

# G.1. Tod infolge primärer Hirnschädigung: Erwachsene und Kinder älter als ein Jahr

## Protokoll zur Feststellung des Todes infolge primärer Hirnschädigung (DBD) für Erwachsene und Kinder älter als 1 Jahr.

Dieses Protokoll muss den Patienten/die Patientin begleiten (Original). Nach dem Tod gehört es als wichtiges Dokument in die Krankengeschichte (Original oder Kopie).

Name, Vorname des Patienten/der Patientin: .....

Geburtsdatum: .....

Patientenidentifikationsnummer: .....

	Arzt 1 Name, Datum, Uhrzeit Unterschrift	Arzt 2 Name, Datum, Uhrzeit Unterschrift	Arzt Zusatzuntersuchung Name, Datum, Uhrzeit Unterschrift	Nächster Schritt
<b>1.1</b> Reversible, d. h. medikamentöse, toxische und/oder metabolische Ursache(n) ausgeschlossen				weiter zu 1.2
<b>1.2</b> Körperkerntemperatur $\geq 35$ °C				weiter zu 1.3
<b>1.3</b> Kein Verdacht auf ZNS-Infektion oder Polyradikulitis cranialis				weiter zu 1.4
<b>1.4</b> Grund für Funktionsausfall des Gehirns:				weiter zu 1.5
<b>1.5</b> Alle klinischen Zeichen inkl. Apnoetest sind erfüllt (d. h. Tod festgestellt) = Todeszeit- punkt  Klinische Zeichen nicht untersuchbar: weiter zu 1.7				wenn ja: weiter zu 1.11  wenn nein: weiter zu 1.6
<b>1.6</b> Ein oder mehrere klinischen Zeichen sind <u>nicht erfüllt</u>				Untersuchung wiederholen und zurück zu 1.5
<b>1.7</b> Ein oder mehrere klinische Zeichen sind <u>nicht prüfbar</u> oder Funktionsausfall des Gehirns ist nicht hinreichend erklärt bzw. reversible Ursachen sind nicht restlos ausgeschlossen				weiter zu 1.8
<b>1.8</b> Durchgeführte Zusatzuntersuchung:				weiter zu 1.9
<b>1.9</b> Zusatzuntersuchung zeigt Ausfall der zerebralen Perfusion (d. h. Resultat vereinbar mit Tod; Todeszeitpunkt)				wenn Ja: weiter zu 1.11  wenn nein: weiter zu 1.10
<b>1.10</b> Zusatzuntersuchung zeigt eine zerebrale Restperfusion				Zusatzunter- suchung und zurück zu 1.9

	Arzt 1 Name, Datum, Uhrzeit Unterschrift	Arzt 2 Name, Datum, Uhrzeit Unterschrift	Arzt Zusatzuntersuchung Name, Datum, Uhrzeit Unterschrift	Nächster Schritt
<b>1.11</b> Spendeerklärung (Spendekarte, Patientenverfügung etc.) liegt vor				wenn ja: weiter zu <b>1.15</b>  wenn nein: weiter zu <b>1.12</b>
<b>1.12</b> Spendeerklärung (Spendekarte, Patientenverfügung etc.) liegt nicht vor				weiter zu <b>1.13</b>
<b>1.13</b> Zustimmung durch Angehörige oder Vertrauensperson liegt vor				wenn ja: weiter zu <b>1.15</b>  wenn nein: weiter zu <b>1.14</b>
<b>1.14</b> Zustimmung durch Angehörige oder Vertrauensperson liegt nicht vor				weiter zu <b>1.20</b>
<b>1.15</b> Es liegen keine medizinischen Kontraindikationen vor (ggf. in Rücksprache mit Swisstransplant oder Netzwerkzentrum)				wenn ja: weiter zu <b>1.17</b>  wenn nein: weiter zu <b>1.16</b>
<b>1.16</b> Es liegen medizinische Kontraindikationen vor (ggf. in Rücksprache mit Swisstransplant oder Netzwerkzentrum)				weiter zu <b>1.20</b>
<b>1.17</b> Natürlicher Todesfall				wenn ja: weiter zu <b>2</b>  wenn nein: weiter zu <b>1.18</b>
<b>1.18</b> Nicht natürlicher Todesfall (Unfall, Suizid, Gewaltverbrechen): Einwilligung der Untersuchungsbehörden liegt vor  Name, Tel. Nr.				wenn ja: weiter zu <b>2</b>  wenn nein: weiter zu <b>1.19</b>
<b>1.19</b> Nicht natürlicher Todesfall: Einwilligung der Untersuchungsbehörden liegt nicht vor  Name, Tel. Nr.				weiter zu <b>1.20</b>
<b>1.20</b> Abbruch				

<b>2</b> Alle Voraussetzungen für eine Organ- und/oder Gewebeentnahme sind erfüllt				
---	--	--	--	--

## G.2. Tod infolge primärer Hirnschädigung: Säuglinge

**Protokoll zur Feststellung des Todes infolge primärer Hirnschädigung (DBD)**  
für Säuglinge ab Tag 28 bis einem Jahr bzw. bei Frühgeborenen mehr als 44 Wochen postmenstruelles Alter.

Dieses Protokoll muss den Patienten/die Patientin begleiten (Original). Nach dem Tod gehört es als wichtiges Dokument in die Krankengeschichte (Original oder Kopie).

Name, Vorname des Patienten/der Patientin: .....

Geburtsdatum: .....

Patientenidentifikationsnummer: .....

	Arzt 1 Name, Datum, Uhrzeit Unterschrift	Arzt 2 Name, Datum, Uhrzeit Unterschrift	Arzt Zusatzuntersuchung Name, Datum, Uhrzeit Unterschrift	Nächster Schritt
<b>1.1</b> Reversible, d. h. medikamentöse, toxische und oder metabolische Ursache(n) ausgeschlossen				weiter zu 1.2
<b>1.2</b> Körperkerntemperatur $\geq 35$ °C				weiter zu 1.3
<b>1.3</b> Kein Verdacht auf ZNS-Infektion oder Polyradikulitis cranialis				weiter zu 1.4
<b>1.4</b> Klarer Grund für Funktionsausfall des Gehirns liegt vor; Grund:				weiter zu 1.5
<b>1.5</b> Alle klinischen Zeichen inkl. Apnoetest sind erfüllt  Klinische Zeichen nicht untersuchbar: weiter zu 1.8				wenn ja: weiter zu 1.7  wenn nein: weiter zu 1.6
<b>1.6</b> Ein oder mehrere klinische Zeichen sind <u>nicht erfüllt</u>				zurück zu 1.5
<b>1.7</b> Nach 24 Std. Beobachtungszeit: Alle klinischen Zeichen inkl. Apnoetest sind erfüllt (d. h. Tod festgestellt) = Todeszeitpunkt:				weiter zu 1.12
<b>1.8</b> Ein oder mehrere klinische Zeichen sind nicht prüfbar oder Funktionsausfall des Gehirns ist nicht hinreichend erklärt bzw. reversible Ursachen sind nicht restlos ausgeschlossen				weiter zu 1.9
<b>1.9</b> Durchgeführte Zusatzuntersuchung:				weiter zu 1.10
<b>1.10</b> Zusatzuntersuchung zeigt Ausfall der zerebralen Perfusion (d. h. Resultat vereinbar mit Tod; Todeszeitpunkt)				wenn ja: weiter zu 1.12  wenn nein: weiter zu 1.11

	Arzt 1 Name, Datum, Uhrzeit Unterschrift	Arzt 2 Name, Datum, Uhrzeit Unterschrift	Arzt Zusatzuntersuchung Name, Datum, Uhrzeit Unterschrift	Nächster Schritt
<b>1.11</b> Zusatzuntersuchung zeigt eine zerebrale Restperfusion				zurück zu <b>1.10</b>
<b>1.12</b> Zustimmung der Eltern (oder der gesetzlichen Vertretungsperson) liegt vor				wenn ja: weiter zu <b>1.14</b> wenn nein: weiter zu <b>1.13</b>
<b>1.13</b> Zustimmung der Eltern (oder der gesetzlichen Vertretungsperson) liegt nicht vor				weiter zu <b>1.19</b>
<b>1.14</b> Es liegen keine medizinischen Kontraindikationen vor (ggf. in Rücksprache mit Swisstransplant oder Netzwerkzentrum)				wenn ja: weiter zu <b>1.16</b> wenn nein: weiter zu <b>1.15</b>
<b>1.15</b> Es liegen medizinische Kontraindikationen vor (ggf. in Rücksprache mit Swisstransplant oder Netzwerkzentrum)				weiter zu <b>1.19</b>
<b>1.16</b> Natürlicher Todesfall				wenn ja: weiter zu <b>2</b> wenn nein: weiter zu <b>1.17</b>
<b>1.17</b> Nicht natürlicher Todesfall (Unfall, Suizid, Gewaltverbrechen): Einwilligung der Untersuchungsbehörden liegt vor  Name, Tel. Nr.				wenn ja: weiter zu <b>2</b> wenn nein: weiter zu <b>1.18</b>
<b>1.18</b> Nicht natürlicher Todesfall: Einwilligung der Untersuchungsbehörden liegt nicht vor  Name, Tel. Nr.				weiter zu <b>1.19</b>
<b>1.19</b> Abbruch				

<b>2</b> Alle Voraussetzungen für eine Organ- und/oder Gewebeentnahme sind erfüllt			
---	--	--	--

## G.3. Tod nach Kreislaufstillstand: Erwachsene, Kinder und Säuglinge

### Protokoll zur Feststellung des Todes nach anhaltendem Kreislaufstillstand (DCD; M1-4) für Erwachsene, Kinder und Säuglinge älter als 28 Tage.

Dieses Protokoll muss den den Patienten /die Patientin begleiten (Original). Nach dem Tod gehört es als wichtiges Dokument in die Krankengeschichte (Original oder Kopie).

Name, Vorname des Patienten/der Patientin: .....

Geburtsdatum: .....

Patientenidentifikationsnummer: .....

	Arzt 1 Name, Datum, Uhrzeit Unterschrift	Arzt 2 Name, Datum, Uhrzeit Unterschrift	Nächster Schritt
<b>M1</b> Tod festgestellt unmittelbar vor Spitaleintritt			weiter zu 1.2
<b>M2</b> Kein spontaner Kreislauf nach Reanimation, welche ... – max. 30 Min. nach Herzstillstand begonnen und – lege artis während mindestens 30 Min. durchgeführt wurde			weiter zu 1.1
<b>M3</b> Herz-Kreislauf-Stillstand innerhalb von 120 Minuten nach geplantem Therapieabbruch			weiter zu 1.1
<b>M4</b> Patient/Patientin mit Kreislaufstillstand nach vorgängiger Feststellung des zerebralen Funktionsausfalls			weiter zu 1.2
<b>1.1</b> Fehlende Herzaktivität im 4-Kammer-Blick oder in der subxiphoidalen Einstellung			weiter zu 1.2
<b>1.2</b> Tod anhand der klinischen Zeichen nach 5-minütigem anhaltendem Kreislaufstillstand (exkl. Apnoetest) festgestellt (Todeszeitpunkt M1, M2, M3) → Entfällt bei M4 (Todeszeitpunkt ist Zeitpunkt der Feststellung des irreversiblen zerebralen Funktionsausfalls)			M1, M2, M4 weiter zu 1.3 M3 weiter zu 1.4
<b>1.3</b> M1, M2 und M4: Einleiten medizinischer Massnahmen für maximal 72 Stunden			weiter zu 1.4
<b>1.4</b> Einwilligung durch Patienten/Patientin (Spendekarte, Patientenverfügung)			wenn ja: weiter zu 1.6  wenn nein: weiter zu 1.5

	<b>Arzt 1</b> Name, Datum, Uhrzeit Unterschrift	<b>Arzt 2</b> Name, Datum, Uhrzeit Unterschrift	<b>Nächster Schritt</b>
<b>1.5</b> Zustimmung der Angehörigen/Vertrauensperson liegt nicht vor			weiter zu <b>1.10</b>
<b>1.6</b> Es liegen keine medizinischen Kontraindikationen vor (ggf. in Rücksprache mit Swisstransplant oder Netzwerkzentrum)			wenn ja: weiter zu <b>1.7</b>  wenn nein: weiter zu <b>1.10</b>
<b>1.7</b> Natürlicher Todesfall			wenn ja: weiter zu <b>2</b>  wenn nein: weiter zu <b>1.8</b>
<b>1.8</b> Nicht natürlicher Todesfall (Unfall, Suizid, Gewaltverbrechen): Zustimmung der Untersuchungsbehörden liegt vor  Name, Tel. Nr.			wenn ja: weiter zu <b>2</b>  wenn nein: weiter zu <b>1.9</b>
<b>1.9</b> Nicht natürlicher Todesfall: Zustimmung der Untersuchungsbehörden liegt nicht vor  Name, Tel. Nr.			weiter zu <b>1.10</b>
<b>1.10</b> Abbruch			

<b>2</b> Alle Voraussetzungen für eine Organentnahme sind erfüllt			
--	--	--	--