

**Protokoll zur Dokumentation des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls (IHA)
bei erhaltenem Kreislauf (Version vom 02.07.2025)**

Patientendaten (Etikette)	Krankenhaus:	
VORAUSSETZUNGEN		
Diagnose:		
Hirnschädigung: primär supratentoriell ☐ primär infratentoriell ☐ sekundär ☐		
Bildgebung (CT oder MRT) mit der Diagnose IHA-Syndrom vereinbar ☐		
ausgeschlossen sind: ☐ Intoxikation ☐ neuromuskuläre Blockade ☐ Hypothermie (aktuelle Körpertemperatur < 35 °C) ☐ Hypotension (MAP < 60 mmHg) ☐ metabolisches Koma		
Behandlung mit Sedativa/Opioiden 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 (Blockbuchstaben):	Unterschrift:	
KLINISCH-NEUROLOGISCHE UNTERSUCHUNGEN		
	1. Untersuchung	2. Untersuchung
	Datum: Uhrzeit:	Datum: Uhrzeit:
Koma (Glasgow Coma Scale Score 3)	☐	☐
keine Pupillenreaktion auf Lichtreiz bei mittel- bis maximalweiten Pupillen	☐	☐
Fehlen des okulozephalen/vestibulookulären Reflexes	☐	☐
Fehlen des Kornealreflexes	☐	☐
Fehlen des Pharyngealreflexes	☐	☐
Fehlen des Hustenreflexes	☐	☐
kein Grimassieren auf Druckprovokation u. Ä.	☐	☐
schlaaffe Tetraplegie	☐	☐
	Name (Blockbuchstaben):	Name (Blockbuchstaben):
	Unterschrift:	Unterschrift:
Atropintest (2 mg i. v.): Steigerung der Herzfrequenz um maximal 15 Prozent der Ausgangsfrequenz ja ☐ nein ☐		
Datum:	Uhrzeit:	
Name (Blockbuchstaben):	Unterschrift:	
Apnoetest erfüllt ja ☐ nein ☐ bei paCO ₂ von mmHg		
Datum:	Uhrzeit:	
Name (Blockbuchstaben):	Unterschrift:	

Fortsetzung auf Seite 2 >>

Patientendaten (Etikette)

>> Fortsetzung von Seite 1

ERGÄNZENDE UNTERSUCHUNGEN				
EEG (mindestens 30-minütige Ableitung)			Das EEG weist bei einer Verstärkung von 2 µV/mm eine hirnelektrische Stille auf und enthält lediglich eindeutig identifizierte Artefakte. ja ☐ nein ☐	
Beginn:	Datum:	Uhrzeit:		
Ende:	Datum:	Uhrzeit:		
			Name (Blockbuchstaben):	Unterschrift:
Nachweis des zerebralen Kreislaufstillstands				
TCD/FDS (Abstand zwischen Untersuchungen mindestens 30 Minuten)			CTA	
erste Untersuchung:	Datum:	Uhrzeit:	Datum:	Uhrzeit:
zweite Untersuchung:	Datum:	Uhrzeit:	zerebraler Kreislaufstillstand festgestellt: ja ☐ nein ☐	
			Name (Blockbuchstaben):	Unterschrift:
ANMERKUNGEN (bei Bedarf):				
Name (Blockbuchstaben):			Anmerkung:	
AUFGRUND DER ERHOBENEN BEFUNDE WIRD DER TOD FESTGESTELLT.				
Datum:	Uhrzeit:	Name (Blockbuchstaben):	Unterschrift:	