

法的脳死判定のチェックシート

脳死判定を受けた者

氏名_____

住所_____

性別_____ 生年月日_____年_____月_____日生

脳死判定を拒まない・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 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又は家族がない

(拒まない ・ 家族がない ・ 拒んでいる)

イ 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)

原因疾患 _____

入院日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

法的脳死判定の前に確認すべき事項

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（※CT 又は MRI の画像診断は必須です。） <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ないと判断される症例
最終画像診断	<input type="checkbox"/> CT： 施行日時： _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時、発症後 _____ 時間 <input type="checkbox"/> MRI： 施行日時： _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時、発症後 _____ 時間 <input type="checkbox"/> その他の検査（ _____ ）： 施行日時： _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時、発症後 _____ 時間
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 【代謝・内分泌障害】 <input type="checkbox"/>該当する、<input type="checkbox"/>該当しない 【知的障害などの有無】 <input type="checkbox"/>該当する、<input type="checkbox"/>該当しない 【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 該当しない場合：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"/>虐待防止委員会の開催や情報共有 <input type="checkbox"/>倫理委員会 <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>
生命徴候の確認	<p>【深部温】 <input type="checkbox"/>該当する、<input type="checkbox"/>該当しない、<input type="checkbox"/>直腸温、膀胱温、鼓膜温 確認）・6歳未満 > 35℃ ・6歳以上 > 32℃</p> <p>【血圧】 <input type="checkbox"/>該当する、<input type="checkbox"/>該当しない 確認）・1歳未満 > 65mmHg ・1歳以上13歳未満 > (年齢×2) + 65mmHg ・13歳以上 > 90mmHg</p> <p>【心拍、心電図等にて重篤な不整脈がない】 <input type="checkbox"/>該当する、<input type="checkbox"/>該当しない</p>

脳死判定に影響
し得る薬物効果
の除外

・鎮静薬、抗痙攣薬：□有（有の場合下記を記入）、□無

- ドルミカム（投与中止後____時間）
- ジアゼパム（投与中止後____時間）
- プロフォフォル（投与中止後____時間）
- フェンタニール（投与中止後____時間）
- フェニトイン（投与中止後____時間）
- バルビタール（投与中止後____時間）
- その他（_____）（投与中止後____時間）

・筋弛緩薬：□有（有の場合下記を記入）、□無

- 臭化ベクロニウム（投与中止後____時間）
- 臭化パンクニウム（投与中止後____時間）
- 臭化ロクロニウム（投与中止後____時間）
- その他（_____）（投与中止後____時間）

・その他の薬剤

- _____（投与中止後____時間）
- _____（投与中止後____時間）

第1回法的脳死判定

検査実施時刻：__月__日午前・午後__時__分～__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。

開始時血圧：__ / __ mm Hg 開始時心拍数：__ / 分

意識レベル：JCS：__、GCS：__

【法的脳死判定での確認事項】

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、固定の有無：有、無

脳幹反射：対光反射： 右；有 無 左；有 無

角膜反射： 右；有 無 左；有 無

毛様脊髄反射： 右；有 無 左；有 無

眼球頭反射： 有 無

前庭反射： 右；有 無 左；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）

聴性脳幹誘発反応を行った場合：I波のみ、I～V波全て消失、その他（__）

無呼吸テスト：自発呼吸の消失

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

無呼吸テスト中の重篤な不整脈 有 無

（留意点）

① 血液ガス分析は 2～3分毎に行うこと。（6歳未満では開始から3～5分後に行い、以後の採血時間を予測する。）

② 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。

【終了時確認事項】

終了時血圧：__ / __ mm Hg 終了時心拍数：__ / 分

※第2回法的脳死判定は第1回法的脳死判定終了後から6時間以上（6歳未満は24時間以上）経過してから行う。また判定開始に当たっては、再度生命徴候（p2）を確認すること。

第2回法的脳死判定

検査実施時刻：__月__日午前・午後__時__分～__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。
 開始時血圧：__／__ mm Hg 開始時心拍数：__／分
 意識レベル：JCS：__、GCS：__

【法的脳死判定での確認事項】

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、固定の有無：有、無
 脳幹反射：対光反射： 右；有 無 左；有 無
 角膜反射： 右；有 無 左；有 無
 毛様脊髄反射：右；有 無 左；有 無
 眼球頭反射： 有 無
 前庭反射： 右；有 無 左；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）

聴性脳幹誘発反応を行った場合：I波のみ、I～V波全て消失、その他（__）

無呼吸テスト：自発呼吸の消失

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

無呼吸テスト中の重篤な不整脈 有 無

（留意点）

- ① 血液ガス分析は2～3分毎に行うこと。（6歳未満では開始から3～5分後に行い、以後の採血時間を予測する。）
- ② 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。

【終了時確認事項】

終了時血圧：__／__ mm Hg 終了時心拍数：__／分

法的脳死判定脳波

○ 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

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)

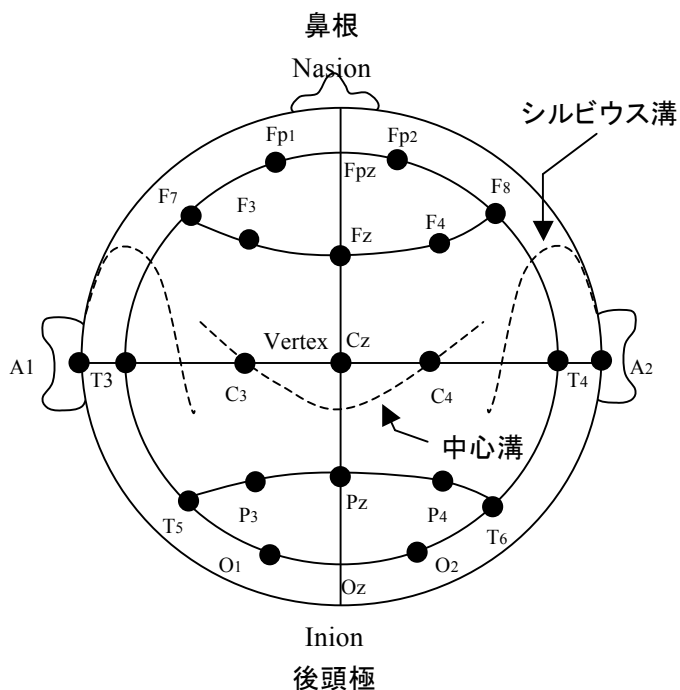
i) 単極導出

<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"/>	, <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。



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)

較正電圧曲線の記録 (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

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

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 ※必須項目ではない

(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 (最大音圧刺激)
- 両耳刺激 片耳刺激 (左耳刺激 右耳刺激)

結果

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 ()

法的脳死判定結果

法的脳死と判定する。 法的脳死と判定できない。

判定医療機関

名称 _____ 所在地 _____

判定医

氏名 _____ 氏名 _____
(記名押印又は自筆署名) (記名押印又は自筆署名)

住所 _____ 住所 _____
(又は所属医療機関の所在地及び名称) (又は所属医療機関の所在地及び名称)

専門医、指導医資格 _____ 科 専門医資格 _____ 科

氏名 _____ 氏名 _____
(記名押印又は自筆署名) (記名押印又は自筆署名)

住所 _____ 住所 _____
(又は所属医療機関の所在地及び名称) (又は所属医療機関の所在地及び名称)

専門医資格 _____ 科 専門医資格 _____ 科

- (注)・脳死判定に当たって記録した脳波の記録(記録番号 _____)
- ・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
 - ・脳死判定を受けた者が生存中に脳死判定に従う医師を書面により表示していたときは、当該書面の写し
 - ・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
 - ・家族が脳死判定を拒まない・承諾する旨を表示した書面を添付のこと。