

國軍高雄總醫院

Kaohsiung Armed Forces General Hospital

使用呼吸器昏迷病人腦死判定檢查表

Check List of Brain Death Determination for Comatose Patient on Ventilator

姓名：男 ☐ 女 ☐
 生日：
 病床號：
 身分證號：

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"/> 蜘蛛膜下出血 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"/> 腦腫瘍 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 No	否 Yes	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	存留	不能確定 (理由
Reason)	Absent	Present	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.....	<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	需要 Required	不需要 Not required	
(腦幹反射測試無法完成或不能確定)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Incomplete or uncertain testing of brainstem reflex			
主治醫師簽名			
Signature: _____			
日期時間			
Date and Time: _____			