



**ARNAS GARIBALDI CATANIA  
COORDINAMENTO LOCALE PER I TRAPIANTI**

Coordinatore locale Dott.ssa Ilenia Giusy Bonanno  
Referente Dott. Stefano Bordoni



Allegato B

## **Verbale di Accertamento di Morte Cardiaca (a norma: Legge 578/93 e art. 1 D.M. 11 aprile 2008)**

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_, (QUALIFICA) \_\_\_\_\_,  
dell' Azienda Ospedaliera ARNAS GARIBALDI di Catania

### **ATTESTA**

Il/la Sig./Sig.ra

\_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ ricoverato/a il \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, presso il Reparto di \_\_\_\_\_ con diagnosi di \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ presenta alle ore \_\_\_\_\_ del giorno \_\_\_\_\_ Arresto Cardiocircolatorio per adinamia del miocardio.

Il tracciato elettrocardiografico protratto per non meno di 20 minuti, dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ ha mostrato la costanza di assenza di attività elettrica.

Pertanto il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ è deceduto/a alle ore \_\_\_\_\_ del giorno \_\_\_\_\_.

Il cadavere è a disposizione dell' Autorità Giudiziaria SI NO

Dott. \_\_\_\_\_