



ک-۲۷

فرم تأیید و تعیین مرگ مغزی

اداره پیوند و بیماری های خاص
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

اطلاعات اهداکننده

نام و نام خانوادگی: بیمارستان: بخش: شماره پرونده:
 نام پدر: تاریخ تولد: محل تولد: شماره شناسنامه: جنسیت: ☐ مذکر ☐ مؤنث
 زمان شروع کما: تاریخ: ساعت: علت ایجاد کما: غیر قابل برگشت: پزشک معالج:
 نشانی محل سکونت: شماره تماس:

۴ ۳ ۲ ۱

				۱- بیمار در اغمای عمیق است.
				۲- شواهدی دال بر مصرف داروهای تغصیف کننده دستگاه عصبی مرکزی وجود ندارد.
				۳- شواهدی دال بر هیپوترمی (دمای کمتر از ۳۲ درجه) به عنوان عامل اغما وجود ندارد.
				۴- اختلالات متابولیک- توکسیک- اندوکراین عامل اغما نمی باشد.
				۵- قطع کامل تنفس و عدم وجود تنفس خودبخودی که موجب وابستگی و نیاز قطعی به ونتیلاتور گردیده است.
				۶- شواهدی دال بر مصرف داروهای شل کننده (عوامل مهارکننده عصبی عضلانی) و سایر داروها به عنوان عامل نارسایی تنفسی وجود ندارد.
				۷- عدم وجود حرکات خودبخودی و عدم پاسخ به شدیدترین تحریکات دردناک
				۸- عدم وجود واکنش نور به مردمک
				۹- عدم وجود واکنش چشمی دهلیزی
				۱۰- عدم وجود واکنش گಾಗ
				۱۱- عدم وجود واکنش تحریک قرنیه
				۱۲- عدم وجود Doll's eye

آزمون های تأیید کننده

الف) تست آپنه ☐ مثبت ☐ منفی
 ب) EEG: نوبت اول تاریخ: ساعت: نتیجه: نوبت دوم تاریخ: ساعت: نتیجه:
 ج) نتایج آزمون های تأیید مرگ مغزی در صورت نیاز:

*ثبت یافته های بالینی و آزمون ها پس از ۲۴ ساعت: ☐ بله ☐ خیر

معاینه اول	معاینه دوم
متخصص نورولوژی (۱)	
متخصص جراحی مغز و اعصاب (۲)	

مهر و امضای متخصص بیهوشی (۳) مهر و امضای متخصص داخلی (۴) مهر و امضای پزشک نماینده سازمان پزشکی قانونی