

**REGIONALNE CENTRUM
KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA**

Numer dawcy szpiku.....

KARTA ZGŁOSZENIOWA HONOROWEGO DAWCY SZPIKU

Nazwisko: Imię

Data urodzenia: PESEL:

Ulica, nr: Kod: Miejscowość:

Telefon, kom.:, praca:, dom:.....

e-mail:.....

Dane zdrowotne:

Waga: kg, wzrost:cm

Grupa krwi:, Liczba transfuzji:

Dla kobiet, liczba ciąży: Przeciwciała CMV: Data badania CMV.....

Wstępna kwalifikacja potencjalnego dawcy szpiku na podstawie ankiety stanu zdrowia:

.....

.....

Pieczętka i podpis lekarza:

**OŚWIADCZENIE DAWCY
(zaznaczyć akceptowane propozycje)**

- Zgłaszam dobrowolny udział w Rejestrze Niepokrewnionych Dawców Szpiku.
- Wyrażam zgodę na anonimowe i bezpłatne oddanie szpiku w przypadku znalezienia dobranego biorcy.
- Zostałem(a)m poinformowany(a) o istocie zabiegu pobrania szpiku.
- Zgadzam się na przechowywanie mojej próbki krwi do badań oraz na wykonanie badań mogących wpłynąć na poprawę wyników przeszczepienia szpiku, w tym na badania populacyjne.
- Nie zgłaszam zastrzeżeń odnośnie kryteriów wyboru biorcy.
- Wyrażam zgodę, bym w przypadku, gdy przetoczenie płytek krwi ode mnie może uratować życie chorego został(a) o tym zawiadomiony(a) i poproszony(a) o poddanie się zabiegowi pobrania płytek krwi .
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych zgodnie z Ustawą o danych osobowych z dn. 29.08.1997 r. art.23 ust 1 punkt 1.

Data i miejsce..... Podpis Dawcy Szpiku.....