

## ZAPISNIK O UGOTAVLJANJU MOŽGANSKE SMRTI

Bolnišnica:

Datum:

Oddelek:

**BOLNIK**

ime:

Matična številka:

priimek:

Datum rojstva:

Starost:

### POGOJI ZA ZAČETEK POSTOPKA:

1. Diagnoza: .....

Vzrok za okvaro možganov: .....

2. Čas nastopa okvare (če je ugotovljiv): .....

3. Okvara možganov:  - primarno supratentorijska  - primarna lokalizacija ni znana  
 - primarno infratentorijska  
 - sekundarna

*(Od tu dalje vpisuje vsak član komisije svoje ugotovitve sam in to za vsak pregled posebej!)*

4. Kot vzrok ali dodatni vpliv je izključeno naslednje:

DA		NE		
1.	2.	1.	2.	(Številka nad okencem se nanaša na člana komisije!)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Zastrupitev
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Delovanje zdravil (hipnotiki, sedativi, nevroleptiki) v dozah, ki lahko vplivajo na stanje zavesti.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Delovanje relaksansov.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Drugi vzroki deeferentacije (encefalitis ali vaskularne okvare možganskega debla).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Primarna podhladitev (rektalna temperatura pod 32°C).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Endokrina in metabolična koma.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Cirkulacijski šok.

# PRVI PREGLED

Datum in ura pregleda: .....

## UGOTOVLJENI SO NASLEDNJI KLINIČNI ZNAKI:

TRDITEV				
DRŽI		NE DRŽI		(Številka nad okencem se nanaša na člana komisije!)
1.	2.	1.	2.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Koma brez spontanih dihalnih gibov.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Ni decerebracijske rigidnosti ali dekortikacijske drže. Ni epileptičnih napadov.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Zenici sta hromi (neodzivni tudi na močno osvetlitev), srednje ali skrajno široki (bolnik ni dobil midriatika).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Komelani refleks je na obeh straneh neizvabljiv.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Ni refleksnega odziva na bolečinski dražljaj v področju trigeminalnega živca.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Ni cefalookulamega refleksa (fenomena oči lutke).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Ni vestibulookulamega refleksa.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Ni faringealnega refleksa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Ni refleksa kašljanja pri draženju trahealne sluznice z aspiracijskim katetrom.

Ime in priimek:

Podpis:

1. član komisije

2. član komisije

.....

.....

.....

.....

## ELEKTROENCEFALOGRAM (EEG)

EEG, posnet po programu za komo, je bil brez možganske električne aktivnosti:

Prvič

dne: .....

ob: .....

Ime in priimek zdravnika: .....

Podpis: .....

## PREISKAVA ZNOTRAJLOBANJSKEGA KRVNEGA OBTOKA

je dokazala zaustavitev znotrajlobanjskega krvnega obtoka:

DA

NE

Metoda: .....

Preiskava opravljena

dne: .....

ob: .....

Ime in priimek zdravnika: .....

Podpis: .....

## DRUGI PREGLED

Datum in ura pregleda: .....

### UGOTOVLJENI SO NASLEDNJI KLINIČNI ZNAKI:

#### TRDITEV

DRŽI		NE DRŽI		(Številka nad okencem se nanaša na člana komisije!)
1.	2.	1.	2.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Koma brez spontanih dihalnih gibov.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Ni decerebracijske rigidnosti ali dekortikacijske drže. Ni epileptičnih napadov.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Zenici sta hromi (neodzivni na močno osvetlitev), srednje ali skrajno široki (bolnik ni dobil midriatika).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Komelani refleks je na obeh straneh neizvablјiv.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Ni refleksnega odziva na bolečinski dražljaj v področju trigeminalnega živca.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Ni cefalookulamega refleksa (fenomena oči lutke).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Ni vestibulookulamega refleksa.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Ni faringealnega refleksa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Ni refleksa kašljanja pri draženju trahealne sluznice z aspiracijskim katetrom.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Pri testu apnee ni dihalnih gibov (opraviti le po drugem pregledu!).

### ELEKTROENCEFALOGRAM (EEG)

EEG, posnet po programu za komo, je bil brez možganske električne aktivnosti:

Drugič dne: .....  
ob: .....

Ime in priimek zdravnika: .....  
Podpis: .....

### PREISKAVA ZNOTRAJLOBANJSKEGA KRVNEGA OBTOKA

je dokazala zaustavitev znotrajlobanjskega krvnega obtoka: DA  NE

Metoda: .....

Preiskava opravljena

dne: .....  
ob: .....

Ime in priimek zdravnika: .....  
Podpis: .....

<b>ČAS SMRTI:</b> dne:                      ob:                      uri
--

Ime in priimek:  
Podpis:

1. član komisije

.....  
.....

2. član komisije

.....  
.....

IME IN PRIIMEK BOLNIKA

ZAPISNIK O UGOTAVLJANJU MOŽGANSKE SMRTI

3/3