

## Přihláška do Českého národního registru dárců dřene

### O.p.s.

Příjmení a jméno, titul:

Zdravotní pojišťovna: Náběrové centrum:

Rodné číslo: Pohlaví: muž žena

Trvalé bydliště:  
PSČ:

Kontaktní adresa (neodpovídá-li trvalému bydlišti):  
PSČ:

Telefon: E-mail:

Praktický lékař:

Zaměstnavatel:

### Souhlas se zařazením do Českého národního registru dárců dřene

Po seznámení se s problematikou dárcovství krvetvorných buněk dávám plný, vědomý a informovaný souhlas se vstupem do Českého národního registru dárců dřene jako dobrovolný dárcce 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).

Jsem ochoten (ochotna) darovat své krvetvorné buňky kterémukoliv pacientovi kdekoliv na světě, pro něhož budu vybrán(a) jako vhodný dárcce. 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
2. Užíváte trvale nebo déle než 3 měsíce léky? ano / ne  
Jaké?
3. Prodělal(a) jste v minulosti závažné onemocnění? ano / ne  
Jaké?
4. Choval(a) jste se v minulosti rizikovým způsobem (nitrožilní drogy, sex za peníze, rizikový sexuální partner)? ano / ne
5. Byl(a) jste vystaven(a) expozici zdraví škodlivým chemickým látkám nebo ionizujícímu záření ? ano / ne
6. Prodělal(a) jste někdy závažné onemocnění:
  - a. Srdce a oběhu (vysoký krevní tlak, infarkt, angina pectoris, arytmie, revmatická horečka) ano / ne
  - b. Dýchacího systému (chronická bronchitida, astma, TBC) ano / ne
  - c. Nervového systému (epilepsie, cévní mozková příhoda, roztroušená skleróza) ano / ne
  - d. Infekční (žloutenka, zánět mozkových blan, malárie, AIDS, pohlavní nemoci) ano / ne
  - e. Nádorové, autoimunitní onemocnění (cukrovka, poruchy štítné žlázy) ano / ne
  - f. Jiné ano / ne
7. Prodělal(a) jste v posledních 12 měsících:
  - a. Operaci ano / ne
  - b. Transfuzi krve ano / ne
8. Piercing nebo tetování ano / ne
9. Daroval(a) jste někdy krev? ano / ne
10. Vaše krevní skupina (znáte-li ji):
11. 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?
  - z kostní dřene
  - z periferní krve
  - zatím nejsem rozhodnut(a)

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

Datum: Podpis dárce:

Podpis osoby pověřené ČNRDD: Kód dárce:

Kontrola identity provedena: