



**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. _____