



## 2. Klinické známky smrti mozku

### první vyšetření

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

## 2. Klinické známky smrti mozku

**druhé vyšetření** - provádí se s odstupem minimálně 48 hodin od prvního vyšetření

3. lékař zjišťující smrt (lékař C)

4. lékař zjišťující smrt (lékař D)

.....  
jméno a příjmení

.....  
jméno a příjmení

.....  
pracovní zařazení

.....  
pracovní zařazení

**Vyplnit v případě, že druhé vyšetření provádí  
jiný lékař než lékař A a B**

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 lékař C ..... datum, čas (hodina:minuta) ..... podpis	lékař B lékař D ..... datum, čas (hodina:minuta) ..... podpis

### 3. Potvrzení nevratnosti klinických známek smrti mozku - jedna z metod

- Angiografie mozkových tepen
- Mozková perfuzní scintigrafie
- Počítačová tomografická angiografie
- Transkraniální dopplerovská ultrasonografie
- Vyšetření sluchových kmenových evokovaných potenciálů (BAEP)

.....  
datum

.....  
čas (hodina:minuta)

Záznam vyšetření je součástí zdravotnické dokumentace.

- Instrumentální vyšetření nebylo provedené při průkazu těžké strukturální infratentoriální léze

### 4. Závěrečná diagnóza:

Na základě výše uvedených vyšetření byla zjištěna smrt mozku:

lékař A (C):

.....  
datum

.....  
čas (hodina:minuta)

.....  
jméno, příjmení a podpis

lékař B (D):

.....  
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.