

Přihláška do Českého národního registru dárců dřeně, o.p.s.

Titul, jméno a příjmení:

Rodné číslo: **Pohlaví:** muž žena

Telefon: **E-mail:**

Trvalé bydliště:

..... **PSČ:**

Kontaktní adresa (neodpovídá-li trvalému bydlišti):

..... **PSČ:**

Zdravotní pojišťovna: **Náběrové centrum:**

Praktický lékař:

Zaměstnavatel:

Souhlas se zařazením do Českého národního registru dárců dřeně

Po seznámení se s problematikou dárcovství krvetvorných buněk dávám plný, vědomý a informovaný souhlas se vstupem do Českého národního registru dárců dřeně jako dobrovolný dárce krvetvorných buněk. Zároveň souhlasím s odběrem krve, event. stěrem ze sliznice dutiny ústní k molekulárně genetickému vyšetření mého HLA-typu.

Byl(a) jsem poučen(a), že všechny údaje týkající se mé osoby jsou přísně důvěrné a bude s nimi zacházeno v souladu s nařízením Evropského Parlamentu a Rady č. 2016/679 ze dne 27. 4. 2016 o ochraně osobních údajů (GDPR) – podrobněji viz „Prohlášení ČNRDD o ochraně soukromí“ (<http://www.kostnidren.cz/darci/ochrana-darcu>).

Jsem ochoten (ochotna) darovat své krvetvorné buňky kterémukoliv pacientovi kdekoliv na světě, pro něhož budu vybrán(a) jako vhodný dárce. Zním však současně své právo toto rozhodnutí v budoucnu změnit. Neznámé pojmy mi byly dostatečně vysvětleny, takže je vyloučeno nedorozumění či omyl.

- | | | | |
|---|----------|---|----------|
| 1. Cítíte se zdrav(a)? | ano / ne | d. Infekční (žloutenka, zánět mozkových blan, malárie, AIDS, pohlavní nemoci) | ano / ne |
| 2. Užíváte trvale nebo déle než 3 měsíce léky? Jaké? | ano / ne | e. Autoimunitní onemocnění (cukrovka, poruchy štítné žlázy, psoriáza) | ano / ne |
| 3. Prodělal(a) jste v minulosti závažné onemocnění? Jaké? | ano / ne | f. Nádorové onemocnění | ano / ne |
| 4. Choval(a) jste se v minulosti rizikovým způsobem (nitrožilní drogy, sex za peníze, rizikový sexuální partner)? ano / ne | | g. Jiné | ano / ne |
| 5. Prodělal(a) jste někdy závažné onemocnění: | | 6. Prodělal (a) jste závažnou operaci | ano / ne |
| a. Srdce a oběhu (vysoký krevní tlak, infarkt, angina pectoris, arytmie, revmatická horečka) | ano / ne | 7. Dostal(a) jste někdy transfúzi krve? | ano / ne |
| b. Dýchacího systému (chronická bronchitida, astma, TBC) | ano / ne | 8. Daroval(a) jste někdy krev? | ano / ne |
| c. Nervového systému (epilepsie, cévní mozková příhoda, roztroušená skleróza) | ano / ne | 9. Vaše krevní skupina (znáte-li ji): | |
| | | 10. Vaše tělesná váha kg, výška cm | |
| | | 12. Pro ženy: jste nebo byla jste těhotná? Kolikrát? | ano / ne |
| | | 13. Upřednostňujete již nyní některý ze způsobů odběru? <input type="checkbox"/> z kostní dřeně <input type="checkbox"/> z periferní krve <input type="checkbox"/> zatím nejsem rozhodnut(a) | |

Potvrzuji svým podpisem, že jsem žádnou skutečnost nezatajil(a) a souhlasím se správností údajů a jejich uložením v registru.

Datum:

Kontrola identity provedena

Podpis dárce:

Podpis osoby pověřené ČNRDD:

Kód dárce:



Na Roudné 123/212
301 00 Plzeň
Tel.: 373 034 333

Informovaný souhlas dobrovolného dárce s uskladněním DNA

Jméno a příjmení:

Rodné číslo:

A. PROHLÁŠENÍ NÁBORUJÍCÍ OSOBY

Prohlašuji, že jsem dárci jasně a srozumitelně vysvětlil(a) účel a způsob anonymizovaného skladování vzorku DNA.

Jméno osoby provádějící poučení:

Podpis: Datum

B. PROHLÁŠENÍ DÁRCE

Potvrzuji, že mi byly poskytnuty informace ohledně uskladnění mého vzorku DNA. Vše mi bylo vysvětleno jasně a srozumitelně. Měl(a) jsem možnost vše řádně zvážit a také mi byly zodpovězeny veškeré dotazy nebo předchozí nejasnosti.

S uložením vzorku DNA:

souhlasím

nesouhlasím

Výsledky laboratorního vyšetření budou důvěrné a anonymizované a nebudou bez mého souhlasu sdělovány třetí straně, pokud platné právní předpisy neurčují jinak.

Datum

.....
Podpis vyšetřované osoby