PROTOKOLLBOGEN 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	☐	☐	☐
Lichtreflex fehlt	☐	☐	☐
Okulo-zephaler/vestibulo-okulärer Reflex fehlt	☐	☐	☐
Korneal-Reflex fehlt	☐	☐	☐
Trigeminus-Schmerz-Reaktion fehlt	☐	☐	☐
Pharyngeal-/Tracheal-Reflex fehlt	☐		☐

Apnoe-Test Ausgangs-p_aCO_2(Temperatur-korrigiert) _____ mmHg/kPa

Apnoe bei p_aCO_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 _____

Bei den hier dokumentierten Feststellungen und Befunden handelt es sich um den <u>ersten</u> 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

K03-0-FB-186-0 (neu), Stand 07.07.15

PROTOKOLLBOGEN 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 ☐ nein

Es 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 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 ☐

☐ 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**

K03-0-FB-186-0 (neu), Stand 07.07.15