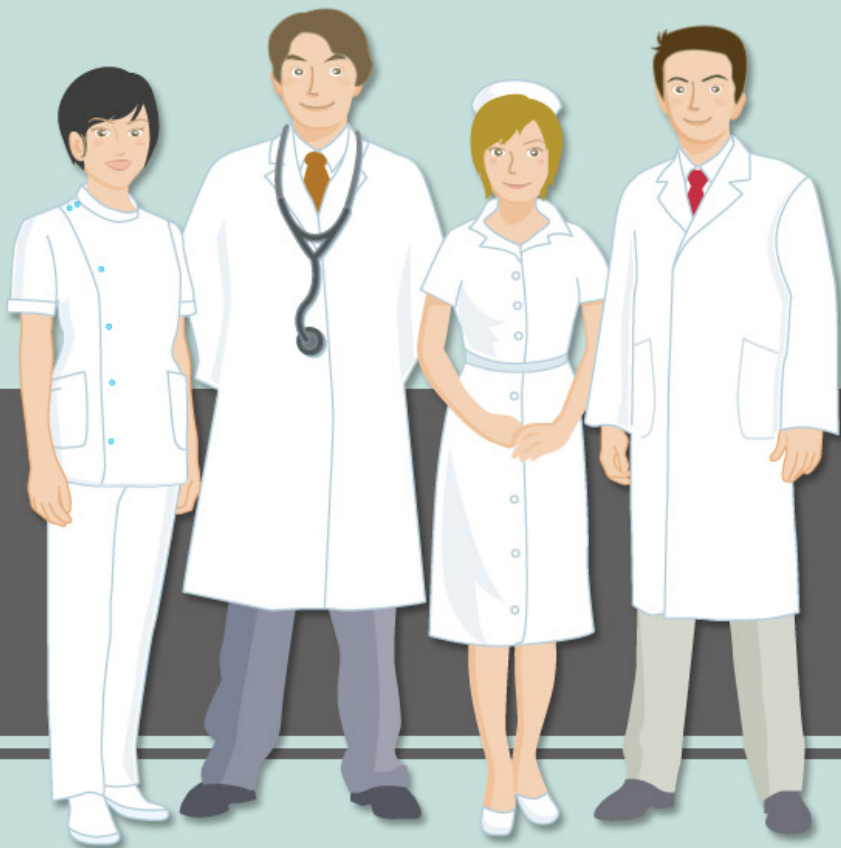


Документация и контакт със семейството при DBD



Н. Младенов
УМБАЛ „Св. Марина“ Варна

„Opt out“ option /съгласие по подразбиране/:

1. „Hard” - не се изисква съгласие от близките
2. „Soft” – положението в Р. България...Близките вземат крайното решение...

„Opt in“ option...



НАРЕДБА № 14 ОТ 15 АПРИЛ 2004 Г. ЗА МЕДИЦИНСКИТЕ КРИТЕРИИ И РЕДА НА УСТАНОВЯВАНЕ НА СМЪРТ

Чл. 8.

(1) Смърт при трайно и необратимо спиране на всички функции на главния мозък и налична сърдечна дейност се установява в лечебните заведения, в които се вземат органи, тъкани и клетки.

(2) (Изм. - ДВ, бр. 41 от 2019 г., в сила от 21.05.2019 г.) Смърт при трайно и необратимо спиране на всички функции на главния мозък и налична сърдечна дейност се установява от постоянно действаща комисия в състав от трима лекари. Комисията се назначава от ръководителя на лечебното заведение след получаване на съгласие от директора на Изпълнителната агенция "Медицински надзор" (ИАМН).

(3) В състава на комисията се включват лекари с призната специалност по анестезиология и интензивно лечение, неврология, неврохирургия или рентгенология.



НАРЕДБА № 14 ОТ 15 АПРИЛ 2004 Г. ЗА МЕДИЦИНСКИТЕ КРИТЕРИИ И РЕДА НА УСТАНОВЯВАНЕ НА СМЪРТ

Чл. 15. След установяване на смърт при трайно и необратимо прекратяване на всички функции на главния мозък, включително на мозъчния ствол, мерките по интензивно лечение могат да бъдат продължени в следните случаи:

1. като средство за кондициониране на донора и органосъхраняваща терапия в случай на органно донорство; в този случай контролът върху органосъхраняващата терапия и кондиционирането на донора се поема от координатора по донорство;
2. с цел запазване на плода в случай на бременност - до достигане на такъв срок на бременността, който би гарантирал жизнеспособен плод; в този случай контролът върху терапията се поема от съответния клиничен екип.



Отг. лице по чл. 15 г от ЗТОТК...

Всяко лечебно заведение, което извършва дейности по трансплантация, определя лице от състава на своя персонал, което организира, контролира и носи отговорност за експертизата, вземането, обработката, преработката, етикетирането, съхраняването, предоставянето и присаждането на органи, тъкани и клетки и съобщаването на сериозни нежелани реакции и сериозни инциденти.



Потенциален донор? → → →

Начало - Изпълнителна агенция

iamn.bg

На пауза

Сигнали и жалби • Антикорупция • Профил на купувача • Достъп до обществена информация • Кариери

РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ
Министерство на здравеопазването
Изпълнителна агенция „Медицински надзор“

НАЦИОНАЛНА КАМПАНИЯ
В ПОДДЪРЖКА НА ДОНОРСТВОТО
И ТРАНСПЛАНТАЦИЯТА

Да!
За живот!

zajivot.bg

За нас ▾ Новини ▾ Нормативни актове ▾ Административно обслужване ▾ За пациенти ▾ Регистрационна дейност ▾ **Трансплантации** ▾ Контролна дейност ▾ Контакти

- Достъп до електронни системи
- Бланки и документи** >
 - Условия и ред за внос, износ и обмен на органи, тъкани и клетки
 - Донорско досие - трупни донори на органи**
 - Живи донори и потенциални реципиенти на органи
 - За листи чакащи за органи и присаждане на органи
 - Донори и присаждане на тъкани и клетки
 - Тъкани и клетки от животински произход
 - Асистирана репродукция
- Презентации
- Медицински указания
- Често задавани въпроси свързани с трансплантацията и донорството
- Условия за включване на пациенти в регистър трансплантации
- Лечебни заведения
- Статистика >

1 За пациенти
2 Регистрационна дейност
3 **Трансплантация и асистирана репродукция**
4 Контролна дейност

Научете своите права като пациент
Научи още →

Кои са регистрираните лечебни заведения?
Научи още →

Как да спасим живот?
Научи още →

Какво контролираме, следим и наблюдаваме?
Научи още →

Какво трябва да правим чакаме за трансплантация?
Научи повече →

Новини

Календар с новини и събития

https://iamn.bg/трансплантации/бланки-и-документи/донорско-досие-трупни-донори-на-органи/

14:36



Title	File Size	Download
Check-list за дейностите на координаторите по осигуряване на органи за трансплантация от човешки труп не се изпраща в ИАМН, само за сведение на координаторите 29 downloads	58.00 KB	DOWNLOAD
Протокол за установяване на смърт при трайно и необратимо прекратяване на всички функции на главния мозък, включително и на функциите на мозъчния ствол 39 downloads	107.50 KB	DOWNLOAD
Сертификат за състоянието на донора 26 downloads	774.00 KB	DOWNLOAD
Справка за извършена проверка в служебния регистър на Изпълнителната агенция "Медицински надзор" 12 downloads	36.00 KB	DOWNLOAD
Протокол за съгласие или несъгласие за вземане на органи, тъкани и клетки след смъртта на някой от близките 35 downloads	39.50 KB	DOWNLOAD
Разрешение от съдебномедицински експерт за вземане на органи, тъкани и клетки от труп, който подлежи на съдебномедицинска експертиза (само когато случаят е съдебно медицински) 10 downloads	42.50 KB	DOWNLOAD
Донори на органи, тъкани и/или клетки съгласно чл.15,(1) от Наредба № 21 от 03 май 2007 г. 29 downloads	42.50 KB	DOWNLOAD
Декларация от близките на починалото лице, когато е под 18 годишна възраст (само когато се отнася за лица под 18 години) 8 downloads	34.00 KB	DOWNLOAD
Протокол за вземане на органи за присаждане 22 downloads	52.00 KB	DOWNLOAD
Дейности по вземане на органи, тъкани и клетки от труп съгласно чл.13 (1), т.1 от Наредба № 21 от 03 май 2007 г. 15 downloads	40.00 KB	DOWNLOAD
Удостоверение при установяване на невъзможност за 0 downloads	28.00 KB	DOWNLOAD

- Бланки и документи
- Условия и ред за внос, износ и обмен на органи, тъкани и клетки
- Донорско досие – трупни донори на органи
- Живи донори и потенциални реципиенти на органи
- За листи чакащи за органи и присаждане на органи
- Донори и присаждане на тъкани и клетки
- Тъкани и клетки от животински произход
- Асистирана репродукция
- Медицински указания

Check-list за дейностите на координаторите по осигуряване на органи за трансплантация от човешки труп

Какво трябва да направя?	✓
1. Уведомяване на Изпълнителната агенция "Медицински надзор" за наличието на потенциален донор на телефон: 0879 011 611 или (02) 813 50 30	<input type="checkbox"/>
2. Установяване на смъртта (попълнен и подписан от комисията <i>Протокол за установяване на смърт при трайно и необратимо прекратяване на всички функции на главния мозък, включително и на функциите на мозъчния ствол - образец</i>)	<input type="checkbox"/>
3. Попълнено и подписано "Съобщение за смърт" от лекуващия (дежурния) лекар	<input type="checkbox"/>
4. Изследване на потенциалния донор дали има абсолютни или относителни противопоказания за донорство	<input type="checkbox"/>
5. Серологични изследвания: задължително: за СПИН; хепатит "В"; хепатит "С"; лусес; по възможност: CMV, EBV	<input type="checkbox"/>
6. Проверка в здравноосигурителната книжка и регистъра на Изпълнителната агенция "Медицински надзор" за изразено приживе съгласие или несъгласие за донорство (попълнено "Заявление за проверка в Регистъра на лицата, изразили съгласие или несъгласие за даряване на органи, тъкани и клетки след смъртта" и извършена справка по телефона или факс)	<input type="checkbox"/>
7. Отразяване на резултатите от проверката по горната точка, разговор и получаване на съгласие от близките (попълнен "Формуляр за установяване на изразено съгласие или несъгласие за вземане на органи, тъкани и клетки след смъртта и за даване на съгласие на някой от близките"	<input type="checkbox"/>
7а. Ако потенциалният донор е дете, което не е навършило 18 г. не се извършва проверката по т. 6 и 7, а родителите подписват "Декларация за съгласие или отказ от съгласие за вземане на органи, тъкани и клетки от труп на лице под 18-годишна възраст"	<input type="checkbox"/>
8. Анализ на клиничното състояние на потенциалния донор и преценка, кои органи да бъдат предложени за експлантация ("Сертификат за състоянието на донора")	<input type="checkbox"/>
9. Окончателно уведомяване на Изпълнителната агенция "Медицински надзор" за наличието на подготвен донор и организиране на експлантационния екип	<input type="checkbox"/>
10. Осигуряване на операционна зала, персонал и организиране на експлантацията	<input type="checkbox"/>
11. Експлантация на органите, попълване и подписване на "Протокол за вземане на органи за присаждане"	<input type="checkbox"/>
12. Осигуряване на достойна грижа за тялото на покойния донор, контрол над персонала на моргата и предаването на тялото на близките	<input type="checkbox"/>
13. Изпращане на необходимите документи в Изпълнителната агенция "Медицински надзор" (по факс, чрез експлантационния екип или по пощата)	<input type="checkbox"/>
14. Получаване на информация за съдбата на експлантираните органи и предоставянето ѝ на близките при тяхно желание, като се запазва анонимността на	<input type="checkbox"/>

Обороти на следващата страница за списъци на необходимите документи, които трябва да се изпратят в Изпълнителната агенция "Медицински надзор" при успешен случай на осигуряване на органи за трансплантация от човешки труп!

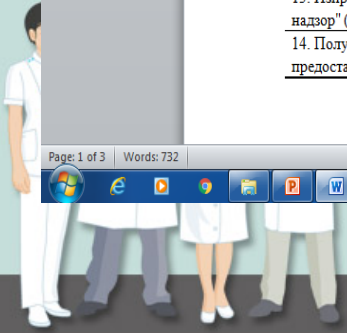
Документи, които трябва да се изпратят в Изпълнителната агенция "Медицински надзор" при успешен случай на осигуряване на органи за трансплантация от човешки труп

Документите могат да се изпратят по факс, по човек (служител на агенцията, член на експлантационния екип – в този случай задължително да се уговори със служител на агенцията по кой се изпращат) или по пощата (препоръчана поща с обратна разписка)!

Изпълнителна агенция "Медицински надзор" (ИАМН)
 ул. "Св. Георги Софийски" №3
 София, 1606
 Тел.: +359 2 813 50 10 или 0879 011 611
 Факс: +359 2 931 61 51

Какво да изпратя?	✓
1. Протокол за установяване на смърт при трайно и необратимо прекратяване на всички функции на главния мозък, включително и на функциите на мозъчния ствол.	<input type="checkbox"/>
2. Съобщение за смърт	<input type="checkbox"/>
3. Копие от резултата от серологичните изследвания: задължително за СПИН; хепатит "В"; хепатит "С"; лусес; по възможност: CMV, EBV	<input type="checkbox"/>
4. Заявление за проверка в Регистъра на лицата, изразили съгласие или несъгласие за даряване на органи, тъкани и клетки след смъртта или за извършена справка по факс (не се изисква, ако става въпрос за дете до 18 г., тогава е необходима декларацията по т. 5а)	<input type="checkbox"/>
5. Формуляр за установяване на изразено съгласие или несъгласие за вземане на органи, тъкани и клетки след смъртта и за даване на съгласие на някой от близките (не се изисква, ако става въпрос за дете до 18 г., тогава е необходима декларацията по т. 5а)	<input type="checkbox"/>
5а. Ако починалият е дете, което не е навършило 18 г., подписана от родителите "Декларация за съгласие или отказ от съгласие за вземане на органи, тъкани и клетки от труп на лице под 18-годишна възраст"	<input type="checkbox"/>
6. Сертификат за състоянието на донора	<input type="checkbox"/>
7. Протокол за вземане на органи за присаждане	<input type="checkbox"/>

Уважаеми колеги, ако не изпратите своевременно описаните по-горе документи, затруднявате работата на трансплантационните екипи, на служителите на ИАМН и



УМБАЛ "Света Марина" ЕАД - гр.Варна Проф.д-р Вилиян Платиканов

Регистър Воля | Пациенти в кома | Изход

МЗ-ИАТ Състояние на пациента - въвеждане *Електронен документ № [REDACTED]

Пациент
*ЕГН [REDACTED] Име [REDACTED]

Състояние на пациента

И.З. No [REDACTED] Години 43 Пол Мъж

Височина, cm 180 Тегло, kg 100 Гръдна обиколка, cm [REDACTED]

Кръвна група A+ Причина за кома Мозъчен кръвоизлив Инцидент

Дата на изпадане в кома 18.03.2018 Дата и час 18.03.2018 15:23

Кондициониране на пациента

Вентилация ДА НЕ Белодробен оток ДА НЕ Пневмония ДА НЕ FiO2 0.5 PEEP (cm H2O) 5

ДО (ml) 650 ДЧ (l/min) 16 O2Sat (%) [REDACTED] GCS [REDACTED]

Циркулация

АН (mm Hg) 110/60 ПЧ (l/min) 80 ЦВН (cm H2O) 10

Dopamin (ug/kg/min) 7 Dobutamin (ug/kg/min) [REDACTED] Adrenalin (ug/kg/min) [REDACTED]

Cardiac arrest ДА НЕ Артериална хипотензия ДА НЕ Преливане на кръв ДА НЕ

Обемозаместване(ml) [REDACTED]

Параклинични изследвания

Нб 135 Нт 0.38 Leu 8.04

Диуреза (ml/24h) 1900 Уреа 9.6 Креат 109

AST (u/E) 54 ALT (u/E) 249 T.bill (umol/l) [REDACTED]

CPK [REDACTED] MB [REDACTED] ALP [REDACTED] GGT 33

Na+ (mEq/l) 144 K+ (mEq/l) 2.9 Cl- (mEq/l) 106

INR 1.59 APPT 31 Фибриноген 3.08

Имунология

HLA A [REDACTED] Автоантитела [REDACTED]

HLA B [REDACTED] HLA алоантитела [REDACTED]

HLA DR [REDACTED]

HLA DQ [REDACTED]

Протоколът...

+Серология

Стигайки до него, очевидно сме провели клинично изследване и сме убедени в диагнозата „Мозъчна смърт“. Успоредно с него сме пуснали и серология, която се изготвя за около 3 часа, с цел при подписването на протокола да подадем максимално пълна и акуратна информация към ИАМН.



Check-list за дейностите на координаторите по осигуряване на органи за трансплантация от човешки труп

Какво трябва да направя?	✓
1. Уведомяване на Изпълнителната агенция "Медицински надзор" за наличието на потенциален донор на телефон: 0879 011 611 или (02) 813 50 30	<input type="checkbox"/>
2. Установяване на смъртта (попълнен и подписан от комисията <i>Протокол за установяване на смърт при трайно и необратимо прекратяване на всички функции на главния мозък, включително и на функциите на мозъчния ствол - образци</i>)	<input type="checkbox"/>
3. Попълнено и подписано "Съобщение за смърт" от лекуващия (дежурния) лекар	<input type="checkbox"/>
4. Изследване на потенциалния донор дали има абсолютни или относителни противопоказания за донорство	<input type="checkbox"/>
5. Серологични изследвания: задължително: за СПИН; хепатит "В"; хепатит "С"; дуес; по възможност: CMV, EBV	<input type="checkbox"/>
6. Проверка в здравноосигурителната книжка и регистъра на Изпълнителната агенция "Медицински надзор" за изразено приживе съгласие или несъгласие за донорство (попълнено "Заявление за проверка в Регистъра на лицата, изразили съгласие или несъгласие за даряване на органи, тъкани и клетки след смъртта" и извършена справка по телефона или факс)	<input type="checkbox"/>
7. Отраждане на резултатите от проверката по горната точка, разговор и получаване на съгласие от близките (попълнен "Формуляр за установяване на изразено съгласие или несъгласие за вземане на органи, тъкани и клетки след смъртта и за даване на съгласие на някой от близките"	<input type="checkbox"/>
7а. Ако потенциалният донор е дете, което не е навършило 18 г. не се извършва проверката по т. 6 и 7, а родителите подписват "Декларация за съгласие или отказ от съгласие за вземане на органи, тъкани и клетки от труп на лице под 18-годишна възраст"	<input type="checkbox"/>
8. Анализ на клиничното състояние на потенциалния донор и прещенка, кои органи да бъдат предложени за експлантация ("Сертификат за състоянието на донора")	<input type="checkbox"/>
9. Окончателно уведомяване на Изпълнителната агенция "Медицински надзор" за наличието на подготвен донор и организиране на експлантационния екип	<input type="checkbox"/>
10. Осигуряване на операционна зала, персонал и организиране на експлантацията	<input type="checkbox"/>
11. Експлантация на органите, попълване и подписване на "Протокол за вземане на органи за присаждане"	<input type="checkbox"/>
12. Осигуряване на достойна грижа за тялото на покойния донор, контрол над персонала на моргата и предаването на тялото на близките	<input type="checkbox"/>
13. Изпращане на необходимите документи в Изпълнителната агенция "Медицински надзор" (по факс, чрез експлантационния екип или по пощата)	<input type="checkbox"/>
14. Получаване на информация за съдбата на експлантираните органи и предоставянето ѝ на близките при тяхно желание, като се запазва анонимността на	<input type="checkbox"/>

Свържете на следващата страница за списъка на необходимите документи, които трябва да се изпратят в Изпълнителната агенция "Медицински надзор" при успешен случай на осигуряване на органи за трансплантация от човешки труп!

Документи, които трябва да се изпратят в Изпълнителната агенция "Медицински надзор" при успешен случай на осигуряване на органи за трансплантация от човешки труп

Документите могат да се изпратят по факс, по човек (служител на агенцията, член на експлантационния екип – в този случай задължително да се уговори със служител на агенцията по кой се изпращат) или по пощата (препоръчана поща с обратна разписка!)

Изпълнителна агенция "Медицински надзор" (ИАМН)

ул. "Св. Георги Софийски" № 3
София, 1606
Тел.: +359 2 813 50 10 или 0879 011 611
Факс: +359 2 931 61 51

Какво да изпратя?	✓
1. Протокол за установяване на смърт при трайно и необратимо прекратяване на всички функции на главния мозък, включително и на функциите на мозъчния ствол.	<input type="checkbox"/>
2. Съобщение за смърт	<input type="checkbox"/>
3. Копие от резултата от серологичните изследвания: задължително за СПИН; хепатит "В"; хепатит "С"; дуес; по възможност: CMV, EBV	<input type="checkbox"/>
4. Заявление за проверка в Регистъра на лицата, изразили съгласие или несъгласие за даряване на органи, тъкани и клетки след смъртта или за извършена справка по факс (не се изисква, ако става въпрос за дете до 18 г., тогава е необходима декларацията по т. 7а)	<input type="checkbox"/>
5. Формуляр за установяване на изразено съгласие или несъгласие за вземане на органи, тъкани и клетки след смъртта и за даване на съгласие на някой от близките (не се изисква, ако става въпрос за дете до 18 г., тогава е необходима декларацията по т. 7а)	<input type="checkbox"/>
5а. Ако починалият е дете, което не е навършило 18 г., подписана от родителите "Декларация за съгласие или отказ от съгласие за вземане на органи, тъкани и клетки от труп на лице под 18-годишна възраст"	<input type="checkbox"/>
6. Сертификат за състоянието на донора	<input type="checkbox"/>
7. Протокол за вземане на органи за присаждане	<input type="checkbox"/>

Уважаеми колеги, ако не изпратите своевременно описаните по-горе документи, затруднявате работата на трансплантационните екипи, на служителите на ИАМН и

МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

(наименование на лечебното заведение)

Протокол № / г.

Протокол за установяване на смърт при трайно и необратимо прекратяване на всички функции на главния мозък, включително и на функциите на мозъчния ствол

* За установяване на смъртта отговорите по всички точки трябва да са "ДА", освен в случаите по чл. 12, ал. 2.

** В случаите на чл. 12, ал. 2 в колонки 2 или 3 се отбелязва обстоятелството, че съответният клиничен тест не може да бъде извършен.

1	2	3
Клинични тестове за установяване на смърт при трайно и необратимо увреждане на функциите на главния мозък, включително и на функциите на мозъчния ствол	Първи клиничен преглед Дата, час:	Втори клиничен преглед Дата, час:
1. Уведомени ли са роднините или най-близките на индивида, че ще се установява смърт като трайно и необратимо прекратяване на всички функции на главния мозък, включително и на функциите на мозъчния ствол?	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ	
2. Известна ли е причината за комата и достатъчна ли е тя, за да доведе до необратима загуба на цялата мозъчна функция? При кома с неизвестна причина – т. е. при липсващи данни за травма, мозъчен инсулт или хипоксично-хипотензивна мозъчна увреда, е необходимо задълбочено търсене на причината преди процеса на определяне на смъртта като трайно и необратимо прекратяване на всички функции на главния мозък, включително и на функциите на мозъчния ствол.	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ	
3. Пациентът намира ли се в дълбока, ареактивна кома, на изкуствена белодробна вентилация?	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ
4. Изключени ли са хипотермията (Т<32° С), хипотензията (средно артериално налягане < 55 мм Hg) и ЦНС депресанти като обратими причини за мозъчна увреда? Изключено ли е влиянието на мускулните релаксанти върху неврологичното изследване? а) Нивата на ЦНС депресантите и мускулните релаксанти (ако се допускат такива) се определят клинично. б) Смъртта като трайно и необратимо прекратяване на всички функции на главния мозък, включително и на функциите на мозъчния ствол, не може да се установи при наличието на хипотермия. в) Наличието на шок (средно артериално налягане < 55 мм Hg) не позволява декларирането на мозъчна смърт. Необходимо е включването на пресори за поддръжане	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ

Протокол за установяване на смърт при трайно и необратимо прекратяване на всички функции на главния мозък

стр. 1 от 4

МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

(наименование на лечебното заведение)

1	2	3
на САН>55 мм Hg. г) В случай на наличие на ЦНС депресанти или мускулни релаксанти, които биха допринесли за влошени неврологичен статус, но мозъчната ангиография демонстрира липса на интракраниален кръвоток, преминете към т. 5.		
5. При наличие на двигателна активност тя дължи ли се единствено на функцията на гръбначния мозък? а) Заемането на определена поза, спонтанните движения, треперенето не позволяват установяване на смъртта; б) Реакция (двигателна или вегетативна) на болкови дразнителни, приложени в зоните, сетивно инервирани от ЦМН, както и двигателна реакция на лицевата мускулатура на болка изключват установяване на смъртта; в) Наличието на дълбоки сухожилинни рефлексии, както и на стереотипни флексорни отговори на крайништите (рефлексна дейност на гръбначния мозък) не изключва установяването на смъртта; г) При индивиди с трайно и необратимо прекратяване на всички функции на главния мозък, включително и на функциите на мозъчния ствол, са възможни странични движения със спинален произход (движения на рамото, контракции на интъркосталната мускулатура без постигане на дихателен обем и пр.). В редки случаи при изключване от дихателния апарат се наблюдава флексия на главата и тялото за няколко секунди, при което индивидът "съда" в леглото с разперени ръце, след което тялото се отпуска обратно в легнало положение ("белег на Лазар").	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ
6. Липсват ли корнеален рефлекс и зенични реакции на светлина?	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ
7. Липсват ли отговори на калоричните проби с леден серум след визуален преглед на тимпаничните мембрани?	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ
8. Липсват ли фарингеални и кашлични рефлексии?	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ
9. Липсва ли окуло-кардиален рефлекс или реакция на атропин? а) окуло-кардиален рефлекс липсва, когато не се наблюдава забавяне на сърдечната честота с повече от 10 % от изходната при натиск на двете очни ябълки в продължение на 15 сек; б) реакция на атропин липсва, когато не се наблюдава повишаване на сърдечната честота с повече от 10 % от	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ

Протокол за установяване на смърт при трайно и необратимо прекратяване на всички функции на главния мозък

стр. 2 от 4

File Home Insert Page Layout References Mailings Review View

Times New Rom 12 A A Aa


Emphasis Heading 1 Heading 2 Normal Strong Subtitle Title No Spaci... Subtle Em... Intense E... Quote Intense Q... Subtle Ref... Intense R... Book Title

Font Paragraph Styles

Find Replace Select Editing

МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

(именование на лечебното заведение)

1	2	3
изходната след венозно болусно приложение на атропин хидрохлорид 0,05 мг/кг т. т.; в) Атропиновият тест да се извършва през венозна линия, през която не се вливат катехоламини.		
10. Липсват ли дихателни движения при апнеичния тест, който е продължил минимум 5 (пет) минути и са документирани PaCO ₂ над 55 мм Hg с pH < 7,40? а) Апнеичният тест трябва да се изпълнява с изключително внимание! б) Апнеичният тест се изпълнява след всички други тестове. в) Апнеичният тест се изпълнява при условия на намаляване на риска от хипотензия и хипоксия. Кислородната добавка в дихателните пътища (поток 6 л/мин.) снижава риска от хипоксични усложнения. В случай че артериалното налягане спадне значително по време на теста, то той се прекъсва и се взема артериална кръв за определяне дали PaCO ₂ е над 55 мм Hg или се е покачило с повече от 20 мм Hg спрямо нивото от преди стартирането на теста. Ако това е така, се приема, че е установена смъртта.	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ 	
11. Установен ли е един от следните четири критерия (А, Б, В, Г)? А. Точки 4 до 9 са потвърдени при най-малко две изследвания, отделени с поне 12 (дванадесет) часов интервал едно от друго, и апнеичният тест (т. 10) установява смъртта като трайно и необратимо прекратяване на всички функции на главния мозък, включително и на функциите на мозъчния ствол. Б. 1. На т. 4 до 9 е отговорено с "ДА". 2. ЕЕГ изследване, направено двукратно през интервал от 6 (шест) часа, показва изоелектрична тишина. 3. Второ клинично изследване най-малко 2 (два) часа след първото отговаря на т. 4 до 9 с "ДА" и апнеичният тест (т. 10) установява смъртта като трайно и необратимо прекратяване на всички функции на главния мозък, включително и на функциите на мозъчния ствол. В. 1. На т. 4 до 9 е отговорено с "ДА". 2. Липсва интракраниален кръвоток, доказан инструментално.	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ Критерий: <input type="checkbox"/> "А" <input type="checkbox"/> "Б" <input type="checkbox"/> "В"	

МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

(именование на лечебното заведение)

1	2	3
3. Второ клинично изследване най-малко 2 (два) часа след първото отговаря на т. 4 до 9 с "ДА" и апнеичният тест (т. 10) установява смъртта като трайно и необратимо прекратяване на всички функции на главния мозък, включително и на функциите на мозъчния ствол.		
Г. В случай че е невъзможно определенето по т. 4 до 9 поради увреди или условия, затрудняващи тестовете (на- пример тежка лицева травма, водеща до невъзможност за изпълнение на калоричния тест), се прилагат следните критерии: 1. Всички тестове, на които е отговорено с "ДА". 2. Липсва интракраниален кръвоток 3. Второ клинично изследване най-малко 2 (два) часа след първото отговаря на всички приложими точки с "ДА" и апнеичният тест (т. 10) установява смъртта като трайно и необратимо прекратяване на всички функции на главния мозък, включително и на функциите на мозъчния ствол.		<input type="checkbox"/> "Г"

След като изпълнихме всичките описани точки, установихме смъртта на:

.....
на г., ЕГН, ИЗ №
Дата час мин.....

Установили смъртта:

1. Д-р Подпис:

2. Д-р Подпис:

3. Д-р Подпис:

Windows taskbar with icons for Start, Internet Explorer, File Explorer, and other background applications.

НАРЕДБА № 14 ОТ 15 АПРИЛ 2004 Г. ЗА МЕДИЦИНСКИТЕ КРИТЕРИИ И РЕДА НА УСТАНОВЯВАНЕ НА СМЪРТ

стр.3/8

Чл. 11.

- (1) Смърт при трайно и необратимо спиране на всички функции на главния мозък и налична сърдечна дейност се установява чрез извършване на клинични тестове по приложение № 1.
- (2) По време на клиничното наблюдение по ал. 1 комисията може да използва и един от инструменталните методи по приложение № 2.
- (3) Използването на инструментален метод, потвърждаващ липсата на мозъчен кръвоток, е задължително в следните случаи:
 1. при деца до навършване на 6-годишна възраст;
 2. при невъзможност да се извършат всички клинични тестове по приложение № 1;
 3. при съмнения за въздействие на медикаменти или токсини, потискащи функцията на централната нервна система (ЦНС), както и миорелаксанти; в този случай задължително се използва ангиографско изследване.

Чл. 12.

- (1) Смърт при трайно и необратимо спиране на всички функции на главния мозък и налична сърдечна дейност се установява чрез извършване на:
 1. два клинични прегледа за отчитане на клиничните тестове по приложение № 1 през не по-малко от 12 часа;
 2. два клинични прегледа за отчитане на клиничните тестове по приложение № 1 и две електроенцефалографски изследвания (ЕЕГ изследвания) по приложение № 2 в следната последователност:
 - а) клиничен преглед;
 - б) две ЕЕГ изследвания, през 6 часа;
 - в) втори клиничен преглед;
 3. два клинични прегледа за отчитане на клиничните тестове по приложение № 1 и едно инструментално изследване, потвърждаващо липсата на мозъчен кръвоток, съгласно приложение № 2 в следната последователност:
 - а) клиничен преглед;
 - б) инструментално изследване, потвърждаващо липсата на мозъчен кръвоток;
 - в) втори клиничен преглед, проведен не по-малко от два часа след инструменталното изследване по буква "б".
- (2) При невъзможност от извършване на всички клинични тестове по приложение № 1 комисията вписва това обстоятелство в протокола и установява смърт при трайно и необратимо спиране на всички функции на главния мозък и налична сърдечна дейност по реда на ал. 1, т. 3. В този случай клиничните прегледи се извършват чрез отчитане само на клиничните тестове, които могат да бъдат извършени.
- (3) При съмнения за въздействие на медикаменти или токсини, потискащи функцията на централната нервна система (ЦНС), както и миорелаксанти, установяване на смърт при трайно и необратимо спиране на всички функции на главния мозък и налична сърдечна дейност се извършва по реда на ал. 1, т. 3 и чл. 11, ал. 3, т. 3.

Чл. 13.

- (1) Комисията установява смъртта при трайно и необратимо прекратяване на всички функции на главния мозък, включително на мозъчния ствол, с единодушно съгласие.
- (2) В случай че някой от клиничните тестове или инструментален метод потвърди наличието на някаква мозъчна функция, нова процедура за установяване на смъртта като трайно и необратимо прекратяване на всички функции на главния мозък, включително и на функциите на мозъчния ствол, започва отначало след не по-малко от 12 часа.

Чл. 14.

Време на настъпване на смъртта при трайно и необратимо прекратяване на всички функции на главния мозък, включително на мозъчния ствол, е моментът на извършване на апненция тест.

Следва попълване на съобщението за смърт от дежурен лекар и проверка в регистъра на ИАМН за изразено приживе несъгласие за органно дарителство...



УМБАЛ "Света Марина" ЕАД - гр.Варна д-р Николай Валентинов Младенов

Регистър Воля Пациенти в кома Изход

Приложение №3 към чл.6, т.2

СПРАВКА

ЗА ИЗВЪРШЕНА ПРОВЕРКА В СЛУЖЕБНИЯ РЕГИСТЪР НА ИЗПЪЛНИТЕЛНАТА АГЕНЦИЯ ПО ТРАНСПЛАНТАЦИЯ

попълва се от лекар, участвал в медицинското обслужване на починалия

наименование на лечебното заведение и структурата, където се намира починалия

22.01.2020 08:24 8810030963
дата и час (дд.мм.гггг чч:мм) ЕГН на починалото лице
на проверката

1869 Мъж
възраст пол (м/ж) дата (дд.мм.гггг) на смъртта

трите имена на починалото лице съгласно документа за самоличност

резултат от проверката в служебния регистър на Изпълнителната агенция по трансплантация

няма регистрирано несъгласие има регистрирано несъгласие

- за всички органи, тъкани и клетки
- сърце
- бял дроб
- черен дроб
- бъбреци
- кости
- сухожилия
- роговици
- кожа
- фасции

други /попълнението/

трите имена и длъжност на служителя от Изпълнителната агенция по трансплантация извършил проверката

д-р Николай Валентинов Младенов
трите имена и длъжност на лекаря поискал справката подпис

Изпрати данните Затвори формата Печат

Следва разговор с близките, който завършва по два възможни начина:

1. С отказ от органно дарителство

2. Със съгласие за органно дарителство



При отказ...

File Home Insert Page Layout References Mailings Review View

Times New Rom 8 A A Aa Font Paragraph Styles

Emphasis Heading 1 Normal Strong Subtitle Title No Spacing Subtle Emphasis Intense Emphasis Quote Intense Quote Subtle Reference Intense Reference Book Title List Paragraph Change Styles Find Replace Select Editing

Приложение № 4
към чл. 7, ал. 2

ПРОТОКОЛ

попълва се от съпруг или родител, дете, брат или сестра на починалия

Днес
дата (дд/мм/гггг) час (чч:мм)

долуподписаният _____
трите имена

л.к. №
издадена на
дата (дд/мм/гггг) от МВР – гр. _____

ЕГН
постоянен адрес (населено място, община, област, ул./жк. №) _____

_____ на починалия _____
(съпруг или родител, дете, брат или сестра) трите имена

Заявявам, че ми е съобщено за предстоящото вземане на органи, тъкани или клетки от трупа на моя роднина.

Уведомен съм за разумно краткия срок, в който мога да представя писмен отказ за предстоящото вземане на органи, тъкани или клетки.

Подпис: _____

попълва се при отказ за предстоящото вземане на органи, тъкани или клетки

Отказвам от тялото на починалия ми роднина да бъдат вземани каквито и да било органи, тъкани или клетки.

дата (дд/мм/гггг) час (чч:мм) Подпис: _____

Отказвам от тялото на починалия ми роднина да бъдат взети следните органи, тъкани или клетки:

_____ моля посочете конкретно органите, тъканите или клетките

дата (дд/мм/гггг) час (чч:мм) Подпис: _____

попълва се от двама свидетели

На лицето е съобщено за предстоящото вземане на органи, тъкани или клетки от трупа на неговия роднина, но отказва да се подпише.

Свидетели:

1. _____
трите имена, ЕГН и постоянен адрес на свидетеля _____ подпис

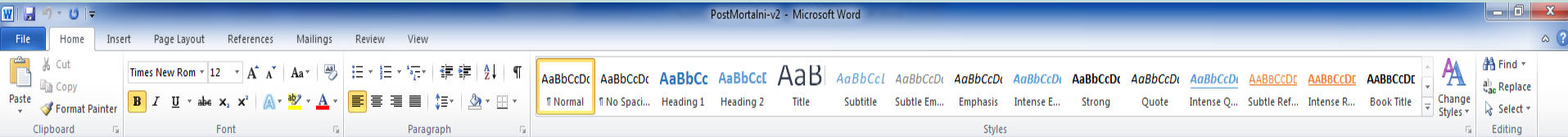
2. _____
трите имена, ЕГН и постоянен адрес на свидетеля _____ подпис

попълва се предварително от медицинския специалист съобщава за предстоящото вземане

Срокът за писмен отказ е до:
дата (дд/мм/гггг) час (чч:мм)

трите имена, длъжност, дата и подпис на лекаря определят срока

Забележка: Протоколът се съхранява в печебното заведение за срок от 30 години, ако е извършено вземане на органи, тъкани или клетки.



Приложение № 1 към Заповед РД-01-206/17.12.2019 г.

Версия 2

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИЗБОР НА ТРАУРНА АГЕНЦИЯ

Долуподписания/те:

1. Трите имена.....
Адрес.....
ЕГН.....п.к. №..... изладена на.....
от МВР -....., телефон....., родствена връзка с донора.....

2. Трите имена.....
Адрес.....
ЕГН.....п.к. №..... изладена на.....
от МВР -....., телефон....., родствена връзка с донора.....

В качеството ни на близки на.....
дарител на органи, Декларирам/ме, че избирам/ме следната траурна агенция:

Адрес и телефон на
агенцията:.....

.....
за полагане на постмортални грижи за починалия ни близък и за изработка на паметник с
надпис, включващ следния текст:

„Частича от теб може да бъде за някоя целия свят“

* Декларация за съгласие: Личните ми/ни данни, които предоставям/ме във връзка с
избора на траурна агенция за полагане на постмортални грижи за починалия ни близък,
давам/ме свободно, конкретно, информирано и недвусмислено.

Декларатор/и:

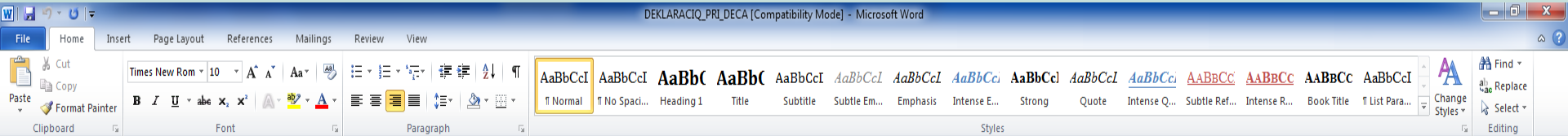
1.
2.

гр.
Дата.....

Условие за пощаване:

1. Всички полета са задължителни!
2. Декларацията може да бъде изпратена на и-мейл: transplant@iamn.bg от координатора в лечебното заведение или от близките.
3. Телефон за връзка ИАМН: 02 80 50 437 и 02 80 50 467

При съгласие и донор <18 г...



Приложение №1
Към чл.2, ал.2

ДЕКЛАРАЦИЯ

Днес долуподписаните:
дата (дд/мм/тггг)

1. Баща _____
трите имена

л.к. № , издадена на , от МВР – гр. _____
дата (дд/мм/тггг)

ЕГН , _____
постоянен адрес (населено място, община, област, ул.жк. №)

2. Майка _____
трите имена

л.к. № , издадена на , от МВР – гр. _____
дата (дд/мм/тггг)

ЕГН , _____
постоянен адрес (населено място, община, област, ул.жк. №)

3. Настойник/попечител _____
трите имена

л.к. № , издадена на , от МВР – гр. _____
дата (дд/мм/тггг)

ЕГН , _____
постоянен адрес (населено място, община, област, ул.жк. №)

на починалото дете _____ ЕГН
трите имена

декларирам, че сме съгласни да бъдат взети следните органи/тъкани/клетки:

Посочват се изрично конкретните органи и/или тъкани/клетки

Подписи: 1. _____
2. _____
3. _____

Забележка: Декларацията се съхранява в лечебното заведение за срок от 30 години, ако е извършено вземане на органи, тъкани или клетки.
Декларацията се попълва задължително от двамата родители. В случаите когато единият от родителите е починал, задължително се прилага копие от смъртния акт.
В случаите когато се попълва от настойник или попечител задължително се прилага копие от съдебното решение за определяне на настойничество/попечителство.

Сертификат за състоянието на донора...

SERTIFIKAT_ZA_SASTOQNIETO_NA_DONORA [Compatibility Mode] - Microsoft Word

File Home Insert Page Layout References Mailings Review View

Times New Rom 20 A A Aa

Emphasis Heading 1 Heading 2 Normal Strong Subtitle Title No Spaci... Subtle Em... Intense E... Quote Intense Q... Subtle Ref... Intense R... Book Title

Clipboard Font Paragraph Styles Editing

МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

(използвателски запис)

Сертификат за състоянието на донора

Донор:			
И.З.№	ЕГН:	Година:	
Кръвна група:	Височина:	Тегло:	Гр. обиколка:
Дата и час на постъпване:		Докаранот:	
Причина за хоспитализацията:			

Мозъчна смърт

Начална мозъчна лезия (дата, час):	
Първи клиничен преглед (дата, час):	
Потвърдителни изследвания (вид, дата, час):	
Втори клиничен преглед (дата, час):	
Членове на комисията (трите имена, специалност, длъжност):	
Причина за смъртта:	
Дата и час на смъртта, протокол №, известие за смърт №:	

Координатор: 1 # 5
(подпис)

МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

(използвателски запис)

Донор:			
Серология			
Заболяване	Изследване	Дата, час	Резултат
HIV	Анти-HIV 1/2 Ab		
Lues	Wasserman		
Hepatitis B	HBs Ag HBe Ag Анти-HBe Ab		
Hepatitis C	Анти-HCV Ab		
Cytomegalovirus	Анти-CMV IgM Ab Анти-CMV IgG Ab		
Erstein-Barr virus	Анти-EBV VCA IgM Ab Анти-EBV VCA IgG Ab		

Микробиология

Урокултура			
Хемокултура			
Други			

Други данни за системна инфекция

Фебрилитет (>38°C):	Левкоцитоза (>10G/l):	Пневмония:	Други:
Антибиотично лечение:			
Заклучение:			

Координатор: 2 # 5
(подпис)

МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

(използвателски запис)

Донор:	
Анамnestични данни, свързани с възможни злокачествени, системни и пр. заболявания	
Артериална хипертония (натляг, давност, лечение, стойности):	
Захарен диабет (натляг, давност, лечение, стойности):	
Данни от физикалния статус, свързани с възможни злокачествени, системни и пр. заболявания	
Инструментални изследвания	
Ro-диагн на бял дроб:	
Ехография на корем:	
Очи дъна:	
Гинеколог. статус:	
Други:	
Заклучение по отношение на възможността за пренасяне на инфекции или неоплазма с дарените органи:	

Координатор: 3 # 5
(подпис)

МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

(използвателски запис)

МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

(използвателски запис)

МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

(използвателски запис)

Сертификат за състоянието на донора...

SERTIFIKAT_ZA_SASTOQNIETO_NA_DONORA [Compatibility Mode] - Microsoft Word

File Home Insert Page Layout References Mailings Review View

Times New Rom 20 A Aa

Clipboard Font Paragraph Styles

Emphasis Heading 1 Heading 2 Normal Strong Subtitle Title No Spaci... Subtle Em... Intense E... Quote Intense Q... Subtle Ref... Intense R... Book Title

Find Replace Select Editing

Координатор: 1 # 5
(подпис)

МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

(използвател на личното записно)

Донор: _____

Данни, отразяващи кондиционирането на донора

А) Вентилация: продължителност _____ часа; проблеми: _____
Белодробен оток (начало, изва, терапия): _____
Пневмония (начало, изва, терапия): _____

Период				
FiO ₂ :				
PEEP (cm H ₂ O):				
ДО (ml):				
ДЧ (l/min):				
O ₂ Sat (%):				

Б) Циркулация: стабилна трудна за поддържане нестабилна

Период				
АН (mm Hg):				
ПЧ (l/min):				
ЦВН (cm H ₂ O):				
Dopamin: (µg/kg/min)				
Dobutamin: (µg/kg/min)				
Adrenalin: (µg/kg/min)				

Cardiac arrest (настъпване, продължителност, СРР, медикаменти): _____

Артериална хипотензия (настъпване, продължителност, медикаменти): _____

Необходимост от Dopamin > 7.5 µg/kg/min и/или Adrenalin: _____

В) Преливане на кръв и други биопродукти (причини, кога?, вид и количество на продукта, коментар): _____

Координатор: 4 # 5
(подпис)

Координатор: 2 # 5
(подпис)

МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

(използвател на личното записно)

Донор: _____

Данни, отразяващи кондиционирането на донора (прод.)

Г) Бъбречна функция: добра влошена ОБН

	При приемане	При уст. на МС	Преди експл.
Урея (mmol/l)			
Креатинин (µmol/l)			
Na ⁺ (mEq/l)			
K ⁺ (mEq/l)			
Cl ⁻ (mEq/l)			
Диуреза (ml/h)			

Diabetes insip. (важлича диуреза, баланс на течностите, Диализирани, коментар): _____

Баланс на течностите:

Период				
Влеги:				
Диуреза:				
"Невидими" загуби:				
Дренажи, сонда и др. загуби:				
Баланс:				

Други проблеми, забележки, коментар _____

Предложени и експлантирани органи:

Орган:	Предложени:		Експлантирани:	
Бъбрек	Ляв <input type="checkbox"/>	Десен <input type="checkbox"/>	Ляв <input type="checkbox"/>	Десен <input type="checkbox"/>
Сърце	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Бал дроб	Ляв <input type="checkbox"/>	Десен <input type="checkbox"/>	Ляв <input type="checkbox"/>	Десен <input type="checkbox"/>
Черен дроб	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Координатор: 5 # 5
(подпис)

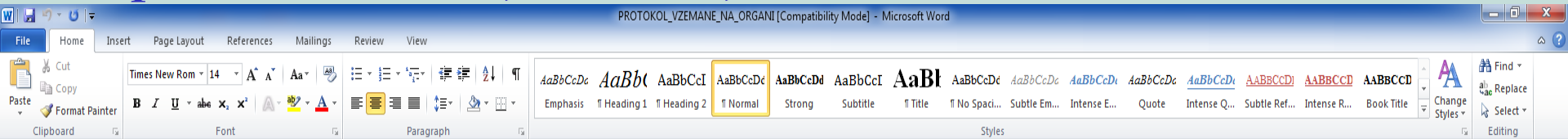
Координатор: 3 # 5
(подпис)

МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

(използвател на личното записно)

Координатор: 6 # 5
(подпис)

При експлантация в същото лечебно заведение...



МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

(наименование на лечебното заведение)

ПРОТОКОЛ ЗА ВЗЕМАНЕ НА ОРГАНИ ЗА ПРИСАЖДАНЕ

На от труп на починалия/починалата
(дата)

(собствено, бащино и фамилно име)

ЕГН , от гр./с. ул. №
с ИЗ № / г. от
(наименование на лечебното заведение)

и основна диагноза:

Ояха взети следните органи:

- | | |
|---------|---------|
| 1. | 4. |
| 2. | 5. |
| 3. | 6. |

Смъртта беше установена с протокол № / 200..... г. и Съобщение за смърт № / 200..... г.

Вземането на органи беше осъществено от хирургичен екип в състав:

- От лечебно заведение
1. Д-р, подпис.....
 2. Д-р, подпис.....
 3. Д-р, подпис.....

- От лечебно заведение
4. Д-р, подпис.....
 5. Д-р, подпис.....
 6. Д-р, подпис.....

- От лечебно заведение
7. Д-р, подпис.....
 8. Д-р, подпис.....

Операцията по експлантация е започнала в: ___ ч. и ___ мин. на _____ и завършена в ___ ч. и ___ мин. на дата _____. В
(наименование на лечебното заведение, в което е осъществена процедурата)

Място на съхранение на органите:

- | | |
|---------|---------|
| 1. | 4. |
| 2. | 5. |
| 3. | 6. |

Координатор по донорството:

(собствено, фамилно име и подпис)

При ситуация, в която участва Eurotransplant...

Microsoft Word interface showing the document title "EurotransplantForm [Compatibility Mode] - Microsoft Word". The ribbon includes File, Home, Insert, Page Layout, References, Mailings, Review, View, Design, and Layout. The font is Calibri, size 8. The document is on page 1 of 4.

EUROTRANSPLANT DONOR INFORMATION FORM										PAGE 1 OF 4				
Registration date/time	ET donor Nr.	Region Centre				ABO Rh	NHBD: Y/N			Date of birth	Age	Sex	Weight (kg)	Height (cm)
DSO identity Nr		Blood group Remarks												
TT lab	HLA method	A	A	A	A	B	B	B	B	Bw	Bw	Cw	Cw	
DNA Serology	DR	DR	DR	DR	DR	DQ	DQ	DQ	DQ	Cw	Cw	Cw	Cw	
Microbiology (* is mandatory)		date: Other microbiology results:												
HIV Ab*	HIV Ag	HBsAg*	HBsAb	HBcAb*	HCV Ab*	CMV IgM*	CMV IgG*	LuEt (VDRL/TPHA)	Tox9 Ab	Sepsis	Meningitis			
Remarks on microbiology														
Organs	reported (Y/N)	Explant. By local team	Reason for "not reported" (specify)				Reason for "withdrawal" (specify)		Preservation fluid used	Consent to research (Y/N)				
Heart														
Left Lung														
Right Lung														
Liver														
Pancreas														
Left Kidney														
Right Kidney														
Intestine														
Donor information														
Donor identity:						Permission Given:								
Country of citizenship:						Register Checked:								
Contact Data														
Donor Hospital:						Hospital tel. Nr.:								
Contact (DSO coord.):						Contact tel. Nr.:								
						Contact Mobile Nr.:								
						Explanation planned on: date time								
Hospital Department:						Other contact info:								
ESP region:														
ET office coordinator:														
General Clinical Data														
Cause of Death:														
Brain Death (date/time):														
Admission (date/time):						Admission on ICU (date/time):								
Mechanical ventilation since (date/time):						Urine Catheter since (date/time):								
Cardiac arrest (date/time):						Total duration of cardiac arrest (time):								
Last reanimation (date/time):						Duration of last reanimation (time):								
Nr. of times the donor was reanimated:														
Donor Comments:														

EUROTRANSPLANT DONOR INFORMATION FORM										PAGE 2 OF 4	
Donor Centre	ET donor Nr.	ABO Rh	Date of birth								
Medical History											
Hypertension:	since:	Treated:									
Diabetes Mellitus Type:	since:	Treated:									
Alcohol Abuses:	since:	Intake:									
Smoking:	since:	packs per day:	Drug abuse:	since:	Intake:						
Malignant tumor:	since:	Treated:									
Comments / other known illnesses:						Medication before admission:					
Physical data											
Diuresis:	ml in last	hours	Diuresis last hour:	ml							
Clinical data	Date:	Date:	Date:								
Temperature	°C		°C		°C						
Heart Frequency	/min		/min		/min						
Systolic Bloodpress.	mm Hg		mm Hg		mm Hg						
Diastolic Bloodpress.	mm Hg		mm Hg		mm Hg						
CVP	cm H ₂ O / mmHg		cm H ₂ O / mmHg		cm H ₂ O / mmHg						
Clinical Deviations	Date / time:	Date / time:	Date / time:								
Highest art. BP	min.	mmHg	min.	mmHg	min.	mmHg					
Duration of low BP	min.	mmHg	min.	mmHg							
Medication	Date:	Dose:	Date:	Dose:	Date:	Dose:					
Adrenaline											
Noradrenaline											
Dopamine											
Dobutamine											
Other Vasopressor											
Blood transfusions: last 24 hours											
Plasma expanders: last 24 hours	product:	product:	product:								
Other blood products	no	product:	product:	product:							
Antibiotics	therapeutic / prophylactic	therapeutic / prophylactic	therapeutic / prophylactic								
Antidiuretics											
Other medications last 24 hours											
General remarks											

При ситуация, в която участва Eurotransplant...

Table Tools EurotransplantForm [Compatibility Mode] - Microsoft Word

File Home Insert Page Layout References Mailings Review View Design Layout

Calibri 8 A A Aa Copy Paste Format Painter

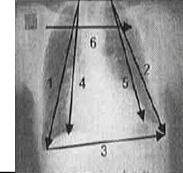
Font Paragraph Styles

Normal No Spaci... Heading 1 Heading 2 Title Subtitle Subtle Em... Emphasis Intense E... Strong Quote Intense Q... Subtle Ref... Intense R... Book Title

Find & Replace Select Change Styles Editing

EUROTRANSPLANT DONOR INFORMATION FORM							
Donor Centre	ET donor Nr.	ABO Rh	Date of birth	PAGE 3 OF 4			
Laboratory Values (* is mandatory)							
Date / time				dim.	Normal values	calc.	Normal values
Hb*				mmol/l - g / dl	7.5 - 11	x1.6	12 - 16
Ht*				%	40 - 45	x0.01	0.40 - 0.54
Leucos*				x10 ⁹ /l	4.0 - 11.0		
Platelets*				x10 ⁹ /l	130 - 400		
Ery's*				x10 ¹² /l	3.5 - 5.9		
Na**				mmol/l	155 - 147		
K**				mmol/l	3.5 - 5.0		
Ca ²⁺				mmol/l	2.2 - 2.55		
Cl ⁻				mmol/l	95 - 105		
Glucose*				mmol/l - mg / dl	3.9 - 6.1	x17.9	70 - 110
Creatinine*				mmol/l - mg / dl	62 - 132	x0.011	0.7 - 1.5
Urea*				mmol/l - mg / dl	3 - 9	x6	18 - 54
LDH*				U/l - µkat/l	50 - 240	x0.016	0.8 - 3.8
CPK*				U/l - µkat/l	0 - 150	x0.016	0 - 2.5
CKMB*				U/l - µkat/l	< 5	x0.016	< 0.08
Troponine				µg/l	< 0.1		
ASAT/SGOT*				U/l - µkat/l	0 - 35	x0.016	0 - 0.58
ALAT/SGPT*				U/l - µkat/l	0 - 35	x0.016	0 - 0.58
YGT*				U/l - µkat/l	0 - 30	x0.016	0 - 0.50
Bilirubin tot*				µmol/l - mg / dl	3.4 - 20.4	x0.058	0.2 - 1.2
Bilirubin dir*				µmol/l - mg / dl	0 - 4	x0.058	0 - 0.2
Alk. Phos.*				U/l - µkat/l	40 - 130	x0.016	0.64 - 2.1
Amilase*				U/l - µkat/l	0 - 130	x0.016	0 - 2.17
Lipase				U/l - µkat/l	0 - 160	x0.016	0 - 2.66
HbA1C				%	4 - 6		
Tot. Protein				g / l - g / dl	60 - 80	x0.10	6 - 8
Albumin				g / l	25 - 60		60 - 65 %
Fibrinogen				g / l - mg / dl	1.5 - 3.5	x100	
Quick / PT*				% / sec.	70 - 100		10 - 13
INR*					0.9 - 1.1		
APTT*				sec.	26 - 34		
AT III				%	70 - 120		
CRP*				mg / l - mg / dl	< 8	x0.10	< 0.8
Blood gas and Ventilation							
Date / time				dim.	Normal values	calc.	Normal values
FiO ₂ (%)*				100%			
PEEP*				+5 cm H ₂ O for 10 min			
pH*					7.35 - 7.45		
pO ₂ *				mmHg / kPa	80-100 mmHg		9.5-13.5 kPa
pCO ₂ *				mmHg / kPa	35-45 mmHg		4.6 - 6.0 kPa
HCO ₃ * ⁻				mmol/l	21-25 mmol/l		
BE*				mmol/l			
O ₂ sat.*				%	96-100%		

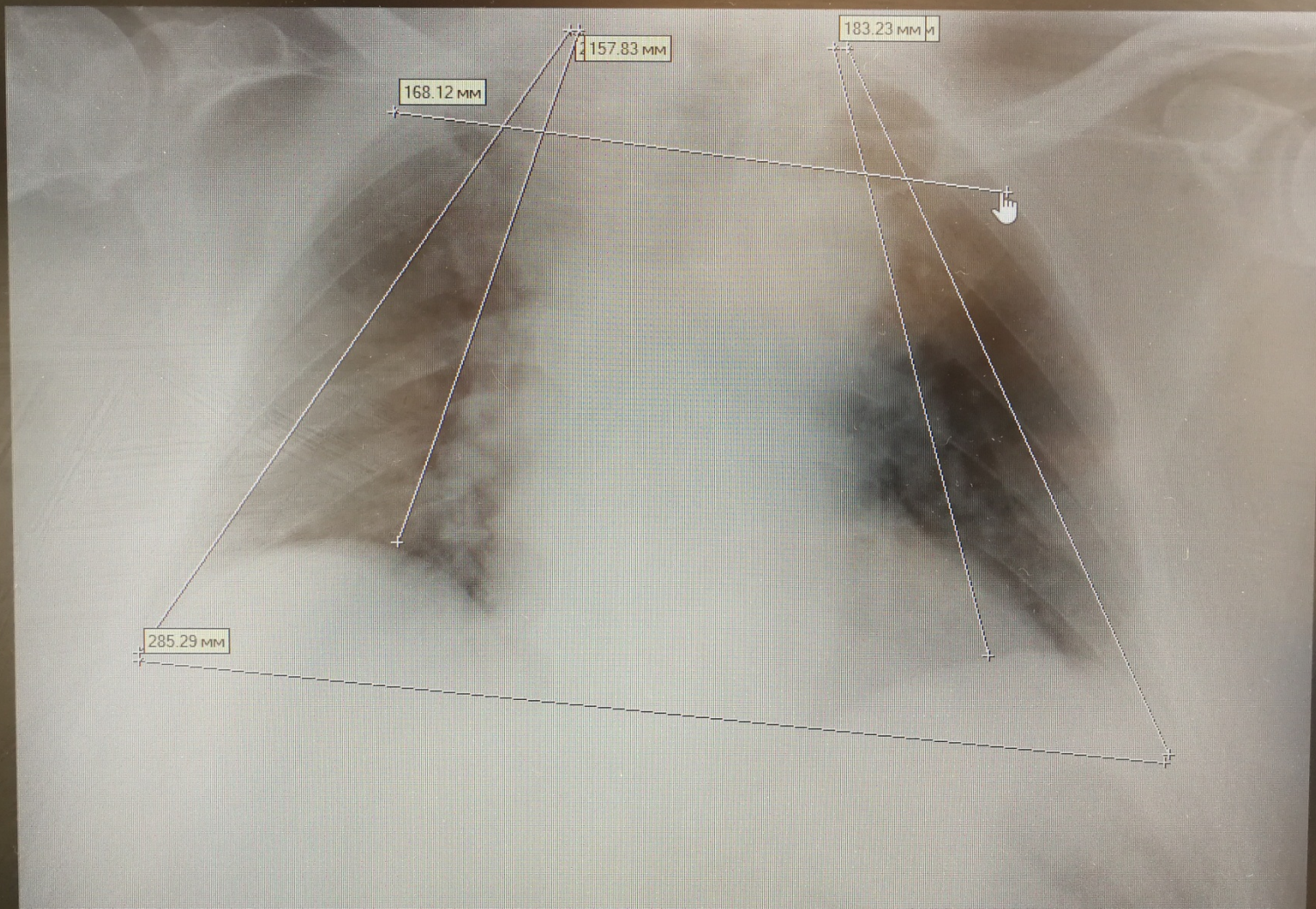
EUROTRANSPLANT DONOR INFORMATION FORM							
Donor Centre	ET donor Nr.	ABO Rh	Date of birth	PAGE 4 OF 4			
Bacteriology				Urinalysis		Date / time	Date / time
Urine	date:			Glucose:			
				Protein:			
Sputum / Tracheal	date:			Sediment:			
				Ery's:			
Blood:	date:			Leucos:			
				Cyt:			
Other:	date:			bact.:			
				other:			
Remarks Bacteriology				Remarks Urinalysis			
Other Diagnostics (* is mandatory)							
Chest X-Ray*	date:						
ECG*	date:						
Ultrasound heart	date:						
Bronchoscopy	date:						
Lung Measurements							
1. Right apex to Right CPA				cm			
2. Left apex to Left CPA				cm			
3. Right apex to Left CPA				cm			
4. Right apex to diaphragm				cm			
5. Left apex to diaphragm				cm			
6. Thorax width at y aortic arch				cm			
X ray at 1m (end expiratory)							
CPA is costo phrenic angle							
Ultrasound Abdomen*	date:						
Other Diagnostics	date:			(i.e. coronary, CT Thorax, CT Abdomen, etc.)			



При ситуация, в която участва Eurotransplant...



eshev \ 2013-04-21 07:04:27 \ CR Серия # 1 x



26 cm

При ситуация, в която участва Eurotransplant и експлантацията е в същото лечебно заведение...

Protocol_organ_procurement_and_transpl - Microsoft Word

File Home Insert Page Layout References Mailings Review View

Times New Rom 14 A A Aa

Font Paragraph Styles

MINISTRY OF HEALTH

.....
(name of the Healing Establishment)

PROTOCOL ON PROCUREMENT OF ORGANS FOR
TRANSPLANTATION

On from the cadaver of the deceased
(date)

.....
(name, surname and family name)

Personal Identification Number from town/city/village street No.
with I13 No. year, from
(name of the healing establishment)

and a main diagnosis

The following organs were procured:

1.....	4.....
2.....	5.....
3.....	6.....

The death was established with Protocol No. / 20... and a Death Notification
No. / 20...

The organ procurement was accomplished by a surgical team including:

By Healing Establishment

1. Doctor.....	Signature.....
2. Doctor.....	Signature.....
3. Doctor.....	Signature.....

By Healing Establishment

4. Doctor.....	Signature.....
5. Doctor.....	Signature.....
6. Doctor.....	Signature.....

By Healing Establishment

7. Doctor.....	Signature.....
8. Doctor.....	Signature.....

The removal operation started in: o'clock and minutes on and was
completed in: o'clock and minutes on
..... (the name of the Healing Establishment in which the
procedure was accomplished).

Place of storage of the organs:

1.....	4.....
2.....	5.....
3.....	6.....

Donation Coordinator.....
(name and family name and signature)

*Контакт със семейство...
Защо близките казват „НЕ“*



Reason

Relatives not wishing surgery to the body/
concerns regarding disfigurement

Feelings that the patient had suffered
enough

Uncertainty regarding the patient's wishes

Disagreements among the family group

Religious/cultural reasons

Dissatisfaction with healthcare staff and
process

Concerns over delay to funeral/burial process

Unable to accept death, lack of
understanding of brain death

Concerns regarding integrity of process, e.g.
unfair organ allocation, organ selling

Relatives had decided on their own that
organs would not be suitable

Longstanding negative views on organ
donation

Relatives were emotionally exhausted



Променливи фактори: (1)

- пълно разбиране на понятието „Мозъчна смърт“
- доверие към положените медицински грижи за починалия
- специфично „таймиране“ на разговора /декуплиране на лошите новини от искане на съгласие води до ↑ съгласията от 18% на 60%/
- мястото на провеждане на разговора /тихо, спокойно/
- подход, опит и умения на искащия съгласие

(1) Modifiable factors influencing relatives' decision to offer organ donation: systematic review BMJ 2009; 338



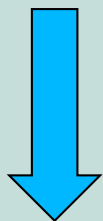
Планиране

Уверяване за
разбиране и
приемане на
загубата

Обсъждане
на
донорство



Планиране



Може би най -
важната част от
контакта със
семейството



Определяне участниците в
екипа

Спокойно и уединено място

/много-по малък успех при телефонни
разговори или в болнична стая.../

Обстойно проучване на

конкретната ситуация /диагноза,
имена/

Планиране

Предварително уточняване:

- Как ще се представят членовете на екипа
- Кой ще води и пръв ще съобщи лошите новини
- Как ще се построи мостът към искане на съгласие



Планиране



Уверяване за
разбиране и
приемане на
загубата

- Уверяване в пълното разбиране
 - Мозъчна смърт
- „de-coupling“

От особена важност е екипът да е сигурен в адекватното възприемане на диагнозата и необратимостта ѝ, от семейството, за да може да се продължи към искане на съгласие...



Планиране



Уверяване за
разбиране и
приемане на
загубата



Обсъждане
на
донорство



- Мнение на починалия приживе
- Споменаване факта, че в загубата ще бъдат спасени ЧОВЕШКИ ЖИВОТИ
- От загуба → в спасение и полза

- Работата с подобен тип документация е сложна и отговорна, изисква пълна концентрация и информираност

- Разговорът със семейството натоварва с „особен“ емоционален заряд

- Многобройните разговори, нужни за реализирането на „успешна ситуация“, с ИАМН, близки, координатори и мед. специалисти налагат наличието на пълна отдаденост, търпение, мотивация и умения за екипна работа...

