

使用呼吸器昏迷病人腦死判定檢查表 (第 頁) *

Check List of Brain Death Determination for Comatose Patient on Ventilator

編號: _____ 醫院名稱: _____ 科別: _____
 Serial No: _____ Hospital: _____ Department: _____

| | | | | | | |
|----|----|---|---|----|-----|----|
| 姓名 | 年齡 | 年 | 月 | 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)

| | |
|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 神經外科手術 Neurosurgery | <input type="checkbox"/> 頭部外傷 Head injury |
| <input type="checkbox"/> 蛛網膜下出血 SAH | <input type="checkbox"/> 腦出血 Brain hemorrhage |
| <input type="checkbox"/> 腦梗塞 Cerebral infarct | <input type="checkbox"/> 腦瘤 Brain tumor |
| <input type="checkbox"/> 腦膿瘍 Brain abscess | <input type="checkbox"/> 神經系統感染 CNS infection |
| <input type="checkbox"/> 腦缺氧 Hypoxia | <input type="checkbox"/> 低體溫 Hypothermia |
| <input type="checkbox"/> 代謝性或內分泌障礙 Metabolic or endocrine disturbance | <input type="checkbox"/> 藥物中毒 Drug intoxication |
| <input type="checkbox"/> 其他 Others (註明: _____) | |
| <input type="checkbox"/> 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.

| | 是 Yes | 否 No | 時間 Time |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------|
| (1) 依賴人工呼吸器 Depends on ventilator..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| | 無 Absent | 有 Present | |
| (2) 自發性運動 Spontaneous movements..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| (3) 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"/> | _____ |
| (4) 癲癇性抽搐 Epileptic jerking..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
7. 腦幹反射測試 Testing of brainstem reflexes

| | 消失 Absent | 存留 Present | 不能確定 (理由 Reason) Uncertain |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| (1) 頭-眼反射 Oculocephalic reflex..... | <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"/> (_____) |
| (3) 眼角膜反射 Corneal reflex..... | <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"/> (_____) |
| (5) 對身體任何部位之疼痛刺激, 在顱神經分佈範圍內 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"/> (_____) |
| (6) 刺激支氣管時之作嘔或咳嗽反射 Gag reflex or reflex response to the bronchial stimulation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> (_____) |
8. 輔助測試 Ancillary test
 (腦幹反射測試無法完成或不能確定)
 Incomplete or uncertain testing of brainstem reflex
 需要 Required 不需要 Not required

原診治醫師簽名
Signature: _____
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。

*本表格可依實際需要重複使用, 並請註明頁碼。