ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР ГЕМАТОЛОГИИ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России)

125167, Москва, Новый Зыковский проезд, дом 4
E-mail: donors@blood.ru
Тел.: 8 (905) 568-57-60, 8 (495) 612-45-11
http://www.blood.ru

место для марки или кода

Добровольное информированное согласие на выполнение HLA-типирования и внесение персональных данных в Регистр доноров гемопоэтических стволовых клеток

Этим соглашением я выражаю готовность добровольно стать потенциальным донором гемопоэтических стволовых клеток.

В настоящий момент я располагаю достаточной информацией о донорстве гемопоэтических стволовых клеток. Я знаю, что на все мои вопросы, касающиеся донорства, которые возникнут в будущем, я получу ответы от сотрудников ФГБУ «НМИЦ гематологии» МЗ РФ.

Вся информация о результатах HLA-типирования является строго конфиденциальной, не подлежит разглашению, доступ к ней имеет только медицинский персонал с определёнными полномочиями.

Я СОГЛАСЕН(А):

1. Сообщить свои фамилию, имя, отчество, год рождения, адрес, паспортные данные, контактный телефон, e-mail.

2. Информировать Регистр об изменении моих контактных данных.

3. Сообщить Регистру контактную информацию о моих доверенных лицах для экстренной связи со мной.

4. Сообщить врачу Регистра всю информацию о моём здоровье.

5. Дать образец своей крови методом венопункции в количестве 10 мл. для проведения HLA-типирования.

6. При совпадении моего HLA-фенотипа с HLA-фенотипом пациента, нуждающегося в трансплантации гемопоэтических клеток, рассмотреть возможность дать свои гемопоэтические клетки на условиях безвозмездной донации. В случае положительного решения подписать информационное согласие на процедуру заготовки гемопоэтических клеток в присутствии двух врачей регистра.

7. Пройти дополнительное медицинское обследование, включающие осмотр специалиста и лабораторные исследования, в случае, если мой HLA-фенотип будет совместим с HLA-фенотипом пациента и после моего согласия об использовании моих гемопоэтических стволовых клеток.

8. На обработку и распространение моих персональных данных с целью реализации донорства гемопоэтических стволовых клеток.

Я ИНФОРМИРОВАН(А) О ТОМ, ЧТО:

1. Моё согласие стать потенциальным безвозмездным донором гемопоэтических клеток является первым этапом донорства. Если мой HLA-фенотип окажется совместимым с HLA-фенотипом пациента, нуждающегося в трансплантации гемопоэтических клеток, после моего согласия может быть решён вопрос об использовании моих гемопоэтических клеток для спасения больного.

2. За сокрытие сведений о наличии у меня ВИЧ-инфекции или венерических заболеваний я подлежу уголовной ответственности в соответствии со статьями 121 и 122 Уголовного кодекса Российской Федерации.

Я ИМЕЮ ПРАВО:

1. Получить интересующую меня информацию о процедуре заготовки гемопоэтических клеток.

2. Расторгнуть данное соглашение в одностороннем порядке на любом этапе до подписания информированного согласия на процедуру заготовки гемопоэтических клеток

РЕГИСТР ГЕМОПОЭТИЧЕСКИХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК ОБЯЗУЕТСЯ:

1. Хранить конфиденциальную информацию, касающуюся состояния здоровья потенциального безвозмездного донора гемопоэтических стволовых клеток, в закодированном виде и не передавать её третьим лицам, в том числе пациенту и его родственникам.

2. При отзыве согласия потенциального донора гемопоэтических стволовых клеток уничтожить информацию о нём в Регистре.

3. Ответить на все интересующие вопросы о донорстве гемопоэтических стволовых клеток.

Дата заполнения: _____ / _____ / _____ **Подпись потенциального донора:** _____
число месяц год

ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ потенциального донора гемопоэтических стволовых клеток

Фамилия																		
Имя																		
Отчество																		

заполнить печатными буквами

Пол	
Ж	**М**

подчеркнуть нужное

Национальность	

этническая принадлежность

Вес, кг	

не менее 50 кг

Полных лет

Войти в состав Регистра можно в возрасте от 18 до 45 лет!

Дата рождения	_____ / _____ / _____

число месяц год

Рост, см	

Паспортные данные:	**серия, номер**												**дата выдачи**			.			.				
	кем выдан																						

Адрес по регистрации	(указывать полный адрес, с городом)		
Адрес фактического проживания	(в случае совпадения с адресом регистрации можно указать **«он же»**)		
Контактные тел.	+7 (_ _ _) _ _ _ - _ _ - _ _	+7 (_ _ _) _ _ _ - _ _ - _ _	+7 (_ _ _) _ _ _ - _ _ - _ _
E-mail	_____@_____	_____@_____	
Соцсети	(укажите, по возможности, название соцсети, имя, ник или id, чтобы Вас можно было разыскать при необходимости)		

КОНТАКТНЫЕ ДАННЫЕ родственников или друзей, с помощью кого мы могли бы Вас оперативно найти. Информация о них СТРОГО КОНФИДЕНЦИАЛЬНА!

Фамилия, имя, отчество	
Кем приходится	
Адрес	
Телефон, e-mail	

АНКЕТА потенциального донора гемопоэтических стволовых клеток

Пожалуйста, точно, подробно и внимательно ответьте на все вопросы. Все сообщённые Вами сведения являются конфиденциальными и будут использованы только для оценки Вашей возможности быть донором гемопоэтических стволовых клеток. Мы полагаемся на Вашу объективность и добросовестность при заполнении анкеты. Правильность ответов позволит свести к минимуму риск для здоровья донора и реципиента.

I. Страдаете ли Вы следующими заболеваниями:
(в случае положительного ответа указать конкретный диагноз, дату, рецидив, период ремиссии)

	НЕТ	ДА		НЕТ	ДА
• Вирусные гепатиты А, В, С			• Заболевания печени и желчных путей (холецистит и др.)		
• Туберкулёз					
• ВИЧ			• Заболевания почек и мочевыводящих путей (мочекаменная болезнь, пиелонефрит и др.)		
• Наркомания					
• Алкоголизм					
• Психические заболевания			• Болезни эндокринной системы (сахарный диабет – тип I или II, заболевания щитовидной железы и др.)		
• Цирроз печени					
• Злокачественные новообразования					
• Доброкачественные новообразования			• Кожные болезни (псориаз, экземы, красная волчанка, фурункулёз и др.)		
• Заболевания крови					
• Органические заболевания ЦНС (аневризма, эпилепсия)			• Миопия высокой степени (6 D и более), перенесённая лазерная коррекция зрения		
• Сердечно-сосудистые заболевания (гипертоническая болезнь I-III степени, ишемическая болезнь, пороки сердца и др.)			• Аутоиммунные заболевания (болезнь Крона, ревматоидный артрит, рассеянный склероз и др.)		
• Болезни органов дыхания (бронхиальная астма и др.)			• Остеомиелит		
			• Аллергия (кожная на латекс, бронхоспазмы)		
• Болезни органов пищеварения (гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки и др.)			• Другие заболевания		

II. Являетесь ли Вы донором крови или её компонентов?	**НЕТ**	**ДА**
III. Проводились ли Вам когда-либо хирургические вмешательства?	**НЕТ**	**ДА** (дата, причина)
IV. Переливали ли Вам когда-либо донорскую кровь?	**НЕТ**	**ДА** (дата, причина)
V. Были ли у Вас беременности? Если да, то сколько?* ****Потенциальный донор **не** может быть активирован во время беременности, в течение года после родов и трёх месяцев после окончания кормления ребёнка грудью.***	**НЕТ**	**ДА** (количество)

Я прочитал(а), понял(а) и правильно ответил(а) на все вопросы анкеты, а также получил(а) ответы на все заданные мной вопросы.
Я информирован(а), что во время процедуры взятия крови возможны незначительные реакции организма (кратковременное снижение артериального давления, гематома в области инъекции), не являющиеся следствием ошибки персонала.

Дата заполнения: _____ / _____ / _____ **Подпись потенциального донора:** _____
число месяц год

Заполняется врачом:
Ф.И.О. врача _____ Подпись врача _____
Идентификацию и наклеивание марки на пробирку провёл _____ Дата _____