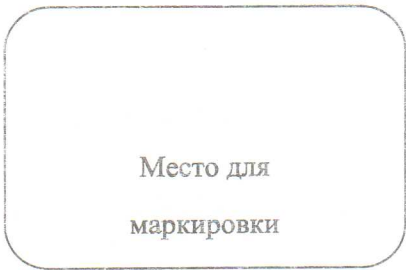


Федеральный регистр доноров костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток, донорского костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток, реципиентов костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток



Место для маркировки

Оператор:

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центр стратегического планирования и управления медико-биологическими рисками здоровью»

Федерального медико-биологического агентства

(ФГБУ «ЦСП» ФМБА России)

119121, Москва, Погодинская д. 10 с1

info@cspfmba.ru

http://www.cspfmba.ru

Информированное добровольное согласие

на вступление в Федеральный регистр доноров костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток, донорского костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток, реципиентов костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток

Я, ИВАНОВ ИВАН ИВАНОВИЧ
(фамилия, имя, отчество (при наличии) - полностью)

прошу включить меня в Федеральный регистр доноров костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток, донорского костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток, реципиентов костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток (далее - Федеральный регистр) и добровольно выражаю готовность стать донором костного мозга и (или) гемопоэтических стволовых клеток.

Я располагаю достаточной информацией о донорстве костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток.

Я согласен(а):

1. Сообщить свои персональные данные: фамилию, имя, отчество (при наличии), дату рождения, пол, адрес места проживания, контактные телефонные номера и адреса электронной почты.
2. Информировать об изменениях адреса места проживания, контактных телефонных номеров, адресов электронной почты и иных данных.
3. Сообщить всю известную мне информацию о моем здоровье. Я осведомлен о том, что за сокрытие сведений о наличии у меня ВИЧ-инфекции или венерического заболевания я подлежу уголовной ответственности в соответствии со статьями 121 и 122 Уголовного кодекса Российской Федерации.

Я информирован(а) о том, что:

1. Для проведения HLA-типирования в целях последующего внесения моего HLA-фенотипа в Федеральный регистр мне необходимо будет сдать свой биологический образец (венозная кровь или соскоб эпителия слизистой щеки)
2. При совпадении моего HLA-фенотипа с HLA-фенотипом человека, нуждающегося в трансплантации костного мозга или гемопоэтических стволовых клеток, я буду информирован об этом и приглашен(а) для проведения медицинского обследования с целью определения состояния моего здоровья и выявления наличия или отсутствия медицинских противопоказаний для донации костного мозга и (или) гемопоэтических стволовых клеток. При моем согласии может быть решен вопрос об использовании моего костного мозга или гемопоэтических стволовых клеток для спасения жизни больного.
3. Вся информация, касающаяся меня и моего здоровья, является конфиденциальной и будет храниться в Федеральном регистре в закодированном виде. К работе с данной информацией будет допущен ограниченный круг специалистов, уполномоченных оператором Федерального регистра. Для организации первичного поиска потенциально совместимых доноров костного мозга пациентам российских и зарубежных медицинских организаций Федеральный регистр предоставляет данные доноров в обезличенном виде, в том числе Всемирной ассоциации доноров костного мозга.

Я имею право в одностороннем порядке на любом этапе расторгнуть действие данного документа.

После отзыва согласия по моей просьбе и по моему желанию вся имеющаяся информация обо мне исключается из Федерального регистра.

Артис
(подпись)

ИВАНОВ ИВАН ИВАНОВИЧ
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)

01.01.0000 г.
(дата)

← ДАТА ЗАПОЛНЕНИЯ

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

Идентификацию и наклеивание штрих-кода на пробирку провел: _____
(подпись)