

CONSIMȚĂMÂNT LA ÎNSCRIEREA ÎN REGISTRUL NAȚIONAL AL DONATORILOR VOLUNTARI DE CELULE STEM HEMATOPOIETICE

PARTEA I – IDENTIFICARE DONATOR

Nume Prenume

CNP

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

 E-mail

Adresa Telefon Mobil

..... Telefon Fix

..... Telefon Serviciu

Adresă temporară (flotant)

PARTEA II – IDENTIFICARE PERSOANE DE CONTACT (opțional)

Vă rugăm să ne furnizați datele de contact ale altor persoane pe care le-am putea contacta, în cazul în care nu se poate lua legătura cu dumneavoastră.

Prima persoană de contact:

☐ soț/soție ☐ mamă/tată ☐ alta

Nume Prenume

Adresa E-mail

..... Telefon Mobil

..... Telefon Fix

A doua persoană de contact:

☐ soț/soție ☐ mamă/tată ☐ alta

Nume Prenume

Adresa E-mail

..... Telefon Mobil

..... Telefon Fix

Vă rugăm să informați persoanele de contact ale căror date le-ați furnizat mai sus.

PARTEA III – INFORMAȚII DESPRE ETNIE (opțional)

Persoanele din același grup etnic sunt mult mai frecvent compatibile. Din acest motiv vă rugăm să indicați originea etnică a voastră și/sau a părinților și bunicii. Spre exemplu, dacă unul din părinți sau bunici este de altă etnie, cum ar fi ucrainian sau polonez, vă rugăm să indicați acest lucru, chiar dacă dumneavoastră sunteți născut/ă în România.

☐ român	☐ german	☐ sârb	☐ grec
☐ maghiar	☐ rus/lipovean	☐ slovac	☐ evreu
☐ rrom (țigăni)	☐ turc	☐ bulgar	☐ alta (specificați)
☐ ucrainean	☐ tătar	☐ croat	

Greutate (kg)

Înălțime (m)

Prin semnarea acestui formular sunt de acord să fiu înscris/ă în baza de date a donatorilor de celule stem hematopoietice a Registrului Național al Donatorilor Voluntari de Celule Stem Hematopoietice și să donez celule stem hematopoietice pentru un pacient neînrudit, din țară sau din afara țării.

Am fost informat/ă că RNDVCSH este operator de date cu caracter personal și sunt de acord ca datele furnizate de mine să fie prelucrate. RNDVCSH se obligă să utilizeze datele numai pentru destinația stabilită și să asigure protecția și confidențialitatea acestora, conform legislației în vigoare.

Am citit și am înțeles informațiile din declarația privind confidențialitatea datelor cu caracter personal, broșura de informare a donatorului, am avut posibilitatea să discut și să pun întrebări și am primit răspunsuri la întrebările formulate.

DECLAR CĂ AM LUAT LA CUNOȘTINȚĂ, AM ÎNȚELES ȘI SUNT DE ACORD, CU URMĂTOARELE:

- Donarea este voluntară și neremunerată, se face în scop umanitar, are caracter altruist și nu constituie obiectul unor acte și fapte juridice în scopul obținerii unui folos material sau de altă natură;
- Donarea este anonimă atât pentru donator cât și pentru pacient.
- Am dreptul să aleg, anterior donării, metoda donării celulelor stem hematopoietice: din sânge periferic, prin afereză, după administrarea timp de 5 zile a unui tratament cu factori de creștere sau din măduvă osoasă, sub anestezie generală;
- Să completez un chestionar de autoevaluare a stării de sănătate;
- Să îmi fie recoltate probe de sânge sau celule din mucoasa bucală pentru efectuarea testelor de tipare HLA și pentru depistarea unor boli transmisibile;
- Să fie păstrată o probă de sânge/ ADN în scopul efectuării unor teste suplimentare de compatibilitate sau a altor analize;
- Să îmi fie recoltate noi probe de sânge, pentru verificarea tipării HLA și depistarea unor boli transmisibile prin sânge, în cazul în care voi fi selectat/ă ca posibil compatibil/ă cu un pacient;
- Să fiu informat/ă și consiliat/ă în cazul în care rezultatele analizelor nu sunt normale;
- În mod excepțional, să fiu solicitat/ă, ulterior donării pentru o nouă prelevare de celule stem hematopoietice sau produse celulare adiționale pentru același pacient;
- Informațiile privitoare la datele de identificare, rezultatele testelor (inclusiv cele de histocompatibilitate) să fie furnizate, sub forma anonimului, de către RNDVCSH către centre de transplant/instituții/organisme internaționale similare.

CONSIMȚĂMÂNT PENTRU CERCETARE ȘTIINȚIFICĂ

Proba de sânge/ADN și sau datele mele personale pot fi utilizate, cu acordul meu, în scop de cercetare științifică în domeniul transplantului de celule stem hematopoietice. *(Selectați una dintre opțiunile menționate mai jos)*

- ☐ Sunt de acord cu cercetarea fără a mai fi contactat/ă ☐ Sunt de acord cu cercetarea numai după ce sunt contactat/ă ☐ Nu sunt de acord cu cercetarea

În consecință, mă angajez să:

- devin donator/oare de celule stem hematopoietice și să rămân membru/ă al/a RNDVCSH, pe cât posibil până la 60 de ani. Știu că acest angajament poate fi revocat în orice moment.
- să informez RNDVCSH ori de câte ori apar modificări ale datelor personale, a stării de sănătate sau schimbarea deciziei de a fi donator/oare; pot fi contactat/ă anual de către RNDVCSH pentru actualizarea datelor personale.

Nume și prenume donator/donatoare

Semnătura

Data



NUME.....

PRENUME

1. VERIFICAREA CRITERIILOR DE ÎNSCRIERE

Înainte de completarea formularului, verificați cerințele de mai jos pentru înscrierea în RNDVCSH:

- ✓ Aveți vârsta între 18 și 45 de ani
- ✓ Aveți o greutate de peste 50 kg
- ✓ Locuiți în România

Din păcate, nu veți putea să vă înscrieți în RNDVCSH dacă:

- ✗ Dumneavoastră sau partenerul dumneavoastră ați avut vreodată rezultate pozitive pentru infecția cu HIV sau cu HTLV (virusul leucemiei cu celule T) sau cu virusul hepatitei B sau cu virusul hepatitei C.
- ✗ Sunteți deja înscris/ă într-un alt Registru de celule stem hematopoietice din altă țară.
- ✗ Aveți sau ați avut vreodată oricare dintre următoarele afecțiuni:
 - Cancer
 - Boli autoimune, ca de exemplu:
 - Vasculită
 - Spondilită anchilopoietică
 - Boala Crohn
 - Scleroză multiplă
 - Miastenie gravă
 - Artrită reumatoidă
 - Sarcoidoză
 - Lupus eritematos sistemic (LES)
 - Colită ulcerativă
 - Boală coronariană (angină pectorală, infarct miocardic), insuficiență cardiacă, operație chirurgicală de bypass sau înlocuire de valvă cardiacă
 - Diabet (dacă nu este ținut sub control numai prin dietă)
 - Emfizem/Boală pulmonară obstructivă cronică (BPOC)
 - Epilepsie
 - Hemofilie sau alte afecțiuni hemoragice
 - Embolism pulmonar (cheaguri de sânge în plămâni)
 - Schizofrenie
 - Alergii severe la latex sau la anestezice
 - Siclemie/anemie mediteraneană (se acceptă siclemia minoră)
 - Accident vascular cerebral
 - Talasemie (se acceptă talasemia minoră)

2. CE ANUME TREBUIE SĂ FACEȚI DUMNEAVOASTRĂ

- Să completați formularul cu cerneală sau pix negru
- Să bifați răspunsurile dumneavoastră în casetele corespunzătoare ☐
- Să scrieți citeț, cu MAJUSCULE

Acesta este un chestionar de screening. În funcție de răspunsurile dvs., este posibil să vă cerem mai multe detalii.

3. LA CE VĂ ANGAJAȚI

La înscrierea în RNDVCSH sunt câteva aspecte pe care dorim să le înțelegeți. Astfel, dacă veți fi găsit compatibil cu un pacient aflat la nevoie, este bine să știți și să înțelegeți că:

- Va trebui să vi se recolteze probe de sânge pentru confirmarea compatibilității.
- Puteți alege să donați prin una din cele două metode de donare:
 1. 90% dintre persoane donează celule stem recoltate din sângele periferic. Dacă alegeți această metodă de donare, vi se va administra timp de patru sau cinci zile, o serie de injecții care vor duce la creșterea numărului de celule stem în sângele periferic. După donare, este posibil să aveți nevoie de una sau două zile de odihnă pentru recuperare.
 2. 10% dintre persoane donează celule stem recoltate din măduva osoasă. Înseamnă că veți petrece două nopți într-un spital desemnat, unde veți dona măduvă osoasă recoltată prin puncție în oasele late ale bazinului, sub anestezie generală. După donare, este posibil să aveți nevoie de câteva zile de recuperare, dar nu mai mult de o săptămână.
- Este posibil să fiți compatibil/ă și vi se ceară să donați pentru un pacient care locuiește oriunde în lume.
- Donarea va avea loc întotdeauna în România.
- Procedura de donare este anonimă atât pentru dumneavoastră cât și pentru pacient.
- Prin intermediul Registrului puteți comunica cu pacientul.

4. CE URMEAZĂ?

- Veți rămâne înscrisi în registru până la împlinirea vârstei de 60 de ani. Este foarte important să putem lua legătura cu dumneavoastră în cazul în care se constată vreodată că sunteți compatibil cu un pacient, așa că vă rugăm să mențineți datele de contact actualizate pe www.registru-celule-stem.ro/actualizează-datele
- Prin înregistrarea în RNDVCSH puteți da o șansă la viață unei persoane cu leucemie sau alt cancer de sânge. Este incredibil, așa că nu păstrați acest fapt secret. Spuneți prietenilor, familiei și anturajului despre lucrul minunat pe care s-ar putea să îl faceți într-o zi.



REGISTRUL NATIONAL AL DONATORILOR VOLUNTARI DE CELULE STEM HEMATOPOIETICE

Acest chestionar medical este folosit pentru a evalua posibilitatea dumneavoastră de a dona, în conformitate cu recomandările medicale pentru protejarea sănătății dumneavoastră ca potențial/ă donator/donatoare, precum și pe cea a pacientului. Întrebările de mai jos investighează mai mulți factori care pot determina dacă o persoană este eligibilă din punct de vedere medical să facă parte din Registrul. Întrebările nu includ fiecare situație care ar putea determina ca o persoană să nu poată dona, de aceea, dacă aveți orice altă întrebare sau îndoială cu privire la posibilitatea dumneavoastră de a vă înscrie ca potențial donator voluntar de celule stem hematopoietice, contactați Registrul sau discutați cu personalul Centrului Donatorilor de Celule Stem Hematopoietice.

A. Informatii generale

NUME ȘI PRENUME

[illegible]

B. Întrebări privind starea generală de sănătate:

Vă considerați sănătos/sănătoasă? Da ☐ Nu ☐

Sunteți donator/donatoare de sânge? Da ☐ Nu ☐

Dacă da, unde donați de obicei?

Data ultimei donări:

În ultimele 12 luni, ati fost refuzat/refuzată la donarea de sânge sau ati avut probleme în timpul donării? Da ☐ Nu ☐

Dacă da, din ce motiv:

Ati primit vreodata sânge/ transfuzie? Da ☐ Nu ☐

Sunteți fumător/fumătoare? Da ☐ Nu ☐

Dacă da, de câți ani? Nr. țigări/ zi

Consumați regulat băuturi alcoolice? Da ☐ Nu ☐

Dacă da, precizați cantitatea/ zi

Luați vreun medicament în mod regulat, inclusiv aspirină? Da ☐ Nu ☐

Dacă da, ce medicament(e)

și pentru ce afecțiuni?

Ati suferit vreodată vreo intervenție chirurgicală majoră sau minoră? Da ☐ Nu ☐

Dacă da, precizați data și natura intervenției

Ati suferit de febră inexplicabilă? Da ☐ Nu ☐

Ati suferit vreodata vreun accident sever (de circulatie, de muncă, domestic sau sportiv)?

Dacă da, precizați data:

Aveți încă urmări ale acestui accident?

Ați fost spitalizat/spitalizată pentru vreun alt motiv? Da ☐ Nu ☐

Dacă da, precizați data și motivul:

Ati primit vreun vaccin în ultimele 12 luni? Da ☐ Nu ☐

Dacă da, precizați:

Aveti sau ati avut vreodata hepatită sau icter ?

Ati fost vreodată tratat/tratată pentru tuberculoză, malarie, sifilis, bruceloză, boala Chagas? Da ☐ Nu ☐

Dacă da, precizați data și afecțiunea:

Ați suferit vreodată de febră reumatică? Da ☐ Nu ☐

Suferiți de vreo boală cardio-vasculară? Da ☐ Nu ☐

Dacă da, precizați afecțiunea:

Ați suferit vreun accident vascular cerebral? Da ☐ Nu ☐

Ați avut sau aveți tensiune arterială mare/mică? Da ☐ Nu ☐

Dacă da, precizați:

Suferiți de astm? Da ☐ Nu ☐



Suferiți de vreo alergie?	Da ☐	Nu ☐
Dacă da, precizați:		
Ați avut vreodată convulsii, epilepsie sau boli ale sistemului nervos?	Da ☐	Nu ☐
Dacă da, precizați:		
Ați avut vreodată crize de tetanie sau spasmofilie?	Da ☐	Nu ☐
Ați luat vreodată tratamente antidepresive sau pentru alte tulburări psihice?	Da ☐	Nu ☐
Dacă da, precizați:		
Suferiți de diabet?	Da ☐	Nu ☐
Suferiți de vreo boală endocrină?	Da ☐	Nu ☐
Dacă da, precizați		
Suferiți de vreo boală digestivă?	Da ☐	Nu ☐
Dacă da, precizați		
Suferiți sau ați suferit de vreo boală de plămâni?	Da ☐	Nu ☐
Dacă da, precizați		
Suferiți de anemie sau de altă boală de sânge?	Da ☐	Nu ☐
Dacă da, precizați		
Ați avut vreodată tromboză, flebită, sângerări anormale?	Da ☐	Nu ☐
Suferiți de vreo afecțiune renală sau urinară?	Da ☐	Nu ☐
Dacă da, precizați		
Sunteți sau ați fost vreodată tratat/ă de o tumoră?	Da ☐	Nu ☐
Dacă da, precizați		
Suferiți de vreo afecțiune a coloanei vertebrale?	Da ☐	Nu ☐
Dacă da, precizați		
C. Întrebări legate de riscul la anestezie		
Există, în familia dumneavoastră, persoane cu probleme de inimă, cerebro-vasculare, de coagulare, alergii, boli cronice, cancere?	Da ☐	Nu ☐
Dacă da, precizați:		
Vi s-a făcut vreodată o anestezie?	Da ☐	Nu ☐
Dacă da, ați avut complicații sau reacții adverse?		
D. Întrebări legate de boli infecțioase:		
Ați suferit în ultimul an de una din următoarele boli sau ați avut simptome cum ar fi:		
☐ SIDA/ infecție HIV	☐ Boala Chagas	☐ Sifilis
☐ Icter sau hepatită	☐ Bruceloză	☐ Tuberculoză
☐ Malarie		
E. Întrebări legate de riscul infectării cu HIV/ HBV/ HCV		
Ați folosit vreodată substanțe injectabile care NU au fost prescrise de un medic?	Da ☐	Nu ☐
În ultimele 12 luni ați avut comportamente la risc (contact sexual cu cineva care se droghează, contacte sexuale cu parteneri multipli, tatuaj, piercing, acupunctură)?	Da ☐	Nu ☐
Ați fost expus/ă la infecții cum ar fi hepatită, HIV/SIDA sau alte boli transmisibile prin sânge, prin contactul cu un membru de familie sau prin munca dumneavoastră?	Da ☐	Nu ☐
F. Alte aspecte		
Ați fost la stomatolog în ultimele 6 luni ?	Da ☐	Nu ☐
Ați fost vreodată însărcinată?	Da ☐	Nu ☐
Dacă da, câte nașteri ați avut? câte avorturi ați avut?		
Sunteți însărcinată sau sunteți lăuză?	Da ☐	Nu ☐
Ați fost în străinătate în ultimele 6 luni ?	Da ☐	Nu ☐
Dacă da, precizați data și țara:		
G. Aveți întrebări sau observații?		
Dacă da, precizați:	Da ☐	Nu ☐

Am verificat criteriile de înscriere și îmi dau consimțământul pentru a mă înscrie în RNDVCSH.

Nume și prenume donator/donatoare

Semnătura

Data

