

Heart Transplants in Israel

השתלות לב בישראל

Contents:

1. Full text of the Decision of the Chief Rabbinate Council.
2. Notes and references added by the editor.*
3. Appendix I – based on the corrected Hadassah Protocol.
4. Appendix II – prepared by Prof. Haim Sohmer (=Section 4.3.6).

Jerusalem, 3 November 1986

ב"ה ירושלים השלמה ת"ו א' חשון תשמ"ז

The Decision of The Chief Rabbinate Council of Israel on Transplants

Today, the first day of Rosh Chodesh Marcheshvan 5747 (30 November 1986),¹ the Chief Rabbinate Council has unanimously decided to endorse the recommendations of the Transplant Committee² as follows:

1. The Ministry of Health³ requested the Chief Rabbinate to determine the position of Jewish Law regarding heart transplants in Israel. For this purpose the Chief Rabbinate appointed a committee of rabbis⁴ and physicians to study the halachic and medical aspects of the question. The committee consulted leading physicians specializing in this area at Hadassah and Shaare Zedek⁵ Medical Centers in Jerusalem.

2. Seventeen years ago, when the first heart transplants were performed abroad, both Rabbi Moshe Feinstein ז"ל⁷ and Chief Rabbi Y. Unterman ז"ל⁸ held that the procedure constituted murder of both the donor and the recipient.

During the last ten years there have been fundamental medical changes affecting heart transplants as follows:

A. The survival rate has risen. Approximately 80% of heart transplant recipients now survive at least one year ("Chayei Olam"⁹), and approximately 70% survive five years.¹⁰

B. There is now a reliable method to establish whether the respiratory system of the deceased donor has irreversibly failed.¹¹

C. We have received evidence that even Rabbi M. Feinstein ז"ל recently permitted a heart transplant procedure in the United States.¹² Further, we know of other leading rabbis who have advised cardiac patients to undergo a transplant.¹³

*The notes are intended to explain the Decision as understood by the editor. They do not obligate the Chief Rabbinate Council. It is not our intent to interfere with leading rabbinic authorities in these difficult halachic matters.

ב"ה ירושלים השלמה ת"ו א' חשון תשמ"ז

החלטת מועצת הרבנות הראשית לישראל בנושא ההשתלות

מועצת הרבנות הראשית לישראל בישיבתה היום א' דר"ח' מרחשון תשמ"ז אישרה פה אחד את המלצות ועדת ההשתלות בדלקמן:

(1) הרבנות הראשית לישראל נתבקשה על ידי משרד הבריאות לקבוע את עמדת ההלכה ביחס להשתלות לב בישראל. לשם כך מינתה הרבנות הראשית לישראל ועדה משותפת של רבנים ורופאים אשר למדה בעיון את ההבטים הרפואיים וההלכתיים הנוגעים לשאלה. הועדה נעזרה ביעוץ וחוות דעת של גדולי הרופאים בתחום זה בבתי חולים הדסה ושערי צדק בירושלים.

(2) בתחילת עידן השתלות הלב (לפני 17 שנה) נפסק על ידי הגאון הרב משה פיינשטיין זצ"ל והרה"ר לישראל הגראי אונטרמן זצ"ל לאסור השתלת לב מדין רציחה כפולה של התורם המושל כאחד. ב-10 השנים האחרונות חל שינוי יסודי בנתונים העובדתיים הרפואיים הנוגעים להשתלות לב בדלקמן:

(א) הצלחת הניתוח אצל המושל מגיעה לכ-80% של "חיי עולם" – (הוותירות בחיים לפחות שנה אחת אחרי ההשתלה), וכ-70% נשארים בחיים חמש שנים¹⁰.

(ב) ניתן כיום לקבוע באופן אמין ובטוח שהפסקת הנשימה של הנפטר היא סופית ובלתי ניתנת לחזרה¹¹.

(ג) הוכחו לפנינו עדויות שאף הגר"מ פיינשטיין זצ"ל החיר בזמן האחרון ביצוע השתלת לב בארה"ב¹², וכן ידוע לנו על רבנים גדולים המציעים לחולי לב לעבור השתלת לב¹³.

(3) מאחר והשאלה נוגעת לפיקוח נפש ממש¹⁴, חובה עלינו להכריע בהלכה זו באופן ברור בבחינת יקוב הדין את הדור.

(4) בהסתמך על יסודות הגמרא ביומא (פה"י) ופסק החת"מ סופר

*הערות השוליים מטרתן לפרש את ההחלטה כפי שהובנה עלייך הערך, ואינן מחייבות את מועצת הרבנות הראשית. מובן שאין בהן שום כוונה להתערב בייחוד ההלכתי בין גדולי הפוסקים בסוגייה קשה זו.



3. Since heart transplants are matters of life and death,¹⁴ we feel obligated to decide the question of their permissibility in a clear and definitive manner.

4. Relying on principles in the Talmud (Tractate Yoma 85),¹⁵ Rabbi Moshe Sofer decided that halachic death depends on cessation of respiration (*Chatam Sofer Yoreh De'ah* Sect. 338;¹⁶ see *Iggerot Moshe Yoreh De'ah* III, Sect. 132^{17,18}). Therefore, one must verify that respiration has permanently and irreversibly ceased.

This can be done by proving that the brain, including the brain stem which controls automatic respiration, has been totally and irreversibly functionally injured.¹⁹

5. In the medical practice²⁰ there are five prerequisites for establishing the state of brain deaths:

- A. Clear knowledge of the cause of the injury.²¹
- B. Absolute cessation of spontaneous breathing.²²
- C. Detailed clinical proof of injury to the brain.²³
- D. Objective proof of destruction of the brain stem by objective scientific tests, such as the BAER test.²⁴

E. Proof that the absolute cessation of respiration and inactivity of the brain stem continue for at least twelve hours despite full, customary intensive care.²⁵

6. We have examined the Recommendation for Establishing Death proposed by physicians at Hadassah Medical Center on 5 Tammuz 5745 (5 July 1984) and submitted to the Chief Rabbinate on 5 Tishri 5747 (8 October 1986). We find that this recommendation could be acceptable according to Jewish law, if an objective, scientific test of the brain stem (BAER) is added to it.

7. In light of the above, the Chief Rabbinate of Israel is prepared to permit heart transplants (from accident victims²⁶) at Hadassah Medical Center, Jerusalem,²⁷ under the following conditions:

A. All the conditions outlined above for establishing the death of the donor must be fulfilled.

B. A representative of the Chief Rabbinate of Israel will participate as a full member of the team which establishes the death of the donor.²⁸

The Ministry of Health²⁹ will appoint this representative from a list which the Chief Rabbinate will present once each year to the Ministry of Health.³⁰

C. The donor or his family must give prior, written consent for the donation of the heart.³¹

D. The Ministry of Health, with the participation of the Chief Rabbinate, will establish a Review Committee to examine all cases of heart transplant in Israel.³²

E. The Ministry of Health will issue regulations in accord with all the above procedures.³³

8. Heart transplants are prohibited in Israel until the conditions in Paragraph 7 are accepted.³⁴

9. If agreement is reached to permit heart transplants with accordance with the conditions laid down in Paragraph 7, the Chief Rabbinate will establish its own Review Committee to verify full compliance with all the required conditions for permitting the procedure.³⁵

Appendix I to the Decision of the Chief Rabbinate Council of Israel on 1 Marcheshvan 5747 (3 November 1986)

This protocol was written at Hadassah Medical Center, Jerusalem. Section 4.3.6 and Section 5 were added to the original text in accord with the decision of the Chief Rabbinate Council on 1 Marcheshvan 5747 (3 November 1986).

חלק יורה דעה סימן של"ח.¹⁴ נקבע המות על פי ההלכה בהפסקת הנשימה. (וידא ש"ת אגרות משה חלק יורה דעה ח"ג סימן קל"ב¹⁵) לכן יש לוודא שהנשימה פסקה לחלוטין באופן שלא תחזור עוד.

זאת ניתן לקבוע על ידי הוכחת הרס המוח כולו כולל גזע המוח שהוא הוא המפעיל את הנשימה העצמית באדם.¹⁶

(5) המקובל בעולם הרפואה²⁰ שקביעה כנ"ל (בסעיף 4) דורשת תנאים:

- (א) ידיעה ברורה של סיבת הפגיעה.²¹
- (ב) הפסקה מוחלטת של הנשימה הטבעית.²²
- (ג) הוכחות קליניות מפורטות שאכן גזע המוח הרוס.²³
- (ד) הוכחות אובייקטיביות על הרס גזע המוח באמצעות בדיקות מרעיות כגון BAER.²⁴

(ה) הוכחה שהפסקת הנשימה המוחלטת ואי פעילות גזע המוח, נשארים כענים למשך 12 שעות לפחות, תוך כדי טיפול מלא ומקובל.²⁵

(6) לאחר שעיינו בהצעה לקביעת המוות כפי שהוצעה על ידי רופאי ביה"ח הדסה בירושלים בתאריך ח' תמוז מ"ה וחוגשה לרבנות הראשית בתאריך ה' בתשרי תשמ"ז, אנו מוצאים אותה כיכולה להיות מקובלת על פי ההלכה אם תתווסף לה בדיקה אובייקטיבית מרעית (BAER) של גזע המוח.

(7) לאור האמור, הרבנות הראשית לישראל מוכנה להחיר השתלת לב (מנפגעי תאונה²⁶) במרכז הרפואי הדסה בירושלים²⁷ בתנאים הבאים:

- (א) קיום כל התנאים לקביעת מותו של התורם כפי שאמור למעלה.
- (ב) שיתוף נציג הרבנות הראשית לישראל כחבר מלא בצוות הקובע את מותו של התורם.²⁸
- (ג) נציג זה ימונה על ידי משרד הבריאות²⁹ מתוך רשימה שתוגש למשרד הבריאות ע"י הרה"ר, פעם בשנה.³⁰
- (ד) תינתן מראש הסכמה בכתב של התורם או משפחתו למתן תרומת הלב.³¹
- (ה) הקמת ועדת מעקב עליונה מטעם משרד הבריאות בשיתוף עם הרה"ר (review committee) לבדיקת כל מקרי השתלות הלב בישראל.³²
- (ו) משרד הבריאות יקבע בתקנות ארציות את כל הנהלים הנ"ל.³³

(8) עד לקבלת התנאים המפורטים בסעיף 7 אין עדיין שום היתר לביצוע השתלות לב בישראל.³⁴

(9) אם ינתן היתר על פי התנאים המפורטים בסעיף 7, אזי תוקם ועדת מעקב של הרבנות הראשית שתפקידה לוודא מילוי מלא של תנאי ההיתר.³⁵

נספח מס' 1 להחלטת מועצת הרבנות הראשית מיום א' במרחשון תשמ"ז

הנוהל נכתב במקורו על ידי ה"מ הדסה והועד הרפואי שלה. לצורך צירופו כנספח מס' 1, הוכנסו בסעיפים 4.3.6 ו-5, השינויים המתחייבים מהחלטת מועצת הרה"ר מיום א' חשון תשמ"ז (3.11.86).

1. כללי

נוהל זה מיישם את החלטות הנהלת הסתדרות מדיצינית הדסה והועד הרפואי על נוהלים לקביעת מוות מוחי. אבחנת המוות המוחי מתבססת על שלושה שלבים הכרחיים.

התמלאו שלושה השלבים, המפורטים בנוהל זה, במלואם ניתן יהיה לקבוע מוות מוחי, ע"י צוות רפואי, לפי הליך המפורט בנוהל זה.



1. General

This protocol is an application of the decisions of the administration of Hadassah Medical Center and the Medical Committee regarding procedures for establishing brain death. Diagnosis of brain death is based on three essential steps. Complete compliance on the part of the medical team with these three steps, as detailed in this protocol, can establish brain death.

2. Purpose

The purpose of this protocol is to establish uniform principles for establishing brain death, the requisite composition of the medical team, criteria for establishing brain death, and accountability.

3. Definitions

- 3.1 Brain Death
Absolute absence of any brain stem function.
 - 3.2 Severe Cerebral Trauma
Injury of the brain tissue following an accident or injury according to clinical criteria.
 - 3.3 Severe Cerebral Hemorrhage
C.A.T. scan evidence of hemorrhage in the brain tissue.
 - 3.4 Anoxic Brain Damage
Damage to the brain tissue due to even a temporary insufficiency of oxygen supply.
 - 3.5 Coma
State devoid of wakefulness in which the patient is unresponsive and cannot be awakened. A comatose patient does not open his eyes, does not communicate, does not hear instructions, and does not move his extremities in response to pain stimulus (except spinal reflex).
- ## 4. Criteria for Establishing Brain Death
- ### General
- Diagnosis of brain death is to be based on the following three essential steps:
- Step I: Presence of prior conditions.
 - Step II: Identification of misleading conditions which might confuse test results.
 - Step III: Essential tests which establish brain death.
- 4.1 Step I: Presence of Prior Conditions
 - 4.1.1 A state of coma and the absence of spontaneous respiration (the patient is ventilated by a mechanical respirator).
 - 4.1.2 Clear evidence of irreversible damage of known etiology to the structure of brain tissue.
 - 4.1.3 If irreversible damage to the structure of brain tissue is found, it must be confirmed for a specific, minimum period of time. During that minimum period of time, one may not proceed to further steps of this protocol and the patient must receive every possible and reasonable treatment.

2. מטרה

מטרת נודל זה לקבוע כללים אחידים לקביעת מוות מוחי תוך פירוט הליך קביעת המוות, הרכב צוות הרופאים, קריטריונים לקביעת מוות מוחי ואחריות לביצוע.

3. הגדרות

- 3.1 מוות מוחי
העדר סוחלט של תפקוד גזע המוח.
 - 3.2 חבלה מוחית קשה
פציעה של רקמת המוח עקב תאונה או חבלה לפי קריטריונים קליניים.
 - 3.3 דם תוך מוחי קשה
עדות באמצעות סריקה ממוחשבת של המוח (C.T.) להימצאות שטף דם ברקמת המוח.
 - 3.4 נזק מוחי אנוקסי
נזק לרקמת המוח, בעקבות העדר אספקת חמצן, אפילו באופן זמני.
 - 3.5 חוסר הכרה עמוק
מצב של חוסר עירנות, ללא תגובות שממנו לא ניתן להעיר את הנבדק. נבדק כזה אינו פוקח עיניים, אינו יוצר קשר, אינו נשמע לפקודות ואינו מזוי גפיים לגירויי כאב (פרט לרפלקס ספינאלי).
- ## 4. קריטריונים לקביעת מוות מוחי
- ### כללי
- אבחנת מוות מוחי תתבסס על שלושה שלבים הברורים המפורטים להלן:
- שלב א' – קיום תנאים מוקדמים.
 - שלב ב' – זיהוי מצבים העלולים להטעות בקביעת המוות.
 - שלב ג' – מבחנים הכרוכים לקביעת מוות מוחי.
- פירוט שלושת השלבים ראה בסעיפים 4.1 – 4.3.
- 4.1 שלב א' – קיום תנאים מוקדמים
 - 4.1.1 מצב של חוסר הכרה עמוק והעדר נשימה עצמונית (חולה מחובר למכשיר הנשמה).
 - 4.1.2 קיימת עדות ברורה לנזק במבנה רקמת המוח, שאינו ניתן לטיפול וקיימת אטיולוגיה מאובחנת לנזק זה.
 - 4.1.3 נמצא נזק במבנה רקמת המוח שאינו ניתן לטיפול, יש לוודאו במשך זמן מזערי קצוב, הכל בהתאם לאבחנה, במשך הזמן הקצוב תעוכב ההתקדמות לשלבים הבאים וייתנו כל הטיפולים הסבירים האפשריים.
 - 4.1.4 להלן משך הזמן המזערי הקצוב בו תעוכב ההתקדמות לשלבים הבאים, לפי אבחנה:

מבחנה	משך זמן מזערי קצוב
חבלה מוחית קשה	12 שעות
דם תוך מוחי קשה	12 שעות
נזק מוחי אנוקסי לאחר דום לב, או תאונת דרימה או חנק או טביעה	24 שעות

4.1.4 The following are the specific, minimum waiting times during which one may not proceed to further steps of this protocol:

Diagnosis	Minimum Waiting Time
Severe Cerebral Trauma	12 hours
Severe Cerebral Hemorrhage	12 hours
Anoxic Cerebral Damage following Cardiac Arrest, Narcosis, Suffocation, or Drowning	24 hours

4.2 Step II: Identification of Misleading Conditions

4.2.1 The following are conditions which might lead to error in establishing death and which therefore require halting the procedure of establishing death.

- I. Hypothermia at 35o C [95o F] or below.
- II. Relevant medications or drugs (e.g. barbiturates, muscle relaxants, etc.).
- III. Metabolic factors which might cause coma and inhibit respiration.
- IV. Endocrine factors which might cause coma and inhibit respiration.

4.2.2 If indications of one or more of the above conditions is present, one may not proceed to the third step of this protocol as detailed in Section 4.3. One may proceed only after unambiguously confirming that the conditions are no longer present or after eliminating them.

4.3 Step III: Essential Tests which Establish Brain Death

One can establish brain death if, and only if, all the following conditions in all the following tests are fulfilled:

4.3.1 Clinical proof of coma as defined in Section 3.5

4.3.2 Absence of abnormal muscle tone throughout the body and in the facial muscles as a result of:

- a. Decerebration.
- b. Decortication.
- c. Trismus.

4.3.3 Absence of any spontaneous muscular contractions.

4.3.4 Verification of the absence of all brain stem reflex as follows:

- a. Oculocephalic reflex (Doll's eyes).
- b. Pupillary response to light stimulus.
- c. Corneal reflex.
- d. Vestibular ocular reflex (tested by infusing ice water into the external ear after verifying that there is no obstruction in the external ear).
- e. Response of facial muscles to strong, somatic pain stimulus.
- f. Cough or gag reflex.

4.3.5 One must verify the absence of spontaneous respiration even in the presence of arterial PCO₂ concentration of at least 50 mm Hg. This test is to be done as follows:

- a. Prior artificial respiration with 100% oxygen for 10 minutes in order to prevent hypoxemia during the test.
- b. Stopping artificial respiration while performing

4.2 שלב ב' – זיהוי מצבים העלולים להטעות בקביעת המוות

4.2.1 להלן פירוט המצבים העלולים לגרום לטעות בקביעת המוות ואשר קיומם מחייב הפסקת המערכת לקביעת המוות.

- א. מצב של היפותרמיה בשער של 35 מעלות צלזיוס ומטה.
- ב. הימצאות תזוזת השפעת תרופות רלבנטיות (כגון: ברביטורטים, משתקי שרירים וכו').
- ג. גורמים מטבוליים העלולים לגרום לחוסר הכרה עמוק והעדר נשימה.
- ד. גורמים אנדוקריניים העלולים לגרום לחוסר הכרה עמוק ולהעדר נשימה.

4.2.2 נבדקו כל הסעיפים הנ"ל ונמצאה ערדה להשפעת אחד הגורמים הנ"ל או יותר, חובה לעכב את המעבר לשלב ג' המפורט בסעיף 4.3. העיכוב יימשך עד אשר ניתן יהיה לוודא בצורה חדה משמעות העלמות הגורמים הנ"ל או שלילתם.

4.3 שלב ג' – מבחנים הכרחיים לקביעת מוות מוחי

ניתן לקטע מוות מוחי אך ורק אם נתמלאו כל התנאים בכל המבחנים המפורטים להלן:

4.3.1 היכחה קלינית לחוסר הכרה עמוק כמוגדר בסעיף

3.5.

4.3.2 אייקום תנוחה אבמורמלית של הגוף או שרירי הפנים כתוצאה מ:

- א. תנוחה רצרבטית.
- ב. תנוחה דקורטיקלית.
- ג. טריזמוס.

4.3.3 אייקום התכווצויות עצמוניות מכל סוג שהוא.

4.3.4 יש לוודא העדר כל החזורים (רפלקסים) של גזע המוח המפורטים להלן:

- א. אוקולוצפלי (Doll's Eyes).
- ב. תגובת האישונים לאור.
- ג. קורניאלי.
- ד. וסטיבולר-אוקולרי (מבחן קלורי עם הזרקה מי קרה לאוזניים לאחר שחכח שאין חסימה של תעלות האוזניים החיצוניות).
- ה. תגובה של שרירי הפנים לכאב סומטי עמוק.
- ו. שעול או החזר הקאה (Gag Reflex).

4.3.5 יש לוודא העדר נשימה עצמונית בנוכחות PCO₂ עורקי של לפחות 50 מילימטר כספית (ממ"כ). בדיקה זו יש לבצע כדלהלן:

- א. הנשמה מוקדמת ב-100% חמצן למשך 10 דקות כדי למנוע היפרקסמיה בעת הבדיקה.
- ב. הפסקת ההנשמה המלאכותית תוך כדי הזרמת חמצן לנתיב האויר ממכשיר ההנשמה (Diffusion Oxygenation) למשך לא פחות מ-5 דקות.
- ג. בדיקת הגזים בדם העורקי בתום תקופה זו חייבת להראות PCO₂ עורקי של לא פחות מ-50 ממ"כ.
- ד. אם PCO₂ יחידה פחות מ-50 ממ"כ יש לחזור על הבדיקה. החולה ינותק ממכשיר ההנשמה עד אשר PCO₂ יעלה מעל ל-50 ממ"כ בתום תקופת הניתוק.
- ה. בחילה עם צבירת CO₂ ברונית העליה ב-PCO₂ חייבת להיות עד לא פחות מ-70 ממ"כ.

4.3.6 בדיקה אובייקטיבית של תיפקוד חשמלי של גזע המוח – בדיקת Auditory nerve-brainstem responses (ABR BAER BERA BAEP). שמות גרפיים:

oxygenation diffusion for at least 5 minutes.

c. Partial pressure of oxygen in arterial blood after this time must show arterial PCO₂ to be no less than 50 mm Hg.

d. If PCO₂ pressure is less than 50 mm Hg, then the test is to be repeated. The patient is to be disconnected from the respirator until his PCO₂ level exceeds 50 mm Hg.

e. In a patient with chronically high levels of CO₂, the rise in PCO₂ must be at least to 70 mm Hg.

4.3.6 Objective Test of Electrical Functioning of the Brain Stem – Auditory Nerve-Brainstem Response (ABR, BAER, or BAEP)

A. This test cannot be done on a patient who has prior bilateral deafness or who has suffered bilateral injury in the vicinity of the ears. In these cases brain stem death cannot be established by ABR. Therefore, such a patient cannot be considered dead as specified below in Section K.

B. One must examine the patient's ears and verify that they are clean and free of wax, inflammation and debris.

C. One must provide sound stimulus under conditions which optimize the possibility of response (viz. 10 stimuli per second at maximum volume).

D. The test should be repeated 4 times to identify (or not to identify) the waves (or their absence) in a consistent way.

E. If it becomes necessary to eliminate electrical interference, one may switch off any electrical heating device or even an ECG, if they are causing electrical interference with the test.

F. One must verify that there is no conductive artifact and no electrical induction from the ear phones. This is done by blocking the sound emitted from the earphone with an appropriate surface.

G. The test is to be repeated under the same conditions after at least 12 hours.

H. Only the exclusive presence of the first wave (from the auditory nerve) can be taken as evidence of brain stem death.

I. If the first wave is also absent, then one should try to record it from the promontorium with an appropriate electrode. This test requires piercing the tympanic membrane.

J. If there is still no response, the apparatus should be checked by trying to record waves from a normal person in the vicinity of the patient.

K. If, after all these efforts, ABR records the exclusive presence of the first wave, the test can be taken as proof of death of the brain stem and one can proceed to Section 5 of this protocol.

If the first wave is not recorded, or if additional waves are also recorded, the patient cannot be considered dead until cardiac arrest [or other tests which might be approved in the future, such as somato-sensory evoked potential].

5. Procedure for Establishing Brain Death

5.1 Diagnosis of brain death shall be established by a team of four members, consisting of three qualified physicians and a fourth member to be selected from a list approved by the Ministry of Health in accord with the decision of the Chief Rabbinate Council. The request to convene such a team will be made by the qualified physician who is caring for the patient, after having executed the following procedures:

5.1.1 Complete execution of the three steps required for establishing brain death as detailed in Section 4 of this protocol.

א. אין לבצע בדיקה זו אם החולה היה חרש דו-צדדי לפני המאורע או אם טובל מחבלה בסביבת האזניים דו-צדדית. במקרים אלו לא ניתן לקבוע מוות של גזע המוח באמצעות ABR. ולכן אין להתייחס אל החולה כמת, כאמור להלן פסקה יא.

ב. יש לבדוק את האזניים של החולה ולוודא שהן נקיות ופנויות משעווה, מרלקת ומי-debris.

ג. יש לתת גירוי קול בתנאים אופטימליים לאפשר קבלת תגובה – דהיינו בקצב 10 לשניה ובעוצמה מירבית.

ד. יש לבצע 4 בדיקות חוזרות ולזהות (או לא לזהות) בצורה עקבית את אותם הגלים (או העדרם).

ה. אם נחוץ למנוע הפרעות חשמליות, יש להפסיק למשך הבדיקה חימום חשמלי ואולי אף פעולת מכשיר ניתור א.ק.ג. אם הם גורמים להפרעות.

ו. יש לוודא שאין ארטיפקט של מוליכות או השראה חשמלית מהאזניה, על ידי חסימת הקול הבוקע מהאזניה עם משטח מתאים.

ז. יש לחזור על הבדיקה באותם התנאים כעבור לפחות 12 שעות.

ח. רק נוכחות בלעדית של הגל הראשון (מעצב השמע) תיחשב כעדות למות גזע המוח**.

ט. אם אין אפילו גל ראשון, יש לנסות לקבלו על ידי רישום עם אלקטרודה מתאימה מהפרומונטוריום (Promontorium) אחרי ניקור עור התוף.

י. אם עדיין לא מתקבלת שום תגובה, יש לבדוק את תקינות המכשיר על ידי רישום מאדם נורמלי בקרבת מקום לחולה.

יא. אם, לאחר כל המאמצים, נתקבלה בדיקת ABR עם נוכחות גל ראשון בלבד, מהווה הדבר הוכחה למות גזע המוח, ואז ניתן לעבור לסעיף 5.

לא נתקבל גל ראשון, או שנתקבלו גם גלים גוספים, לא יוגדר החולה כמת עד להופעת דום לב [או מבחנים אחרים אם יאושרו בעתיד, כגון פוטנציאלים מעוררים מהמסילה לתחושה בעור (somato-sensory evoked potential)**].

5. הליך קביעת מוות מוחי

5.1*** אכחנת מוות מוחי תיקבע ע"י צוות של ארבעה אנשים, מתוכם שלושה רופאים בעלי תואר מומחה במקצועם ודורביעי כונן מתוך רשימת דמורשים לכך ע"י משרד הבריאות ע"פ החלטת מועצת הרבנות הראשית, אשר יכונס ע"י:

מנהל בית החולים – בשעות העבודה

או ע"י

כונן-על רפואי – אחרי שעות העבודה.

* סעיף זה נוסף לנהל המקרי של הדסה על פי החלטת מועצת הרבנות הראשית לפי נוסח מס' 2 שנכתב ע"י פרופ' ת. סומר מביה"ס לרפואה של האוניברסיטה העברית והדסה, ירושלים.

** Chiappa, K.H. and Ropper, A.H. Evoked Potentials in Clinical Medicine. N.E.J. Med. 306:1141-1150, 1982.

*** הקטעים דמוגרפים דוטואמו או נוספו לנהל המקרי של הדסה ע"י מועצת הרבנות הראשית מיום א' במרחשון תשמ"ז (3.11.86).



5.1.2 A waiting period of at least 3 hours after having completed the three steps.

5.2 After a request has been submitted, the team of four shall be convened.

5.3 The team of physicians will convene simultaneously and will independently supervise the execution of all three steps as detailed in Section 4 of this protocol.

5.4 The determination of brain death must be unanimous. If there is a divergence of opinion, then brain death cannot be established and one must wait until a second meeting of the committee as detailed in Section 5 of this protocol.

5.5 If brain death is established by all the members of the committee, then the continued treatment of the body of the deceased will be in the hands of the staff of the Transplant Department according to standard procedures.

6. Composition of the Medical Team for Establishing Brain Death

Members of the team will be qualified physicians who are on duty in the following areas of specialization:

- a. Neurology
- b. Anesthesiology
- c. Internal Medicine or Cardiology

7. Accountability

The following are accountable, each in his own area of activity: the qualified, principle physician; the senior resident on duty; the senior residents in neurology, anesthesiology, medicine, and cardiology; the Director of the Medical Center or his Assistant; and the Directors of the Departments and Medical Units responsible for the execution of this protocol.

הפניה למנהל בית החולים. כונן העל הרפואי תיעשה ע"י הרופא המטפל, בעל תואר מומחה במקצועו, רק לאחר שהוא ביצע את הפעולות הבאות:

5.1.1 'ביצוע כל שלושה השלבים הנדרשים לקביעת מוות מוחי במלואם כמפורט בסעיף 4 בנהל זה.

5.1.2 המתנה של שלוש שעות לפחות לאחר כיצוע השלבים הנ"ל.

5.2 לאחר קבלת הפניה יכנס מנהל בית החולים (בשעות העבודה) או כונן העל הרפואי של אותו היום (כאשר הפניה נעשית אחרי שעות העבודה) את הצוות המלא.

5.3 צוות הרופאים יתכנס בריבונות ויברוק בצורה בלתי-תלויה, ביצוע מלא של כל שלושה השלבים כמפורט בסעיף 4 בנהל זה.

וודא הצוות שכל הקריטריונים וההוראות הכתובות נתמלאו, יקבע במשותף את המוות המוחי וארבעת חברי הצוות יחתמו בגליון הרפואי.

5.4 קביעת המוות המוחי חייבת להיות פה אחד. נתגלו חילוקי דעות – לא ייקבע המוות המוחי ויש להמתין עד לכינוס הוועדה שנית לפי התהליך המפורט בסעיף 5 בנהל זה.

5.5 נקבע מוות מוחי ע"י כל חברי הצוות, ימשך הטיפול בגופת הנפטר ע"י סגל מחלקת ההשתלות לפי התהליכים המקובלים.

6. הרכב צוות רופאי בית החולים לקביעת המוות המוחי

חברי הצוות יהיו רופאים, בעלי תואר מומחה במקצועם, הבוגרים של אותו היום, במקצועות הבאים:

- א. נוירולוגיה
- ב. הרדמה
- ג. פנימית או קרדיולוגיה

7. אחריות

הרופא המטפל בעל תואר מומחה במקצועו, כונן העל הרפואי, הבוגרים במקצועות נוירולוגיה, הרדמה, פנימית וקרדיולוגיה, מנהל בית החולים או סגנו ומנהלי מחלקות ויחידות רפואיות אחראים לביצועו של נהל זה, כל אחד בתחום פעילותו.

1. Read 1 Marcheshvan (3 November) as above.
2. The Transplant Committee was appointed by the Chief Rabbis of Israel and included rabbinic scholars, rabbis representing various sectors of the religious population, and two physicians (see note 4 below).
3. Prof. Dan Michaeli, then the Director General of the Ministry of Health, presented the request to the Chief Rabbinate.
4. The Chief Rabbis had two physicians specializing in medical halachah appointed to the Committee.
5. On Tuesday, 4 Tishri 5747 (7 October 1986).
6. On Tuesday, 7 Menachem Av 5746 9 (12 August 1986).
7. *Iggerot Moshe Y.D. II*: 174.
8. Be'ayat Hashtalal ha-Lev le'Or ha-Halachah, No'am 13 (5730), pp. 1-9.
9. *Darche Teshuvah Y.D.* 155:2 in the name of Rabbi Shlomo Kluger (quoted in *Nishmat Avraham Y.D.* 155:2); *Iggerot Moshe C.M. II*:74 (b); Rabbi Moshe Weinberger, "Priorities in

1. צ"ל א' דמרחשון, כפי שנכתב למעלה.
2. ועדת ההשתלות מונתה על ידי הרבנים הראשיים לישראל, וכללה תלמידי חכמים, רבנים מחוגים שונים, ושני רופאים (הע' 4 להלן).
3. הבקשה לרה"ר הוגשה ע"י פרופ' דן מיכאלי, אז מנכ"ל משרד הבריאות.
4. לפי קביעת הרבנים הראשיים צורפו לוועדה שני רופאים שתחום התמחותם כולל את נושא הרפואה וההלכה.
5. ביום שלישי, ד' תשרי תשמ"ז (7.10.86).
6. ביום שלישי, ז' מנחם אב תשמ"ז (12.8.86).
7. אגרות משה, יו"ד, ח"ב, סי' קעד.
8. בעית השתלת הלב לאור ההלכה, נועם יג (תשל"ל), עמ' א"ט.
9. ררכי תשובה, יו"ד, קנה, ב בשם הגר"ש קלוגר, הובא בנשמת אברהם, יו"ד, קנה, ס"ק ב: הרב משה וינברגר, קדימויות בריפוי חולים, עמק הלכה אסיא (מכון שליונגר, ירושלים תשמ"ז) עמ' 109-117, בפרק ד: "מהם חיי שעה".
10. D.J. Cohen et al., Cyclosporine A: A new immunosuppressive agent for organ transplantation, *Ann.Intern.Med.* 101, 667-682 (1984)



- the Treatment of Patients (in Case of Insufficiency of Staff or Medication), *Emek Halachah* (Schlesinger Institute: 1985, Jerusalem), pp. 109–117 (Section IV: "Mahem Chayye Sha'ah.")
10. D.J. Cohen, et al., "Cyclosporine A: A new agent for immunosuppressive organ transplantation," *Ann. Intern. Med.* 101 (1984), pp. 667–682.
 11. See Appendices I and II below and the references in *Emek Halachah* p. 93 note 55. See also A. Starr, "Auditory brainstem response in brain death," *Brain* 99 (1976), pp. 543–554.
 12. Rabbi Moshe Tendler in a letter dated 5 July 1986 to the Director of the Hadassah Medical Center–Jerusalem. Rabbi S. Rappaport in Jerusalem, the husband of Rabbi Moshe granddaughter, provided further verification for Rabbi Feinstein's this fact.
 13. The Transplant Committee was informed that Rabbi Y.Y. Weiss, Head of the Rabbinic Court of the *Eidah ha-Charedit* in Jerusalem and author of *Resp. Minchat Yitschak*, recently signed a letter supporting a patient who was raising funds for a heart transplant procedure abroad. (See *Emek Halachah*, pp. 106–108.)
 14. Candidates for heart transplant are severely sick patients whose life expectancy without transplant range from several weeks to several months. These patients are in constant danger of death due to their heart condition. In Hadassah Medical Center–Jerusalem about four cardiac patients whose only hope for survival is a heart transplant die each month (reported by Prof. M. Gottesmann, Director of Cardiology at Hadassah Medical Center–Ein Karem, Jerusalem).
 18. According to Rabbi S. Rappaport, Rabbi Feinstein holds that destruction of the entire brain is tantamount to death, just as decapitation is tantamount to death, even if the heart is still beating.
 19. A. Numerous experiments and observations on human patients with cerebral damage have demonstrated that damage to the brain stem leads to immediate cessation of breathing. This, however, is not the case following damage to higher or lower areas of the central nervous system.
B. Electrical stimulation of certain areas of the brain stem will cause contraction of the respiratory musculature.
 20. Dr. A. Steinberg, *Kevi'at Rega' ha-Mavei ve-Hashtalat Lev*, Special Report for the Members of the Transplant Committee of the Chief Rabbinate (Tishri 5747), Sect. 2.
 21. If the cause of the damage is unknown, the current state of medical knowledge does not definitively exclude the possibility of an exceptional condition with some unknown factor which is either misleading or which mimics indications of death. Cardiac arrest is similarly not acceptable for establishing death if its cause is unknown. In such cases one must immediately attempt resuscitation.
 22. Presence of spontaneous, or even attempts at spontaneous
11. ראה נספחים 1–2 להלן, ובמראי המקומות בספר עמק הלכה אסיא עמ' 93.
בהערה 55. יש להוסיף למראי המקומות שם גם:
Starr A. Auditory brainstem responses in brain death, *Brain* 99:543–554, 1976
12. הרב משה טנדלר, במכתב (באנגלית) למנכ"ל בי"ח הדסה בירושלים, מיום 5 ליוני 1986. אשור נוסף לעובדה זו קבלתי מהרב ש. רפפורט מירושלים, בעל נכדתו של הגר"מ פיינשטיין זצ"ל.
13. לעזרת ההשתלות נמסר שגם הנריי"ויס שליט"א, אב"ד העדה החרדית בירושלים (בעל המנחת יצחק) מסר בתקופה האחרונה מכתב המלצה לסייע לחולה לב שנוקק להשתלת לב בחור'ל. (ראה עמק הלכה אסיא, עמ' 106–108.)
14. המועמדים להשתלת לב הם חולים קשים שתוחלת חייהם נמדדת. ללא השתלה, בשבועות עד חודשים ספורים, והם נמצאים יום יום בסכנת חיים. מידי חודש מתים בכ"ח הדסה ירושלים כ-4 חולי לב אשר הסיכוי הרפואי היחיד להצלת חייהם הוא השתלת לב (נמסר ע"י פרופ' מ. גוטסמן). מנהל מחלקת הלב בבית החולים הדסה ע"כ ירושלים.
15. ח"ר: עד היכן הוא בודק? עד חוטמו. ויש אומרים: עד ליבו (גירסת רש"י). לגרסת ר"ח במקום "ליבו" יש לגרוס "טבור" ... אמר רב פפא: מחלוקת ממהם למעלה. אבל מלמעלה – מטה – כיון דברך ליה עד חוטמו – שוב אינו צריך.
- מבואר, שלכל הדעות, אם אין סימני חיים בחוטמו ("מלמעלה למטה") אין צורך (ובשבת אסור) להמשיך לחפור עד בדיקת סימני החיים בלב. מכאן נובע שהסימן הבלעדי הקובע מוות הוא העדר הנשימה, כנלמד בגמרא מן הפסוק "כל אשר נשמת רוח חיים באפיו". לכן, אם הנבדק אינו נושם אפילו נשימה קלה במשך חמש דקות רצופות כשיש סימנים והוכחות שלעולם לא ישוב לנשום, הרי הוא מת מדינא דגמרא.
- מצד שני, פעימות לב כשלעצמן אינן מזהות סימן חיים אם נקבע המוות באופן ברור. כמבואר במשנת עדויות א.ו. שכן מי שהותו ראשו, פרכוסיו גופו נחשבים כפרכוס "זנב הלטאה", וגם, כפי שמעריכים מומחים נירולוגים, לבו של המותו יוכל להמשיך לפעום שעות וימים אם יקשרו בלי הדם הצוואריים, ויכנס צינור של מכונת הנשימה לקנה הראה החתך. (למיטב ידיעתי לא נעשה עדיין "נסיון" כזה בלב אדם או יונק אחר, אך הוכח שלב כעלי חיים יכול לפעול עצמונית כשהוא מנותק מחוץ לגוף בתוך תמיסה מתאימה).
16. שם ר"ה "נחזי אנן": "...אז נמסר לנו שיעור מיתה ... או שסמכו עצמן אקרא כל אשר נשמת רוח חיים באפר דהבל חליו בנשימת האף וכמבואר בימא פה ע"א ופסקו רמב"ם וטוש"ע".
- מהמשיך בדבריו שם ב"ה "אבל" אין להביא ראיה הפוכה כברור למעין, ואכמ"ל.
17. תשובה לחתנו הרב משה דוד טנדלר.
- בתשובה מודגש שהפסקת הנשימה היא הסימן הקובע מוות על פי ההלכה. אלא שלעיתים יש לבצע גם בדיקה נירולוגית (קירית מחט) כדי לוודא שלא מדובר ב"התעלפות". לגבי נפגעי תאונת דרכים נדרשת גם בדיקה פיזיולוגית המאשרת חוסר זרימת דם למוח (בדיקת פעימות לב איננה מוכרת בלב בכל התשובה):
- "...וכיון שאתה אומר שעתה איכא נסיון שרופאים גדולים יכולין לברר ע"י זריקת איזו לחלוצית בהגוף ע"י הגידים לידע שנפסק הקשר שיש להמוח עם כל הגוף, שאם לא יבוא זה להמוח הוא ברור שאין להמוח שום שום שייכות להגוף, וגם שכבר נרקב המוח לגמרי והוא כהותו הראש בכח ... (התיאור מתאים לאנגיוגרפיה של כלי הדם המוחיים, תהליך שבאמצעותו ניתן להראות חוסר זרימת דם למוח).
- משמע שהרס מוחי נחשב כהתנת ראש בפוטנציה (בכח), ואז פרכוסיו הגוף נחשבים כפרכוס זנב הלטאה ואינם משנים את קביעת המוות (אהלות א.ו.).
- אמנם יש קשיים אחרים בהבנת כוונתו של הגאון זצ"ל, ראה נשמת אברהם חיידר, שלט, ס"ק ב. אולם פירושו של הנשמת אברהם לכאורה צ"ע:
- א) אם התכוון הגאון זצ"ל למצב בו נעדרים כל סימני החיות כולל פעילות הלב, מדוע צריך להגיע לגדר של "הותו ראשו בכח", הרי כל המשמעות של המושג "הותו ראשו" היא

שהמותו נדון כמת נגזר למרות תנועת גוף הנרונות כפרכוס זנב הלטאה.

ב) מפירושו של הנשמת אברהם יוצא שבנפגע תאונת דרכים, אם אין שום סימני חיים כולל פעימות הלב, אסור להפסיק מכשיר הנשימה ויש להמשיך בטיפול המלא עד שיוכח הרס

breathing by the patient, unambiguously indicates that at least part of the brain stem is functioning. Therefore this condition was included in Section 3. In the Decision, Section 2 was separate because of the halachic significance of the absence of breathing.

23. Detailed in Appendix I below.
24. Detailed in Appendix II below.
25. As long as brain death has not been established, the patient is considered alive despite cessation of spontaneous breathing. Therefore, artificial respiration and other intensive care procedures must be continued.
26. The requirement of "accident victims" restricts the permissibility of removing the deceased donor's heart exclusively to accident victims. Such accident victims, if they fulfill the requirements in Appendices I and II below, are halachically considered at least terefah, even if not halachically dead. This, therefore, is a further reason for permitting the transplant procedure according to those rabbis quoted in *Emek Halachah*, pp. 100-108.
27. The decision is limited to Hadassah Medical Center because the Ministry of Health requested the opinion of the Rabbinat at a time when only Hadassah was to be authorized (by the Ministry of Health) to perform heart transplants. The Transplant Committee was probably influenced as well by the control exercised by the administration of Hadassah Medical Center. This control allows better supervision than would be possible at many other medical institutions. See: Y. Yarkoni, General Hospital, *Kol ha-Ir* 8 Sivan 5747 (5 June 1987), pp. 34 f., 37, 71.
28. This refers to the appointment of a physician who specializes in medical halachah and who is independent of the hospital administration. In many countries it is customary to separate the transplant team from the team which establishes death. This is intended to eliminate conflict of interest which might adversely affect the donor. The Chief Rabbinat broadened this requirement by including an independent physician with medical halachic training in the team. The judgement of such a physician could be acceptable to all elements of the public.
29. The appointment by the Ministry of Health is intended to assure his legal and medical status in the team establishing death.
30. The limitation of the appointment to one year, and the reappointment on the basis of an updated list submitted by the Chief Rabbinat, will prevent the development of undue collegiality on the committee and will contribute to the Chief Rabbinat's supervision over decisions.
31. The requirement for the family's approval is intended to protect the right of the individual to decide what will be done with his body. In addition, it prevents forced donation of an organ in opposition to the conscience of the family. If the family's opposition is not in accord with halachah, it would be the responsibility of the rabbi to convince the family to act in accord with the Shulchan Aruch.
32. A Review Committee with power is internationally considered a deterrent, preventing deviations from the decisions. It has a positive impact on the level of medical decisions which are then taken with greater care.
33. Without legally binding decisions, there is not much value in agreements between the Chief Rabbinat and private physicians or institutions. Examples from the recent past have shown that even agreements between the Chief Rabbinat and senior physicians and administrators have been observed for only short periods. In vitro fertilization is an example. Many of the limitations set by the Chief Rabbinat at that time were

כל המות ברור שמסקנה זו מנוגדת למקובל בכל העולם, ומעולם לא שמענו חיוב לכצע בדיקת חוסר זרימת דם למוח בכל נפטר מתאונת דרכים שקביעת מותו נעשתה בשיטה הקלאסית של העדר כל סימני החיות המקובלים: "מוטל כאבן דומם, אין בו דפיקה ובטלה הנשימה".

- לכן לכאורה צריך לפרש את דמושג "סימני חיות" (בתשובה זו) המעכבים את קביעת המוות, כסימנים נזידולוגיים המעידים על פעילות מוחית (בגון תגובה לדקירת מחט המזכרת בראש התשובה), ולא כפרוכסים או פעימות לב.
18. מפי הרב ש. רפפורט מירושלים, בעל נכדתו של הגר"מ פיינשטיין זצ"ל, שמעתי שאכן לדעת הגאון זצ"ל, הרי כל המוח משמעותו מוות כמי שהותו ראשו גם אם הלב פועם.
19. א) נסיונות רבים בבכ"ת, תצפיות וניתוחים בבני אדם פגועי מח הראו שפגיעה של המוח גורמת מייד להפסקת הנשימה, בניגוד לפגיעה באזורים גבוהים או נמוכים יותר של מערכת העצבים המרכזית.
- ב) גירוי חשמלי של אזורים מיוחדים בגוף המוח מפעיל את שרירי הנשימה.
20. ר"ר א. שטינברג, קביעת רגע המוות והשתלת לב, דר"ח מיוחד לחברי ועדת ההשתלות של הרה"ר (תשרי תשמ"ז), סוף סעיף ב.
21. אם סיבת הפגיעה איננה ידועה – מדע הרפואה כיום איננו יכול להתדייב שלא קיים מצב חריג, עם גורם בלתי ידוע המטעה או מחקה את סימני המוות. גם דם לב איננו מקובל כקובע מוות אם הגורם לא ידוע, והוא מדייב כיום נסיון הדייבא מיידי.
22. אם קיימת נשימה טבעית (עצמית) או אפילו נסיון קל לנשימה עצמית – משמעות הדבר, חד משמעית, שלפחות חלק מגוף המוח חי ומתפקד. לכן למעשה, כלול תנאי זה בדרישה של סעיף ג. בהחלטה הובא סעיף ב' כנופר עקב המשמעות ההלכתית של העדר הנשימה.
23. מפורטות בנוסף 1 להחלטת מועצת הרה"ר.
24. מפורט בנוסף 2 להחלטת, ראה גם את המקורות המצויינים בהע' 11 לעיל.
25. כל זמן שלא נקבע המוות המוחי, החולה מוגדר כוז למרות הפסקת הנשימה העצמית, ולכן חייבים להמשיך גם את ההנשמה המלאכותית.
26. משמעות הדרישה "מפגעי תאונה" היא הגבלה של ההיתר לנטייל לב מתורמים נפגעי תאונה בלבד. נפגעים אלו הממלאים את הדרישות של נספחים 1 ו 2, היו מוגדרים כטרפה על פי ההלכה גם אלולא היו מוגדרים כמתים. לכן קיים כאן סניף נוסף להיתר על פי שיטות הפוסקים המובאים בספר עמק הלכה אסיא, עמ' 100-108.
27. ההיתר הוגבל למרכז הרפואי הרסה בלבד משתי סיבות: א) בקשת משרד הבריאות היתה לרן בהיתר בשעה שרק המרכז הרפואי הרסה בירושלים אמור לקבל היתר (ממשרד הבריאות) להשתלות לב. ב) אופיה של שליטת הנהלת ביה"ח הרסה בירושלים, מאפשר פיקוח ושלטת מעבר למצב הקיים במוסדות רפואיים רבים אחרים.
28. הכוונה למינוי רופא שתחום התמחותו כולל את נושאי רפואת הילד, והאינו תלוי בהנהלת בית החולים. כמדינות רבות מקובל כיום להפריד הפרדה מוחלטת בין הצוות המשתל לבין הצוות קובע המוות. סיבת זהירות היא למנוע ניגודי אינטרסים אפשריים העלולים לפגוע בתורם. הרה"ר הרחיבה עיקרון זה בדרישה להוספת רופא כלתי תלוי לחברי הצוות. עם הכשרה משפטית-הלכתית, אשר קביעתו תוכל להיות מקובלת על כל הציבור.
29. מינוי משרד הבריאות אמור להבטיח מבחינה משפטית את מעמד הרפואי המלא בצוות קביעת המוות.
30. הגבלת משך המינוי לשנה, וחידושו מתוך רשימה מעודכנת שתמסר ע"י הרה"ר, ימנע מצב של חברות קבועה בוועדה, ויסייע לפיקוח הרה"ר על ההחלטות.
31. הצורך בהסכמת המשפחה אמור לשמור על זכות הפרט להחליט מה יעשה בגופו. נוסף על כך ניתן יהיה למנוע כפיית תרומת לב המנוגדת למצפונה של המשפחה. אם התנגדות המשפחה תהיה בניגוד להלכה, יהיה זה מתפקידו של הרב, איש ההלכה, לשכנע את המשפחה לנהוג ע"פ השו"ע.
32. ועדת מעקב בעלת שיניים מהווה, בעולם הרחב, גורם מרתיע מפני



observed for only a brief period. Today they are not observed in certain medical centers, including centers which received the Chief Rabbinate's approval at that time.

34. This Section is important from both halachic and legal points of view. Heart transplants are prohibited by Jewish law until all of the conditions are fulfilled. This prohibition is very severe. The aim of these conditions is to assist the Ministry of Health in guaranteeing that the heart will be taken from the donor only after death has been definitively established. Without this condition it is impossible, in the opinion of the Chief Rabbinate, to guarantee that no heart will be taken from a live patient. Therefore, considerations of public benefit, the welfare of the donor, as well as purely halachic considerations, will permit the procedure only if all of the conditions are fulfilled in their entirety.
35. The Review Committee will verify that none of the conditions has been overlooked in establishing the death of the donor whenever his heart is still beating. Without review, procedures are liable to be undertaken which would prevent verification that the heart was not removed from a live donor.

- חריגות. ויש לה השפעה חובית על רמת ההחלטות הרפואיות עקב בקרה עצמית טובה יותר.
33. ללא תקנות בעלות תוקף חוקי, לא יהיה ערך רב להסכמים בין הר"ר ורופאים או מוסדות פרטיים. דוגמאות מהעבר הקרוב הראו שגם כאשר היה סיכום בין הר"ר לבין רופאים ומנהלים בכירים, הסכם לא קים יותר מאשר זמן קצר בלבד. בדוגמא ניתן לעיין את הפריית המבוצה. חלק ניכר מההגבלות שנקבעו ע"י הר"ר דאז, קיימו זמן קצר, וכיום אינם מקיימים.
 34. סעיף זה הוא בעל חשיבות רבה מבחינה משפטית והלכתית גם יחד. עד לכינוע כל התנאים – השתלח לב אסורה על פי ההלכה, נדרגת האיסור היא מן החמורות. מטרת התנאים הללו היא לסייע למשרד הבריאות להבטיח שהלב יוצא מגוף התורם אך ורק לאחר מותו והדאי. ללא קיום תנאי ההחלטה, לא ניתן, לרעת מועצת הרדר, להבטיח שהלב לא ינטל אף פעם מגופו של אדם חי.
 - לכן גם משיקולים של טובת הציבור ושלומו של התורם, וגם משיקולי הלכה צרופים, היתר יוכל להצטן בעתיד רק אם ימולאו התנאים בשלמותם.
 35. ועדת מעקב זו תוודא שלא חלה שחיקה ונסיגה בתנאי קביעת המוות באותם מקרים בהם הלב עדיין פועם. ללא מעקב, עלולה להקבע עובדות בשטח שימנעו בעתיד את הוודאות שהלב לא ניטל מתורם חי.