

قرر ما يلي :

المادة الأولى

تعرف الوفاة الدماغية بالتوقف الذي لا رجعة فيه للوظائف الدماغية للمريض.

يتم تشخيص الوفاة الدماغية انطلاقاً من علامات سريرية وشبه سريرية تتم معاينتها في آن واحد على كل مكونات الدماغ وذلك وفقاً لمقتضيات هذا القرار.

المادة الثانية

تتمثل العلامات السريرية للوفاة الدماغية في :

- الغيبوبة العميقة والرخوة مع انعدام رد الفعل، المترتبة عن مسببات ثابتة بوضوح، خاصة خلل جسيم أولي أو ثانوي للدماغ، باستثناء الغيبوبة الناتجة عن التسمم أو المتعلقة بالغدد الصماء أو الغيبوبة الاستقلابية والغيبوبة الناتجة عن الانخفاض الحاد لحرارة الجسم (أقل من 35 درجة) أو عن حالة الصدمة.

- فقدان منعكسات جذع الدماغ الذي يتجلى فيما يلي :

• بؤبؤ العينين ثابتان لا يستجيبان للضوء ؛

• غياب منعكسات قرنية العين ؛

• غياب الخفق البطيء للقلب عند الضغط على مقلتي العينين ؛

• غياب منعكسات دهليز العين ؛

• غياب منعكسات السعال والبلع.

- غياب كلي للتنفس التلقائي يتم التحقق منه باختبار تضخم القلب.

لا يتنافى استمرار المنعكسات الحركية الانكماشية ذات الأصل النخاعي المحض على مستوى الأعضاء الأربعة عند التنبيه المؤلم مع تشخيص الوفاة الدماغية.

المادة الثالثة

تتمثل العلامات الشبه السريرية للوفاة الدماغية فيما يلي :

- إنجاز تخطيط كهربائي مستقيم للدماغ (تخطيط كهربائي متساوي بدون إشارة) مسجل على مريض بحرارة جسمية مركزية تقل عن 35 درجة باستثناء حالة التسمم، وفق الشروط التقنية التالية :

• عشر إلكترونيات على الأقل ؛

• موضع مناسب ؛

• أن يقوم بإنجاز التخطيط تقني مؤهل ؛

• أن يكون التخطيط غير مصطنع وأن ينجز في مدة أدناها 20 دقيقة.

قرار لووزير الصحة رقم 1638.03 صادر في 15 من رمضان 1424 (10 نوفمبر 2003) بتحديد لائحة المستشفيات العمومية المعتمدة للقيام بعمليات أخذ الأعضاء والأنسجة البشرية وزرعها.

وزير الصحة،

بناء على القانون رقم 16.98 المتعلق بالتبرع بالأعضاء والأنسجة البشرية وأخذها وزرعها، الصادر بتنفيذ الظهير الشريف رقم 1.99.208 بتاريخ 13 من جمادى الأولى 1420 (25 أغسطس 1999) ولاسيما المواد 6 و 16 و 25 منه ؛

وعلى المرسوم رقم 2.01.1643 الصادر في 2 شعبان 1423 (9 أكتوبر 2002) بتطبيق القانون رقم 16.98 المتعلق بالتبرع بالأعضاء والأنسجة البشرية وأخذها وزرعها المشار إليه أعلاه ولاسيما المادة 3 منه ؛ وبعد استطلاع رأي المجلس الاستشاري لزراعة الأعضاء البشرية،

قرر ما يلي :

المادة الأولى

تحدد لائحة المستشفيات العمومية المعتمدة للقيام بعمليات أخذ الأعضاء والأنسجة البشرية وزرعها كالتالي :

- المركز الاستشفائي ابن سينا بالرباط ؛

- المركز الاستشفائي ابن رشد بالدار البيضاء ؛

- المستشفى العسكري محمد الخامس بالرباط.

المادة الثانية

يسند إلى مديري المركزين الاستشفائيين ومدير المستشفى العسكري المشار إليها أعلاه، تنفيذ هذا القرار الذي ينشر في الجريدة الرسمية.

وحرر بالرباط في 15 من رمضان 1424 (10 نوفمبر 2003).

الإمضاء : محمد الشيخ بيد الله.

قرار لووزير الصحة رقم 1641.03 صادر في 15 من رمضان 1424 (10 نوفمبر 2003) بتحديد العلامات السريرية وشبه السريرية المتطابقة لمعاينة الوفاة الدماغية.

وزير الصحة،

بناء على القانون رقم 16.98 المتعلق بالتبرع بالأعضاء والأنسجة البشرية وأخذها وزرعها، الصادر بتنفيذ الظهير الشريف رقم 1.99.208 بتاريخ 13 من جمادى الأولى 1420 (25 أغسطس 1999) ولاسيما المادة 22 منه ؛

وبإقتراح من الهيئة الوطنية للأطباء ؛

وبعد استطلاع رأي المجلس الاستشاري لزراعة الأعضاء البشرية،

يجب أن يرفق هذا المحضر بتصريح معد وفقا للنموذج المرفق بهذا القرار، يثبت عدم اعتراض أسرة الشخص المتوفي على أخذ الأعضاء أو الأنسجة من جسمه.

المادة الخامسة

يجب أن يرفق المحضر المذكور في المادة 4 أعلاه بشهادة لمدير المستشفى معدة وفقا للنموذج المرفق بهذا القرار تثبت أن المريض لم يعترض على أخذ الأعضاء أو الأنسجة من جسمه.

المادة السادسة

يسند إلى مديري المراكز الاستشفائية والمستشفيات المعنية تنفيذ مقتضيات هذا القرار الذي ينشر في الجريدة الرسمية. وحرر بالرباط في 15 من رمضان 1424 (10 نوفمبر 2003).

الإمضاء : محمد الشيخ بيد الله.

- إنجاز تخطيط كهربائي ثاني للدماغ، وفقا لنفس الشروط، وذلك بعد أربع ساعات على الأقل من إجراء التخطيط الأول.

إذا كان المريض طفلا يقل عمره عن سنتين فينجز التخطيط الثاني بعد 24 ساعة من الأول.

- يجب في حالة الشك إجراء تصوير الأوعية السباتية من أجل التأكد من توقف الدورة الدموية للدماغ.

المادة الرابعة

يجب إعداد محضر إثبات الوفاة الدماغية في نظيرين، وفقا للنموذج المرفق بهذا القرار ويوقع عليهما الطبيبان اللذان عاينا الوفاة ويودع نظير من هذا المحضر في ملف الشخص المتوفي وتحفظ إدارة المستشفى بالنظير الثاني.

*

* *

المركز الاستشفائي
المستشفى

محضر إثبات الوفاة الدماغية

نحن الطبيبان، الموقعان أسفله،

الدكتور
التابع لمصلحة
بمستشفى
والدكتور
التابع لمصلحة
بمستشفى
نشهد أننا قمنا بفحص :
السيد، السيدة، الأنسة
السن
الطفل
السن
رقم الدخول للمستشفى
رقم بطاقة التعريف الوطنية (1)

ولقد عاينا على هذا الشخص العلامات السريرية وشبه السريرية المتطابقة مع توقف الحياة والميئة بعده :

1 - العلامات السريرية :

- * غيبوبة عميقة ورخوة مع انعدام رد الفعل مترتبة عن مسببات ثابتة بوضوح (خلل جسيم أولي أو ثانوي للدماغ) ؛
- * فقدان منعكسات جذع الدماغ الذي يتجلى فيما يلي :
- + بؤبؤ العينين ثابتان لا يستجيبان للضوء ؛
- + غياب منعكسات قرنية العين ؛
- + غياب الخفق البطيء للقلب عند الضغط على مقلتي العينين ؛
- + غياب منعكسات دهليز العين ؛
- + غياب منعكسات السعال والبلع.
- * غياب كلي للتنفس التلقائي تم التحقق منه باختبار تضخم القلب.

2 - العلامات شبه السريرية :

- * تخطيط كهربائي أولي مستقيم للدماغ (تخطيط كهربائي متساوي بدون إشارة) مسجل على المريض بحرارة جسمية مركزية تقل عن أنجز على الساعة
- * تخطيط كهربائي ثان للدماغ، وفقا لنفس الشروط، بعد أربع ساعات من إجراء التخطيط الأول، أنجز على الساعة
- * تخطيط كهربائي ثان للدماغ بعد 24 ساعة من الأول، أنجز على الساعة (2) ؛
- * تصوير الأوعية السباتية من أجل التأكد من توقف الدورة الدموية للدماغ (3).

وبناء على هذه العلامات، نشهد أن حالة الوفاة الدماغية للشخص المشار إليه أعلاه، حقيقية ولا رجعة فيها.

حرر في بتاريخ الساعة

الدكتور
إمضاء وختم

الدكتور
إمضاء وختم

(1) في حالة عدم وجود بطاقة التعريف كل وثيقة إدارية تثبت هوية الشخص.

(2) إذا كان المريض طفلا يقل عمره عن سنتين.

(3) في حالة الشك فقط.

المركز الاستشفائي

المستشفى

تصريح بعدم اعتراض الأسرة على أخذ عضو أو نسيج بشري أو عدة أعضاء أو أنسجة بشرية

أنا الموقع أسفله..... الحامل لبطاقة التعريف الوطنية رقم (1).....
 القاطن ب.....
 أؤكد أنني أخبرت بوجود حالة وفاة دماغية تخص :
 الإسم العائلي والشخصي :
 السن :
 إسم الأب :
 إسم الأم :
 العنوان :
 رقم الدخول للمستشفى :
 رقم بطاقة التعريف الوطنية :
 علاقة القرابة :
 أصرح بأنه تم إخباري بمقتضيات القانون رقم 16.98 المتعلق بالتبرع بالأعضاء والأنسجة البشرية وأخذها وزرعها ولا أعارض
 على أخذ العضو أو الأعضاء الآتية :

-
 -

النسيج أو الأنسجة التالية :

-
 -

من جسد قريبي / قريبتني المتوفى (ة) المشار إليه أعلاه لأغراض علاجية أو علمية أو هما معا.

حرر في بتاريخ.....

إمضاء :

(1) في حالة عدم وجود بطاقة التعريف كل وثيقة إدارية تثبت هوية الشخص.

المركز الاستشفائي

المستشفى

محضر إثبات عدم اعتراض المريض على أخذ عضو أو نسيج بشري أو عدة أعضاء أو أنسجة بشرية

أنا الموقع أسفله،

..... مدير المستشفى

..... الدكتور

وبعد الاطلاع على سجل المستشفى الخاص بالتبرع أو برفضه أو اعتراض الأسرة على أخذ الأعضاء أو الأنسجة البشرية المنصوص عليه في المادة 17 من القانون رقم 16.98 المتعلق بالتبرع بالأعضاء والأنسجة البشرية وأخذها وزرعها وفي المادة 19 من المرسوم رقم 2.01.1643 الصادر في 2 شعبان 1423 (9 أكتوبر 2002) بتطبيق هذا القانون :

أشهد أن السيد، السيدة، الأنسة :

..... الإسم العائلي والشخصي :

..... السن :

..... إسم الأب :

..... إسم الأم :

..... العنوان الشخصي :

..... رقم الدخول للمستشفى :

..... رقم بطاقة التعريف الوطنية (1) :

لم يبد أي اعتراض على أخذ العضو أو النسيج أو الأعضاء أو الأنسجة المينة أسفله من جسده لأغراض علاجية أو علمية أو هما معا.

.....

.....

..... حرر في بتاريخ.....

الدكتور

إمضاء وختم :

(1) في حالة عدم وجود بطاقة التعريف كل وثيقة إدارية تثبت هوية الشخص.