Tyrimo metodų smegenų mirčiai nustatyti tvarkos aprašo
1 priedas

(Smegenų mirties konstatavimo protokolo (suaugusių asmenų ir vaikų nuo 1 metų) forma)

SMEGENŲ MIRTIES KONSTATAVIMO PROTOKOLAS Nr._____
(SUAUGUSIŲ ASMENŲ IR VAIKŲ NUO 1 METŲ)

Vardas, pavardė _____ gimimo data _____ amžius _____

Ligoninė _____

Tyrimų pradžios data _____ laikas _____ ligos ist. Nr. _____

Diagnozė _____

1. Išvardytų būklių tyrimo išvados (*šis punktas netaikomas pacientams, kuriems atliekama angiografija*):

☐ **NĖRA visų išvardytų būklių:**
Intoksikacija (apsinuodijimas);
Farmakologinis preparatų poveikis (narkotikų, neuroleptikų, migdomųjų, raminamųjų, raumenų relaksantų);
Hipotermija (kūno temperatūra žemesnė kaip 35 laipsniai). Kūno temperatūra _____ °C;
Metabolinė arba endokrininė koma

_____	_____	_____
gydytojo parašas, vardas, pavardė, asmeninis spaudas	*gydytojo parašas, vardas, pavardė, asmeninis spaudas*	*gydytojo parašas, vardas, pavardė, asmeninis spaudas*

2. Klinikiniai smegenų mirties kriterijai:

Tyrimų laikas:	Pirmasis konsiliumas val. min._____	Antrasis konsiliumas (po 12 val.) val. min._____	Trečiasis konsiliumas (po 24 val.) val. min._____
Vyzdžiai nereaguoja į šviesą	☐	☐	☐
Nėra ragenų refleksų	☐	☐	☐
Nėra reakcijos į skausmą	☐	☐	☐
Nėra kosulio ir vėmimo refleksų	☐	☐	☐
Nėra vestibulookuliarinių refleksų	☐	☐	☐
Nėra okulocefalinių refleksų	☐	☐	☐
Nėra spontaninio kvėpavimo	☐	☐	☐

_____	_____	_____
gydytojo parašas, vardas, pavardė, asmeninis spaudas	*gydytojo parašas, vardas, pavardė, asmeninis spaudas*	*gydytojo parašas, vardas, pavardė, asmeninis spaudas*
_____	_____	_____
gydytojo parašas, vardas, pavardė, asmeninis spaudas	*gydytojo parašas, vardas, pavardė, asmeninis spaudas*	*gydytojo parašas, vardas, pavardė, asmeninis spaudas*
_____	_____	_____
gydytojo parašas, vardas, pavardė, asmeninis spaudas	*gydytojo parašas, vardas, pavardė, asmeninis spaudas*	*gydytojo parašas, vardas, pavardė, asmeninis spaudas*

Jeigu pacientui neįmanoma nustatyti atitikties bent vienam iš septynių smegenų mirties kriterijų, nurodyti priežastį: _____

3. Negrįžtami pakitimai:

3.1. Izolinija elektroencefalogramoje (30 min.)

po 12 val. – **YRA** ☐ **NĖRA**☐

_____ _____

tyrimo data, laikas *gydytojo parašas. vardas, pavardė, asmeninis spaudas*

Izolinija elektroencefalogramoje (30 min.)
pakartotinis tyrimas po 6 val. arba 24 val. –

YRA ☐ **NĖRA**☐

_____ _____

tyrimo data, laikas *gydytojo parašas. vardas, pavardė, asmeninis spaudas*

3.2. Angiografijos metu kraujotaka 4 pagrindinėse

galvos smegenų kraujagyslėse – **YRA** ☐ **NĖRA**☐

_____ _____

tyrimo data, laikas *gydytojo parašas, vardas, pavardė, asmeninis spaudas*

3.3. Kompiuterinės tomografijos angiografija – kontrastinė medžiaga galvos smegenų

kraujagyslėse – **KAUPIAMA** ☐ **NEKAUPIAMA**☐

_____ _____

tyrimo data, laikas *gydytojo parašas, vardas, pavardė, asmeninis spaudas*

4. Protokolo Nr. _____ duomenimis, _____ konstatuojama smegenų mirtis.
data, laikas

Konsiliumas:

1. _____
Gydytojas neurologas ar gydytojas vaikų neurologas arba gydytojas neurochirurgas – vardas, pavardė, parašas, asmeninis spaudas

2. _____
Gydytojas anesteziologas-reanimatologas ar vaikų intensyviosios terapijos gydytojas – vardas, pavardė, parašas, asmeninis spaudas

3. _____
Gydantysis ar budintysis gydytojas – vardas, pavardė, parašas, asmeninis spaudas