

**B. PROTOKOLLEBEN ZUR FESTSTELLUNG DES IRREVERSIBLEN
HIRNFUNKTIONSAUSFALLS BIS ZUM VOLLENDETEN ZWEITEN LEBENSJAHR**

Protokollbogen Nr. 1 2 3 4 (bitte den Protokollbogen in Druckschrift ausfüllen)

Untersucher/-in:

Name: _____

Vorname: _____

Facharztbezeichnung: _____

Richtliniengemäße Qualifikation erfüllt: ja

Patient/-in:

Name: _____

Vorname: _____

geb.: _____ Alter: _____

Krankenhaus und Station: _____

1. Voraussetzungen

Diagnose(n): _____
 primäre Hirnschädigung, supratentoriell primäre Hirnschädigung, infratentoriell
 sekundäre Hirnschädigung
 Zeitpunkt des Krankheitsbeginns: _____

Als Ursache der aktuellen und unten protokollierten Untersuchungsbefunde sind ausgeschlossen:
 Intoxikation ja primäre/therapeutische Hypothermie ja
 dämpfende Medikamente ja metabolisches oder endokrines Koma ja
 Relaxation ja Kreislaufschock ja

Blutdruck systolisch: _____ mmHg Mittlerer arterieller Druck: _____ mmHg

Körpertemperatur: _____ °C

2. Klinische Symptome des Ausfalls der Hirnfunktion

Bewusstlosigkeit (Koma) ja

	<i>rechts</i>	<i>links</i>	<i>nicht prüfbar</i>
Pupillen weit/mittelweit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lichtreflex fehlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
okulozephaler/vestibulookulärer Reflex fehlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kornealreflex fehlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trigeminus-Schmerzreaktion fehlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pharyngeal-/Trachealreflex fehlt		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Apnoe-Test:
 Ausgangs- p_aCO_2 : _____ mmHg/kPa (Temperatur-korrigiert)
 Kein eigener Atemantrieb (Apnoe) bei p_aCO_2 _____ mmHg/kPa (Temperatur-korrigiert)
 Apnoe-Test nicht möglich/nicht beurteilbar, weil _____

Kommentar:

Die unter 1. und 2. dokumentierte Befunderhebung wurde abgeschlossen am _____ um _____ Uhr.

 Name (Druckschrift)

 Unterschrift

**B. PROTOKOLLOBGEN ZUR
FESTSTELLUNG DES IRREVERSIBLEN
HIRNFUNKTIONSAUSFALLS BIS ZUM
VOLLENDETEN ZWEITEN LEBENSJAHR**

Protokollbogen Nr. 1 2 3 4

Patient/-in:

Name: _____

Vorname: _____

geb.: _____

3. Ergänzende Untersuchung (Befund und Beurteilung gemäß beigefügtem unterschriebenen Befundbericht)

- EEG
isoelektrisches (Null-Linien-)EEG, mindestens 30 Minuten abgeleitet ja nein
- FAEP
frühe akustisch evozierte Hirnstammpotentialwelle III–V beidseits erloschen ja nein
- Zerebrale Zirkulationsuntersuchung
 Perfusionsszintigraphie (einmalig nach dem 2. Untersuchungsgang)
 zweimalige Doppler-/Duplexsonographie 1. Untersuchung von _____ Uhr bis _____ Uhr
2. Untersuchung von _____ Uhr bis _____ Uhr
- selektive zerebrale Angiographie
Zerebraler Zirkulationsstillstand festgestellt ja nein

Name des Arztes* _____ Datum: _____ Uhrzeit: _____ Uhr

*Einzutragen (in Druckschrift) ist der Name des Arztes/der Ärztin, der/die die ergänzende Untersuchung befundet hat.

Kommentar:

Die hier dokumentierte Befunderhebung ist das Ergebnis des ersten Untersuchungsgangs.

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

Die hier dokumentierte Befunderhebung ist das Ergebnis des zweiten Untersuchungsgangs.

Name (Druckschrift)

Unterschrift

Datum

5. Feststellung des Todes

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

Hiermit wird bestätigt, dass obige Feststellungen und Befunde/Befundberichte 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 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