

## Karta Ewidencyjna Ogólnopolskiego Centralnego Rejestru Dawców Szpiku i Krwi Pępowinowej.

Wypełnij dużymi literami

Nazwisko..... Adres.....

Imiona.....

Nazwisko panieńskie ..... Kod pocztowy .....

Data urodzenia ..... Nr tel. domowego.....

PESEL..... Nr tel. do pracy.....

### Drugi adres kontaktowy (rodzina, przyjaciele)

Nazwisko..... Adres.....

Imiona ..... Kod pocztowy .....

Telefon.....

## POLTRANSPLANT

### Oświadczenie woli o wpisanie do Ogólnopolskiego Centralnego Rejestru 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 niespokrewnionego 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 póź. 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.....

Aby zostać dawcą szpiku należy:

Oddać próbkę krwi na typowanie antygenów układu HLA w wyznaczonych przez POLTRANSPLANT placówkach służby zdrowia oraz odbyć badanie lekarskie. Wypełnić kartę ewidencyjną

Adresy placówek: [http://www.szpik.info/index.php?option=com\\_content&task=view&id=59&Itemid=68](http://www.szpik.info/index.php?option=com_content&task=view&id=59&Itemid=68)