

# PROTOKOLLBogen ZUR FESTSTELLUNG DES IRREVERSIBLEN HIRNFUNKTIONSAUSFALLS BIS ZUM VOLLENDETEN ZWEITEN LEBENSJAHR

1/2

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- $p_a\text{CO}_2$  (Temperatur-korrigiert) \_\_\_\_\_ mmHg/kPa

Apnoe bei  $p_a\text{CO}_2$  (Temperatur-korrigiert) \_\_\_\_\_ mmHg/kPa ja  nein

Apnoe-Test nicht möglich, weil \_\_\_\_\_

Datum und Uhrzeit der unter 1. und 2. dokumentierten Feststellungen: \_\_\_\_\_

Name (Druckschrift) \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Protokollbogen-Nr. 1 2 3 4

Patient Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_

### 3. ERGÄNZENDE UNTERSUCHUNG

(Befund und Beurteilung gemäß beigefügtem unterschriebenen Befundbericht)

EEG

Isoelektrisches (Null-Linien-)EEG,

30 Minuten abgeleitet

ja  nein

FAEP

Frühe akustisch evozierte Hirnstamm-

potentiale Welle III-V beidseits erloschen

ja  nein

Zerebraler Zirkulationsstillstand untersucht mittels

Perfusionsszintigraphie

Doppler-/Duplexsonographie

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

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.

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

Es sind erneute Untersuchungen erforderlich

nach mindestens 72 Stunden (Alter bis 28 Tage)

nach mindestens 24 Stunden (Alter 29 Tage bis zum vollendeten zweiten Lebensjahr).

Die Diagnostik kann erst nach dieser Wartezeit abgeschlossen werden.

Name (Druckschrift) \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

### 4. IRREVERSIBILITÄTSNACHWEIS

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

Name (Druckschrift) \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

### 5. FESTSTELLUNG DES TODES

(auszufüllen nach dem letzten und abschließenden Untersuchungsgang; ersetzt nicht die amtliche Todesbescheinigung [Leichenschauschein])

Hiermit wird bestätigt, dass obige Feststellungen und Befunde bei mindestens 4 klinischen Untersuchungen (je 2 beim ersten und je 2 beim zweiten Untersuchungsgang) und die Befunde/Befundberichte der ergänzenden Untersuchungen mit denen von Protokollbögen Nrn. \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_