**脳死判定の的確実施の証明書**

脳死判定を受けた者

　氏名

　住所

 性別　　　　 生年月日　　　　年　　　　月　　　　日生

脳死判定の日時

　（１回目の確認時） 　　 年 　 月 　 日　午前・午後　　　　時　　　　分

（２回目の確認時） 　　 年 　 月 　 日　午前・午後　　　　時　　　　分

判定医療機関

 名称　　　　　　　　　　 　 所在地

１回目判定医（＊担当の判定医全員の氏名等を記載）

氏名　　　　　　　　　　 　　　　 　　　　氏名

 住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　（又は所属医療機関の所在地及び名称） 　　（又は所属医療機関の所在地及び名称）

２回目判定医（＊担当の判定医全員の氏名等を記載）

氏名　　　　　　　　　　 　　　　 　　　　氏名

 住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　（又は所属医療機関の所在地及び名称） 　　（又は所属医療機関の所在地及び名称）

以下の全てに該当することを確認した上で脳死の判定を実施しました。

　・　脳の器質的な障害により深昏睡及び自発呼吸を消失した状態と認められる者

　・　器質的脳障害の原因となる疾患が確実に診断されている者（ＣＴ、ＭＲＩ等の画像診断は必須）

　・　回復の可能性がないと認められる者

脳死の判定を受けた者は以下のいずれの者にも該当しません。

　・　生後１２週（在胎週数が４０週未満の場合は出産予定日から起算して１２週）未満の者

 ・　急性薬物中毒により深昏睡及び自発呼吸を消失した状態にあると認められる者

　・　直腸温、食道温等の深部温が摂氏３２度未満（６歳未満の者は３５度未満）の状態にある者

　・　代謝性障害又は内分泌性障害により深昏睡及び自発呼吸を消失した状態にあると認められる者

　・　自発運動、除脳硬直、除皮質硬直、けいれんが認められる者

脳死の判定に当たっては、以下の状態を確認し、少なくとも６時間（６歳未満の者は２４時間）を経過した後に再度、以下の状態を確認しました。

　・　深昏睡

　・　瞳孔が固定し、瞳孔径が左右とも４ミリメートル以上であること

　・　脳幹反射(対光反射、角膜反射、毛様脊髄反射、眼球頭反射、前庭反射、咽頭反射及び咳反射)の消失

　・　平坦脳波

　・　自発呼吸の消失

脳死の判定に当たっては、中枢神経抑制薬、筋弛緩薬その他の薬物が判定に影響していないこと
及び収縮期血圧（単位　mmHg）が次の数値以上あることを確認しました。

１歳未満：６５

１歳以上１３歳未満：年齢×２＋６５

１３歳以上：９０

　 年　　　月　　　日

　　 作成者（判定医）氏名　　　　　　　　　 　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　 　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　 　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　 　　　　　印

（＊担当の判定医全員の記名押印又は自筆署名）