

脳死判定記録書

脳死の判定を受けた者

(フリガナ)

氏名 _____

(_____ 年 _____ 月 _____ 日生 (男・女))

住所 _____

脳死判定を承諾した家族

氏名 (続柄) _____ (_____)

住所 _____

脳死判定を受けた者及び家族の意思

(ア～ウのいずれか)

☐ ア 本人の意思表示ありの場合

(本人が脳死下での臓器提供をする意思を書面中表示し、かつ法的脳死判定に従わないとの意思表示をしていない)

→ 家族が脳死判定を拒まない (承諾している) 又は家族がない

☐ 拒まない (承諾している)☐ 家族がない☐ 拒んでいる → 法的脳死判定の対象外☐ イ 本人意思が不明の場合

(本人の脳死下で臓器提供をする意思が不明で、かつ法的脳死判定に従わないとの意思表示をしていない)

→ 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 → 法的脳死判定の対象外☐ ウ アまたはイに該当しない → 法的脳死判定の対象外

脳死判定を受けた者が親族に対し臓器を優先的に提供する意思

☐ 書面により表示している☐ 書面により表示していない

疾患名 _____

法的脳死判定の前に確認すべき事項

前提条件 全て該当すること	器質的脳障害により深昏睡及び自発呼吸を消失している	☐ はい ☐ いいえ
	器質的脳障害の原疾患が確実に診断されている	☐ はい ☐ いいえ
	器質的脳障害の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判断される	☐ はい ☐ いいえ
除外例 全て該当しないこと	急性薬物中毒	☐ あり ☐ なし
	深部体温が 32℃未満 _____℃ (測定部位： ☐ 膀胱 ☐ 直腸 ☐ 食道 ☐ その他 (_____)) ※6歳未満は 35℃未満	☐ あり ☐ なし
	代謝性障害・内分泌性障害	☐ あり ☐ なし
	生後 12 週未満 ※在胎週数が 40 週未満であった場合は、出産予定日から起算して 12 週未満	☐ あり ☐ なし
	虐待として児童相談所等に通告、もしくは当該時点で児童相談所等が虐待として介入している * 通告後に虐待が否定された場合は臓器提供可能	☐ あり ☐ なし ☐ 18歳以上で該当しない
	<u>18歳未満は下記をチェックする</u> ☐ 虐待防止委員会の開催や情報共有を実施した ☐ 倫理委員会等の開催を行った	
	【備考欄】	
薬剤等の影響 影響がないこと	中枢神経抑制薬、筋弛緩薬等による脳死判定への影響	☐ あり ☐ なし
	【備考欄】	

第1回法的脳死判定

検査開始日時：____月____日____時____分

開始時体温 (____℃ 測定部位： ☐膀胱 ☐直腸 ☐咽頭 ☐その他 (____))

※6歳以上は32℃以上、6歳未満は35℃以上であること

開始時血圧 血圧 (____/____ mmHg)

・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

開始時心拍数 (____) 回/分

下記の姿勢・運動が認められない

※ただし脳死下でも見られる運動は除く

自発運動 ☐認められない除脳硬直 ☐認められない除皮質硬直 ☐認められないけいれん ☐認められないミオクローヌス ☐認められない

深昏睡、瞳孔散大・固定の確認

深昏睡	☐ JCS 300 かつ GCS 3 であることを確認した		
瞳孔径 左右とも 4 mm 以上	右 (____) mm	左 (____) mm	☐ 判定不能 ☐ 右 ☐ 左 ☐ 両側
瞳孔固定	右 ☐ 固定を確認した	左 ☐ 固定を確認した	☐ 判定不能 ☐ 右 ☐ 左 ☐ 両側

脳幹反射の確認

対光反射	右 ☐ 消失を確認した	左 ☐ 消失を確認した	☐ 判定不能 ☐ 右 ☐ 左 ☐ 両側
角膜反射	右 ☐ 消失を確認した	左 ☐ 消失を確認した	☐ 判定不能 ☐ 右 ☐ 左 ☐ 両側
毛様脊髄反射	右 ☐ 消失を確認した	左 ☐ 消失を確認した	☐ 判定不能 ☐ 右 ☐ 左 ☐ 両側
眼球頭反射	☐ 消失を確認した		☐ 判定不能 ☐ 右 ☐ 左 ☐ 両側
前庭反射	右 ☐ 消失を確認した	左 ☐ 消失を確認した	☐ 判定不能 ☐ 右 ☐ 左 ☐ 両側
咽頭反射	右 ☐ 消失を確認した	左 ☐ 消失を確認した	☐ 判定不能 ☐ 右 ☐ 左 ☐ 両側
咳反射	☐ 消失を確認した		

脳血流検査の実施 ☐ あり (☐ CT 血管造影 ☐ SPECT ☐ DSA) ☐ なし

→ ☐ 消失していた ☐ 消失していなかった

聴性脳幹反応 (ABR: auditory brainstem response) の実施 ☐ あり ☐ なし

→ ☐ 脳幹成分以降の波形が消失していた ☐ 消失していなかった

【備考欄 (検査名および結果の詳細等を記載)】

高感度脳波

記録時刻 時 分 ～ 時 分

実際に判読可能な正味時間 (高感度脳波) 分 ☐ 15 分以上の記録である

※雑音などが入った時間を除き、判定可能な平坦脳波が 15 分以上記録されていれば良い。

脳波所見 ☐ 平坦脳波 (ECI) ☐ 平坦脳波とは判断できず

無呼吸テスト

1) 無呼吸テスト開始前の前提条件

- ☐ 血圧が基準範囲内である
- ☐ 体温は深部温で 35 °C 以上であることが望ましい
- ☐ 100 % 酸素 (FIO₂ 1.0) で 10 分間程度の人工呼吸を行う
- ☐ 動脈血二酸化炭素分圧 (PaCO₂) が 35～45 mmHg である

2) 無呼吸テスト時の人工呼吸器等の設定 ※下記のいずれかにチェックをする

- ☐ 強制換気を解除できる人工呼吸器の CPAP モード
- ☐ PEEP バルブのある流量膨張式バッグ
- ☐ 気管内チューブ内に留置した気管内吸引カテーテルからの酸素投与 (6L/min)
- ☐ 気管内チューブに T ピースを接続し酸素投与 (6L/min)

3) ECMOの有無

☐あり (☐ VA-ECMO ☐ VV-ECMO ☐ その他)☐なし

【備考欄】

4) 無呼吸テスト(動脈血の血液ガス分析結果と時間経過)

	時刻	PaCO ₂	PaO ₂	血圧
テスト開始直前検査※ ¹	時 分			/
テスト開始※ ²	時 分			
テスト終了判断検査※ ¹	時 分			/
人工呼吸器装着	時 分			
無呼吸テスト終了※ ³	時 分			

※1 PaCO₂の値を確認した時刻を記す

※2 人工呼吸器による換気を中止した時刻を表す

※3 PaCO₂が60 mmHg以上になっても呼吸刺激が誘発されないこと(無呼吸)を確認する

【第1回法的脳死判定 終了時 確認事項】

終了時体温 ()℃ 測定部位: ☐膀胱 ☐直腸 ☐咽頭 ☐その他 ()

※6歳以上は32℃以上、6歳未満は35℃以上であること

終了時血圧 血圧 (/ mmHg)

☐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

終了時心拍数 ()回/分

5) 無呼吸テストの結果

☐無呼吸を確認した(無呼吸テスト陽性)☐無呼吸テストを中止した無呼吸テスト中止の理由 ☐自発呼吸が確認された☐酸素化低下・血圧低下・不整脈等によりテストの継続が困難

【備考欄】

判定日時

※第1回法的脳死判定が終了した時刻を記載する。無呼吸テスト終了時刻と必ずしも一致しなくともよい。

_____年_____月_____日 _____時_____分

第2回法的脳死判定

検査開始日時：____月____日____時____分

※第1回法的脳死判定が終了してから6歳以上では6時間以上、6歳未満では24時間以上を経過している事

開始時体温（_____℃ 測定部位： ☐膀胱 ☐直腸 ☐咽頭 ☐その他（_____））

※6歳以上は32℃以上、6歳未満は35℃以上であること

開始時血圧 血圧（_____ / _____ mmHg）

・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

開始時心拍数（_____）回/分

下記の姿勢・運動が認められない

※ただし脳死下でも見られる運動は除く

自発運動 ☐認められない除脳硬直 ☐認められない除皮質硬直 ☐認められないけいれん ☐認められないミオクローヌス ☐認められない

深昏睡、瞳孔散大・固定の確認

深昏睡	☐ JCS 300 かつ GCS 3 であることを確認した		
瞳孔径 左右とも 4 mm 以上	右（_____） mm	左（_____） mm	☐ 判定不能 ☐ 右 ☐ 左 ☐ 両側
瞳孔固定	右 ☐ 固定を確認した	左 ☐ 固定を確認した	☐ 判定不能 ☐ 右 ☐ 左 ☐ 両側

脳幹反射の確認

対光反射	右 ☐ 消失を確認した	左 ☐ 消失を確認した	☐ 判定不能 ☐ 右 ☐ 左 ☐ 両側
角膜反射	右 ☐ 消失を確認した	左 ☐ 消失を確認した	☐ 判定不能 ☐ 右 ☐ 左 ☐ 両側
毛様脊髄反射	右 ☐ 消失を確認した	左 ☐ 消失を確認した	☐ 判定不能 ☐ 右 ☐ 左 ☐ 両側
眼球頭反射	☐ 消失を確認した		☐ 判定不能 ☐ 右 ☐ 左 ☐ 両側
前庭反射	右 ☐ 消失を確認した	左 ☐ 消失を確認した	☐ 判定不能 ☐ 右 ☐ 左 ☐ 両側
咽頭反射	右 ☐ 消失を確認した	左 ☐ 消失を確認した	☐ 判定不能 ☐ 右 ☐ 左 ☐ 両側
咳反射	☐ 消失を確認した		

脳血流検査の実施 ☐あり (☐ CT 血管造影 ☐ SPECT ☐ DSA) ☐なし→ ☐ 消失していた ☐ 消失していなかった聴性脳幹反応(ABR: auditory brainstem response)の実施 ☐あり ☐なし→ ☐ 脳幹成分以降の波形が消失していた ☐ 消失していなかった

【備考欄 (検査名および結果等を記載)】

高感度脳波

記録時刻 時 分 ~ 時 分

実際に判読可能な正味時間 (高感度脳波) 分 ☐15 分以上の記録である

※雑音などが入った時間を除き、判定可能な平坦脳波が 15 分以上記録されていれば良い。

脳波所見 ☐ 平坦脳波 (ECI) ☐ 平坦脳波とは判断できず

無呼吸テスト

1) 無呼吸テスト開始前の前提条件

- ☐ 血圧が基準範囲内である
- ☐ 体温は深部温で 35 °C 以上であることが望ましい
- ☐ 100 %酸素(FIO₂ 1.0)で 10 分間程度の人工呼吸を行う
- ☐ 動脈血二酸化炭素分圧(PaCO₂)が 35~45 mmHg である

2) 無呼吸テスト時の人工呼吸器等の設定 ※下記のいずれかにチェックをする

- ☐ 強制換気を解除できる人工呼吸器の CPAP モード
- ☐ PEEP バルブのある流量膨張式バッグ
- ☐ 気管内チューブ内に留置した気管内吸引用カテーテルからの酸素投与 (6L/min)
- ☐ 気管内チューブに T ピースを接続し酸素投与 (6L/min)

3) ECMOの有無 ☐あり (☐ VA-ECMO ☐ VV-ECMO ☐ その他) ☐なし

【備考欄】

4) 無呼吸テスト(動脈血の血液ガス分析結果と時間経過)

	時刻	PaCO ₂	PaO ₂	血圧
テスト開始直前検査※ ¹	時 分			/
テスト開始※ ²	時 分			
テスト終了判断検査※ ¹	時 分			/
人工呼吸器装着	時 分			
無呼吸テスト終了※ ³	時 分			

※1 PaCO₂の値を確認した時刻を記す

※2 人工呼吸器による換気を中止した時刻を表す

※3 PaCO₂が60 mmHg以上になっても呼吸刺激が誘発されないこと(無呼吸)を確認する

【第2回法的脳死判定 終了時 確認事項】

終了時体温 ()℃ 測定部位: ☐膀胱 ☐直腸 ☐咽頭 ☐その他 ()

※6歳以上は32℃以上、6歳未満は35℃以上であること

終了時血圧 血圧 (/ mmHg)

☐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

終了時心拍数 ()回/分

5) 無呼吸テストの結果

☐ 無呼吸を確認した(無呼吸テスト陽性)

☐ 無呼吸テストを中止した

無呼吸テスト中止の理由 ☐ 自発呼吸が確認された

☐ 酸素化低下・血圧低下・不整脈等によりテストの継続が困難

【備考欄】

法的脳死判定結果 ☐ 法的に脳死と判定される ☐ 脳死と判定されない

判定日時

※第2回法的脳死判定が終了し、死亡判定した時刻を記載する。無呼吸テスト終了時刻と必ずしも一致しなくともよい。

____年____月____日 ____時____分

脳死判定医（自筆署名又は記名押印）

第1回目判定医

（1人目）

氏名 _____ 専門医資格 _____ 科

所属医療機関名称 _____

医療機関所在地 _____

（2人目）

氏名 _____ 専門医資格 _____ 科

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 _____ 専門医資格 _____ 科

所属医療機関名称 ☐ : 同上 ☐ : _____

医療機関所在地 ☐ : 同上 ☐ : _____

第2回目判定医

（1人目）

氏名 _____ 専門医資格 _____ 科

所属医療機関名称 _____

医療機関所在地 _____

（2人目）

氏名 _____ 専門医資格 _____ 科

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 _____ 専門医資格 _____ 科

所属医療機関名称 ☐ : 同上 ☐ : _____

医療機関所在地 ☐ : 同上 ☐ : _____

<添付文書>

- ・ 家族が脳死判定を拒まない・承諾する旨を表示した書面
（ ☐ あり ☐ なし ）
- ・ 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
（ ☐ あり ☐ なし ）
- ・ 脳死判定を受けた者が生存中に脳死判定に従う意思を書面により表示していたときは、当該書面の写し
（ ☐ あり ☐ なし ）
- ・ 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
（ ☐ あり ☐ なし ）