

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Kielcach	FORMULARZ	SOP – HLA – 20/F - 04
	KARTA ZGŁOSZENIA HONOROWEGO DAWCY SZPIKU	Numer dokumentu związanego: SOP – HLA 20
		Data obowiązywania: 01.06.2013r
		Wersja 2
		Strona 1 z 2

## OŚWIADCZENIE DAWCY

(Zaznaczyć akceptowane propozycje)

- Po raz pierwszy** zgłaszam dobrowolny udział w Rejestrze Niespokrewnionych Potencjalnych Dawców Szpiku.
- Potwierdzam poprawność podanych danych osobowych i teleadresowych.
- Zobowiązuję się do uaktualnienia podanych danych w razie ich zmiany.
- Wyrażam zgodę na gromadzenie, przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych i medycznych z godnie z Ustawą o Ochronie Danych Osobowych z dn. 29.08.1997r. Art.23 ust.1 punkt 1 z późn. zm. przez Ośrodek Dawców Szpiku Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa, ul. Jagiellońska 66, 25-734 Kielce – w ramach jego statutowej działalności i obowiązujących przepisów,
- Wyrażam zgodę na przekazywanie w formie anonimowej wyników badań HLA do Światowej Organizacji Dawców Szpiku Kostnego ( Bone Marrow Donors Worldwide ).
- Został(a) poinformowany(a) o istocie zabiegu pobrania szpiku (komórek macierzystych).
- Wyrażam chęć oddania szpiku dla ratowania życia chorego, który nie jest moim krewnym i nie ma dawcy rodzinnego.
- Wyrażam zgodę na anonimowe i bezpłatne oddanie szpiku w przypadku znalezienia dobranego biorcy.
- Nie zgłaszam zastrzeżeń odnośnie kryteriów wyboru biorcy.
- Wyrażam zgodę na pobranie ode mnie płytek krwi w przypadku gdy mogą one uratować życie chorego.
- Zgadzam się na pobranie krwi na oznaczenie antygenów zgodności tkankowej oraz badania wykluczające nosicielstwo wirusów, we wskazanych laboratoriach diagnostycznych znajdujących się najbliżej mojego miejsca zamieszkania.
- Wiem, że po wykonaniu badań antygenów zgodności tkankowej zostaną wpisany na listę potencjalnych dawców szpiku w Centralnym Rejestrze Niespokrewnionych Potencjalnych Dawców Szpiku i Krwi Pępowinowej w Poltransplancie, Al. Jerozolimskie 87, 02-001 Warszawa
- Zgadzam się na pobranie i przechowywanie mojej próbki krwi do badań przy poszukiwaniu niespokrewnionego dawcy szpiku i innych, które mogą być wykonane w przyszłości w wyniku postępu wiedzy medycznej.

### Jestem świadomy, że:

- Dar szpiku jest anonimowy, dobrowolny i bezpłatny.
- Pobranie szpiku przeprowadzane jest w znieczuleniu ogólnym. Nie wymaga znieczulenia pobranie krwi obwodowej na izolację komórek macierzystych.
- Pobranie szpiku wymaga krótkiego pobytu w szpitalu, za który otrzymam zwolnienie lekarskie.
- Koszty związane z pobraniem szpiku pokrywa szpital, w którym odbywa się przeszczepienie.
- Nie mogę szukać kontaktu z biorcą mojego szpiku w jakimkolwiek celu.
- W wyjątkowych przypadkach, dla dobra biorcy szpiku ponownie oddam szpik lub krew.
- Administratorem moich danych osobowych i medycznych jest Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa – Ośrodek Dawców Szpiku, ul. Jagiellońska 66, 25-734 Kielce.
- Mam prawo do wglądu moich danych osobowych i medycznych oraz mam możliwość ich poprawiania.
- Mogę wycofać moje nazwisko z Rejestru.

### Chcę zostać dawcą szpiku i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych

**zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997r. o Ochronie Danych Osobowych**  
(Dziennik Ustaw nr 133 poz. 883)

Data i miejsce ..... Podpis Dawcy Szpiku .....