

## **PROTOCOLE POUR LE DON D'ORGANES À PARTIR D'UN PATIENT EN MORT CÉRÉBRALE, À CŒUR BATTANT (DBD<sup>1</sup>, HBD<sup>1</sup>, DDMC<sup>1</sup>) Applicable chez l'adulte et l'enfant de plus de un an**

Version 6: 10.2022

Selon les directives médico-éthiques 2017 de l'académie suisse des sciences médicales (ASSM) et dans le respect de la loi fédérale sur la transplantation d'organes de tissus et de cellules du 8 octobre 2004 et des ordonnances qui en découlent.

*Ce document fait partie intégrante du dossier médical du patient, où il est archivé*

**Lors de toutes démarches de don et selon les  
 organisations internes à chaque hôpital, il est  
 recommandé de contacter précocement un  
 coordinateur local de don.**

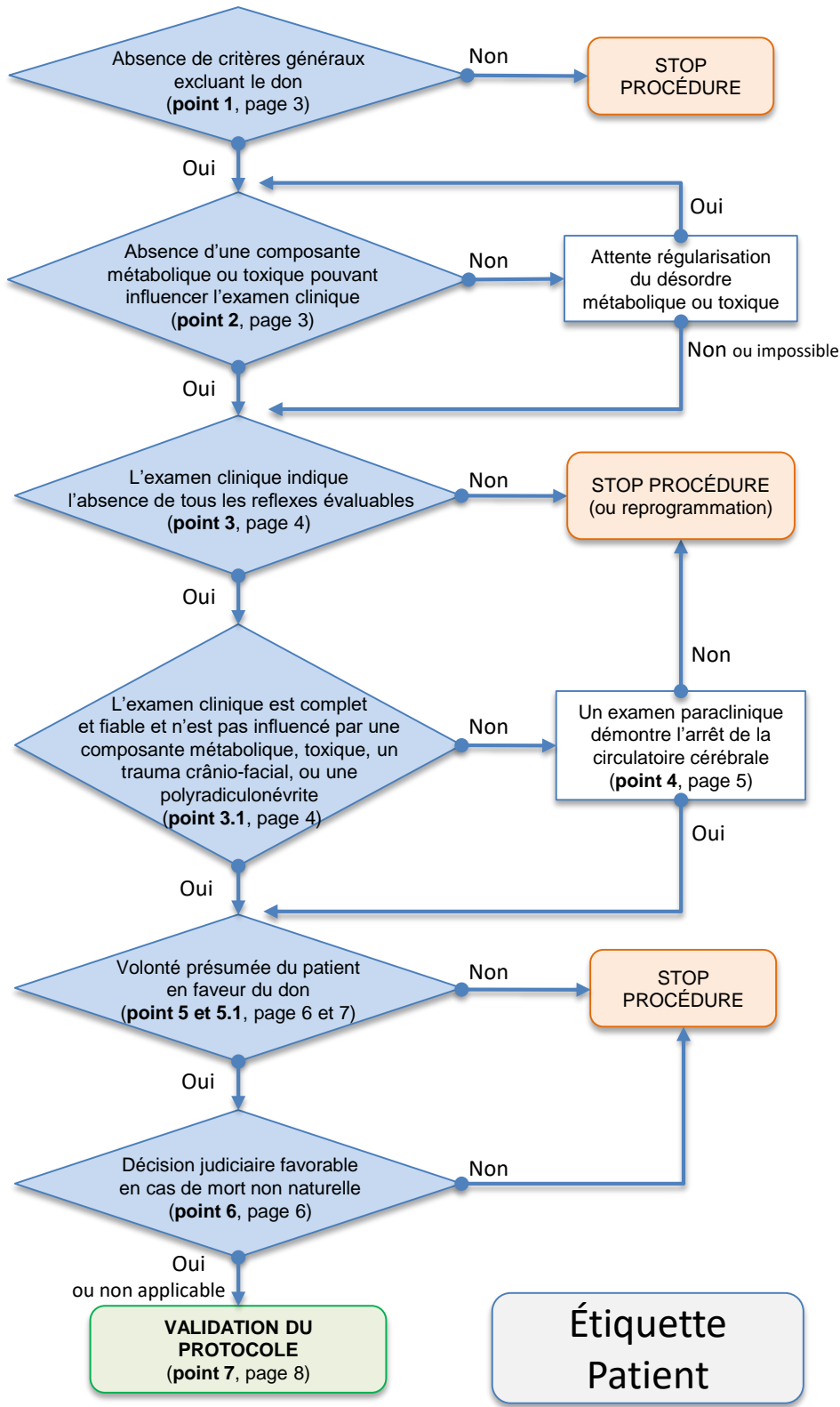
<sup>1</sup> Pour désigner les dons d'organes après une mort due à une lésion cérébrale primaire, les expressions «Donation after Brain Death» (DBD), «Heart-Beating-Donation» (HBD) ou «Don après décès en mort cérébrale» (DDMC) sont utilisées indifféremment.

**Étiquette  
 Patient**

# LOGIGRAMME CHEZ LE DONNEUR D'ORGANES À CŒUR BATTANT (DBD)

Ce logigramme résume le processus de don chez le DBD, les points de passage doivent être validés pour effectuer le don. Dans certaines situations la recherche de l'avis présumé ou la décision judiciaire peuvent être interverties.

## Lésion cérébrale primaire ou lésion anoxique (situation clinique dépassée)





1. CRITÈRES GÉNÉRAUX D'EXCLUSION AU DON (cocher case valide)		OUI	NON
Infection systémique grave incurable ou d'origine inconnue. <i>Lors d'un sepsis contrôlé par antibiothérapie dirigée, la contre-indication au don d'organes doit être discutée</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suspicion (ou risque) de maladie à prions		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suspicion d'infection par le virus de la rage		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie dégénérative d'origine inconnue affectant le système nerveux central		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie oncologique selon description ci-dessous La possibilité de don chez les patients avec une maladie oncologique débutante, localisée ou en rémission doit systématiquement être discutée avec SWT. Le mélanome est considéré comme une contre-indication absolue sauf en cas d'ablation avec absence de récurrence dans les dix ans. Il n'existe AUCUNE contre-indication dans les cas suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Carcinome baso-cellulaire cutané primaire</li> <li>- Carcinome in situ du col de l'utérus</li> <li>- Tumeur locale clairement définie de malignité mineure (p. ex., carcinome à cellules rénales inférieur à 2 cm)</li> </ul>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Aucun critère d'exclusion au don n'est retrouvé, le processus peut être poursuivi:</b> <b>OUI <input type="checkbox"/> (Passage point 2)      NON <input type="checkbox"/> (Stop procédure)</b>			
Remarques:			

2. COMPOSANTE MÉTABOLIQUE OU TOXIQUE POUVANT INFLUENCER L'EXAMEN CLINIQUE			
Na: _____	K: _____	Ca: _____	Glycémie: _____
Urée: _____	Créatinine: _____	Autre(s): _____	
Fonction hépatique: _____		Facteurs de la coagulation: _____	
Dosages toxicologiques si nécessaires: _____ _____			
<b>Absence d'une composante métabolique ou toxique pouvant influencer l'examen clinique de défaillance complète du cerveau (cocher case valide):</b> <b>OUI <input type="checkbox"/> (Passage point 3)</b> <b>NON <input type="checkbox"/> (Report de la procédure pour régularisation ou passage point 3)</b> <i>Si la composante métabolique est présente, elle doit être corrigée ou être obligatoirement complétée par un examen paraclinique</i>			<b>Remarques</b>

Étiquette  
Patient



### 3. EXAMEN CLINIQUE DE DÉFAILLANCE COMPLÈTE DU CERVEAU (cocher case valide)

T° ≥ 35°C	<input type="checkbox"/>
Absence de sédation ou de curarisation	<input type="checkbox"/>
Coma	<input type="checkbox"/>
Pupilles moyennement dilatées ou en mydriase bilatérale, <b>sans réaction à la lumière</b>	<input type="checkbox"/>
Absence du réflexe vestibulo-oculaire: Mobilisation rapide de la tête (yeux de poupée) ou si lésion cervicale test calorique (injection d'eau froide dans le conduit auditif externe droit et gauche)	<input type="checkbox"/>
Absence des réflexes cornéens	<input type="checkbox"/>
Absence de réaction d'origine cérébrale à des stimuli douloureux	<input type="checkbox"/>
Absence des réflexes de toux et oropharyngé	<input type="checkbox"/>
Absence d'activité respiratoire spontanée	<input type="checkbox"/>
<b>TEST D'APNÉE</b> -gazométrie artérielle initiale -ventilation 10 minutes avec FIO <sub>2</sub> : 1.0 -diminuer la Vmin (0.5 à 2l/min) -gazométrie artérielle PaCO <sub>2</sub> > 8 kPa (60mmHg) et pHa < 7,30 -déconnection du patient du respirateur -oxygénation: O <sub>2</sub> 2 à 4 L/min, par sonde endotrachéale -observation de l'absence de mouvement respiratoire pendant 1 minute (Si test pratiqué sous CPAP, observation pendant 3 minutes) -reprise du mode ventilatoire et de la FiO <sub>2</sub> antérieurs au test <b>Le test d'apnée démontre l'absence d'activité respiratoire.</b>	<input type="checkbox"/>

Date:

Heure:

L'examen clinique indique l'absence de tous les réflexes évaluables (validation des points ci-dessus):

OUI  (Passage point 3.1 ci-dessous)      NON  (Stop ou reprogrammation de la procédure)

*Si l'examen ne peut pas être entièrement réalisé et si les signes évaluables indiquent l'absence de réflexes, l'examen paraclinique est obligatoire (Passage point 3.1)*

#### 3.1 INFLUENCE SUR L'EXAMEN CLINIQUE

L'examen clinique est complet et fiable et n'est pas influencé par une composante métabolique, toxique, un trauma crânio-facial, ou une polyradiculonévrite

OUI  (Passage point 5)      NON  (Passage point 4)

\*Nom du médecin :

Spécialité:

Signature:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\*Nom du médecin :

Spécialité:

Signature:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Remarques :

\*Noms et signatures des 2 médecins spécialistes (au sens des directives de l'ASSM) ayant pratiqué l'examen clinique (l'un des 2 n'a pas été impliqué dans la prise en charge du malade)

Étiquette  
Patient

## 4. EXAMENS PARA-CLINIQUES COMPLÉMENTAIRES PERMETTANT DE MONTRER L'ARRÊT CIRCULATOIRE CÉRÉBRAL (cocher case valide)

*Si l'examen clinique n'est pas fiable il doit être obligatoirement complété par un examen para-clinique.*

**Pression artérielle moyenne (PAM)  $\geq$  60mmHg pendant l'examen :**

OUI  (Passage point 4.1)

NON  (Régulariser la PAM avant l'examen)

### 4.1 TYPE D'EXAMEN PARACLINIQUE PRATIQUÉ

Cocher

Ultrasonographie Doppler transcrânienne à codage couleur  
 (Spécialiste en Neurologie avec formation complémentaire en maladies neurovasculaires)

Angio CT (Spécialiste en Radiologie)

Angio IRM (Spécialiste en Radiologie)

Artériographie cérébrale (Spécialiste en Radiologie)

### CONCLUSION

### Remarques

**L'examen paraclinique pratiqué démontre l'arrêt de la circulation cérébrale** (cocher case valide):

OUI  (Passage point 5)

NON  (Stop ou reprogrammation de la procédure)

*La mort est un processus biologique qui s'étend sur une certaine durée et présente des aspects variables. C'est pourquoi il est possible que les examens cliniques et les examens complémentaires techniques aboutissent à des résultats divergents. Le diagnostic ne peut être établi qu'en présence de résultats concordants.*

Date: \_\_\_\_\_

Heure: \_\_\_\_\_

Nom du médecin : \_\_\_\_\_

Spécialité: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

Étiquette  
Patient

## 5. RECHERCHE DE L'AVIS PRÉSUMÉ AU DON D'ORGANES ET DE TISSUS ET AUX MESURES MÉDICALES DESTINÉES À LA CONSERVATION DES ORGANES (cocher case valide)

Dans certaines situations la recherche de l'avis présumé ou la décision judiciaire peuvent être interverties.

	Favorable	Non Favorable	Non connue
Déclaration écrite du patient (en présence d'une déclaration écrite du patient, l'accord écrit des proches n'est en principe pas nécessaire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Décision du représentant légal, du représentant thérapeutique ou des proches selon la volonté présumée du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONCLUSION	Remarques		
Accord au don <input type="checkbox"/> (Passage 5.1 page 6) Refus du don <input type="checkbox"/> (Stop procédure)			

## 6. IMPLICATION JUDICIAIRE (cocher case valide)

Dans certaines situations la recherche de l'avis présumé ou la décision judiciaire peuvent être interverties.

### Mort considérée comme naturelle:

OUI  (Passage point 7)

NON  (Passage point 6.1)

### 6.1 DÉCISION JUDICIAIRE EN CAS DE MORT NON NATURELLE

En cas de mort non naturelle, l'instance judiciaire compétente en accord avec les procédures cantonales a donné son accord au don d'organes et de tissus:

OUI  (Passage point 7)

NON  (Stop procédure)

Remarques ou restrictions éventuelles de l'instance judiciaire:

Date:

\_\_\_\_\_

Heure:

\_\_\_\_\_

Nom de la personne représentant l'instance judiciaire :

\_\_\_\_\_

Étiquette  
Patient

## 5.1 CONSENTEMENT DES PROCHES AU DON D'ORGANES ET DE TISSUS

Etiquette du patient:

1. En signant ce document, vous confirmez que vous avez été parfaitement informé du diagnostic et du pronostic du patient susmentionné, et que vous avez compris ces informations.
2. En signant ce document, vous confirmez que les mesures médicales préliminaires nécessaires à un don d'organes vous ont été expliquées.
3. La réalisation du don d'organes et de tissus respecte la volonté présumée du patient susmentionné.

**Vous donnez votre accord au prélèvement des organes et tissus suivants et aux mesures médicales préliminaires inhérentes, après la constatation du décès conformément aux directives de l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM).**

- a) Tous les organes et tissus :
- b) Certains organes et tissus :
- |                                                            |                                         |                                                                  |                                   |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cœur                              | <input type="checkbox"/> Poumons        | <input type="checkbox"/> Foie                                    | <input type="checkbox"/> Pancréas |
| <input type="checkbox"/> Reins                             | <input type="checkbox"/> Intestin grêle | <input type="checkbox"/> Valves cardiaques et vaisseaux sanguins | <input type="checkbox"/> Cornées  |
| <input type="checkbox"/> Autres tissus et cellules : ..... |                                         |                                                                  |                                   |

### Fins de recherches

Si une transplantation s'avérait impossible pour des raisons médicales, les organes, tissus et cellules prélevés pourront être utilisés à des fins de recherche (uniquement à des fins d'études autorisées par une commission d'éthique et par Swisstransplant/le CNDO – retour à Swisstransplant sur les organes, tissus et cellules utilisés dans les sept jours suivant le prélèvement)

- Oui  Non

Si, pour des raisons médicales, les organes/tissus/cellules ne peuvent pas être transplantés et sont validés pour un projet de recherche autorisé, le formulaire supplémentaire « Utilisation des organes/tissu/cellules à des fins de recherche » doit être complété.

### CONSENTEMENT DES PROCHES OU DE LA PERSONNE DE CONFIANCE DU PATIENT

En signant ce document, vous confirmez que :

- vous avez lu et compris ce document.
- vous avez été parfaitement informé sur le don d'organes et de tissus.
- vous avez eu la possibilité de poser des questions et avez été satisfait des réponses.

Nom/prénom : ..... Qualité du proche:.....

Date/lieu : ..... Signature : .....

### CONFIRMATION DU SPÉCIALISTE

En signant ce document, vous confirmez que :

- vous avez parfaitement informé les proches du diagnostic et du pronostic du patient.
- vous avez expliqué aux proches les mesures médicales préliminaires à un don d'organes.
- vous avez informé les proches des analyses nécessaires et du déroulement d'un don d'organes.

L'entretien a eu lieu :  en face à face  par téléphone Date : ..... Nom du proche : .....

Nom/prénom : ..... Signature : .....

Date/lieu : .....

**Passage au point 6 page 6**

En présence d'une déclaration écrite du patient, l'accord écrit des proches n'est en principe pas nécessaire.

## 7. VALIDATION DU PROTOCOLE (cocher case valide)

**Toutes les conditions pour le don chez le donneur à cœur battant (résumé dans le logigramme) sont remplies et le corps peut être libéré pour le prélèvement des organes et des tissus mentionnés dans la déclaration d'accord.**

OUI

NON  (Stop procédure)

Si non expliquer : .....

Date:

Heure:

**Nom du médecin spécialiste en médecine intensive en charge du patient** (au sens des directives de l'ASSM) :

Signature:

**Nom du coordinateur de don si impliqué:**

Signature:

Remarques

Après validation du protocole, les démarches d'organisation pour le prélèvement doivent se mettre en place avec l'appel au coordinateur de prélèvement selon les procédures propres à chaque hôpital.

Étiquette  
Patient