

PROTOKOLLOBEN ZUR FESTSTELLUNG DES IRREVERSIBLEN Hirnfunktionsausfalls
AB BEGINN DES DRITTEN LEBENSJAHRES

Protokollbogen-Nr. 1 2 3 4

Patient Name _____ Vorname _____ geb. _____ Alter _____

Klinik _____

Untersucher Name _____ Vorname _____

Facharztbezeichnung _____

Richtliniengemäße Qualifikation erfüllt ja

(bitte in Druckschrift ausfüllen)

1. VORAUSSETZUNGEN

Diagnose _____

Primäre Hirnschädigung _____ supratentoriell _____ infratentoriell _____

Sekundäre Hirnschädigung _____

Zeitpunkt des Unfalls/Krankheitsbeginns _____

Als Ursache der aktuellen und unten protokollierten Untersuchungsbefunde sind ausgeschlossen

- Intoxikation ja
- Dämpfende Medikamente ja
- Relaxation ja
- Primäre/therapeutische Hypothermie ja
- Metabolisches oder endokrines Koma ja
- Kreislaufschock ja

Systolischer Blutdruck _____ mmHg

Temperatur _____ °C

2. KLINISCHE SYMPTOME DES AUSFALLS DER HIRNFUNKTION

Bewusstlosigkeit (Koma) ja

	rechts	links	nicht prüfbar
Pupillen weit/mittelweit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lichtreflex fehlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Okulo-zephaler/vestibulo-okulärer Reflex fehlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Korneal-Reflex fehlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trigeminus-Schmerz-Reaktion fehlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pharyngeal-/Tracheal-Reflex fehlt	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Apnoe-Test Ausgangs-p_aCO₂(Temperatur-korrigiert) _____ mmHg/kPa

Apnoe bei p_aCO₂(Temperatur-korrigiert) _____ mmHg/kPa ja nein

Apnoe-Test nicht möglich, weil _____

Datum und Uhrzeit der unter 1. und 2. dokumentierten Feststellungen: _____

Name (Druckschrift) _____ Unterschrift _____

Bei den hier dokumentierten Feststellungen und Befunden handelt es sich um den ersten Untersuchungsgang.

Für den Irreversibilitätsnachweis sind weitere Untersuchungen erforderlich, nämlich

- klinische Untersuchungen nach mindestens 12 Stunden / 72 Stunden (siehe 3.1.) oder
- ergänzende Untersuchungen (siehe 3.2.).

Name (Druckschrift) _____ Unterschrift _____ Datum/Uhrzeit _____

PROTOKOLLOBEN ZUR FESTSTELLUNG DES IRREVERSIBLEN Hirnfunktionsausfalls AB BEGINN DES DRITTEN LEBENSJAHRES

Protokollbogen-Nr. 1 2 3 4

Patient Name _____ Vorname _____ geb. _____ Alter _____

3. IRREVERSIBILITÄTSNACHWEIS

3.1. Zweiter Untersuchungsgang nach Wartezeit

Übereinstimmende Befunde wurden bereits vor _____ Stunden von 2 Untersuchern protokolliert ja neinEs liegt eine zweite Untersuchung nach der geforderten Wartezeit vor, die den hier protokollierten Befund bestätigt.

Name (Druckschrift)

Unterschrift

Datum/Uhrzeit

3.2. Ergänzende Untersuchung (Befund und Beurteilung gemäß beigefügtem unterschriebenem Befundbericht)

 EEG

Isoelektrisches (Null-Linien-)EEG,

30 Minuten abgeleitet

ja nein FAEP

Frühe akustisch evozierte Hirnstamm-

potentiale Welle III-V beidseits erloschen

ja nein SEP

Medianus-SEP beidseits erloschen

ja nein Zerebraler Zirkulationsstillstand untersucht mittels Perfusionsszintigraphie Doppler-/Duplexsonographie

von _____ bis _____

 CT-Angiographie selektive zerebrale Angiographie

Zerebraler Zirkulationsstillstand festgestellt

ja nein

Name des Arztes* _____ Datum _____ Uhrzeit _____

*Einzutragen (in Druckschrift) ist der Name des Arztes, der den Befund und die Beurteilung unterschrieben hat.

4. FESTSTELLUNG DES TODES

(auszufüllen nach dem letzten und abschließenden Untersuchungsgang; ersetzt nicht die amtliche Todesbescheinigung

[Leichenschauschein])

Hiermit wird bestätigt, dass obige Feststellungen und Befunde/Befundberichte mit denen von Protokollbogen

Nr. _____ übereinstimmen und den irreversiblen Hirnfunktionsausfall als sicheres Todeszeichen belegen.

Damit ist der Tod des Patienten festgestellt am _____ um _____ Uhr.

Name (Druckschrift)

Unterschrift

Name (Druckschrift)

Unterschrift