



Hirntodprotokoll für Erwachsene

Voraussetzungen

Grund des Funktionsausfalls des gesamten Hirns: _____

Temperatur $\geq 35^\circ$ ja nein Temperatur: _____ °C

Verdacht auf Polyradikulitis cranialis oder ZNS Infekt ja nein ja → Zusatzuntersuchung

Verdacht auf eine reversible Komaursache (metabolische/endokrine/toxische/medikamentöse) ja nein ja → Zusatzuntersuchung

Voraussetzung für klinische Hirntoddiagnostik erfüllt ja nein

Klinische Untersuchung

Komatöser Zustand ja nein

Beidseits mittelweite bis weite, lichtstarre Pupillen ja nein nicht durchführbar

Fehlen der vestibulo-okulären Reflexe ja nein nicht durchführbar

Fehlen der Kornealreflexe ja nein nicht durchführbar

Fehlen zerebraler Reaktionen auf schmerzhafte Reize ja nein nicht durchführbar

Fehlende Reflexantwort auf tracheale und pharyngeale Reize ja nein nicht durchführbar

Fehlen der Spontanatmung (Apnoetest) ja nein nicht durchführbar

pH(<7.3) _____ CO₂(>8kPa) _____

Sind alle oben genannten Untersuchungen durchführbar? ja nein nein → Zusatzuntersuchung

Zusatzuntersuchung

Methode: _____ MAP zum Zeitpunkt der Untersuchung: _____

Stillstand der zerebralen Zirkulation nachgewiesen ja nein Zeitpunkt: _____

Untersuchender Facharzt/Fachärztin: _____

Datum und Uhrzeit: _____ Unterschrift: _____

Die klinische Hirntoddiagnostik wurde durchgeführt von

| | | |
|--------------------|--------------------|----------------------------------|
| Arzt 1 | Arzt 2 | Supervisor <input type="radio"/> |
| Name/Vorname _____ | Name/Vorname _____ | |
| Facharzt für _____ | Facharzt für _____ | |
| Klinik _____ | Klinik _____ | |
| Unterschrift _____ | Unterschrift _____ | |

Zeitpunkt des Todes Datum: _____ **Uhrzeit:** _____

Voraussetzungen für eine Organspende

Es liegen keine Kontraindikationen für eine Organspende vor ja nein

Einwilligung durch Angehörige liegt vor ja nein

Einwilligung für vorbereitende Massnahmen liegt vor ja nein

Aussergewöhnlicher Todesfall ja nein

falls ja: Einwilligung Staatsanwaltschaft liegt vor ja nein

Dokumentation Hirntod vollständig ja nein

Name/Vorname _____

zuständige/r Kaderärztin/Kaderarzt IPS _____

Unterschrift _____