



ک-۲

## فرم بررسی اولیه افراد مرگ مغزی

## الف) شرح حال خلاصه

.....

.....

.....

## ب) مشخصات عمومی

نام بیمارستان: ..... نام بیمار: ..... جنس: مرد ☐ زن ☐ سن: .....

وزن: Kg ..... قد: Cm ..... وضعیت تأهل: مجرد ☐ متأهل ☐ میزان تحصیلات: .....

تاریخ بستری: ...../...../..... ۱۳ ..... شماره پرونده: .....

نام کوردیناتور: ..... نام و تخصص پزشک بیمار: ..... تاریخ ویزیت اولیه واحد پیوند: ...../...../..... ۱۳

GCS=3: ...../...../..... ۱۳ تاریخ اعلام: ...../...../..... ۱۳

## ج) علت GCS=3

۱- ضربه به سر ☐ ۲- پارگی خود به خود عروق مغزی ☐ ۳- آنوکسی ☐

۴- تومور مغزی ☐ - نوع تومور: .....  
- مکان تومور: .....  
- سابقه جراحی تومور: .....  
- متاستاز: .....

۵- سایر علل: .....

## د) سوابق پزشکی:

۱- دیابت ☐ - مدت زمان ابتلا: ..... چگونگی کنترل: .....

۲- فشار خون ☐ - مدت زمان ابتلا: ..... چگونگی کنترل: .....

۳- بیماری‌های قلبی عروقی ☐ - نوع بیماری: ..... مدت مان ابتلا: .....

۴- بیماری‌های کبدی ☐ - نوع بیماری: ..... مدت مان ابتلا: .....

۵- بیماری‌های کلیوی ☐ - نوع بیماری: ..... مدت زمان ابتلا: .....

- ۶- سوابق جراحی ☐ - نوع جراحی: ..... زمان جراحی: .....
- ۷- سابقه بدخیمی ☐ - نوع بدخیمی: ..... مدت زمان درگیری: .....
- ۸- سوابق دارویی ☐ - انواع داروها: .....  
- مدت زمان مصرف: .....
- ۹- سابقه مصرف مواد مخدر ☐ - نوع ماده: .....  
- میزان مصرف: .....  
- نحوه مصرف: .....  
- مدت زمان مصرف: .....  
- آیا آثار تزریق بر روی بدن وجود دارد؟ ☐ بلی ☐ خیر ☐
- ۱۰- آثار خالکوبی ☐ - زمان خالکوبی: .....
- ۱۱- سابقه مصرف سیگار ☐ - میزان مصرف: ..... مدت مصرف: .....
- ۱۲- سابقه مصرف الکل ☐ - میزان مصرف: ..... مدت مصرف: .....
- ۱۳- سابقه زندان ☐ - تاریخ: ..... مدت: ..... علت: .....
- ۱۴- سابقه رفتار پرخطر جنسی ☐ - توضیحات: .....
- ۱۵- سایر سوابق ☐ .....

#### ه) نتایج معاینات

- ۱- عدم وجود تنفس خود به خود ☐ ۲- عدم واکنش به درد ☐
- ۳- عدم وجود رفلکس مردمک به نور ☐ ۴- عدم وجود رفلکس قرنیه ☐
- ۵- عدم وجود Dolls Eye ☐ ۶- عدم وجود رفلکس سرفه ☐
- ۷- عدم وجود رفلکس Gag ☐ ۸- عدم پاسخ به آتروپین ☐

#### و) علائم حیاتی

1- BP: .....

2-PR: .....

3- Temp: .....

(ز) نتایج آخرین آزمایشات قبل از ویزیت کوردیناتور

زمان ارسال نمونه: .....

تاریخ آزمایش: ...../...../۱۳.....

1- Hgb:	Plt:	WBC:			
2- Na:	K:	Ca:	BUN:	Cr:	Bs:
3- AST:	ALT:	ALK P:	PT:	PTT:	
4- Hbs Ag:	Hbc Ab:	Hcv Ab:	HIV:		
5- BG:					

(ح) برون ده ادراری

۱- در ۲۴ ساعت گذشته: .....  
۲- در ۳ تا ۶ ساعت گذشته: .....

(ط) نتایج پاراکلینیک

۱- گزارش CT Scan: .....  
۲- گزارش سونوگرافی شکم و لگن: .....  
۳- نوار مغز: .....

(ی) CPR

۱- دفعات و زمان هر مرتبه CPR: .....  
۲- دفعات و میزان هر مرتبه شوک الکتریکی: .....

(ک) دستورات دارویی پزشک بیمار ( Cardex )

۱- نوع و مقدار سرم: .....  
۲- نوع و مقدار وازوپرسور ها: .....  
۳- نوع و مقدار AB ها: .....  
۴- نوع و مقدار سداتیوها: .....  
۵- نوع و مقدار کورتون ها: .....  
۶- سایر داروها: .....  
۷- نوع و میزان گاوژ: .....

## ل) دستورات دارویی واحد پیوند

- ۱- نوع و مقدار سرم: .....
- ۲- نوع و مقدار وازوپرسور ها: .....
- ۳- نوع و مقدار AB ها: .....
- ۴- نوع و مقدار سداتیوها: .....
- ۵- نوع و مقدار کورتون ها: .....
- ۶- سایر داروها: .....
- ۷- نوع و میزان گاوژ: .....

## م) Set Up دستگاه ونتیلاتور توسط پزشکان بیمارستان و آخرین ABG مرتبط با آن

1- Set Up) - Mood: - Fio2: - TV: - RR: - PEEP:  
 - O2sat (With Pulse Oximeter):  
 2-ABG) - PH: - Hco3: - Pco2: - Po2:

## ن) Set Up دستگاه ونتیلاتور توسط واحد پیوند و آخرین ABG مرتبط با آن

1- Set Up) - Mood: - Fio2: - TV: - RR: - PEEP:  
 - O2sat (With Pulse Oximeter):  
 2-ABG) - PH: - Hco3: - Pco2: - Po2:

## س) نتایج آخرین آزمایشات قبل از انتقال:

تاریخ آزمایش: ...../...../..... ۱۳  
 زمان ارسال نمونه:

1- Hgb: Plt: WBC:  
 2- Na: K: Ca: BUN: Cr: Bs:  
 3- AST: ALT: ALK P: PT: PTT:  
 4- Hbs Ag: Hbc Ab: Hcv Ab: HIV:  
 5- BG:

## ع) رضایت‌گیری

۱- نام و نسبت افرادی که با آن‌ها صحبت شده است با بیمار و نتایج حاصل از صحبت‌های اولیه:

۲- زمان شروع رضایت‌گیری تا اخذ رضایت کامل (در صورت اخذ رضایت در همان جلسه‌ی اول):

۳- توضیح کامل علت عدم رضایت (در صورت عدم رضایت):

۴- تلفن‌های تماس همراهان بیمار (با ذکر نام و نسبت):

## ف) نتیجه‌ی نهایی

### • توسط کوردیناتور مبدأ تکمیل شود.

۱- فوت بیمار قبل از رسیدن کوردیناتور به بیمارستان مبدأ ☐

۲- عدم تأیید مرگ مغزی در بیمارستان مبدأ ☐

۳- عدم قابلیت اهدا قبل از بررسی مرگ مغزی ☐

۴- فوت مرگ مغزی در حین مرحله‌ی رضایت‌گیری ☐

۵- فوت مرگ مغزی پس از اخذ رضایت و قبل از انتقال ☐

۶- غیر قابل استفاده بودن مرگ مغزی پس از اخذ رضایت ☐

۷- فوت مرگ مغزی حین انتقال ☐

۸- تأیید مرگ مغزی و انتقال موفق به ICU هاروست ☐

۹- عدم رضایت خانواده‌ی مرگ مغزی جهت اهدای اعضا در بیمارستان مبدأ ☐

### • توسط آخرین کوردیناتور مسئول مرگ مغزی در ICU هاروست تکمیل شود.

۱- فوت بیمار به علت عدم تأیید مرگ مغزی توسط تأیید کنندگان در ICU هاروست ☐

۲- انصراف از اهدای اعضا توسط خانواده در جلسه‌ی پزشکی قانونی ☐

۳- از بین رفتن کیفیت ارگان‌ها در ICU هاروست ☐

۴- فوت مرگ مغزی حین انتقال از ICU هاروست به اتاق عمل ☐

۵- عدم تأیید کیفیت ارگان‌ها در اتاق عمل توسط جراحان ☐

۶- از بین رفتن کیفیت ارگان‌ها به دلیل مشکلات تکنیکی جراح در اتاق عمل ☐

۷- انجام موفق هاروست و عدم دریافت ارگان‌ها از جانب تیم‌های گیرنده ☐

۸- انجام موفق هاروست و تحویل ارگان‌ها به تیم‌های گیرنده ☐

اینجانب ..... (هماهنگ کننده‌ی واحد پیوند دانشگاه علوم پزشکی .....)، با

آگاهی کامل از میزان اهمیت و تحقیقاتی بودن مطالب فرم فوق، کلیه‌ی موارد را با دقت و حوصله‌ی کامل، تکمیل نموده ام و

مسئولیت قانونی صحت و درستی آن‌ها را بر عهده می‌گیرم.

مهر و امضا