

PROTOKOLL ZUR TODESFESTSTELLUNG NACH ANHALTENDEM KREISLAUFSTILLSTAND (DCD)
 (Version vom 16. November 2013)

Patientendaten (Etikette)

Name:.....
 Vorname:.....
 Geburtsdatum:
 Station:.....

<u>VORAUSSETZUNGEN</u>	
Diagnose:.....	
Maastricht-Klassifikation des infausten Kreislaufstillstandes:	
1. Tod bei Ankunft im Krankenhaus (Kategorie I)	<input type="checkbox"/>
2. Tod nach erfolgloser Reanimation (Kategorie II)	<input type="checkbox"/>
3. Tod nach Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen (Kategorie III)	<input type="checkbox"/>
4. Kreislaufstillstand bei vorgängigem Tod infolge primärer Hirnschädigung (Kategorie IV)	<input type="checkbox"/>
Feststellung des irreversiblen Kreislaufstillstandes über einen Zeitraum von 10 Minuten	
über invasive Blutdruckmessung	<input type="checkbox"/>
mittels Echokardiographie (kein Öffnen der Aortenklappe, kein Fluss in der Aorta ascendens)	<input type="checkbox"/>
Körpertemperatur (minimal 34,0 °C):	
Datum/Uhrzeit: Name/Unterschrift:.....	

<u>KLINISCHE UNTERSUCHUNG</u>	Untersuchung Datum/Uhrzeit
Koma (Glasgow Coma Score 3)	<input type="checkbox"/>
Keine Pupillenreaktion auf Lichtreiz bei mittel- bis maximalweiten Pupillen	<input type="checkbox"/>
Schlaffe Tetraplegie	<input type="checkbox"/>
Fehlender Kornealreflex	<input type="checkbox"/>
Fehlender Hustenreflex	<input type="checkbox"/>
Apnoe	<input type="checkbox"/>
 Name
 Unterschrift

Die Richtigkeit der durchgeführten Untersuchungen wird bestätigt (2. Ärztin / 2. Arzt):

Datum/Uhrzeit: Name/Unterschrift:.....

Aufgrund der erhobenen Befunde wird der Tod festgestellt.

.....
 Datum/Uhrzeit Name (Blockschrift)/Unterschrift