

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolечnictwa w Kielcach	FORMULARZ	SOP - HLA -20/F-04
	KARTA ZGŁOSZENIOWA HONOROWEGO DAWCY SZPIKU	Numer dokumentu
		Data obowiązywania: 25.05.2018r.
		Wersja 4
		Strona 1 z 3

Nr Dawcy Szpiku .....

miejsce poboru próbki

**(Wypełnić drukowanymi literami)**

\* Potencjalny Dawca Szpiku może zgłosić się **tylko do jednego** rejestru.

NAZWISKO I IMIĘ

NAZWISKO PANIEŃSKIE

DATA I MIEJSCE URODZENIA

D D M M R R R R MIEJSCE URODZENIA

PESEL

IMIONA RODZICÓW

ADRES ZAMIESZKANIA

ULICA, NR DOMU, NR MIESZKANIA

-

KOD POCZTOWY MIEJSCOWOŚĆ

WOJEWÓDZTWO

TELEFON KOM.  PRACA

DOM

E-MAIL

DRUGI ADRES KONTAKTOWY

NAZWISKO, IMIĘ

(rodzina, przyjaciele)

ULICA, NR DOMU, NR MIESZKANIA

-

KOD POCZTOWY MIEJSCOWOŚĆ

TELEFON KONTAKTOWY

**Wstępna kwalifikacja Potencjalnego Dawcy Szpiku**

*(wypełnia lekarz)*

Data, pieczętka i podpis lekarza \_\_\_\_\_

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Kielcach	FORMULARZ	SOP - HLA -20/F-04
	KARTA ZGŁOSZENIOWA HONOROWEGO DAWCY SZPIKU	Numer dokumentu związanego: SOP - HLA - 20
		Data obowiązywania: 25.05.2018r.
		Wersja 4
		Strona 2 z 3

### OŚWIADCZENIE DAWCY

- Po raz pierwszy zgłaszam dobrowolny udział w Centralnym Rejestrze Niespokrewnionych Potencjalnych Dawców Szpiku.
- Potwierdzam poprawność podanych danych osobowych i teleadresowych.
- Zobowiązuję się do uaktualniania podanych danych w razie ich zmiany.
- Wyrażam zgodę na przekazywanie w formie anonimowej wyników badań HLA do Światowej Organizacji Dawców Szpiku Kostnego (Bone Marrow Donors Worldwide).
- Zostałem(a)m poinformowany(a) o istocie zabiegu pobrania szpiku (komórek macierzystych).
- Wyrażam chęć oddania szpiku dla ratowania życia chorego, który nie jest moim krewnym i nie ma dawcy rodzinnego.
- Wyrażam zgodę na anonimowe i bezpłatne oddanie szpiku w przypadku znalezienia dobranej biorcy.
- Nie zgłaszam zastrzeżeń odnośnie kryteriów wyboru biorcy.
- Wyrażam zgodę na pobranie ode mnie płytek krwi w przypadku gdy mogą one uratować życie chorego.
- Zgadzam się na pobranie krwi na oznaczenie antygenów zgodności tkankowej metodą genetyczną oraz badania wykluczające nosicielstwo wirusów, we wskazanych laboratoriach diagnostycznych znajdujących się najbliżej mojego miejsca zamieszkania.
- Wiem, że po wykonaniu badań antygenów zgodności tkankowej zostaną wpisani na listę potencjalnych dawców szpiku w Centralnym Rejestrze Niespokrewnionych Potencjalnych Dawców Szpiku i Krwi Pępowinowej w Poltransplancie, Al. Jerozolimskie 87, 02-001 Warszawa.
- Zgadzam się na pobranie i przechowywanie mojej próbki krwi do badań przy poszukiwaniu niespokrewnionego dawcy szpiku i innych, które mogą być wykonane w przyszłości w wyniku postępu wiedzy medycznej.

#### Jestem świadomy, że:

- Dar szpiku jest anonimowy, dobrowolny i bezpłatny.
- Pobranie szpiku przeprowadzane jest w znieczuleniu ogólnym. Nie wymaga znieczulenia pobranie krwi obwodowej na izolację komórek macierzystych.
- Pobranie szpiku wymaga krótkiego pobytu w szpitalu, za który otrzymam zwolnienie lekarskie.
- Koszty związane z pobraniem szpiku pokrywa szpital, w którym odbywa się przeszczepienie.
- Nie mogę szukać kontaktu z biorcą mojego szpiku w jakimkolwiek celu.
- W wyjątkowych przypadkach, dla dobra biorcy szpiku ponownie oddam szpik lub krew.
- Administratorem moich danych osobowych i medycznych jest Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa - Ośrodek Dawców Szpiku, ul. Jagiellońska 66, 25-734 Kielce.
- Mam prawo do wglądu do moich danych osobowych i medycznych oraz mam możliwość ich poprawiania.
- Mogę wycofać moje nazwisko z Rejestru.

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

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Kielcach	FORMULARZ	SOP - HLA -20/F-04
	KARTA ZGŁOSZENIOWA HONOROWEGO DAWCY SZPIKU	Numer dokumentu związanego: SOP - HLA - 20
		Data obowiązywania: 25.05.2018r.
		Wersja 4
		Strona 3 z 3

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Kielcach przy ul. Jagiellońskiej 66, 25 – 734 Kielce;
- 2) Administrator prowadzi operacje przetwarzania Pani/Pana danych osobowych;
- 3) Administrator powołał inspektora danych osobowych, z którym można się skontaktować elektronicznie przysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej [przetargi@rckik-kielce.com.pl](mailto:przetargi@rckik-kielce.com.pl);
- 4) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu prowadzenie działalności w ramach realizacji działań statutowych w zakresie pozyskiwania potencjalnych dawców szpiku i testowania antygenów HLA;
- 5) Dane osobowe potencjalnych dawców szpiku są przetwarzane przez Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Kielcach na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w zw. z art. 16a ust. 2 pkt 3 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1000) oraz na podstawie art. 16 ust. 5 tej ustawy przekazywane do Centralnego Rejestru Niespokrewnionych Potencjalnych Dawców Szpiku i Krwi Pępowinowej prowadzonego przez Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do Spraw Transplantacji Poltransplant;
- 6) W przypadku dawców, którzy złożyli podpis pod dwoma klauzulami na formularzu rejestracyjnym, dane osobowe gromadzone przez Administratora (tzn. nadany mu numer identyfikacyjny, płeć, data urodzenia oraz wyniki typowania tkanek, liczba dotychczas przeprowadzonych typizacji i status dawcy - w rozumieniu dostępny lub niedostępny) są przekazywane w anonimowej formie do rejestru NMDP (The National Marrow Donor Program), bazy potencjalnych dawców szpiku objętej ochroną, za pośrednictwem którego dane te są udostępniane do ogólnodostępnej bazy dawców szpiku o nazwie BMDW (Bone Marrow Donors Worldwide). Do tych rejestrów przekazywane są jedynie dane anonimowe konieczne w procesie doboru Dawcy, ale uniemożliwiające identyfikację danego dawcy. Nie przekazuje się nazwisk, adresów lub podobnych danych identyfikujących potencjalnego dawcę;
- 7) Posiada Pani/Pan prawo do żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich aktualizacji, ich sprostowania, uzupełnienia, ograniczenia przetwarzania danych oraz ich zmiany w drodze bezpośredniego poinformowania Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Kielcach za pośrednictwem telefonu, faksu, listownie, pocztą elektroniczną lub też osobiście. Zgodnie z art. 12 ust. 6 RODO jeżeli Administrator ma uzasadnione wątpliwości co do tożsamości osoby fizycznej składającej żądanie, o którym mowa w powyżej, może zażądać dodatkowych informacji niezbędnych do potwierdzenia tożsamości osoby, której dane dotyczą;
- 8) Ponadto ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, a także prawo do skutecznego środka ochrony prawnej przed sądem, jeżeli uzna Pani/Pan, że prawa przysługujące Pani/Panu na mocy niniejszego rozporządzenia zostały naruszone w wyniku przetwarzania danych osobowych z naruszeniem RODO;
- 9) Pani/Pana dane osobowe, zgodnie z art. 16a ust. 9 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1000) będą przechowywane przez co najmniej 30 lat od dnia założenia dokumentacji potencjalnego dawcy szpiku i komórek krwiotwórczych krwi obwodowej, w sposób umożliwiający identyfikację potencjalnego dawcy szpiku i komórek krwiotwórczych krwi obwodowej.