



LISTE DE COMPOSITION D'UN DOSSIER DE PRELEVEMENT MULTI-ORGANES

Dossier donneur EfG

Fiche de Spécificité 1

PATHOLOGIE INFECTIEUSE

• Bactérienne :

- Ancienne Non Oui Laquelle :
 Traitement : Durée :

- En cours Non Oui Laquelle :
 Traitement : Durée :

• Virale :

- Ancienne Non Oui Laquelle :
 Traitement : Durée :

- En cours Non Oui Laquelle :
 Traitement : Durée :

• Parasitaire :

- Ancienne Non Oui Laquelle :
 Traitement : Durée :

- En cours Non Oui Laquelle :
 Traitement : Durée :

• Mycose :

- Ancienne Non Oui Laquelle :
 Traitement : Durée :

- En cours Non Oui Laquelle :
 Traitement : Durée :

Fiche de Spécificité 2

◆ PATHOLOGIE NEOPLASIQUE Non Oui

• Laquelle : Date du Diagnostic : / /
 • Traitement : Conduite à tenir :

◆ MALADIE DE SYSTEME Non Oui

• Laquelle : Date du Diagnostic : / /
 • Traitement : Conduite à tenir :

◆ PATHOLOGIE NEUROLOGIQUE Non Oui

• Laquelle : Date du Diagnostic : / /
 • Traitement : Conduite à tenir :

Fiche de Spécificité 3

◆ PATHOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE

• Hypertension artérielle : Non Oui

• Maladie myocardique : Non Oui

Laquelle :

• Maladie valvulaire : Non Oui

Laquelle :

• Autres : Non Oui

Laquelle :

◆ PATHOLOGIE HEPATIQUE Non Oui

Laquelle :

◆ PATHOLOGIE PANCREATIQUE

• Diabète ID : Non Oui

• Diabète Non ID : Non Oui

• Pancréatite : Non Oui

◆ PATHOLOGIE PULMONAIRE

• Maladie pulmonaire : Non Oui

Laquelle :

• Maladie bronchique : Non Oui

Laquelle :

• Maladie pleurale : Non Oui

Laquelle :

• Autres : Non Oui

Laquelle :

◆ PATHOLOGIE RENALE Non Oui

Laquelle :

◆ PATHOLOGIE METABOLIQUE Non Oui

Laquelle :

DUREE	TRAITEMENT

Fiche de Spécificité 4

◆ ANTECEDENTS CHIRURGICAUX Non Oui

Lesquels :

Présence de Cicatrices : Description.

◆ ANTECEDENTS FAMILIAUX Non Oui

Lesquels :

◆ AUTRES ANTECEDENTS Non Oui

Lesquels :

◆ RAPPEL TRAITEMENTS ACTUELS Non Oui

• Fiches spécifiques (4)

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 :	Docteur :
(nom, prénom)	(nom, prénom)
Qualité :	Qualité :
Service :	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

les deux électroencéphalogrammes doivent être enregistrés à un intervalle minimal de quatre heures (Art. R.671-7-2 du CSP)
Original : Dossier médical, double au SRA région III

• Procès verbal de mort encéphalique

Télécopie Interrogatoire RNR : 01 43 47 04 05. En cas de problème Tél : (heure de bureau) 01 44 67 59 02 (en garde) 01 44 67 59 29

**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 (dément 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
SCIENTIFIQUE (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.

• Registre National de Refus

Centre Hospitalier de la Région Annécienne

**CONSENTEMENT POUR UNE PERSONNE MINEUR* OU
MAJEUR INCAPABLE**

Je soussigné, Mm, 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**

• Consentement pour les personnes mineures ou majeures incapables

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

• Prélèvement à des fins thérapeutiques
(signature du Directeur Général)

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 à 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.....

• Demande de prélèvement multi-organes post mortem
(signature du Directeur Général)

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 :

• Feuille de salle de bloc

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			

• Répartition des organes

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

• Répartition des tissus

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 de l'administrateur hospitalier du procureur

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

Commentaires :

• Donneur Non prélevé