

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України

№ _____

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого (якої) належить заклад охорони здоров'я	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації № 012/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України № _____
Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я/наукової установи, де заповнюється форма Код за ЄДРПОУ _____	

АКТ про констатацію смерті мозку людини		
1. ПІБ		
2. Номер медичної карти стаціонарного хворого		
3. Основний клінічний діагноз/ускладнення		
Вік пацієнта	Проведення першого клінічного обстеження	Проміжок часу між двома клінічними обстеженнями
Дорослий > 18 років	Етіологію коми та незворотність факторів, які спричинили ушкодження мозку встановлено; з моменту серцево-легеневої реанімації (якщо така проводилась) минуло понад 24 годин. ТАК НІ	Щонайменше 6 годин для первинного ушкодження мозку ТАК НІ Щонайменше 24 години для вторинного ушкодження мозку ТАК НІ

		Проміжок часу було скорочено до 3-х годин за рахунок проведення допоміжного методу обстеження ТАК НІ _____
У випадку, коли ВСІ підпункти розділу 1 відмічено «Так», слід продовжувати обстеження; якщо деякі з підпунктів були відмічені «Ні», — слід відкласти обстеження.		
Розділ 1. Необхідні умови для проведення клінічного обстеження		
А. Незворотні та виявлені причини коми (відмітити необхідне)		
Первинне (вказати причину) _____	Характер ушкодження головного мозку Вторинне	Змішане

Б. Усунення факторів, які можуть вплинути на клінічне обстеження	Перше дослідження Дата/час: _____	Друге дослідження Дата/час: _____
а. Глибока температура тіла $\geq 36^{\circ}\text{C}$	Так / Ні	Так / Ні
б. Середній артеріальний тиск $\geq 70\text{мм рт. ст.}$	Так / Ні	Так / Ні
в. Виключено вплив лікарських препаратів, які можуть вплинути на результати обстеження центральної нервової системи	Так / Ні	Так / Ні
г. Виключено метаболічні розлади	Так / Ні	Так / Ні
У випадку, коли ВСІ підпункти розділу 2 відмічено «Так», слід продовжувати обстеження; якщо деякі з підпунктів були відмічені «Ні», — слід відкласти обстеження.		
Розділ 2. Етапи клінічного обстеження ВВАЖАЄТЬСЯ СПИНАЛЬНІ РЕФЛЕКСИ МОЖУТЬ СПОСТЕРІГАТИСЬ		
Клінічне неврологічне обстеження	Перше дослідження Дата/час: _____	Друге дослідження Дата/час: _____
1) Кома III ст. (3 бали за ШКГ)	Так / Ні	Так / Ні
2) Атонія всіх груп м'язів	Так / Ні	Так / Ні
3) Відсутня реакція на больові подразники в зоні тригемінальних точок	Так / Ні	Так / Ні
4) Відсутня реакція зіниць на світло	Так / Ні	Так / Ні
5) Відсутні корнеальні рефлекси	Так / Ні	Так / Ні
6) Відсутні окулоцефалічні рефлекси	Так / Ні	Так / Ні
7) Відсутні окуловестибулярні рефлекси	Так / Ні	Так / Ні
8) Відсутній кашльовий рефлекс	Так / Ні	Так / Ні
9) Відсутній блювотний рефлекс	Так / Ні	Так / Ні
Етап(и) обстеження (вказати) _____ неможливо виконати з таких причин: _____ _____ _____, тому був виконаний допоміжний метод обстеження для підтвердження діагнозу смерті мозку _____		

Тест апное. Виконується лише «друге дослідження»		Друге дослідження Дата/час: _____	
ДОСЛІДЖЕННЯ 2: спонтанні дихальні рухи відсутні, досягнуто $\text{PaCO}_2 \geq 60$ мм рт. ст. та/або відзначено підвищення $\text{PaCO}_2 \geq 20$ мм рт. ст. вище вихідного рівня ТАК НІ		Вихідний рівень PaCO_2 : _____ Тривалість тесту: _____ Рівень PaCO_2 після тесту: _____	
Нааявні протипоказання до проведення тесту апное або ускладнення, які виникли під час проведення цього тесту (вказати): _____ _____			
тому проведено _____ (допоміжний метод обстеження) з метою підтвердження діагнозу смерті мозку.			
Тест апное було припинено з інших причин (вказати з яких): _____ _____			
Розділ 3. ДОПОМІЖНІ методи обстеження. Використовуються у випадку, коли неможливо виконати якийсь з обов'язкових етапів діагностики смерті мозку або для скорочення інтервалу між двома клінічними обстеженнями.	Перше дослідження Дата/час: _____		Друге дослідження Дата/час: _____
☐ Електроенцефалографія відображає відсутність біопотенціалів мозку	Так	Ні	Так Ні
☐ Церебральна ангіографія відображає відсутність мозкового кровотоку	Так	Ні	Так Ні
☐ Транскраніальна доплер-сонографія відображає відсутність мозкового кровотоку	Так	Ні	Так Ні
☐ Комп'ютерно-томографічна перфузія головного мозку відображає відсутність мозкового кровотоку	Так	Ні	Так Ні
☐ Комп'ютерно-томографічна ангіографія головного мозку визначає відсутність мозкового кровотоку	Так	Ні	Так Ні
☐ Перфузійна сцинтиграфія головного мозку визначає відсутність перфузії мозкової паренхіми	Так	Ні	Так Ні
Розділ 4. Інформація про лікарів, залучених до консилиуму.			
Я згоден з тим, що проведені мною клінічне обстеження/тест апное/ допоміжні методи обстеження підтверджують незворотне припинення функцій головного мозку, що свідчить про смерть мозку.			
Перше обстеження			
Склад консилиуму лікарів: _____ _____ _____ _____ « ____ » _____ 20 ____ року (прізвища, імена, по батькові, підписи)			
Друге обстеження та констатація смерті мозку людини			

На підставі діагностованої смерті мозку, момент смерті пацієнта _____ (ПП)
настав о _____ годин _____ хвилин _____ р.

Склад консилиуму лікарів:

_____ «____» _____

20____ року
(прізвища, імена, по батькові, підписи)

**Генеральний директор
Директорату високотехнологічної
медичної допомоги та інновацій**

Василь СТІЛКА