

PROTOKÓŁ POSTĘPOWANIA DIAGNOSTYCZNEGO ŚMIERCI MÓZGU

U badanego/nej:

(Imię i nazwisko)

urodzonego/nej PESEL

(data urodzenia) (jeżeli posiada)

Rozpoznanie kliniczne:

Podstawowa arefleksja pniowa pojawiła się o godzinie

(data) (godzina)

.....
Imię i nazwisko lekarza, numer prawa wykonywania zawodu oraz podpis

	Lekarz 1		Lekarz 2	
Czy badanie obrazowe potwierdza ciężkie uszkodzenie mózgu?*				
Przyczyna uszkodzenia mózgu ** Uszkodzenie pierwotne:				
nadnamiotowe	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
podnamiotowe	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Uszkodzenie wtórne	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Czy uszkodzenie mózgu jest nieodwracalne wobec wyczerpania możliwości terapeutycznych i upływu czasu?*				
Czas obserwacji wstępnej (w godzinach)				
	I seria badań	II seria badań	I seria badań	II seria badań
Czy badany jest w śpiączce?*				
Czy badany jest wentylowany mechanicznie?*				
Czy wykluczono zatrucie i wpływ niektórych środków farmakologicznych ?* (narkotyki, neuroleptyki, środki nasenne, usypiające, uspokajające, zwiotczające mięśnie poprzecznie prążkowane)				
Czy wykluczono hipotermię?*				
Czy wykluczono zaburzenia metaboliczne i endokrynne?*				
Czy wykluczono hipotensję?*				

* Proszę wpisać TAK, NIE lub niebadalne, w takim przypadku powód braku możliwości wykonania badania należy opisać w polu komentarz

** proszę zaznaczyć właściwe znakiem

Imię, nazwisko i PESEL badanego (jeżeli posiada).....

	Lekarz 1		Lekarz 2	
	I seria badań	II seria badań	I seria badań	II seria badań
Czy stwierdzono brak reakcji źrenic na światło?*				
Czy stwierdzono brak odruchu rogówkowego?*				
Czy stwierdzono brak spontanicznych ruchów gałek ocznych?*				
Czy stwierdzono brak ruchów gałek ocznych przy próbie kalorycznej?*				
Czy stwierdzono brak reakcji ruchowych na bodźce bólowe zastosowane w zakresie unerwienia nerwów czaszkowych, jak również brak reakcji ruchowych w obrębie twarzy w odpowiedzi na bodźce bólowe zastosowane w obszarze unerwienia rdzeniowego?*				
Czy stwierdzono brak odruchów wymiotnych i kaszlowych?*				
Czy stwierdzono brak odruchu ocznomózgowego?*				
Czy stwierdzono trwałe bezdech*?				
Data i godzina zakończenia serii badań				
Próby wykonano w odstępie (czas w godzinach)				
Imię i nazwisko lekarza specjalisty przeprowadzającego badanie, numer prawa wykonywania zawodu lekarza oraz podpis				
Próba bezdechu <i>Data, godzina rozpoczęcia próby</i> <i>Czas trwania próby (w minutach)</i> <i>częstość akcji serca</i> <i>ciśnienie tętnicze</i> <i>pH</i> <i>PaO₂</i> <i>PaCO₂</i>	<i>Próba bezdechu I</i>		<i>Próba bezdechu II</i>	
	<i>Początek próby</i>	<i>Koniec próby</i>	<i>Początek próby</i>	<i>Koniec próby</i>
Komentarz				

* Proszę wpisać TAK, NIE lub niebadalne, w takim przypadku powód braku możliwości wykonania badania należy opisać w polu komentarz

Badania instrumentalne:**		
Wykazano linię izoelektryczną w EEG	<input type="checkbox"/>	dnia o godzinie
Wykazano brak przepływu mózgowego	<input type="checkbox"/>	dnia o godzinie
Wykazano brak odpowiedzi w badaniu potencjałów wywołanych	<input type="checkbox"/>	dnia o godzinie

** proszę zaznaczyć właściwe znakiem

PROTOKÓŁ STWIERDZENIA ŚMIERCI MÓZGU

Dnia o godzinie po zbadaniu
..... i zapoznaniu się z przebiegiem choroby
(imię i nazwisko)
i leczenia oraz dokumentacją postępowania diagnostycznego (w załączeniu), stwierdzono
śmierć mózgu urodzonego/nej
(imię i nazwisko)
PESEL dnia o godzinie
(jeśli posiada)

Lekarz 1. Imię i nazwisko lekarza, numer prawa wykonywania zawodu, posiadane specjalizacje oraz podpis	Lekarz 2. Imię i nazwisko lekarza, numer prawa wykonywania zawodu, posiadane specjalizacje oraz podpis
--	--