

Přihláška do Českého národního registru dárců dřeně, o.p.s.

Alej Svobody 80, 304 60 Plzeň
Tel.: 377 103 725 Fax: 377 259 072

Příjmení a jméno, titul:

Zdravotní pojišťovna:

Rodné číslo: _____ **Pohlaví:** muž žena

Trvalé bydliště:

Kontaktní adresa (neodpovídá-li trvalému bydlišti):

Telefon: _____ **E-mail:** _____

Zaměstnavatel:

Souhlas se zařazením do Českého národního registru dárců dřeně

Po seznámení se s problematikou dárcovství krvetvorných buněk dávám plný, vědomý a informovaný souhlas se vstupem do Českého národního registru dárců dřeně jako dobrovolný dárcce krvetvorných buněk. Zároveň souhlasím s odběrem krve 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 se zákonem č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů.

Jsem ochoten (ochotna) darovat své krvetvorné buňky kterémukoliv pacientovi kdekoliv na světě, pro něhož budu vybrán(a) jako vhodný dárcce. Zním však současně své právo toto rozhodnutí v budoucnu změnit.

Neznámé pojmy mi byly dostatečně vysvětleny, takže je vyloučeno nedorozumění či omyl.

1. Cítíte se zdrav(a) ? ano / ne
2. Užíváte trvale nebo déle než 3 měsíce léky? ano / ne
Jaké?
3. Prodělal(a) jste v minulosti závažné onemocnění? ano / ne
Jaké?
4. Choval(a) jste se v minulosti rizikovým způsobem (nitrožilní drogy, sex za peníze, rizikový sexuální partner)? ano / ne
5. Byl(a) jste vystaven(a) expozici zdraví škodlivým chemickým látkám nebo ionizujícímu záření ? ano / ne
6. Prodělal(a) jste někdy závažné onemocnění:
 - a. Srdce a oběhu (vysoký krevní tlak, infarkt, angina pectoris, arytmie, revmatická horečka) ano / ne
 - b. Dýchacího systému (chronická bronchitida, astma, TBC) ano / ne
 - c. Nervového systému (epilepsie, cévní mozková příhoda, roztroušená skleróza) ano / ne
 - d. Infekční (žloutenka, zánět mozkových blan, malárie, AIDS, pohlavní nemoci) ano / ne
 - e. Nádorové, autoimunitní onemocnění (cukrovka, poruchy štítné žlázy) ano / ne
 - f. Jiné ano / ne
7. Prodělal(a) jste v posledních 12 měsících:
 - a. Operaci ano / ne
 - b. Transfuzi krve ano / ne
 - c. Piercing nebo tetování ano / ne
8. Daroval(a) jste někdy krev? ano / ne
9. Vaše krevní skupina (znáte-li ji):
10. Vaše tělesná váha kg, výška cm
11. Pro ženy: jste nebo byla jste těhotná? Kolikrát? ano / ne
12. Upřednostňujete již nyní některý ze způsobů odběru?
 - z kostní dřeně
 - z periferní krve
 - zatím nejsem rozhodnut(a)

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

Datum: _____ **Podpis dárce:** _____

Podpis osoby pověřené ČNRDD:
Kontrola identity provedena:

Kód dárce: