

Příloha č. 3 k vyhlášce č. 114/2013 Sb. - Vzor protokolu o zjištění smrti

Protokol o zjištění smrti (k §10 zákona č. 285/2002 Sb.)		
II. Zjištění smrti průkazem nevratné ztráty funkce celého mozku		
Jméno a příjmení: Rodné číslo: /		
Nebylo-li přiděleno RČ datum narození:		
Pracoviště poskytovatele zdravotních služeb:		
1. lékař zjišťující smrt (lékař A)	2. lékař zjišťující smrt (lékař B)	
..... jméno a příjmení jméno a příjmení	
..... pracovní zařazení pracovní zařazení	
1. Předpoklady, na základě kterých lze uvažovat o diagnóze smrti mozku		
Diagnóza základního mozkového postižení:		
lékař A:	lékař B:	
Datum a čas úrazu nebo onemocnění:		
lékař A:	lékař B:	
datum, čas (hodina:minuta)	datum, čas (hodina:minuta)	
Bylo vyloučeno, že na bezvědomí se v okamžiku vyšetření podílí		
	lékař A	lékař B
intoxikace	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
tlumivé a relaxační účinky léčiv	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
metabolický nebo endokrinní rozvrat	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
primární podchlazení	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne

2. Klinické známky smrti mozku		
fotoreakce - oboustranně chybí	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
korneální reflex - oboustranně chybí	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
vestibulookulární reflex - oboustranně chybí	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
motorická reakce při algickém podráždění v inervační oblasti n. trigeminus - oboustranně chybí	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
kašlací reflex provokovaný hlubokým tracheobronchiálním odsáváním - chybí	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
trvalá zástava spontánního dýchání - apnoický test při $p_a \text{CO}_2$ mmHg / kPa - splněn	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
hluboké bezvědomí (Glasgow coma scale - skóre)		
poznámka:	lékař A datum, čas (hodina:minuta) podpis	lékař B datum, čas (hodina:minuta) podpis
3. Potvrzení nevratnosti klinických známek smrti mozku - jedna z metod		
<input type="checkbox"/> Angiografie mozkových tepen <input type="checkbox"/> Mozková perfuzní scintigrafie <input type="checkbox"/> Počítačová tomografická angiografie <input type="checkbox"/> Transkraniální dopplerovská ultrasonografie <input type="checkbox"/> Vyšetření sluchových kmenových evokovaných potenciálů (BAEP)		
..... datum čas (hodina:minuta)		
Záznam vyšetření je součástí zdravotnické dokumentace.		
<input type="checkbox"/> Instrumentální vyšetření nebylo provedené při průkazu těžké strukturální infratentoriální léze		
4. Závěrečná diagnóza:		
Na základě výše uvedených vyšetření byla zjištěna smrt mozku:		
lékař A:		
..... datum čas (hodina:minuta) jméno, příjmení a podpis
lékař B:		
..... datum čas (hodina:minuta) jméno, příjmení a podpis

Důvody, pro které nelze vyšetření klinických známek smrti mozku uvedené v části 2 provést, zaznamená lékař provádějící vyšetření klinických známek smrti mozku do poznámky tohoto protokolu.
Pro potřeby přesného stanovení **okamžiku smrti** je rozhodný čas zjištění smrti uvedený v protokolu lékařem B.
Musí se shodovat s časem uvedeným v Listu o prohlídce zemřelého.