

## Karta Ewidencyjna Centralnego Rejestru Niepokrewnionych Dawców Szpiku i Krwi Pępowinowej

Nazwisko..... Adres.....  
Imiona.....  
Nazwisko panięskie..... Nr tel. domowego.....  
Data urodzenia ..... Nr tel. komórkowy.....  
PESEL..... Nr tel. do pracy.....

### Drugi adres kontaktowy (rodzina, przyjaciele)

Nazwisko..... Adres.....  
Imiona ..... Kod pocztowy .....  
Telefon.....

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.

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 (022) 627 07 48

**Mogę wycofać** moje nazwisko z Rejestru.

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 Centralnym Rejestrze Niepokrewnionych Dawców Szpiku i Krwi Pępowinowej.

**Zgadzam się** na przechowywanie próbki mojej krwi dla przeprowadzenia dodatkowych badań przy poszukiwaniu niepokrewnionego 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 poz. 883).**