

Протокол установления диагноза смерти мозга человека

_____ (полное наименование медицинской организации или иной организации, осуществляющей медицинскую деятельность (далее – медицинская организация))

_____ (наименование структурного подразделения медицинской организации)

Сведения о пациенте:

Фамилия _____

Имя _____

Отчество (при наличии) _____

Дата рождения _____ Возраст _____

№ медицинской карты _____

стационарного больного _____

Консилиум врачей в составе:

врача-анестезиолога-реаниматолога _____

врача-невролога _____

врача-педиатра _____

врача функциональной диагностики _____

врача-рентгенолога _____

лечащего врача _____

(указываются фамилии, имена и отчества участников консилиума врачей или “не участвовал”)

Клинический диагноз (в соответствии со сведениями медицинской карты стационарного больного)

Сведения о течении заболевания (в соответствии со сведениями медицинской карты стационарного больного)

Дата и время начала процедуры установления смерти мозга:

_____ (число, месяц, год) _____ (час, минута)

Ф.И.О. пациента

Ф.И.О. и подписи участников консилиума врачей:

Систолическое артериальное давление во время обследования пациента:
(нужное подчеркнуть)

90 мм рт. ст. и выше
85 мм рт. ст. и выше
75 мм рт. ст. и выше

Ректальная температура во время обследования пациента выше 34 градусов Цельсия
(отмечается словами "да" или "нет")

(отмечается словами "да" или "нет")

- У пациента первичное повреждение мозга _____
- У пациента вторичное повреждение мозга _____
- Установлено отсутствие признаков и данных об интоксикациях, включая лекарственные _____
- Установлено отсутствие признаков и данных о первичной гипотермии _____
- Установлено отсутствие признаков и данных о гиповолемическом шоке _____
- Установлено отсутствие признаков и данных о метаболических и эндокринных комах _____
- Установлено отсутствие признаков и данных о применении лекарственных препаратов для анестезии, анальгетиков, наркотических средств, психотропных веществ, миорелаксантов, иных лекарственных препаратов, угнетающих центральную нервную систему и нервно-мышечную передачу, а также лекарственных препаратов, расширяющих зрачки _____
- Установлено отсутствие признаков и данных об инфекционных поражениях мозга _____

(отмечается словами "да" или "нет")

У пациента травма шейного отдела позвоночника _____

У пациента травма лица, затрудняющая исследование _____

- состояния глазных яблок и зрачков _____
- корнеальных рефлексов _____
- окулоцефалических рефлексов _____
- окуловестибулярных рефлексов _____

У пациента травма правого глазного яблока, затрудняющая исследование _____

- состояния правого глазного яблока, _____
- корнеального рефлекса справа _____
- окулоцефалического рефлекса справа _____
- окуловестибулярного рефлекса справа _____

Ф.И.О. пациента _____

Ф.И.О. и подписи участников консилиума врачей: _____

У пациента травма левого глазного яблока,
затрудняющая исследование

- состояния левого глазного яблока,
- корнеального рефлекса слева
- окулоцефалического рефлекса слева
- окуловестибулярного рефлекса слева

У пациента перфорация правой барабанной
перепонки

У пациента перфорация левой барабанной
перепонки

У пациента хроническая обструктивная
бронхолегочная патология

**Первичное определение наличия клинических
критериев смерти мозга человека**

*(отмечается словами
“подтверждено”,
“не определялся”)*

1) полное и устойчивое отсутствие сознания (кома)

2) атония всех мышц

3) отсутствие реакции на сильные болевые
раздражения в области тригеминальных точек и
любых других рефлексов, замыкающихся выше
шейного отдела спинного мозга

4) неподвижность правого глазного яблока,
отсутствие реакции максимально расширенного
правого зрачка (для взрослых диаметр зрачков
более 5 мм, для детей – более 4 мм) на прямой
яркий свет

неподвижность левого глазного яблока, отсутствие
реакции максимально расширенного левого зрачка
(для взрослых диаметр зрачков более 5 мм, для
детей – более 4 мм) на прямой яркий свет

5) отсутствие корнеального рефлекса

- справа
- слева

6) отсутствие окулоцефалического рефлекса

- справа
- слева

7) отсутствие окуловестибулярного рефлекса

- справа
- слева

8) отсутствие фарингеальных и трахеальных
рефлексов при движении эндотрахеальной трубки в
трахее и верхних дыхательных путях, а также при
продвижении санационного катетера при санации
трахеи и верхних дыхательных путей

Ф.И.О. пациента

Ф.И.О. и подписи участников консилиума врачей:

9) отсутствие самостоятельного дыхания, подтвержденное положительным тестом апноэтической оксигенации

(отмечается словами “подтверждено”, “не подтверждено”)

Результаты ЭЭГ-исследования

(отмечается словами “да” или “исследование не проводилось”)

При проведении ЭЭГ-исследования установлено отсутствие биоэлектрической активности мозга

При проведении ЭЭГ-исследования не установлено отсутствие биоэлектрической активности мозга

Результаты проведения двукратной цифровой субтракционной панангиографии четырех магистральных сосудов головы (общие сонные и позвоночные артерии) с интервалом 30 минут

(отмечается словами “да” или “исследование не проводилось”)

При проведении двукратной цифровой субтракционной панангиографии четырех магистральных сосудов головы (общие сонные и позвоночные артерии) с интервалом в 30 минут выявлено отсутствие заполнения внутримозговых артерий контрастным веществом

При проведении двукратной цифровой субтракционной панангиографии четырех магистральных сосудов головы (общие сонные и позвоночные артерии) с интервалом в 30 минут выявлено заполнение контрастным веществом хотя бы одной внутримозговой артерии либо ее части

Результаты проведения однократной цифровой субтракционной панангиографии четырех магистральных сосудов головы (общие сонные и позвоночные артерии)

(отмечается словами “да” или “исследование не проводилось”)

При проведении цифровой субтракционной панангиографии четырех магистральных сосудов головы (общие сонные и позвоночные артерии) выявлено отсутствие заполнения внутримозговых артерий контрастным веществом

При проведении цифровой субтракционной панангиографии четырех магистральных сосудов головы (общие сонные и позвоночные артерии) выявлено заполнение контрастным веществом хотя бы одной внутримозговой артерии либо ее части

Период наблюдения не устанавливался

Ф.И.О. пациента

Ф.И.О. и подписи участников консилиума врачей:

начался _____ (число, месяц, год)
 в _____ (час, минута) и составил _____ часов
 (отметить и заполнить нужное)

Повторное определение наличия клинических критериев смерти мозга человека

(не заполняется, если период наблюдения не устанавливался):

(Количество граф определяется исходя из количества определенных клинических критериев и отмечается словами "подтверждено" или "не определялся")

	Через 6 часов	Через 12 часов	Через 18 часов	Через 24 часа	Через 30 часов	...	Через 72 часа	По окончании периода наблюдения через _____ часов при досрочном прекращении периода наблюдения
полное и устойчивое отсутствие сознания (кома)								
атония всех мышц								
отсутствие реакции на сильные болевые раздражения в области тригеминальных точек и любых других рефлексов, замыкающихся выше шейного отдела спинного мозга								
неподвижность правого глазного яблока, отсутствие реакции максимально расширенного правого зрачка (для взрослых диаметр зрачков более 5 мм, для детей – более 4 мм) на прямой яркий свет								
неподвижность левого глазного яблока, отсутствие реакции максимально расширенного левого зрачка (для взрослых диаметр зрачков более 5 мм, для детей – более 4 мм) на прямой яркий свет								
отсутствие корнеального рефлекса - справа - слева								
отсутствие окулоцефалического рефлекса - справа - слева								

Ф.И.О. пациента

Ф.И.О. и подписи участников консилиума врачей:

отсутствие окуловестибулярного рефлекса - справа - слева								
отсутствие фарингеальных и трахеальных рефлексов при движении эндотрахеальной трубки в трахее и верхних дыхательных путях, а также при продвижении санационного катетера при санации трахеи и верхних дыхательных путей								

Комментарии, связанные с особенностями установления диагноза смерти мозга

Приложение _____

Решение консилиума врачей *(заполняется соответствующее)*:

Установлен диагноз смерти мозга пациента

_____ *(фамилия, имя, отчество)*

Время установления диагноза смерти мозга _____ (час, минута)

Дата _____ (число, месяц, год)

Диагноз смерти мозга не установлен, процедура установления диагноза смерти мозга пациента

_____ *(фамилия, имя, отчество)*

прекращена в связи с _____

_____ *(указать причину прекращения)*

Время прекращения процедуры установления диагноза смерти мозга _____ (час, минута)

Дата _____ (число, месяц, год)

Подписи участников консилиума врачей

Протокол заполнен

_____ *(фамилия, имя, отчество участника консилиума врачей, заполнившего протокол)*

Ф.И.О. пациента

Ф.И.О. и подписи участников консилиума врачей:

