



Přihláška 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 dárcovství krevetvorných buněk dávám plný, vědomý a informovaný souhlas se vstupem do Českého národního registru dárců dřeně jako dobrovolný dárce krevetvorných 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 přísně 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 krevetvorné 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.

- | | |
|---|---|
| <p>1. Cítíte se zdrav(a)? ano / ne</p> <p>2. Užíváte trvale nebo déle než 3 měsíce léky? ano / ne
Jaké?</p> <p>3. Prodělal(a) jste v minulosti závažné onemocnění? ano / ne
Jaké?</p> <p>4. Choval(a) jste se v minulosti rizikovým způsobem (nitrožilní drogy, sex za peníze, rizikový sexuální partner)? ano / ne</p> <p>5. Prodělal(a) jste někdy závažné onemocnění:</p> <p style="margin-left: 20px;">a. Srdce a oběhu (vysoký krevní tlak, infarkt, angina pectoris, arytmie, revmatická horečka) ano / ne</p> <p style="margin-left: 20px;">b. Dýchacího systému (chronická bronchitida, astma, TBC) ano / ne</p> <p style="margin-left: 20px;">c. Nervového systému (epilepsie, cévní mozková příhoda, roztroušená skleróza) ano / ne</p> | <p>d. Infekční (žloutenka, zánět mozkových blan, malárie, AIDS, pohlavní nemoci) ano / ne</p> <p>e. Autoimunitní onemocnění (cukrovka, poruchy štítné žlázy, psoriáza) ano / ne</p> <p>f. Nádorové onemocnění ano / ne</p> <p>g. Jiné ano / ne</p> <p>6. Prodělal (a) jste závažnou operaci ano / ne</p> <p>7. Dostal(a) jste někdy transfuzi krve? ano / ne</p> <p>8. Daroval(a) jste někdy krev? ano / ne</p> <p>9. Vaše krevní skupina (znáte-li ji):</p> <p>10. Vaše tělesná váha kg, výška cm</p> <p>12. Pro ženy: jste nebo byla jste těhotná? Kolikrát? ano / ne</p> <p>13. 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)</p> |
|---|---|

Potvrzuji svým podpisem, že jsem žádnou skutečnost nezatajil(a) a souhlasím se správností údajů a jejich uložením v registru.

Datum:

Kontrola identity provedena

Podpis osoby pověřené ČNRDD:

Podpis dárce:

Kód dárce: