

附表三

## 腦死判定檢視表

### Check List for Brain Death

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				
項目					第一次測試		第二次測試			
					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 _____					
兩次測試間隔時間 Interval between two tests					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					消失 Absent	存留 Present	無法判定 Uncertain	消失 Absent	存留 Present	無法判定 Uncertain
(1) 頭、眼反射 Oculocephalic reflex					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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射 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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。

