

PROTOKOLLBogen ZUR FESTSTELLUNG DES IRREVERSIBLEN HIRNFUNKTIONSAUSFALLS
BIS ZUM VOLLENDETEN ZWEITEN LEBENSJAHR

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 _____

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 _____