

## Ministerul Sănătății - MS

### **Ordinul nr. 1170/2014 privind aprobarea modelelor de formulare pentru aplicarea prevederilor titlului VI din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății**

În vigoare de la 22.10.2014

Văzând Referatul de aprobare nr. N.B. 8.597/2014 al Direcției generale asistență medicală și sănătate publică din cadrul Ministerului Sănătății,

având în vedere prevederile art. II și III din Legea nr. 113/2014 privind aprobarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 35/2012 pentru modificarea și completarea unor acte normative în domeniul sanitar,

1 în temeiul art. 7 alin. (4) din Hotărârea Guvernului nr. 144/2010 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și completările ulterioare,

ministrul sănătății emite următorul ordin:

Art. 1.

Se aprobă modelele de formulare pentru aplicarea prevederilor titlului VI din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, prevăzute în anexele nr. 1-12, care fac parte integrantă din prezentul ordin.

Art. 2.

Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

p. Ministrul sănătății,

Francisk Iulian Chiriac,

secretar de stat

București, 10 octombrie 2014.

Nr. 1.170.

ANEXA Nr. 1

DECLARAȚIE

Subsemnatul (Subsemnata), . . . . . , informat (informată) și conștient (conștientă) asupra riscurilor donării de organe și/sau țesuturi și/sau celule, în concordanță cu dispozițiile legale în vigoare, declar că sunt de acord cu donarea următoarelor organe și/sau țesuturi și/sau celule: . . . . . , pentru efectuarea procedurilor de transplant către primitorul . . . . . , care este . . . . . (gradul de rudenie, după caz: DA/NU).

Înțeleg gestul meu ca fiind un act profund umanitar. Asupra mea nu au fost făcute niciun fel de presiuni. Nu condiționez această donare de obținerea vreunei recompense materiale pentru mine, familia mea sau terțe persoane.

Data: . . . . .

Donatorul,

. . . . .

Primitorul,

. . . . .

Comisia de avizare a donării de la donatorul viu - membri:

1. . . . .

2. . . . .

3. . . . .

ANEXA Nr. 2

DECLARAȚIE

Subsemnatul (Subsemnata), . . . . . [(tatăl/mama/reprezentantul legal) al numitului (numitei) . . . . . , minor (minoră)], informat (informată) și conștient (conștientă) asupra riscurilor prelevării de celule sușe (stem) hematopoietice medulare sau periferice, în concordanță cu dispozițiile legale în vigoare referitoare la prelevarea și transplantul de organe, țesuturi și celule umane, declar că sunt de acord cu recoltarea și donarea de celule sușe (stem) hematopoietice medulare sau periferice în beneficiul . . . . .

Înțeleg gestul meu ca fiind un act profund umanitar. Asupra mea nu au fost făcute niciun fel de presiuni. Nu condiționez această donare de obținerea vreunei recompense materiale pentru mine, familia mea sau terțe persoane.

Data .....

Tatăl,

.....

Mama,

.....

Reprezentantul legal,

.....

Președintele tribunalului<sup>1</sup>,

.....

1 Președintele tribunalului în a cărei circumscripție teritorială se află sediul centrului unde se efectuează transplantul sau al tribunalului în a cărei circumscripție teritorială locuiește donatorul semnează numai pentru donatorii minori care au cel puțin 10 ani.

ANEXA Nr. 3

## CRITERII DE DIAGNOSTIC

pentru confirmarea morții cerebrale

Datele pe care trebuie să le conțină actul constatator

I. Diagnosticul morții cerebrale se stabilește pe baza următoarelor criterii:

1. absența reflexelor de trunchi cerebral;
2. absența ventilației spontane, confirmată de testul de apnee (la un Pa CO<sub>2</sub> de 60 mmHg);

3. traseu electroencefalografic care să ateste lipsa electrogenezei corticale sau angiografia celor 4 axe vasculare carotidiene ori scintigrafia cerebrală cu technetiu sau angioCT cranian care să ateste lipsa circulației sanguine intracerebrale.

Setul de examinări prevăzut la pct. I, care confirmă moartea cerebrală, se repetă la un interval de cel puțin 6 ore pentru adulți. Pentru copii, intervalul este de 48 de ore pentru nou-născutul cu vârsta între 7 zile și 2 luni, 24 de ore pentru copilul cu vârsta între 2 luni și 2 ani și 12 ore pentru copilul cu vârsta între 2 și 7 ani. Pentru copiii cu vârsta peste 7 ani, intervalul este același ca la adulți. La nou-născutul cu vârsta mai mică de 7 zile nu se declară moartea cerebrală.

II. Cauza care a determinat moartea cerebrală trebuie să fie clar stabilită.

III. Excluderea altor cauze reversibile care ar putea produce un tablou clinic, asemănător cu cel din moartea cerebrală (hipotermia, mai mică de 35°C, medicamente deprezoare ale sistemului nervos central, hipotensiune arterială - presiune arterială medie mai mică de 55 mmHg).

IV. Diagnosticul de moarte cerebrală va fi stabilit de 2 medici primari anestezie - terapie intensivă sau de un medic primar anestezie - terapie intensivă și un medic primar neurologie sau neurochirurgie.

V. Diagnosticul de moarte cerebrală va fi înregistrat în următorul protocol:

#### PROTOCOL DE DECLARARE A MORȚII CEREBRALE

Numele donatorului: . . . . ., vârsta: . . . . ., F.O. nr. . . . ., cauza morții cerebrale: . . . . ., debutul comei: data: . . . . ., ora: . . . . .

EXAMEN NEUROLOGIC	Evaluare	
	I	II
Ziua D Ora D		
1) Reflex pupilar fotomotor (a se folosi lumina puternică)		
2) Reflex cornean		
3) Reflex de vomă		

4) Reflex de tuse				
5) Răspuns motor în aria nervilor cranieni (a se apăsa patul unghial, șanțul nazo-genian și zona supraciliară)				
6) Reflex oculo-cefalic (deviația conjugată a privirii la mișcarea bruscă a capului în plan orizontal și vertical)				
7) Reflex oculo-vestibular (deviația conjugată a privirii când se irigă conductul auditiv extern cu 50 ml, apă la 4°C; a se asigura în prealabil de integritatea timpanului)				
8) Evaluarea respirației spontane:				
- prezența mișcărilor respiratorii spontane, anterior efectuării testului de apnee				
- testul de apnee:		PaCO <sub>2</sub>	pH	PaO <sub>2</sub>
1. Se preoxigenează pacientul timp de 10 minute cu oxigen 100%.	0'	I		
		II		
2. Se realizează gazometria: PaCO <sub>2</sub> bazal trebuie să fie 36-40 mmHg.	5'	I		
		II		
3. Se deconectează pacientul de la ventilator timp de 10 minute. Se menține sonda de oxigen cu un debit de 6-12 l/min. pe sonda endotraheală.	10'	I		
		II		
4. Se realizează din nou gazometria: PaCO <sub>2</sub> trebuie să fie minimum 60 mmHg la sfârșitul perioadei de deconectare.	15'	I		
		II		
- prezența mișcărilor respiratorii spontane în timpul testului de apnee				

Electroencefalograma sau angiografia celor 4 axe vasculare carotidiene sau scintigrafia cerebrală cu tehnетиu sau angioCT cranian care să ateste lipsa circulației sangvine intracerebrale:

A = Medic primar ATI

B = Medic primar ATI sau neurolog sau neurochirurg

Moartea cerebrală a numitului/numitei . . . . . a fost declarată la data de . . . . . , ora . . . . .

ANEXA Nr. 4

DECLARAȚIE

Subsemnatul (Subsemnata), . . . . ., în calitate de soț/soție, părinte, copil major, frate, soră, rudă până la gradul IV sau reprezentant legal al numitului (numitei) . . . . . - decedat (decedată), declar că sunt de acord cu recoltarea și cu donarea următoarelor organe și/sau țesuturi și/sau celule: . . . . .

Declar că înțeleg gestul meu ca fiind un act profund umanitar și nu am niciun fel de pretenții materiale sau de altă natură. Asupra mea nu au fost făcute niciun fel de presiuni.

Reprezentantul donatorului,

.....

(gradul de rudenie)

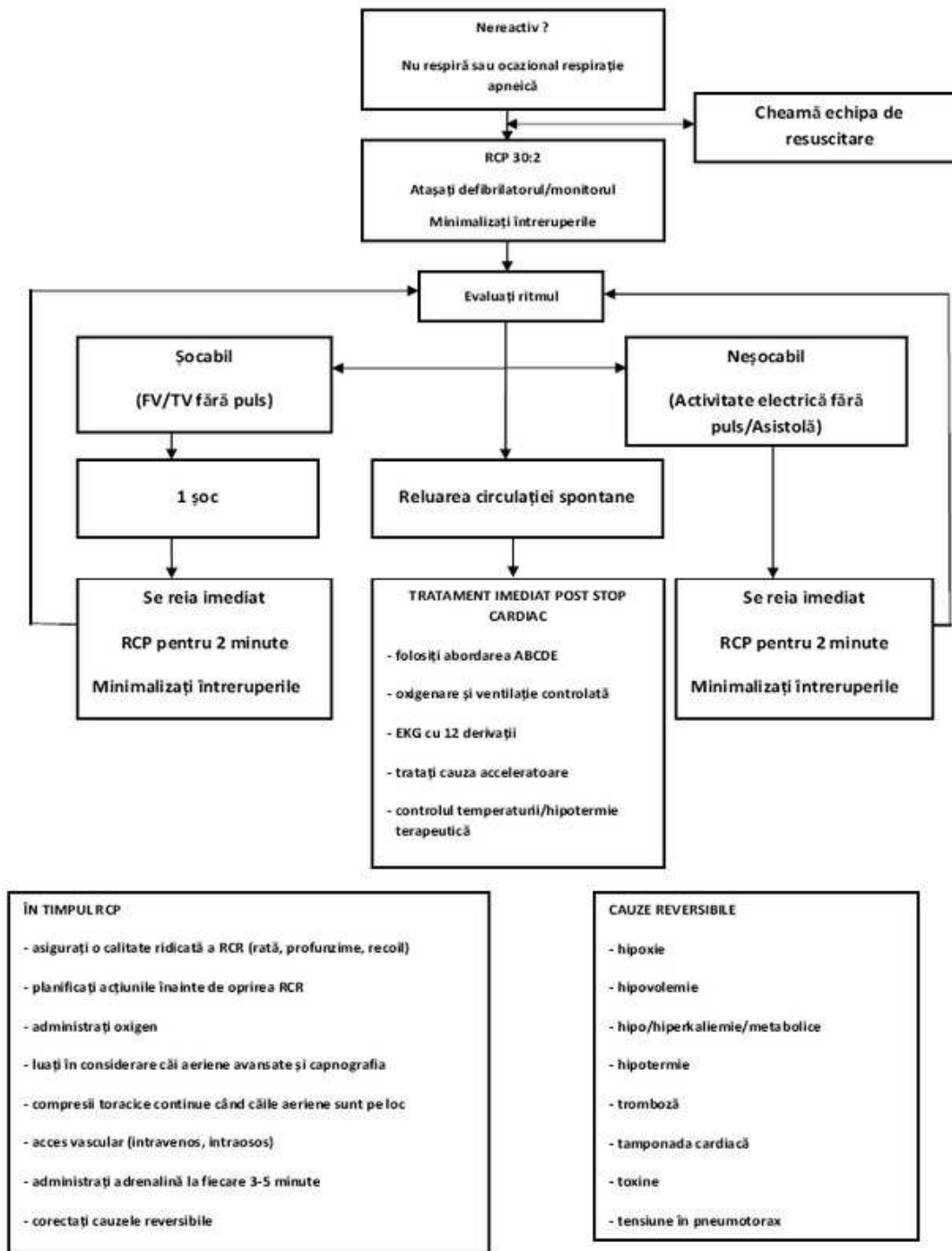
Data ..... Semnătura .....

ANEXA Nr. 5

## PROTOCOL DE RESUSCITARE

pentru adult și pentru copil

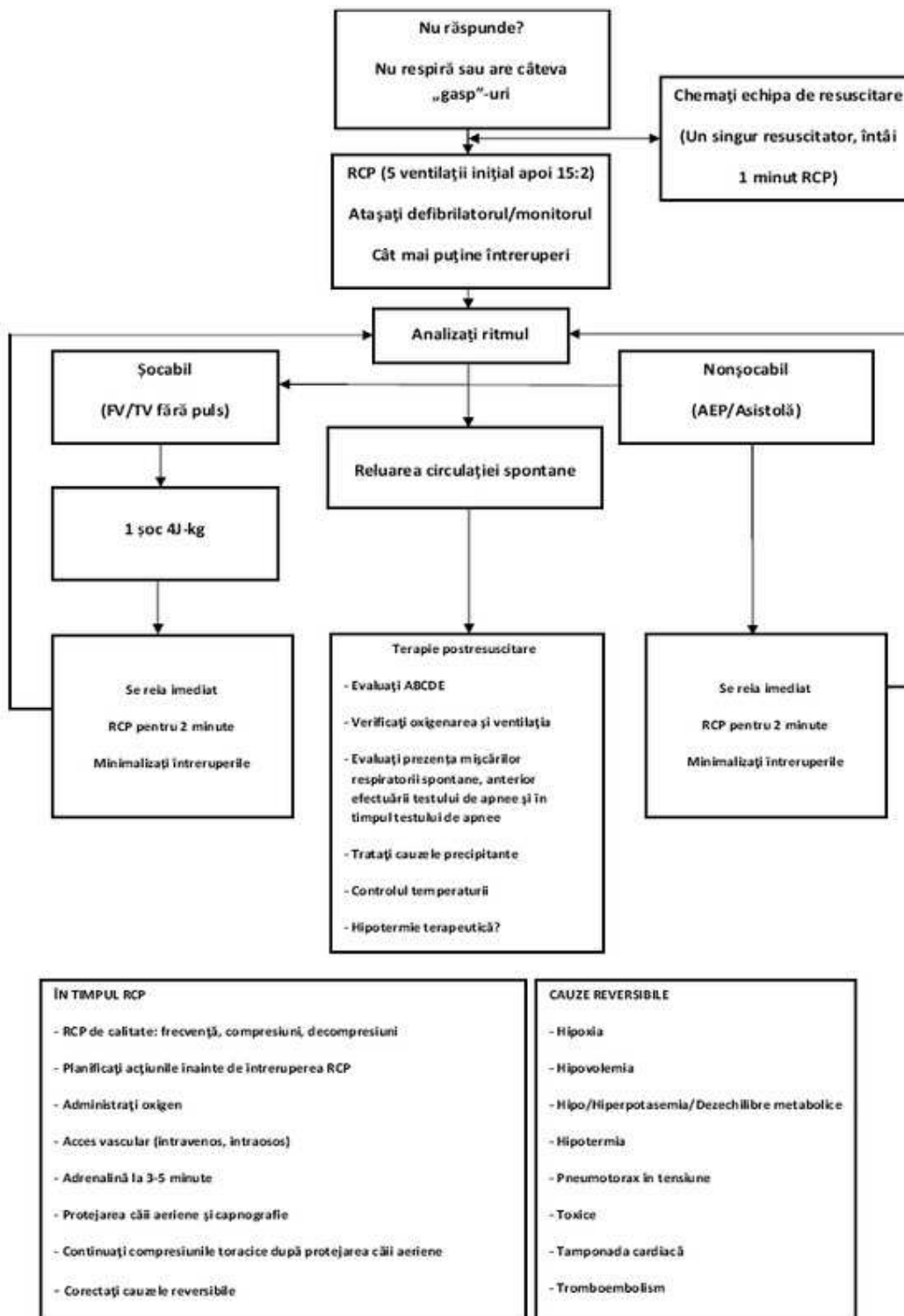
### A. PROTOCOL DE RESUSCITARE PENTRU ADULT



- ÎN TIMPUL RCP**
- asigurați o calitate ridicată a RCR (rată, profunzime, recoil)
  - planificați acțiunile înainte de oprirea RCR
  - administrați oxigen
  - luați în considerare căi aeriene avansate și capnografia
  - compresii toracice continue când căile aeriene sunt pe loc
  - acces vascular (intravenos, intraos)
  - administrați adrenalină la fiecare 3-5 minute
  - corectați cauzele reversibile

- CAUZE REVERSIBILE**
- hipoxie
  - hipovolemie
  - hipo/hiperkalemie/metabolice
  - hipotermie
  - tromboză
  - tamponada cardiacă
  - toxine
  - tensiune în pneumotorax

## B. PROTOCOL DE RESUSCITARE PENTRU COPIL





ANEXA Nr. 6

ROMÂNIA

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII

AGENȚIA NAȚIONALĂ DE TRANSPLANT

Nr. ....../Data .....

AUTORIZAȚIE DE EXPORT

Având în vedere faptul că pe teritoriul României nu există niciun primitor compatibil pentru următoarele organe și/sau țesuturi și/sau celule de origine umană și/sau alte elemente ori produse ale corpului uman . . . . . ,

în baza art. 3 lit. k) din Ordonanța Guvernului nr. 79/2004 pentru înființarea Agenției Naționale de Transplant, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 588/2004, cu modificările și completările ulterioare, și în baza art. 12 lit. k) și art. 21 lit. j) din Regulamentul de organizare și funcționare a Agenției Naționale de Transplant, aprobat prin Ordinul ministrului sănătății nr. 183/2005 privind aprobarea Regulamentului de organizare și funcționare, a organigramei, a componenței Consiliului științific al Agenției Naționale de Transplant, precum și atribuțiile directorului adjunct strategie-management al Agenției Naționale de Transplant, cu modificările și completările ulterioare,

se autorizează echipa de transplant . . . . . , condusă de dr. . . . . , legitimat cu pașaportul nr. . . . . , pentru prelevarea și transportul către . . . . . a următoarelor organe și/sau țesuturi și/sau celule umane . . . . . , recoltate de la un donator decedat la Spitalul . . . . . , pentru utilizare terapeutică.

Directorul executiv al Agenției Naționale de Transplant,

.....

Persoana nominalizată în baza Directivei 25/2012/UE a Comisiei din 9 octombrie 2012 de stabilire a procedurilor de informare pentru schimbul, între statele membre, de organe umane destinate transplantului, responsabilă cu transmiterea de informații în ceea ce privește schimbul de organe,

.....

Avizat pentru legalitate

.....

ANEXA Nr. 7

DECIZIE

Prelevarea în scop terapeutic de la cadavrul ..... din spitalul ..... a următoarelor organe .....  
....., țesuturi ..... și celule ....., în vederea efectuării procedurilor de transplant, nu afectează rezultatele autopsiei medico-legale.

Data și ora .....

Medic legist,

.....

ANEXA Nr. 8

ROMÂNIA

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII

AGENȚIA NAȚIONALĂ DE TRANSPLANT

Nr. .... /Data .....

AUTORIZAȚIE DE IMPORT

Având în vedere faptul că pe teritoriul României nu există niciun organ și/sau țesuturi și/sau celule și/sau alte elemente sau produse ale corpului uman compatibile și disponibile pentru pacientul ....., cu diagnosticul .....,

în baza art. 3 lit. k) din Ordonanța Guvernului nr. 79/2004 pentru înființarea Agenției Naționale de Transplant, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 588/2004, cu modificările și completările ulterioare, și în baza art. 12 lit. k) și art. 21 lit. j) din Regulamentul de organizare și funcționare a Agenției Naționale de Transplant, aprobat prin Ordinul ministrului sănătății nr. 183/2005 privind aprobarea Regulamentului de organizare și funcționare, a organigramei, a componenței Consiliului științific al Agenției Naționale de Transplant, precum și atribuțiile directorului adjunct strategie-management al Agenției Naționale de Transplant, cu modificările și completările ulterioare,

se autorizează importul de . . . . . (Se specifică organul, țesutul, celula sau alte elemente ori produse ale corpului uman.) de la . . . . . din țara . . . . ., pentru a fi utilizat în scop terapeutic în (secția/spitalul). . . . .

Autorizația s-a eliberat ca urmare a cererii înaintate de către . . . . . (Se specifică secția, spitalul.), înregistrată cu nr. . . . . la data de . . . . .

1

Directorul executiv al Agenției Naționale de Transplant,

.....

Persoana nominalizată în baza Directivei 25/2012/UE a Comisiei din 9 octombrie 2012 de stabilire a procedurilor de informare pentru schimbul, între statele membre, de organe umane destinate transplantului, responsabilă cu transmiterea de informații în ceea ce privește schimbul de organe,

.....

Avizat pentru legalitate

.....

ANEXA Nr. 9

#### I. FIȘA PRELEVARE ORGANE ȘI ȚESUTURI

Numele donatorului CNP			Data și ora recoltării: Centre participante:	Centrul donator		
Evaluare renală			Evaluare pulmonară Zile de intubare Secreții Traumatism toracic DA/ NU	Evaluare hepatică	Internare	Finală
	Internare	Finală				
Uree			Caracteristici	Bilirubină directă		
Creatinină						

Sediment urinar L . . . . . dens. . . . . . . . . . proteine. . . . . gluc. . . . . corpi cetonici . . . . . hematii. . . . . nitriți . . . . . Diureză Ultima oră Ultimele 24 ore  Diabet insipid DA / NU Tratament Urocultură						Bilirubină totală		
						GOT		
						GPT		
						LDH		
						Albumine		
						Proteine totale		
						Colesterol		
	Gazometrie					Trigliceride		
	Data					Evaluare pancreatică	Internare	Finală
	Ora							
pO <sub>2</sub>					Amilaze			
					Lipaze			
Prelevare piele DA/NU Ora Zone donatoare/ Suprafața	pCO <sub>2</sub>				Glicemie			
	FiO <sub>2</sub>				Evaluare cardiacă	Internare	Finală	
	HCO <sub>3</sub>				CPK			
					CPK MB, troponine			
Prelevare oase DA/NU Ora Enumerare	pH				TA sistolice/diastolică			
					Frecvența cardiacă			
					PVC Ecocardiografie Coronarografie			
Prelevare tendoane DA/NU Ora Enumerare	Măsurători pe Rx toracic - ICT Sinus costo-frenic drept/stâng: Sinus costo-frenic la apexul pulmonar: Drept cm Stâng cm				Hipotensiune Da/ NU Caracteristici:			
Prelevare corneea DA/NU Ora	Observații:				Stop cardiac Da/ NU Durata			

		Resuscitare
Medic coordonator /telefon	Tipizare HLA	Observații

III. FIȘA PENTRU DECLARAREA DONATORULUI  
(caracterizarea donatorului)

Numele donatorului	Grup Rh	Vârsta	Kg	Înălțime	Perimetru abdominal	Data	Ora începerii	Ora clampării aortei	Ora extracției	
					Perimetru toracic					Centrul donator
CNP		Sex		Diagnostic/Cauza decesului		Organe oferite:				
Prima declarare a morții cerebrale data/ora		A doua declarare a morții cerebrale data/ora				Organe prelevate:				
						Țesuturi oferite:				
						Țesuturi recoltate:				
						Ionogramă	Na	K	Ca	Mg
Consimțământul familiei Nume/telefon aparținător						Internare				
Serologie						Finală				
Sarcina	Ag HBs	Ag HVC		Antecedente Rx toracic - indice cardio-toracic EKG		Coagulare		Internare	Finală	
						APTT, TS, TC				
Ac HBC	Ac HBs	Ac Anti HVC				Timp protrombină				
LUES VDRL TPHA	Ag HIV	Ac HIV				Indice protrombină				
						INR				
CMV	Toxo	Ebstein-				Nr.				

IgG IgM	IgG IgM	Barr IgG IgM		trombocite		
				Fibrinogen -		
Medicație Dopamină Din data de Doză Noradrenalină Din data de Doză				Hemoleuco- gramă		
				Hemoglobină		
			Ecografie Ficat : LS LC LD	Hematocrit		
				Nr. hematii		
				Leucocite		
Antibiotice Din data de Tipul/doza Altele			Structură colecist VP mm CBP mm Pancreas structură Splină structură RD mm, structură RS mm, structură Tomografie computerizată: Altele	Neutrofile %		
				Segmentate %		
				Nesegmentate %		
				Limfocite %		
				Monocite %		
				Eozinofile %		
				Bazofile %		
				Transfuzii DA / NU Plasmă DA / NU		
Temperatură Observații:						

ANEXA Nr. 10

#### DECLARAȚIE

Subsemnatul (Subsemnata), . . . . ., informat (informată) și conștient (conștientă) asupra riscurilor și beneficiului transplantului de organe, țesuturi și celule umane, în concordanță cu dispozițiile legale în vigoare referitoare la prelevarea și transplantul de organe, țesuturi și celule umane, declar că sunt de acord cu primirea următoarelor organe și/sau țesuturi și/sau celule umane: . . . . .

Data . . . . .

Semnătură pacient . . . . .

Semnătura unui membru al familiei sau a reprezentantului legal1. . . . .

1 În cazul în care primitorul este în imposibilitatea de a-și exprima consimțământul, acesta poate fi dat în scris de către unul dintre membrii familiei sau de către reprezentantul legal al acestuia.

ANEXA Nr. 11

#### DECLARAȚIE - DECIZIE

Conducerea Secției . . . . . din Spitalul . . . . . a încercat prin toate mijloacele uzuale să ia legătura cu familia (urmașii, reprezentanții legali) numitului (numitei) . . . . ., aflat (aflată) pe lista de așteptare în vederea transplantului de . . . . .

Întrucât acest lucru nu a fost posibil în intervalul de timp avut la dispoziție, pentru evitarea decesului primitorului, s-a hotărât începerea transplantului în ziua de . . . . ., ora . . . . .

Data . . . . .

Medic șef de secție,

.....

Medic curant,

.....

ANEXA Nr. 12

#### DECLARAȚIE

Subsemnatul (Subsemnata), . . . . ., părinți (copil major, frate, soră, reprezentanți legali) ai numitului (numitei) . . . . ., minor (minoră)  persoană cu dizabilități psihice , informat (informată) și conștient (conștientă) asupra riscurilor și beneficiului transplantului de organe, țesuturi și celule umane, în concordanță cu dispozițiile legale în vigoare referitoare la prelevarea și transplantul de organe, țesuturi și celule umane, declar (declaram) că sunt (suntem) de acord cu primirea următoarelor organe și/sau țesuturi și/sau celule umane: . . . . ., pentru . . . . .

Data . . . . .

Semnătura reprezentantului legal . . . . .

Medic șef de secție,

.....