感度(2 μ V/mm)記録
時定数 0.3 秒
High cut filter OFF 120Hz 60Hz 30Hz
交流遮断用 filter ON OFF
同時記録 心電図(必須)
頭部外モニター(前腕内側部・電極間距離 7cm 以上)

④校正電圧曲線の記録 (必須事項)

- i) 標準感度・単極及び双極導出記録 記録
ii) 高感度・単極及び双極導出記録 記録

⑤刺激 (必須事項)

- i) 標準感度・単極及び双極導出記録 呼名刺激及び顔面痛み刺激
ii) 高感度・単極及び双極導出記録 呼名刺激及び顔面痛み刺激

⑥アーチファクト (第1回と第2回で異なる時は、それが分る様に記載すること)

- i) 標準感度・単極及び双極導出記録
体動 心電図 筋電図 静電・電磁誘導 その他 ()
ii) 高感度・単極及び双極導出記録
体動 心電図 筋電図 静電・電磁誘導 その他 ()

脳波所見記載欄

総合判定 : 第1回: 平坦脳波 (ECI) 非平坦脳波 判定不能
第2回: 平坦脳波 (ECI) 非平坦脳波 判定不能

備考 : _____

聴性脳幹反応 (第1回と第2回で異なる時は、それが分る様に記載すること)

- i) 施行の有無
第1回: 施行 施行せず
第2回: 施行 施行せず
ii) 刺激側
両耳刺激 片耳刺激 (左耳刺激 右耳刺激)
iii) 刺激音強度
最大音圧刺激 (_____dB) その他 (_____dB)
iv) 電極配置
 Cz-A1 Cz-A2
v) 加算回数 _____回

結果 (両耳最大音圧刺激を行った場合にはその所見)

第1回: 無反応 I波のみ その他 ()
第2回: 無反応 I波のみ その他 ()