

臓器摘出記録書

摘出を受けた者

氏名 _____ 住所 _____

性別 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

死亡日時 _____ 年 _____ 月 _____ 日 午前・午後 _____ 時 _____ 分

死亡の原因となった傷病及びそれに伴う合併症 _____

主な既往歴 _____

摘出開始日時 _____ 年 _____ 月 _____ 日 午前・午後 _____ 時 _____ 分

臓器摘出日時 _____ 年 _____ 月 _____ 日 午前・午後 _____ 時 _____ 分

摘出が行われた医療機関（臓器提供施設）

名称 _____ 所在地 _____

摘出医 氏名 _____

住所 _____

(又は所属医療機関の所在地及び名称)

摘出した臓器の名称 _____

(左右の別及び部位の別を含む)

摘出した臓器の状態、臓器に対する処置

〔重量、血流遮断時刻、灌流開始時刻、灌流状態、人工呼吸器停止時刻、ヘパリン化時刻など〕

重量 _____ g 灌流状態 _____

血流遮断時刻 _____ 年 _____ 月 _____ 日 午前・午後 _____ 時 _____ 分

灌流開始時刻 _____ 年 _____ 月 _____ 日 午前・午後 _____ 時 _____ 分

人工呼吸器停止時刻 _____ 年 _____ 月 _____ 日 午前・午後 _____ 時 _____ 分

ヘパリン化時刻 _____ 年 _____ 月 _____ 日 午前・午後 _____ 時 _____ 分

摘出を受けた者に対する検査の結果

血液学的検査〔血液型、HLA タイプなど〕

血液型 (A ・ B ・ O ・ AB) Rh (+ ・ -)

HLA A _____, _____ B _____, _____ DR _____, _____

血液生化学的検査〔T-Bil、GOT、GPT、LDH、Alb、Cr、BUN など〕

T-Bil _____mg/dl , GOT _____IU/l , GPT _____IU/l

LDH _____IU/l , Alb _____g/dl

Cr _____mg/dl , BUN _____mg/dl

感染症検査〔HIV 抗体、HTLV-I 抗体、HBs 抗原、HCV 抗体など〕

HIV 抗体 (+ ・ - ・ ± ・ 未)

HTLV-I 抗体 (+ ・ - ・ ± ・ 未)

HBs 抗原 (+ ・ - ・ ± ・ 未)

HCV 抗体 (+ ・ - ・ ± ・ 未)

その他の検査の結果

臓器摘出を受けた者及び遺族の意思（ア～ウのいずれかに○をつける）

ア 臓器摘出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る

(表示している ・ 表示していない)

→ **遺族が臓器摘出を拒まない又は遺族がない**

(拒まない ・ 遺族がない ・ 拒んでいる)

イ 臓器摘出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いない

(該当する ・ 該当しない)

→ **遺族が臓器摘出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

臓器摘出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る

(表示している ・ 表示していない)

臓器摘出を拒まない・承諾した遺族

氏名 _____

住所 _____

臓器摘出を受けた者との続柄 _____

臓器の摘出を行う前に脳死判定の的確実施の証明書の交付を受けた（脳死判定を受けた者から臓器の摘出が行われた場合のみ）

（ 受けた ・ 受けていない ）

臓器のあっせんを行った者

氏名 公益社団法人 日本臓器移植ネットワーク

住所 〒107-0052 東京都港区赤坂2-9-11 オリックス赤坂2丁目ビル

臓器を移植に使用しなかった理由（臓器を移植に使用しないこととした場合のみ）

摘出医が特に必要と認めた事項

記録日 年 月 日

記録者（摘出医）氏名 _____ 印

（記名押印又は自筆署名）

- （注）
- ・臓器摘出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
 - ・臓器摘出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
 - ・遺族が臓器摘出を拒まない・承諾する旨を表示した書面（写しでも可）
 - ・脳死判定の的確実施の証明書の写し（脳死判定を受けた者から臓器の摘出が行われた場合のみ）
- を添付のこと。