

## ZARZĄDZENIE NR 319/2011

Dyrektora Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej – Curie  
z dnia 9 grudnia 2011 r.

**w sprawie powołania stałej komisji w Centrum Onkologii – Instytucie im. Marii Skłodowskiej – Curie do stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu.**

Na podstawie art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 1 lipca 2005r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. z 2005 Nr 169, poz. 1411 z póź. zm), Obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu (M.P. 2007 Nr 46, poz. 547) oraz § 6 pkt 6) Statutu Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej – Curie, zarządza się, co następuje:

### § 1

Powołuje się stałą Komisję do stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu. W skład Komisji wchodzi:

- |                   |   |                 |                   |
|-------------------|---|-----------------|-------------------|
| 1. Przewodniczący | - | dr hab. n. med. | Andrzej Rutkowski |
| 2. Członek        | - | dr n. med.      | Henryk Koziara    |
| 3. Członek        | - | dr n. med.      | Jerzy Jarosz      |

### § 2

Cele i zadania stałej Komisji określa Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzania trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu (M.P. 2007 Nr 46, poz. 547).

### § 3

Po wysunięciu podejrzenia śmierci mózgu oraz wykonaniu badań potwierdzających śmierć mózgu Komisja sporządza „Protokół postępowania diagnostycznego śmierci mózgu” stanowiący załącznik nr 1 do zarządzenia oraz „Protokół komisji do spraw stwierdzenia śmierci mózgu” stanowiący załącznik nr 2 do zarządzenia i przedstawia Zastępcy Dyrektora ds. leczenia.

### § 4

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

**z up. KIEROWNIKA**  
**Centrum Onkologii-Instytutu**  
**im. Marii Skłodowskiej-Curie**  
*p.o. Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa*  
*dr hab. n. med. Zbigniew I. Nowecki*  
*profesor nadzwyczajny*

|  <b>CENTRUM ONKOLOGII – INSTYTUT IM. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE</b><br><b>ul. W. K. Roentgena 5, 02-781 Warszawa</b>     |                                                           |                                                           |                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <b>PROTOKÓŁ POSTĘPOWANIA DIAGNOSTYCZNEGO ŚMIERCI MÓZGU</b>                                                                                                                                              |                                                           |                                                           |                                                           |
| u badanego _____ wpisać imię i nazwisko<br>urodzonego (data) _____ PESEL _____ PID _____<br>dokonano następujących stwierdzeń i wykluczeń:                                                              |                                                           |                                                           |                                                           |
| <b>UWAGA:</b><br><b>zaznaczyć właściwe</b>                                                                                                                                                              |                                                           |                                                           |                                                           |
| badany jest w śpiączce                                                                                                                                                                                  | tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> |                                                           |                                                           |
| płuca badanego są sztucznie wentylowane                                                                                                                                                                 | tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> |                                                           |                                                           |
| rozpoznano przyczynę śpiączki                                                                                                                                                                           | tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> |                                                           |                                                           |
| wykazano pierwotne, nadnamiotowe uszkodzenie mózgu                                                                                                                                                      | tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> |                                                           |                                                           |
| wykazano pierwotne, podnamiotowe uszkodzenie mózgu                                                                                                                                                      | tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> |                                                           |                                                           |
| wykazano wtórne uszkodzenie mózgu                                                                                                                                                                       | tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> |                                                           |                                                           |
| uszkodzenie mózgu jest nieodwracalne wobec wyczerpania możliwości terapeutycznych i upływu czasu                                                                                                        | tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> |                                                           |                                                           |
| wykluczono zatrucie i wpływ niektórych środków farmakologicznych (narkotyki, neuroleptyki, środki nasenne, usypiające, uspokajające, zwiotczające mięśnie poprzecznie prążkowane)                       | tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> |                                                           |                                                           |
| wykluczono hipotermię                                                                                                                                                                                   | tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> |                                                           |                                                           |
| wykluczono zaburzenia metaboliczne i endokrynologiczne                                                                                                                                                  | tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> |                                                           |                                                           |
| wykluczono, że badany jest noworodkiem poniżej 7-go dnia życia                                                                                                                                          | tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> |                                                           |                                                           |
| Na podstawie powyższych stwierdzeń i wykluczeń<br>dnia _____ o godz. _____ podjęto decyzję<br>o przejściu do II etapu kwalifikacyjnego <b>tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/></b> |                                                           |                                                           |                                                           |
| <b>Po upływie zalecanego czasu obserwacji, dnia _____ wykonano dwukrotnie w odstępie _____ godzin badanie odruchów pniowych i bezdechu, uzyskując następujące wyniki:</b>                               |                                                           |                                                           |                                                           |
| <b>UWAGA:</b><br><b>zaznaczyć właściwe</b>                                                                                                                                                              |                                                           |                                                           |                                                           |
| Wyniki badania:                                                                                                                                                                                         | Badanie                                                   | I                                                         | II                                                        |
| brak reakcji źrenic na światło                                                                                                                                                                          |                                                           | tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> | tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> |
| brak odruchu rogówkowego                                                                                                                                                                                |                                                           | tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> | tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> |
| brak ruchów gałek ocznych spontanicznych                                                                                                                                                                |                                                           | tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> | tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> |
| brak ruchów gałek ocznych przy próbie kalorycznej                                                                                                                                                       |                                                           | tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> | tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> |
| brak jakichkolwiek reakcji ruchowych na bodziec bólowy w obrębie unerwienia nerwów czaszkowych                                                                                                          |                                                           | tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> | tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> |
| brak odruchów wymiotnych i kaszlowych                                                                                                                                                                   |                                                           | tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> | tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> |
| brak odruchu oczno-mózgowego                                                                                                                                                                            |                                                           | tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> | tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> |
| trwały bezdech                                                                                                                                                                                          |                                                           | tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> | tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                       |                                                                                                                     |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Wymienione badania rozpoczęto w _____ godzinie po wysunięciu podejrzenia śmierci mózgu.                                                                                                                                                                                                      |                       |                                                                                                                     |  |
| I serię badań _____                                                                                                                                                                                                                                                                          | rozpoczęto dnia _____ | o godz. _____                                                                                                       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                              | zakończono dnia _____ | o godz. _____                                                                                                       |  |
| II serię badań _____                                                                                                                                                                                                                                                                         | rozpoczęto dnia _____ | o godz. _____                                                                                                       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                              | zakończono dnia _____ | o godz. _____                                                                                                       |  |
| <b>Wykonano badania instrumentalne</b><br><b>uzyskując następujące wyniki:</b>                                                                                                                                                                                                               |                       | <b>UWAGA:</b><br><b>zaznaczyć właściwe</b><br><b>tak <input type="checkbox"/>      nie <input type="checkbox"/></b> |  |
| linia izoelektryczna w EEG                                                                                                                                                                                                                                                                   |                       | tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>                                                           |  |
| brak przepływu mózgowego                                                                                                                                                                                                                                                                     |                       | tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>                                                           |  |
| brak odpowiedzi w potencjałach wywołanych                                                                                                                                                                                                                                                    |                       | tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>                                                           |  |
| Badania instrumentalne wykonano dnia _____ o godz. _____<br><br>Przeprowadzone badania potwierdziły trwałe zniesienie czynności mózgu w wyniku jego śmierci.<br>Protokół niniejszy wraz z kompletną dokumentacją przebiegu leczenia przedłożono komisji do spraw stwierdzania śmierci mózgu. |                       |                                                                                                                     |  |
| _____<br>(pieczętka, podpis kierownika kliniki lub osoby upoważnionej)                                                                                                                                                                                                                       |                       |                                                                                                                     |  |



**CENTRUM ONKOLOGII – INSTYTUT IM. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE**  
**ul. W. K. Roentgena 5, 02-781 Warszawa**

## PROTOKÓŁ KOMISJI DO SPRAW STWIERDZANIA ŚMIERCI MÓZGU

Komisja w dniu \_\_\_\_\_ o godz. \_\_\_\_\_ po zbadaniu

\_\_\_\_\_ i zapoznaniu się  
*wpisać imię i nazwisko*

z przebiegiem choroby i leczenia oraz dokumentacją postępowania diagnostycznego (w załączeniu)

stwierdziła śmierć mózgu i zgon \_\_\_\_\_  
*wpisać imię i nazwisko*

ur. \_\_\_\_\_ PESEL \_\_\_\_\_ PID \_\_\_\_\_

dnia \_\_\_\_\_ o godz. \_\_\_\_\_

## PODPISY

### PRZEWODNICZĄCY KOMISJI

specjalista \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*(pieczęćka, podpis)*

### CZŁONKOWIE KOMISJI

specjalista \_\_\_\_\_ specjalista \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*(pieczęćka, podpis)*

\_\_\_\_\_  
*(pieczęćka, podpis)*