C·H·U
Hôpitaux de Bordeaux

PRELEVEMENT D'ORGANES A DES FINS SCIENTIFIQUES

Mis à jour le 13/03/06

PROCES VERBAL DE CONSTAT DE LA MORT

Je soussigné(e),

docteur .....

(nom, prénom, qualité, service).....

Certifie avoir constaté la réalité de la mort de

M, Mme, Melle .....

(nom, prénom, date et lieu de naissance)

.....

le (date et heure du décès) .....

Le diagnostic a été porté en tenant compte que la personne décédée présente un arrêt cardiaque et respiratoire persistant. Les trois critères cliniques suivants doivent dans ce cas être simultanément présents

- **a) Absence totale de conscience et d'activité motrice spontanée,**
- **a) Abolition de tous les réflexes du tronc cérébral,**
- **a) Absence totale de ventilation spontanée.**

⇨ déclare avoir vérifié que la personne n'a pas fait connaître, de son vivant, son refus d'un tel prélèvement (le témoignage de la famille doit être recueilli). Cette vérification est sans objet pour les enfants de moins de 13 ans.

⇨ déclare qu'il n'existe pas d'obstacle médical au prélèvement (loi bioéthique n° 94-654 de juillet 1994) : en particulier, le décès ne doit pas faire suite à un crime, suicide, cause suspecte ou accident de la route, accident du travail ou maladie professionnelle,

⇨ donne son accord pour effectuer un prélèvement à des fins scientifiques.

Signature et cachet du médecin

AUTORISATION PRELEVEMENT SCIENTIFIQUE

Consentement pour MINEUR ou INCAPABLE MAJEUR

Je soussignée, Mme.....

mère de l'enfant .....

Et

Je soussigné, M .....

père de l'enfant .....

Ou

Je soussigné(e), M.....

représentant légal de .....

▫ donne l'autorisation de pratiquer sur le corps du défunt un prélèvement à des fins scientifiques,

▫ autorise que des prélèvements tissulaires soient éventuellement congelés à titre conservatoire pour des études ultérieures sur l'ADN dans un but diagnostique et non à des fins identificatrices.

NB : Le consentement des deux titulaires de l'autorité parentale est nécessaire sauf en cas d'impossibilité avérée de joindre l'un des deux parents.

Je soussigné, (nom et prénom) .....

agissant en qualité de

▫ directeur du Groupe Hospitalier .....

▫ représentant du directeur du Groupe Hospitalier .....

donne son accord au prélèvement à des fins scientifiques sur la personne de

M .....

Né(e) le ..... Nationalité.....

Bordeaux, le.....

Signature et cachet