

Αριθμός 308

Οι περί Αφαιρέσεων και Μεταμοσχεύσεων Βιολογικών Ουσιών Ανθρώπινης Προελεύσεως Κανονισμοί του 1989, οι οποίοι κατατέθηκαν στη Βουλή των Αντιπροσώπων και εγκρίθηκαν από αυτή χωρίς τροποποιήσεις, δημοσιεύονται στην επίσημη εφημερίδα της Δημοκρατίας σύμφωνα με το άρθρο 18 του περί Αφαιρέσεων και Μεταμοσχεύσεων Βιολογικών Ουσιών Ανθρώπινης Προελεύσεως Νόμου του 1987.

Ο ΠΕΡΙ ΑΦΑΙΡΕΣΕΩΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ ΒΙΟΛΟΓΙΚΩΝ
ΟΥΣΙΩΝ
ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΠΡΟΕΛΕΥΣΕΩΣ ΝΟΜΟΣ ΤΟΥ 1987

Κανονισμοί με βάση το άρθρο 18

Το Υπουργικό Συμβούλιο, ασκώντας τις εξουσίες που του δίνει το άρθρο 18 του περί Αφαιρέσεων και Μεταμοσχεύσεων Βιολογικών Ουσιών Ανθρώπινης Προελεύσεως Νόμου του 1987, εκδίδει τους πιο κάτω Κανονισμούς.

97 του 1987.

1. Οι Κανονισμοί αυτοί θα αναφέρονται ως οι περί Αφαιρέσεων και Μεταμοσχεύσεων Βιολογικών Ουσιών Ανθρώπινης Προέλευσης Κανονισμοί του 1989.

Συνοπτικός τίτλος.

2. Οι αφαιρέσεις βιολογικών ουσιών, οι ενοφθαλμισμοί και οι μεταμοσχεύσεις επιτρέπεται να γίνονται μόνο στα νοσηλευτικά ιδρύματα που ορίζει ο Υπουργός Υγείας με Διάταγμά του που δημοσιεύεται στην επίσημη εφημερίδα της Δημοκρατίας.

Νοσηλευτικά ιδρύματα και μεταμοσχεύσεις.

3. Η προβλεπόμενη στην παράγραφο (γ) του εδαφίου (1) του άρθρου 7 του Νόμου συγκατάθεση του δότη για την αφαίρεση βιολογικής ουσίας και ο τρόπος κατατόπισής του για τις ιατρικές συνέπειες της αφαίρεσης γίνεται σύμφωνα με τον τύπο που εκτίθεται στον Πρώτο Πίνακα.

Συγκατάθεση δότη για την αφαίρεση βιολογικής ουσίας. Πρώτος Πίνακας.

4. Πριν από την αφαίρεση βιολογικής ουσίας από ζωντανό άνθρωπο ή από πτώμα ανθρώπου επιβάλλεται να γίνονται όλες οι επιβαλλόμενες και ενδεδειγμένες από την ιατρική επιστήμη προκαταρκτικές εξετάσεις στο δότη και στο λήπτη, στις οποίες απαραίτητα πρέπει να περιλαμβάνονται οι πιο κάτω προκαταρκτικές εξετάσεις στο δότη:

Εξετάσεις επί του δότη και του λήπτη.

- (i) Ομάδα αίματος — ABO συμβατότητα.
- (ii) Αναλύσεις ιστοσυμβατότητας.
- (iii) Εξέταση για Αντιγόνο Ηπατίτιδας Β.
- (iv) Εξέταση για αντισώματα του ιού του Επίκτητου Συνδρόμου Ανοσιολογικής Ανεπάρκειας (Human Immunodeficiency Virus Test).
- (v) Εξέταση για σύφιλη.
- (vi) Αποκλεισμός ουρολοιμώξεων και άλλων συστηματικών λοιμώξεων.
- (vii) Αποκλεισμός κακοήθων όγκων (καρκίνου).

5. Η διαπίστωση της ύπαρξης των σημείων τα οποία δηλώνουν την οριστική και μη ανατρέψιμη απουσία όλων των αντανακλαστικών του εγκεφαλικού στελέχους γίνεται με τους γενικά παραδεκτούς από την ιατρική επιστήμη τρόπους και μεθόδους.

Τρόποι και μέθοδοι διαπίστωσης εγκεφαλικού θανάτου.

Τύπος βεβαί-
ωσης θανάτου.
Δεύτερος
Πίνακας.

6. Η προβλεπόμενη στο άρθρο 10 του Νόμου διαπίστωση και πιστοποίηση του θανάτου γίνεται σύμφωνα με τον τύπο που εκτίθεται στο Δεύτερο Πίνακα.

Τύπος
δήλωσης
δωρεάς
σώματος, κλπ.
μετά θάνατο.
Τρίτος
Πίνακας.

7. Η προβλεπόμενη στο άρθρο 14 του Νόμου δήλωση δωρεάς σώματος, οργάνου ή ιστού μετά θάνατο για ιατρικούς σκοπούς γίνεται σύμφωνα με τον τύπο που εκτίθεται στον Τρίτο Πίνακα και παραδίδεται στο Υπουργείο Υγείας:

Νοείται ότι η υπογραφή του δότη πιστοποιείται από κοινοτάρχη ή εξουσιοδοτημένο πιστοποιούντα υπάλληλο.

Τύπος
συγκατάθεσης
για αφαίρεση
από πτώμα
βιολογικής
ουσίας.
Τέταρτος
Πίνακας.

8. Η συγκατάθεση για αφαίρεση βιολογικής ουσίας από πτώμα γίνεται σύμφωνα με τον τύπο που εκτίθεται στον Τέταρτο Πίνακα.

ΠΡΩΤΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ

(Κανονισμός 3)

ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΔΟΤΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΒΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΟΥΣΙΑΣ

Εγώ ο/η
από αρ. ταυτότητας.....
συγκατατίθεμαι στην αφαίρεση.....
και έχω κατατοπιστεί πλήρως για τη φύση, το σκοπό και τις ιατρικές συνέπειες της
αφαίρεσης από το Δρα.....

Ημερομηνία Υπογραφή

ΚΑΤΑΤΟΠΙΣΗ ΔΟΤΗ ΓΙΑ ΤΙΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΑΦΑΙΡΕΣΗΣ

Εγώ ο Δρ.....
έχω κατατοπίσει πλήρως τον πιο πάνω αναφερόμενο δότη για τη φύση, το σκοπό
και τις ιατρικές συνέπειες της αφαίρεσης.

Ημερομηνία Υπογραφή

ΔΕΥΤΕΡΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ

(Κανονισμός 6)

ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΗ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ

1. Η διαπίστωση του θανάτου γίνεται από δύο ειδικούς γιατρούς που δεν έχουν σχέση με οποιαδήποτε επιστημονική ομάδα που ενδιαφέρεται ή ασχολείται με τη θεραπευτική των μεταμοσχεύσεων.

2. Η διαπίστωση του εγκεφαλικού θανάτου πρέπει κατά κανόνα να γίνεται μετά την παρέλευση τουλάχιστον 6 ωρών από την έναρξη του κώματος ή, σε περίπτωση κατά την οποία το κώμα ήταν αποτέλεσμα καρδιακής ανακοπής 24 ωρών μετά την αποκατάσταση της κυκλοφορίας.

3. Σε περίπτωση λήψης τοξικών ουσιών ή φαρμάκων (όπως για παράδειγμα βαρβιτουρικών) η διαπίστωση του εγκεφαλικού θανάτου γίνεται μετά την παρέλευση του χρόνου εκείνου ο οποίος απαιτείται για να αποβληθεί η τοξική ουσία ή το φάρμακο από τον οργανισμό και αφού διαπιστωθεί ότι η στάθμη της τοξικής ουσίας ή του φαρμάκου στο αίμα δε βρίσκεται πλέον σε επίπεδα τα οποία να προκαλούν συμπτώματα από το εγκεφαλικό στέλεχος.

Όνομα ασθενούς Αρ. Φακ.

..... Αρ. ταυτοτ.

Ημερομ. Γέννησης

Νοσοκομείο

Θάλαμος

Προϋποθέσεις:

1. Είστε ικανοποιημένος ότι ο ασθενής υποφέρει από πάθηση η οποία έχει οδηγήσει σε μη θεραπεύσιμη και μη ανατρέψιμη εγκεφαλική βλάβη; Αναφέρετε την πάθηση.....

.....

Χρόνος έναρξης

μη ανατρέψιμου κώματος

Γιατρός Α:

Γιατρός Β:

2. Είστε ικανοποιημένος ότι έχουν αποκλειστεί σε ικανοποιητικό βαθμό δυνητικά ανατρέψιμες αιτίες για την κατάσταση της υγείας του ασθενούς και ειδικότερα:

	Γιατρός Α	Γιατρός Β
(α) Λήψη καταπραϊντικών φαρμάκων
(β) Λήψη νευρομυϊκών αναστολέων
(γ) Υποθερμία
(δ) Μεταβολικές ή ενδοκρινολογικές ανωμαλίες

3. Είστε κκανοποιημένος ότι έχουν γίνει οι πιο κάτω εξετάσεις ή έχουν ληφθεί τα ενδεδειγμένα δείγματα αίματος για να γίνουν στο δότη οι πιο κάτω εξετάσεις:

	Γιατρός Α	Γιατρός Β
(α) Ομάδα αίματος—ΑΒΟ συμβατότητα
(β) Αναλύσεις ιστοσυμβατότητας
(γ) Εξέταση για Αντιγόνο Ηπατίτιδας Β
(δ) Εξέταση για Human Immunodeficiency Virus
(ε) Εξέταση για σύφιλη

4. Είστε ικανοποιημένος ότι έχουν αποκλειστεί οι πιο κάτω καταστάσεις επί του δότη;

	Γιατρός Α	Γιατρός Β
(α) Ουρολοιμώξεις
(β) Συστηματικές λοιμώξεις
(γ) Κακοήθεις όγκοι

ΕΞΕΤΑΣΗ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΗ ΤΗΣ ΥΠΑΡΞΗΣ ΣΗΜΕΙΩΝ ΠΟΥ
ΔΗΛΩΝΟΥΝ ΟΡΙΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΜΗ ΑΝΑΤΡΕΨΙΜΗ ΑΠΟΥΣΙΑ ΟΛΩΝ
ΤΩΝ ΑΝΤΑΝΑΚΛΑΣΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΣΤΕΛΕΧΟΥΣ

	Γιατρός Α	Γιατρός Β
	1η εξέταση—2η εξέταση	1η εξέταση—2η εξέταση
1. Οι κόρες των ματιών είναι διεσταλμένες και δεν αντιδρούν σε ισχυρά και φωτεινά ερεθίσματα;
2. Τα αντανακλαστικά του κερατοειδούς είναι θετικά;
3. Διαπιστώνονται κινήσεις των ματιών κατά την εξέταση των αισθησιοοφθαλμοκινητικών αντανακλαστικών μετά από θερμοερεθίσματα στα έξω αυτιά;
4. Υπάρχουν οποιεσδήποτε αντιδράσεις στην περιοχή κατανομής των εγκεφαλικών συζυγιών μετά από ερεθισμό στο πρόσωπο, τον κορμό ή τα άκρα;
5. Το αντανακλαστικό του φάρυγγος είναι θετικό;
6. Το αντανακλαστικό του βήχα είναι θετικό;
7. Έχουν παρατηρηθεί οποιεσδήποτε αναπνευστικές κινήσεις μετά την αποσύνδεση από τον αναπνευστήρα;

	Γιατρός Α	Γιατρός Β
Ημερομηνία και χρόνος 1ης εξέτασης
Ημερομηνία και χρόνος 2ης εξέτασης

(Οι δύο γιατροί μπορούν να εξετάσουν τον ασθενή είτε μαζί είτε χωριστά).

Γιατρός Α	Γιατρός Β
Υπογραφή.....	Υπογραφή.....
Όνοματεπώνυμο.....	Όνοματεπώνυμο.....
.....
Τίτλος.....	Τίτλος.....
.....
Διεύθυνση.....	Διεύθυνση.....

ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΘΑΝΑΤΟΥ

Πιστοποιώ το θάνατο του πιο πάνω αναφερόμενου ασθενή και βεβαιώνω ότι διαπίστωσα δύο τουλάχιστο φορές την ύπαρξη όλων των απαιτούμενων σημείων τα οποία δηλώνουν την οριστική και μη ανατρέψιμη απουσία όλων των αντανεκλαστικών του εγκεφαλικού στελέχους και ότι για τη διαπίστωση της ύπαρξής τους εφάρμοσα τους γενικά παραδεκτούς από την ιατρική επιστήμη τρόπους και μεθόδους.

ΓΙΑΤΡΟΣ Α

ΓΙΑΤΡΟΣ Β

ΤΡΙΤΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ

(Κανονισμός 7)

ΔΗΛΩΣΗ ΓΙΑ ΜΕΤΑ ΘΑΝΑΤΟ ΔΩΡΕΑ ΣΩΜΑΤΟΣ, ΟΡΓΑΝΟΥ Ή ΙΣΤΟΥ

Εγώ ο
ικανός προς δικαιοπραξία δωρίζω μετά το θάνατό μου για ιατρικούς σκοπούς†

Ημερομηνία

Ο δηλών

.....	Επώνυμο
	Όνομα
	Αρ. ταυτ.
	Υπογραφή
	Πιστοποίηση υπογραφής από κοινο- τάρχη ή πιστοποιούντα υπάλληλο

† Αναφέρετε κατά πόσο η δωρεά αφορά το σώμα, όργανο ή ιστό· αν η δωρεά αφορά μόνο όργανο ή ιστό αναφέρετε το συγκεκριμένο όργανο ή ιστό.

ΤΕΤΑΡΤΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ

(Κανονισμός 18)

ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΓΙΑ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΒΙΟΛΟΓΙΚΗΣ
ΟΥΣΙΑΣ ΑΠΟ ΠΤΩΜΑΤΙΚΟ ΔΟΤΗ

Εγώ ο/η
 δηλώνω ότι δεν αντιτίθεμαι στην αφαίρεση των νεφρών και των εξής άλλων
 οργάνων
 από τον/την
 που κατά τη βεβαίωση των γιατρών (συγγένεια και όνομα)
 κ.
 του
 (πόλης)

θεωρείται εγκεφαλικά νεκρός/ή.

Τα όργανα που θα αφαιρεθούν, αν είναι κατάλληλα, θα χρησιμοποιηθούν για
 μεταμόσχευση σε ασθενείς της εκλογής των ειδικών γιατρών.

Δηλώνω ότι κατ' ουδένα τρόπο θα θεωρήσω το Δρα.
 ή τους γιατρούς τόσο
 (Χειρουργο)
 του
 (πόλης)

όσο και εκείνους του Μεταμοσχευτικού Κέντρου
 υπευθύνους για το θάνατο του συγγενή μου.

.....
 (Υπογραφή)

.....
 (Ημερομηνία)

.....
 (Μάρτυρες)

.....
 (Μάρτυρες)

