

G.1. Mort due à une lésion cérébrale primaire: adultes et enfants de plus d'un an

Protocole pour la constatation de la mort due à une lésion cérébrale primaire

Pour les adultes et les enfants de plus d'un an.

Ce protocole doit accompagner le patient / la patiente (original). Après le décès, il constitue un élément important du dossier médical (original ou copie).

Nom, prénom le patient / la patiente

Date de naissance:

Numéro d'identification le patient / la patiente

	Médecin 1 Nom, date, heure signature	Médecin 2 Nom, date, heure signature	Médecin chargé de l'examen complémentaire Nom, date, heure signature	Prochaine étape
1.1 Exclusion de causes réversibles, c'est-à-dire médicamenteuses, toxiques et/ou métaboliques				voir 1.2
1.2 Température interne du corps $\geq 35^{\circ}\text{C}$				voir 1.3
1.3 Aucune suspicion d'infection du SNC ou de polyradiculonévrite crânienne				voir 1.4
1.4 Origine de la défaillance des fonctions cérébrales:				voir 1.5
1.5 Tous les signes cliniques, y compris le test d'apnée, sont présents (c'est-à-dire que la mort est constatée) = moment de la mort Signes cliniques ne pouvant pas être examinés: voir 1.7				oui: voir 1.11 non: voir 1.6
1.6 Un ou plusieurs signes cliniques ne sont <u>pas présents</u>				Répéter l'examen et retour à 1.5
1.7 Un ou plusieurs signes cliniques ne sont <u>pas vérifiables</u> ou la défaillance des fonctions cérébrale n'est pas suffisamment expliquée respectivement des causes réversibles ne sont pas totalement exclues				voir 1.8
1.8 Examen complémentaire réalisé:				voir 1.9
1.9 L'examen complémentaire montre la défaillance de la perfusion cérébrale (c'est-à-dire que le résultat correspond à la mort; moment de la mort)				oui: voir 1.11 non: voir 1.10
1.10 L'examen complémentaire montre un reste de perfusion cérébrale				Répéter l'examen et retour à 1.9

	Médecin 1 Nom, date, heure signature	Médecin 2 Nom, date, heure signature	Médecin chargé de l'examen complémentaire Nom, date, heure signature	Prochaine étape
1.11 Déclaration de don (carte de donneur, directives anticipées etc.)				oui: voir 1.15 non: voir 1.12
1.12 Absence de déclaration de don (carte de donneur, directives anticipées etc.)				voir 1.13
1.13 Consentement par les proches ou la personne de confiance				oui: voir 1.15 non: voir 1.14
1.14 Absence de consentement par les proches ou la personne de confiance				voir 1.20
1.15 Il n'existe aucune contre-indication médicale (le cas échéant en concertation avec Swisstrans- plant ou un réseau central)				oui: voir 1.17 non: voir 1.16
1.16 Il existe des contre-indications (le cas échéant en concertation avec Swisstransplant ou un réseau central)				voir 1.20
1.17 Mort naturelle				oui: voir 2 non: voir 1.18
1.18 Mort non naturelle (accident, suicide, crime) avec consentement du Ministère public Nom, n° tél.				oui: voir 2 non: voir 1.19
1.19 Mort non naturelle (accident, suicide, crime) sans consentement du Ministère public Nom, n° tél.				voir 1.20
1.20 Interruption				

2 Toutes les conditions requises pour un prélèvement d'organes et/ou de tissus sont remplies				
--	--	--	--	--

G.2. Mort due à une lésion cérébrale primaire: nourrissons

Protocole pour la constatation de la mort due à une lésion cérébrale primaire
pour les nourrissons de 28 jours à un an et les prématurés de plus de 44 semaines d'âge postmenstruel à un an.

Ce protocole doit accompagner le patient / la patiente (original). Après le décès, il constitue un élément important du dossier médical (original ou copie).

Nom, prénom du patient / de la patiente: _____

Date de naissance: _____

Numéro d'identification du patient / de la patiente: _____

	Médecin 1 Nom, date, heure signature	Médecin 2 Nom, date, heure signature	Médecin chargé de l'examen complémentaire Nom, date, heure signature	Prochaine étape
1.1 Exclusion de causes réversibles, c'est-à-dire médicamenteuses, toxiques et/ou métaboliques				voir 1.2
1.2 Température interne du corps $\geq 35^{\circ}\text{C}$				voir 1.3
1.3 Aucune suspicion d'infection du SNC ou de polyradiculonévrite crânienne				voir 1.4
1.4 Origine claire de la défaillance des fonctions cérébrales; origine:				voir 1.5
1.5 Tous les signes cliniques, y compris le test d'apnée, sont présents Signes cliniques ne pouvant pas être examinés: voir 1.8				oui: voir 1.7 non: voir 1.6
1.6 Un ou plusieurs signes cliniques ne sont <u>pas présents</u>				retour à 1.5
1.7 Après 24 h d'observation: tous les signes cliniques, y compris le test d'apnée, sont présents (c'est-à-dire que la mort est constatée) = moment de la mort:				voir 1.12
1.8 Un ou plusieurs signes cliniques ne sont pas vérifiables ou la défaillance des fonctions cérébrale n'est pas suffisamment expliquée respectivement des causes réversibles ne sont pas totalement exclues				voir 1.9
1.9 Examen complémentaire réalisé:				voir 1.10
1.10 L'examen complémentaire montre la défaillance de la perfusion cérébrale (c'est-à-dire que le résultat correspond à la mort; moment de la mort)				oui: voir 1.12 non: voir 1.11

	Médecin 1 Nom, date, heure signature	Médecin 2 Nom, date, heure signature	Médecin chargé de l'examen complémentaire Nom, date, heure signature	Prochaine étape
1.11 L'examen complémentaire montre un reste de perfusion cérébrale				Répéter l'examen et voir 1.10
1.12 Consentement des parents (ou du représentant légal)				oui: voir 1.14 non: voir 1.13
1.13 Absence de consentement des parents (ou du représentant légal)				voir 1.19
1.14 Il n'existe aucune contre-indication médicale (le cas échéant en concertation avec Swisstrans- plant ou un réseau central)				oui: voir 1.16 non: voir 1.15
1.15 Il existe des contre-indications médicales (le cas échéant en concertation avec Swisstrans- plant ou un réseau central)				voir 1.19
1.16 Mort naturelle				oui: voir 2 non: voir 1.17
1.17 Mort non naturelle (accident, suicide, crime) avec consentement du Ministère public Nom, n° tél.				oui: voir 2 non: voir 1.18
1.18 Mort non naturelle (accident, suicide, crime) sans consentement du Ministère public Nom, n° tél.				voir 1.19
1.19. Interruption				

2 Toutes les conditions requises pour un prélè- vement d'organes et/ou de tissus sont remplies			
---	--	--	--

G.3. Mort après un arrêt circulatoire: adultes, enfants et nourrissons

**Protocole pour la constatation de la mort Protokoll
après un arrêt circulatoire (DCD; M1-4)**
pour les adultes, les enfants et les nourrissons
de plus de 28 jours.

Ce protocole doit accompagner le patient / la patiente
(original).Après le décès, il constitue un élément important
du dossier médical (original ou copie).

Nom, prénom du patient / de la patiente:

Date de naissance:

Numéro d'identification du patient / de la patiente:

	Médecin 1 Nom, date, heure signature	Médecin 2 Nom, date, heure signature	Prochaine étape
M1 Constatation de la mort juste avant l'entrée à l'hôpital			voir 1.2
M2 Pas de circulation spontanée après la réanimati- on, qui ... – a débuté au maximum 30 mn après l'arrêt cardiaque et – qui a été réalisée dans les règles de l'art pendant au moins 30 mn			voir 1.1
M3 Arrêt cardio-circulatoire dans les 120 minutes après l'interruption prévue du traitement			voir 1.1
M4 Patient / patiente en arrêt circulatoire après la constatation de la défaillance des fonctions cérébrales			voir 1.2
1.1 Absence d'activité cardiaque à la vue des 4 cavités du cœur ou en position sousxiphoidienne			voir 1.2
1.2 Constatation de la mort sur la base des signes cliniques après un arrêt circulatoire persistant de 5 minutes (test d'apnée exclus) (moment de la mort M1, M2 et M3) → ne s'applique pas aux M4 (le moment de la mort est le moment de la constatation de la défaillance irréversible des fonctions cérébrales)			M1, M2, M4 voir 1.3 M3 voir 1.4
1.3 M1, M2 et M4 Introduction de mesures médicales pendant 72 heures au maximum			voir 1.4
1.4 Consentement du patient /de la patiente (carte de donneur, directives anticipées)			oui: voir 1.6 non: voir 1.5

	Médecin 1 Nom, date, heure signature	Médecin 2 Nom, date, heure signature	Prochaine étape
1.5 Absence de consentement des proches / de la personne de confiance			voir 1.10
1.6 Il n'existe aucune contre-indication médicale (le cas échéant en concertation avec Swisstrans- plant ou un réseau central)			oui: voir 1.7 non: voir 1.10
1.7 Mort naturelle			oui: voir 2 non: voir 1.8
1.8 Mort non naturelle (accident, suicide, crime) avec consentement du Ministère public Nom, n° tél.			oui: voir 2 non: voir 1.9
1.9 Mort non naturelle (accident, suicide, crime) sans consentement du Ministère public Nom, n° tél.			voir 1.10
1.10 Interruption			
2 Toutes les conditions requises pour un prélèvement d'organes sont remplies			