

Протокол установления смерти человека

Я, _____
(Ф.И.О.)

(должность, место работы)

констатирую смерть _____
(Ф.И.О. или не установлено)

дата рождения _____
(число, месяц, год или не установлено)

ПОЛ _____

(при наличии документов умершего: сведения из них

(номер и серия паспорта, свидетельства о рождении ребенка, номер страхового полиса ОМС),

номер подстанции, номер бригады СМП и номер карты вызова СМП,

номер протокола органов дознания и др.)

Реанимационные мероприятия прекращены по причине (отметить необходимое):

- констатации смерти человека на основании смерти головного мозга;
- неэффективности реанимационных мероприятий, направленных на восстановление жизненно важных функций, в течение 30 минут;
- отсутствия у новорожденного при рождении сердечной деятельности по истечении 10 минут с начала проведения реанимационных мероприятий в полном объеме (искусственная вентиляция легких, массаж сердца, введения лекарственных препаратов).

Реанимационные мероприятия не проводились по причине (отметить необходимое):

- наличия признаков биологической смерти;
- состояния клинической смерти на фоне прогрессирования достоверно установленных неизлечимых заболеваний или неизлечимых последствий острой травмы, несовместимых с жизнью.

Дата _____
(день, месяц, год)

Время _____ ч. _____ мин.

Подпись _____ Ф.И.О. _____