

Příhláška 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 dárce 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 přinejmenším 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	e. Autoimunitní onemocnění (cukrovka, poruchy štítné žlázy, psoriáza)	ano	ne
2. Užíváte trvale nebo déle než 3 měsíce léky? Jaké?	ano	ne	f. Nádorové onemocnění	ano	ne
3. Choval(a) jste se v minulosti rizikovým způsobem? (nitrožilní drogy, sex za peníze, rizikový sexuální partner)	ano	ne	5. Prodělal (a) jste závažnou operaci? Jakou a kdy?	ano	ne
4. Prodělal(a) jste někdy závažné onemocnění:	ano	ne	6. Dostal(a) jste někdy transfuzi krve? Kdy?	ano	ne
a. Srdce a oběhu (vysoký krevní tlak, infarkt, angina pectoris, arytmie, revmatická horečka)	ano	ne	7. Daroval(a) jste někdy krev / plasmu?	ano	ne
b. Dýchacího systému (chronická bronchitida, astma, TBC)	ano	ne	8. Vaše krevní skupina (znáte-li ji):		
c. Nervového systému (epilepsie, cévní mozková příhoda, roztroušená skleróza)	ano	ne	9. Vaše tělesná váha kg, výška cm		
d. Infekční (žloutenka, zánět mozkových blan, malárie, AIDS, pohlavní nemoci)	ano	ne	10. Pro ženy: jste nebo byla jste těhotná? Kolikrát?	ano	ne
			11. 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: _____

Podpis dárce: _____

Kontrola identity provedena

Podpis osoby pověřené ČNRDD: _____

Kód dárce: _____