

**CENTRALNY REJESTR NIESPOKREWNIONYCH POTENCJALNYCH DAWCÓW
SZPIKU I KRWI PĘPOWINOWEJ**

Al. Jerozolimskie 87, 02-001 Warszawa
Tel/fax. (22) 627 07 48, fax. 022 621 72 82

WNIOSK O PRZESZUKANIE REJESTRÓW I DOBÓR DAWCY

Data wysłania: (dd/mm/rr)

Procedura pilna: TAK NIE

Dane pacjenta*:

Imiona:

Nazwisko:

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data ur.: (dd/mm/rr)

Płeć:

Grupa krwi:

Status CMV:

Data i rozpoznanie choroby:

Typowanie HLA pacjenta (*proszę o załączenie kopii wyników badań laboratoryjnych*):

Serol. lub genet.	A	B	Cw	DR
	A	B	Cw	DR

DRB1*	DRB3*	DRB4*	DRB5*	DQB1*	DPB1*
DRB1*	DRB3*	DRB4*	DRB5*	DQB1*	DPB1*

Typowanie HLA rodziny (*proszę o załączenie kopii wyników badań laboratoryjnych*):

Serol. lub genet.	matka	ojciec	rodzeństwo	rodzeństwo
A				
B				
DR				

Nazwa, adres i dane kontaktowe ośrodka leczącego

Stwierdzam, że chory: 1) nie posiada dawcy rodzinnego, 2) został zakwalifikowany do przeszczepu allogenicznego od dawcy niespokrewnionego oraz 3) jest uprawniony do korzystania ze świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych na podstawie Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz.1027 z późn. zm.)

(Pieczęć Kliniki Transplantacyjnej + nazwisko lekarza kierującego + podpis + data)

Ośrodek Transplantacyjny może zaproponować ośrodek dobierający, a Poltransplant uwzględni propozycję, w zależności od stopnia realizacji Umów z ośrodkami dobierającymi.

Proponowany ośrodek dokonujący poszukiwań i doboru dawcy niespokrewnionego:

Uwagi:

*) Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym także przez międzynarodowy rejestr Bone Marrow Donor Worldwide, do celów poszukiwania i/lub doboru niespokrewnionego dawcy szpiku zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

Data.....

Podpis.....