

BEYİN ÖLÜMÜ BİLDİRİM FORMU

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

DONÖR MERKEZİ:

HASTA ID NO:

DONÖRÜN;

Adı,Soyadı:.....
Cinsiyeti,

Kimlik No:.....

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 REFLEKSİ:.....

- Pupillalar:.....

- Kornea refleksi:.....

- Oklûa-vestibüler refleks:.....

- Oklûa-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.

NÖROŞİRÜRJİ UZMANI;

İMZA:

DR. ADI-SOYADI:

ANESTEZİ ve REANİMASYON UZMANI;

İMZA:

DR.ADI-SOYADI:

KARDİYOLOJİ UZMANI;

İMZA:

DR.ADI-SOYADI:

NÖROLOJİ UZMANI;

İMZA:

DR.ADI-SOYADI:

Başhekim;

Mühür / İmza:

***** Bu form iki nüsha olarak hazırlanmıştır.**