

REFERENCE : B.O N° 5166 du 4 décembre 2003

Arrêté du ministre de la santé n° 1641-03 du 15 ramadan 1424
10/11/2003 fixant les signes cliniques et paracliniques concordant
pour le constat de la mort cérébrale .

Le Ministre de la Santé,

**Vu la loi n° 16-98 relative au don, au prélèvement et à la
transplantation d'organes et de tissus humains, promulguée par le
dahir n° 1-99-208 du 13 jourmada I 1420 (25 août 1999), notamment
son article 22 ;**

Sur proposition de l'Ordre national des médecins

**Après avis du conseil consultatif de la transplantation d'organes
humains,**

Arrête :

Article Premier : La mort cérébrale se définit par l'arrêt irréversible des fonctions cérébrales du patient.

Le diagnostic de la mort cérébrale est établi à partir de signes cliniques et para cliniques simultanément constatés sur toutes les composantes de l'encéphale tels que fixés par les dispositions du présent arrêté.

Article 2 : Les signes cliniques de la mort cérébrale sont :

- ✓ Le coma profond, flasque, aréactif, d'étiologie clairement établie en particulier lésion sévère, primaire ou secondaire de l'encéphale, à l'exclusion du coma d'origine toxique, endocrinienne ou métabolique, du coma dû à une hypothermie sévère (< 35°) ou à un état de choc.
- ✓ L'abolition des réflexes du tronc cérébral qui se manifeste tel que suit :
 - pupilles fixes, ne réagissant pas à la lumière ;
 - absence des réflexes cornéens ;
 - absence de bradycardie à la compression des globes oculaires ;
 - absence de réflexe oculo-vestibulaire ;
 - absence des réflexes de toux et de déglutition.
- ✓ L'absence totale de ventilation spontanée vérifiée par une épreuve d'hypercapnie.

La persistance des réflexes de réaction de retrait d'origine purement médullaire aux quatre membres à la stimulation douloureuse n'est pas incompatible avec le diagnostic de mort cérébrale.

Article 3 : Les signes para cliniques de la mort cérébrale sont :

- ✓ Un électroencéphalogramme (EEG) plat (tracé isoélectrique) enregistré sur un patient avec une température centrale au dessous de 35° C, en dehors de tout contexte toxique, dans les conditions techniques requises à savoir :
 - dix électrodes minimum ;
 - emplacement adéquat ;
 - technicien qualifié ;
 - tracé sans artefacts réalisé pendant une durée minimale de 20 minutes.
- ✓ Un deuxième EEG doit être pratiqué dans les mêmes conditions au minimum 4 heures après le premier.

Lorsque le patient est un enfant âgé de moins de 2 ans cet EEG est pratiqué 24 heures après le premier.

- ✓ En cas de doute, il doit être procédé à une angiographie carotidienne pour confirmer l'arrêt circulatoire cérébral.

Article 4 : Le constat de mort cérébrale doit être établi en deux exemplaires conformément au modèle annexé au présent arrêté et co-signé par les deux médecins ayant constaté la mort. Un exemplaire est versé au dossier du défunt et le second doit être conservé par l'administration de l'hôpital.

Le constat de mort cérébrale doit être accompagné d'une pièce faisant état de la non opposition de la famille du défunt établi sur le modèle joint au présent arrêté.

Article 5 : Le constat prévu à l'article précédent, doit être accompagné d'un certificat du directeur de l'hôpital précisant la non opposition du malade pour le prélèvement sur son corps d'un ou de plusieurs organes ou tissus humains établi sur le modèle joint au présent arrêté.

Article 6 : Les directeurs des centres hospitaliers et des hôpitaux concernés sont chargés de l'exécution des dispositions du présent arrêté qui sera publié au Bulletin officiel.

Rabat, le 15 ramadan 1424 (10 novembre 2003).

Mohamed-Cheikh Biadillah.

Centre hospitalier

.....

Hôpital

.....

CONSTAT DE MORT CEREBRALE

Nous, les médecins soussignés,

Dr

appartenant au service de.....

à l'hôpital

certifiant avoir examiné :.....

M/Mme/Melle ; :.....

Age :

L'enfant:

Age :

N° d'hospitalisation.....N° CIN ¹.....

et avons constaté sur ladite personne les signes concordants aussi bien cliniques que para cliniques, avec la cessation de la vie suivants:

❖ les signes cliniques:

- le coma profond, flasque, aréactif, d'étiologie clairement établie (lésion sévère, primaire ou secondaire de l'encéphale),
- l'abolition des réflexes du tronc cérébral avec:
 - Pupilles fixes, ne réagissant pas à la lumière,
 - l'Absence des réflexes cornéens,
 - l'Absence de bradycardie à la compression des globes oculaires,
 - l'Absence de réflexe oculo-vestibulaire,
 - l'Absence des réflexes de toux et de déglutition.
- L'absence totale de ventilation spontanée vérifiée par une épreuve d'hypercapnie.
 - ❖ les signes para cliniques:
- un 1er électroencéphalogramme (EEG) plat (tracé isoélectrique) enregistré sur le patient avec une température centrale de moins de.....° C, àheure.
- un deuxième EEG pratiqué dans les mêmes conditions 4 heures après

¹ ou à défaut tout autre pièce administrative prouvant l'identité de la personne

- le premier, à heure.
- un deuxième EEG pratiqué 24 h après le premier, àheure ².
- une angiographie carotidienne pour confirmer l'arrêt circulatoire cérébral ³.

fondant notre diagnostic sur l'ensemble de ces signes, certifions l'état de mort cérébrale réelle et irréversible chez la personne susmentionnée.

A.....le..... à..... heure.

Dqcteur

Docteur

.....

.....

Signature et cachet

Signature et cachet

² lorsque le patient est un enfant de moins de 2 ans

³ en cas de doute seulement.

Centre hospitalier

.....

Hôpital

.....

**DECLARATION DE NON OPPOSITION DE LA FAMILLE AU PRELEVEMENT D'UN
OU DE PLUSIEURS ORGANES OU TISSUS HUMAINS**

Je soussigné(e)CIN⁴

Demeurant à:

.....

Atteste avoir été informé(e) de l'état de mort cérébrale de :

Nom et Prénom:.....

Age :.....

Nom du père:.....

Nom de la mère:.....

Adresse:.....

N° d'hospitalisation.....N° de CIN⁵

Lien de parenté:.....

déclare avoir été informé(e) des dispositions de la loi n°16 - 98 relative au don, au prélèvement et à la transplantation, d'organes et de tissus humains et ne pas m'opposer au prélèvement de ou des organes suivants:

-.....
-.....
-.....

ou tissus suivants:

-.....
-.....
-.....

sur le corps de mon parent susnommé(e) en état de mort cérébrale et ce, à des fins thérapeutiques *et/ou* scientifiques.

A..... le.....

Signature:

⁴ ou à défaut tout autre pièce administrative prouvant l'identité de la personne

⁵ ou à défaut tout autre pièce administrative prouvant l'identité de la personne

Centre hospitalier

.....

Hôpital

.....

**ATTESTATION DE NON OPPOSITION DU MALADE POUR LE PRELEVEMENT
D'UN OU DE PLUSIEURS ORGANES OU TISSUS DE SON CORPS**

Le Directeur de l'hôpital

Dr.....

Après consultation du registre hospitalier du don ou du refus ou d'opposition de la famille au prélèvement d'organe ou de tissus humains prévus à l'article 17 de la loi n° 16-98 relative au don, au prélèvement et à la transplantation d'organes et de tissus humains et à l'article 19 du décret n° 2-01-1663 du 2 chaâbane 1423 (9 octobre 2002) pris pour son application.

Atteste que:.....

M./Mme/Melle :.....

Nom et prénom:.....

Age :.....

Nom du père:.....

Nom de la mère:

Adresse personnelle:.....

N° d'hospitalisation.....N° CIN⁶.....

N'a pas émis d'opposition pour le prélèvement sur son corps de ou des organes ou tissus humains suivants:

.....
.....

A..... le.....

Docteur

.....

Signature et cachet

⁶ ou à défaut tout autre pièce administrative prouvant l'identité de la personne.