



2.2) Reflejos de Tronco encefálico (+/-):

|                            | Derecho | Izquierdo    |
|----------------------------|---------|--------------|
| Pupilas ( tamaño y forma ) |         |              |
| Fotomotor                  |         |              |
| Corneano                   |         |              |
| Oculocefálicos             |         |              |
| Oculovestibulares          |         |              |
| Nauseoso                   |         | Deglutorio   |
| Mandibular                 |         | Frontal      |
|                            |         | Tusígeno     |
|                            |         | Cilioespinal |

2.3) Respuesta al Dolor: (describir detalladamente el tipo de estímulo empleado, el lugar de aplicación y la respuesta obtenida):

2.4) Tono muscular: Cuadriplejia Fláccida: SI  NO  : Detallar:

2.5) Reflejos Osteo – Tendinosos. (+/-):

|                   | Derecho | Izquierdo |            | Derecho | Izquierdo |
|-------------------|---------|-----------|------------|---------|-----------|
| Cúbito - Pronador |         |           | Tricipital |         |           |
| Estilo Radial     |         |           | Patelar    |         |           |
| Bicipital         |         |           | Aquiliano  |         |           |

2.6) Reflejos Superficiales:

|                       | Derecho | Izquierdo |
|-----------------------|---------|-----------|
| Plantar               |         |           |
| Cremasteriano         |         |           |
| Cutaneo - Abdominales |         |           |

2.7) Movimientos Atípicos o Posturas Anormales.

NO  SI  (Describirlos detalladamente ya sean espontáneos o provocados)

¿Pueden considerarse de origen espinal? : SI  NO

## Exámenes Complementarios

3.1) E.E.G.:

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
 Actividad Eléctrica Cortical: Ausente  Presente (detallar)

Si se indica repetir EEG:

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
 Actividad Eléctrica Cortical: Ausente  Presente (detallar)

### 3.2) Potenciales Evocados:

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
 PEAT: \_\_\_\_\_  
 PESS: \_\_\_\_\_  
 PEV: \_\_\_\_\_

### 3.3) Estudio de Flujo:

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

3.3.1) Angiografía digital  3.3.2) AngioTAC  Se constata ausencia de flujo en los 4 vasos: SI  NO

3.3.3) Eco doppler Transcraneano

3.3.3.1) 1° Insonación (asentar las 2 profundidades): Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

| Arteria                     | Flujo  |  |                       |  |                  |  |                   |  |      |  |
|-----------------------------|--------|--|-----------------------|--|------------------|--|-------------------|--|------|--|
|                             | Normal |  | Diástole reverberante |  | Espiga sistólica |  | Ausencia de flujo |  | Otro |  |
| Oftálmica Derecha           |        |  |                       |  |                  |  |                   |  |      |  |
| Oftálmica Izquierda         |        |  |                       |  |                  |  |                   |  |      |  |
| Cerebral Anterior Derecha   |        |  |                       |  |                  |  |                   |  |      |  |
| Cerebral Anterior Izquierda |        |  |                       |  |                  |  |                   |  |      |  |
| Cerebral Media Derecha      |        |  |                       |  |                  |  |                   |  |      |  |
| Cerebral Media Izquierda    |        |  |                       |  |                  |  |                   |  |      |  |
| Basilar                     |        |  |                       |  |                  |  |                   |  |      |  |
| Vertebral Derecha           |        |  |                       |  |                  |  |                   |  |      |  |
| Vertebral Izquierda         |        |  |                       |  |                  |  |                   |  |      |  |

3.3.3.2) 2° Insonación (asentar las 2 profundidades): Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

| Arteria                     | Flujo  |  |                       |  |                  |  |                   |  |      |  |
|-----------------------------|--------|--|-----------------------|--|------------------|--|-------------------|--|------|--|
|                             | Normal |  | Diástole reverberante |  | Espiga sistólica |  | Ausencia de flujo |  | Otro |  |
| Oftálmica Derecha           |        |  |                       |  |                  |  |                   |  |      |  |
| Oftálmica Izquierda         |        |  |                       |  |                  |  |                   |  |      |  |
| Cerebral Anterior Derecha   |        |  |                       |  |                  |  |                   |  |      |  |
| Cerebral Anterior Izquierda |        |  |                       |  |                  |  |                   |  |      |  |
| Cerebral Media Derecha      |        |  |                       |  |                  |  |                   |  |      |  |
| Cerebral Media Izquierda    |        |  |                       |  |                  |  |                   |  |      |  |
| Basilar                     |        |  |                       |  |                  |  |                   |  |      |  |
| Vertebral Derecha           |        |  |                       |  |                  |  |                   |  |      |  |
| Vertebral Izquierda         |        |  |                       |  |                  |  |                   |  |      |  |

Firma y Sello Dopplerista

## 3.4) Prueba de Oxigenación Apneica:

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
PCO2 Inicial: \_\_\_\_\_ PCO2 Final: \_\_\_\_\_

Movimientos respiratorios durante el test: Ausentes  Presentes   
No Operativa  Detallar causa y conducta a seguir:

## 3.5) Otras:

### Período de Observación

Luego de un periodo de observación de \_\_\_\_\_ hora/s se da por finalizado el mismo, al constatarse la persistencia de ausencia de actividad encefálica, acorde a lo estipulado por el PROTOCOLO NACIONAL PARA LA DETERMINACIÓN DEL CESE IRREVERSIBLE DE LAS FUNCIONES ENCEFÁLICAS (art. 36 y 37 de la Ley Nº 27.447 y el anexo I de la Resolución 716/2019 de Minist Salud de la Nación), dándose por certificada la misma, a las \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ horas del día \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ .

Observaciones:

Firma y Sello Neurólogo

## Acta de certificación de muerte bajo criterios neurológicos.

(Art. 36 y 37 - Ley Nº 27.447).

Los que suscriben: \_\_\_\_\_ (Médico Neurólogo/Neurocirujano) y \_\_\_\_\_ (Médico), certifican la muerte por la cesación total e irreversible de las funciones encefálicas de:

Nombre:

Sexo:

Estado Civil:

Domicilio:

Hijo de:

Nacido en:

Ocurrida en:

Nacionalidad:

DNI:

y de:

el de de

La certificación de la muerte se realiza según los Art. 36 y 37 de la Ley 27.477 y acorde a lo reglamentado en el Anexo I de la Resolución nº 716/2019 del Ministerio de Salud de la Nación, habiéndose verificado los signos clínicos y corroborado la inactividad encefálica luego de un periodo de observación de \_\_\_\_\_ horas y habiéndose constatado la misma de manera conjunta, firman el presente, en la ciudad de \_\_\_\_\_, a las \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ horas del día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Médico Neurólogo / Neurocirujano

Médico Testigo