

Oggetto: Nomina del Collegio Medico

Al Sig. Direttore Medico P.O.

Ai sensi dell'art. 2 D.M. 11 Aprile 2008 recante "Requisiti clinico-strumentali per l'accertamento della morte nei soggetti affetti da lesioni encefaliche e sottoposti a trattamento rianimatorio", si comunica l'esistenza di un caso di morte per cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo.

Paziente \_\_\_\_\_ data nascita \_\_\_\_\_ ricoverato presso questa S.c. di Anestesia e Rianimazione con diagnosi di \_\_\_\_\_

Il medico di guardia Dott. \_\_\_\_\_ dichiara che il suddetto paziente presenta le condizioni che inducono all'accertamento della morte nei soggetti affetti da lesioni encefaliche e sottoposti a trattamento rianimatorio, documentato da EEG eseguito secondo le modalità riportate dall' allegato I D.M. 11 Aprile 2008.

Note aggiuntive:

---

---

---

---

Si chiede pertanto alla S.V. di voler attivare il Collegio medico per le procedure di accertamento della morte.

Data \_\_\_\_\_ Ore \_\_\_\_\_

Il Medico di guardia