

الجمهورية العربية السورية
وزارة الصحة



الرقم: ٦/-----

قرار تنظيمي رقم ١٢ / ت



وزير الصحة :

بناء على أحكام المرسوم التشريعي رقم ١١١ لعام ١٩٦٦ المتضمن ملاك وزارة الصحة .
وعلى أحكام القانون رقم ٣٠ / لعام ٢٠٠٣ .
وعلى قرار مجلس الوزراء رقم ٥ / م . و تاريخ ٢٠٠٨ / ١ / ١٧ المتضمن حصر نقل وزراعة الكلى في المشافي الحكومية المتخصصة .
وعلى القرار التنظيمي رقم ٧٣ / ت تاريخ ٢٠٠٤ / ١١ / ٧ والمتضمن التعليمات النازمة لزراعة الأعضاء
وعلى القرار التنظيمي رقم ٣ / ت تاريخ ٢٠٠٨ / ٢ / ٦ والمتضمن حصر عملية زرع الكلى في المشافي الحكومية .
وعلى مقتضيات المصلحة العامة .

يقرر ما يلي :
(التعليمات النازمة لزراعة الكلى)

مادة ١ - يقوم الفريق الطبي الاختصاصي بعمليات نقل الكلى أو جزء منها وزرعها لمريض يحتاج إليها .

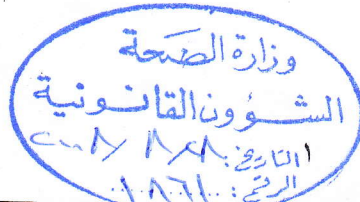
مادة ٢ - فيما يتعلق بإعطاء الموافقات الفنية على إجراء عمليات زرع الكلى يتم الآتي :

أ - تشكل لجنة في كل وزارة مختصة أعضاؤها (طبيبين اختصاص داخلية ، طبيب جراحة بولية أو جراحة زرع كلية ، وطبيب نفسي ومرشد اجتماعي و / أو قانوني) وتبلغ وزارة الصحة بنسخ من قرارات تشكيل هذه اللجان .

ب - تقوم اللجنة خلال اجتماعاتها وبحضور كامل أعضائها بدراسة ملفات العمليات التي ستجرى لتقرير مدى صلاحية المتبرع وتوافق الأنسجة بين المتبرع والآخذ ومدى حاجة الآخذ لعملية الزرع بحيث لا يشكل التبرع بالكلية خطراً على حياة المتبرع ومن ثم إعطاء رأيها بالموافقة أو عدمها أخذه بعين الاعتبار توفر المعايير التالية :

١ - أن يكون المريض الآخذ ملائم صحياً لاستقبال عملية الزرع ومثبطات المناعة .
٢ - عدم السماح للسوريين ومن في حكمهم بالتبرع لغير السوريين وبالعكس باستثناء

الأصول والفروع .



- ٣- لا يقبل تبرع اللقطاء والوحيد لأهله .
- ٤- لا يقبل تبرع أصحاب المهن الشاقة والخطرة .
- ٥- يجب الحصول على موافقة زوج المتبرعة موثقة أصولاً .
- ٦- توافق نسيجي لا يقل عن ٦/٢ كحد أدنى في عمليات زرع الكلية ويستثنى الأزواج والزوجات والأخوة والأخوات .
- ٧- لا يقل عمر المتبرع عن ٢٥/ سنة ولا يتجاوز ٥٥/ سنة .
- ٨- أن لا يتم التبرع من متبرع قاصر إلا إذا كان الأخذ والمتبرع أخوين توأمين ويشترط في هذه الحالة موافقة الأبوين في حال وجودهما أو أحدهما أو الولي الشرعي .
- ٩- أن يكون المتبرع خالي من العاهات والاعاقات الجسدية والعقلية والنفسية والأمراض المزمنة .
- ١٠- لا يجوز إجراء عملية زرع كلية للأخذ قبل الحصول على موافقة خطية صريحة منه أو من ولي أمره وفق الملحق رقم ١/ .
- ١١- لا يجوز إجراء عملية نقل الكلية من المتبرع قبل الحصول على موافقة خطية صريحة منه أو من ولي أمره وفق الملحق رقم ١/ .
- ١٢- يقدم الإقرار بالتبرع من الشخص الحي كامل الأهلية بموافقة خطية صريحة مسجلة عند الكاتب بالعدل وفق الملحق رقم ٢/ حيث تقوم هذه اللجنة بأخذ تعهد خطي من المتبرع أن تنازله عن العضو المتبرع به ليس لقاء بدل مادي أو معنوي وبشهادة أعضائها بعد إعطاء الموافقة على إجراء العملية .
- ١٣- يحق لهذه اللجنة التحفظ أو الموافقة على بعض الحالات الخاصة ونذكر منها على سبيل المثال لا على سبيل الحصر :
 - تبرع السجين لأحد أقربائه بعد الحصول على الموافقات اللازمة .
 - التوافق النسيجي لا يحقق النسب المطلوبة مع توضيح المبررات لذلك .
 - أصحاب المهن الشاقة والخطرة .
- ج - يحدث أرشيف خاص بأعمال اللجنة يحتوي على محاضر اجتماعاتها وصورة عن ملف كل عملية تقوم بدراستها ومبررات موافقتها أو عدمها وترسل نسخ عن هذه المحاضر إلى وزارة الصحة بشكل دوري .

- مادة ٣ - الشروط الفنية الواجب توفرها في المشافي العامة التابعة لوزارة الصحة أو وزارة التعليم العالي أو إدارة الخدمات الطبية لإجراء عمليات زرع الكلية كما يلي :
- ١- يجب توفر غرفتين للعمليات (قطف وزرع) مجهزتين بشكل يضمن سلامة المريض مع غرفة إنعاش في جناح العمليات على أن يتوفر التبريد والتكييف فيها بشكل صحي .
 - ٢- يجب توفر عناية مركزة مجهزة وفق المعايير المعترف بها .
 - ٣- يجب توفر جهازي كلية صناعية ومراعاة التعقيم اللازمة وإجراءات السلامة من إصابة المرضى بالتهاب الكبد الفيروسي .

- ٤- ضرورة توفر احتياطي لكامل مستلزمات عمليتي النقل والغرس في مستودع المشفى وصيوليتها وذلك تجنباً لأي إرباك قد يحصل عند أي نقص خلال العمليتين .
- ٥- يجب توفر غرفة عزل كامل للمريض الآخذ تحتوي على التجهيزات الخاصة بها .
- ٦- يجب إحداث أرشيف خاص بملفات عمليات الزرع التي تجري في المشفى على أن تكون معلومات هذا الأرشيف جاهزة في حال طلبها من قبل الجهات المختصة .
- ٧- تجري عمليات زرع الكلية من قبل فريق طبي يتم تحديده من قبل الوزير المختص .
- ٨- يجب توفر كادر تمريضي مدرب وكاف لكل مريض آخذ على مدار ٢٤ ساعة .

مادة ٤ - حالة الشخص المتبرع إلى شخص آخر :

أولاً : المتبرع الحي القريب :

المتبرعون الأقارب هم فقط الآباء والأمهات ، الأولاد والبنات ، الأخوة والأخوات ، العمات والخالات ، الأعمام والأخوال ، الزوجات أو الأزواج الذين مر على زواجهم حد أدنى عام ويتم اثبات درجة القرابة من خلال إخراج قيد عائلي .

ثانياً : المتبرع الحي غير القريب :

- ١- تحقيق كافة الشروط الواردة في المادة الثانية .
- ٢- لا يقبل تبرع الأنثى العازبة إلى آخذ غير قريب .
- ٣- يشترط موافقة زوج المتبرعة المتزوجة على أن لا يقل عدد أولادها عن اثنان ، أما بالنسبة للأرملة أو المطلقة فيشترط موافقة والدها أو والدتها أو ولي أمرها في حال وفاتها على أن لا يقل عدد أولاد أي منهما عن اثنان .
- ٤- لا حكم عليه جديد (لا يزيد تاريخ صدوره عن ثلاثة أشهر) .

ثالثاً : حالة نقل الأعضاء من المتوفى :

أ - تشكل لجنة في كل مستشفى مرخص لها بنقل وزرع الكلية وبقرار من الوزير المعني بناء على اقتراح مدير المستشفى مؤلفة من ثلاثة أطباء من غير الفريق الطبي الذي سيقوم بعملية الزرع بالإضافة إلى طبيب اختصاصي من الفريق الذي سيقوم بالزرع وذلك :

لتقرير الوفاة وتشخيص حالة الموت الدماغي وفق استمارة تشخيص الوفاة الدماغية وبحسب الملحق رقم (٣) .

ب - لا يجوز نقل الكلية من ميت بغية غرسها لمريض بحاجة إليها إلا بعد التأكد من الوفاة بموجب تقرير أصولي من اللجنة الطبية المذكورة في الفقرة / أ / وفق

الملحق رقم /٤/ في إحدى الحالتين الآتيتين:

- ١- وصية المتوفى بإجراء ذلك (وثيقة مصادق عليها من الكاتب بالعدل أو الجهة المعتمدة بذلك) وفق الملحق رقم /٥/ .
- ٢- موافقة أحد أفراد أسرة المتوفى (الأقرب فالأبعد) وفق الملحق رقم /٦/ والملحق رقم /٧/ على النحو التالي :

- قرابة الدرجة الأولى .
- قرابة الدرجة الثانية في حال عدم توفر قرابة من الدرجة الأولى .

ج - يجب أن لا يؤدي نقل الكلية إلى إحداث ما يسيء إلى كرامة جثة المتوفى أو تغيير ملامحها .

د - تشكل لجنة اجتماعية في كل مشفى تتألف من (عنصر إداري وطبيب اختصاصي) لمقاربة الأهل بغية الحصول على الموافقات اللازمة لزرع الكلى .

مادة ٥ - يعاقب بالحبس من شهر إلى ستة اشهر وبالغرامة من ٥٠٠٠ إلى ١٠٠٠٠ ليرة سورية كل من يخالف أحكام هذا القرار التنظيمي أو التعليمات المنفذة له .

مادة ٦ - تطبق أحكام القرار التنظيمي رقم ٧٣/ت لعام ٢٠٠٤ في كل ما لم يرد من أحكام هذا القرار التنظيمي .

مادة ٧ - ينشر هذا القرار التنظيمي ويبلغ من يلزم لتنفيذه .

٢٠٠٨/م

٥

/ ١٨

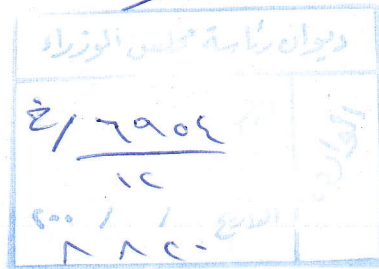
١٤٢٩هـ و

/

دمشق في

وزير الصحة

الدكتور ماهر الحسامي



المبلغ إليهم :

- رئاسة مجلس الوزراء
- الهيئة المركزية للرقابة والتفتيش
- مكاتب السادة معاونو الوزير
- وزارة المالية - دائرة النشر
- وزارة التعليم العالي رجاء تعميمه على : (مشفى المواساة بدمشق - مشفى الأسد الجامعي بدمشق - مشفى الأطفال بدمشق - مشفى الكندي بحلب) .
- وزارة الداخلية - وزارة الإعلام
- وزارة الدفاع رجاء تعميمه على مشفى تشرين العسكري بدمشق
- كافة مديريات الصحة في المحافظات
- مديرية المشافي - مديرية الرقابة الداخلية
- مديرية الإمداد - مديرية الشؤون الصيدلانية
- مشفى الكلية الجراحي بدمشق - مشفى ابن رشد بحلب - المشفى الوطني بحمص
- مديرية الشؤون القانونية
- الديوان

الجمهورية العربية السورية

وزارة الصحة

مديرية صحة -----

مشفى -----

الملحق رقم (١)

موافقة المتبرع بالكلية أو ولي أمره على التبرع وعلى إجراء العمل الجراحي

أنا (الموقع / الموقعة) أدناه
أقر بأنني موافق وأنا بكامل قواي العقلية على التبرع بكليتي (اليسرى / اليمنى) للمريض بالقصور
الكلوي المزمن .
كما أوافق على إجراء العمل الجراحي لي باستئصال كليتي بعد أن شرح لي كافة المخاطر و
الاختلاطات التي يمكن أن تنجم عن ذلك ولا أحمل الفريق الطبي والجراحي أية مسؤولية .
وفي حال إجراء الفتح الجراحي وتبين طبياً أن الكلية غير قابلة للاستئصال والزرع يتم إغلاق الجرح
دون استئصال وتلغى عملية الزرع في هذه الحالة . وعليه أوقع .

توقيع المتبرع

دمشق في / /

موافقة المريض الآخذ للكلية أو ولي أمره على إجراء العمل الجراحي

أنا (الموقع / الموقعة) أدناه
أقر بأنني أوافق على إجراء العمل الجراحي
المقترح من قبل الأطباء بإجراء زرع كلية لي من متبرع حي قريب هو
هذا وقد شرح لي كافة المخاطر والاختلاطات الجراحية والداخلية للعمل الجراحي وللمعالجة التالية
له ، وأنني موافق على إجراء العمل الجراحي وأنا بكامل الأهلية ولا أحمل الفريق الطبي والجراحي
أية مسؤولية . وعليه أوقع .

توقيع المريض

دمشق في / /

ملحق رقم (٢)
إقرار وتصريح

نحن الموقعين أدناه :
المتبرع: الاسم الثلاثي ----- والدتي ----- من مواليد -----
خانة ----- أحمل هوية شخصية رقم -----
صادرة عن أمانة السجل المدني في ----- بتاريخ -----
ومقيم في ----- رقم الهاتف -----
الآخذ: الاسم الثلاثي ----- والدتي ----- من مواليد -----
خانة ----- أحمل هوية شخصية رقم -----
صادرة عن أمانة السجل المدني في ----- بتاريخ -----
ومقيم في ----- رقم الهاتف -----

بتاريخه أدناه أقر وصرح المتبرع السيد ----- متمتعاً بكامل الأهلية المعتبرة شرعاً وقانوناً بأنه سوف يتبرع بإحدى كليتيه (يمنى ، يسرى) ----- والمذكورة بياناته أعلاه ودون أي مقابل مادي أو معنوي وأن هذا التبرع بملى إرادته وكامل حريته دون أن يخضع لأي تأثير أو ضغط أو إكراه من أية جهة كانت متحملاً المسؤولية الكاملة التي قد تتجم عن العمل الجراحي ولا يحق له المطالبة بإعادة العضو الذي سوف يتبرع به بعد إتمام عملية التبرع للآخذ السيد ----- الذي أقر بدوره وصرح وأعلن قبوله التام لهذا التبرع متمتعاً بكامل الأهلية المعتبرة شرعاً وقانوناً .
وقد فوضنا الطاقم الطبي واللجنة الطبية المختصة لهذا العمل الجراحي بعد مراعاتهما للأنظمة والقوانين النافذة والقانون رقم /٣٠/ لعام ٢٠٠٣ م وأخلى كلا الطرفين عائق بعضهما البعض .
وعائق الطاقم الطبي واللجنة الطبية المفوضين أعلاه وكذلك المشفى الزارع من أية مسؤولية طبية أو صحية أو سواها ناتجة عن هذا العمل وأسقطا كامل حقهما من مراجعة القضاء المدني والجزائي وأية جهة رسمية أخرى بها الخصوص مع العلم أن كلا الطرفين قد تفهما ضرورة الالتزام بالمتابعة الدورية لحالتهم الصحية بعد عملية التبرع .
وعلى ذلك تم التوقيع على هذا الإقرار من كلا الطرفين بعد أن تلي عليهما وتفهما مضمونه أصولاً .

دمشق في / / ٢٠٠٨ م.

المتبرع

الآخذ

تصادق هذه الوثيقة من قبل الكاتب بالعدل أو مديرية الشؤون القانونية في وزارة الصحة

ملحق رقم (٣) استمارة تشخيص الوفاة الدماغية

اسم المريض :
اسم المشفى :
تاريخ الدخول :
العمر :
الجنس :
الجنسية :

الشروط الأولية :
المؤكد حدوث تلف نهائي في الدماغ بسبب :
مضى أكثر من ست ساعات على الإصابة
الأولية لا يستطيع المريض التنفس من تلقاء نفسه

الفحص
استشاري أ
استشاري ب

أسباب يجب استبعادها :

- لا تقل درجة حرارة باطن الجسم عن ٣٥ درجة مئوية .
- استبعاد أن يكون المريض تحت تأثير المهدئات والمخدرات أو مثبطات الجهاز العصبي بعمل تحليل الدم لهذه المواد ولا حاجة لعمل تحليل الدم لتلك المواد إذا كان المريض بالمستشفى منذ خمسة أيام أو أكثر .
- لا يتلقى المريض في حالة صدمة قلبية وعائية لم تعالج
- استبعدت أسباب السبات الاستقلابية والغدية .

الفحص السريري للجهاز العصبي :
- غياب الاستجابة الحركية التام (تستثنى المنعكسات الوترية)
- غياب كامل لـ منعكسات جذع الدماغ :
لحدقة النور
القرنية
المنعكس الرأسي العيني
الدلهيزي العيني (٥٠ سم ٣ ماء بدرجة صفر منوي)
التقينو
السعال

بعد استيفاء الشروط السابقة يجب إجراء أحد الفحوصات التالية :

بالتام للفعالية الكهربائية على مخطط مخ لمدة ٣٠ دقيقة
أم الدوران الدماغى بتصوير الشرايين

في حالة استيفاء الفحوصات السابقة لموت الدماغ يجرى فحص اختبار توقف التنفس :

رقم الهوية	التوقيع	التاريخ	الاسم	الفحص
-----	-----	-----	-----	الاستشاري أ
-----	-----	-----	-----	الاستشاري ب
-----	-----	-----	-----	الاستشاري جـ
-----	-----	-----	-----	الاستشاري الذي سيقوم بالزرع

الجمهورية العربية السورية
وزارة الصحة
مديرية صحة -----
مشفى -----

ملحق رقم (٤)
تقرير طبي من اللجنة الطبية يؤكد الوفاة

التوقيع :	الاسم :	رئيس اللجنة :
التوقيع :	الاسم :	أعضاء اللجنة :
		العضو الأول :
		العضو الثاني :
		العضو الثالث في حال وجوده :

تبين لدى فحص السيد ----- بأنه توفي بسبب -----
وأنه لا مانع من إجراء عملية الزرع .

الجمهورية العربية السورية

وزارة الصحة

مديرية صحة -----

مشفى -----

ملحق رقم (٥)

وصية للتبرع بالأعضاء بعد الوفاة

أنا الموقع أدناه ----- أقر واعترف وأنا بكامل قواي العقلية وبدون أي ضغوط بأنني على استعداد للتبرع بأعضائي بعد الوفاة .

أو التبرع بـ -----
وذلك لقاء الأجر والثواب لأخواني في الجمهورية العربية السورية .

والله على ما أقول شهيد .

الشهود :
الاسم الثلاثي : ----- رقم الهوية ----- التاريخ ----- التوقيع -----
الاسم الثلاثي : ----- رقم الهوية ----- التاريخ ----- التوقيع -----

تصادق هذه الوثيقة من قبل الكاتب بالعدل أو مديرية الشؤون القانونية في وزارة الصحة .

الجمهورية العربية السورية

وزارة الصحة

مديرية صحة -----

مشفى -----

ملحق رقم (٦)

استمارة موافقة من المستفيد أو من وليه أو أحد أفراد عائلته

أنا الموقع أدناه ----- (والد) (ولي) (من عائلته) أوافق على زرع -----
ب ----- أقر وأعترف بأنني موافق على تبرعه ومهما كانت نتائج هذا التبرع .

الجمهورية العربية السورية
وزارة الصحة
مديرية صحة -----
مشفى -----

ملحق رقم (٧)
استمارة موافقة متبرع ومستفيد قاصر ان

أنا الموقع أدناه والد - والدة - الولي الشرعي للقاصر ----- أقر وأوافق
على التبرع لأخيه التوأم القاصر -----

صفة الموقع
الاسم
التوقيع