

บันทึกการตรวจวินิจฉัยสมองตาย

ชื่อ นามสกุล อายุ ปี เดือน

โรงพยาบาล HN.....

แพทย์ผู้ดูแล.....

คณะแพทย์ผู้วินิจฉัยสมองตาย

1.

2.

3.

วัน/เดือน/ปี ที่ประเมิน

ครั้งที่ 1 วันที่ เดือน พ.ศ. เวลา น.

ครั้งที่ 2 วันที่ เดือน พ.ศ. เวลา น.

(ระยะเวลาระหว่างการตรวจครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ต้องไม่น้อยกว่า 6 ชั่วโมง ยกเว้นผู้ป่วยทารกอายุระหว่าง 7 วัน ถึง 2 เดือน ต้องไม่น้อยกว่า 48 ชั่วโมง หากอายุระหว่าง 2 เดือนถึง 1 ปี ต้องไม่น้อยกว่า 24 ชั่วโมง)

โปรดใช้เครื่องหมาย ✓ ในขั้นตอนที่ตรวจ

1. สภาวะก่อนการวินิจฉัยสมองตาย

1.1 โรค หรือภาวะที่ทำให้สมองตาย.....

1.2 ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ไม่หายใจ และอยู่ในเครื่องช่วยหายใจ

ตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ. เวลา น.

1.3 ภาวะที่ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวและไม่หายใจเกิดจากสิ่งต่อไปนี้หรือไม่

	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2
	ไม่	ไม่
1.3.1 พิษยา (intoxication) ยาเสพติด ยานอนหลับ ยาคลายกล้ามเนื้อ หรือ สารพิษที่ทำให้กล้ามเนื้อไม่ทำงาน	[]	[]
1.3.2 ภาวะอุณหภูมิในร่างกายต่ำรุนแรง (<32°C)	[]	[]
1.3.3 ภาวะผิดปกติของระบบต่อมไร้ท่อ และเมตาบอลิก (endocrine and metabolic disturbances)	[]	[]
1.3.4 ภาวะช็อก (shock)	[]	[]

	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2
	ไม่	ไม่
1.3.5 สาเหตุอื่น ๆ ที่มีหนทางเยียวยาได้อีก	[]	[]
2. การตรวจและทดสอบเพื่อยืนยันสถานะสมองตาย (tests for brain death)		
2.1 มีการเคลื่อนไหวดังต่อไปนี้หรือไม่		
2.1.1 การเคลื่อนไหวได้เอง	[]	[]
2.1.2 อาการชัก	[]	[]
2.2 มีรีเฟล็กซ์ของก้านสมองดังนี้หรือไม่		
2.2.1 รีเฟล็กซ์ของรูม่านตาต่อแสง(pupillary light reflex)	[]	[]
2.2.2 รีเฟล็กซ์ของกระจกตา(corneal reflex)	[]	[]
2.2.3 การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อใบหน้าและลูกตา (motor response within the cranial nerve distribution)	[]	[]
2.2.4 เวสติบูลู โคลอออกคูลาร์รีเฟล็กซ์(vestibulo-ocular reflex)	[]	[]
2.2.5 ออกกัลโลเซฟาליกรีเฟล็กซ์(oculocephalic reflex)	[]	[]
2.2.6 รีเฟล็กซ์ของการกลืนและการไอ(gag and cough reflexes)	[]	[]
2.3 ทดสอบการไม่หายใจเป็นบวก โดยหยุดเครื่องช่วยหายใจนานนาที(ไม่น้อยกว่า 10 นาที) ตรวจค่า PaCO ₂ ก่อนหยุดเครื่องช่วยหายใจเท่ากับ.....มิลลิเมตรปรอทเมื่อเวลา.....น.(เวลาที่ส่งตรวจ) ตรวจค่า PaCO ₂ หลังหยุดเครื่องช่วยหายใจเท่ากับ.....มิลลิเมตรปรอทเมื่อเวลา.....น.(เวลาที่ส่งตรวจ)		
2.4 กรณีไม่สามารถทดสอบการไม่หายใจตามข้อ2.3ได้ มีการตรวจทดสอบยืนยันว่าไม่มีเลือดไหลเวียนเข้าสู่สมองโดยวิธีดังนี้เช่น [] cerebral angiogram [] Isotope brain scan หรือ []		
2.5 ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าสมองกรณีผู้ป่วยอายุไม่เกิน 1 ปีและไม่สามารถตรวจตามข้อ 2.4 ได้พบว่า		

ขอรับรองว่าคณะแพทย์ได้ตรวจผู้ป่วยตามรายการและวัน เวลาดังกล่าวแล้ว มีความเห็นว่าได้เกิดภาวะสมองตาย (brain death) ในผู้ป่วยรายนี้และแพทย์ได้ออกหนังสือรับรองการตายแล้ว

(1) ลงนาม (2) ลงนาม

(.....) (.....)

ตำแหน่ง ตำแหน่ง

(3) ลงนาม

(.....)

ตำแหน่ง

ผู้รับรองการวินิจฉัยสมองตาย และรับรองการตาย

ลงนาม

(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือผู้ได้รับมอบหมาย