

# PROTOKÓŁ POSTĘPOWANIA DIAGNOSTYCZNEGO ŚMIERCI MÓZGU

U badanego/nej:

.....  
(Imię i nazwisko)

urodzonego/nej .....

(data urodzenia)

PESEL .....

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

\* 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				
<b>Próba bezdechu</b>	<i>Próba bezdechu I</i>		<i>Próba bezdechu II</i>	
<i>Data, godzina rozpoczęcia próby</i>				
<i>Czas trwania próby (w minutach)</i>				
	<i>Początek próby</i>	<i>Koniec próby</i>	<i>Początek próby</i>	<i>Koniec próby</i>
<i>częstość akcji serca</i>				
<i>ciśnienie tętnicze</i>				
<i>pH</i>				
<i>PaO<sub>2</sub></i>				
<i>PaCO<sub>2</sub></i>				
<b>Komentarz</b>				

\* 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
--	--