

**PROTOKOLL ZUR DOKUMENTATION DES IRREVERSIBLEN FUNKTIONSAUSFALLS DES GEHIRNS
(HIRNTODDIAGNOSTIK) (Version vom 16. November 2013)**

Patientendaten (Etikette)

Name:
 Vorname:
 Geburtsdatum:
 Station:

VORAUSSETZUNGEN

Diagnose:
 Zeitpunkt des Unfalls/Krankheitsbeginns:
 Hirnschädigung: Primär supratentoriell Primär infratentoriell Sekundär
 Bildgebung (CT oder MR): Primär ausgeschlossen sind:
 mit der Diagnose vereinbar Intoxikation
 Relaxation
 Hypothermie < 34 °C
 hypovolämischer Schock
 Hypokaliämie (< 2,5 mmol K+)
 Metabolisches bzw. endokrines Koma
 Behandlung mit Sedativa/Opiaten beendet (Datum/Uhrzeit):
 Mehr als 2 Bolusgaben oder kontinuierliche Dauermedikation mit Benzodiazepinen und/oder Barbituraten
 Bei Benzodiazepinen: Wurden diese antagonisiert? Ja Nein Medikament: Dosis:
 Bei Barbituraten: Spiegel unter Cut-Off-Wert: Ja Nein
 Datum/Uhrzeit: Name/Unterschrift:

KLINISCH-NEUROLOGISCHE UNTERSUCHUNG

	1. Untersuchung Datum/Uhrzeit	2. Untersuchung Datum/Uhrzeit
Koma (Glasgow Coma Score 3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keine Pupillenreaktion auf Lichtreiz bei mittel- bis maximalweiten Pupillen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaffe Tetraplegie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fehlen des okulozephalen/vestibulookulären Reflexes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fehlen des Ziliospinalreflexes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fehlen des Masseterreflexes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fehlen des Kornealreflexes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fehlen des Pharyngealreflexes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fehlen des Hustenreflexes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kein Grimassieren auf Druckprovokation u. Ä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atropintest (2 mg i. v.) positiv (im Sinne Hirntodsyndrom) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein		
Datum/Uhrzeit: Name/Unterschrift:	Name	Name
Apnoetest erfüllt bei art. PaCO ₂ mm Hg: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein		
Datum/Uhrzeit: Name/Unterschrift:	Unterschrift	Unterschrift

ERGÄNZENDE UNTERSUCHUNGEN: EEG-Untersuchung

<u>Beginn</u>	<u>Ende</u>	
Datum:	Datum:	EEG-BEFUND: Beim Patienten kommt in der EEG-Ableitung während der angeführten Zeit bei einer Verstärkung von 2 µV/mm, Zeitkonstante 0,3, Frequenzbeschränkung 70 Hz, ein kontinuierliches (lediglich identifizierte Artefakte enthaltendes) Null-Linien-EEG zur Darstellung. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Name/Unterschrift:
Uhrzeit:	Uhrzeit:	

<u>Nachweis des Zirkulationsstillstandes mittels TCD/FDS</u>		<u>CTA</u>
<u>Erste Untersuchung</u>	<u>Zweite Untersuchung</u>	Datum:
Datum:	Datum:	Uhrzeit:
Uhrzeit:	Uhrzeit:	

Zerebraler Zirkulationsstillstand festgestellt: Ja Nein Name/Unterschrift:

Aufgrund der erhobenen Befunde wird der Hirntod festgestellt.

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