

**CENTRUM ORGANIZACYJNO-KOORDYNACYJNE DS. TRANSPLANTACJI
„POLTRANSPLANT”**

Al. Jerozolimskie 87, 02-001 Warszawa

Tel/fax. (22) 627 07 48, fax. 022 621 72 82

WNIOSEK O PRZESZUKANIE REJESTRÓW I FINANSOWANIE DOBORU DAWCY

Data wysłania: (dd/mm/rr)

Procedura pilna:

Dane pacjenta*: Imiona:

Nazwisko:

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data ur.: (dd/mm/rrrr)

Płeć:

Grupa krwi:

Status CMV:

Data i rozpoznanie choroby:

Typowanie HLA pacjenta (*prosimy o załączenie kopii wyników badań laboratoryjnych*):

A*	B*	C*	DRB1*	
A*	B*	C*	DRB1*	
DRB3*	DRB4*	DRB5*	DQB1*	DPB1*
DRB3*	DRB4*	DRB5*	DQB1*	DPB1*

Typowanie HLA możliwych dawców (*proszę o załączenie kopii wyników badań laboratoryjnych*):

Pokrewieństwo:									
HLA-A*									
HLA-B*									
HLA-C*									
HLA-DRB1*									

Zaznaczyć, którzy członkowie rodziny mogą być brani pod uwagę jako potencjalni dawcy haploidentyczni, także pod względem preferowanych cech biologicznych

Stwierdzam, że chory: 1) nie posiada zgodnego dawcy rodzinnego, 2) został zakwalifikowany do przeszczepu komórek krwiotwórczych od dawcy niespokrewnionego lub haploidentycznego oraz 3) jest uprawniony do korzystania ze świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych na podstawie Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1938 z późn. zm.) 4) wyraził zgodę na wykonanie badań genetycznych w rozumieniu rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 2006 r (Dz. U. poz. 435 z późn. zm.)

(Pieczęć Kliniki Transplantacyjnej)

(Imię, nazwisko lekarza kierującego + podpis + data)

Uwagi:

Zgodnie z ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016):

- Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez ustawy okres;
- ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego;
- podanie danych osobowych jest obligatoryjne na mocy przepisu prawa.

- Wyrażam zgodę na realizację świadczenia zdrowotnego poszukiwania i doboru niespokrewnionego i/lub haploidentycznego dawcy komórek krwiotwórczych.
- Wyrażam zgodę na przetwarzane moich danych osobowych w celu świadczenia usług medycznych do celów poszukiwania i doboru dawcy niespokrewnionego i haploidentycznego, w tym przetwarzanie moich danych w postaci zanonimizowanej przez światowy rejestr dawców szpiku (Bone Marrow Donor Worldwide).
- Wyrażam zgodę, aby moje dane osobowe były wykorzystywane przez podmioty realizujące świadczenie zdrowotne poszukiwania i doboru niespokrewnionego i/lub haploidentycznego dawcy komórek krwiotwórczych oraz inne podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.

Data

Podpis Pacjenta lub Jego opiekuna prawnego