

7 検証会議とはどのような会議ですか

7 -2) 検証資料フォーマットとは

検証手順の中に『検証に当たっては、検証会議を行う前に検証会議の構成員の一部及び参考人からなる「医学的検証作業グループ」により医学的評価を行い』となっています。

その「医学的検証作業グループ」による評価を提供施設が受けるために、法的脳死判定の発端から治療経過と判定後までの経過のすべてを、定められた一定のフォーマットに従って記入するテキストが[検証資料フォーマット]といわれています。

平成 23 年 5 月に改正臓器移植法に沿うように改訂されました。以下に表紙と目次と 10 章脳波所見(一部)を示しました。脳波に関する記入欄は最後にまとめられています。なお、検証資料フォーマットは公表されていませんのでご注意ください。

<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"><small>例日</small></div> <p style="font-size: small;">(事務局にて記載)</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 40px; margin: 20px auto; text-align: center; font-size: 24px; font-weight: bold;">表紙</div> <p style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: 16px;">脳死臓器移植に関する検証資料フォーマット</p> <p style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: 14px;">(平成23年5月改訂)</p> <p>施設名 _____</p> <p>患者イニシャル及びID _____</p> <p>生年月日 大・昭・平 年 月 日生 才 (男・女)</p> <p>記載責任者 _____ 印</p> <p>記載年月日 年 月 日</p>
--

目次	
1. 経過のサマリー・コメント	1
2. 病院前救護	2
1) 救急車要請日時・病院到着日時	2
2) 救急車の要請から来院までの経過	2
3. 来院時の所見・処置等	3
1) 来院時所見	3
2) 受診時の所見・処置	3
3) 初回画像所見	4
4) 病名	4
4. 治療法の選択と家族への説明	5
5. 原疾患の治療	6
1) 手術	6
2) 入院後の管理	6
3) 経過中の画像所見など	11
6. 法的脳死判定開始前の状態	12
1) 最終画像診断など	12
2) 脳病変の推移	12
3) 神経症状	12
4) 神経症状に影響を及ぼす薬物などの影響の判断	12
7. 脳死とされうる状態の診断	13
1) 前提条件	13
2) 除外例	13
3) 留意事項	13
4) 脳死とされうる状態の診断中の昇圧薬	14
2) 脳死とされうる状態の診断	15
8. 法的脳死判定	16
1) 第1回目法的脳死判定	16
2) 第2回目法的脳死判定	17
9. 検視について	17
10. 脳波所見	18
1) 脳死とされうる状態時脳波	18
2) 法的脳死判定時脳波	20

10章 脳波所見の一部(脳死とされうる状態時脳波)

10. 脳波所見 (確認のため□事項はチェックすること)

1) 脳死とされうる状態時脳波

①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

②導出 (記載例 C3-A1)

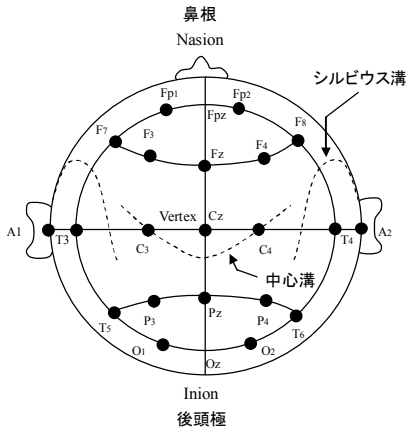
i) 単極導出

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ii) 双極導出

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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。



③記録条件

- 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)

④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

⑤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

⑥アーチファクト

- 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 : 平坦脳波 (ECI) 非平坦脳波 判定不能

備考 :

聴性脳幹反応 (施行した場合のみ□事項をチェックすること (複数可))

- i) 刺激側
 - 両耳刺激 片耳刺激 (左耳刺激 右耳刺激)
- ii) 刺激音強度
 - 最大音圧刺激 (_____ dB) その他 (_____ dB)
- iii) 電極配置
 - Cz-A1 Cz-A2
- iv) 加算回数 _____ 回
- v) 結果 (両耳最大音圧刺激を行った場合にはその所見)
 - 無反応 I波のみ その他 (

ECI 委員会註)

検証資料フォーマットは公表されてませんが、上記の見本は臓器移植ネットワークのご厚意により臓器提供施設であれば入手する許可を得ましたので今回は例として出しました。必要な方は、

- 1) 日本神経生理検査研究会 会員の有無
- 2) 施設名 所属部署
- 3) 氏名
- 4) Email アドレス

を明記され、eci2010@googlegroups.com までお問い合わせメールを送って下さい。