

**Форма протокола установления смерти человека**

**Протокол установления смерти человека**

Я, \_\_\_\_\_,  
(ф.и.о.)

\_\_\_\_\_ (должность, место работы)

констатирую смерть \_\_\_\_\_  
(ф.и.о. или не установлено)

дата рождения \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год или не установлено)

пол \_\_\_\_\_

(при наличии документов умершего сведения из них (номер и серия паспорта, номер служебного удостоверения, номер истории болезни (родов), номер и серия свидетельства о рождении ребенка),

а также номер подстанции и наряда скорой медицинской помощи,

номер карты вызова скорой медицинской помощи,

номер протокола органов дознания и др.)

Реанимационные мероприятия прекращены по причине (отметить необходимое):  
констатации смерти человека на основании смерти головного мозга;  
неэффективности реанимационных мероприятий, направленных на восстановление жизненно важных функций, в течение 30 минут;  
отсутствия у новорожденного при рождении сердечной деятельности по истечении 10 минут с начала проведения реанимационных мероприятий в полном объеме (искусственной вентиляции легких, массажа сердца, введения лекарственных препаратов).

Реанимационные мероприятия не проводились по причине (отметить необходимое):  
наличия признаков биологической смерти;  
состояния клинической смерти на фоне прогрессирования достоверно установленных неизлечимых заболеваний или неизлечимых последствий острой травмы, несовместимых с жизнью.

Дата \_\_\_\_\_  
(день, месяц, год)

Время \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_ Ф.и.о. \_\_\_\_\_