

EK: 1
BEYİN ÖLÜMÜ BİLDİRİM FORMU

Tarih: ... / ... / ...

VERİCİ MERKEZİ :
PROTOKOL NO:

VERİCİNİN;

Adı Soyadı :
Cinsiyeti :
Doğum Yeri/Tarihi :
Baba Adı :
Anne Adı :

BAŞKA KURUMDAN SEVK EDİLEN HASTALAR İÇİN;

Sevk Edildiği Kurum :
Sevk Nedeni :
Sevk Tarihi :
Sevk Saati :

İzleme Başlangıç tarih/saat :

- 1- KOMA NEDENİ :
-Şuurun tam kaybı :
2-SPONTAN SOLUNUM :
3-GÖRSEL, İŞİTSEL ve AĞRILI UYARANLARA YANIT
-Spontan hareket :
4-BEYİN SAPI REFLEKSLERİ :
-Pupillalar :
-Kornea reflexi :
-Okülo-vestibüler refleks :
-Okülo-sefalik refleks :
-Faringeal ve trakeal refleksler :
5-APNE TESTİ :
.....
6-DİĞER :
.....

Yukarıda belirtilen kriterlere göre doğumlu,'nın
..... tarihinde, saat'de tıbbi ölümünün gerçekleştiğini bildirir tutanaktır.

NÖROLOJİ UZMANI :
DR.

İMZA :

NÖROŞİRÜRJİ UZMANI :
DR.

İMZA :

ANESTEZİ UZMANI :
DR.

İMZA :

KARDİYOLOJİ UZMANI :
DR.

İMZA :

Koordinatör (İsim-İmza)

Başhekim (İsim-İmza)