

Protokoll zur Feststellung des Hirntodes

Name _____ Vorname _____ geb.: _____

Alter: _____

Klinik: _____

Untersuchungsdatum: _____ Uhrzeit: _____ Protokollbogen-Nr.: _____

1. Voraussetzungen

1.1 Diagnose

Primäre Hirnschädigung: _____ supratentoriell _____ infratentoriell _____

Sekundäre Hirnschädigung: _____

Zeitpunkt des Unfalls/Krankheitsbeginns: _____

1.2 Folgende Feststellungen und Befunde bitte beantworten mit ja oder nein

Intoxikation ausgeschlossen: _____

Relaxation _____ ausgeschlossen: _____

Primäre Hypothermie _____ ausgeschlossen: _____

Metabolisches oder endokrines Koma _____ ausgeschlossen: _____

Schock _____ ausgeschlossen: _____

Systolischer Blutdruck _____ mmHg

2. Klinische Symptome des Ausfalls der Hirnfunktion

2.1 Koma _____

2.2 Pupillen _____ weit / mittelweit

Lichtreflex beidseits _____ fehlt _____

2.3 Okulo-zephaler Reflex (Puppenkopf-Phänomen) _____

beidseits _____ fehlt _____

2.4 Korneal-Reflex beidseits _____ fehlt _____

2.5 Trigeminus-Schmerz-Reaktion beidseits _____ fehlt _____

2.6 Pharyngeal-/Tracheal-Reflex _____ fehlt _____

2.7 Apnoe-Test bei art. pa CO₂ _____ mmHg erfüllt _____

3. Irreversibilitätsnachweis durch 3.1 oder 3.2

3.1 Beobachtungszeit:

Zum Zeitpunkt der hier protokollierten Untersuchungen bestehen die obengenannten Symptome seit _____ Std.

Weitere Beobachtung ist erforderlich ja _____ nein _____

mindestens 12/24/72 Stunden

3.2. Ergänzende Untersuchungen:

3.2.1 Isolektrisches (Null-Linien-) EEG,

30 Min. abgeleitet:

ja	nein	Datum	Uhrzeit	Arzt
----	------	-------	---------	------

3.2.2 Frühe akustisch evozierte Hirnstamm-

potentiale Welle III-V beidseits erloschen

ja	nein	Datum	Uhrzeit	Arzt
----	------	-------	---------	------

Medianus-SEP beidseits erloschen

ja	nein	Datum	Uhrzeit	Arzt
----	------	-------	---------	------

3.2.3 Zerebraler Zirkulationsstillstand beidseits festgestellt durch:

Dopplersonographie: _____ Perfusionsszintigraphie: _____ Zerebrale Angiographie: _____

Datum _____ Uhrzeit _____ untersuchender Arzt _____

Abschließende Diagnose:

Aufgrund obiger Befunde, zusammen mit den Befunden der Protokollbögen Nr. _____, wird der Hirntod und somit der **Tod des Patienten** festgestellt am: _____ um _____ Uhr.

Untersuchender Arzt: _____

Name

Unterschrift