



Specjalistyczny Szpital Miejski im. M. Kopernika w Toruniu, ul. Batorego 17/19

Bank Krwiotwórczych Komórek Macierzystych

SOP-P-1-Zal_3

**Obowiązuje od:
1/01/2022**

Karta zgody pacjenta

Wersja: 5

Zgoda pacjenta na przetwarzanie i przechowywanie krwiotwórczych komórek macierzystych z procesowanej krwi obwodowej lub szpiku kostnego

Procedura poboru krwiotwórczych komórek macierzystych z krwi obwodowej ma na celu pozyskanie od Pana/i preparatu komórek w celu leczniczym. Pozyskane komórki zostaną przekazane przez Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku do Banku Krwiotwórczych Komórek Macierzystych. W Banku zostanie przeprowadzona kontrola jakości uzyskanych komórek i po spełnieniu wymagań jakościowych oraz formalnych komórki zostaną dopuszczone do przetwarzania i zamrożenia. W przypadku niespełnienia wymagań komórki pobrane od Pana/i zostaną zutylizowane.

Zgromadzona przez Bank Krwiotwórczych Komórek Macierzystych dokumentacja dotycząca poboru oraz przetwarzania komórek będzie przechowywana bezterminowo.

Transplantacja krwiotwórczych komórek macierzystych ma na celu uzyskanie długotrwałego efektu leczniczego i daje nadzieję wyleczenia choroby. Istnieje jednakże określone ryzyko dla zdrowia i życia związane z procedurą przetwarzania i przechowywania krwiotwórczych komórek macierzystych. W trakcie procesu preparatyki, mrożenia, przechowywania i rozmrażania istnieje ryzyko uszkodzenia lub zniszczenia preparatu krwiotwórczych komórek macierzystych.

Ja.....PESEL.....
imię i nazwisko pacjenta

wyrażam zgodę kontrolę jakości, przetwarzanie, mrożenie, przechowywanie, dystrybucję i rozmrażanie autologicznych komórek macierzystych.

Potwierdzam, że:

- 1) miałem/miałam możliwość uzyskania od Kierownika/Pracowników Banku Krwiotwórczych Komórek Macierzystych SSM im. M. Kopernika w Toruniu wyczerpujących informacji dotyczących celu, sposobu i ryzyka przetwarzania,

Bank Krwiotwórczych Komórek Macierzystych zastrzega sobie wszelkie prawa do niniejszego dokumentu i zawartej w nim treści. Powielanie oraz udostępnianie osobom trzecim bez zezwolenia jest zabronione.

- mrożenia, przechowywania i rozmrażania autologicznych komórek macierzystych krwi obwodowej/szpiku i jestem usatysfakcjonowany/a rozmową na ten temat;
- 2) jestem poinformowany (poinformowana) o ryzyku uszkodzenia/zniszczenia preparatu i w przypadku zaistnienia ww. okoliczności nie będę wnosił roszczeń.

Przyjmuję do wiadomości, że informacje dotyczące przebiegu leczenia mogą służyć analizie statystycznej. Wszelkie dane personalne dotyczące pacjenta objęte są tajemnicą lekarską i podlegają ochronie danych osobowych. W związku z powyższym wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych.

Ponadto oświadczam, że w przypadku niemożności wykorzystania przeze mnie zdeponowanych komórek krwiotwórczych, wyrażam zgodę na zakończenie ich przechowywania i utylizację zgodnie z procedurami przyjętymi w Banku Krwiotwórczych Komórek Macierzystych.

.....
data i podpis pacjenta

.....
*data oraz podpis i pieczętka Kierownika/Pracownika
Banku Krwiotwórczych Komórek Macierzystych*

Dokument sporządzono w dwóch jednoznacznie brzmiących egzemplarzach, z których jeden otrzyma pacjent, a drugi Bank Krwiotwórczych Komórek Macierzystych.

Bank Krwiotwórczych Komórek Macierzystych zastrzega sobie wszelkie prawa do niniejszego dokumentu i zawartej w nim treści. Powielanie oraz udostępnianie osobom trzecim bez zezwolenia jest zabronione.