

رقم الإصدار: 1	الرقم المرجعي: HRS/HPDS/BDD/1/2019	نوع الوثيقة: سياسة
تاريخ المراجعة: 2022/3/1	تاريخ التطبيق: 2019/3/1	عنوان الوثيقة: تحديد الوفاة الدماغية
الملكية: إدارة السياسات والمعايير الصحية		
مجال التطبيق: جميع المستشفيات المرخصة من قبل هيئة الصحة بدبي.		
<b>1. الغرض</b>		
1.1. للتوافق مع رؤية هيئة الصحة بدبي ورسالتها وأهدافها الاستراتيجية، من أجل تحسين تشخيص حالات الوفاة الدماغية والإبلاغ عنها.		
1.2. للتأكد من أن تشخيص الوفاة الدماغية قد تم وفقاً للمعايير العالمية وأفضل الممارسات الدولية.		
1.3. لضمان التزام جميع المنشآت الصحية بالقوانين الاتحادية لدولة الإمارات العربية المتحدة وسياسة هيئة الصحة بدبي الخاصة بالوفاة الدماغية.		
1.4. لتسهيل تشخيص الوفاة الدماغية من قبل الأطباء المرخصين من قبل هيئة الصحة بدبي ضمن التخصصات التالية: طب الأمراض العصبية، وطب جراحة الأعصاب، وطب الأمراض الباطنية، وطب العناية المركزة، وطب التخدير، وطب الأطفال وطب العناية المركزة الجراحية.		
1.5. لدعم نقل وزراعة الأعضاء والأنسجة البشرية على المستوى الوطني.		
<b>2. المطبق عليهم</b>		
2.1. المهنيين الصحيين المرخصين من قبل هيئة الصحة بدبي ضمن التخصصات التالية:		
2.1.1. استشاري طب العناية المركزة (بالغون أو أطفال)		
2.1.2. استشاري طب الأمراض العصبية (بالغون أو أطفال)		
2.1.3. استشاري طب جراحة الأعصاب		
2.1.4. استشاري طب الأمراض الباطنية		
2.1.5. استشاري / طب التخدير (بالغون أو أطفال)		
2.1.6. استشاري طب الأطفال		
<b>3. التعريف/المصطلحات</b>		
الوفاة الدماغية: هو توقف لا رجعة فيه في جميع وظائف الدماغ، بما في ذلك جذع الدماغ.		

**الغيوبية:** هي حالة فقدان وعي عميقة، لا يمكن للفرد خلالها أن يتفاعل مع البيئة المحيطة به، ولا يمكنه أيضاً الاستجابة للمؤثرات الخارجية بما في ذلك الألم في جميع الأطراف وفي الرأس (على سبيل المثال، الضغط المفصلي فوق الحجاج أو الفك السفلي). ردود فعل "العمود الفقري" تتفق مع الوفاة الدماغية، ولكن حالات النوب الاختلاجية أو وضعية فصل المخ أو فصل القشر المخي لا تتفق معه.

**الوفاة الدماغية ضمن المعايير الدماغية:** يتم تعريفه على أنه فقدان القدرة على الوعي الذي لا رجعة فيه مقترناً بالخسارة التي لا رجعة فيها في جميع وظائف الدماغ وجذع الدماغ، بما في ذلك القدرة على التنفس. الوفاة الذي تحددها المعايير العصبية يعادل وفاة الفرد، بالرغم من استمرار خفقان قلبه أو استمرار وظائف الحبل الشوكي.

**الجهة الخارجية الداعمة:** هي جهة خارجية مختصة تشرف على المنشآت الصحية وتدعمها لتلبية متطلبات تشخيص الوفاة الدماغية.

#### 4. السياسة

4.1. تُطبّق هذه السياسة في الوقت الذي يطلب فيه الطبيب المعالج إجراء تقييم لوظائف المخ، حتى يتم إصدار إخطار الوفاة الدماغية.

4.2. النتائج الأساسية الثلاثة في الوفاة الدماغية هي: الغيوبية، وغياب ردود أفعال جذع الدماغ، وانقطاع التنفس.

4.3. تشخيص الوفاة الدماغية هو في المقام الأول تشخيص سريري.

4.4. يجب على المستشفى التأكد من وجود لجنة نشطة للمضاعفات والوفيات تدعمها أدلة كتابية.

4.4.1. يجب أن تحتفظ لجنة المضاعفات والوفيات بالمستشفى بسجل لأسماء الأطباء المعنيين بتقييم وتشخيص الوفاة الدماغية.

4.5. إذا لم يكن التقييم السريري واختبار انقطاع النفس حاسماً، فحينئذٍ يجب إجراء اختبار تأكيدي آخر امتثالاً للقرار الوزاري لدولة الإمارات العربية المتحدة رقم (550) لسنة 2017 في شأن معايير تشخيص الوفاة (المرفق 1).

4.6. يجب أن يتم تحديد الوفاة الدماغية من قبل ثلاثة (3) من الأطباء المرخصين في هيئة الصحة بدبي على الأقل وفقاً للبند 2.1 الموجود في هذه السياسة.

4.6.1. يجب أن يكون أحد الأطباء الثلاثة استشاري العناية المركزة أو التخدير.

4.6.2. إذا كان عدد الأطباء المسموح لهم بتحديد الوفاة الدماغية أقل من ثلاثة (3)، فيجب الاستعانة بجهة خارجية داعمة.
أ. لن يتم تنفيذ أعمال الجهة الخارجية الداعمة إلا بعد توقيع كلا المستشفىين على مذكرة تفاهم.
ب. يجب أن يكون لدى المستشفى المرشح لأداء واجبه ما يكفي من الأطباء المؤهلين والمرخصين من قبل هيئة الصحة بدبي أو أي جهة تنظيمية صحية مختصة في دولة الإمارات العربية المتحدة.
ت. يجب أن تخلو عملية الاستعانة بالجهة الخارجية الداعمة من أي تضارب في المصالح قد يؤثر على تحديد الوفاة الدماغية (يرجى الرجوع الى النقطة 4.7 في هذه السياسة).
4.7. لا يسمح لأطباء وجراحي نقل وزراعة الأعضاء والأنسجة البشرية بإجراء تقييم لتحديد الوفاة الدماغية.
4.8. يجب على أطباء وحدة العناية المركزة التركيز على إدارة حفظ الأعضاء خلال الفترة الحرجة لتشخيص الوفاة الدماغية.
4.9. يجب على أطباء وحدة العناية المركزة الإبلاغ عن حالات الوفاة الدماغية في أقرب وقت ممكن إلى الفريق الوطني لزراعة الأعضاء، من أجل تشجيع عملية نقل وزراعة الأعضاء والأنسجة البشرية في دولة الإمارات العربية المتحدة وتوفير الوقت لهذه العملية.
4.10. يجب على إدارة المستشفى تسهيل عملية إعادة تقييم المريض المتوفى دماغياً من قبل الفريق الوطني لزراعة الأعضاء.
<b>4.11. المتطلبات المسبقة لتقييم الوفاة الدماغية</b>
4.11.1. قبل طلب التقييم، يجب على الطبيب الأكثر مسؤولية، أو من ينوب عنه، التأكد من استيفاء جميع شروط التقييم المسبق. وهذه الشروط هي:
أ. أن يكون المريض في حالة غيبوبة عميقة وذلك إثر سبب معروف.
ب. انقضاء ست ساعات على الأقل منذ وقوع الحدث المؤدي إلى الغيبوبة (للبالغين).
ت. يجب استبعاد التسمم بالأدوية في حالات الحوادث المرورية أو الاشتباه بالتسمم بالأدوية أو الغيبوبة لأسباب غير معروفة. إذا لم يتم إجراء مثل هذا الفحص، فيجب أن تنقضي خمسة أيام (120 ساعة)

من الوقت الذي تم فيه تناول أو اعطاء الدواء، قبل إجراء تقييم وظائف المخ.
ث. يجب ألا يكون المريض تحت تأثير أي مهدئات أو مضادات القلق أو المنومات أو المخدرات أو مرخيات العضلات أو مثبتات الجهاز العصبي المركزي أو مضادات الاكتئاب.
ا. إذا كان هناك تاريخ لتناول / تعاطي أي من الأدوية المذكورة أعلاه، عندئذ يجب استبعاد تأثير هذه العوامل إما عن طريق اختبار مخبري أو انتظار خمسة أيام (120 ساعة) من آخر مرة تم فيها تناول أو اعطاء الدواء، قبل إجراء تقييم وظائف المخ.
ج. عدم وجود أي دلالة على الفعالية الدماغية لدى المرضى كمثل النوب الاختلاجية او وضعية فصل المخ او فصل القشر المخي
ح. لا يظهر المريض أي استجابة في الأطراف أو الوجه بإحداث ضغط كبير على العصب فوق الحجاج (ألم مركزي).
خ. المريض ليس في حالة صدمة قلبية وعائية.
د. درجة حرارة المريض الأولية أكثر من 34 درجة مئوية.
ذ. يعتمد المريض على التهوية الميكانيكية (المنفسة) وليس لديه أي تنفس تلقائي.
ر. الاختبارات البيوكيميائية لا تشير إلى اضطرابات استقلابية أو غدية صماء.
ز. انعدام المنعكسات التام رغم امكان بقاء بعض المنعكسات النخاعية البسيطة.
س. الطبيب الأكثر مسؤولية، أو من ينوب عنه، قد أبلغ الولي أو الوصي عن تقييم حالته وعواقب تأكيد الوفاة الدماغية.
ش. لا يشترط موافقة الولي أو الوصي من أجل طلب إجراء التقييم المسبق.
ص. أن يقوم الطبيب الأكثر مسؤولية، أو من ينوب عنه، بإجراء طلب التقييم عن طريق ملء وتوقيع القسم A من نموذج تقييم وظائف المخ (التقييم السريري لتشخيص الوفاة الدماغية وفقاً للقرار الوزاري رقم (550) لسنة 2017).

#### 4.12. تقييم الوفاة الدماغية

4.12.1. بمجرد توقيع الطبيب الأكثر مسؤولية على نموذج تقييم وظائف المخ، سيتم تسليم النموذج إلى الأطباء المقيمين.

4.12.2. بعد الانتهاء من التقييمات السريرية الأولى، يجب إجراء الاختبار الثاني بعد تحديد فترة المراقبة اللازمة ضمن البروتوكول ويتم تسجيل نتيجة الاختبارات على وثيقة الموت الدماغية على أن يتم توقيعها من قبل الأطباء الفاحصين. يجب أن يكون الفاصل الزمني المطلوب بين الاختبار السريري الأول والثاني على النحو التالي:

الفئة العمرية	الفاصل الزمني المطلوب بين التقييم السريري الأول والثاني
<b>العمر بين (7 أيام إلى 60 يوماً)</b>	
التقييم الأول من قبل ثلاثة (3) استشاريين	
التخطيط الكهربائي للدماغ (EEG)	
التقييم الثاني من قبل نفس الاستشاريين الثلاثة أعلاه	48 ساعة
التخطيط الكهربائي للدماغ (EEG)	
اختبار انقطاع النفس من قبل أحد الاستشاريين الثلاثة أعلاه	
<b>العمر بين (61 يوماً إلى سنة واحدة)</b>	
التقييم الأول من قبل ثلاثة (3) استشاريين	
التخطيط الكهربائي للدماغ (EEG)	
التقييم الثاني من قبل نفس الاستشاريين الثلاثة أعلاه	24 ساعة
التخطيط الكهربائي للدماغ (EEG)	
اختبار انقطاع النفس من قبل أحد الاستشاريين الثلاثة أعلاه	
<b>العمر بين (&lt; سنة واحدة إلى 18 سنة)</b>	
التقييم الأول من قبل ثلاثة (3) استشاريين	
التخطيط الكهربائي للدماغ (EEG)	
التقييم الثاني من قبل نفس الاستشاريين الثلاثة أعلاه	12 ساعة
اختبار انقطاع النفس من قبل أحد الاستشاريين الثلاثة أعلاه	

	<b>العمر (&lt; 18 سنة)</b>
	التقييم الأول من قبل ثلاثة (3) استشاريين
	التخطيط الكهربائي للدماغ (EEG)
6 ساعات	التقييم الثاني من قبل نفس الاستشاريين الثلاثة أعلاه
	اختبار انقطاع النفس من قبل أحد الاستشاريين الثلاثة أعلاه
<p>4.12.3. يجب أن يتم عمل فحوصات متعلقة بالسموم للبحث عن الأدوية المرتبطة بحالات حوادث السير أو الجرعات العالية للمخدرات أو الحالات المجهولة وفي جميع الظروف، والتي يعتقد الطبيب أن هناك علاجًا ممكنًا لعكسها. إذا لم يكن ذلك ممكنًا، يجب السماح بفترة انتظار مدتها خمسة أيام قبل اعتماد الوفاة الدماغية.</p>	
<p>4.12.4. يجب تصحيح حالة المرضى الذين يعانون من أمراض متعلقة بالأبيض أو الغدد الصماء.</p>	
<p>4.12.5. تشخيص الوفاة الناتجة عن التوقف الكامل والنهائي لجميع وظائف الدماغ.</p>	
<p>أ. يجب أن يتم هذا التشخيص باستخدام المعايير الدماغية.</p>	
<p>ب. يجب ان يتم تطبيقه على أي مريض لديه خصائص الموت باستخدام المعايير الدماغية.</p>	
<p><b>4.13. تشخيص الوفاة الدماغية باستخدام المعايير الدماغية</b></p>	
<p>4.13.1. بعد التأكد من وجود الشروط المذكورة أعلاه، واستبعاد كل ما يمكن استبعاده:</p>	
<p>ت. يجب إجراء تقييم سريري وفقاً للقرار الوزاري رقم (550) لسنة 2017.</p>	
<p>ث. يجب على الطبيب الفاحص توقيع وثيقة تشخيص الوفاة وتكرار التقييم الثاني بعد فترة محددة من المراقبة ومن ثم التوقيع على شهادة الوفاة مرة أخرى.</p>	
<p><b>4.14. إخطار الوفاة الدماغية</b></p>	
<p>4.14.1. عند الانتهاء من استمارة تقييم وظائف الدماغ (جميع الاختبارات في استمارة التقييم والاختبارات التي تؤكد الوفاة الدماغية)، يجب أن يوقع إخطار الوفاة الدماغية عن طريق:</p>	
<p>أ. ثلاثة (3) أطباء استشاريين راضين عن استكمال استمارة تقييم وظائف الدماغ وجميع الاختبارات التي تؤكد الموت الدماغية.</p>	

ب. يجب أن يتم تحميل استمارة التقييم وإخطار الموت الدماغي في السجل الطبي للمستشفى،  
بغض النظر عن النتائج.

ت. على قسم إدارة المعلومات الصحية بالمستشفى الاحتفاظ بجميع النماذج والإشعارات ويحافظ  
على السجل (بغض النظر عن النتائج).

#### 4.15. ما يترتب على الوفاة الدماغية

4.15.1. بعد التوقيع على إخطار الوفاة الدماغية حسب الأصول، يجب على الطبيب الأكثر مسؤولية، أو من ينوب  
عنه، إبلاغ الولي أو الوصي عن الوفاة الدماغية وما يترتب على ذلك.

4.15.2. إذا استوفى المتوفى معايير التبرع بالأعضاء، كما هو محدد في البروتوكول الوطني الإماراتي لزراعة الأعضاء،  
فيجب إبلاغ منسق الزراعة بالإجراءات اللازمة وفقاً لبرنامج زراعة الأعضاء (الملحق 3).

4.15.3. إذا كان المتوفى لا يستوفي معايير التبرع بالأعضاء أو الولي أو الوصي لم يوافق على التبرع بالأعضاء يتم رفع  
أجهزة الإنعاش، وذلك وفقاً للمادة (10)، البند (2) من المرسوم بالقانون الاتحادي رقم (4) لسنة 2016 بشأن  
المسؤولية الطبية لدولة الإمارات العربية المتحدة.

4.15.4. يجب إبلاغ الولي أو الوصي برفع أجهزة الإنعاش، ولكن موافقته غير مطلوبة وذلك وفقاً للمادة (10)، البند  
(2) من المرسوم بالقانون الاتحادي رقم (4) لسنة 2016 بشأن المسؤولية الطبية لدولة الإمارات العربية  
المتحدة.

#### 4.16. التوثيق في السجل الصحي

4.16.1. يجب أن يتم توثيق إعلان الوفاة ضمن معايير الوفاة الدماغية في السجل الطبي بطريقة مشابهة لأي إعلان  
وفاة آخر وتتضمن المعلومات التالية:

أ. مسببات الغيبوبة وعدم امكانية الرجوع منها.

ب. غياب الاستجابة الحركية للألم.

ت. غياب ردود فعل جذع الدماغ.

ث. تفاصيل اختبار انقطاع النفس، بما في ذلك قيم غازات الدم الشريانية ما قبل وبعد البعدي.

ج. مبررات الاختبار التأكيدي، إذا تم إجراؤه، مع النتائج واسم الطبيب المعالج المسؤول عن التفسير.
ح. نتائج التقييمات العصبية المتكررة، إذا تم تنفيذها.
خ. تاريخ ووقت إعلان الوفاة.
د. اسماء الاستشاريين الذين حضروا وحددوا الوفاة حسب المعايير الدماغية.
ذ. إشارة إلى أنه تم الاتصال بالطبيب الفاحص إذا كان ذلك مناسبًا.
<b>4.17. إصدار بلاغ الوفاة</b>
4.17.1. يجب ملء بلاغ الوفاة بعد التوقيع على إخطار الوفاة الدماغية على النحو التالي: إما بإكمال عملية حصاد/جمع الأعضاء حسب برنامج زراعة الأعضاء أو برفع أجهزة الانعاش حسب الطريقة المذكورة في الملحقين 3 و 4.
<b>5. مؤشر أداء السياسة</b>
5.1. نسبة حالات الوفاة الدماغية التي يتم الإبلاغ عنها لفريق التبرع بالأعضاء الوطنية وهيئة الصحة بدبي -قطاع التنظيم الصحي.
<b>المراجع</b>
1. مرسوم بقانون اتحادي رقم (4) لسنة 2016 في شأن المسؤولية الطبية. المادة (10) و (11)
2. قانون اتحادي رقم (5) لسنة 2016 في شأن تنظيم نقل وزراعة الأعضاء والأنسجة البشرية
3. قرار وزاري رقم (550) لسنة 2017 في شأن معايير تشخيص الوفاة
4. Standardized Critical Care Notification and UAE organ Brain Death Diagnosis Protocol.
5. Evidence-based guideline update: Determining brain death in adults <a href="http://www.who.int/servicedeliverysafety/ddcr78.pdf">www.who.int/servicedeliverysafety/ddcr78.pdf</a>



**المرفقات**

**المرفق 1 - نموذج تقييم وظائف الدماغ**

Section A- REQUEST FOR ASSESSMENT			
Patient Name:		الاسم:	
Age:	العمر:	Gender:	الجنس:
Nationality:	الجنسية:	Blood Group:	فصيلة الدم:
Hospital:		المستشفى:	
Health record No:		رقم الملف الصحي:	
Diagnosis:		التشخيص:	
Date of admission:		تاريخ الدخول:	
Requested by :		مقدم الطلب:	

Section B- CLINICAL ASSESSMENT FIRST ASSESSMENT	First Consultant		Second Consultant	
	Yes	No	Yes	No
<b>PREREQUISITES (all must be checked):</b>				
1. It is absolutely certain that irremediable brain damage has occurred due to .....				
2. More than six hours* have passed since the initial insult for initial assessment / or appropriate time have passed between the first and second assessment for re-assessment				
3. Presence of Coma				
4. Absence of severe acid-base, electrolyte, endocrine abnormality				
5. No spontaneous respirations				
6. Normothermia or mild hypothermia (core temperature > 34° C)				
7. Systolic blood pressure ≥ 100 mm Hg				
8. Blood test or hospital record indicate absence of significant levels of sedative drugs or muscle relaxants).				
9. Patient does not demonstrate spontaneous motor activity (decelerate or decorticate postures).				

<b>CLINICAL ASSESSMENT:</b>				
1. Lack of response to stimulation (Spinal reflexes excepted).				
2. Absence of brain stem reflexes (all must be checked):				
a. Absence of Response to central pain				
b. Pupils non-reactive to bright light				
c. Corneal reflex absent				
d. Absence of Oculocephalic reflex (tested only if C-spine integrity ensured)				
e. Absence of Oculovestibular reflex				
f. No facial movement to noxious stimuli at supraorbital nerve, temporomandibular joint				
g. Cough reflex absent to tracheal suctioning				
h. Gag reflex absent				
i. Absence of motor response to noxious stimuli in all 4 limbs (spinally mediated reflexes are permissible)				

First assessment	Date	Time	Physician name	Physician signature
First Consultant				
Second Consultant				
Third Consultant				

Section C- REQUEST FOR ASSESSMENT			
Patient Name:		الاسم:	
Age:	العمر:	Gender:	الجنس:
Nationality:	الجنسية:	Blood Group:	فصيلة الدم:
Hospital:		المستشفى:	
Health record No:		رقم الملف الصحي:	
Diagnosis:		التشخيص:	
Date of admission:		تاريخ الدخول:	
Requested by :		مقدم الطلب:	

Section D- CLINICAL ASSESSMENT Second ASSESSMENT	First Consultant		Second Consultant	
	Yes	No	Yes	No
<b>PREREQUISITES (all must be checked):</b>				
1. It is absolutely certain that irremediable brain damage has occurred due to .....				
2. More than six hours <sup>^</sup> have passed since the initial insult for initial assessment / or appropriate time have passed between the first and second assessment for re-assessment				
3. Presence of Coma				
4. Absence of severe acid-base, electrolyte, endocrine abnormality				
5. No spontaneous respirations				
6. Normothermia or mild hypothermia (core temperature > 34° C)				
7. Systolic blood pressure ≥ 100 mm Hg				
8. Blood test or hospital record indicate absence of significant levels of sedative drugs or muscle relaxants).				
9. Patient does not demonstrate spontaneous motor activity (decelerate or decorticate postures).				

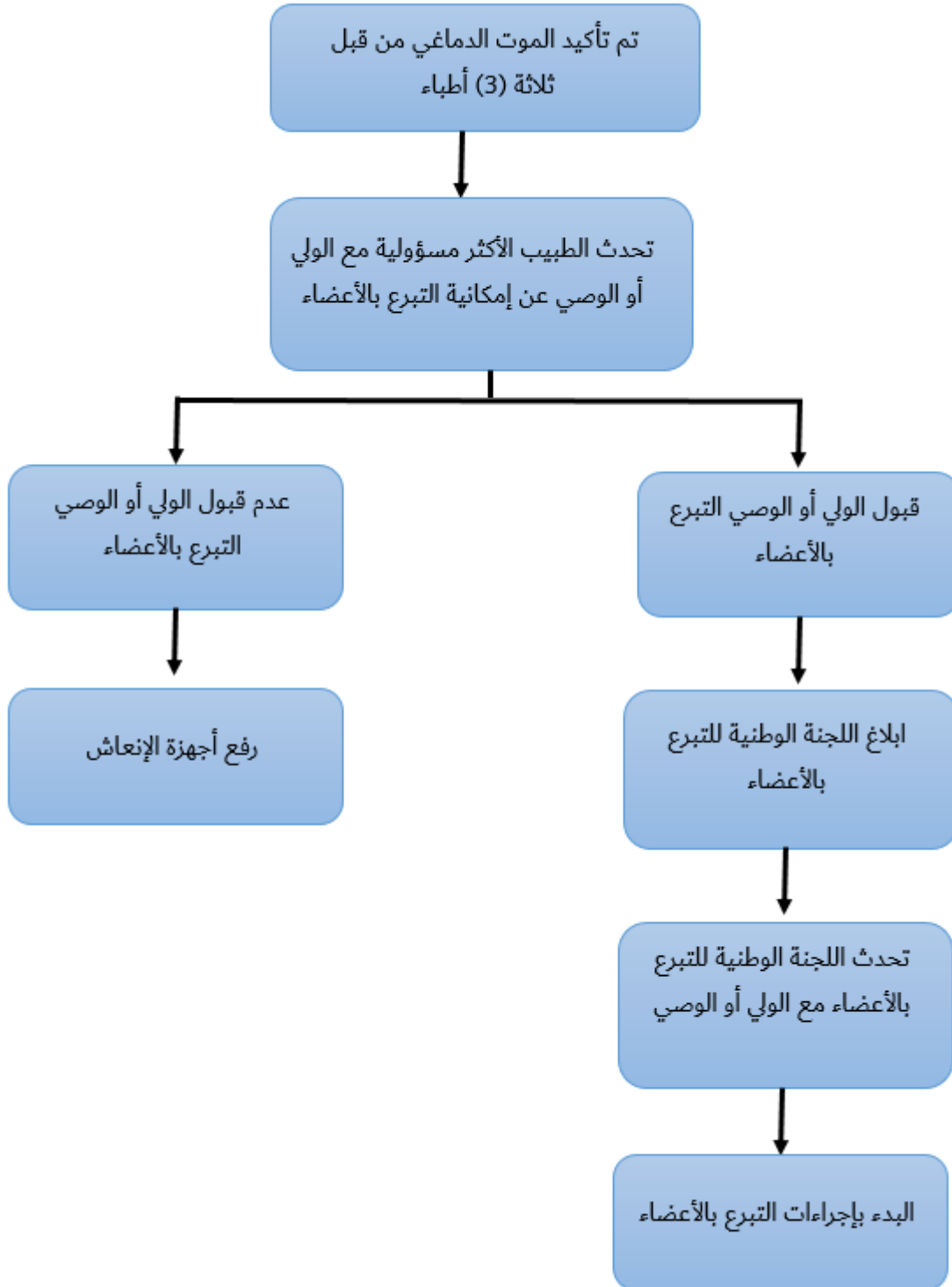
<b>CLINICAL ASSESSMENT:</b>				
3. Lack of response to stimulation (Spinal reflexes excepted).				
4. Absence of brain stem reflexes (all must be checked):				
j. Absence of Response to central pain				
k. Pupils non-reactive to bright light				
l. Corneal reflex absent				
m. Absence of Oculocephalic reflex (tested only if C-spine integrity ensured)				
n. Absence of Oculovestibular reflex				
o. No facial movement to noxious stimuli at supraorbital nerve, temporomandibular joint				
p. Cough reflex absent to tracheal suctioning				
q. Gag reflex absent				
r. Absence of motor response to noxious stimuli in all 4 limbs (spinally mediated reflexes are permissible)				

<b>Section E- Apnea test</b>		
<i>Shall be conducted by the consultant who performed the first assessment:</i>		
Spontaneous respiration absent	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
PaCO <sub>2</sub> ≥ 60 mm Hg, or 20 mm Hg rise from normal baseline value	<b>Baseline value</b>	<b>Follow-up value</b>
<b>Apnea Test Result</b>	Positive <input type="checkbox"/>	Negative <input type="checkbox"/>
Date of test		
Time of test		
Physician Name and Staff ID		
Physician signature & stamp		

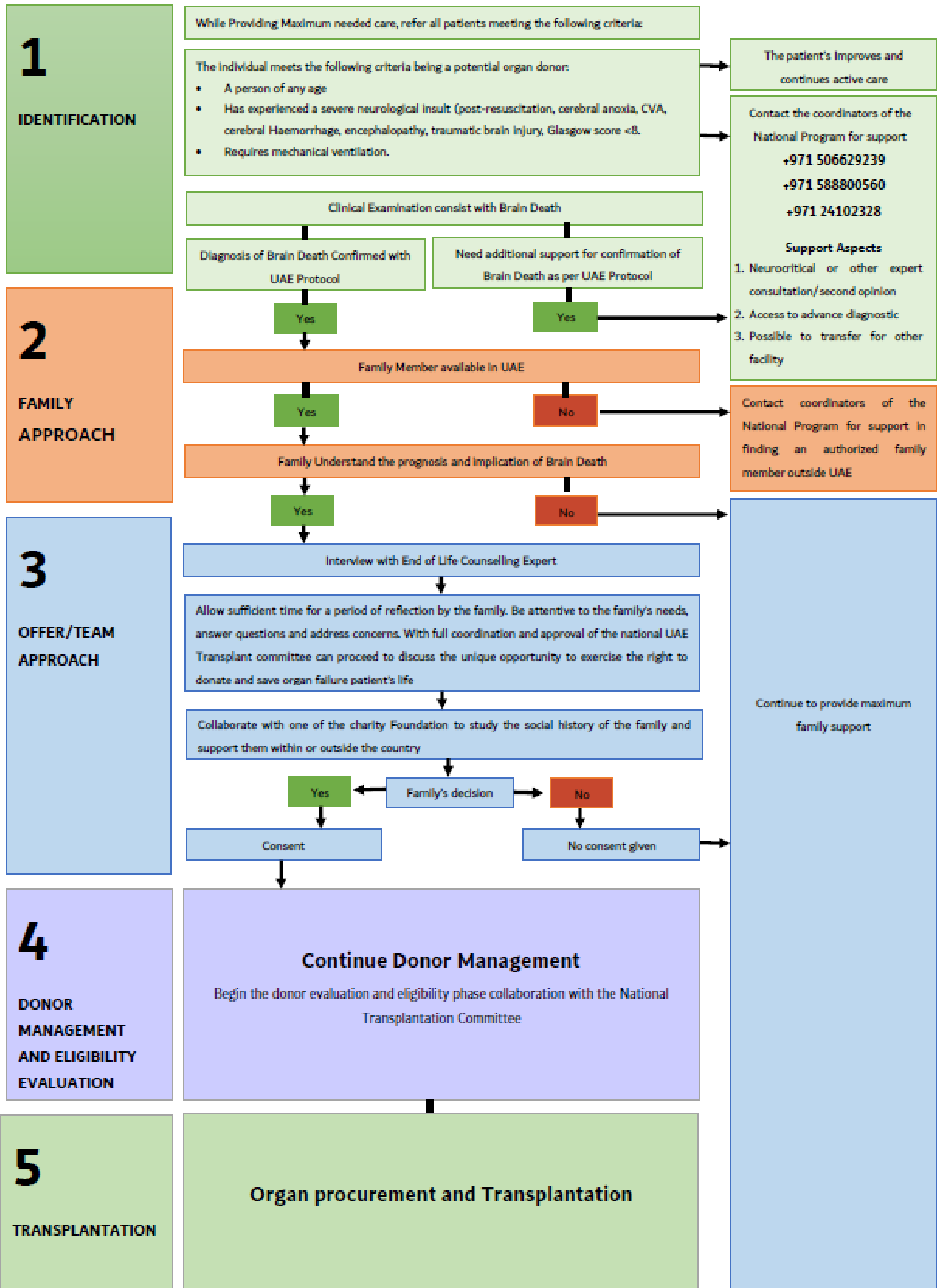
Section F- CONFIRMATORY TESTS				
Electro-encephalogram (EEG)	EEG 1		EEG 2 (if applicable)	
	Isoelectric Pattern	Yes <input type="checkbox"/>	Isoelectric Pattern	Yes <input type="checkbox"/>
		No <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>
Date	Time	Date	Time	
<b>Absence of brain circulation evidenced by either:</b> <input type="checkbox"/> Cerebral angiography <input type="checkbox"/> Cerebral Scintigraphy <input type="checkbox"/> Radionuclide angiography <input type="checkbox"/> Transcranial Doppler	<b>Presence of cerebral blood flow</b>			
	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Date	
Time				
<input type="checkbox"/> Brain stem evoked potential	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		

Final Assessment	Date	Time	Physician name	Physician signature
First Consultant				
Second Consultant				
Third Consultant				
Hospital stamp				

المرفق 2 -المسار بعد التأكد من الوفاة الدماغية



المرفق 3:- إخطار الرعاية الحرجة المعياري وبروتوكول تشخيص الوفاة الدماغية في دولة الإمارات العربية المتحدة



المرفق 4- نموذج رفع أجهزة الانعاش

Withdrawing of life sustaining equipment should be signed by at least two of the three doctors who did the clinical assessment plus the medical director.

Patient name:	
Age:	Gender:
Nationality:	Health Record No.:
Diagnosis:	

This document is to confirm that the above named patient is declared brain dead.

Hence, the life sustaining equipment will be withdrawn.

Physician (1) Name:							
Title:							
Staff ID		Date				Time	
Physician (2) Name:							
Title:							
Staff ID		Date				Time	
Physician (3) Name:							
Title:							
Staff ID		Date				Time	

Hospital Name:							
Medical Director Name:							
Title:							
Staff ID		Date				Time	