

使用呼吸器昏迷病人腦死判定會診單

表格一

Consultation Sheet of Brain Death Determination for Comatose Patient on Ventilator

編號

醫院名稱：

Serial No : \_\_\_\_\_

Hospital \_\_\_\_\_

姓名	年齡	性別	病歷號	床號
<p>1. 原發性疾病(診斷、發病、過程、手術、麻醉等) Primary disease (diagnosis, onset, course, surgery, anesthesia, etc.)</p>				
<p>2. 導致昏迷的可能原因及昏迷發生時間 Possible cause and onset of coma</p>				
<p>3. 使用呼吸器時間 Time on ventilator</p>				
<p>4. 生命徵象 Vital signs</p> <p>體溫 T _____ °C ; 脈搏 P _____ ; 血壓 BP _____ / _____ mmHg</p>				
<p>5. 用藥(藥名、劑量、用藥方式、最後一次給藥時間等) Medications (drug name, dosage, route of administration, time of last dose, etc.)</p>				
<p>6. 相關檢查項目所得資料及數據 Relevant tests and laboratory data</p>				
<p>主治醫師簽名 Signature: _____ 日期時間 Date and Time: _____</p>				

一式三聯 甲聯存病歷 乙聯存腦死判定小組 丙聯必要時送檢察官。

Check List of Brain Death Determination for Comatose Patient on Ventilator

編號：  
Serial No: \_\_\_\_\_

醫院名稱：  
Hospital: \_\_\_\_\_

姓名	年齡	性別	病歷號	床號																
1. 血壓 BP: _____ / _____ mmHg, 脈搏 P _____ / min, 體溫 T _____ °C 2. 昏迷量表 Glasgow coma scale: 眼球運動 E _____, 言語反應 V _____, 四肢運動 M _____ 總分 Total _____ 3. 深度昏迷發生時間 Time of onset of deep coma _____ (昏迷量表 5 分或 5 分以下) 4. 開始使用呼吸器的時間 Time when the ventilator was applied _____ 5. 昏迷原因 Cause(s) of coma: (在相關的方格內打勾 "✓", 可複選 Mark with "✓" in the relevant box)																				
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">神經外科手術 Neurosurgery</td> <td style="width: 50%;">頭部外傷 Head injury</td> </tr> <tr> <td>蜘蛛膜下出血 SAH</td> <td>腦出血 Brain hemorrhage</td> </tr> <tr> <td>腦梗塞 Cerebral infarct</td> <td>腦瘤 Brain tumor</td> </tr> <tr> <td>腦膿瘍 Brain abscess</td> <td>神經系統感染 CNS infection</td> </tr> <tr> <td>腦缺氧 Hypoxia</td> <td>低體溫 Hypothermia</td> </tr> <tr> <td>代謝性或內分泌障礙 Metabolic or endocrine disturbance</td> <td>藥物中毒 Drug intoxication</td> </tr> <tr> <td>其他 Others (註明: _____)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>不明原因 Unknown</td> <td></td> </tr> </table>					神經外科手術 Neurosurgery	頭部外傷 Head injury	蜘蛛膜下出血 SAH	腦出血 Brain hemorrhage	腦梗塞 Cerebral infarct	腦瘤 Brain tumor	腦膿瘍 Brain abscess	神經系統感染 CNS infection	腦缺氧 Hypoxia	低體溫 Hypothermia	代謝性或內分泌障礙 Metabolic or endocrine disturbance	藥物中毒 Drug intoxication	其他 Others (註明: _____)		不明原因 Unknown	
神經外科手術 Neurosurgery	頭部外傷 Head injury																			
蜘蛛膜下出血 SAH	腦出血 Brain hemorrhage																			
腦梗塞 Cerebral infarct	腦瘤 Brain tumor																			
腦膿瘍 Brain abscess	神經系統感染 CNS infection																			
腦缺氧 Hypoxia	低體溫 Hypothermia																			
代謝性或內分泌障礙 Metabolic or endocrine disturbance	藥物中毒 Drug intoxication																			
其他 Others (註明: _____)																				
不明原因 Unknown																				
6. 檢視下述徵象, 若有任何下述徵象存在, 記錄其發生時間 Check the following signs, and when any of these signs are present, register the time of occurrence.																				
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">是 Yes</td> <td style="text-align: center;">否 No</td> <td style="text-align: center;">時間 Time</td> </tr> </table>						是 Yes	否 No	時間 Time												
	是 Yes	否 No	時間 Time																	
(1) 依賴人工呼吸器 Depends on ventilator.....																				
			無 Absent	有 Present																
(2) 自發性運動 Spontaneous movements.....																				
(3) 去皮質或去大腦之異常身體姿勢 Decorticate or decerebrate abnormal postures.....																				
(4) 癲癇性抽搐 Epileptic jerking.....																				
7. 腦幹反射測試 Testing of brainstem reflexes																				
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">無 Absent</td> <td style="text-align: center;">有 Present</td> <td style="text-align: center;">不能確定 U(原因 R)</td> </tr> </table>						無 Absent	有 Present	不能確定 U(原因 R)												
	無 Absent	有 Present	不能確定 U(原因 R)																	
(1) 頭-眼反射 Oculocephalic reflex..... ( )																				
(2) 瞳孔對光反射 Pupillary light reflex..... ( )																				
(3) 眼角膜反射 Corneal reflex..... ( )																				
(4) 前庭-動眼反射 Vestibulo-ocular reflex..... ( )																				
(5) 對身體任何部位之疼痛刺激, 在顱神經分佈範圍區內引起運動性反應 Motor response within the cranial nerve distribution in response to adequate stimulation of any somatic area..... ( )																				
(6) 刺激支氣管時之作嘔或咳嗽反射 Gag reflex or reflex response to the bronchial stimulation. ( )																				
主治醫師簽名 Signature: _____ 日期時間 Date and Time: _____																				

一式三聯：申聯存病歷，之聯存腦死判定小組，內聯必要時送檢察官。

\*本表格可依實際需要重複使用, 並請註明頁碼。

**腦死判定檢視表**  
Check List for Brain Death

表格三

編號：  
Serial No: \_\_\_\_\_

醫院名稱：  
Hospital: \_\_\_\_\_

姓名	年齡	性別	病歷號	床號				
<b>項 目</b>			<b>第一次測試</b>		<b>第二次測試</b>			
			日期(D)	時間(T)	體溫(°C)	日期(D)	時間(T)	體溫(°C)
在相關的方格內打 "✓" Mark with "✓" in the relevant box			是 Yes	否 No		是 Yes	否 No	
1. 完全符合先決條件 All the preconditions have been fulfilled			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. 完全排除可逆性的昏迷 All the possible causes of reversible coma have been excluded			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. 觀察時間 Duration of observation period			時 Hours _____ 分 Minutes _____					
4. 確認下列情形 The following conditions ascertained			是 Yes	否 No		是 Yes	否 No	
(A) 昏迷指數三分 Glasgow Coma Scale scored 3			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(B) 依賴人工呼吸器 Depends on ventilator			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(C) 無下列徵象 Absence of the following signs			無 Absent	有 Present		無 Absent	有 Present	
(1) 自發動作 Spontaneous movements			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) 去皮質或去大腦之異常身體姿勢 Decorticate or decerebrate abnormal postures			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3) 癲癇性抽搐 Epileptic jerking			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. 「判定性」腦幹反射測試 Brainstem reflexes								
(A) 若某些項目無法測試，明述其理由 If some items cannot be tested, state the reasons								
(B) 確認腦幹反射消失 Absence of brainstem reflexes ascertained			無 Absent	有 Present		無 Absent	有 Present	
(1) 頭、眼反射 Oculocephalic reflex			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) 瞳孔對光反射 Pupillary light reflex			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3) 眼角膜反射 Corneal reflex			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(4) 前庭、動眼反射 Vestibulo-ocular reflex			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(5) 對身體任何部位之疼痛刺激，在顱神經分佈區範圍內引起運動性反應 Motor response within the cranial nerve distribution in response to adequate stimulation of any somatic area			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(6) 插入導管刺激支氣管時，引起作嘔或咳嗽之反應 Gag reflex or reflex in response to bronchial stimulation by a suction catheter passed down the trachea			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. 測試無自行呼吸			是 Yes	否 No		是 Yes	否 No	
(1) 由人工呼吸器供應 100% 氧氣 10 分鐘 Preoxygenate with 100% O <sub>2</sub> for 10 minutes			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) 給予 95% 氧氣加 5% 二氧化碳 5 分鐘使測試前動脈血中 PaCO <sub>2</sub> 達到 40 mmHg 以上 Administer 5% CO <sub>2</sub> in 95% O <sub>2</sub> for 5 minutes to ensure pre-testing PaCO <sub>2</sub> of 40 mmHg			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PaCO <sub>2</sub> : _____ PaO <sub>2</sub> : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PaCO <sub>2</sub> : _____ PaO <sub>2</sub> : _____
(3) 取除人工呼吸器，並由氣管內管供應 100% 氧氣，每分鐘供應 6 公升 Disconnect the ventilator and insufflate the trachea with 100% O <sub>2</sub> at 6L/min through the intratracheal catheter passed to the carina			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(4) 觀察 10 分鐘，並檢測動脈血中氣體以確定最後血中 PaCO <sub>2</sub> 達 60 mmHg 以上 Maintain disconnection for 10 minutes and check arterial blood gas to ensure final PaCO <sub>2</sub> over 60mmHg			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PaCO <sub>2</sub> : _____ PaO <sub>2</sub> : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PaCO <sub>2</sub> : _____ PaO <sub>2</sub> : _____
(5) 確認病人無法自行呼吸 Absolute apnea ascertained			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
判定醫師簽名 Signatures			_____					
日期時間 Date and Time			_____					

一式三聯：甲聯存病歷，乙聯存腦死判定小組，丙聯必要時送檢察官。