

PRILOGA I. B

Izjava o poučenosti in soglasju za darovanje AVTOLOGNIH tkiv/celic

Podpisani/a rojen/a, izjavljam:

1. da sem prejel/a, prebral/a oz. razumel/a informacije o
 - terapevtskem namenu in značilnostih tkiv / celic in potrebi za darovanje,
 - postopku odvzema tkiv/celic in obdelave v laboratoriju,
 - postopkih in tveganjih pri uporabi avtolognih tkiv / celic za zdravljenje
 - možnosti, da odvzeta tkiva/celice ne bodo zadoščale potrebam predvidene izdelave celičnega/tkivnega pripravka
 - varovanju in zaščiti osebnih in medicinskih podatkov
 - potrebnih preiskavah in predvidenih postopkih pred odvzemom
 - zdravljenju s tkivi / celicami
 - preiskavah in predvidenih postopkih po odvzemu
 - pravicah iz naslova zdravstvenega zavarovanja
 - potrebi in namenu podajanja te izjave.
 - da sem seznanjen/a z
 - razlogi za pregled in pridobitev anamnestičnih podatkov in podatkov o sedanjem zdravstvenem stanju
 - možnostjo odklonitve darovanja pred nadaljevanjem postopka oz. kadarkoli med postopkom zdravljenja
 - možnostjo zavrnitve za darovanje in razlogi za to, da se odzem ne opravi
 - razlogi, zaradi katerih je pomembno, da obvestim lečečega zdravnika o kateremkoli dogodku po odvzemu avtolognih celic/tkiv oz. po prejemu v obdelanih avtolognih celic/tkiv;
 - informacijo o odgovornosti lečečega zdravnika, da obvesti avtolognega darovalca o rezultatih testiranj, ki odstopajo od normalnih vrednosti in so pomembni za zdravje darovalca z razlago;
 - možnostjo posvetovanja z odgovornim zdravnikom in osebjem
 - informacijo, zakaj se neuporabljene avtologne celice/tkiva zavržejo in se ne uporabijo za druge bolnike;
 - informacijo, da se neuporabljene avtologne celice/tkiva lahko uporabi za raziskave ob pridobitvi izrecne privolitve darovalca;
2. da sem imel/a možnost zastaviti vprašanja in
3. da so vsi podatki, ki sem jih navedel/a, resnični.

V primeru zastavljanja vprašanj sem dobil/a zadovoljiv odgovor.

Soglašam,

- da se moje tkivo/celice uporabijo za zdravljenje v skladu z veljavno zakonodajo,
- da se opravijo z vzorcem predpisani testi in da se me o morebitnih pozitivnih izsledkih zaupno obvesti ter po potrebi pokliče na odzem vzorca tkiv/celic za ponovitev testiranja,
- da se moji osebni podatki zbirajo, vodijo in uporabljajo izključno za namene darovanja in zdravljenja skladno z zakonom.

S podpisom potrjujem, da prostovoljno darujem tkiva / celice.

Datum

Podpis darovalca: