Vzor protokolu o zjištění smrti

Jméno, popřípadě jména, a příjmení pacienta: .....

Rodné číslo (nebylo-li rodné číslo přiděleno, datum narození): …….....

Pracoviště poskytovatele zdravotních služeb: .....

1. lékař zjišťující smrt (lékař A):

2. lékař zjišťující smrt (lékař B):

..... …..... .....

jméno, popřípadě jména, a příjmení jméno, popřípadě jména, a příjmení

..... …….

pracovní zařazení pracovní zařazení

I. Zjištění smrti průkazem nevratné zástavy krevního oběhu

Zjištěna nevratná zástava krevního oběhu:

Lékař A			**Lékař B**		
……...	……...	……...	……...	……...	……...
datum	čas (hod : min)	podpis	datum	čas (hod : min)	podpis

II. Zjištění smrti průkazem nevratné ztráty funkce celého mozku

Diagnóza základního mozkového postižení:

Lékař A **Lékař B**

…… …… …… …… …… ……

Datum a čas úrazu nebo onemocnění

Lékař A **Lékař B**

…… …… …… …… …… ……

datum čas podpis datum čas podpis

(hod : min) (hod : min)

1. Bylo vyloučeno, že se na bezvědomí v okamžiku vyšetření podílí:

	Lékař A		Lékař B	
intoxikace	□ ano	□ ne	□ ano	□ ne
tlumivé a relaxační účinky léčiv	□ ano	□ ne	□ ano	□ ne
metabolický nebo endokrinní rozvrat	□ ano	□ ne	□ ano	□ ne
primární podchlazení	□ ano	□ ne	□ ano	□ ne

2. Klinické vyšetření

	Lékař A		Lékař B	
Fotoreakce – oboustranně chybí	□ ano	□ ne	□ ano	□ ne
Korneální reflex – oboustranně chybí	□ ano	□ ne	□ ano	□ ne
Vestibulookulární reflex – oboustranně chybí	□ ano	□ ne	□ ano	□ ne
Motorická reakce při algickém podráždění v inervační oblasti n. trigeminus – chybí	□ ano	□ ne	□ ano	□ ne

Kašlací reflex provokovaný hlubokým tracheobronchiálním odsáváním – chybí	□ ano □ ne	□ ano □ ne
Trvalá zástava spontánního dýchání prokázaná apnoickým testem při $paCO_2$ … mmHg/kPa – splněn	□ ano □ ne	□ ano □ ne
Hluboké bezvědomí (Glasgow coma scale skóre)		

Lékař A **Lékař B**

…….. …….. …….. …… …….. ……..

datum čas podpis datum čas podpis

(hod : min) (hod : min)

3. Vyšetření potvrzující nevratnost klinických známek smrti mozku:

□ Angiografie mozkových tepen

□ Mozková perfuzní scintigrafie

□ Počítačová tomografická angiografie

□ Transkraniální dopplerovská ultrasonografie

□ Vyšetření sluchových kmenových evokovaných potenciálů (BAEP)

....

datum čas (hod : min)

Záznam o vyšetření je součástí zdravotnické dokumentace

□ Instrumentální vyšetření nebylo provedeno při průkazu těžké strukturální infratentoriální léze

4. Závěrečná diagnóza:

na základě výše uvedených vyšetření byla zjištěna smrt mozku:

Lékař A			**Lékař B**		
……...	……...	……...	……...	……...	……...
datum	čas (hod : min)	podpis	datum	čas (hod : min)	podpis