

ภาคผนวก ค.

บันทึกการตรวจวินิจฉัยสมองตาย

ชื่อผู้ป่วย.....นามสกุล.....อายุ.....ปี.....เดือน
โรงพยาบาล.....Hospital number.....Admission
number.....แพทย์เจ้าของไข้.....ward.....
แพทย์ผู้ทำการตรวจภาวะสมองตาย

- 1 แพทย์ผู้รักษาผู้ป่วย.....
- 2
- 3

ลำดับ 2 และ 3 ควรเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางประสาทวิทยา หรือประสาทศัลยศาสตร์
(ถ้ามี)

วันเดือน/ปี ที่ประเมิน

- ครั้งที่ 1 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น.
- ครั้งที่ 2 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น.
- (ระยะห่างในการตรวจระหว่างครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ต้องไม่น้อยกว่า 6 ชั่วโมง)

โปรดเติมคำในช่องว่าง หรือกาเครื่องหมาย ✓ ในขั้นตอนที่ตรวจวินิจฉัยแล้วให้ครบถ้วน
สมบูรณ์

1. สภาวะก่อนการวินิจฉัยสมองตาย

- 1.1 โรค หรือภาวะที่ทำให้สมองตาย.....
- 1.2 ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว (deeply comatoes) และอยู่ในเครื่องช่วยหายใจ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
- 1.3 ภาวะที่ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัวและไม่หายใจเกิดจากสิ่งต่อไปนี้

		ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 2	
		ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่
1.3.1	พิษยา (Drug intoxication) ยาเสพติด ยานอนหลับ หรือ ยากก่อกวนประสาท ฯลฯ	☐	☐	☐	☐
1.3.2	สภาวะอุณหภูมิในร่างกายต่ำ (Primary hypothermia)	☐	☐	☐	☐
1.3.3	สภาวะผิดปกติของระบบ ต่อมไร้ท่อ และเมตตาบอลิก (Methabolid and endocrine disturbances)	☐	☐	☐	☐
1.3.4	สภาวะ Shock	☐	☐	☐	☐
1.3.5	ยากลายกล้ามเนื้อ	☐	☐	☐	☐
1.3.6	สาเหตุอื่นๆ ที่มีทางเยียวยาได้อีก	☐	☐	☐	☐

2. การตรวจเพื่อยืนยันภาวะสมองตาย

		ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 2	
		มี	ไม่มี	มี	ไม่มี
2.1	การเคลื่อนไหวดังต่อไปนี้				
2.1.1	การเคลื่อนไหวได้เอง	☐	☐	☐	☐
2.1.2	อาการชัก	☐	☐	☐	☐
2.1.3	decorticate หรือ decerebrate rigidity	☐	☐	☐	☐
2.2	reflex ของแกนสมองทั้ง 6 ประการดังนี้				
2.2.1	dilated and fixed pupils	☐	☐	☐	☐
2.2.2	corneal reflex	☐	☐	☐	☐
2.2.3	motor response within the Cranial nerve distribution	☐	☐	☐	☐
2.2.4	oculocephalic reflex (Doll's head phenomena)	☐	☐	☐	☐

	ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 2	
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี
2.2.5 vestibular response to caloric stimulation	☐	☐	☐	☐
2.2.6 gag and cough reflex	☐	☐	☐	☐
2.3 Respiration	☐	☐	☐	☐
การหายใจเมื่อเอาเครื่องช่วยหายใจ (mechanical ventilator) ออกโดยยังคงให้ออกซิเจนทางสายยางเข้าในหลอดลมนานเป็นเวลาอย่างน้อย 10 นาที และขณะที่ทดสอบ มีค่าความดันในกระแสเลือด (p_{CO_2}) ไม่ต่ำกว่า 60 มม.ปรอท (ถ้าสามารถวัดได้)	☐	☐	☐	☐
[ระดับ p_{CO_2} (ถ้าสามารถวัดได้).....ม.ม. ปรอท]				

ข้าพเจ้าได้ตรวจผู้ป่วยตามรายการและวัน เวลาดังกล่าวแล้ว มีความเห็นว่าได้เกิดภาวะ
สมองตาย ในผู้ป่วยรายนี้

แพทย์ผู้ตรวจ

(1) ลงนาม.....

(นายแพทย์.....)

ตำแหน่ง.....

(3) ลงนาม.....

(นายแพทย์.....)

ตำแหน่ง.....

(2) ลงนาม.....

(นายแพทย์.....)

ตำแหน่ง.....

ผู้รับรองการวินิจฉัยสมองตาย และรับรองการตาย

ลงนาม.....

(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล