

## A. PROTOKOLLBogen ZUR FESTSTELLUNG DES IRREVERSIBLEN HIRNFUNKTIONSAUSFALLS AB BEGINN DES DRITTEN LEBENSJAHRES

Protokollbogen Nr.  1  2  3  4 (bitte den Protokollbogen in Druckschrift ausfüllen)

### Untersucher/-in:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Facharztbezeichnung: \_\_\_\_\_

Richtliniengemäße Qualifikation erfüllt: ja

### Patient/-in:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

geb.: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

Krankenhaus und Station: \_\_\_\_\_

### 1. Voraussetzungen

Diagnose(n): \_\_\_\_\_

primäre Hirnschädigung, supratentoriell  primäre Hirnschädigung, infratentoriell   
sekundäre Hirnschädigung

Zeitpunkt des Krankheitsbeginns: \_\_\_\_\_

Als Ursache der aktuellen und unten protokollierten Untersuchungsbefunde sind ausgeschlossen:

Intoxikation ja  primäre/therapeutische Hypothermie ja   
dämpfende Medikamente ja  metabolisches oder endokrines Koma ja   
Relaxation ja  Kreislaufchock ja

Blutdruck systolisch: \_\_\_\_\_ mmHg Mittlerer arterieller Druck: \_\_\_\_\_ mmHg

Körpertemperatur: \_\_\_\_\_ °C

### 2. Klinische Symptome des Ausfalls der Hirnfunktion

Bewusstlosigkeit (Koma) ja

	<i>rechts</i>	<i>links</i>	<i>nicht prüfbar</i>
Pupillen weit/mittelweit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lichtreflex fehlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
okulozephaler/vestibulookulärer Reflex fehlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kornealreflex fehlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trigeminus-Schmerzreaktion fehlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pharyngeal-/Trachealreflex fehlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Apnoe-Test:

Ausgangs- $p_a\text{CO}_2$ : \_\_\_\_\_ mmHg/kPa (Temperatur-korrigiert)

Kein eigener Atemantrieb (Apnoe) bei  $p_a\text{CO}_2$  \_\_\_\_\_ mmHg/kPa (Temperatur-korrigiert)

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

Kommentar:

Die unter 1. und 2. dokumentierte Befunderhebung wurde abgeschlossen am \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Die hier dokumentierte Befunderhebung ist das Ergebnis des ersten Untersuchungsgangs.**

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

