

脳死判定及び臓器摘出の承諾手続に係る立会証明書

脳死判定及び臓器摘出の承諾手続が行われた事例の詳細

手続が行われた日 年 月 日

医療機関名

医療機関所在地

脳死判定及び臓器摘出を受ける者の氏名 (押印不要)

脳死判定及び臓器摘出の承諾手続に係る説明を行った者

所属医療機関

認定ドナーコーディネーター氏名 (押印不要)

認定ドナーコーディネーター認定番号

脳死判定及び臓器摘出の説明を受けた者の氏名 (承諾者) (押印不要)

私は、上記事例において、脳死判定及び臓器摘出の承諾手続に係る立会いを行い、以下の項目を満たすことを確認しました (以下にチェック)。

- ☐ 認定ドナーコーディネーターは、承諾者 (同席者を含む。以下同様。) の任意性に十分に配慮した説明を行い、承諾者からの質問に適切に対応していたことを確認しました。
- ☐ 承諾者が十分な説明を受け、了解をした上で自発的に同意したことを、説明者が同席しない場面で承諾者に確認しました。

本事例における脳死判定及び臓器摘出の承諾手続について、承諾の任意性が担保されていることを証明します。

(コーディネーター)

立会者 所属機関名

立会者氏名 (自筆署名又は記名押印)

立会方法 (いずれかに○) 対面 ・ オンライン

(注) 本証明書は脳死判定・臓器摘出承諾書と併せて保管すること。手続後、速やかに作成し、当該医療機関に対して写しを提出すること。