

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого (якої) належить заклад охорони здоров'я Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я / наукової установи, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ _____		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації № 012/о/д ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України _____ за погодженням з Держстатом
АКТ про констатацію смерті мозку дитини		
1. Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності)		
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 (37 тижнів гестації) - 30 днів	Етіологію коми та незворотність факторів, які спричинили ушкодження мозку встановлено; з моменту серцево-легеневої реанімації (якщо така проводилась) минуло понад 48 годин. ТАК НІ	Щонайменше 24 години для первинного ушкодження 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 незворотність 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 хоча б один з підпунктів було відмічено «Ні» - слід відкласти обстеження Розділ 1. Необхідні умови для проведення клінічного обстеження та тесту апное		
1.1. Незворотні та виявлені причини коми (відмітити необхідне)		
Характер ушкодження головного мозку Первинне Вторинне Змішане (вказати) _____		

1.2 Усунення факторів, які можуть вплинути на клінічне обстеження	Перше дослідження Дата/час: _____	Друге дослідження Дата/час: _____
1) Глибока температура тіла $\geq 36^{\circ}\text{C}$	Так / Ні	Так / Ні
2) Систолічний (середній) артеріальний тиск не менший ніж два стандартних відхилення від вікової норми	Так / Ні	Так / Ні
3) Виключено вплив лікарських препаратів, які можуть вплинути на результати обстеження центральної нервової системи	Так / Ні	Так / Ні
4) Виключено метаболічні розлади	Так / Ні	Так / Ні
У випадку, коли ВСІ підпункти розділу 2 відмічено «Так», слід продовжувати обстеження; якщо хоча б один з підпунктів було відмічено «Ні» - слід відкласти обстеження		
Розділ 2. Етапи клінічного обстеження ВВАЖАЄТЬСЯ 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 блювотного рефлексу	Так / Ні	Так / Ні
9) Відсутність кашльового 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 зростання $\text{PaCO}_2 \geq 20$ мм рт. ст. вище за вихідний рівень ТАК НІ	Вихідний рівень PaCO_2 : _____ Тривалість тесту: _____ Рівень PaCO_2 після тесту: _____	Вихідний рівень PaCO_2 : _____ Тривалість тесту: _____ Рівень PaCO_2 після тесту: _____ Вихідний рівень PaCO_2 : _____

ДОСЛІДЖЕННЯ 2: спонтанні дихальні рухи відсутні, досягнуто $\text{PaCO}_2 \geq 60$ мм рт. ст. та/або відзначено зростання $\text{PaCO}_2 \geq 20$ мм рт. ст. вище за вихідний рівень ТАК НІ	Вихідний рівень PaCO_2 : _____ Тривалість тесту: _____ Рівень PaCO_2 після тесту: _____	Тривалість тесту: _____ Рівень PaCO_2 після тесту: _____
Наявні 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. 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	Так Ні
Розділ 4. 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 (за наявності), підписи)		
Друге обстеження та констатація смерті мозку дитини		
На підставі діагностованої смерті мозку, момент смерті пацієнта/ки _____ (ПІБ) _____ годин _____ хвилин _____ року. Склад консилиуму лікарів: _____ _____ _____ _____ _____ «__» _____ 20__ року		

(прізвища, імена, по батькові (за наявності), підписи)

Генеральний директор
Директорату високотехнологічної
медичної допомоги та інновацій

Василь СТІЛКА