

G.1. Tod infolge primärer Hirnschädigung: Erwachsene und Kinder älter als ein Jahr

Protokoll zur Feststellung des Todes infolge primärer Hirnschädigung (DBD) für Erwachsene und Kinder älter als 1 Jahr.

Dieses Protokoll muss den Patienten/die Patientin begleiten (Original). Nach dem Tod gehört es als wichtiges Dokument in die Krankengeschichte (Original oder Kopie).

Name, Vorname des Patienten/der Patientin:

Geburtsdatum:

Patientenidentifikationsnummer:

	Arzt 1 Name, Datum, Uhrzeit Unterschrift	Arzt 2 Name, Datum, Uhrzeit Unterschrift	Arzt Zusatzuntersuchung Name, Datum, Uhrzeit Unterschrift	Nächster Schritt
1.1 Reversible, d. h. medikamentöse, toxische und/oder metabolische Ursache(n) ausgeschlossen				weiter zu 1.2
1.2 Körperkerntemperatur ≥ 35 °C				weiter zu 1.3
1.3 Kein Verdacht auf ZNS-Infektion oder Polyradikulitis cranialis				weiter zu 1.4
1.4 Grund für Funktionsausfall des Gehirns:				weiter zu 1.5
1.5 Alle klinischen Zeichen inkl. Apnoetest sind erfüllt (d. h. Tod festgestellt) = Todeszeitpunkt:				weiter zu 1.11
1.6 Ein oder mehrere klinischen Zeichen sind <u>nicht erfüllt</u>				Untersuchung wiederholen und zurück zu 1.5
1.7 Ein oder mehrere klinische Zeichen sind <u>nicht prüfbar</u> oder Funktionsausfall des Gehirns ist nicht hinreichend erklärt bzw. reversible Ursachen sind nicht restlos ausgeschlossen				weiter zu 1.8
1.8 Durchgeführte Zusatzuntersuchung:				weiter zu 1.9
1.9 Zusatzuntersuchung zeigt Ausfall der zerebralen Perfusion (d. h. Resultat vereinbar mit Tod; Todeszeitpunkt)				weiter zu 1.11
1.10 Zusatzuntersuchung zeigt eine zerebrale Restperfusion				Zusatzuntersuchung und zurück zu 1.9

	Arzt 1 Name, Datum, Uhrzeit Unterschrift	Arzt 2 Name, Datum, Uhrzeit Unterschrift	Arzt Zusatzuntersuchung Name, Datum, Uhrzeit Unterschrift	Nächster Schritt
1.11 Spendeerklärung (Spendekarte, Patientenverfügung etc.) liegt vor				weiter zu 1.15
1.12 Spendeerklärung (Spendekarte, Patientenverfügung etc.) liegt nicht vor				weiter zu 1.13
1.13 Zustimmung durch Angehörige oder Vertrauensperson liegt vor				weiter zu 1.15
1.14 Zustimmung durch Angehörige oder Vertrauensperson liegt nicht vor				weiter zu 1.20
1.15 Es liegen keine medizinischen Kontraindikationen vor (ggf. in Rücksprache mit Swisstransplant oder Netzwerkzentrum)				weiter zu 1.17
1.16 Es liegen medizinische Kontraindikationen vor (ggf. in Rücksprache mit Swisstransplant oder Netzwerkzentrum)				weiter zu 1.20
1.17 Natürlicher Todesfall				weiter zu 2
1.18 Nicht natürlicher Todesfall (Unfall, Suizid, Gewaltverbrechen): Einwilligung der Untersuchungsbehörden liegt vor Name, Tel. Nr.				weiter zu 2
1.19 Nicht natürlicher Todesfall: Einwilligung der Untersuchungsbehörden liegt nicht vor Name, Tel. Nr.				weiter zu 1.20
1.20 Abbruch				

2 Alle Voraussetzungen für eine Organ- und/oder Gewebeentnahme sind erfüllt				
---	--	--	--	--

G.2. Tod infolge primärer Hirnschädigung: Säuglinge

Protokoll zur Feststellung des Todes infolge primärer Hirnschädigung (DBD)
für Säuglinge ab Tag 28 bis einem Jahr bzw. bei Frühgeborenen mehr als 44 Wochen postmenstruelles Alter.

Dieses Protokoll muss den Patienten/die Patientin begleiten (Original). Nach dem Tod gehört es als wichtiges Dokument in die Krankengeschichte (Original oder Kopie).

Name, Vorname des Patienten/der Patientin:

Geburtsdatum:

Patientenidentifikationsnummer:

	Arzt 1 Name, Datum, Uhrzeit Unterschrift	Arzt 2 Name, Datum, Uhrzeit Unterschrift	Arzt Zusatzuntersuchung Name, Datum, Uhrzeit Unterschrift	Nächster Schritt
1.1 Reversible, d. h. medikamentöse, toxische und oder metabolische Ursache(n) ausgeschlossen				weiter zu 1.2
1.2 Körperkerntemperatur ≥ 35 °C				weiter zu 1.3
1.3 Kein Verdacht auf ZNS-Infektion oder Polyradikulitis cranialis				weiter zu 1.4
1.4 Klarer Grund für Funktionsausfall des Gehirns liegt vor; Grund:				weiter zu 1.5
1.5 Alle klinischen Zeichen inkl. Apnoetest sind erfüllt				weiter zu 1.7
1.6 Ein oder mehrere klinische Zeichen sind <u>nicht erfüllt</u>				falls zutreffend: weiter zu 1.7 falls nicht zutreffend: zurück zu 1.5 falls nicht prüfbar: weiter zu 1.8
1.7 Nach 24 Std. Beobachtungszeit: Alle klinischen Zeichen inkl. Apnoetest sind erfüllt (d. h. Tod festgestellt) = Todeszeitpunkt:				weiter zu 1.12
1.8 Ein oder mehrere klinische Zeichen sind nicht prüfbar oder Funktionsausfall des Gehirns ist nicht hinreichend erklärt bzw. reversible Ursachen sind nicht restlos ausgeschlossen				weiter zu 1.9
1.9 Durchgeführte Zusatzuntersuchung:				weiter zu 1.10
1.10 Zusatzuntersuchung zeigt Ausfall der zerebralen Perfusion (d. h. Resultat vereinbar mit Tod; Todeszeitpunkt)				weiter zu 1.12

	Arzt 1 Name, Datum, Uhrzeit Unterschrift	Arzt 2 Name, Datum, Uhrzeit Unterschrift	Arzt Zusatzuntersuchung Name, Datum, Uhrzeit Unterschrift	Nächster Schritt
1.11 Zusatzuntersuchung zeigt eine zerebrale Restperfusion				Zusatzuntersuchung und zurück zu 1.10
1.12 Zustimmung der Eltern (oder der gesetzlichen Vertretungsperson) liegt vor				weiter zu 1.14
1.13 Zustimmung der Eltern (oder der gesetzlichen Vertretungsperson) liegt nicht vor				weiter zu 1.19
1.14 Es liegen keine medizinischen Kontraindikationen vor (ggf. in Rücksprache mit Swisstransplant oder Netzwerkzentrum)				weiter zu 1.16
1.15 Es liegen medizinische Kontraindikationen vor (ggf. in Rücksprache mit Swisstransplant oder Netzwerkzentrum)				weiter zu 1.19
1.16 Natürlicher Todesfall				weiter zu 2
1.17 Nicht natürlicher Todesfall (Unfall, Suizid, Gewaltverbrechen): Einwilligung der Untersuchungsbehörden liegt vor Name, Tel. Nr.				weiter zu 2
1.18 Nicht natürlicher Todesfall: Einwilligung der Untersuchungsbehörden liegt nicht vor Name, Tel. Nr.				weiter zu 1.19
1.19 Abbruch				

2 Alle Voraussetzungen für eine Organ- und/oder Gewebeentnahme sind erfüllt			
---	--	--	--

G.3. Tod nach Kreislaufstillstand: Erwachsene, Kinder und Säuglinge

Protokoll zur Feststellung des Todes nach anhaltendem Kreislaufstillstand (DCD; M1-4) für Erwachsene, Kinder und Säuglinge älter als 28 Tage.

Dieses Protokoll muss den den Patienten /die Patientin begleiten (Original). Nach dem Tod gehört es als wichtiges Dokument in die Krankengeschichte (Original oder Kopie).

Name, Vorname des Patienten/der Patientin:

Geburtsdatum:

Patientenidentifikationsnummer:

	Arzt 1 Name, Datum, Uhrzeit Unterschrift	Arzt 2 Name, Datum, Uhrzeit Unterschrift	Nächster Schritt
M1 Tod festgestellt unmittelbar vor/nach Spitaleintritt			weiter zu 1.1
M2 Kein spontaner Kreislauf nach Reanimation, welche ... – max. 30 Min. nach Herzstillstand begonnen und – lege artis während mindestens 30 Min. durchgeführt wurde			weiter zu 1.1
M3 Herz-Kreislauf-Stillstand innerhalb von 120 Minuten nach geplantem Therapieabbruch			weiter zu 1.1
M4 Patient/Patientin mit Kreislaufstillstand nach vorgängiger Feststellung des zerebralen Funktionsausfalls			weiter zu 1.1
1.1 Fehlende Herzaktivität im 4-Kammer-Blick oder in der subxiphoidalen Einstellung			weiter zu 1.2
1.2 Tod anhand der klinischen Zeichen nach 5-minütigem anhaltendem Kreislaufstillstand (exkl. Apnoetest) festgestellt (Todeszeitpunkt M1, M2, M3) → Entfällt bei M4 (Todeszeitpunkt ist Zeitpunkt der Feststellung des irreversiblen zerebralen Funktionsausfalls)			M1, M2, M4 weiter zu 1.3 M3 weiter zu 1.4
1.3 M1, M2 und M4: Einleiten medizinischer Massnahmen für maximal 72 Stunden			weiter zu 1.4
1.4 Einwilligung durch Patienten/Patientin (Spendekarte, Patientenverfügung)			weiter zu 1.7

	Arzt 1 Name, Datum, Uhrzeit Unterschrift	Arzt 2 Name, Datum, Uhrzeit Unterschrift	Nächster Schritt
1.5 Zustimmung der Angehörigen/Vertrauensperson			weiter zu 1.7
1.6 Zustimmung der Angehörigen/Vertrauensperson liegt nicht vor			weiter zu 1.12
1.7 Es liegen keine medizinischen Kontraindikationen vor (ggf. in Rücksprache mit Swisstransplant oder Netzwerkzentrum)			weiter zu 1.9
1.8 Es liegen medizinische Kontraindikationen vor (ggf. in Rücksprache mit Swisstransplant oder Netzwerkzentrum)			weiter zu 1.12
1.9 Natürlicher Todesfall			weiter zu 2
1.10 Nicht natürlicher Todesfall (Unfall, Suizid, Gewaltverbrechen): Zustimmung der Untersuchungsbehörden liegt vor Name, Tel. Nr.			weiter zu 2
1.11 Nicht natürlicher Todesfall: Zustimmung der Untersuchungsbehörden liegt nicht vor Name, Tel. Nr.			weiter zu 1.12
1.12 Abbruch			

2 Alle Voraussetzungen für eine Organentnahme sind erfüllt		
--	--	--