

Protokollbogen-Nr. 1 2 3 4

**Patient** Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_

Klinik \_\_\_\_\_

**Untersucher** Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Facharztbezeichnung \_\_\_\_\_

Richtliniengemäße Qualifikation erfüllt ja

(bitte in Druckschrift ausfüllen)

**1. VORAUSSETZUNGEN**

Diagnose \_\_\_\_\_

Primäre Hirnschädigung  \_\_\_\_\_ supratentoriell  \_\_\_\_\_ infratentoriell  \_\_\_\_\_

Sekundäre Hirnschädigung  \_\_\_\_\_

Zeitpunkt des Unfalls/Krankheitsbeginns \_\_\_\_\_

Als Ursache der aktuellen und unten protokollierten Untersuchungsbefunde sind ausgeschlossen

- Intoxikation ja
- Dämpfende Medikamente ja
- Relaxation ja
- Primäre/therapeutische Hypothermie ja
- Metabolisches oder endokrines Koma ja
- Kreislaufschock ja

Systolischer Blutdruck \_\_\_\_\_ mmHg

Temperatur \_\_\_\_\_ °C

**2. KLINISCHE SYMPTOME DES AUSFALLS DER HIRNFUNKTION**

Bewusstlosigkeit (Koma) ja

	rechts	links	nicht prüfbar
Pupillen weit/mittelweit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lichtreflex fehlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Okulo-zephaler/vestibulo-okulärer Reflex fehlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Korneal-Reflex fehlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trigeminus-Schmerz-Reaktion fehlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pharyngeal-/Tracheal-Reflex fehlt	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Apnoe-Test Ausgangs-p<sub>a</sub>CO<sub>2</sub>(Temperatur-korrigiert) \_\_\_\_\_ mmHg/kPa

Apnoe bei p<sub>a</sub>CO<sub>2</sub>(Temperatur-korrigiert) \_\_\_\_\_ mmHg/kPa ja  nein

Apnoe-Test nicht möglich, weil \_\_\_\_\_

Datum und Uhrzeit der unter 1. und 2. dokumentierten Feststellungen: \_\_\_\_\_

Name (Druckschrift) \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

**Bei den hier dokumentierten Feststellungen und Befunden handelt es sich um den ersten Untersuchungsgang.**

Für den Irreversibilitätsnachweis sind weitere Untersuchungen erforderlich, nämlich

- klinische Untersuchungen nach mindestens  12 Stunden /  72 Stunden (siehe 3.1.) oder
- ergänzende Untersuchungen (siehe 3.2.).

Name (Druckschrift) \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_ Datum/Uhrzeit \_\_\_\_\_

