

КАРЕЛЬСКИЙ РЕГИСТР НЕРОДСТВЕННЫХ ДОНОРОВ ГЕМОПОЭТИЧЕСКИХ СТВОЛОВЫХ  
КЛЕТОК

(г. Петрозаводск, Республика Карелия, Российская Федерация)

Код донора: \_\_\_\_\_

СОГЛАШЕНИЕ О ВСТУПЛЕНИИ В РЕГИСТР  
ДОНОРОВ ГЕМОПОЭТИЧЕСКИХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК

Этим соглашением я выражаю свою готовность добровольно вступить в члены Карельского Регистра потенциальных доноров гемопоэтических стволовых клеток. Я выражаю свое согласие на добровольную и безвозмездную сдачу гемопоэтических стволовых клеток для нужд неродственного мне пациента. Я ознакомлен со всей доступной мне информацией, касающейся добровольной сдачи гемопоэтических стволовых клеток. Кроме того, я поставлен в известность о целях и способах проведения забора гемопоэтических стволовых клеток, а также возникающем при этом риске. Я знаю, что на все мои вопросы, касающиеся донорства, которые возникнут в будущем, я получу ответы от сотрудников Регистра. Я согласен с тем, что мои персональные данные, приведенные ниже, а также результаты исследования донорской ткани будут внесены в электронную базу данных при условии соблюдения их защиты. Кроме того, я согласен сообщить необходимую информацию о моем здоровье, которой я располагаю. Я знаю, что вся информация, касающаяся меня и моего здоровья, является конфиденциальной, и будет храниться в Регистре в закодированном виде. К работе с данной информацией будет допущен узкий круг специалистов Регистра. Я осознаю, что в случае изменения моей персональной информации (место жительства, контактные телефоны, e-mail) я должен буду известить \_\_\_\_\_ об этом сотрудников Регистра с тем, чтобы в случае необходимости они могли обеспечить связь со мной. Я даю согласие на передачу моих данных (HLA-генотип, дата рождения, пол) в Центры поиска доноров гемопоэтических стволовых клеток, Российские и Международные поисковые системы доноров гемопоэтических стволовых клеток. Использование и передача третьему лицу любой информации, касающейся меня, без моего согласия категорически запрещена. Я осознаю, что мое согласие стать потенциальным донором является первым этапом донорства гемопоэтических клеток.

Способом забора материала для HLA-тестирования является взятие мазков из полости рта или проб крови из вены, и я даю согласие на такой забор. Кроме того, я подтверждаю свое согласие на необходимые дальнейшие исследования. Я согласен с тем, что результаты моих тестов будут переданы мне Регистром только после моего обращения в Регистр посредством обычного письма. Если мой HLA-генотип будет совместим с HLA-генотипом пациента, нуждающегося в трансплантации гемопоэтических клеток, я буду информирован об этом, и только после моего согласия может быть решен вопрос об использовании моих гемопоэтических клеток в качестве трансплантата. Я оставляю за собой право в любой момент в одностороннем порядке расторгнуть действие данного соглашения. В случае моего решения расторгнуть Соглашения я должен буду известить об этом сотрудников Регистра в письменной форме с использованием одного из следующих способов: электронной почтой, обычной почтой, факсимильной связью. После расторжения Соглашения по моей просьбе и по моему желанию в моем присутствии специалисты Регистра должны уничтожить всю имеющуюся информацию обо мне.

Фамилия \_\_\_\_\_ Имя \_\_\_\_\_

Отчество \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/ Пол: М (мужской) Ж (женский)

Телефон: \_\_\_\_\_

E.mail: \_\_\_\_\_

Другие актуальные способы связи: \_\_\_\_\_

(социальные сети, скайп, telegram и другие)

Адрес: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (индекс) г. \_\_\_\_\_

Ул. \_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_ корпус \_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Подпись \_\_\_\_\_

Соглашение принял сотрудник Регистра: \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество, подпись)

Дата: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (число/месяц/год)