

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	
Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я/наукової установи, де заповнюється форма		Форма первинної облікової документації	
Код за ЄДРПОУ		№ 012/о/д	
		ЗАТВЕРДЖЕНО	
		Наказ МОЗ України	
		№	

АКТ про констатацію смерті мозку дитини		
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
Доношений новонароджений	Етіологію коми та незворотність факторів, які спричинили ушкодження мозку встановлено; з	Щонайменше 24 години для первинного ушкодження

(37 тижнів гестації) – 30 днів	моменту серцево-легеневої реанімації (якщо така проводилась) минуло понад 48 годин. ТАК НІ	ТАК НІ Щонайменше 48 годин для вторинного ушкодження ТАК НІ Проміжок часу було скорочено за рахунок проведення допоміжного методу обстеження ТАК НІ
31 день – 18 років	Етіологію коми та незворотності факторів, які спричинили ушкодження мозку встановлено; з моменту серцево-легеневої реанімації (якщо така проводилась) минуло понад 48 годин. ТАК НІ	Щонайменше 12 години для первинного ушкодження ТАК НІ Щонайменше 24 годин для вторинного ушкодження 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 та тесту апное

А. Незворотні та виявлені причини коми (відмітити необхідне)

Характер ушкодження головного мозку		
Первинне (вказати) _____	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. Систолічний (середній) артеріальний тиск не менший ніж два стандартних відхилення від вікової норми	Так / Ні	Так / Ні
в. Виключено вплив лікарських препаратів, які можуть вплинути на результати обстеження центральної нервової системи	Так / Ні	Так / Ні
г. Виключено метаболічними 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 ВВ! СПІНАЛЬНІ РЕФЛЕКСИ МОЖУТЬ СПОСТЕРІГАТИСЯ 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) Відсутність реакції на глибокі больові подразники	Так / Ні	Так / Ні

4) Відсутність реакції зіниць на світло	Так / Ні	Так / Ні
5) Відсутність корнеальних рефлексів	Так / Ні	Так / Ні
6) Відсутність окулоцефалічних рефлексів	Так / Ні	Так / Ні
7) Відсутність окуловестибулярних рефлексів	Так / Ні	Так / Ні
8) Відсутність кашльового рефлексу	Так / Ні	Так / Ні
9) Відсутність блювотного рефлексу	Так / Ні	Так / Ні
Етап(и) обстеження (вказати) _____, неможливо виконати з таких причин: _____ _____,		
тому був використаний допоміжний метод обстеження для підтвердження діагнозу смерті мозку _____		
Тест апное. Виконується після кожного клінічного обстеження	Перше дослідження Дата/час: _____	Друге дослідження Дата/час: _____
ДОСЛІДЖЕННЯ 1: 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 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: _____	Вихідний рівень PaCO_2 : _____ Тривалість тесту: _____ Рівень PaCO_2 після тесту: _____
Наявні протипокази 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. Часовий проміжок після закінчення всіх етапів клінічного обстеження, які можуть бути виконані безпечно для пацієнта, та початком проведення допоміжних методів обстеження повинен бути максимально коротким	Перше дослідження Дата/час: _____ _____	Друге дослідження Дата/час: _____ _____
☐ Електроенцефалографія відображає відсутність біопотенціалів мозку	Так	Ні
☐ Церебральна ангіографія відображає відсутність мозкового кровотоку	Так	Ні

Розділ 5. Інформація про лікарів, залучених до діагностики смерті мозку Я згоден з тим, що проведений мною клінічний огляд/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 дитини
На підставі діагностованої смерті мозку, момент смерті пацієнта _____ (ППП) настав о ____ годин ____ хвилин _____ року Склад консилиуму лікарів: _____ _____ _____ « ____ » _____ 20__ року (прізвища, імена, по батькові, підписи)

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

Василь СТІЛКА