

Jegyzőkönyv az agyhalál megállapításáról

Jegyzőkönyv sorszáma

Intézmény: Osztály:

Beteg neve: TAJ:

Születési hely: Születési idő:

Kórisme:

Az eszméletlenség kezdetének időpontja:évhó.....nap.....óra.....perc

A vizsgálat kezdetének időpontja:évhó.....nap.....óra.....perc

A vizsgálat során az 1. és 2. pontban foglalt kérdésekre igen-nem feltüntetésével kell válaszolni

1. Kizáró tényezők:

	Kizáró tényezők	1. vizsgáló	2. vizsgáló	3. vizsgáló
1.1.	Mérgezés, gyógyszerhatás által okozott kóma kizárható			
1.2.	Neuromuszkuláris blokádnak kizárható			
1.3.	Shock állapot kizárható			
1.4.	Metabolikus vagy endokrin eredetű kóma kizárható			
1.5.	Lehűlés kizárható			
1.6.	Heveny gyulladáshoz idegrendszeri kórképek kizárhatók			

2. Az agyműködés teljes hiányának bizonyítása:

	Tünetek	1. vizsgáló	2. vizsgáló	3. vizsgáló
2.1.	Az eszméletlenség (kóma) fennáll			
2.2.	A pupillák közepesen tágak/tágak, a fényreakció mko. hiányzik			
2.3.	Cornea-reflex mko. hiányzik			
2.4.	A nervus trigeminus területére alkalmazott fájdalomingerre a reakció mko. hiányzik			
2.5.	Vestibulo ocularis reflex mko. hiányzik			
2.6.	Köhögési reflex hiányzik			
2.7.	A spontán légzés hiánya fennáll, a légzőközpont bénulása apnoe teszttel igazolható			

3. Az agyműködés teljes hiánya irreverzibilitásának bizonyítása:

3.1. Műszeres vizsgálatok

	A műszeres vizsgálat megnevezése	Időpontja	Eredménye	Végzője
3.1.1.				
3.1.2.				
3.1.3.				
3.1.4.				

3.2. Megfigyelési idő:

A megfigyelés ideje					A megfigyelést végző személy(ek)	
év	hó	nap	óra	perc	neve	beosztása

4. Az agyhalál megállapításának igazolása:

A jelen jegyzőkönyvben dokumentált vizsgálatok alapján az agyhalált egyértelműen megállapítottuk:

.....év.....hó.....nap.....óra.....perc

Az agyhalált megállapító orvosok:

1. vizsgáló: név (nyomtatott betűkkel):..... orvosi pecsét:

aláírás:.....

2. vizsgáló: név (nyomtatott betűkkel):..... orvosi pecsét:

aláírás:.....

3. vizsgáló: név (nyomtatott betűkkel):..... orvosi pecsét:

aláírás:.....