

SOUHLAS S ODBĚREM PLACENTÁRNÍ KRVE



Přečetla jsem si a porozuměla informacím, které mi byly poskytnuty o dárcovství placentární krve a souhlasím s bezplatným dárcovstvím placentární krve pro jakoukoliv osobu, která ji bude potřebovat.

Souhlasím, aby byly provedeny požadované rozborů mé krve (HIV – AIDS, hepatitida ...), aby mi bylo pro tyto účely odebráno malé množství krve, a to po porodu a při postnatální prohlídce po šesti měsících. Jsem srozuměna s tím, že v případě nenormálních výsledků vyšetření budu s touto skutečností seznámena já a můj ošetřující lékař, ošetřující lékař mého dítěte, případně hygienik tak, jak je to v obdobných případech běžné.

Souhlasím, aby dětský lékař mého dítěte informoval BPK v případě, že by mé dítě vážně onemocnělo.

Jsem srozuměna s tím, že nebudu nikdy oprávněna tuto pupečnickovou krev vyžadovat a že základní údaje důležité pro léčebné použití pupečnickové krve budou zaneseny pod číselným kódem do Národního registru dárců kostní dřeně.

Pokud placentární krev nebude vyhovovat podmínkám pro zařazení do registru, budeme se ji i tak snažit zhodnotit využitím pro laboratorní účely a vědecký výzkum a tímto způsobem přispět do projektu BPK ČR a transplantačního programu. Pokud s takovým využitím darované placentární krve nesouhlasíte, zaškrtnete níže uvedené políčko.

☐ Nesouhlasím (placentární krev bude zlikvidována)

Můj souhlas nenutí porodnici odebrat placentární krev, pokud ta uzná za vhodné, že k tomu nebyly odpovídající okolnosti.

V poslední řadě si vyhrazuji možnost změnit tento souhlas až do narození dítěte.

Jméno a příjmení:

Rodné číslo:

Adresa:

PSČ:

Telefonní číslo:

Další kontakt:

(mobil, rodiče, manžel – zaměstnání)

Předpokládaná změna adresy:

Podpis:

Banku pupečnickové krve ČR podporuje Nadační fond Kapka naděje

