

назив здравствене установе _____

адреса здравствене установе _____

ЗАПИСНИК О УТВРЂИВАЊУ МОЖДАНЕ СМРТИ

Име и презиме даваоца _____

Датум рођења
дан месец година

Матични број историје болести: _____

УСЛОВИ ЗА ЗАПОЧИЊАЊЕ КЛИНИЧКОГ ПРЕГЛЕДА

Датум:
дан месец година

Дијагноза: _____

Оштећење мозга: 1. узрок _____

2. време појаве (уколико се може утврдити):

3. оштећење: Примарно супратенторијално секундарно
 Примарно инфратенторијално није познато

Присутни су следећи знаци:	ДА		НЕ		ДА		НЕ		ДА		НЕ	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Тровања	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Деловања лекова (хипнотици, седативи, неуролептици) у дозама које могу утицати на стање свести	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Деловања мишићних релаксанаса	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ендогена депресија ЦНС	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Хипотермије испод 35°C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Метаболичке и ендокрине коме	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Циркулаторног шока	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Колону попуњава сваки члан комисије	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	

Име и презиме чланова комисије _____

Потпис и факсимил чланова комисије

Име и презиме чланова комисије

_____	_____	_____
_____	_____	_____

Потпис и факсимил чланова комисије

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

ПРВИ КЛИНИЧКИ ПРЕГЛЕД

Датум и време: у

дан месец година час минут

Утврђени следећи клинички знаци:

	ДА	НЕ	ДА	НЕ	ДА	НЕ
1. Одсуство реакције зенице на светлост	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Одсуство корнеалног рефлекса	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Одсуство реакције на будни надражај у подручју инервације нерава n.trigeminusa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Одсуство окулоцефаличних рефлекса	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Одсуство окуловестибуларних рефлекса	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Одсуство фарингеалног рефлекса	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Одсуство трахеалног рефлекса	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Атонија мускулатуре (одсуство спонтаних мишићних покрета)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Негативан атропински тест	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Одсуство спонтаног дисања при апнеа тесту	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Колону попуњава сваки члан комисије	<input type="text"/> 1. члан	<input type="text"/> 2. члан	<input type="text"/> 3. члан			

Мождана смрт клинички утврђена

ДА

НЕ

Име и презиме чланова комисије

Потпис и факсимил чланова комисије

ДРУГИ КЛИНИЧКИ ПРЕГЛЕД

Датум и време:

дан
месец
година

у

час
минут

Утврђени следећи клинички знаци:

	ДА	НЕ	ДА	НЕ	ДА	НЕ
1. Одсуство реакције зенице на светлост	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Одсуство корнеалног рефлекса	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Одсуство реакције на будни наддражај у подручју инервације нерава n.trigeminusa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Одсуство окулоцефаличних рефлекса	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Одсуство окуловестибуларних рефлекса	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Одсуство фарингеалног рефлекса	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Одсуство трахеалног рефлекса	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Атонија мускулатуре (одсуство спонтаних мишићних покрета)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Негативан атропински тест	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Одсуство спонтаног дисања при апнеа тесту	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Колону попуњава сваки члан комисије	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Мождана смрт клинички утврђена

 ДА НЕ

Име и презиме чланова комисије

_____	_____	_____
_____	_____	_____

Потпис и факсимил чланова комисије

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

ПОТВРЂИВАЊЕ МОЖДАНЕ СМРТИ

Дијагностичким поступком _____ потврђена је мождана смрт.
(навести врсту претраге)

Датум и време:

--	--

--	--

--	--	--	--

 у

--	--

--	--

дан месец година час минут

Име и презиме чланова комисије _____

Потпис и факсимил чланова комисије

--

--

--