

Vzor protokolu o zjištění smrti

Jméno, popřípadě jména a příjmení zemřelého:.....
Rodné číslo (nebylo-li rodné číslo přiděleno, datum narození):.....
Pracoviště:

Číslo chorobopisu: Číslo zdravotní pojišťovny (byl-li zemřelý pojištěn):

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:

.....
datum

.....
čas (hod : min)

.....
podpis

lékař B:

.....
datum

.....
čas (hod : min)

.....
podpis

II. Zjištění smrti průkazem nevratné ztráty funkce celého mozku

1. Předpoklady, na základě kterých lze uvažovat o diagnóze smrti mozku

1.1. Diagnóza základního mozkového postižení:

lékař A: lékař B:.....

1.2. Vedlejší diagnózy

1.3. Datum a čas úrazu nebo onemocnění

lékař A:
(den, měsíc, rok)
(hodina : minuta)

lékař B:
(den, měsíc, rok)
(hodina : minuta)

Bylo vyloučeno, že na bezvědomí se v okamžiku vyšetření podílí
(odpověď ano/ne):

lékař A

lékař B

intoxikace

tlumivé a relaxační účinky léčiv

metabolický nebo endokrinní rozvrat

primární podchlazení

2. Klinické známky smrti mozku

lékař A

lékař B

fotoreakce - oboustranně chybí (ano/ne)

korneální reflex - oboustranně chybí (ano/ne)

vestibulookulární reflex - oboustranně chybí
(ano/ne)

motorická reakce při algickém podráždění
v inervační oblasti n. trigeminus - oboustranně chybí (ano/ne)

kašlací reflex provokovaný hlubokým
tracheobronchiálním odsáváním - chybí (ano/ne)

hluboké bezvědomí (Glasgow coma scale-skóre)

trvalá zástava spontánního dýchání
- apnoický test při paCO_2 mmHg-splněn (ano/ne)

lékař A:

.....
datum

.....
čas (hod : min)

.....
podpis

lékař B:

.....
datum

.....
čas (hod : min)

.....
podpis

3. Potvrzení nevratnosti klinických známek smrti mozku

3.1. angiografie mozkových tepen

zjištěna absence náplně cerebrálních úseků mozkových tepen:

.....
datum hodina jméno a podpis vyšetřujícího lékaře

3.2. mozková perfuzní scintigrafie

zjištěna absence zachytu radiofarmaka v mozkové tkáni:

.....
datum hodina jméno a podpis vyšetřujícího lékaře

3.3. vyšetření sluchových kmenových evokovaných potenciálů

časně akusticky evokovaná potencionála mozkového kmene vlny
II - V vyhaslé oboustranně (ano/ne)

.....
datum hodina jméno a podpis vyšetřujícího lékaře

3.4. transkraniální dopplerovská sonografie

zjištěna zástava toku v mozkových tepnách:

.....
datum hodina jméno a podpis vyšetřujícího lékaře

3.5. CT angiografie

zjištěna absence náplně cerebrálních úseků mozkových cév

.....
datum hodina jméno a podpis vyšetřujícího lékaře

4. Závěrečná diagnóza:

na základě výše uvedených vyšetření byla zjištěna smrt mozku:

lékař A:

.....
datum čas (hod:min) podpis

lékař B:

.....
datum čas (hod:min) podpis

+-----