



**PROTOCOLE POUR LE DON D'ORGANES  
À PARTIR D'UN PATIENT EN ARRÊT CIRCULATOIRE  
TYPE MAASTRICHT III (DCD<sup>1</sup>, NHBD<sup>1</sup>, DDAC<sup>1</sup>)  
Applicable dès l'âge de seize ans  
Version 7: 12.2023**

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.

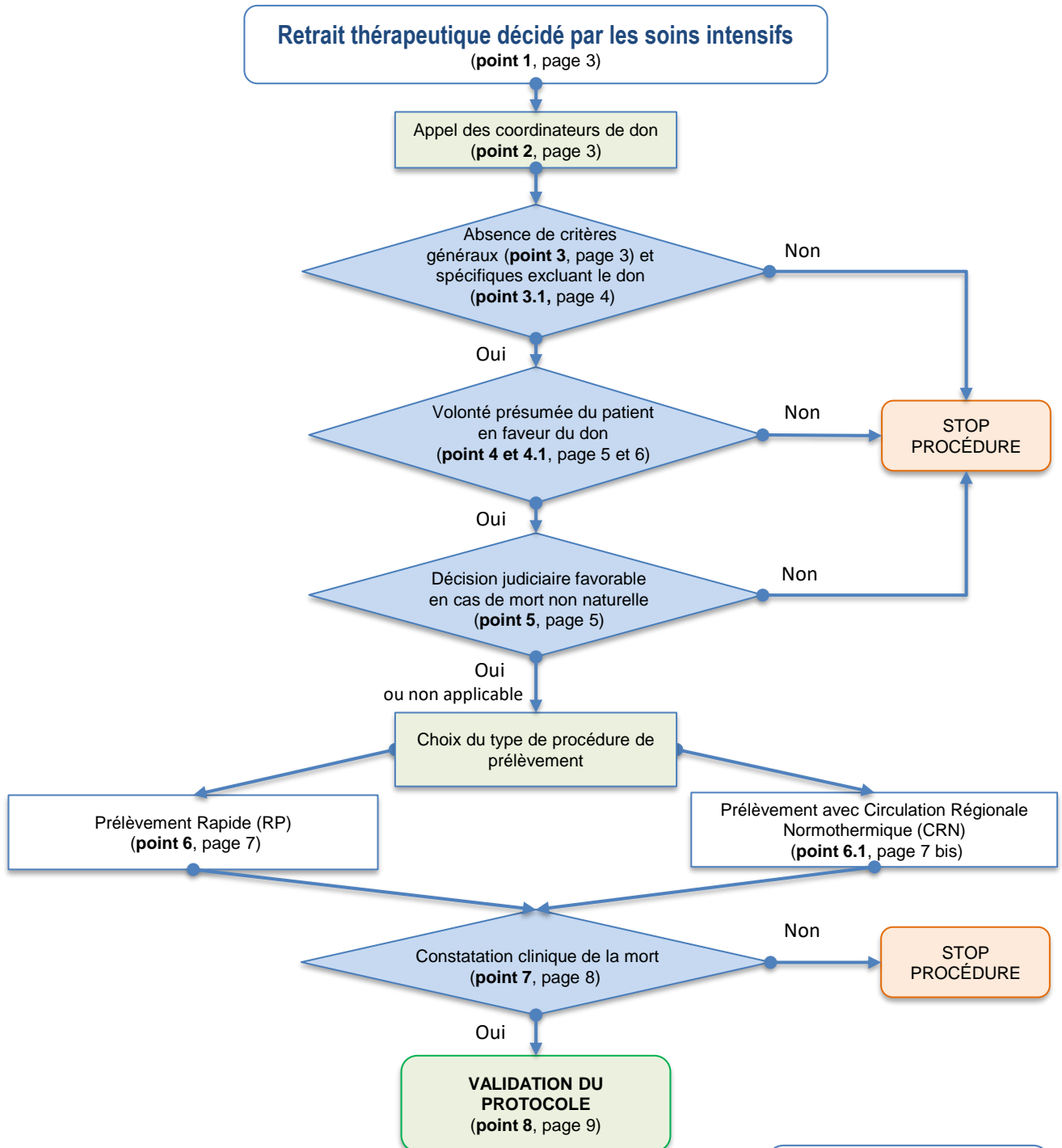
*Ce document fait partie intégrante du dossier médical du patient, où il est archivé*

**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 le don après une mort par arrêt circulatoire persistant, les expressions «Donation after Cardiocirculatory Death» (DCD), «Non-Heart-Beating-Donation» (NHBD) ou «Don après décès par arrêt circulatoire» (DDAC) sont utilisées indifféremment.

## LOGIGRAMME POUR LE DON D'ORGANES À PARTIR D'UN PATIENT EN ARRÊT CIRCULATOIRE TYPE MAASTRICHT III (DCD)

Ce logigramme résume le processus de don chez le DCD, 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.



\* DCD: Donor after Cardio-Circulatory-Death

Étiquette  
Patient

## 1. RETRAIT THÉRAPEUTIQUE (cocher case valide)

### Retrait thérapeutique suite à une maladie ou défaillance:

Neurologique       Cardiaque       Pulmonaire       Digestive

Rénale       Hépatique       Infectieuse       Multi-organique

Autre (merci de préciser):.....

### Le retrait thérapeutique a été décidé par les soins intensifs et accepté par les proches du patient:

OUI  (Passage point 2)

NON  (Stop procédure)

Remarques:

## 2. APPEL DU COORDINATEUR DE DON

Le coordinateur du don (CLD) doit être appelé selon les procédures en vigueur dans chaque hôpital

Nom du CLD: ..... Date: ..... Heure: .....

(Passage point 3)

## 3. CRITÈRES GÉNÉRAUX D'EXCLUSION AU DON (cocher case valide)

OUI

NON

Infection systémique grave incurable ou d'origine inconnue *Lors d'un sepsis contrôlé par antibiothérapie dirigée, la contre-indication au don d'organes doit être discutée*

Suspicion (ou risque) de maladie à prions

Suspicion d'infection par le virus de la rage

Maladie dégénérative d'origine inconnue affectant le système nerveux central

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 :

- Carcinome baso-cellulaire cutané primaire
- Carcinome in situ du col de l'utérus
- Tumeur locale clairement définie de malignité mineure (p. ex., carcinome à cellules rénales inférieur à 2 cm)

Patient éligible selon les critères d'âge ci-dessous:

- Âge ≤ 70 ans: patient éligible
- Procédure **sans** circulation régionale normothermique: Âge entre 71 et ≤ 75 ans: patient éligible uniquement sur décision médicale (préciser décision dans remarques)
- Procédure **avec** circulation régionale normothermique: Âge entre 71 et ≤ 80 ans: patient éligible uniquement sur décision médicale (préciser décision dans remarques)
- Âge ≥ 81 ans: patient contre-indiqué au don

### Aucun critère d'exclusion au don n'est retrouvé, le processus peut être poursuivi:

OUI  (Passage point 3.1)

NON  (Stop procédure)

Remarques:

Étiquette  
Patient



### 3.1 CRITÈRES SPÉCIFIQUES D'EXCLUSION PAR ORGANES (cocher case valide)

#### 3.1.1 Critères d'exclusion au prélèvement rénal

Oui

Non

- Hémoglobine glyquée > 7mmol/L
- Diabète de type 1 ou Diabète de type 2 depuis plus de 10 ans
- Pour les patients en hémodialyse continue aux soins intensifs, (l'insuffisance rénale aiguë n'est pas une contre-indication formelle) ou en cas de protéinurie anormale prendre l'avis du médecin référent DDAC III ou néphrologue.







Commentaires:

#### 3.1.2 Critères d'exclusion au prélèvement pulmonaire

Oui

Non

- Pour les ARDS, pneumonie, BPCO, emphyème, antécédents de chirurgie cardiaque avec sternotomie et/ ou antécédents de lobectomie ou pneumonectomie prendre l'avis du médecin référent DDAC III ou pneumologue.



Commentaires:

#### 3.1.3 Critères d'exclusion au prélèvement hépatique

Oui

Non

- Perturbation sévère des tests hépatiques, hépatite: prendre l'avis du médecin référent DDAC III ou hépatologue.



Commentaires:

#### 3.1.3 Critères d'exclusion au prélèvement cardiaque

Oui

Non

- Âge > 50 ans
- Poids < 50 kg
- En cas d'antécédents de chirurgie ou maladie cardiaque, prendre l'avis du médecin DDAC III ou chirurgien cardiaque







Commentaires:

#### 3.1.4 Critères d'exclusion au prélèvement pancréatique

Oui

Non

Contre-indications au prélèvement pour transplantation pancréas entier:

- Âge > 50 ans
- Âge entre 45 et 50 ans et si BMI ≥ 25
- Âge < 45 ans et si BMI ≥ 30
- Contre-indication au prélèvement des îlots pancréatiques si âge > 60 ans, quel que soit le BMI.









Après analyse des critères d'exclusion spécifiques le prélèvement des organes suivants serait possible:

Reins

Foie

Poumon

Cœur

Pancréas

Poursuite de la procédure: OUI  (Passage point 4

NON  (Stop procédure)

Remarques:

Nom médecin DDAC III: ..... Nom CLD: .....

Étiquette  
Patient

#### 4. 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)

*Avant toute recherche de consentement, la décision de retrait thérapeutique doit avoir été prise selon les recommandations du service et en concertation avec les proches.  
 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			
<b>Accord au don</b> <input type="checkbox"/> (Passage point 4.1 page 6) Si ils ne sont pas encore impliqués, après un consentement favorable au don, les coordinateurs de prélèvement doivent être contactés.	Remarques:		
<b>Refus du don</b> <input type="checkbox"/> (Stop procédure)			

#### 5. 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**  Si procédure par prélèvement rapide (**Passage point 6**)  
 Si procédure par prélèvement avec circulation régionale normothermique (**Passage point 6.1**)
- NON**  (**Passage point 5.1**)

#### 5.1 DÉCISION JUDICIAIRE (cocher case valide)

**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**  Si procédure avec prélèvement rapide (**Passage point 6**)  
 Si procédure de prélèvement avec circulation régionale (**Passage point 6.1**)
- NON**  (**Stop procédure**)

**J-1, date, heure:**  
 .....

Personne de contact:  
 .....

**J0, après décès, date, heure:**  
 .....

Personne de contact:  
 .....

Remarques ou restrictions éventuelles de l'instance judiciaire:

Étiquette  
Patient

## 4.1 CONSENTEMENT DES PROCHES AU DON D'ORGANES ET DE TISSUS (cocher case valide)

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 : .....

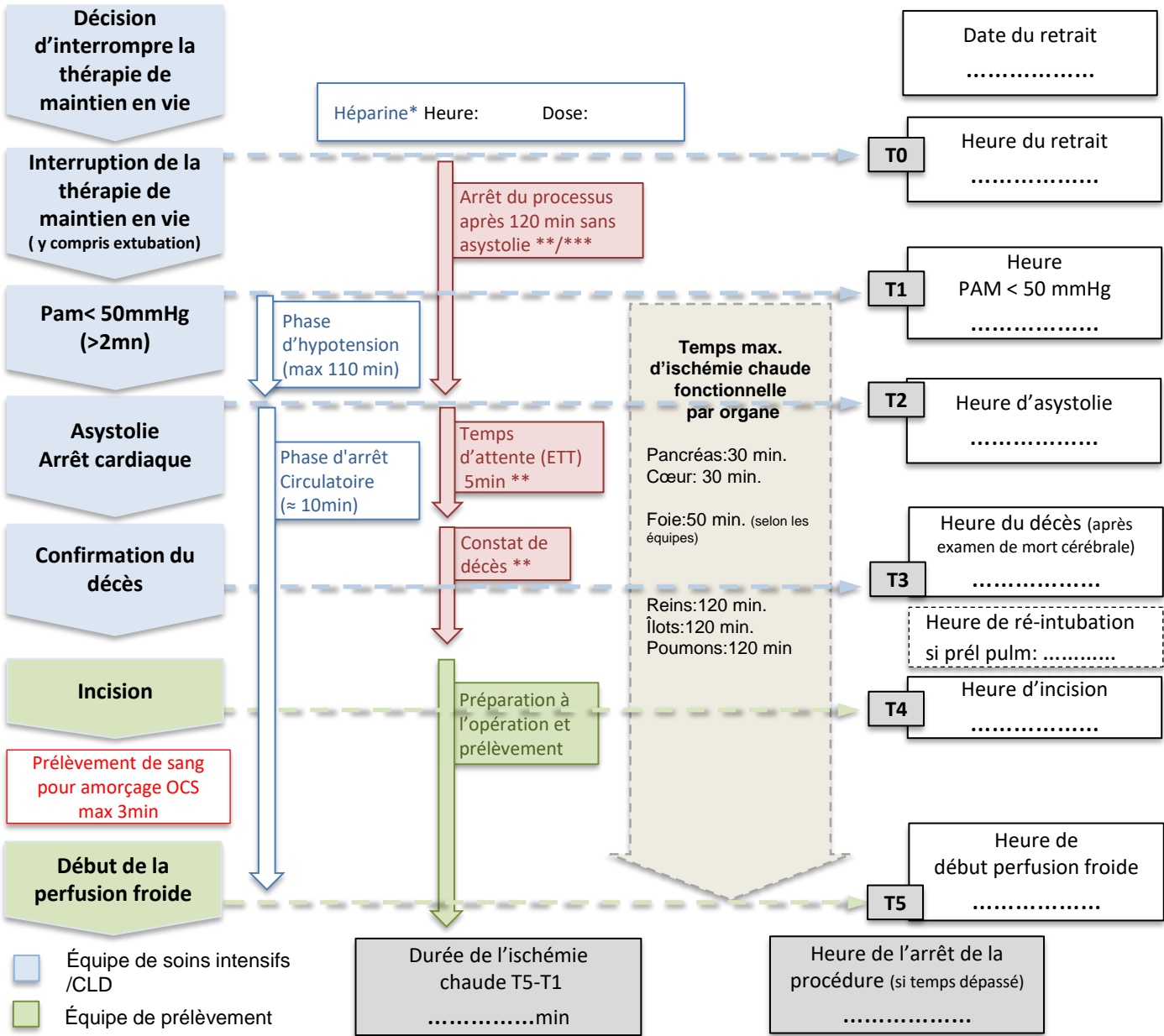
Date/lieu : .....

**Passage au point 5 page 5**

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

## 6. PROTOCOLE DDAC III : PRÉLÈVEMENT RAPIDE (RP)

Ce protocole doit être complété par la constatation clinique de la mort (**point 7**)



Remarques:

\* Administration d'héparine à T0 (300 IE/kg iv). En cas de faible probabilité de mortalité et/ou en cas de risque accru d'hémorragie, le médecin de l'USI peut décider d'administrer l'héparine plus tard. La dose ne doit cependant pas être injectée après T1 (PAM < 50 mmHg).

\*\* Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM)

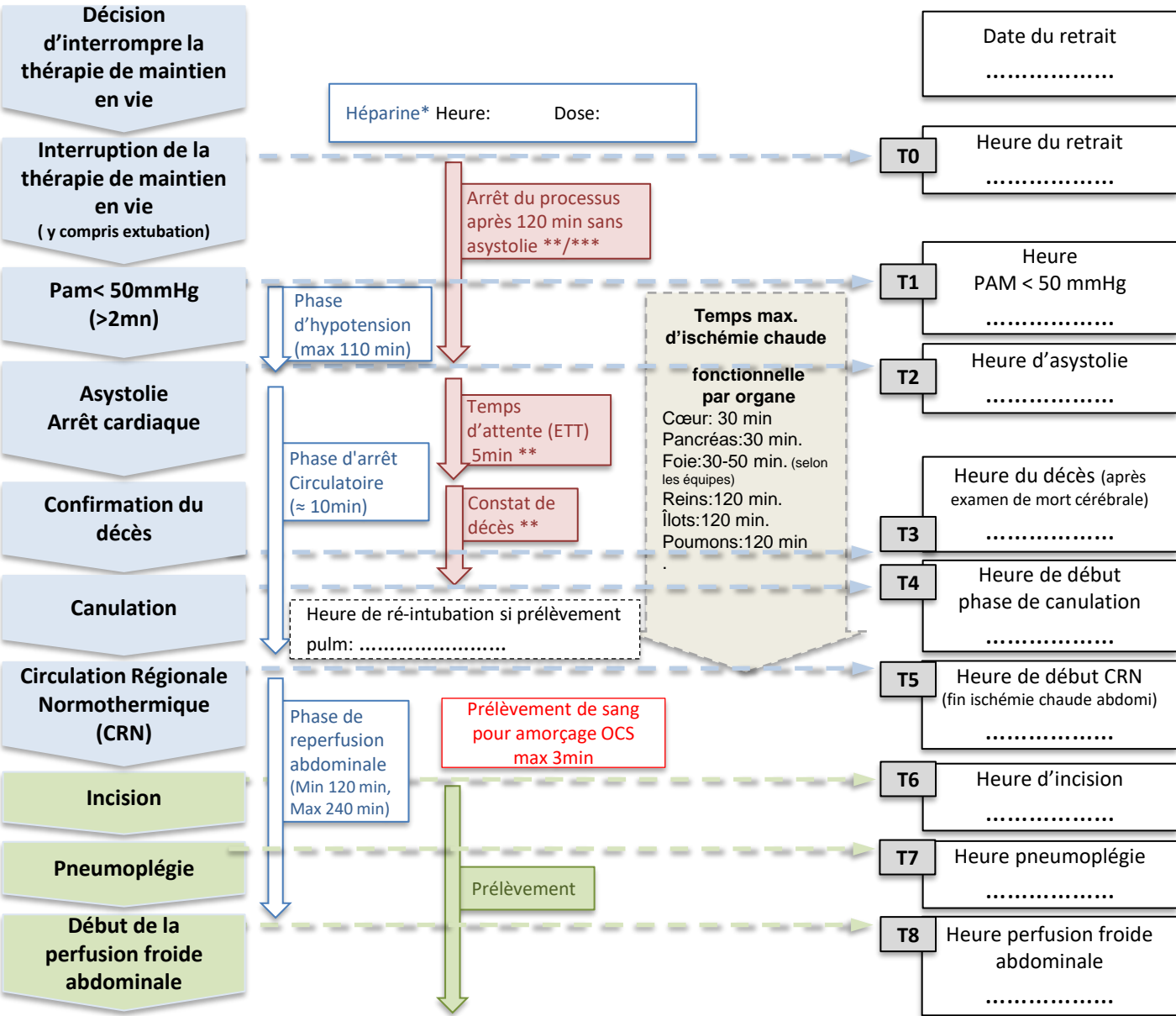
\*\*\* Un arrêt prématuré peut se faire si, après > 60 minutes à partir de T0 documenté, aucun des 3 critères n'est contredit: pH<7.2; TA syst < 70mmHg; SpO2<70%

Adaptation du document de DDAC schéma RP, Version 1.0 de Swisstransplant  
D'après la décision du Comité de pilotage du Comité National du Don d'Organes (CNDO), 2019

Étiquette  
Patient

## 6.1 PROTOCOLE DDAC III : PRÉLÈVEMENT AVEC CIRCULATION RÉGIONALE NORMOTHERMIQUE (CRN)

Ce protocole doit être complété par la constatation clinique de la mort (point 7)



■ Équipe de soins intensifs/CLD  
■ Équipe de prélèvement

Remarques:

Durée de l'ischémie chaude abdominale T5-T1 .....min	Durée de l'ischémie chaude pulmonaire T7-T1 .....min	Durée de la CRN T8-T5 .....min	Heure de l'arrêt de la procédure (si temps dépassé) .....min
---	---	-----------------------------------	---

\* Administration d'héparine à T0 (300 IE/kg iv). En cas de faible probabilité de mortalité et/ou en cas de risque accru d'hémorragie, le médecin de l'USI peut décider d'administrer l'héparine plus tard. La dose ne doit cependant pas être injectée après T1 (PAM < 50 mmHg).

\*\* Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM)

\*\*\* Un arrêt prématuré peut se faire si, après > 60 minutes à partir de T0 documenté, aucun des 3 critères n'est contredit: pH<7.2; Ta syst < 70mmHg; SpO2<70%

Étiquette  
Patient



## 7. CONSTATATION CLINIQUE DE LA MORT (cocher case valide)

### 7.1 Echocardiographie cardiaque

Constatation de l'arrêt circulatoire confirmé par échographie trans-thoracique ou trans-oesophagienne:  
 Après un temps d'observation de 5 minutes absence d'activité cardiaque efficace

Date: .....  
 Heure du début de l'examen: .....  
 Heure de fin de l'examen: .....

Nom et signature du médecin ayant pratiqué l'échographie: .....

### 7.2 Examen clinique de défaillance complète du cerveau

Examen réalisé après un temps d'observation de 5 minutes après la constatation de l'arrêt circulatoire

T° ≥ 35°C

Coma

Pupilles moyennement dilatées ou en mydriase bilatérale, **sans réaction à la lumière**

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)

Absence des réflexes cornéens

Absence de réaction d'origine cérébrale à des stimuli douloureux

Absence des réflexes de toux et oropharyngés

Absence d'activité respiratoire spontanée

#### Noms et signatures des 2 médecins spécialistes\*

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

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

Nom: \_\_\_\_\_

Nom: \_\_\_\_\_

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

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

#### L'examen clinique constate le décès du patient:

OUI  (Passage point 8)

NON  (Stop procédure)

\*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

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

Toutes les conditions de la procédure DCD sont remplies et le corps peut être libéré pour le prélèvement des organes et des tissus mentionnés dans la déclaration d'accord.

OUI

NON

Nom et signature du médecin cadre référent DCD:

.....

Nom et signature du coordinateur local du don:

.....

Nom et signature du coordinateur de prélèvement :

.....

REMARQUES ET SI ARRÊT DE LA PROCÉDURE MOTIF:

Étiquette  
Patient