

NASLOV BOLNIŠNICE

ODDELEK:

.....

POROČILO O BOLNIKU V KOMATOZNEM STANJU

(izpolnjeno v dveh izvodih)

Bolnik

priimek

ime

datum rojstva

sprejet na oddelek dne ob

čas nastopa kome dne ob

Vzrok kome

Diagnoza

.....

▪ Prvi znaki okvare oz. prenehanja funkcije možganskega debla dne ob

▪ Prvo izvajanje kliničnih testov za možgansko smrt dne ob

Izvid govori **ZA** možgansko smrt **PROTI** možganski smrti. (ustrezno obkroži)

▪ Bolnišnični koordinator za transplantacijo

ime in priimek obveščen dne ob

▪ Komisijsko ugotovljena smrt:

dne ob

▪ Prvo obvestilo dežurnemu koordinatorju za transplantacijo dne ob

▪ Priimek in ime zdravnika, ki je dežurnega koordinatorja za transplantacijo obvestil

.....

▪ Priimek in ime dežurnega koordinatorja za transplantacijo, ki je obvestilo sprejel

.....

▪ Pri pokojniku **JE NI** predvidena sodna obdukcija. (ustrezno obkroži)

▪ Pokojnik ima izkaznico "Sem darovalec". **DA NE** (ustrezno obkroži)

▪ Na kartici KZZ je podatek: (ustrezno obkroži)

- darovalec,
- ni darovalec,
- ni opredeljen.

- Pogovor z osebo, ki je umrlemu blizu, je opravljen
- Pogoji za darovanje **SO NISO** izpolnjeni. (ustrezno obkroži)
- Odvzem organov **JE NI** predviden. (ustrezno obkroži)
- Čas smrti, če ni bila komisijsko ugotovljena:

dne ob

- Postopek ugotavljanja možganske smrti **JE BIL NI BIL** izpeljan do konca. (ustrezno obkroži)
- Zakaj:

- K ugotavljanju možganske smrti **SMO NISMO** pristopili. (ustrezno obkroži)
- Zakaj:

- Bolnišnični koordinator za transplantacijo **JE BIL NI BIL** obveščen. (ustrezno obkroži)
- Zakaj:

- Dežurni koordinator za transplantacijo **JE BIL NI BIL** obveščen. (ustrezno obkroži)
- Zakaj:

Ime in priimek
šefa oddelka:

.....
.....

podpis:

.....

Ime in priimek
lečечеge zdravnika ali
dežurnega zdravnika

.....
.....

podpis:

.....

Dne: