



Hirntodprotokoll für Erwachsene

Voraussetzungen

Grund des Funktionsausfalls des gesamten Hirns:

Temperatur $\geq 35^\circ$

ja nein

Temperatur: _____ °C

Verdacht auf Polyradikulitis cranialis oder ZNS Infekt

ja nein

ja → Zusatzuntersuchung

Verdacht auf eine reversible Komaursache

ja nein

ja → Zusatzuntersuchung

(metabolische/endokrine/toxische/medikamentöse)

Voraussetzung für klinische Hirntoddiagnostik erfüllt

ja nein

Klinische Untersuchung

Komatöser Zustand

ja nein

Beidseits mittelweite bis weite, lichtstarre Pupillen

ja nein

nicht durchführbar

Fehlen der Kornealreflexe

ja nein

nicht durchführbar

Fehlende Reflexantwort auf tracheale und pharyngeale Reize

ja nein

nicht durchführbar

Fehlen zerebraler Reaktionen auf schmerzhafte Reize

ja nein

nicht durchführbar

Fehlen der vestibulo-okulären Reflexe

ja nein

nicht durchführbar

Fehlen der Spontanatmung (Apnoetest)

ja nein

nicht durchführbar

Sind alle oben genannten Untersuchungen durchführbar?

pH (<7.3)

CO₂ (>8kPa)

ja nein

nein → Zusatzuntersuchung

Zusatzuntersuchung

Methode: _____

MAP zum Zeitpunkt der Untersuchung: _____

Stillstand der zerebralen Zirkulation nachgewiesen

Zeitpunkt: _____

ja

(A)

nein; intrakranielle Perfusion nachgewiesen.

(B)

nein; keine intrakranielle Perfusion nachgewiesen, jedoch Untersuchung technisch ungenügend.

(C)

Untersuchender Facharzt/Fachärztin: _____

Datum und Uhrzeit: _____

Unterschrift: _____

Klinische Interpretation der Zusatzuntersuchung gemäss SOP Hirntoddiagnostik

(A) → Klinische Hirntoddiagnostik unterstützt.

(B) → Patient ist zum aktuellen Zeitpunkt nicht hirntot.

(C) → Vorgehen gemäss SOP Hirntoddiagnostik.

Die klinische Hirntoddiagnostik wurde durchgeführt von

Arzt 1

Name/Vorname _____

Facharzt für _____

Klinik _____

Unterschrift _____

Arzt 2

Name/Vorname _____

Facharzt für _____

Klinik _____

Unterschrift _____

Supervisor

Zeitpunkt des Todes

Datum: _____

Uhrzeit: _____

Voraussetzungen für eine Organspende

Es liegen keine Kontraindikationen für eine Organspende vor

ja nein

Einwilligung durch Angehörige liegt vor

ja nein

Einwilligung für vorbereitende Massnahmen liegt vor

ja nein

Aussergewöhnlicher Todesfall

ja nein

falls ja: Einwilligung Staatsanwaltschaft liegt vor

ja nein

Dokumentation Hirntod vollständig

ja nein

Name/Vorname zuständige/r Kaderärztin/Kaderarzt IPS: _____

Unterschrift: _____