Hastane Adı : ……
……Tarih:……
Yoğun Bakım Servisi : …… Protokol No: ……
…… Vericinin TC. No
:…… Yabancı Uyruklu ☐ Evet Adı Soyadı
:…… Adli Vaka ☐Evet ☐Hayır Doğum
Yeri/Tarihi :…… Kan grubu
:……Rh…… Baba Adı :……
Boy /Kilo :……/…… Anne Adı :……
……. Cinsiyet :……

SEVK GELDİĞİ KURUM :……

Sevk Nedeni :……

Sevk Tarihi Saati :……

Yoğun Bakım Öncesi Yatış Tarihi Saati:……

Yoğun Bakım Yatış Tarihi Saati : ……

Ventilatör Başlangıç Tarihi Saati : ……

İzleme Başlangıç Tarihi ve Saati :……

KOMA NEDENİ ve Merkezi Sinir Sisteminde Bulunan Hasara İlişkin Radyolojik Görüntüleme Tomografi/MR:

……
……

-ŞUURUN TAM KAYBI:……

1.NÖROLOJİK MUAYENE 2.NÖROLOJİK MUAYENE

Tarih-Saat…… Tarih-Saat ……

SPONTAN SOLUNUM: ……
…… GÖRSEL, İŞİTSEL ve AĞRILI UYARANLARA YANIT:
…… ……

-Spontan hareket ……
……

BEYİN SAPI REFLEKSLERİ

-Pupillalar ……
……

-Kornea refleksi ……
……

-Okülo-vestibüler refleks ……
……

-Okülo-sefalik refleks ……
……

-Faringeal ve trakeal refleksler ……
……

APNE TESTİ Tarih ve Saati:……

Sonuç:……
……
……

DİĞER (Destekleyici/Ek Testler):……
……
……

……
……
……

……
……
……

Yukarıda belirtilen kriterlere göre……**doğumlu,**
…… ’nın

……**tarihinde, saat …… ’de tıbbi ölümünün gerçekleştiğini bildirir tutanaktır.**

NÖROLOJİ veya NÖROŞİRURJİ UZMANI ANESTEZİ-REANİMASYON veya YOĞUN BAKIM UZMANI

Kaşe- İmza *Kaşe- İmza*

ORGAN NAKİL KOORDİNATÖRÜ BAŞHEKİM/NÖBETÇİ İDARİ AMİR

Kaşe- İmza *Kaşe- İmza*