

ДОКУМЕНТ ОБ ИНФОРМИРОВАННОМ СОГЛАСИИ

на вступление в Регистр потенциальных доноров костного мозга (гемопозитических стволовых клеток)

Данным согласием я выражаю свою готовность вступить в Регистр доноров костного мозга (далее – **Регистр**) и добровольно стать потенциальным донором костного мозга.

Я располагаю достаточной информацией о донорстве костного мозга (гемопозитических стволовых клеток). Я знаю, что на все мои вопросы, касающиеся донорства, которые возникнут в будущем, я получу ответы от сотрудников **Регистра**.

Я согласен (согласна):

1. Сообщить свои личные данные: фамилию, имя, отчество, дату рождения, адрес места жительства, контактные номера телефонов и адреса электронной почты.
2. Информировать **Регистр** об изменениях адреса места жительства и контактных номеров телефона, а также адресов электронной почты.
3. Сообщить **Регистру** контактную информацию моих доверенных лиц для экстренной связи со мной.
4. Сообщить врачу **Регистра** всю известную мне информацию о моем здоровье.
5. Дать образец своей крови методом венопункции для проведения HLA-типирования.
6. При совпадении моего HLA-фенотипа с HLA-фенотипом пациента, нуждающегося в трансплантации костного мозга, рассмотреть возможность дать свои гемопозитические клетки для лечения этого пациента. В случае моего согласия на донацию подписать документ об информированном согласии на процедуру заготовки гемопозитических клеток в присутствии двух врачей регистра.

Я имею право:

1. Получить у сотрудников **Регистра** интересующую меня информацию о процедуре заготовки гемопозитических клеток.
2. Отозвать данное согласие на любом этапе до подписания документа об информированном согласии на процедуру заготовки гемопозитических клеток.

Я информирован(информирована) о том, что:

1. Мое согласие стать потенциальным донором костного мозга является первым этапом донорства. Если мой HLA-фенотип окажется совместимым с HLA-фенотипом пациента, нуждающегося в трансплантации костного мозга, я буду информирован об этом, и только после моего согласия может быть решен вопрос об использовании моих гемопозитических клеток в лечении пациента.
2. **Регистр** костного мозга обязуется соблюдать конфиденциальность в хранении моих личных данных, не передавать ее третьим лицам, в том числе пациенту и его родственникам.

Персональные данные

Фамилия			Дата рождения	___ / ___ / _____		
Имя				число	месяц	год
Отчество						
Номера телефонов для связи	№1: +7 (___) ___ - ___ - ___	№2: +7 (___) ___ - ___ - ___				
	№3: +7 (___) ___ - ___ - ___	№4: +7 (___) ___ - ___ - ___				
e-mail:	_____@_____._____		_____@_____._____			
	_____@_____._____		_____@_____._____			
Адрес места жительства						

Просим Вас сообщать нам изменения Ваших контактных данных для сохранения возможности оперативной связи с Вами.