КАРЕЛЬСКИЙ РЕГИСТР НЕРОДСТВЕННЫХ ДОНОРОВ ГЕМОПОЭТИЧЕСКИХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК

(г. Петрозаводск, Республика Карелия, Российская Федерация)

Код донора:

СОГЛАШЕНИЕ О ВСТУПЛЕНИИ В РЕГИСТР

ДОНОРОВ ГЕМОПОЭТИЧЕСКИХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК

Этим соглашением я выражаю свою готовность добровольно вступить в члены Карельского Регистра потенциальных доноров гемопоэтических стволовых клеток. Я выражаю свое согласие на добровольную и безвозмездную сдачу гемопоэтических стволовых клеток для нужд неродственного мне пациента. Я ознакомлен со всей доступной мне информацией, касающейся добровольной сдачи гемопоэтических стволовых клеток. Кроме того, я поставлен в известность о целях и способах проведения забора гемопоэтических стволовых клеток, а также возникающем при этом риске. Я знаю, что на все мои вопросы, касающиеся донорства, которые возникнут в будущем, я получу ответы от сотрудников Регистра. Я согласен с тем, что мои персональные данные, приведенные ниже, а также результаты исследования донорской ткани будут внесены в электронную базу данных при условии соблюдения их защиты. Кроме того, я согласен сообщить необходимую информацию о моем здоровье, которой я располагаю. Я знаю, что вся информация, касающаяся меня и моего здоровья, является конфиденциальной, и будет храниться в Регистре в закодированном виде. К работе с данной информацией будет допущен узкий круг специалистов Регистра. Я сознаю, что в случае изменения моей персональной информации (место жительства, контактные телефоны, е-mail) я должен буду известить об этом сотрудников Регистра с тем, чтобы в случае необходимости они могли обеспечить связь со мной. Я даю согласие на передачу моих данных (HLA-генотип, дата рождения, пол) в Центры поиска доноров гемопоэтических стволовых клеток, Российские и Международные поисковые системы доноров гемопоэтических стволовых клеток. Использование и передача третьему лицу любой информации, касающейся меня, без моего согласия категорически запрещена. Я сознаю, что мое согласие стать потенциальным донором является первым этапом донорства гемопоэтических клеток.

Способом забора материала для HLA-тестирования является взятие мазков из полости рта или проб крови из вены, и я даю согласие на такой забор. Кроме того, я подтверждаю свое согласие на необходимые дальнейшие исследования. Я согласен с тем, что результаты моих тестов будут переданы мне Регистром только после моего обращения в Регистр посредством обычного письма. Если мой HLA-генотип будет совместим с HLA-генотипом пациента, нуждающегося в трансплантации гемопоэтических клеток, я буду информирован об этом, и только после моего согласия может быть решен вопрос об использовании моих гемопоэтических клеток в качестве трансплантанта. Я оставляю за собой право в любой момент в одностороннем порядке расторгнуть действие данного соглашения. В случае моего решения расторгнуть Соглашения я должен буду известить об этом сотрудников Регистра в письменной форме с использованием одного из следующих способов: электронной почтой, обычной почтой, факсимильной связью. После расторжения Соглашения по моей просьбе и по моему желанию в моем присутствии специалисты Регистра должны уничтожить всю имеющуюся информацию обо мне.

Фамилия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Имя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/ Пол: М (мужской) F (женский)

Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E.mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Другие актуальные способы связи:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(социальные сети, скайп, telegram и другие)

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------- .

Адрес: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ (индекс) г.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ул.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дом\_\_\_\_\_корпус\_\_\_\_\_\_кв.\_\_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Подпись\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Соглашение принял сотрудник Регистра: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(фамилия, имя, отчество, подпись)*

Дата: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (число/месяц/год)

БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЙ ФОНД «КАРЕЛЬСКИЙ РЕГИСТР НЕРОДСТВЕННЫХ ДОНОРОВ ГЕМОПОЭТИЧЕСКИХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК» (Россия, Петрозаводск)

KARELIAN REGISTRY OF UNRELATED HEMATOPOIETIC STEM CELL DONORS (RUSSIA, PETROZAVODSK)

Данные о доноре / Donor’s data

Код донора / Donor ID: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Почтовый индекс / Postal code: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Этническая группа / Ethnic Group:

(пожалуйста, укажите этническую группу, к которой вы принадлежите, поставив знак «+» или «V» в соответствующей строке):

| Этническая группа / Ethnic Group | Поставьте знак «+» или «V» в соответствующей строке |
| --- | --- |
| Русские / Russians |  |
| Татары / Tatars |  |
| Украинцы / Ukrainians |  |
| Башкиры / Bashkirs |  |
| Чуваши / Chuvashs |  |
| Чеченцы / Chechens |  |
| Армяне / Armenians |  |
| Аварцы / Avars |  |
| Мордвины / Mordvins |  |
| Другие / Other |  |
| Не знаю / I don't know |  |

Спасибо за сотрудничество! Thank you for assistance!

#### 

#### 

**КАРЕЛЬСКИЙ РЕГИСТР НЕРОДСТВЕННЫХ ДОНОРОВ ГЕМОПОЭТИЧЕСКИХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК**

**(Российская Федерация, г. Петрозаводск, ул. Анохина, д.47А-44,**

**тел. (8142) 670-180, E.mail: karelian.bmd@onego.ru )**

Код донора:

СОГЛАШЕНИЕ ОБ УЧАСТИИ В НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ

Этим соглашением я выражаю свою готовность добровольно принять участие в научно-практическом исследовании по изучению частоты HLA-генотипов потенциальных доноров гемопоэтических стволовых клеток, проводимом Благотворительным Фондом «Карельский Регистр неродственных доноров гемопоэтических стволовых клеток» и DKMS Life Science Lab GmbH (Дрезден, Германия). Мне было разъяснено, что мои личные данные никоим образом не будут использованы в данном исследовании и потому они не будут переданы Благотворительным Фондом «Карельский Регистр неродственных доноров гемопоэтических стволовых клеток» третьим лицам. Кроме того, мне было разъяснено, что в данном исследовании будет использована только информация о моем HLA-генотипе, индивидуальном коде донора и регионе проживания и потому я даю согласие на передачу перечисленных выше данных в DKMS Life Science Lab GmbH. Я получил полную информацию относительно дальнейшего использования полученных от меня данных, а именно их применения только в рамках научных исследований, которые включают в себя публикацию в научных изданиях, презентацию на научных конференциях, симпозиумах, съездах и т.п.

Я согласен с тем, чтобы самостоятельно сдать два мазка из полости рта для молекулярно-биологического теста на исследование параметров совместимости (определение HLA-генотипа) и сохранено некоторое количество ДНК с целью дальнейшего тестирования в случае возникновения такой необходимости. Кроме того, я подтверждаю свое согласие на возможные дальнейшие исследования с образцами моей ДНК в рамках научных исследований, проводимых DKMS Life Science Lab GmbH. Я даю согласие на перемещение моих биологических образцов в Германию, в лабораторию DKMS Life Science Lab GmbH (г. Дрезден).

Фамилия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Имя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/

Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ г.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ул.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дом\_\_\_\_\_корпус\_\_\_\_\_\_кв.\_\_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Подпись\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#### 

**СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(фамилия, имя, отчество полностью)*

паспорт серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

проживающий(ая) по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

являющийся представителем субъекта персональных данных*(заполняется в случае получения согласия от представителя субъекта персональных данных)*,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(фамилия, имя, отчество полностью)*

паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)*

проживающий(ая) по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

действующий от имени субъекта персональных данных на основании\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия представителя)*

принимаю решение о предоставлении моих персональных данных (персональных данных лица, представителем которого я являюсь) и даю согласие на их обработку свободно, своей волей и в своём интересе – Благотворительному фонду «Карельский регистр неродственных доноров гемопоэтических стволовых клеток», 185035, г. Петрозаводск, ул. Кирова, д.38А. ИНН 1001048261, ОГРН 1041000039080 (далее по тексту – «Оператор») с целью привлечения меня в качестве потенциального и/или реального донора кроветворных клеток для создания Регистра неродственных доноров гемопоэтических стволовых клеток.

**Перечень персональных данных**, на обработку которых дается согласие:

фамилия, имя, отчество; дата рождения (возраст); пол; адрес регистрации/проживания; телефонные/ абонентские номера и адреса электронной почты; сведения о состоянии здоровья (диагноз); сведения о прохождении необходимых медицинских обследований.

**Перечень действий с персональными данными**, на совершение которых дается согласие, общее описание используемых оператором способов обработки персональных данных: обработка будет осуществляться путем смешанной (автоматизированной и неавтоматизированной) обработки персональных данных (сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных).

**Срок действия** согласия субъекта персональных данных, а также способ его отзыва: согласие действует бессрочно до его отзыва субъектом персональных данных (его представителем) путем письменного обращения к Оператору. При получении отзыва субъекта персональных данных Оператор обязан прекратить обработку персональных данных или уведомить субъекта персональных данных о продолжении обработки персональных данных без его согласия в случаях, предусмотренных законом.

Подпись субъекта персональных данных:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#### 

Код донора:

**АНКЕТА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ.**

Мы применяем эту анкету, чтобы определить Вашу пригодность к донорству в соответствии с медицинскими рекомендациями, защищающими Ваше здоровье как потенциального донора, а также здоровье пациента. Вопросы посвящены многим факторам, которые могут не позволить человеку вступить в Регистр с медицинской точки зрения. Перечисленные ниже вопросы не включают все ситуации, которые запрещают человеку донорство, таким образом, если у вас есть спорный вопрос или сомнения по поводу Вашей пригодности, обратитесь к персоналу Регистра.

Просим Вас подробно и добросовестно заполнить следующую анкету:

1. Общие вопросы

Были ли у Вас беременности?\*\* да; нет.

Если «да», то сколько раз \_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Ваши группа крови и резус фактор (если известно) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Проводилось ли Вам переливание крови?\*\* да; нет

если «да»: что переливалось \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ когда (год)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ сколько раз\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Есть ли у Вас аллергия? да; нет

если «да», то на какие аллергены \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ваш рост \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(см.) Ваш вес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (кг.)

Курите ли Вы? \*\* да; нет

Регулярно ли Вы употребляете алкоголь? да; нет

Вы когда-нибудь были донором крови?\*\* да; нет

Являетесь ли Вы донором крови в настоящее время? да; нет

Вас когда-нибудь отстраняли от донорства? да; нет

Если «да», то какова была причина: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

Принимаете ли Вы на данный момент какие-либо медицинские препараты? да; нет

Если «да», то какие медикаменты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

Проводили ли Вам хирургические вмешательства в течение последнего года? да; нет

Если «да», то какие \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Были ли у Вас необъяснимые лихорадки? да; нет

Попадали ли Вы в серьезные аварии? да; нет

2. Страдаете ли Вы сейчас или страдали ли Вы ранее следующими заболеваниями:

| Да | Нет |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Опухоли (в том числе излеченные) |
|  |  | Сахарный диабет, требующий лекарственного лечения |
|  |  | Бронхиальная астма или хронический обструктивный бронхит, требующие постоянного лечения. |
|  |  | Высокое кровяное (артериальное) давление |
|  |  | Болезни сердца: ишемическая болезнь сердца, стенокардия, аритмия, в прошлом перенесенный инфаркт миокарда |
|  |  | Болезни кровеносных сосудов: перенесенный в прошлом инсульт, артериальные тромбозы, повторяющиеся венозные тромбозы |
|  |  | Нарушения свертывающей системы крови: повышенная кровоточивость или повышенная свертываемость крови |
|  |  | Наследственные заболевания крови |
|  |  | Тяжелые заболевания почек (например: хроническая почечная недостаточность) |
|  |  | Болезни щитовидной железы |
|  |  | Аутоиммунные болезни: болезнь Крона, ревматоидный артрит, рассеянный склероз, системная красная волчанка и другие. |
|  |  | Болезни нервной системы (судороги, проблемы с межпозвоночными дисками, в частности смещенный или поврежденный диск) |
|  |  | Психические проблемы (депрессия или другие состояния) |
| ПРОДОЛЖЕНИЕ НА ОБОРОТНОЙ СТОРОНЕ | | |
|  |  | ВИЧ-инфекция (СПИД) |
|  |  | Хронические болезни печени (например: хронический гепатит, цирроз печени) |
|  |  | Вирусный гепатит В или положительные лабораторные тесты на этот гепатит |
|  |  | Вирусный гепатит С или положительные лабораторные тесты на этот гепатит |
|  |  | Сифилис |
|  |  | Туберкулез |
|  |  | Инфекционные болезни: лепра, бабезиоз, трипаносомоз (болезнь Шагаса), энцефалит, малярия, бруцеллез, риккетсиоз, туляремия |
|  |  | Лечились ли Вы гормонами гипофиза, в частности, гормонами роста. |
|  |  | Болел ли кто-то из Ваших ближайших родственников лейкемией (лейкозом) \*\* |
|  |  | Болел ли кто-то из Ваших ближайших родственников раком или другими злокачественными новообразованиями \*\* |
|  |  | Была ли среди членов Вашей семьи болезнь Крейтцфельда – Якоба? |

3. Вопросы, относящиеся к риску инфекций ВИЧ, гепатитов В и С:

1. Знакомы ли Вы с информацией по проблеме СПИДа (ВИЧ) и гепатита?\*\* да; нет

2. Понятна ли Вам эта информация? \*\* да; нет

3. Были ли Вы подвержены ранее или подвержены сейчас возможности заражения ВИЧ, гепатитом В или С через контакт с членом семьи или на работе? да; нет

Если Вы подвержены риску ВИЧ-инфекции или гепатитов В и С, Вам не разрешат стать донором на какой-то период времени. Сюда включены также сексуальные и другие тесные контакты с человеком, зараженным этой инфекционной болезнью. Следующие условия могут не позволить Вам стать донором:

а) употребление наркотиков;

б) сексуальные контакты в обмен на получение денег или наркотиков;

в) гомосексуальные контакты для мужчин;

г) для женщин: сексуальные отношения с мужчиной, у которого в прошлом были гомосексуальные контакты;

д) сексуальный контакт за последние 12 месяцев с партнером, который:

- имеет положительный статус ВИЧ или болеет гепатитом В или С;

- принимал или принимает наркотики;

- имел сексуальные контакты в обмен на получение денег или наркотиков.

4. Вопросы, относящиеся к рискам анестезии:

1. Вам когда-нибудь делали общую анестезию?\*\* да; нет

2. Если «да», были ли у Вас какие-либо осложнения или реакции? да; нет

Если «да», то укажите какие: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

3. Кто-либо из Ваших родственников сталкивался с проблемами, связанными

с общей анестезией?\*\* да; нет

5. Остальные моменты

Есть ли у Вас еще какие-нибудь опасения или вопросы состояния здоровья, которые могут не позволить Вам стать донором, и которые Вы хотите обсудить? (Пожалуйста, конкретизируйте) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

При условии, что на один или более вопросов Вы ответили «да» (за исключением вопросов, помеченных \*\*), или же Вы сомневаетесь в своей пригодности, просим Вас связаться с сотрудниками нашего Регистра.

Я подтверждаю, что не страдал и не страдаю тяжелыми, хроническими и инфекционными заболеваниями, передающимися через кровь, и, насколько мне известно, полностью здоров.

ФИО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (дата) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись)

Город: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_