

附件一  
Anexo I

使用呼吸機昏迷病人腦死亡判定會診單  
Ficha de consulta para a determinação da morte cerebral em doentes em estado comatoso e em ventilação pulmonar

登記編號：\_\_\_\_\_ 醫院名稱：\_\_\_\_\_ 科別：\_\_\_\_\_  
N.º de registo: Hospital: Serviço:

姓名 Nome	年齡 Idade	年 月 ano/mês	性別 Sexo	病歷號 N.º do registo clínico	床號 N.º da cama
<p>1. 原發性疾病(診斷、發病、過程、手術、麻醉等) Doença inicial (diagnóstico, início, curso da doença, cirurgia, anestesia, etc.)</p> <p>2. 導致昏迷發生的可能性原因及時間 Causas possíveis e hora para a ocorrência do coma</p> <p>3. 使用呼吸機時間 Tempo no ventilador</p> <p>4. 生命體徵 Sinais vitais 體溫 T _____ °C；脈搏 P _____ /min；血壓 BP _____ / _____ mmHg</p> <p>5. 用藥(藥名、劑量、用藥方式、最後一次給藥時間等) Medicação (nome, dosagem, via de administração, hora da última toma, etc.)</p> <p>6. 主要檢查項目及化驗數據 Exames relevantes e dados laboratoriais</p> <p>主診醫生簽名： _____ Assinatura do médico assistente :</p> <p>日期及時間： _____ Data e hora:</p>					

附件二  
Anexo II

使用呼吸機昏迷病人腦死亡判定檢查表

Lista de exames para a determinação da morte cerebral em doentes em estado comatoso e em ventilação pulmonar

登記編號：\_\_\_\_\_   
 N.º de registo:

醫院名稱：\_\_\_\_\_   
 Hospital:

科別：\_\_\_\_\_   
 Serviço:

姓名 Nome	年齡 Idade	年 月 ano/mês	性別 Sexo	病歷號 N.º do registo clínico	床號 N.º de cama
1. 血壓 BP: _____ / _____ mmHg, 脈搏 P _____ / min, 體溫 T _____ °C					
2. 昏迷指數 ECG :  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(昏迷指數 5 分或 5 分以下): _____ Hora do início do coma profundo (Nível igual ou inferior a 5 na Escala de Coma de Glasgow)					
4. 開始使用呼吸機的時間 Hora em que o ventilador foi ligado : _____					
5. 昏迷原因(在相關的方格內打勾“√”, 可複選): Causa(s) do coma (Marque com “√” na caixa adequada)					
<input type="checkbox"/> 神經外科 Neurocirurgia					
<input type="checkbox"/> 頭部外傷 Lesão craniana					
<input type="checkbox"/> 蜘蛛膜下出血 SAH					
<input type="checkbox"/> 腦出血 Hemorragia cerebral					
<input type="checkbox"/> 腦梗塞 Enfarte cerebral					
<input type="checkbox"/> 腦瘤 Tumor cerebral					
<input type="checkbox"/> 腦膿瘍 Abscesso cerebral					
<input type="checkbox"/> 神經系統感染 Infecção CNS					
<input type="checkbox"/> 缺氧 Hipóxia					
<input type="checkbox"/> 低溫 Hipotermia					
<input type="checkbox"/> 藥物中毒 Intoxicação medicamentosa					
<input type="checkbox"/> 代謝紊亂或內分泌紊亂 Perturbações metabólicas ou endócrinas					
<input type="checkbox"/> 其他 Outras (註明:Indique:_____ )					
<input type="checkbox"/> 不明原因 Desconhecidas					

6. 檢視下述徵象，若有任何下述徵象存在，記錄其發生時間  
 Verifique os seguintes sinais e quando estes estiverem presentes, registre a hora da ocorrência.

	是 Sim	否 Não	時間 Hora
(1) 依賴呼吸機 Dependente do ventilador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	無 Ausente	有 Presente	
(2) 自發性運動 Movimentos espontâneos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
(3) 去皮質、去大腦或異常姿勢 Decorticação, descerebração ou postura anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
(4) 癲癇性抽搐 Convulsões epilépticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

7. 腦幹反射檢查  
 Exame aos reflexos do tronco cerebral

	消失 Ausente	存留 Presente	不能確定 Incerto	理由 (Motivos)
(1) 頭-眼反射 Reflexos oculocefálicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	( )
(2) 瞳孔對光反射 Reflexos fotomotores com pupilas de diâmetro fixo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	( )
(3) 眼角膜反射 Reflexos corneopalpebrais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	( )
(4) 前庭-眼反射 Reflexos oculo vestibulares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	( )
(5) 顱神經分佈範圍內作出的疼痛刺激運動反應 Resposta motora à estimulação dolorosa na área dos pares craneanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	( )
(6) 咽反射 Reflexo faríngeo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	( )

8. 輔助檢查 Exames complementares  需要 Necessários  不需要 Não necessários

(腦幹反射檢查無法完成或不能確定)  
 ( Exames incompletos ou inconclusivos aos reflexos do tronco cerebral)

主診醫生簽名: \_\_\_\_\_  
 Assinatura do médico assistente :

日期及時間: \_\_\_\_\_  
 Data e hora:



6. 呼吸暫停檢查 Exame de apneia		是 Sim	否 Não	無法 判定 Incerto	是 Sim	否 Não	無法 判定 Incerto
(1) 預先供應 100% 氧氣十分鐘 Pré-oxigenação durante 10 minutos de um fluxo contínuo de 100% de oxigénio		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 以 95% 氧氣加 5% 的二氧化碳供氣五分鐘，以保證二氧化碳分壓達到為 40 mmHg Administração de um fluxo de 5% CO <sub>2</sub> em 95% O <sub>2</sub> durante 5 minutos por forma a assegurar o PaCO <sub>2</sub> de 40 mmHg	PaCO <sub>2</sub> : ___ PaCO <sub>2</sub> : ___ PaO <sub>2</sub> : ___ PaO <sub>2</sub> : ___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 卸除呼吸機，將導管置於隆突上方並以每分鐘六公升供應 100% 氧氣 Desligar o ventilador e insuflar na traqueia um fluxo de 100% de O <sub>2</sub> a 6L/min através da um cateter endotraqueal acima da carina		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) 保持與呼吸機分離 10 分鐘後，進行動脈血氣確認，以確保二氧化碳分壓達到 60 mmHg 以上 Manter o ventilador desligado por 10 minutos e verificação da gasométrica arterial por forma a assegurar o PaCO <sub>2</sub> acima dos 60mmHg	PaCO <sub>2</sub> : ___ PaCO <sub>2</sub> : ___ PaO <sub>2</sub> : ___ PaO <sub>2</sub> : ___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) 確認呼吸完全停止 Verificação absoluta da apneia		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6) 腦死亡標準 Critérios da morte cerebral		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 輔助檢查 (按照下列檢查): Exames complementares (de acordo com os seguintes exames)							
8. (1) 無法完成神經學檢查或呼吸暫停檢查 Não é possível concluir exame neurológico ou exame de apneia						<input type="checkbox"/>	
(2) 結果不能確定 Resultados inconclusivos						<input type="checkbox"/>	
腦電波 EEG: 腦電靜止 Silêncio Electroencefalográfico						是 Sim 否 Não <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
腦血流 CBF (方法 método: _____): 無大腦灌流 Perfusão cerebral inexistente						<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
其他(Outros): _____ :						<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	醫生姓名 Nome do médico	專科證書字號 N.º de cédula profissional	簽名 Assinatura	日期 Data (日 dia/月 mês/年 ano)	時間 Hora		
第一次檢查 1.º Exame	1.			/ /	:		
	2.			/ /	:		
第二次檢查 2.º Exame	1.			/ /	:		
	2.			/ /	:		