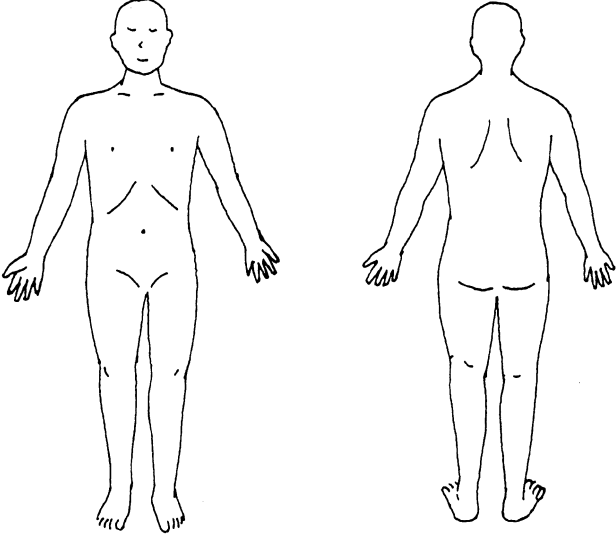


DONOR CHART 1 ( I D # )

初期情報 1- ( 1 )

第一報受信日時 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 午前・午後 _____ 時 _____ 分 病院名 _____ 担当科 _____ 担当医 _____ 所在地 _____ 電話 _____ - _____ - _____ 内 ( _____ ) Co 到着日時 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 午前・午後 _____ 時 _____ 分	
フリガナ _____ 患者氏名 _____ ( 男・女 ) 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ( _____ 歳 ) 住所 〒 _____ _____ TEL _____ 血液型 _____ 型 Rh ( + ・ - ) 身長 _____ cm ( 実測・目測・家族聴取 ) 体重 _____ kg ( 実測・目測・家族聴取 ) BMI _____ kg/m <sup>2</sup> HLA A ( _____ ) B ( _____ ) DR ( _____ ) <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;">           家族関係        </div> 特記事項 _____ _____ _____ 検視 ( 要・不要 ) 検案 ( 要・不要 ) 管轄警察署 _____ 担当者 _____ 電話番号 _____	原疾患 _____ 発症からの経過 _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ 入院日時 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 午前・午後 _____ 時 _____ 分 外傷 ( 有・無 ) 外傷箇所 _____ 心肺停止 ( 有・無 ) _____ 回 _____ 分間 呼吸器装着日時 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 午前・午後 _____ 時 _____ 分 脳死とされうる状態にあると判断された日時 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 午前・午後 _____ 時 _____ 分 法的脳死判定 1 回目開始 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 午前・午後 _____ 時 _____ 分 1 回目終了 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 午前・午後 _____ 時 _____ 分 2 回目開始 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 午前・午後 _____ 時 _____ 分 2 回目終了 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 午前・午後 _____ 時 _____ 分 記入者 _____

初期情報 1- (2)

<p>身体図 (カテーテル・外傷・手術痕等を記入)</p> <div style="text-align: center;">  </div>	<p>既往歴</p> <p>悪性腫瘍 ・ 心臓疾患 ・ 肺疾患 肝臓疾患 ・ 腎臓疾患 ・ 糖尿病</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>服薬 (無 ・ 有)</p> <p>薬物名 _____</p> <p>_____</p> <p>薬物依存 (無 ・ 有) 薬物名 _____</p> <p>手術歴 (無 ・ 有)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>嗜好情報</p> <p>喫煙歴 (無 ・ 有) 1日 _____ 本 _____ 歳から</p> <p>飲酒歴 (無 ・ 有) _____ 歳から</p> <p>種類 _____ 量 _____ /日</p> <p>&lt;18歳未満の場合&gt;</p> <p>虐待の疑いがない旨の確認 (済 ・ 未)</p>
<p>書面による臓器提供意思表示 (有 ・ 無)</p> <p>〈有の場合〉 意思表示カード ・ 意思表示シール ・ 意思登録カード ・ 健康保険証 ・ 運転免許証 ・ その他 ( )</p> <p>親族優先提供の意思表示 (有 ・ 無)</p> <p>脳死判定承諾書 (有 ・ 無) 臓器摘出承諾書 (有 ・ 無)</p> <p>摘出条件 (脳死 ・ 心停止)</p> <p>承諾臓器 心臓 ・ 肺 ・ 肝臓 ・ 膵臓 ・ 腎臓 ・ 小腸 ・ 眼球 ・ その他 _____</p> <p>承諾組織 皮膚 ・ 心臓弁 ・ 血管 ・ 骨 ・ 膵島 ・ その他 _____</p> <p>承諾者 (家族) 氏名 _____ 続柄 _____</p> <p>住所 _____</p> <p style="text-align: right;">_____ 電話 _____</p> <p>摘出手術予定時間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 午前 ・ 午後 _____ 時 _____ 分</p> <p>摘出予定臓器 心臓 ・ 肺 ・ 肝臓 ・ 膵臓 ・ 腎臓 ・ 小腸 ・ 眼球 ・ その他 _____</p> <p>摘出予定組織 皮膚 ・ 心臓弁 ・ 血管 ・ 骨 ・ 膵島 ・ その他 _____</p>	
<p>メモ</p> <p style="text-align: right;">_____ 記入者 _____</p>	

初期情報 1 - ( 3 )

現在の状況 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 午前・午後 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分

脈拍 \_\_\_\_\_ 回/min ( 整 ・ 不整 ) 体温 \_\_\_\_\_ °C ( 深部温 ・ 直腸温 ・ 腋窩その他温)

血圧 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg

昇圧剤 ( 使用 ・ 未使用 )

昇圧剤名 ① \_\_\_\_\_ 使用量 \_\_\_\_\_ μ g / kg / min

昇圧剤名 ② \_\_\_\_\_ 使用量 \_\_\_\_\_ μ g / kg / min

昇圧剤名 ③ \_\_\_\_\_ 使用量 \_\_\_\_\_ μ g / kg / min

ピトレスシン \_\_\_\_\_ 使用量 \_\_\_\_\_ U / hr

一般検血

R B C \_\_\_\_\_ × 10<sup>4</sup> / mm<sup>3</sup> W B C \_\_\_\_\_ / mm<sup>3</sup>

H b \_\_\_\_\_ g / dl H t \_\_\_\_\_ % P l t \_\_\_\_\_ × 10<sup>4</sup> / mm<sup>3</sup>

C R P \_\_\_\_\_ mg / dl

動脈血ガス分析 ( 採血時 F i O<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ 、 P E E P \_\_\_\_\_ cmH<sub>2</sub>O )

p H \_\_\_\_\_ P a C O<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ mmHg P a O<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ mmHg

S a O<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ % H C O<sub>3</sub><sup>-</sup> \_\_\_\_\_ mEq / l B E \_\_\_\_\_ mEq / l

腎機能

< 入院時 > 尿量 \_\_\_\_\_ ml / h B U N \_\_\_\_\_ mg / dl C r \_\_\_\_\_ mg / dl

< 現 在 > 尿量 \_\_\_\_\_ ml / h B U N \_\_\_\_\_ mg / dl C r \_\_\_\_\_ mg / dl

肝機能

G O T \_\_\_\_\_ U / l G P T \_\_\_\_\_ U / l A L P \_\_\_\_\_ U / l

L D H \_\_\_\_\_ U / l C h E \_\_\_\_\_ U / l γ - G T P \_\_\_\_\_ U / l

T P \_\_\_\_\_ g / dl T - B i l \_\_\_\_\_ mg / dl D - B i l \_\_\_\_\_ mg / dl

その他

ヘパプラスチンテスト \_\_\_\_\_ % H b A<sub>1c</sub> ( NGSP ) \_\_\_\_\_ %

A F P \_\_\_\_\_ ng / ml C E A \_\_\_\_\_ ng / ml C A 1 9 - 9 \_\_\_\_\_ U / ml

感染症

H B s - A g ( + ・ - ・ N D ) H C V ( + ・ - ・ N D ) H I V ( + ・ - ・ N D ) H T L V - 1 ( + ・ - ・ N D )

H B c - A b ( 原液 ) ( + ・ - ・ N D ) H B c - A b ( 200 倍希釈 ) ( + ・ - ・ N D )

C M V ( I g M ) ( + ・ - ・ N D ) C M V ( I g G ) ( + ・ - ・ N D )

その他 \_\_\_\_\_ 記入者 \_\_\_\_\_

## 検査データ (1)

## 末梢血液検査

日付	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
採血時刻	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
RBC										
Hb										
Ht										
WBC										
Plt										

## 生化学/凝固線溶系検査

日付	搬入	/	/	/	/	/	/	/	/	/
採血時刻	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
Na										
K										
Cl										
BUN										
Cr										
血糖										
Ca										
P										
TP										
ALB										
T-Bil										
D-Bil										
GOT/AST										
GPT/ALT										
$\gamma$ -GTP										
Mg										
ALP										
LDH										
PT (%・秒)										
PT-INR (単位なし)										
APTT (%・秒)										
ヘパプラスチンテスト										
FDP										
CPK										
CK-MB/TOT										
アミラーゼ										
リパーゼ										
HbA1c (NGSP)										
CRP										

培養検査 (細菌・真菌)

	採取日	中間( 時間後)結果	最終結果	感受性
血液 (好気性) # 1				
血液 (好気性) # 2				
血液 (嫌気性) # 1				
血液 (嫌気性) # 2				
尿				
咽頭				
気道内分泌物				
同上塗沫				
創傷				
髄液				

DONOR CHART 6 (ID# ) フローシート

月日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
時刻	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
血圧 (収縮期/拡張期)													
HR													
体温													
CVP													
SaO <sub>2</sub>													
尿量													
胃液量													
OUT TOTAL													
輸液													
アルブミン ( )													
赤血球製剤													
血小板													
FFP													
IN TOTAL													
水分出納													
ドパミン													
ドブタミン													
エピネフリン													
ノルエピネフリン													
ピトレスシン													
抗生剤													
ステロイド													

I C U 評 価 (1)

心臓DATA

<b>心電図</b> (有・無) 日付 _____/_____/_____ 時間 ____:____ 所見 _____ 洞調律 _____ 不整脈 PAC _____ PVC _____ VT(有・無) AF/Af(有・無) 異常Q波 有(部位 _____)・無 ST変化 有(部位 _____)・無 左室肥大(有・無) _____ _____ <p style="text-align: right;">医師名: _____</p>	
<b>心エコー</b> (有・無) 日付 _____/_____/_____ 時間 ____:____ 所見 _____ IVSth _____ LVDd/Ds _____ PWth _____ %FS _____ EF _____ AR _____ MR _____ TR _____ PR _____ 心嚢液 _____ IVC _____ Asynergy: _____ _____ CVP _____ BP _____/_____ HR _____ 不整脈 _____ 循環器用剤: (Y・N) 薬剤名 _____ 量 _____ 薬剤名 _____ 量 _____ 薬剤名 _____ 量 _____ ADH _____ <p style="text-align: right;">医師名: _____</p>	
<b>胸部レントゲン検査</b> (有・無) 心胸郭比 _____ % 胸水(有・無) その他 _____	
<b>冠動脈造影</b> (有・無) 日付 _____/_____/_____ 時間 ____:____ 所見 _____ _____ _____ <p style="text-align: right;">医師名: _____</p>	

肺DATA(1)

血液ガス

日付	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
採血時刻	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
pH										
PaCO <sub>2</sub>										
PaO <sub>2</sub>										
SaO <sub>2</sub>										
HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup>										
BE										
FiO <sub>2</sub>										
PEEP										
PIP										
TV										
RR										

## 血液ガス

日付	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
採血時刻	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
pH										
PaCO <sub>2</sub>										
PaO <sub>2</sub>										
SaO <sub>2</sub>										
HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup>										
BE										
FiO <sub>2</sub>										
PEEP										
PIP										
TV										
RR										

## 血液ガス

日付	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
採血時刻	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
pH										
PaCO <sub>2</sub>										
PaO <sub>2</sub>										
SaO <sub>2</sub>										
HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup>										
BE										
FiO <sub>2</sub>										
PEEP										
PIP										
TV										
RR										



I C U 評 価 (2)

肺DATA(2)

肺 評価：

挿管日： \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 挿管場所： \_\_\_\_\_ 挿管時の誤嚥： \_\_\_\_\_

呼吸音：CLEAR ( Y ・ N ) コメント： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ :左右差 ( Y ・ N ) コメント： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

分泌物の量/性状： \_\_\_\_\_

培養： \_\_\_\_\_ 日付： \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

グラム染色：日付： \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 時間： \_\_\_\_\_

コメント： \_\_\_\_\_

気管支鏡：日付： \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ( : )

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

医師名： \_\_\_\_\_

胸部X線検査

日付	時間	結果/医師
	:	
	:	
	:	

胸部CT又はMRI検査

日付・検査	時間	結果/医師

I C U 評 価 (3)

肝・膵・腎・小腸DATA

腹部エコー (有・無)

日付 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 時間 \_\_\_\_:\_\_\_\_

肝臓 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

胆嚢 \_\_\_\_\_

膵臓 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

腎臓 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

小腸 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

他 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

腹部CT (有・無)

日付 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 時間 \_\_\_\_:\_\_\_\_

所見 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

医師名: \_\_\_\_\_

DONOR CHART 10 (ID# ) 身体評価表

(当てはまる項目を○で囲む)

呼吸器系

気管チューブ：	気管内チューブ	気管切開	____月____日
	サイズ	____ Fr · mm	最終留置日 ____月____日
呼吸音：	均一	不均一	
	清明	ラ音	右/左

心臓・血管系

ライン：	SGカテーテル	部位	____	最終留置日	____月____日
	CVPライン	部位	____	最終留置日	____月____日
	動脈ライン	部位	____	最終留置日	____月____日
	末梢ライン①	部位	____	最終留置日	____月____日
	末梢ライン②	部位	____	最終留置日	____月____日
	その他のライン	部位	____	最終留置日	____月____日
心拍リズム：	正常	異常			
心音：	純	雑音			
脈拍：	正常	頻脈	徐脈		
浮腫：	有	無			

消化器系

チューブ：	胃管	胃瘻造設	外科ドレーン	なし
腹部：	手術痕	外傷		
	触診： 軟・硬	膨満： 有・無	腸音： 有・無	腫瘤： 有・無

泌尿器系

尿量：	100ml/hr 以下	100-500ml/hr	500ml/hr 以上	無尿
尿性状：	清明	混濁	血性	
尿道バルーン：	最終留置日	____月____日		

筋骨系

骨折：	閉鎖性	開放性	なし
-----	-----	-----	----

外皮

色：	正常	蒼白	チアノーゼ
皮膚温：	暖	冷	
外傷：	挫傷	裂傷	