

Karta Ewidencyjna Centralnego Rejestru Niepokrewnionych Dawców Szpiku i Krwi Pępowinowej.
[Wypełnij dużymi literami i wyślij na adres Poltransplantu]

Nazwisko..... Adres.....
Imiona.....
Nazwisko panieńskie Nr tel. domowego
Data urodzenia Nr tel. komórkowego.....
PESEL..... Nr tel. do pracy.....
Drugi adres kontaktowy (rodzina, przyjaciele)
Nazwisko..... Adres.....
Imiona Kod pocztowy
Telefon.....

POLTRANSPLANT

02-001 Warszawa, Al. Jerozolimskie 87

Oświadczenie woli o wpisanie do Centralnego Rejestru Niepokrewnionych Dawców Szpiku i Krwi Pępowinowej

Wyrażam chęć oddania szpiku dla ratowania życia chorego, który nie jest moim krewnym i nie ma dawcy rodzinnego.
Jestem w grupie ludzi w wieku 18-50 lat.

Zgadzam się na pobranie krwi na oznaczenie antygenów układu zgodności tkankowej oraz badania wykluczające nosicielstwo wirusów, we wskazanych laboratoriach diagnostycznych.

Wiem, że po wykonaniu tych badań zostaną wpisany na listę potencjalnych dawców szpiku w Ogólnopolskim Centralnym Rejestrze Dawców Szpiku i Krwi Pępowinowej.

Zgadzam się na przechowywanie próbki mojej krwi dla przeprowadzenia dodatkowych badań przy poszukiwaniu niepokrewnionego dawcy szpiku i innych, które mogą być wykonane w przyszłości w wyniku postępu wiedzy medycznej.

Chcę zostać dawcą szpiku i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 r. o Ochronie Danych Osobowych (Dziennik Ustaw nr 133 poz. 883)].

Jestem świadomy że:

- * Dar szpiku jest anonimowy i dobrowolny.
- * 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. Q Koszty związane z pobraniem szpiku pokrywa szpital, w którym odbywa się przeszczepienie szpiku.
- * Nie mogę szukać kontaktu z biorcą mojego szpiku w jakimkolwiek celu.
- * W wyjątkowych przypadkach, dla dobra biorcy szpiku ponownie oddam szpik lub krew.
- * Powiadomię Rejestr o zmianie adresu zamieszkania.
- * Mogę wycofać moje nazwisko z Rejestru.

Data.....

Podpis.....