

CENTRUM ORGANIZACYJNO-KOORDYNACYJNE DO SPRAW TRANSPLANTACJI „POLTRANSPLANT”

Aleje Jerozolimskie 87 , 02-001 Warszawa

Tel/fax: 226 270 748, fax: 226 217 282

**Wniosek o finansowanie
procedury poszukiwania i doboru dawcy komórek krwiotwórczych**

Nazwa jednostki (ośrodka kwalifikującego):

Adres jednostki (ośrodka kwalifikującego):

Dane pacjenta: Imiona:

Nazwisko:

PESEL:

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

Data urodzenia:

Płeć:

Grupa krwi:

Status CMV:

Procedura PILNA: (jeśli tak, proszę zaznaczyć)

Wniosek dotyczy uchodźcy z Ukrainy: TAK / NIE (proszę zaznaczyć)

Data i rozpoznanie choroby, uwagi:

**Typowanie HLA pacjenta i typowanych dawców w doborze rodzinnym
(należy wskazać pokrewieństwo i załączyć kopie wyników badań laboratoryjnych):**

HLA	Pacjent																		
-A*																			
-B*																			
-C*																			
-DRB1*																			
-DRB3*																			
-DRB4*																			
-DRB5*																			
-DQB1*																			
-DPB1*																			

Oświadczam, że pacjent, którego dotyczy wniosek:

- nie posiada zgodnego dawcy rodzinnego,
- został zakwalifikowany do przeszczepu komórek krwiotwórczych od dawcy niespokrewnionego lub haploidentycznego,
- został zgłoszony do krajowej listy osób oczekujących na przeszczepienie komórek krwiotwórczych,
- 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 (t.j. Dz. U. z 2021 poz. 1285 z późn. zm.),
- wyraził zgodę na realizację świadczenia zdrowotnego poszukiwania i doboru niespokrewnionego i/lub haploidentycznego dawcy komórek krwiotwórczych w tym na wykonanie badań genetycznych w rozumieniu rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 2006 r. w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych (t.j. Dz.U. 2019 poz. 1923 z późn. zm.),
- wyraził zgodę na przetwarzane swoich danych osobowych w celu realizacji świadczenia w tym przetwarzanie danych w postaci zanonimizowanej przez światowy rejestr dawców szpiku (World Marrow Donor Association).

.....
Data wniosku o finansowanie.....
Pieczęćka jednostki
(ośrodka kwalifikującego).....
Imię i nazwisko oraz podpis osoby upoważnionej
z ośrodka kwalifikującego