

脳死診断 不明

脳死判定 (有・無)	
一回目 月 日 時 分	二回目 月 日 時 分
自発呼吸 (消失・自発あり・不明)	自発呼吸 (消失・自発あり・不明)
脳波 (消失・脳波あり・施行せず・不明)	脳波 (消失・脳波あり・施行せず・不明)
ABR (消失・波あり・施行せず・不明)	ABR (消失・波あり・施行せず・不明)
脳幹反射 (消失・反射あり・施行せず・不明)	脳幹反射 (消失・反射あり・施行せず・不明)

家族構成 不明

・・男性 ・・女性 回◎・・本人(ドナー) ●●・・死亡

ICに至るまで 不明

・カード 持っている 1 (心臓・肺・肝臓・腎臓・膵臓・小腸・眼球・その他)

2 (腎臓・膵臓・眼球・その他)

3 (臓器を提供しません)

持っていない _____

行方不明 _____

・オプション提示

あり (JOT ・主治医 ・その他) _____

なし (ご家族からの申し出 ・その他) _____

受け入れ状況 不明

平成 年 月 日 時 分 _____

Key Person () (積極的・否定的) _____

Key Person 以外 (積極的・否定的) _____

IC 不明

開始時間～終了時間 (日 時 分～ 日 時 分)

出席者 Fa. () Co. ()

主治医・医師 () Nrs. ()

承諾臓器 心臓 肺 肝臓 膵臓 小腸 腎臓 眼球

承諾組織 皮膚 心臓弁 血管 膵島 角膜 その他()

コメント _____

血清学的検査 □不明

RBC _____	Na _____
WBC _____	K _____
PLT _____	Cl _____
Hb _____	CRP _____
Ht _____	CPK _____
GOT _____	Alb _____
GPT _____	T-ビリルビン _____
γ-GTP _____	血糖値 _____
LDH _____	アミラーゼ _____
Cre _____	

(月/日)

B型肝炎 (－・＋・±・未) (/) (HbsAg・HbsAb・HBcAb・HBVDNA・不明・)

C型肝炎 (－・＋・±・未) (/) (HCVAb・HCVRNA (同定)・HCVRNA (定性)・不明・)

HIV (－・＋・±・未) (/) (HIV-1抗体・HIV-2抗体・HIVAb・HIV-1RNA (定性)・HIV-1RNA (定量)・HIVAg-Ab・不明・)

HTLV-1抗体 (－・＋・±・未) (/) (HTLV-1Ab・不明・)

CMV抗体 (－・＋・±・未) (/) (CMV (IgM)・CMV (IgG)・不明・)

パルボ B19 (－・＋・±・未) (/) (パルボ B19DNA・不明・)

梅毒 (脂質抗原) (－・＋・±・未) (/) (ガラス板法・RPR カードテスト・緒方法・不明・)

梅毒 (TP 抗原) (－・＋・±・未) (/) (TPHA・FTA-ABS・不明・)

A型肝炎 (－・＋・±・未) (/) EBウイルス (－・＋・±・未) (/)

単純ヘルペス (－・＋・±・未) (/) 水痘・帯状ヘルペス (－・＋・±・未) (/)

HLA (未・済・不明) A _____ B _____ DR _____

輸血(無・有・不明) _____ ml (Lot No. _____)

輸液(無・有・不明) _____ ml

チェック項目

共通

無有調査中	無有調査中	無有調査中
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 敗血症・菌血症	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 髄膜炎・脳炎	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 死亡原因不明
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 活動性梅毒	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 活動性結核	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 死亡時間不明
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ウイルス性肝炎	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 放射線治療中	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 化学療法中
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 進行性中枢疾患 (CJD)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 悪性疾患	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 自己免疫性疾患 (膠原病)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AIDS	

痔島

無有調査中	無有調査中	無有調査中
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> アルコール依存症	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 急性、慢性膵炎	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 糖尿病(I型/II型)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 細菌感染を伴う腹部外傷		

弁・血管

無有調査中	無有調査中	無有調査中
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 心臓弁膜症既往	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 心臓外傷	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 動脈硬化症
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 開心手術の既往	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 血管疾患	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Marfan 症候群

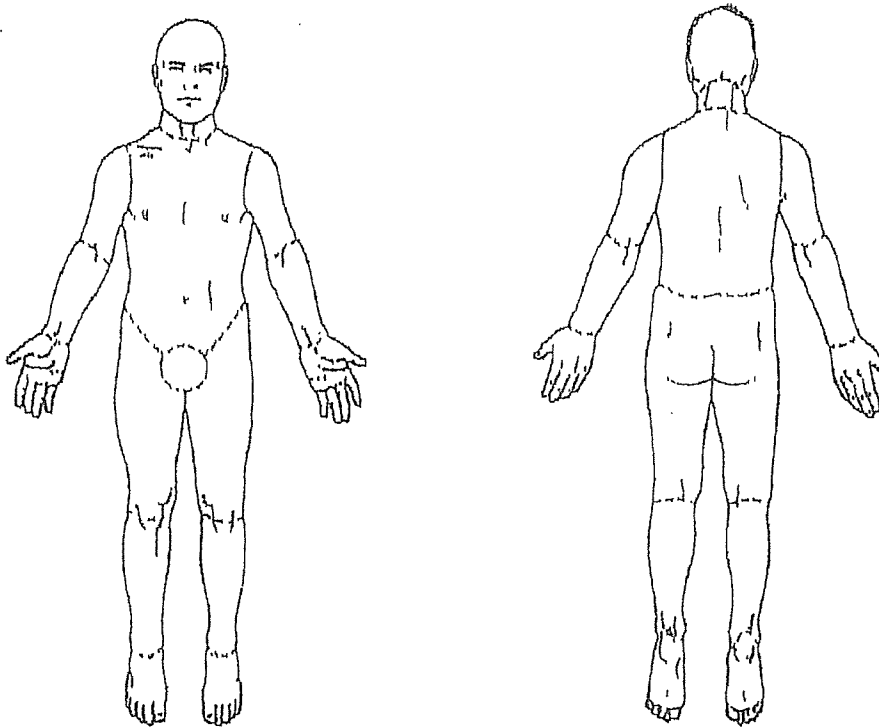
皮膚

無有調査中	無有調査中	無有調査中
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 皮膚の感染	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 皮膚炎	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 圧迫壊死
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 薬物中毒	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 構造破壊された皮膚	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> らい病
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 熱傷創または化学熱創傷	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 軟部組織の外傷	

骨

無有調査中
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 細菌、真菌の感染巣及び開放創の近傍にある組織

理学的所見 不明



理学的所見 不明

- | | |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 生殖器の潰瘍、ヘルペス、梅毒などの性感染症 | <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 |
| <input type="checkbox"/> 肛門コンジローム等の肛門性交の痕跡 | <input type="checkbox"/> 発赤 |
| <input type="checkbox"/> 注射針跡 | <input type="checkbox"/> 原因不明の黄疸 |
| <input type="checkbox"/> 刺青 | <input type="checkbox"/> () |
| <input type="checkbox"/> カボジ肉腫と思われる青色もしくは紺色の斑点 | <input type="checkbox"/> 異常なし |

皮膚の状態 不明

		異常なし	異常あり	詳細
前面	胸部	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	腹部	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	大腿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	腕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
後面	背中	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	臀部	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	大腿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	腕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

海外渡航歴

ウエストナイル ウイルス	提供前4週間以内の海外渡航歴 渡航歴がある場合はPCR検査などを行い、陽性でないことを確認する。
クロイツフェルト・ ヤコブ病	1980年以降に1ヶ月以上の英国滞在歴を有するもの 1980年以降、アイルランド・スイス・スペイン・ドイツ・フランス・ポルトガル・ベルギー・オランダ・イタリアの10カ国に通算6ヶ月以上の滞在歴を有するもの 1980年以降、アイスランド、アルバニア、アンドラ、オーストリア、ギリシャ、クロアチア、サンマリノ、スウェーデン、スロバキア、スロベニア、セルビア・モンテネグロ、チェコ、デンマーク、ノルウェー、バチカン、ハンガリー、フィンランド、ブルガリア、ポーランド、ボスニア・ヘルツェゴビナ、マケドニア、マルタ、モナコ、リヒテンシュタイン、ルーマニア、ルクセンブルグの26カ国に通算5年以上の滞在歴を有するもの
重症急性呼吸器症候群 (SARS)	10日以内にWHOが指定しているSARS流行地域より帰国しているもの

(注)

WHOが示す、重症急性呼吸器症候群(SARS)の「最近の地域内伝播」が疑われる地域の定義
 感染の発生した環境にかかわらず、最近20日以内に、その地域内での感染が強く疑われる複数のSARS可能性例が報告された地域

→2004年7月15日現在 なし 7月5日現在～ なし (台湾を削除)

提供施設名 _____
 摘出場所 _____
 ドナー氏名 _____

摘出前

時	分	人工呼吸器停止時刻
時	分	心停止
時	分	ドナーOpe 室入室

臓器提供

時	分	
時	分	
時	分	
時	分	
時	分	
時	分	
時	分	

膵島

時	分	ヘパリン注射
時	分	カニューレーション開始
時	分	灌流開始
時	分	摘出チーム Ope 室入室
時	分	器材カウント
時	分	摘出開始（腎摘出終了）
時	分	灌流終了
時	分	膵臓摘出終了
時	分	保存開始
時	分	摘出手術終了
時	分	器材カウント
時	分	摘出チーム Ope 室退室

弁・血管

時	分	摘出チーム Ope 室入室
時	分	器材カウント
時	分	摘出開始
時	分	心臓摘出
時	分	大動脈弁摘出
時	分	肺動脈弁摘出
時	分	胸部大動脈摘出
時	分	大腿静脈摘出
時	分	大腿動脈摘出
時	分	摘出手術終了
時	分	器材カウント
時	分	摘出チーム Ope 室退室

皮膚

時	分	採皮チーム Ope 室入室
時	分	器材カウント
時	分	消毒開始（面）
時	分	皮下注射開始（面）
時	分	採皮開始（面）
時	分	採皮終了（面）
時	分	消毒開始（面）
時	分	皮下注射開始（面）
時	分	採皮開始（面）
時	分	採皮終了（面）
時	分	器材カウント
時	分	採取チーム退室

骨

時	分	摘出チーム Ope 室入室
時	分	器材カウント
時	分	摘出開始
時	分	腸脛靭帯摘出
時	分	大腿骨摘出
時	分	膝蓋骨付脛骨・腓骨摘出
時	分	腸骨摘出
時	分	アキレス腱摘出
時	分	摘出終了
時	分	再建開始
時	分	再建終了
時	分	器材カウント
時	分	摘出チーム Ope 室退室

眼球・角膜

時	分	摘出医 Ope 室入室
時	分	器材カウント
時	分	左眼摘出開始
時	分	左眼摘出
時	分	右眼摘出開始
時	分	右眼摘出
時	分	眼摘出終了
時	分	器材カウント
時	分	摘出医退室

術後の処置

時	分	ドナーOpe 室退室
時	分	コーディネーター退室

記録者 _____

日時 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分

組織提供承諾書

組織の提供を行う者

氏名 _____ 年 月 日生 (男・女)

住所 _____

私は、組織を提供することについて別紙の通り説明を受け、充分理解いたしました。この上で、上記の者の心臓が停止したのちに必要な処置を行い、同人の組織の提供をすることを承諾します。

また、医学的問題で移植に使用することができない組織は、

1. 組織移植医療推進のための教育・研究にも用いられることを併せて承諾します。
2. 焼却することを併せて承諾します。

提供を承諾する組織 (提供を承諾する組織は○で囲み、提供を承諾しない組織には×を付ける)

心臓弁 血管 皮膚 臍島 骨

平成 年 月 日

施設名 _____

施設長 _____ 殿

西日本組織移植ネットワーク

代表世話人 北村惣一郎 殿

氏名 (自署) _____ 印

住所 _____

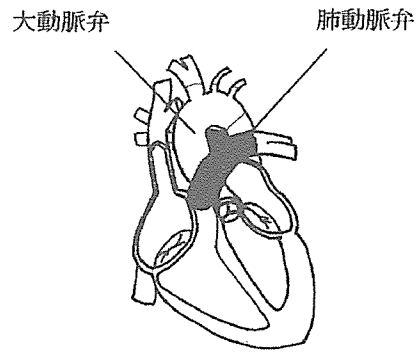
電話番号 _____

組織の提供を行う者との続柄 _____

説明者 (自署) _____ 印

立会人(自署又は記入捺印) _____ 印

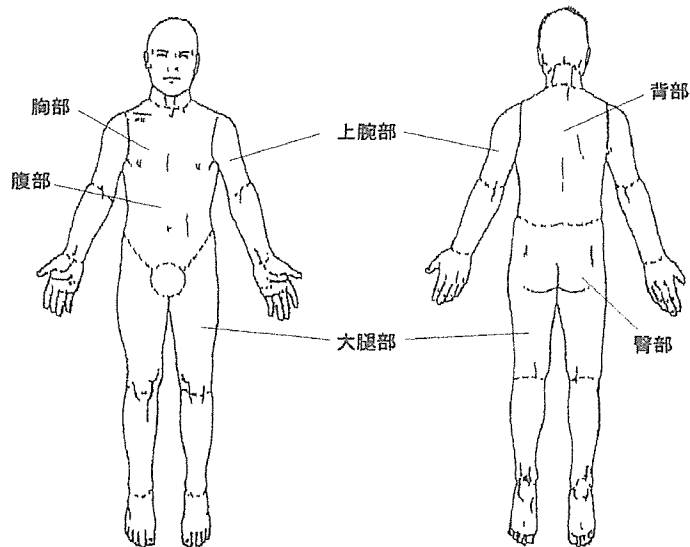
心臓弁 : (摘出部分はおおむね図に示す通りです)



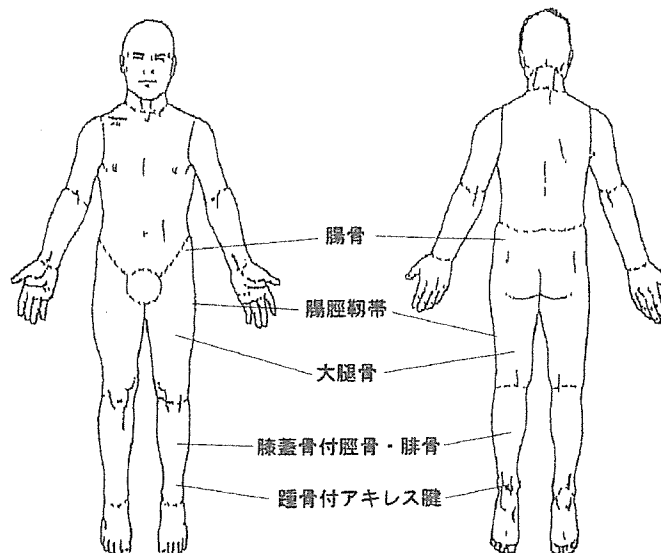
血管 : 胸部大動脈 大腿動脈 大腿静脈

膵臓 : 膵臓 (臓器全体が摘出されます)

皮膚 : (摘出部分はおおむね図に示す通りです)



骨 : (摘出部分はおおむね図に示す通りです)



平成 年 月 日

病院
殿

御 依 頼

西日本組織移植ネットワークは平成16年4月に発足し、西日本における同種組織移植治療の普及のため、それに参加する下記の各組織バンクと共に心臓停止後のご遺体から組織(心臓弁・血管・臍島・皮膚・骨等)を採取・新鮮移植・凍結保存し、組織の欠損や障害を持つ方に組織を移植し、多数の患者さんの救命やQOLの向上にむけて活動しております。組織温阻血時間をなるべく短くするために組織採取を夜間に行うこともあり、また可能な限り清潔な場所をお借りしなければなりません。

組織移植医療普及活動に対して御理解・御協力をお願いしたく存じます。今後貴施設で組織提供希望者があった場合、また、組織提供承諾書の提出があった場合には、以下の項目について御理解の上、御許可の程宜しくお願い申し上げます。

1. ご家族への説明・待機のための部屋を使用させて頂きたく存じます。
2. 組織採取に関し、貴施設手術室を使用させて頂きたく存じます。

組織採取の際には貴施設の御迷惑とならないよう迅速を旨とし、必要な物品(消毒・手術衣・手術器械・採取保存器具等)を組織採取チームが持参致しますが、もしも現場でお借りした物品がある場合には後日責任をもって組織採取チームが返却させて頂きます。また、使用後の手術室の清掃等も行わせて頂きます。

以上、本ネットワークの趣旨をご理解の上、何卒御協力を賜りますよう宜しくお願い申し上げます。

記

連携する組織バンク

臍島	: 京都大学・神戸大学・福岡大学の各臍島移植ブロック事務局
心臓弁・血管	: 国立循環器病センター組織保存バンク
皮膚	: 日本スキンバンクネットワーク
骨	: 東海骨バンク

以上

西日本組織移植ネットワーク
世話人 代表 北村 惣一郎

平成 年 月 日

西日本組織移植ネットワーク
世話人代表 北村 惣一郎 宛

施設名 _____

施設長名 _____ 印

当施設は、組織移植医療に賛同し協力します。

また、組織移植医療を目的とした心臓死後組織提供希望者(ドナー)からの組織採取に関して、今後下記について許可します。

記

1. ドナーの組織採取を当施設手術室にて施行すること
2. コーディネーター等によるドナー家族への説明ならびにコーディネーター及び摘出チーム等の待機を当施設にて行うこと

組織採取記録書（腓島）

ドナー氏名 _____ 性別 M・F 年齢 _____ 歳

原疾患 _____

提供日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

提供施設名 _____

摘出チーム	所属 _____	氏名 _____
	所属 _____	氏名 _____
	所属 _____	氏名 _____
	所属 _____	氏名 _____
	所属 _____	氏名 _____

コーディネーター _____

Time Table

時	分	ヘパリン開始
時	分	カニューレーション開始
時	分	心停止
時	分	灌流開始
時	分	摘出チーム手術室入室
時	分	器材カウント
時	分	腓臓摘出開始
時	分	灌流終了
時	分	腓臓摘出終了
時	分	保存開始
時	分	手術終了
時	分	器材カウント
時	分	摘出チーム手術室退室

問題点・その他

(_____)

記録者 所属 _____ 氏名 _____

組織採取記録書（皮膚）

ドナー氏名 _____ 性別 M・F 年齢 _____ 歳

原疾患 _____

提供日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

提供施設名 _____

摘出チーム 所属 _____ 氏名 _____

所属 _____ 氏名 _____

所属 _____ 氏名 _____

所属 _____ 氏名 _____

所属 _____ 氏名 _____

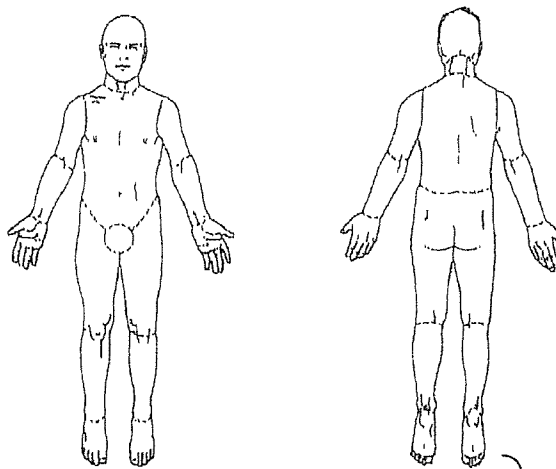
コーディネーター _____

Time Table

時	分	採取チーム手術室入室	
時	分	器材カウント	
(前/背) 面			
時	分	消毒開始	消毒方法：イソジン→ハイポ→ヘキザック
時	分	皮下注射開始	皮下注射量：() ml
時	分	採皮開始	デルマトーム：(ジンマー/パジェット/その他)
時	分	採皮終了	
(前/背) 面			
時	分	消毒開始	消毒方法：イソジン→ハイポ→ヘキザック
時	分	皮下注射開始	皮下注射量：() ml
時	分	採皮開始	デルマトーム：(ジンマー/パジェット/その他)
時	分	採皮終了	
時	分	器材カウント	
時	分	採皮チーム手術室退室	

採皮部位

- 前面 胸部 (右 左)
- 腹部 (右 左)
- 腕 (右 左)
- 大腿 (右 左)
- 下腿 (右 左)
- 後面 胸部 (右 左)
- 腹部 (右 左)
- 腕 (右 左)
- 大腿 (右 左)
- 下腿 (右 左)



問題点・その他 _____

記録者 所属 _____ 氏名 _____

組織採取記録書（骨）

ドナー氏名 _____ 性別 M・F 年齢 _____ 歳

原疾患 _____

提供日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

提供施設名 _____

摘出チーム 所属 _____ 氏名 _____

所属 _____ 氏名 _____

所属 _____ 氏名 _____

所属 _____ 氏名 _____

所属 _____ 氏名 _____

コーディネーター _____

Time Table

時	分	摘出チーム手術室入室	時	分	右腓骨摘出
時	分	器材カウント	時	分	左腸骨摘出
時	分	摘出開始	時	分	右腸骨摘出
時	分	左腸脛靭帯摘出	時	分	左踵骨付アキレス腱摘出
時	分	右腸脛靭帯摘出	時	分	右踵骨付アキレス腱摘出
時	分	左大腿骨摘出	時	分	摘出終了
時	分	右大腿骨摘出	時	分	再建開始
時	分	左膝蓋骨付脛骨	時	分	再建終了
時	分	右膝蓋骨付脛骨	時	分	器材カウント
時	分	左腓骨摘出	時	分	摘出チーム手術室退室

摘出部位

<input type="checkbox"/> 左腸脛靭帯	<input type="checkbox"/> 左踵骨付アキレス腱	<input type="checkbox"/> 左大腿骨	<input type="checkbox"/> 左膝蓋骨付脛骨
<input type="checkbox"/> 右腸脛靭帯	<input type="checkbox"/> 右踵骨付アキレス腱	<input type="checkbox"/> 右大腿骨	<input type="checkbox"/> 右膝蓋骨付脛骨
<input type="checkbox"/> 左腸骨	<input type="checkbox"/> 左腓骨	<input type="checkbox"/> その他 ()	
<input type="checkbox"/> 右腸骨	<input type="checkbox"/> 右腓骨		

問題点・その他

()

記録者 所属 _____ 氏名 _____

西日本組織移植ネットワーク組織採取時チェックリスト
 (コーディネーターから見た採取チームの採取状況)

提供施設名 _____
 採取実施日 _____年 ____月 ____日
 採取チーム _____

1) 礼意を尽くして採取ができているか

処置前の黙祷の実施 (実施した 実施しなかった)

処置後の黙祷の実施 (実施した 実施しなかった)

2) 採取後のチェック

止血処置・縫合処置 (実施した 実施したが不十分 実施しなかった:理由_____)

お身体をきれいにする (実施した 実施したが不十分 実施しなかった:理由_____)

組織片の回収 (実施した 実施したが不十分 実施しなかった:理由_____)

手術室の清掃 (実施した 実施したが不十分 実施しなかった:理由_____)

3) 使用器材のチェック

使用前 (実施した 実施したが不十分 実施しなかった)

使用后 (実施した 実施したが不十分 実施しなかった)

4) 提供病院スタッフへの配慮

入室時の挨拶 (実施した 実施したが不十分 実施しなかった)

手術後の挨拶 (実施した 実施したが不十分 実施しなかった)

5) 皮膚提供 (皮膚提供時のみ記載)

伏臥位での顔面圧迫解除の実施

(実施した 実施したが不十分 実施しなかった

:(背面のみ 採皮チームではない その他の理由_____))

採皮後の吸水パッド巻き

(実施した 実施したが不十分 実施しなかった

:(採皮チームではない その他の理由_____))

6) その他

評価者 _____

活動報告書 1

提供者	性別	年齢	歳
提供病院			
診療科名	主治医		
原疾患・死因	発症日		
採取実施日	意思表示カードの有無		
提供臓器・組織	摘出・採取チーム(摘出医)		

対応コーディネーター名

報告者 _____

活動報告書 2

活動経過

活動報告書 3

問題点

フォローアップ

病院訪問(年 月 日)

お礼に伺う関係者:主治医 施設長 手術室看護師 病棟看護師 事務局
その他()

コメント:

感謝状(組織: 心臓弁 血管 脾臓 皮膚 骨 その他())

家族訪問希望(年 月 日)

送付希望(年 月 日)

拒否

コメント:

バンクへの経過報告依頼

心臓弁 (一回目 年 月 日) (二回目 年 月 日)

血管 (一回目 年 月 日) (二回目 年 月 日)

脾臓 (一回目 年 月 日) (二回目 年 月 日)

皮膚 (一回目 年 月 日) (二回目 年 月 日)

骨 (一回目 年 月 日) (二回目 年 月 日)

移植後経過報告(組織: 心臓弁 血管 脾臓 皮膚 骨 その他())

家族訪問希望

手紙送付希望

拒否

コメント:

その他のフォローアップ

責任者

年

西日本組織移植ネットワークドナーファイル

File No.

報告日 平成 年 月 日
報告者