**MINISTARSTVO ZDRAVSTVA I SOCIJALNE SKRBI**

**2957**

Na temelju članka 37. postavka 1. Zakona o uzimanju i presađivanju dijelova ljudskog tijela u svrhu liječenja (»Narodne novine«, br. 177/04) ministar zdravstva i socijalne skrbi donosi

**PRAVILNIK**

**O POSTUPKU OBAVJEŠTAVANJA O SMRTI OSOBA KOJE DOLAZE U OBZIR KAO DARIVATELJI DIJELOVA LJUDSKOG TIJELA ZBOG PRESAĐIVANJA U SVRHU LIJEČENJA**

Članak 1.

Ovim Pravilnikom utvrđuje se postupak obavještavanja o smrti osoba koje dolaze u obzir kao darivatelji dijelova ljudskog tijela zbog presađivanja u svrhu liječenja.

Članak 2.

Pod dijelovima ljudskog tijela u smislu ovoga Pravilnika podrazumijevaju se organi i tkiva.

Članak 3.

Za svakog bolesnika u jedinici intenzivnog liječenja bolničke zdravstvene ustanove (u daljnjem tekstu: JIL), liječnik koji liječi ili dežurni liječnik mora odmah ispuniti obrazac »Prijava o bolesniku u komi«, ako bolesnik udovoljava sljedećim uvjetima:

– bolesnik u komi s Glasgow skalom kome  7 i utvrđenom etiologijom kome:

kraniocerebralna ozljeda,

moždani udar,

dekompenzirani primarni intrakranijalni tumor,

anoksično oštećenje mozga,

upala središnjeg živčanog sustava.

Obrazac iz stavka 1. ovoga članka tiskan je u Prilogu I. ovoga Pravilnika i čini njegov sastavni dio. Obrazac se ispunjava u dva primjerka, od kojih se jedan primjerak prilaže povijesti bolesti, a drugi se primjerak elektroničkim putem ili na drugi odgovarajući način dostavlja bolničkom transplantacijskom koordinatoru (u daljnjem tekstu: BTK), najkasnije u roku od 6 sati.

Članak 4.

Liječnik u JIL-u, koji je primio bolesnika u komi prema kriterijima iz članka 3. ovoga Pravilnika mora, u skladu s medicinskim kriterijima, provesti kliničke postupke utvrđivanja smrti mozga te o nalazu odmah obavijestiti BTK.

Članak 5.

U bolničkim zdravstvenim ustanovama koje nemaju mogućnost dovršenja postupka potvrđivanja smrti mozga, liječnici su dužni u skladu s medicinskim kriterijima, započeti postupak utvrđivanja smrti mozga i s nacionalnim transplantacijskim koordinatorom (u daljnjem tekstu NTK) dogovoriti dolazak mobilnog tima za potvrdu smrti mozga, ako je isti dostupan ili osigurati prijevoz bolesnika u zdravstvenu ustanovu u kojoj je moguće provesti postupak potvrđivanja smrti mozga.

U slučaju prijevoza bolesnika, obrazac zapisnika o utvrđivanju smrti treba priložiti ostaloj medicinskoj dokumentaciji bolesnika koja se dostavlja zdravstvenoj ustanovi iz stavka 1. ovoga članka.

Članak 6.

Nakon utvrđene smrti mozga, BTK mora o mogućem darivatelju bez odgode obavjestiti NTK u svrhu provjere statusa umrle osobe u Registru nedarivatelja.

Ako se umrla osoba ne nalazi na listi nedarivatelja, BTK obavještava obitelj umrlog o namjeri presađivanja dijelova tijela u svrhu liječenja.

Članak 7.

Odmah po ispunjenju propisanih uvjeta za darivanje organa BTK mora dostaviti NTK najmanje sljedeće podatke o mogućem darivatelju:

– ime i prezime,

– datum rođenja,

– uzrok i vrijeme smrti,

– kratku povijest bolesti,

– hemodinamski status,

– krvnu grupu.

Ispunjeni obrazac »Podaci o darivatelju – Donor info«, koji je tiskan u Prilogu II. ovoga Pravilnika, te presliku krvne grupe BTK mora dostaviti NTK u pisanom obliku, elektroničkim putem ili na drugi odgovarajući način najkasnije u roku od 60 minuta.

Članak 8.

Liječnik koji je u bolničkoj zdravstvenoj ustanovi, a izvan jedinice intenzivnog liječenja, utvrdio smrt bolesnika, o istom obavještava osobu odgovornu za prikupljanje tkiva.

Članak 9.

Liječnik iz članka 8. za svaku umrlu osobu ispunjava obrazac »Darivanje tkiva«, koji je tiskan u Prilogu III. ovoga Pravilnika i čini njegov sastavni dio.

Obrazac iz stavka 1. ovoga članka ispunjava se u dva primjerka, od kojih se jedan prilaže povijesti bolesti, a drugi se primjerak predaje osobi odgovornoj za prikupljanje tkiva.

Osobu odgovornu za prikupljanje tkiva određuje ravnatelj bolničke zdravstvene ustanove.

Članak 10.

Osoba odgovorna za prikupljanje tkiva prije postupka eksplantacije tkiva provjerava da li se umrla osoba nalazi na listi nedarivatelja.

Ako se umrla osoba ne nalazi na listi nedarivatelja osoba odgovorna za prikupljanje tkiva osigurava provođenje postupaka uzimanja tkiva uključujući i informiranje obitelji umrlog o namjeri presađivanja tkiva u svrhu liječenja.

Članak 11.

Ako se umrla osoba nalazi na listi nedarivatelja svi daljnji postupci u svrhu darivanja organa i/ili tkiva obustavljaju se.

Članak 12.

Danom stupanja na snagu ovoga Pravilnika prestaju važiti odredbe Pravilnika o podacima i načinu vođenja dokumentacije o mogućim darivateljima dijelova ljudskog tijela radi presađivanja s umrle osobe (»Narodne novine«, br. 188/03) u dijelu koji se odnosi na postupak obavještavanja o smrti osoba koje dolaze u obzir kao darivatelji dijelova ljudskog zbog presađivanja u svrhu liječenja.

Članak 13.

Ovaj Pravilnik stupa na snagu osmoga dana od dana objave u »Narodnim novinama«.

Klasa: 011-02/05-04/16

Urbroj: 534-06-05-1

Zagreb, 16. prosinca 2005.

Ministar

**doc. dr. sc. Neven Ljubičić**, v. r.

**PRILOG I.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Naziv zdravstvene ustanove

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Jedinica intenzivnog liječenja

**PRIJAVA O BOLESNIKU U KOMI**

**za svakog bolesnika zaprimljenog u JIL u komi bez vlastitih respiracija te mu je nužna potpora**

**strojnom ventilacijom i kojemu je pri prijemu utvrđena dijagnoza (zaokružiti):**

A. 1. izolirane kraniocerebralne ozljede ili

2. moždanog udara ili

3. dekompenziranog intrakranijalnog tumora ili

4. anoksičnog oštećenja mozga ili

5. upale središnjeg živčanog sustava

B. matični broj povijesti bolesti

C. početna slova imena i prezimena

D. spol Ž M

E. godina rođenja

F. datum prijema

dan mjesec godina

G. dan i sat uvođenja respiracijske potpore

dan mjesc godina

sat min

H. Ime, prezime i faksimil liječnika \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

I. Obavijest bolničkom koordinatoru \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dan Sat

J. Bolnički koordinator/ zamjenik obviješten \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Potpis

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PRILOG II** | | | | | | | | | |
| **1/2** | | | | | | | | | |
| **PODACI O DARIVATELJU** | | | | | | | | | |
| **DONOR -INFO** | | | | | Datum: |  | | Sat: |  |
|  |  |
| Ime i prezime: |  |  |  | Broj donora | ABO Rh: | Datum rođenja: | | Dob: | Spol: |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Visina: |  |  | Težina: |  |  | Opseg toraksa: | | Opseg abdomena: | |
|  |  | cm |  |  | kg |  | cm |  | cm |
| TT lab | A | A | A | A | B | B | B | B |  |
|  | Bw | Bw | Cw | Cw |  |  |  |  |  |
| TT materijal | DR | DR | DR | DR | DR | DR |  |  |  |
|  | DQ | DQ | DQ | DQ | Cw | Cw |  |  |  |
| BOLNICA |  |  |  | CIRKULACIJA | | | | | |
| Bolnica: |  |  |  | Diureza: | Zadnji sat: | | ml | | |
| Telefon: |  |  |  |  | Zadnja 24 sata: | | ml | | |
| Kontakt osoba: |  |  |  | Zadnjih \_\_\_\_\_ sati: | | ml | | |
| Telefon: |  |  |  | Krvni tlak: | mm/Hg | | | | |
| Moždana smrt | Datum: | | Sat: | CVP: | cmH2O / mmHg | | | | |
| Dopuštenje za eksplantaciju |  | DA | NE | Hipotenzivne  epizode: | R. br. | Datum | min. | mm Hg | |
| 1. |  |  |  | |
| Eksplantacija planirana: | | | |  | 2. |  |  |  | |
| 3. |  |  |  | |
| Datum:  7. 10. 2003. | | Sat: | | Srčani arest: | DA / NE | Datum |  | min. |  |
| Reanimacija: | DA / NE | Datum |  | min. |  |
| Organi eksplantirani od lokalnog tima: | | | | Opaske: |  |  |  |  |  |
| Srce | Pluća | Jetra | Bubrezi |  |  |  |  |  |  |
| Gušterača |  |  |  | **VIROLOGIJA / BAKTERIOLOGIJA** | | | | | |
| **ORGANI PONUĐENI ZA**  **TRANSPLANTACIJU (ako NE zašto)** | | | | anti HIV 1, 2 |  |  | HBsAg |  |  |
| anti HBs |  |  | anti HBc |  |  |
| Srce | DA / NE |  | | anti HCV |  |  | VDRL/TPH |  |  |
|  | | TOXO IgM |  |  | TOXO IgG |  |  |
| CMV IgM |  |  | CMV IgG |  |  |
| Pluća | DA / NE |  | | Ostalo: |  | | | | |
|  | | | |  |
| Jetra | DA / NE |  | | **MIKROBIOLOŠKE KULTURE** | | | | | |
|  | | Urin: | | | | | |
| Gušterača | DA / NE |  | | Sputum: | | | | | |
|  | | Krv: | 1. | | | | |
| D-Bubreg | DA / NE |  | |  | 2. | | | | |
|  | | 3. | | | | |
| L-Bubreg | DA / NE |  | | **MEDIKACIJA** |  |  |  |  |  |
|  | | Dopamin: |  | | | mcg/kg/min | |
| **OPĆI KLINIČKI PODACI** | | | | Dobutamin: |  | | | mcg/kg/min | |
| Uzrok smrti:  SAH | | | | Adrenalin: |  | | | mg/h | |
| Noradrenalin: |  | | | mg/h | |
| Ostali inotropi: |  | | | | |
| Prijem u bolnicu: | Datum: | | Sat: |  |
| Prijem u JIL | Datum: | | Sat: | Transfuzija krvi od prijema: | | ml | | | |
| Respirator | Datum: | | Sat: | Transfuzija krvi zadnja 24 h: | | ml | | | |
| Urinarni kateter | Datum: | | Sat: | Plazma  ekspanderi u  zadnja 24 h: | R. br. | Naziv | |  | |
|  | 1. |  | | ml | |
| 2. |  | | ml | |
| Temperatura | | ˚C | |  | 3. |  | | ml | |
| **ANAMNEZA** | | | | Ostali lijekovi: | | | | | |
| Hipertenzija | DA / NE |  | |
| Diabetes m. | DA / NE |  |  |
| Pušenje: | DA / NE | God: | Kutija: |
|  | |
| Alkohol: | DA / NE | God: |  |
| Droge: | DA / NE |  |  | Opaske: | | | | | |
| Ostalo: |  | | |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PRILOG II**.**2/2** | | | | | | | |
| **PODACI O DARIVATELJU** | | | | | | | |
| **DONOR-INFO** | | | | | Datum: |  | |
|  | | | | |  | | |
| Ime i prezime: |  | Broj donora | ABO Rh: |  | Datum rođenja: | Dob: | Spol: |
|  |  | |  |  |  |
| **LABORATORIJSKA DIJAGNOSTIKA** | | | | | RTG | EKG | UZV |
| KRV | | | | | **RTG prsnog koša 1** |  | |
| PRETRAGA | DAN/SAT | DAN/SAT | DAN/SAT |  |  |
| Eritrociti |  |  |  | x1012/L |
| Hb |  |  |  | mmol/L |
| Ht |  |  |  | % |
| Leukociti |  |  |  | x103/L |
| Trombociti |  |  |  | x103/L |
| Na |  |  |  | mmol/L |
| K |  |  |  | mmol/L | **EKG** |  | |
| Glukoza |  |  |  | mmol/L |  |
| CPK |  |  |  | U/L |
| CK-MB |  |  |  | U/L |
| Troponin 1 |  |  |  | U/L |
| Troponin T |  |  |  | U/L |
| AST |  |  |  | U/L |
| ALT |  |  |  | U/L |
| LDH |  |  |  | U/L | **UZV** |  | |
| gama GT |  |  |  | U/L |  |
| PV |  |  |  | sec. |
| APTV |  |  |  | sec. |
| Albumini |  |  |  | g/L |
| Urea |  |  |  | mmol/L |
| Kreatinin |  |  |  | µmol/L |
| Fibrinogen |  |  |  | g/L |
| Bilirubin uk. |  |  |  | µmol/L |
| Bilirubin dir. |  |  |  | µmol/L |
| Proteini total. |  |  |  | g/L |
| Alk.fosfataza |  |  |  | U/L |
| Amilaze |  |  |  | U/L |
| Lipaza |  |  |  | U/L |
| URIN | GUK |  | Albumini |  |
|  | | | | |
| **ACIDO-BAZNI STATUS** | | | | |  | | |
| PRETRAGA | DAN/SAT | DAN/SAT | DAN/SAT |  | **OSTALA DIJAGNOSTIKA** |  | |
|  |  |  | / |  |  |
| FiO2 (%) |  |  | 100% |  |
| PEEP |  |  | 5cm H2O | Za 10 min. |
| ph |  |  |  |  |
| pCO2 |  |  |  | mmHg/kPa |
| pO2 |  |  |  | mmHg/kPa |
| HCO3 |  |  |  | mmol/L |
| BE |  |  |  | mmol/L |
| O2 sat. |  |  |  | % |
| **GRANICE PLUĆA** | | | | |
| Desni apeks do desnog FKK | | |  | cm | **OPASKE** |  | |
| Lijevi apeks do lijevog FKK | | |  | cm |  |
| Desni FKK do lijevog FKK | | |  | cm |
| Desni apeks do dijafragme | | |  | cm |
| Lijevi apeks do dijafragme | | |  | cm |
| Dostaviti Ministarstvu zdravstva i socijalne skrbi Nacionalni transplantacijski koordinator tel.: 00385 (98) 404-946 (0-24); faks: 00385 (1) 4677-105 | | | | | | | |

**PRILOG III**

Zdravstvena ustanova: Odjel:

................................................ .....................................

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DARIVANJE TKIVA**

**(ispunjeno u dva primjerka)**

UMRLA OSOBA

Prezime............................. Ime.................................

Datum rođenja .................................

MBG .................................

Ispunio liječnik prilikom utvrđivanja smrti:

Vrijeme smrti: datum:........... sat:...............

Uzrok smrti:..............................................................................................

Prirodna smrt: DA NE

Da li bi pokojnik bio primjeren darivatelj tkiva? DA NE

– Ako ne odgovara, zašto ne? .........................................................................

– Ako odgovara za darivatelja, obavijestite osobu odgovornu za prikupljanje tkiva

DA NE

Osoba odgovorna za prikupljanje tkiva obaviještena: DA NE

Datum: ................................

Ime i prezime liječnika Potpis

.................................…......... …………………………