

Приложение N 2  
к Приказу Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 25 декабря 2014 г. N 908н

Протокол установления диагноза смерти мозга человека

\_\_\_\_\_ (полное наименование медицинской организации  
или иной организации, осуществляющей медицинскую деятельность  
(далее - медицинская организация))

\_\_\_\_\_ (наименование структурного подразделения медицинской организации)

Сведения о пациенте:

Фамилия \_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_

Отчество (при наличии) \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_ Возраст \_\_\_\_\_

N медицинской карты  
стационарного больного \_\_\_\_\_

Консилиум врачей в составе:

врача-анестезиолога-реаниматолога \_\_\_\_\_

врача-невролога \_\_\_\_\_

врача-педиатра \_\_\_\_\_

врача функциональной диагностики \_\_\_\_\_

врача-рентгенолога \_\_\_\_\_

лечащего врача \_\_\_\_\_

(указываются фамилии, имена и отчества участников консилиума  
врачей или "не участвовал")

Клинический диагноз (в соответствии со сведениями медицинской карты  
стационарного больного)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Сведения о течении заболевания (в соответствии со сведениями медицинской  
карты стационарного больного)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Дата и время начала процедуры установления смерти мозга:

\_\_\_\_\_ (число, месяц, год) \_\_\_\_\_ (час, минута)

ФИО пациента

\_\_\_\_\_

ФИО и подписи участников консилиума врачей:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Систолическое артериальное давление во время обследования пациента: (нужное подчеркнуть) 90 мм рт. ст. и выше  
85 мм рт. ст. и выше  
75 мм рт. ст. и выше

Ректальная температура во время обследования пациента выше 34 градусов Цельсия  
(отмечается словами "да" или "нет")

\_\_\_\_\_

(отмечается словами "да" или "нет")

У пациента первичное повреждение мозга

\_\_\_\_\_

У пациента вторичное повреждение мозга

\_\_\_\_\_

Установлено отсутствие признаков и данных об интоксикациях, включая лекарственные

\_\_\_\_\_

Установлено отсутствие признаков и данных о первичной гипотермии

\_\_\_\_\_

Установлено отсутствие признаков и данных о гиповолемическом шоке

\_\_\_\_\_

Установлено отсутствие признаков и данных о метаболических и эндокринных комах

\_\_\_\_\_

Установлено отсутствие признаков и данных о применении лекарственных препаратов для анестезии, анальгетиков, наркотических средств, психотропных веществ, миорелаксантов, иных лекарственных препаратов, угнетающих центральную нервную систему и нервно-мышечную передачу, а также лекарственных препаратов, расширяющих зрачки

\_\_\_\_\_

Установлено отсутствие признаков и данных об инфекционных поражениях мозга

\_\_\_\_\_

(отмечается словами "да" или "нет")

У пациента травма шейного отдела позвоночника

\_\_\_\_\_

У пациента травма лица, затрудняющая исследование

\_\_\_\_\_

- состояния глазных яблок и зрачков

\_\_\_\_\_

- корнеальных рефлексов

\_\_\_\_\_

- окулоцефалических рефлексов

\_\_\_\_\_

- окуловестибулярных рефлексов

\_\_\_\_\_

У пациента травма правого глазного яблока, затрудняющая исследование

\_\_\_\_\_

- состояния правого глазного яблока

\_\_\_\_\_

- корнеального рефлекса справа \_\_\_\_\_
- окулоцефалического рефлекса справа \_\_\_\_\_
- окуловестибулярного рефлекса справа \_\_\_\_\_

ФИО пациента \_\_\_\_\_

ФИО и подписи участников консилиума врачей: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- У пациента травма левого глазного яблока, затрудняющая исследование \_\_\_\_\_
- состояния левого глазного яблока \_\_\_\_\_
- корнеального рефлекса слева \_\_\_\_\_
- окулоцефалического рефлекса слева \_\_\_\_\_
- окуловестибулярного рефлекса слева \_\_\_\_\_

У пациента перфорация правой барабанной перепонки \_\_\_\_\_

У пациента перфорация левой барабанной перепонки \_\_\_\_\_

У пациента хроническая обструктивная бронхолегочная патология \_\_\_\_\_

Первичное определение наличия клинических критериев смерти мозга человека (отмечается словами "подтверждено", "не определялся")

1) полное и устойчивое отсутствие сознания (кома) \_\_\_\_\_

2) атония всех мышц \_\_\_\_\_

3) отсутствие реакции на сильные болевые раздражения в области тригеминальных точек и любых других рефлексов, замыкающихся выше шейного отдела спинного мозга \_\_\_\_\_

4) неподвижность правого глазного яблока, отсутствие реакции максимально расширенного правого зрачка (для взрослых диаметр зрачков более 5 мм, для детей - более 4 мм) на прямой яркий свет \_\_\_\_\_

неподвижность левого глазного яблока, отсутствие реакции максимально расширенного левого зрачка (для взрослых диаметр зрачков более 5 мм, для детей - более 4 мм) на прямой яркий свет \_\_\_\_\_

5) отсутствие корнеального рефлекса \_\_\_\_\_

- справа \_\_\_\_\_

- слева \_\_\_\_\_
- 6) отсутствие окулоцефалического рефлекса
- справа \_\_\_\_\_
- слева \_\_\_\_\_
- 7) отсутствие окуловестибулярного рефлекса
- справа \_\_\_\_\_
- слева \_\_\_\_\_
- 8) отсутствие фарингеальных и трахеальных рефлексов при движении эндотрахеальной трубки в трахее и верхних дыхательных путях, а также при продвижении санационного катетера при санации трахеи и верхних дыхательных путей \_\_\_\_\_

ФИО пациента \_\_\_\_\_

ФИО и подписи участников консилиума врачей: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- 9) отсутствие самостоятельного дыхания, подтвержденное положительным тестом апноэтической оксигенации (отмечается словами "подтверждено", "не подтверждено") \_\_\_\_\_

Результаты ЭЭГ-исследования

(отмечается словами "да" или "исследование не проводилось")

При проведении ЭЭГ-исследования установлено отсутствие биоэлектрической активности мозга \_\_\_\_\_

При проведении ЭЭГ-исследования не установлено отсутствие биоэлектрической активности мозга \_\_\_\_\_

Результаты проведения двукратной цифровой субтракционной панангиографии четырех магистральных сосудов головы (общие сонные и позвоночные артерии) с интервалом 30 минут

(отмечается словами "да" или "исследование не проводилось")

При проведении двукратной цифровой субтракционной панангиографии четырех магистральных сосудов головы (общие сонные и позвоночные артерии) с интервалом в 30 минут выявлено отсутствие заполнения внутримозговых артерий контрастным веществом \_\_\_\_\_

При проведении двукратной цифровой субтракционной панангиографии четырех магистральных сосудов головы (общие сонные и позвоночные артерии) с интервалом в 30 минут выявлено заполнение контрастным веществом хотя бы одной \_\_\_\_\_



других рефлексов, замыкающихся выше шейного отдела спинного мозга								
неподвижность правого глазного яблока, отсутствие реакции максимально расширенного правого зрачка (для взрослых диаметр зрачков более 5 мм, для детей - более 4 мм) на прямой яркий свет								
неподвижность левого глазного яблока, отсутствие реакции максимально расширенного левого зрачка (для взрослых диаметр зрачков более 5 мм, для детей - более 4 мм) на прямой яркий свет								
отсутствие корнеального рефлекса - справа - слева отсутствие окулоцефалического рефлекса - справа - слева								
отсутствие окуловестибулярного								

ФИО пациента

ФИО и подписи участников консилиума врачей:

---



---



---

рефлекса - справа - слева								
отсутствие фарингеальных и трахеальных рефлексов при движении эндотрахеальной трубки в трахее и верхних дыхательных путях, а также при продвижении санационного катетера при санации трахеи и								

верхних дыхательных путей								
---------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--

Комментарии, связанные с особенностями установления диагноза смерти мозга

---

---

Приложение \_\_\_\_\_

---

Решение консилиума врачей (заполняется соответствующее):

Установлен диагноз смерти мозга пациента

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество)

Время установления диагноза смерти мозга \_\_\_\_\_ (час, минута)

Дата \_\_\_\_\_ (число, месяц, год)

Диагноз смерти мозга не установлен, процедура установления диагноза смерти мозга пациента

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество)

прекращена в связи с \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (указать причину прекращения)

Время прекращения процедуры установления диагноза смерти мозга \_\_\_\_\_ (час, минута)

Дата \_\_\_\_\_ (число, месяц, год)

Подписи участников консилиума врачей

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Протокол заполнен

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество участника консилиума врачей, заполнившего протокол)

ФИО пациента

ФИО и подписи участников консилиума врачей:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_