

**546****OBWIESZCZENIE MINISTRA SPRAWIEDLIWOŚCI**

z dnia 19 lipca 2007 r.

**o wolnym stanowisku komornika sądowego**

Na podstawie art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o komornikach sądowych i egzekucji (Dz. U. z 2006 r. Nr 167, poz. 1191, z późn. zm.<sup>1)</sup>) obwieszcza się, co następuje:

<sup>1)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2007 r. Nr 25, poz. 162, Nr 44, poz. 288, Nr 85, poz. 571 i Nr 112, poz. 769.

Do obsadzenia pozostaje stanowisko komornika sądowego rewiru III przy Sądzie Rejonowym Katowice-Zachód w Katowicach. Wnioski o powołanie na to stanowisko należy składać do Prezesa Sądu Apelacyjnego w Katowicach w terminie 1 miesiąca od daty ogłoszenia niniejszego obwieszczenia.

Minister Sprawiedliwości: *Z. Ziobro***547****OBWIESZCZENIE MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>**

z dnia 17 lipca 2007 r.

**w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu**

Na podstawie art. 9 ust. 3 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. Nr 169, poz. 1411) ogłasza się kryteria i sposób stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu, ustalone przez specjalistów z dziedzin medycyny:

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej — zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 lipca 2006 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 131, poz. 924).

anestezjologii i intensywnej terapii, neurologii, neurochirurgii oraz medycyny sądowej, stanowiące załącznik do obwieszczenia.<sup>2)</sup>

Minister Zdrowia: *Z. Religa*

<sup>2)</sup> Niniejsze obwieszczenie było poprzedzone obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 18 kwietnia 2007 r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego i nieodwracalnego ustania czynności mózgu (M. P. Nr 30, poz. 333).

Załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 r. (poz. 547)

**KRYTERIA I SPOSÓB STWIERDZENIA TRWAŁEGO NIEODWRACALNEGO USTANIA CZYNNOŚCI MÓZGU, USTALONE PRZEZ SPECJALISTÓW Z DZIEDZIN MEDYCYNY: ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII, NEUROLOGII, NEUROCHIRURGII ORAZ MEDYCYNY SĄDOWEJ**

**I. Założenia ogólne**

Śmierć jest zjawiskiem zdysocjowanym. Oznacza to, że śmierć ogarnia tkanki i układy w różnym czasie. Powoduje to dezintegrację ustroju jako całości funkcjonalnej i kolejne, trwałe wypadanie poszczególnych funkcji w różnej sekwencji czasowej. Zatem niektóre funkcje ustroju lub ich części mogą utrzymywać się przez pewien czas w oderwaniu od innych, wcześniej obumarłych.

Zdysocjowany charakter zjawiska ujawnia się w sposób szczególny w sytuacjach, w których śmierć objęła już mózg, podczas gdy krążenie krwi jest jeszcze zachowane. W tych przypadkach to stan mózgu determinuje życie lub śmierć człowieka. W większości przypadków klinicznych obrzęk mózgu wynikający z jego uszkodzenia narasta od strony przestrzeni nadnamiotowej, a pień mózgu umiera jako ostatnia jego część. W takich sytuacjach czynnikiem kwalifikującym śmierć mózgu jest nieodwracalny brak funkcji pnia mózgu.

Trwałe uszkodzenie pnia mózgu ustala się na podstawie braku określonych odruchów nerwowych i braku spontanicznej czynności oddechowej. Postępowanie takie, oparte przede wszystkim na badaniach klinicznych, w przeważającej liczbie przypadków jest możliwe, a jego wynik — pewny. W szczególnych okolicznościach badanie odruchów nerwowych nie jest jednak w pełni wykonalne (np. urazy twarzoczaszki), a ich interpretacja trudna (np. zatrucia, farmakoterapia). Co więcej, w pierwotnie podnamiotowych uszkodzeniach mózgu, jego śmierć wymaga szczególnego postępowania diagnostycznego, bowiem kliniczne objawy trwałego uszkodzenia pnia mózgu nie oznaczają w tym przypadku jednoczesnego nieodwracalnego uszkodzenia całego mózgu. W takich przypadkach podejrzenie śmierci mózgu musi być potwierdzone badaniami instrumentalnymi.

Nieustanne poszerzanie wiedzy i doświadczenia lekarskiego, wdrażanie nowych metod i technologii medycznych jest procesem ciągłym. Pozwala to na wprowadzanie do praktyki coraz lepszych, pewniejszych sposobów postępowanie diagnostycznego i terapeutycznego. Włączenie do procedur ustalania śmierci mózgu metod instrumentalnych to cenne uzupełnienie badań klinicznych, a w niektórych przypadkach również postępowanie rozstrzygające. Badania instrumentalne, elektrofizjologiczne lub naczyniowe, mają zastosowanie w uszkodzeniach mózgu pierwotnych (np. uraz bezpośredni) i wtórnych (np. niedotlenienie), są też nieodzowne w szczególnych przypadkach diagnostyki śmierci mózgu u dzieci.

Wieloletnia praktyka medyczna jednoznacznie wykazała, że w wybranych przypadkach odstępianie od koncepcji śmierci człowieka jako całości na rzecz śmierci mózgu człowieka jako całości jest uzasadnione z naukowego i praktycznego punktu widzenia. W świetle postępu w medycynie i dynamicznego rozwoju intensywnej terapii takie stanowisko okazuje się być ze wszech miar potrzebne i słuszne. Pomimo ogromnych możliwości ratowania ludzkiego zdrowia i życia, jakie aktualnie posiada nowoczesna medycyna, istnieją granice ich stosowania. Jedną z nich jest śmierć mózgu.

## II. Rozpoznanie śmierci mózgu

Rozpoznanie śmierci mózgu opiera się na stwierdzeniu nieodwracalnej utraty jego funkcji.

Postępowanie kwalifikacyjne jest dwuetapowe:

Etap I: wysunięcie podejrzenia śmierci mózgu,

Etap II: wykonanie badań potwierdzających śmierć mózgu.

### **Etap I obejmuje dokonanie następujących stwierdzeń i wykluczeń:**

#### 1) Stwierdzenia:

- a) chory jest w śpiączce,
- b) chory jest sztucznie wentylowany,
- c) przyczyna śpiączki została rozpoznana,
- d) wystąpiło uszkodzenie mózgu — pierwotne lub wtórne,
- e) uszkodzenie mózgu jest nieodwracalne wobec wyczerpania możliwości terapeutycznych i upływu czasu.

#### 2) Wykluczenia:

- a) chorych zatrutych i pod wpływem niektórych środków farmakologicznych (narkotyki, neuroleptyki, środki nasenne, usypiające, zwiotczające mięśnie poprzecznie prążkowane),
- b) chorych w stanie hipotermii ( $\leq 35$  °C ciepłoty powierzchniowej),
- c) chorych z zaburzeniami metabolicznymi i endokrynologicznymi,
- d) noworodków poniżej 7 dnia życia.

Przeprowadzenie wszystkich powyższych „Stwierdzeń” i „Wykluczeń” pozwala na przejście do etapu II. Wyłącznie w przypadkach szczególnych określonych w punkcie B etapu II niniejszego załącznika, opisanych w innych częściach niniejszego załącznika, wolno przejść do etapu II, mimo niespełnienia wszystkich warunków etapu I.

**Etap II obejmuje 2-krotne wykonanie przez ordynatora oddziału/kliniki lub upoważnionego przez niego lekarza specjalistę następujących badań stwierdzających:**

**A. W zakresie badań klinicznych**

- 1) nieobecność odruchów pniowych,
- 2) trwały bezdech.

O nieobecności odruchów pniowych świadczy:

- 1) brak reakcji źrenic na światło,
- 2) brak odruchu rogówkowego,
- 3) brak ruchów gałek ocznych spontanicznych,
- 4) brak ruchów gałek ocznych przy próbie kalorycznej,
- 5) brak jakichkolwiek reakcji ruchowych na bodziec bólowy zastosowany w zakresie unerwienia nerwów czaszkowych, jak również brak reakcji ruchowej w obrębie twarzy w odpowiedzi na bodźce bólowe zastosowane w obszarze unerwienia rdzeniowego,
- 6) brak odruchów wymiotnych i kaszlowych,
- 7) brak odruchu oczno-mózgowego.

Próba bezdechu wykazuje brak reaktywności ośrodka oddechowego.

Wytyczne techniczne do sposobu przeprowadzania badań:

*Badanie reakcji na światło:*

- a) przed próbą należy przez około 30 sekund utrzymywać u chorego zamknięte powieki,
- b) następnie odstąpić równocześnie obie źrenice, oświetlając je światłem z silnego źródła (latarka lekarska, zwykła latarka, laryngoskop),
- c) obserwować średnicę źrenic przez około 5 sekund,
- d) badanie przeprowadzić 3-krotnie w odstępach około 30-sekundowych.

*Badanie odruchu rogówkowego:*

- a) unieść powiekę i odstąpić gałkę oczną,
- b) dotknąć rogówki 3-krotnie w około 5-sekundowych odstępach jałowym wacikiem,
- c) badania wykonać obustronnie,
- d) obserwować zachowanie się powiek podczas próby.

*Próba kaloryczna:*

- a) przed wykonaniem próby sprawdzić wziernikiem pełną drożność przewodów słuchowych zewnętrznych (brak woskowiny, skrzepów i innych ciał obcych),
- b) skierować strumień z 20 ml zimnej wody (temp. 3—10 °C) na błonę bębenkową,
- c) obserwować zachowanie się gałek ocznych.

*Sprawdzanie reakcji bólowych:*

- a) w zakresie nerwów czaszkowych: nacisk opuszką palca na okolicę wyjść kostnych nerwów czaszkowych: nadoczodołowego i podoczodołowego (obustronnie),
- b) w zakresie nerwów obwodowych: ucisk płytki paznokciowej w okolicy wzrostowej krawędzią paznokcia (obustronnie),
- c) obserwować zachowanie się mięśni mimicznych twarzy i innych grup mięśniowych.

*Sprawdzanie odruchów wymiotnych i kaszlowych:*

- a) wprowadzić zgłębnik do gardła i początkowego odcinka przełyku oraz sprawdzić, czy ruchy osiowe zgłębnikiem nie wywołują odruchu wymiotnego,
- b) wprowadzić zgłębnik do tchawicy oraz oskrzeli i obserwować, czy osiowe poruszanie nim nie wywołuje odruchu kaszlowego (zgłębnik nie może być podłączony do urządzenia ssącego),
- c) obserwować zachowanie się mięśni mimicznych twarzy, mięśni klatki piersiowej i brzucha.

*Badanie odruchu oczno-mózgowego:*

- a) stanąć za głową badanego i ująć ją obiema rękami z boków,
- b) odsłonić gałki oczne, odsuwając kciukami powieki ku górze,
- c) obrócić głowę badanego najpierw w jedną stronę i zatrzymać 3—5 sekund w tej pozycji,
- d) obrócić głowę badanego w przeciwną stronę i zatrzymać ją przez 3—5 sekund w tej pozycji, obserwować zachowanie się gałek ocznych.

*Badanie bezdechu:*

- a) przez 10 minut wentylować płuca badanego 100 % tlenem w układzie bezzwrotnym,
- b) następnie przed wykonaniem próby bezdechu tak wentylować płuca 100 % tlenem, aby zawartość Pa CO<sub>2</sub> ustabilizowała się na poziomie 40 mmHg (5,3 kPa),
- c) natychmiast po pobraniu krwi odłączyć badanego od respiratora, rozpoczynając równocześnie insuflację tlenu przez założony do tchawicy zgłębnik z wylotem w pobliżu rozwidlenia tchawicy z przepływem 6 l/min, a u wszystkich dzieci odpowiednio mniej, tak aby utrzymać prawidłową wartość saturacji krwi tlenem,
- d) od chwili odłączenia respiratora obserwować pilnie zachowanie się klatki piersiowej i nadbrzusza przez kolejne 10 minut,
- e) z chwilą upływu 10 minut pobrać krew z tętnicy celem oznaczenia Pa CO<sub>2</sub> i natychmiast po pobraniu krwi podłączyć badanego ponownie do respiratora,
- f) w przypadku wystąpienia spadku skurczowego ciśnienia tętniczego, u dorosłych poniżej 90 mmHg (12 kPa), a u dzieci poniżej wartości prawidłowej dla wieku, znaczącego spadku Sp O<sub>2</sub> lub zaburzeń rytmu serca należy pobrać próbkę krwi tętniczej w celu określenia Pa CO<sub>2</sub> i badanego podłączyć do respiratora.

**Uwaga I:** Celem badania jest sprawdzenie zdolności reakcji na najsilniejszy bodziec oddechowy, jakim jest wzrost poziomu dwutlenku węgla w organizmie. Bezdech u człowieka rozpoznaje się po stwierdzeniu braku reakcji na wzrost Pa CO<sub>2</sub> do wartości co najmniej 60 mmHg (7,9 kPa). Tak więc próba jest wykonana prawidłowo, jeśli w czasie jej trwania uzyskano wartość Pa CO<sub>2</sub> co najmniej 60 mmHg (7,9 kPa), a przyrost wyniósł co najmniej 20 mmHg (2,6 kPa).

Prężność dwutlenku węgla po odłączeniu od respiratora wzrasta o wartość około 3 mmHg/min. Dlatego też czas 10 minut jest w większości przypadków wystarczający do wzrostu jego prężności o 20 mmHg (2,6 kPa). W razie konieczności wcześniejszego podłączenia chorego do respiratora należy pobrać krew w celu sprawdzenia, czy nastąpił oczekiwany wzrost Pa CO<sub>2</sub> o wartość przekraczającą 20 mmHg (2,6 kPa), co pozwala na uznanie ważności próby.

W przypadku występowania uszkodzeń płuc, które uniemożliwiają wykonanie próby bezdechu w przedstawiony sposób, z powodu szybko występującej desaturacji krwi, można zastosować hipowentylację: zamiast odłączania respiratora należy wentylować płuca badanego 100 % tlenem, tak aby osiągnąć wcześniej wymienione, wyjściowe i końcowe wartości Pa CO<sub>2</sub>.

Przy prawidłowo wykonanej próbie brak efektywnych ruchów oddechowych świadczy o trwałości bezdechu.

**Uwaga II:** Objawy, które nie wykluczają rozpoznania śmierci pnia mózgu.

Następujące objawy pochodzą z rdzenia kręgowego lub nerwów obwodowych i nie należy ich mylnie interpretować jako dowód na zachowaną czynność pnia mózgu:

- 1) subtelne, okresowe i rytmiczne ruchy mięśni twarzy — to zjawisko może wynikać z odnerwienia mięśni w obszarze unerwianym przez nerw VII,
- 2) zgięciowe ruchy palców dłoni,

- 3) toniczne odruchy szyjne — ruchy szyi, złożone ruchy kończyn inne niż patologiczne zgięcie lub wyprost. Zgięcie tułowia, powolny obrót głowy oraz przywodzenie w stawach ramiennych ze zgięciem w stawach łokciowych. Takie ruchy zdarzają się czasem podczas testu bezdechu lub po stwierdzeniu śmierci mózgu i odłączeniu respiratora; mogą one przybierać dramatyczną formę (tzw. objaw Łazarza),
- 4) inne ruchy tułowia, obejmujące asymetryczne ustawienie tułowia z odgięciem głowy do tyłu, zachowane głębokie i powierzchowne odruchy skórne brzuszne,
- 5) zachowane odruchy ścięgniaste, objaw trójzgięcia (w stawie biodrowym, kolanowym i skokowym, np. podczas wywoływania objawu Babińskiego),
- 6) naprzemienne ruchy zgięciowe i wyprostne palców stóp (objaw falujących palców stóp) lub zgięcie palców stóp po opukiwaniu stopy, dodatni objaw Babińskiego,
- 7) odruch polegający na nawróceniu i wyproście kończyny górnej.

#### *Czas obserwacji wstępnej*

Dla rozpoznania nieodwracalnego uszkodzenia mózgu wobec wyczerpania możliwości terapeutycznych i upływu czasu jest konieczne zastosowanie odpowiednio długiej obserwacji wstępnej przed rozpoczęciem procedury orzekania o śmierci mózgu. Za początek czasu obserwacji wstępnej należy przyjąć moment, w którym odnotowano pojawienie się klinicznych cech śmierci mózgu.

W przypadku pierwotnych uszkodzeń mózgu czas ten powinien wynosić co najmniej 6 godzin. W przypadku uszkodzeń wtórnych, spowodowanych między innymi takimi czynnikami jak niedotlenienie, udar niedokrwienny mózgu, zatrzymanie krążenia, hipoglikemia i inne, czas ten powinien wynosić co najmniej 12 godzin. Czas obserwacji wstępnej u dzieci w przedziale wiekowym do 2 lat powinien być zawsze dłuższy niż 12 godzin.

#### **B. Instrumentalne badania potwierdzające**

Rozpoznanie śmierci mózgu w większości przypadków opiera się na badaniu klinicznym i dokładnej analizie przyczyny oraz mechanizmu i skutku uszkodzenia mózgu. Jednakże zdarzają się szczególne sytuacje, w których badania kliniczne nie mogą być wykonane lub jednoznacznie interpretowane. Przyczynami powodującymi trudności diagnostyczne są:

- 1) rozległe urazy twarzoczaszki,
- 2) uszkodzenia podnamiotowe mózgu,
- 3) obecność nietypowych odruchów,
- 4) inne przyczyny (np. niektóre środki trujące lub preparaty farmakologiczne).

W takich przypadkach, podejrzenie śmierci mózgu może lub musi być potwierdzone badaniami instrumentalnymi:

- 1) EEG,
- 2) multimodalne potencjały wywołane,
- 3) ocena krążenia mózgowego

— zgodnie z przypisami 1—3 do niniejszego załącznika, według następujących wytycznych:

- 1) W pierwotnym, nadnamiotowym uszkodzeniu mózgu u dorosłych i dzieci powyżej 2 (drugiego) roku życia, śmierć mózgu może zostać potwierdzona dwojako:
  - a) poprzez dwukrotne badania kliniczne wykonane w odstępie 6-godzinny, w których stwierdzono brak odruchów pniowych i trwały bezdech,
  - b) poprzez wykonanie dwóch badań klinicznych i jednego spośród badań potwierdzających. Okres pomiędzy badaniami klinicznymi może zakończyć się w ciągu 3 godzin, pod warunkiem potwierdzenia śmierci mózgu w badaniu instrumentalnym.
- 2) W pierwotnym, podnamiotowym uszkodzeniu mózgu u dorosłych i dzieci powyżej 2 (drugiego) roku życia, śmierć mózgu musi zostać potwierdzona co najmniej jednym z następujących badań:
  - a) wykazującym linię izoelektryczną w badaniu EEG lub
  - b) wykazującym brak przepływu w naczyniach mózgowych.

**Uwaga:** badanie potencjałów wywołanych nie ma zastosowania w diagnostyce śmierci mózgu spowodowanej uszkodzeniem podnamiotowym.

- 3) We wtórnym uszkodzeniu mózgu u dorosłych i dzieci powyżej 2 (drugiego) roku życia, śmierć mózgu może zostać potwierdzona dwojako:
- poprzez dwukrotne badania wykonane w odstępie 24-godzinnym, w których stwierdzono brak odruchów pniowych i trwały bezdech,
  - poprzez wykonanie dwóch badań klinicznych i jednego spośród badań potwierdzających. Okres pomiędzy badaniami klinicznymi może zakończyć się w ciągu 3 godzin, pod warunkiem potwierdzenia śmierci mózgu w badaniu instrumentalnym.

#### Rozpoznawanie śmierci mózgu u dzieci

Dla potrzeb diagnostyki śmierci mózgu u dzieci wyróżnia się trzy grupy wiekowe:

- noworodki 7—28 dni życia,
- dzieci do końca 2 (drugiego) roku życia,
- dzieci powyżej 2 (drugiego) roku życia.

U dzieci odstęp czasu pomiędzy dwoma seriami badań musi wynosić:

- u noworodków — co najmniej 72 godziny, niezależnie od przyczyny uszkodzenia mózgu (pierwotnej lub wtórnej),
- u dzieci do końca 2 (drugiego) roku życia — co najmniej 24 godziny, niezależnie od przyczyny uszkodzenia mózgu (pierwotnej lub wtórnej),
- u dzieci powyżej 2 (dwóch) lat — jak u dorosłych. Okres ten może być skrócony do 3 godzin, pod warunkiem potwierdzenia śmierci mózgu w co najmniej jednym badaniu instrumentalnym.

U noworodków i dzieci do końca 2 (drugiego) roku życia nieodwracalność zmian należy potwierdzić przez wykonanie jednego z trzech wymienionych wcześniej badań instrumentalnych.

Spełnione wszystkie kryteria, właściwe wykonanie prób, a w uzasadnionych przypadkach badań instrumentalnych, zezwalają komisji złożonej z trzech lekarzy specjalistów, w tym co najmniej jednego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz jednego w dziedzinie neurologii lub neurochirurgii, na stwierdzenie zgonu osoby badanej w wyniku śmierci mózgu. Kryteria ustalania składu komisji reguluje art. 9 ust. 6 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. Nr 169, poz. 1411).

### III. Wskazówki i uwagi dla komisji do spraw stwierdzania śmierci mózgu

**Komisja bada chorego i przedstawioną jej dokumentację, kontrolując, czy:**

- dokonano wymaganych wstępnych stwierdzeń (etap I, pkt 1)?
- dokonano wymaganych wstępnych wykluczeń (etap I, pkt 2)?
- tam gdzie jest to niezbędne, potwierdzono śmierć mózgu w co najmniej jednym badaniu instrumentalnym, o którym mowa w przypisach 1—3 do niniejszego załącznika.

Jeśli tak, to:

- stwierdzenie zgonu leży w kompetencji komisji,
- u badanego należy stwierdzić zgon, mimo utrzymującej się czynności serca,
- z chwilą stwierdzenia zgonu respirator wentyluje zwłoki,
- badany jest zmarłym, od chwili stwierdzenia śmierci mózgu przez komisję, a więc nie wtedy, kiedy odłączono respirator i czynność serca uległa zatrzymaniu,
- obowiązek terapeutyczny ustaje z chwilą komisyjnego stwierdzenia zgonu,
- w przypadku jakiegokolwiek wątpliwości dotyczącej śmierci mózgu komisja odstępuje od jej stwierdzenia.

#### IV. Protokół postępowania diagnostycznego śmierci mózgu

U badanego

(imię i nazwisko) .....

urodzonego (data) ..... PESEL .....

dokonano następujących stwierdzeń i wykluczeń:

badany jest w śpiączce .....	tak	nie*
płuca badanego są sztucznie wentylowane .....	tak	nie*
rozpoznano przyczynę śpiączki .....	tak	nie*
wykazano pierwotne, nadnamiotowe uszkodzenie mózgu .....	tak	nie*
wykazano pierwotne, podnamiotowe uszkodzenie mózgu .....	tak	nie*
wykazano wtórne uszkodzenie mózgu .....	tak	nie*
uszkodzenie mózgu jest nieodwracalne wobec wyczerpania możliwości terapeutycznych i upływu czasu .....	tak	nie*
wykluczono zatrucie i wpływ niektórych środków farmakologicznych (narkotyki, neuroleptyki, środki nasenne, usypiające, uspokajające, zwiotczające mięśnie poprzecznie prążkowane) .....	tak	nie*
wykluczono hipotermię .....	tak	nie*
wykluczono zaburzenia metaboliczne i endokrynologiczne .....	tak	nie*
wykluczono, że badany jest noworodkiem poniżej 7-go dnia życia .....	tak	nie*

Na podstawie powyższych stwierdzeń i wykluczeń

dnia ..... o godz. .... podjęto decyzję

o przejściu do II etapu kwalifikacyjnego ..... **tak** **nie\***

\* Niewłaściwe skreślić.

**Po upływie zalecanego czasu obserwacji, dnia ..... wykonano dwukrotnie w odstępie ..... godzin badania odruchów pniowych i bezdechu, uzyskując następujące wyniki:**

<b>Wyniki badania:</b>	<b>Badanie</b>		<b>I</b>		<b>II</b>	
brak reakcji źrenic na światło .....	tak	nie*	tak	nie*	tak	nie*
brak odruchu rogówkowego .....	tak	nie*	tak	nie*	tak	nie*
brak ruchów gałek ocznych spontanicznych .....	tak	nie*	tak	nie*	tak	nie*
brak ruchów gałek ocznych przy próbie kalorycznej .....	tak	nie*	tak	nie*	tak	nie*
brak jakichkolwiek reakcji ruchowych na bodziec bólowy w obrębie unerwienia nerwów czaszkowych .....	tak	nie*	tak	nie*	tak	nie*
brak odruchów wymiotnych i kaszlowych .....	tak	nie*	tak	nie*	tak	nie*
brak odruchu oczno-mózgowego .....	tak	nie*	tak	nie*	tak	nie*
trwały bezdech .....	tak	nie*	tak	nie*	tak	nie*

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>	<b>tak</b>	<b>nie*</b>
<b>uzyskując następujące wyniki:</b>		
linia izoelektryczna w EEG .....	tak	nie*
brak przepływu mózgowego .....	tak	nie*
brak odpowiedzi w potencjałach wywołanych .....	tak	nie*
Badania instrumentalne wykonano dnia ..... o godz. ....		

\* Niewłaściwe skreślić.

Przeprowadzone badania potwierdziły trwałe zniesienie czynności mózgu w wyniku jego śmierci. Protokół niniejszy wraz z kompletną dokumentacją przebiegu leczenia przedłożono komisji do spraw stwierdzania śmierci mózgu.

.....  
(podpis ordynatora oddziału/kliniki  
lub osoby upoważnionej)

#### V. Protokół komisji do spraw stwierdzania śmierci mózgu w .....

Komisja w dniu ..... o godz. .... po zbadaniu  
(imię i nazwisko) ..... i zapoznaniu się  
z przebiegiem choroby i leczenia oraz dokumentacją postępowania diagnostycznego (w załączeniu)  
stwierdziła śmierć mózgu i zgon (imię i nazwisko) .....,  
ur. ...., PESEL (jeżeli posiada) ....., dnia ..... o godz. ....

Podpisy

Przewodniczący Komisji

.....

Specjalista .....

Członkowie Komisji

1. ....

Specjalista .....

2. ....

Specjalista .....



## Przypisy do kryteriów stwierdzania śmierci mózgu

Przypis 1. Badanie EEG

Przypis 2. Multimodalne potencjały wywołane

Przypis 3. Ocena krążenia mózgowego

### Przypis 1. Badanie EEG

Ocena zapisu EEG musi być przeprowadzona przez lekarza doświadczonego w interpretacji badań EEG.

- 1) Rejestracja musi być przeprowadzona przez co najmniej 30 minut.
- 2) Można stosować elektrody igłowe lub powierzchniowo-miseczkowe. Przy stosowaniu stałowych elektrod igłowych może wystąpić zjawisko polaryzacji, dlatego też wybrany układ wzmacniacz — elektroda musi stanowić stabilne technicznie odprowadzenie EEG przez odpowiednio długi czas.
- 3) Elektrody powinny być umieszczone zgodnie z układem 10/20. Badanie powinno być wykonane także w programach uwzględniających podwójną odległość pomiędzy elektrodami np. Fp1 — C5 czy F3-P3.
- 4) Wartość impedancji elektrod powinna wynosić 1—10 k $\Omega$ . Pomiar impedancji dotyczy także elektrody referencyjnej oraz uziemiającej. Wartości impedancji muszą być udokumentowane na początku i na końcu każdego badania.
- 5) Rejestracja powinna odbywać się przy standardowym ustawieniu pasma filtrowania: dolna granica 0,53 Hz (czas 0,3 sek.), górna granica 70 Hz, a przy stosowaniu systemów cyfrowych nieco wyżej. Aby zarejestrować także wolniejsze częstotliwości, konieczne jest przynajmniej 10-minutowe badanie przy ustawieniu dolnej granicy filtrów na 0,16 Hz lub mniej (czas 1 sekunda lub dłużej).
- 6) Rejestracja powinna rozpoczynać się od ustawienia wzmacniacza na 5 lub 7  $\mu\text{V}/\text{mm}$ . Ze względów interpretacyjnych przynajmniej 30-minutowe odcinki zapisu EEG powinny być zarejestrowane przy wyższym wzmocnieniu, częściowo przy czułości minimum 2  $\mu\text{V}/\text{mm}$ . Amplituda sygnału kalibracji powinna odpowiadać jego czułości np. 20  $\mu\text{V}$  przy czułości 2  $\mu\text{V}/\text{mm}$ . Wartość sygnału kalibracji powinna być sprawdzana na początku, przy każdej zmianie i na końcu każdej rejestracji. Jeśli nie można stosować sygnału o niskiej amplitudzie, należy używać ustawień standardowych. Wszelkie zmiany ustawienia wzmacniacza powinny być odnotowane.
- 7) Szumy pochodzące z aparatu EEG powinny być tak niewielkie, aby możliwa była pewna identyfikacja potencjałów EEG o amplitudzie 2  $\mu\text{V}$ .
- 8) Rejestracja powinna być przeprowadzona na przynajmniej 8 kanałach. Dodatkowo równocześnie powinien być rejestrowany zapis EKG. Inne artefakty poza pochodzącymi z EKG muszą być zidentyfikowane i odróżnione od EEG.
- 9) Na początku rejestracji każdy używany wzmacniacz powinien być sprawdzony przez wywołanie artefaktów (np. poruszenie elektrodą).

### Przypis 2. Multimodalne potencjały wywołane

#### 2.1. Słuchowe potencjały wywołane pnia mózgu (BAEP)

Ocena badania musi być przeprowadzona przez lekarza doświadczonego w interpretacji badań potencjałów wywołanych.

Przedstawione poniżej nieprawidłowości w badaniu BAEP dowodzą nieodwracalności objawów klinicznych utraty funkcji mózgu w pierwotnie nadnamiotowych oraz wtórnych uszkodzeniach mózgu:

- 1) zanikanie poszczególnych załamków aż do obustronnego całkowitego braku odpowiedzi BAEP,
- 2) brak komponentów III—V przy jednoczesnej jedno- lub obustronnej obecności komponentów I lub I i II,
- 3) obecność jedynie załamka I lub I i II.

Metodyka stymulacji: słuchawki obuuszne o znanej oporności oraz określonej przez producenta częstotliwości.

- 1) Bodziec dźwiękowy (trzask) o czasie trwania 100  $\mu\text{sek.}$ , częstość stymulacji 10—15 Hz.
- 2) Stymulacje z wykorzystaniem bodźców o dodatniej i ujemnej polaryzacji powinny być przeprowadzane i rejestrowane oddzielnie. Jeśli nie jest to ze względów technicznych możliwe, powinny być stosowane bodźce o polaryzacji dodatniej.
- 3) Poziom stymulacji: 95 dB nHL (powyżej standardowego progu słyszenia wynoszącego 36—42 dB nHL). Drugie ucho maskowane szumem o poziomie natężenia o 30 dB niższym niż bodziec podstawowy.

Czas analizy: 10 ms.

Ustawienia filtrów (6 dB/oktawę): dolna granica: 100—150 Hz; górna granica: 3000 Hz.

Układ elektrod: elektroda czynna na szczycie czaszki w punkcie vertex (Cz), elektroda odniesienia na płatku małżowiny usznej lub na wyrostku sutkowatym ipsilateralnie do ucha stymulowanego.

Elektrody: powierzchniowe, wartość impedancji elektrod poniżej 5 k $\Omega$ .

Uśrednienie: 1000—2000 odpowiedzi. Każda rejestracja musi być wykonana dwukrotnie, co umożliwia ocenę powtarzalności odpowiedzi.

## 2.2. Somatosensoryczne potencjały wywołane (SSEP)

Brak załamków rejestrowanych znad szyjnego odcinka kręgosłupa w badaniu SSEP przy stymulacji nerwu pośrodkowego odpowiada zanikaniu krążenia w obszarze kraniokaudalnym i nie musi występować równocześnie ze zmianami w badaniach EEG i BAEP.

Jeżeli nie ma bezpośrednich dowodów na uszkodzenie odcinka szyjnego rdzenia kręgowego, opisane poniżej nieprawidłowości w badaniu SSEP dowodzą nieodwracalności utraty funkcji mózgu w pierwotnie nadnamiotowych oraz wtórnych uszkodzeniach mózgu:

- 1) brak komponentu N13 przy braku komponentów korowych odpowiedzi zarejestrowanej przy wykorzystaniu Fz jako elektrody odniesienia,
- 2) brak odpowiedzi korowej (potencjałów dalekiego pola występujących po komponentach N11/P11) zarejestrowanej przy wykorzystaniu zewnątrzczaszkowej elektrody odniesienia i elektrody czynnej umieszczonej ponad korą czuciową.

Metodyka stymulacji: bodziec prostokątny o czasie trwania 0,1—0,2 ms, częstość stymulacji 3—5 Hz, poziom stymulacji 2—3 mA powyżej progu ruchowego lub 20—30 mA przy braku ruchu, katoda proksymalnie.

Czas analizy: stymulacja nerwów kg 40—50 ms, przy braku odpowiedzi należy go wydłużyć dwukrotnie.

Ustawienia filtrów (6 dB/oktawę): dolna granica dla korowych SEP: 5—10 Hz, dla rdzeniowych SEP 20—50 Hz; górna granica: 1000—2000 Hz.

Układ elektrod: elektrody czynne w punkcie Erba tożsrotnie do stymulacji, na poziomie C7 i C2 oraz w C3' i C4'; elektroda odniesienia — w punkcie Erba przeciwstronnie do stymulacji.

Elektrody: powierzchniowe, wartość impedancji elektrod poniżej 5 k $\Omega$ .

Uśrednienie: 512—2048 odpowiedzi, dwa powtarzalne zapisy pomimo braku odpowiedzi.

### Przypis 3. Ocena krążenia mózgowego

Nieodwracalna utrata funkcji mózgu jest najczęściej następstwem braku krążenia mózgowego.

W dużych otwartych urazach czaszkowo-mózgowych i w niektórych wtórnych uszkodzeniach mózgu może nie dochodzić jednak do ustania krążenia mózgowego, gdy wzrost ciśnienia wewnątrzczaszkowego nie jest wystarczający do zatrzymania tego krążenia.

W takich przypadkach nieodwracalność utraty funkcji mózgu można dowieść poprzez odpowiednio długi okres obserwacji lub wykonując instrumentalne badania neurofizjologiczne potwierdzające stan śmierci mózgu.

#### 3.1. Przechczaszkowa ultrasonografia Dopplera (TCD)

Badanie TCD musi przeprowadzić osoba o dużym doświadczeniu w zakresie badań neurosonologicznych. Przy pomocy badania TCD z zastosowaniem sondy 2 MHz z falą pulsacyjną ocenia się przepływ w tętnicach na podstawie mózgu: w tętnicy środkowej mózgu obustronnie przez okno skroniowe oraz w tętnicy podstawnej i obu tętnicach kręgowych przez okno podpotyliczne. Badanie musi być wykonane dwukrotnie w odstępie przynajmniej 30 minut.

Podczas badania należy utrzymywać średnie ciśnienie tętnicze na stałym poziomie  $\geq 80$  mmHg — dorośli, u dzieci na poziomie prawidłowym dla wieku, a chory nie może być hiperwentylowany.

Stwierdzenie następujących rodzajów przepływu w co najmniej trzech tętnicach na podstawie mózgu (obie tętnice środkowe mózgu oraz tętnica podstawna) potwierdza zatrzymanie krążenia mózgowego:

- 1) małe piki wczesnoskurczowe, które wykazują maksymalną amplitudę poniżej 50 cm/sek., u noworodków i niemowląt poniżej 10 cm/sek. lub

- 2) przepływ „z odbicia” (oscylacyjny, wahadłowy) z krótkimi komponentami skurczowymi i rozkurczowymi lub same elementy skurczowe bez składowej rozkurczowej — w tej sytuacji należy monitorować pacjenta przez 30 minut, aby wykluczyć wpływ przejściowej wyżki ciśnienia śródczaszkowego (wówczas powtórzenie badania po 30 minutach nie jest konieczne), lub
- 3) brak przepływu mózgowego w trzech tętnicach na podstawie mózgu, w których przepływ wcześniej rejestrowano. Należy wyraźnie wykazać zanik przepływu. Jednorazowe stwierdzenie braku przepływu mózgowego bez odniesienia do wcześniejszego badania wyjściowego nie świadczy o zatrzymaniu krążenia mózgowego ze względu na możliwość braku odpowiedniego okna kostnego.

Jako kryterium dodatkowe (pośrednie i nieobowiązkowe) można uznać stwierdzenie powyższych patologicznych rodzajów przepływu w obu tętnicach kręgowych i w obu tętnicach szyjnych wewnętrznych w odcińku wewnątrz- lub zewnątrzczaszkowym (zewnątrzczaszkowo za pomocą badania duplex Doppler).

Czułość badania TCD przekracza 90 %, a jego swoistość wynosi 100 %.

### 3.2. Scyntygrafia perfuzyjna

Metody z zakresu medycyny nuklearnej są uznaną formą diagnostyki śmierci mózgowej. Metody te w sposób jednoznaczny pozwalają na określenie jednego z podstawowych parametrów śmierci klinicznej — brak przepływu krwi mózgu.

W tym celu podstawowe znaczenie odgrywa badanie scyntygraficzne po podaniu radiofarmaceutyku —  $^{99m}\text{Tc-HM-PAO}$  lub  $^{99m}\text{Tc-ECD}$ . Do tej pory nie opisano przypadku wyniku fałszywie dodatniego. Przedstawione radiofarmaceutyki charakteryzują się właściwościami lipofilnymi i obojętnym ładunkiem elektrycznym. Właściwości te zapewniają ich dyfuzję zarówno przez nieuszkodzoną, jak i uszkodzoną barierę krew-mózg. Badanie ma charakter nieinwazyjny — znacznik podawany jest dożylnie, a jego stężenie w roztworze jest śladowe. Dzięki temu całkowicie można wykluczyć jakikolwiek wpływ radiofarmaceutyków na czynność innych narządów i na łożysko naczyniowe. Interpretacja badania jest jednoznaczna. Stwierdza się następujące wzorce krążenia krwi u chorych kierowanych w celu określenia śmierci mózgowej:

- a) brak przepływu (brak radioaktywności) zarówno w strukturach nad-, jak i podnamiotowych,
- b) brak przepływu krwi w strukturach nadnamiotowych z zachowanym przepływem w strukturach podnamiotowych,
- c) brak przepływu w strukturach podnamiotowych z zachowanym przepływem w strukturach nadnamiotowych,
- d) zachowany przepływ krwi zarówno w strukturach nad-, jak i podnamiotowych.

Tylko w przypadku wzorca (a) należy rozpoznać stan śmierci mózgowej.

Uwagi dotyczące wykonywania badań:

1. Badania mogą być wykonywane tylko w zakładzie medycyny nuklearnej, w którym wykonuje się rutynowo badania przepływu krwi w mózgu.
2. Bezpośrednio przed podaniem radiofarmaceutyku musi być wykonany test kontroli jakości (dopuszczalna czystość radiochemiczna dla  $^{99m}\text{Tc-HM-PAO}$  > 80 %, dla  $^{99m}\text{Tc-ECD}$  > 90 %).
3. Średnie tętnicze ciśnienie krwi w trakcie badania musi wynosić u dorosłych > 80 mmHg, u dzieci powinno być utrzymane na poziomie prawidłowym dla wieku.
4. Podana dawka radiofarmaceutyku musi wynosić > 740 MBq, radiofarmaceutyk musi być podany w formie tzw. [bolusa]. U dzieci dawkę farmaceutyku należy wyliczyć wg masy ciała.
5. Badanie musi składać się z dwóch faz: fazy dynamicznej (obrazy co 1 sek. przez 30 sek.) i fazy statycznej (obrazy w projekcjach AP i bocznych — każdy trwający co najmniej 3 minuty). Badanie SPECT nie jest badaniem obligatoryjnym.

### 3.3. Angiografia mózgowa

Zalecana technika — aortoarteriografia.

Dorośli:

1. Podanie środka cieniującego do aorty wstępującej drogą cewnikowania z dostępu przez tętnicę udową, ramienną lub promieniową.
2. Cewnik typu PIG-tail 4-5F wielootworowy.
3. Środek cieniujący jodowy, niejonowy o stężeniu  $\geq 300$  mg I/ml.

4. Objętość 30 ml podana przy użyciu strzykawki automatycznej.
5. Przepływ 15 ml/sek.
6. Opóźnienie 0,5 sek.
7. P.S.I. 750-1000 w zależności od używanego cewnika.
8. Czas serii zdjęciowej 20 sek.

Dzieci poniżej 1 roku życia (odmiany techniki):

1. Cewnik typu PIG-tail 3-4F.
2. Środek cieniujący w objętości 6—8 ml.
3. Przepływ 2 ml/sek.
4. P.S.I. 450-700.

Uwidocznienie tętnic w odcinku przedczaszkowym i brak przepływu wewnątrzczaszkowego potwierdza rozpoznanie śmierci mózgu.

Zakontrastowanie tętnic podstawy mózgu i początkowych odcinków tętnic mózgowych bez uwidocznienia fazy miększej i żyłnej również dokumentuje brak przepływu mózgowego.

Alternatywna metoda wybiórczej arteriografii czteronaczyniowej (tętnice szyjne i kręgowce) powinna być wykorzystywana jedynie w ośrodkach neuroradiologii zabiegowej, ze względu na możliwość powikłań i obrazów artefaktycznych.

Badanie angiograficzne wykonywane być powinno w warunkach średniego ciśnienia tętniczego  $\geq 80$  mmHg u dorosłych, a u dzieci na poziomie prawidłowym dla wieku.

Kryteria i sposób stwierdzania trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu opracowali:

1. Prof. dr hab. n. med. Andrzej Nestorowicz — specjalista w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii
2. Dr hab. n. med. Romuald Bohatyrewicz — specjalista w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii
3. Prof. dr hab. n. med. Sergiusz Józwiak — specjalista w dziedzinie neurologii dziecięcej
4. Prof. dr hab. n. med. Krzysztof Kusza — specjalista w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii
5. Prof. dr hab. n. med. Hubert Kwieciński — specjalista w dziedzinie neurologii
6. Prof. dr hab. n. med. Ewa Mayzner-Zawadzka — specjalista w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii
7. Prof. dr hab. n. med. Roman Mądro — specjalista w dziedzinie medycyny sądowej
8. Prof. dr hab. n. med. Marcin Roszkowski — specjalista w dziedzinie neurochirurgii
9. Prof. dr hab. n. med. Mirosław Ząbek — specjalista w dziedzinie neurochirurgii

## Szanowni Państwo

WYDZIAŁ WYDAWNICTW I POLIGRAFII CENTRUM OBSŁUGI KANCELARII PREZESA RADY MINISTRÓW informuje, że stosownie do art. 26 ustawy z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych (tekst jednolity: Dz. U. z 2005 r. Nr 190, poz. 1606, z późn. zm.) urzędy terenowe organów administracji rządowej oraz organów samorządu terytorialnego zobowiązane są do prowadzenia zbiorów **Dziennika Ustaw, Monitora Polskiego** oraz **Monitora Polskiego B** i udostępniania nieodpłatnie do powszechnego wglądu w miejscach do tego przeznaczonych w siedzibach i godzinach pracy urzędów.

Prenumeratę roczną oraz egzemplarze bieżące i archiwalne można zamówić listownie pod adresem: **Centrum Obsługi Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, Wydział Wydawnictw i Poligrafii, ul. Powsińska 69/71, 02-903 Warszawa**

lub **faksem** pod numerem 0-22 694-62-06, 0-22 694-67-03.

Przy zakupie pojedynczych egzemplarzy prosimy o określenie formy płatności: przelew lub za zaliczeniem pocztowym.

### Ceny brutto prenumeraty<sup>\*)</sup> na 2007 r. (w tym 7 % VAT):

DZIENNIK USTAW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ — 1520 zł

DZIENNIK URZĘDOWY RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ „MONITOR POLSKI” — 330 zł

DZIENNIK URZĘDOWY RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ „MONITOR POLSKI B” — 2860 zł

*Ceny prenumeraty rocznej Dziennika Ustaw i Monitora Polskiego obejmują egzemplarze archiwalne z lat 2003–2006 na płytach CD*

DZIENNIK URZĘDOWY MINISTRA BUDOWNICTWA — 69 zł

DZIENNIK URZĘDOWY MINISTRA EDUKACJI NARODOWEJ — 12 zł

DZIENNIK URZĘDOWY MINISTRA FINANSÓW — 176 zł

DZIENNIK URZĘDOWY MINISTRA GOSPODARKI MORSKIEJ — 36 zł

DZIENNIK URZĘDOWY MINISTRA NAUKI I SZKOLNICTWA WYŻSZEGO — 116 zł

DZIENNIK URZĘDOWY MINISTRA SKARBU PAŃSTWA — 13 zł

DZIENNIK URZĘDOWY MINISTRA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI — 104 zł

DZIENNIK URZĘDOWY MINISTRA ŚRODOWISKA I GŁÓWNEGO INSPEKTORA OCHRONY ŚRODOWISKA — 91 zł

DZIENNIK URZĘDOWY MINISTRA TRANSPORTU — 203 zł

DZIENNIK URZĘDOWY MINISTRA ZDROWIA — 120 zł

DZIENNIK URZĘDOWY GŁÓWNEGO URZĘDU MIAR — 67 zł

DZIENNIK URZĘDOWY URZĘDU KOMUNIKACJI ELEKTRONICZNEJ — 302 zł

oraz PRZEGLĄD LEGISLACYJNY — 145 zł (w tym 0 % VAT)

Informujemy, że nie przyjmujemy rezygnacji z prenumeraty, jak i zmniejszenia liczby prenumerowanych egzemplarzy. Wyjątek stanowi likwidacja instytucji lub firmy oraz uzasadnione wydarzenie losowe osób fizycznych.

<sup>\*)</sup> Cena prenumeraty nie obejmuje załączników.

Egzemplarze bieżące oraz archiwalne można nabywać:

- w Wydziale Wydawnictw i Poligrafii Centrum Obsługi Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, ul. Powsińska 69/71, 02-903 Warszawa, tel. 0-22 694-67-00, 0-22 694-60-96 — na podstawie nadesłanego zamówienia (wyłącznie sprzedaż wysyłkowa);
- w punktach sprzedaży Dziennika Ustaw i Monitora Polskiego w Warszawie (sprzedaż wyłącznie za gotówkę):
  - ul. Powsińska 69/71, tel. 0-22 694-62-96
  - al. Szucha 2/4, tel. 0-22 629-61-73

**Reklamacje z powodu niedoręczenia poszczególnych numerów zgłaszać należy na piśmie do Wydziału Wydawnictw i Poligrafii Centrum Obsługi Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, ul. Powsińska 69/71, 02-903 Warszawa, do 15 dni po otrzymaniu następnego kolejnego numeru**

O wszelkich zmianach nazwy lub adresu prenumeratora prosimy niezwłocznie informować na piśmie Wydział Wydawnictw i Poligrafii Centrum Obsługi Kancelarii Prezesa Rady Ministrów

**Dziennik Ustaw i Monitor Polski (spis treści) dostępne są w Internecie pod adresem [www.cokprm.gov.pl](http://www.cokprm.gov.pl)**

**Wydawca:** Kancelaria Prezesa Rady Ministrów

**Redakcja:** Rządowe Centrum Legislacji — Redakcja Dziennika Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej oraz Dziennika Urzędowego Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, Al. Ujazdowskie 1/3, 00-583 Warszawa, tel. 0-22 622-66-56

**Skład, druk i kolportaż:** Wydział Wydawnictw i Poligrafii Centrum Obsługi Kancelarii Prezesa Rady Ministrów ul. Powsińska 69/71, 02-903 Warszawa, tel.: 0-22 694-67-50, 0-22 694-67-52; faks 0-22 694-62-06

Bezpłatna infolinia: 0-800-287-581 (czynna w godz. 7<sup>30</sup>–15<sup>30</sup>)

[www.cokprm.gov.pl](http://www.cokprm.gov.pl)

e-mail: [dziust@cokprm.gov.pl](mailto:dziust@cokprm.gov.pl)

MP 0046 2007 wyd.00



Tłoczono z polecenia Prezesa Rady Ministrów w Wydziale Wydawnictw i Poligrafii Centrum Obsługi Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, ul. Powsińska 69/71, 02-903 Warszawa