



例目

(事務局にて記載)

検 証 資 料 2 - 2
2 7 . 1 2 . 1 8

様式 2

脳死下臓器提供に関する検証資料フォーマット

(平成27年〇月改訂)

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. 初期診断・治療について

- 2. 病院前救護.....
 - 1) 救急車の要請から来院までの経過.....
- 3. 来院時の所見・処置等.....
 - 1) 来院時所見.....
 - 2) 受診時の所見・処置.....
 - 3) 初回画像所見.....
 - 4) 病名.....

2. 治療方針等の家族への説明について

- 5. 原疾患の治療.....
 - 1) 手術.....
 - 2) 入院後の管理.....
 - 3) 経過中の画像所見など.....
- 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.....

3. 脳死とされうる状態の診断について

- 8. 意思確認について.....
- 9. 検視等について.....
- 10. 法的脳死判定における脳波検査について.....
 - 1) 脳波（第1回法的脳死判定時）.....
 - 2) 脳波（第2回法的脳死判定時）.....

1. 初期診断・治療について

- * 来院から脳死とされうる状態の診断開始前までの経過の要約の記載を求めるもの。下記の記載例を参考にされたい。
- * 入院経過要約（患者サマリー等）に同様の記載がある場合には、その写しの提出でかまわない。その場合には、下記に「添付書類参照」と記載し、その写しを提出すること。

① 病院前対応

○歳代、(男性/女性)。平成○○年○月○日（*発見時、発症時の状態を記載）であり、○:○、救急要請された。

○:○救急隊現着時、意識レベル JCS○○、GCS○(E○V○M○)、血圧○/○mmHg、脈拍○/分、瞳孔径右○mm/左○mm、対光反射は右 /左 、自発呼吸は認めて（いた/いなかった）。(*救急隊による対応・処置を記載)を行った。

○:○に現発し、(*搬送途中の対応・処置を記載)を行いながら救急搬送となった。搬送中、(*搬送途中の症状の変化があった場合に記載)であった。

② 来院時対応・初期治療

○:○、当該医療機関へ到着。病院到着時、意識レベル JCS○○、GCS○(E○V○M○)、血圧○/○mmHg、脈拍○/分、瞳孔径右○mm/左○mm、対光反射は右 /左 、自発呼吸は認めて（いた/いなかった）。直ちに(*来院後の処置を記載)を行った。○:○に頭部 CT を実施したところ、(*頭部 CT の所見を記載)・・・を認めた。(*その他、治療方針に関わる検査の結果等を記載)。(*診断結果を記載)・・・と診断し、(*治療方針について記載)・・・を開始することとした。

③ 集中治療室入室後

○:○、集中治療室に入室した。入室時、意識レベル JCS○○、GCS○(E○V○M○)、血圧○/○mmHg、脈拍○/分、瞳孔径右○mm/左○mm、対光反射は右 /左 、自発呼吸は認めて（いた/いなかった）。集中治療室入室後、(*集中治療室で行った治療を記載)・・・を開始した。(*治療開始から脳死とされうる状態の診断を開始するまでの経過について記載)。

以後、循環・呼吸管理を中心とした全身管理を継続したが、意識レベル、自発呼吸、神経学的所見の改善は認めなかった(*一時的な改善があったなど、具体的な状況の変化があった場合には適宜記載)。

④ 頭蓋内圧管理、治療の一環としてどのような治療・処置を行ったのか。行った治療・処置についてすべて○印をつけてください（複数選択可）。

- a. 頭蓋内圧下降剤（ D-マンニトール、グリセリン等 ）
- b. バルビツレート系薬剤

- c. 体温管理療法（低体温療法、常温療法等）
- d. 過換気療法
- e. 脳室ドレナージ術
- f. 手術、IVR 治療（例；減圧開頭術等）
- g. その他（)

⑤ 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

2. 治療方針等の家族への説明について

治療方針（入院後の経過・治療内容の概要を含む。）等の家族への説明

（＊診療録等のコピーでも可）

3. 脳死とされうる状態の診断について

脳死とされうる状態の診断のための検査開始日時： ____月 ____日 ____時 ____分（＊）

【人工呼吸の継続時間】

人工呼吸開始： ____月 ____日 ____時 ____分 ～ 上記（＊）日時まで（通算 ____時間）

【深昏睡の持続時間】

深昏睡確認： ____月 ____日 ____時 ____分 ～ 上記（＊）日時まで（通算 ____時間）

【開始時確認事項】

開始時体温： ____℃（測定部位： ____）

確認） ・ 6歳未満 ≥ 35℃ ・ 6歳以上 ≥ 32℃ （※深部温の場合）

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

使用薬物の名称	投与中止後経過時間（○時間）	
☐ 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）		
☐ バルビタール		
☐ 塩酸モルヒネ		
☐ 臭化ベクロニウム		
☐ 臭化ロクロニウム		
☐ その他（____）		

※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。

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

【検査における確認事項】

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	検査せず ☐
角膜反射	右) ☐ 有 ☐ 無	左) ☐ 有 ☐ 無	検査せず ☐
毛様脊髄反射	右) ☐ 有 ☐ 無	左) ☐ 有 ☐ 無	検査せず ☐
眼球頭反射	☐ 有 ☐ 無		検査せず ☐
前庭反射※)	右) ☐ 有 ☐ 無	左) ☐ 有 ☐ 無	検査せず ☐
咽頭反射	右) ☐ 有 ☐ 無	左) ☐ 有 ☐ 無	検査せず ☐
咳反射	☐ 有 ☐ 無		検査せず ☐

(検査をしなかった場合、その理由 : _____)

※) 脳幹反射の消失のうち上記を個々に確認する際の検査をしなかった場合には、その理由を必ず記載してください。(「脳死とされうる状態」の確認においては、各検査について法的脳死判定に準ずる方法を求めるものではなく、各施設において通常行われている方法で確認ができていれば「確認した」としていただいて結構です。)

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

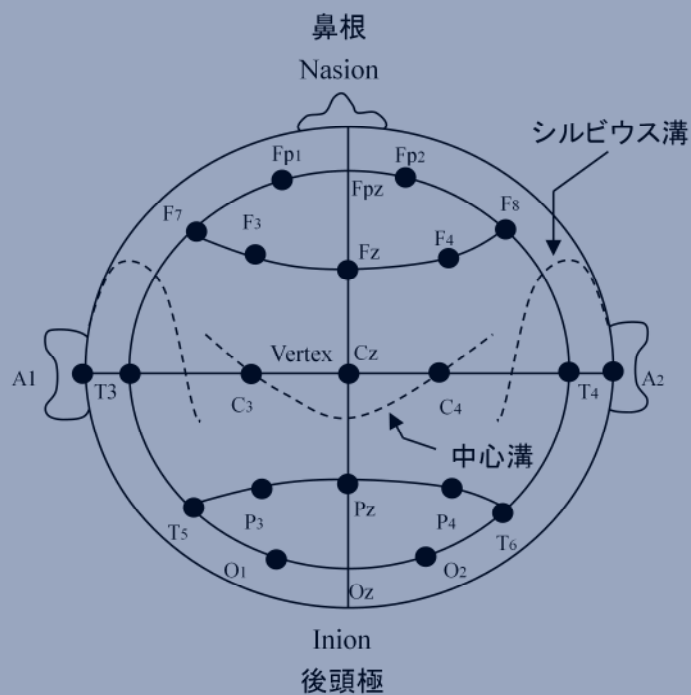
注) 少なくとも 4 誘導の同時記録を単極導出（基本電極導出）及び双極導出で行うこと。

(記載例 **C3-A1**)

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。



記録条件

感度 (いずれも必須)

☐ 標準感度 ($10\mu\text{V/mm}$ 又はそれより高い感度) : _____ $\mu\text{V/mm}$

☐ 高感度 ($2.5\mu\text{V/mm}$ 又はそれより高い感度) : _____ $\mu\text{V/mm}$

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
☐ 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 ☐ 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

脳死とされうる状態の診断のための検査終了日時： ____月 ____日 ____時 ____分

【終了時確認事項】

終了時体温： ____℃（測定部位： ____）

確認） ・ 6 歳未満 $\geq 35^{\circ}\text{C}$ ・ 6 歳以上 $\geq 32^{\circ}\text{C}$ （※深部温の場合）

終了時血圧： ____／____ mmHg

確認）収縮期

- ・ 1 歳未満 $\geq 65\text{mmHg}$
- ・ 1 歳以上 13 歳未満 $\geq (\text{年齢} \times 2) + 65\text{mmHg}$
- ・ 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

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