

人生の最終段階にあり心肺蘇生法等を希望しない意思を示した心肺停止に対する検証票

沖縄県中部地区MC協議会

発生日： 年 月 日 救急隊名： 救急隊長：

患者名： 生年月日： 年 月 日

STARTキーワード	チェック欄
心肺蘇生（胸骨圧迫、人工呼吸及びAEDの使用）に関する医師の指示書（様式1） もしくは様式1に準ずる指示書（※1）を確認した または、 『口頭で家族から明確なDNARの意志が告げられた』※「かかりつけ医の指示書」申請中等	<input type="checkbox"/>

【必須項目】

・外因性心肺停止を疑う状況ではない（不慮の窒息、交通事故、自傷、他害等）	<input type="checkbox"/>
・心肺蘇生法等の継続を強く求める家族や関係者はいない	<input type="checkbox"/>
・成人で心肺停止であること（18歳未満はプロトコル対象外）	<input type="checkbox"/>
・傷病者本人の意思決定に際し想定された症状と現在の症状が一致していること	<input type="checkbox"/>

・かかりつけ医と連絡がとれ、心肺蘇生法等の中止の指示を得た（ 時 分）	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------

『全てチェックで心肺蘇生の中止』

【確認項目】

・傷病者が明らかに死亡している場合はプロトコルの対象外である ※明らかに死亡している場合は警察へ引継ぐ	<input type="checkbox"/>
・救急救命処置（心肺蘇生）について説明を行う（様式2）	<input type="checkbox"/>
・家族等の代諾者から同意書（様式3）への署名を得る	<input type="checkbox"/>
・家族等の代諾者、またはかかりつけ医から引継書（様式4）への署名を得る	<input type="checkbox"/>

【引揚条件】

① かかりつけ医から引き揚げの指示を受ける（ 時 分）	<input type="checkbox"/>
② かかりつけ医が現場到着におおよそ30分以上かかる	

①、②のどちらかに該当すれば引き揚げとする。引き揚げる際にはかかりつけ医に十分に電話で引継ぎを行い、家族等の代諾者から同意を得ること

（※1）様式1に準ずる指示書とは、患者もしくは代諾者の署名と記入日及び医師の署名と記入日が記載された指示書を指す