

脳死判定的確実施証明書

脳死の判定を受けた者

(フリガナ)

氏名 _____

住所 _____

〔 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (男 ・ 女) 〕

脳死判定の終了日時

第1回目 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分

第2回目 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分

判定が行われた医療機関 (臓器提供施設)

名称 _____

所在地 _____

以下の全てに該当することを確認した上で、脳死の判定を実施しました。

- ・ 脳の器質的な障害により深昏睡及び自発呼吸を消失した状態と認められる者
- ・ 器質的脳障害の原因となる疾患が確実に診断されている者 (CT、MRI 等の画像診断は必須)
- ・ 原疾患に対して行い得るすべての適切な治療を行った場合であっても回復の可能性がないと認められる者

脳死の判定を受けた者は以下のいずれの者にも該当しません。

- ・ 生後 12 週 (在胎週数が 40 週未満の場合は出産予定日から起算して 12 週) 未満の者
- ・ 急性薬物中毒により深昏睡及び自発呼吸を消失した状態にあると認められる者
- ・ 深部体温が摂氏 32 度未満 (6 歳未満の者にあつては、摂氏 35 度未満) の状態にある者
- ・ 代謝性障害又は内分泌性障害により深昏睡及び自発呼吸を消失した状態にあると認められる者

脳死の判定に当たっては、以下の状態を確認し、少なくとも 6 時間 (6 歳未満の者は 24 時間) を経過した後再度、以下の状態を確認しました。

- ① 深昏睡
- ② 瞳孔が固定し、瞳孔径が左右とも 4 ミリメートル以上であること
- ③ 脳幹反射 (対光反射、角膜反射、毛様脊髄反射、眼球頭反射、前庭反射、咽頭反射及び咳反射) の消失
- ④ 平坦脳波
- ⑤ 自発呼吸の消失
- ⑥ 眼球損傷、鼓膜損傷、高位脊髄損傷その他これらに類する状態により②又は③に掲げる状態の確認ができない場合にあつては、脳血流の消失

脳死の判定に当たっては、以下を確認しました。

- ・ 中枢神経抑制薬、筋弛緩薬その他の薬物が判定に影響していないこと
- ・ 自発運動、除脳硬直、除皮質硬直、けいれんが認められないこと

- ・ 血圧（単位 mmHg）が次の数値以上あること

☐ 収縮期血圧

1 歳未満 65 mmHg 以上、1 歳以上 13 歳未満（年齢×2）+ 65 mmHg 以上、13 歳以上 90 mmHg 以上

☐ 平均動脈圧

1 歳未満 40 mmHg 以上、1 歳以上 13 歳未満（年齢×1.5）+ 40 mmHg 以上、13 歳以上 60 mmHg 以上

脳死判定医（自筆署名または記名押印）

第1回目

（1 人目）

氏名 _____

所属医療機関名称 _____

医療機関所在地 _____

（2 人目）

氏名 _____

所属医療機関名称 ☐ : 同上 ☐ : _____

医療機関所在地 ☐ : 同上 ☐ : _____

（3 人目） ※必要時のみ記入

氏名 _____

所属医療機関名称 ☐ : 同上 ☐ : _____

医療機関所在地 ☐ : 同上 ☐ : _____

第2回目

（1 人目）

氏名 _____

所属医療機関名称 _____

医療機関所在地 _____

（2 人目）

氏名 _____

所属医療機関名称 ☐ : 同上 ☐ : _____

医療機関所在地 ☐ : 同上 ☐ : _____

（3 人目） ※必要時のみ記入

氏名 _____

所属医療機関名称 ☐ : 同上 ☐ : _____

医療機関所在地 ☐ : 同上 ☐ : _____