

Liste composition dossier PMO

Dossier Donneur EFG

Fiches spécifiques (4)

Procès verbal mort encéphalique

RNR

Consentement personne mineur ou majeur incapable

Prélèvement à des fins thérapeutiques (signature du Directeur Général)

Demande PMO post mortem (signature du Directeur Général)

Feuille de salle de bloc

Répartition des organes

Répartition des tissus

Donneur non prélevé

Total : 23 feuilles

Centre Hospitalier de la Région Annécienne

**PROCES VERBAL DE CONSTAT DE LA MORT
PREALABLE A DES PRELEVEMENTS
A DES FINS THERAPEUTIQUES OU SCIENTIFIQUES
(organes, tissus et cellules)**

Nous soussignés,

Docteur :

(nom, prénom)

Qualité :

Service :

Docteur :

(nom, prénom)

Qualité :

Service :

Certifions avoir constaté la réalité de la mort de :

M

(nom et prénom du défunt)

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Le diagnostic a été porté au vu des trois critères cliniques suivants simultanément présents (cocher les cases) :

€ Absence totale de conscience et d'activité motrice spontanée

€ Abolition de tous les réflexes du tronc cérébral

€ Absence totale de respiration spontanée vérifiée par épreuve d'hypercapnie

Conformément à l'article R.671-7-2 du Code de la Santé publique, l'attestation du caractère irréversible de la destruction encéphalique a été apportée par l'examen paraclinique suivant (cocher et remplir la case 1 ou 2)

€ 1. Deux électroencéphalogrammes (EEG) (1) :

- le premier EEG a été interprété par le Dr :

- Le résultat est le suivant :

- le deuxième EEG a été interprété par le Dr :

- le résultat est le suivant :

€ 2. Angiographie :

- l'angiographie a été interprétée par le Dr :

- Le résultat est le suivant :

DATE ET HEURE DU CONSTAT DE LA MORT :

Signature du premier Médecin

Signature du deuxième Médecin

Interrogation du Registre National des Refus

A envoyer au : **01 43 47 04 05**

Réponse dans un délai de 30 minutes pour un but thérapeutique, d'une heure les jours ouvrables pour les autres types de prélèvements

Etablissement de Santé N° FINESS du site : **7 4 0 0 0 2 3 7**
(obligatoire)

Nom : Centre Hospitalier de la Région Annécienne

Ville : ANNECY

Département : Haute Savoie (74)

Demandeur (*dûment habilité par le directeur de l'établissement de santé*)

Nom :

Prénom :

Téléphone : 04 50 88 33 33 **bip 226**

Fonction : coordinatrice hospitalière

N° de FAX pour adresser la réponse : 04 50 88 35 60

**POUR PRELEVEMENT A BUT THERAPEUTIQUE TISSUS
ORGANES
SCINETIFIQUE (recherche)
AUTOPSIE MEDICALE**

Personne sur laquelle le prélèvement est envisagé

Nom de jeune fille :

Sexe Masculin
Féminin

Nom :

Premier prénom :

Autres prénoms (dans l'ordre de l'état civil) :

Date de naissance :

Lieu de naissance : France → Département :

Ville :

Etranger → Pays :

Renseignements établis à partir d'une pièce officielle d'identité : **OUI** **NON**
Une pièce d'identité est OBLIGATOIRE pour une interrogation à but scientifique ou autopsie

DATE DU DECES :

HEURE DU DECES :

Selon le procès verbal du constat de mort prévu par l'article R.671-7 du code de la Santé Publique

Demande établie le : / / à h

Signature :
(obligatoire)

Ce formulaire de demande et la réponse correspondante doivent être archivés dans le dossier médical de la personne décédée et au bureau de l'état civil de l'Etablissement de Santé.

Centre Hospitalier de la Région Annécienne

CONSENTEMENT POUR UNE PERSONNE MINEUR* OU MAJEUR INCAPABLE

Je soussignée, Mme, Mlle

Mère de

Je soussigné Monsieur

Père de

Je soussigné (e) M, Mme, Mlle

Représentant légal de

Donne l'autorisation de pratiquer un **prélèvement d'organes et / ou tissus**, destiné à des **fins thérapeutiques** sur la personne décédée désignée ci dessus.

**Nécessite le consentement par écrit de chacun des titulaires de l'autorité parentale, quelle que soit leur situation matrimoniale, ou du représentant légal du mineur. (Article L672.2 du Code de la Santé publique).*

Date : / /

Heure :

Signatures :

La mère
*

Le père
*

ou le représentant légal
*

LE RECOURS AU PROCUREUR DE LA REPUBLIQUE DOIT ETRE ENVISAGE EN CAS DE PROBLEME PARTICULIER

Centre Hospitalier de la Région Annécienne

DEMANDE DE PRELEVEMENT D'ORGANES
POST MORTEM A BUT THERAPEUTIQUE

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU DONNEUR :

Nom : _____ **Prénom :** _____

Né (e) le : _____ Lieu de naissance : _____

N° d'admission : _____

Date et heure du décès : _____

Service et unité d'hospitalisation : _____

A remplir par le Chef de Service ou son délégué

Le soussigné certifie que :

- 1) il y a intérêt thérapeutique à effectuer le prélèvement demandé
- 2) le constat de la mort a bien été effectué conformément à la réglementation en vigueur
- 3) le décès n'est pas dû à une maladie contagieuse.
- 4) Le décès ne fait pas suite à un crime, suicide ou cause suspecte (2).
- 5) Il sera procédé a un compte rendu détaillé du prélèvement conformément à la réglementation.

Date : _____

Nom et qualité du signataire : _____

Signature :

A remplir par Directeur de l'Etablissement ou son délégué

Le soussigné certifie que la réglementation édictée par la loi n° 94-654 du 29 juillet 1994 et ses textes d'application est respectée.

Date : _____

Nom et qualité du signataire : _____

Signature :

- 1) si le donneur est un mineur ou un incapable majeur : accord écrit de la famille ou du représentant légal
- 2) Dans le cas contraire le médecin certifie avoir obtenu l'accord du Procureur de la République auprès du Tribunal de Grande Instance, à savoir M.....

Centre Hospitalier de la Région Annécienne

PRELEVEMENTS A DES FINS THERAPEUTIQUES

DONNEUR

Nom : **Prénom :** **Age :**

Adresse :

.....

Date du décès : Heure du décès :

Le constat de la mort a bien été effectué.

Il n'a pas été fait d'opposition sur le Registre National des Refus.

Le **Heure**

.....

Signature du Directeur :

Cachet de l'établissement :

Service où le patient est décédé :

Diagnostic de décès :

Diagnostic de maladies dans les antécédents :

.....

Date et signature du Chef de Service ou de son délégué.

Date du prélèvement : Heure du prélèvement :

Observation du médecin préleveur :

.....

Date et signature du médecin préleveur attestant avoir pris connaissance des renseignements fournis ci-dessus.

Vu l'anatomopathologiste ou le médecin préleveur

Centre Hospitalier de la Région Annécienne

PRELEVEMENTS A DES FINS THERAPEUTIQUES

DONNEUR

Nom : **Prénom :** **Age :**

Adresse :

.....

Date du décès : Heure du décès :

Le constat de la mort a bien été effectué.

Il n'a pas été fait d'opposition sur le Registre National des Refus.

Le **Heure**

.....

Signature du Directeur :

Cachet de l'établissement :

Service où le patient est décédé :

Diagnostic de décès :

Diagnostic de maladies dans les antécédents :

.....

.....

Date et signature du Chef de Service ou de son délégué.

Date du prélèvement : Heure du prélèvement :

Observation du médecin préleveur :

.....

.....

Date et signature du médecin préleveur attestant avoir pris connaissance des renseignements fournis ci-dessus.

Vu l'anatomopathologiste ou le médecin préleveur

Centre Hospitalier de la Région Annécienne

PRELEVEMENT MULTI - ORGANES

DATE	
NOM	:
PRENOM	:
NE (E)	:
HEURE D'INCISION	N° de salle :
FIN D'INTERVENTION	:

M.A.R.	:
I.A.D.E.	:
I.B.O.D.E.	:

	EQUIPE PRELEVEUR COORDINATRICE	HOPITAL DE DESTINATION
COEUR	Chirurgien : Chirurgien : Instrumentiste : Coordinatrice :	
VAISSEAUX	Chirurgien : Chirurgien : Instrumentiste : Coordinatrice :	
FOIE	Chirurgien : Chirurgien : Instrumentiste : Coordinatrice :	
REIN (S)	Chirurgien : Chirurgien : Instrumentiste : Coordinatrice :	
POUMON (S)	Chirurgien : Chirurgien : Instrumentiste : Coordinatrice :	
CORNEE (S)	Chirurgien : Chirurgien : Instrumentiste : Coordinatrice :	
DIVERS	Chirurgien : Chirurgien : Instrumentiste : Coordinatrice :	

DECHARGE : *Instruments emportés par les équipes sans lavage.*

Signature :

Centre Hospitalier de la Région Annécienne

REPARTITION DES ORGANES

Date : ____ / ____ / ____

n° dossier :

Nom du donneur : Prénom :

ORGANES PROPOSES	EQUIPES	DESTINATIONS	OBSERVATIONS
REIN GAUCHE			
REIN DROIT			
CŒUR-POUMONS			
CŒUR			
POUMONS - mono - bi			
FOIE			
PANCREAS			

Centre Hospitalier de la Région Annécienne

REPARTITION DES TISSUS

n° dossier :

TISSUS PROPOSES	EQUIPES	DESTINATIONS	RECEVEURS	
VALVES				
VAISSEAUX				
CORNEES			Nom	Pre.
			Né(e) le	Gpe
			Nom	Pre.
			Né(e) le	Gpe

AUTRES PRELEVEMENTS :

Commentaires

Centre Hospitalier de la Région Annécienne

DONNEUR NON PRELEVE

N° :

DECISION DE NON PRELEVEMENT LE : ____ / ____ / ____ à ____ h

A cause du (des) motifs suivant(s) :

AGE	ATCD PATHO	Problème de Réa
< 1 an	tumeur maligne	pbe hémodynamique
> 65 ans	maladie de système	coagulopathie massive
	maladie neurologique évolutive	état septique grave en cours
	sérologies	* infection bactérienne
	population à risque	* infection virale
	autre	autre

OPPOSITION AU PRELEVEMENT /_____/

du défunt
de son entourage
autre

de l'administrateur hospitalier
du procureur

**Inscrit au Registre National des Refus OUI /_____/ NON /
_____/**

Commentaires :