

Zgoda na pobranie krwi pępowinowej

Zostałam(em) poinformowana(ny)/zostaliśmy poinformowani ustnie i otrzymałam(em)/ otrzymaliśmy pisemną informację dotyczącą pobrania krwi pozostałej w łożysku i pępowinie po urodzeniu mojego/naszego dziecka i darowania jej na rzecz Szwedzkiego Krajowego Banku Krwi Pępowinowej. Jestem świadoma(my)/ jesteśmy świadomi, że darowizna krwi, pozostałej w łożysku i pępowinie po urodzeniu mojego/naszego dziecka, jest dobrowolna i mam/mamy prawo do niewyrażenia zgody na taką darowiznę bez żadnego wpływu takiej decyzji na opiekę nad mną lub moim/naszym dzieckiem. Jestem/jesteśmy także świadomy(a)/świadomi, że nie możemy zmienić decyzji po dokonaniu darowizny krwi i że oddana krew będzie przechowywana w Banku Krwi Pępowinowej na rzecz osób, które potrzebują przeszczepu krwi pępowinowej.

Zostałem(am) /zostaliśmy poinformowani, że odcięcie pępowiny następuje po upływie 1 minuty w przypadku porodu siłami natury oraz 30 sekund w przypadku cięcia cesarskiego. Zostałem(am)/zostaliśmy także poinformowani, że nie ma żadnego znanego zagrożenia dla mojego/naszego dziecka związanego z darowizną krwi pępowinowej i mieliśmy możliwość zadawania pytań na temat darowizny.

Pobrana krew będzie przechowywana zgodnie z Ustawą w sprawie standardów jakości i bezpieczeństwa w postępowaniu z tkankami i komórkami ludzkimi, przepisami Krajowej Rady Zdrowia i Opieki Społecznej dotyczącymi działań na tkankach oraz na podstawie ustawy o Biobankach. Zgodnie z ustawą o ochronie zdrowia, wyniki badań i dane pacjentów są poufne. Poufność danych osobowych reguluje rozporządzenie o ochronie danych (RODO)..
Wiem/wiemy, że mogę/możemy uzyskać wgląd do dostępnych danych o mnie i o moim/naszym dziecku w archiwum Szwedzkiego Krajowego Banku Krwi Pępowinowej.

Zostałam(em)/zostaliśmy także poinformowany/a/i o tym, że gdyby wyniki któregośkolwiek badania wykonanego na krwi pępowinowej dziecka lub matki były poza normą, zostaną/zostaniemy o tym poinformowani.

Niniejszym zgadzam/zgadzamy się

- przekazać, na rzecz Szwedzkiego Krajowego Banku Krwi Pępowinowej, krew pozostałą w łożysku i pępowinie po urodzeniu mojego/naszego dziecka i wyrażam(y) zgodę na to, by krew dziecka była przechowywana w banku oraz by istniała zawsze możliwość zidentyfikowania dziecka, jego matki i darowanej krwi, a także
- na pobranie od matki próbki krwi w celu badania na obecność chorób zakaźnych oraz
- określenia typu tkanki (HLA), jak również na to, aby wynik badania dziecka i matki był przechowywany zgodnie z ustawą o Biobankach na wypadek dalszych badań w późniejszym okresie,
- dostarczyć oświadczenie o stanie zdrowia
- na to, aby dokumentacja medyczna matki i dziecka mogła być przeanalizowana w stopniu niezbędnym do określenia przydatności pobranej krwi pępowinowej do zamrażania i zastosowania
- jej przy przeszczepianiu.
- na przejrzanie dokumentacji medycznej dziecka, jeśli Bank Krwi Pępowinowej otrzyma zapytanie o możliwość wykorzystania jego krwi u pacjenta. Celem jest stwierdzenie, czy Państwa dziecko nie cierpi na chorobę, która mogłaby zaszkodzić pacjentowi, który jest biorcą krwi.
- aby dane osobowe dotyczące dziecka i jego rodziny pozostały poufne i były dostępne jedynie do wglądu dla personelu Banku Krwi Pępowinowej zgodnie z mającym zastosowanie szwedzkim prawodawstwem.



- na to, by jeżeli oddana krew zostanie zakwalifikowana do użycia w przeszczepie, informacje o przydatności krwi do dawstwa zostały udostępnione rejestrom zarówno w kraju jak i za granicą oraz innym odpowiednim osobom powiązanych z planowanym przeszczepem.
- na to, by informacje przekazane w związku z niniejszą zgodą oraz przy pobraniu były rejestrowane i przechowywane w laboratoryjnym systemie informacyjnym Krajowego Banku Krwi Pępowinowej.

tak nie

Również zgadzam/zgadzamy się

- aby krew, w przypadku gdyby nie nadawała się do przechowywania w Szwedzkim Krajowym Banku Krwi Pępowinowej, została wykorzystana do celów kontroli jakości i badań naukowych, zgodnie z zatwierdzeniami Regionalnej Komisji Etyki. Dotyczy to wyłącznie badań naukowych, w trakcie których wszelkie dane umożliwiające identyfikację konkretnego dawcy krwi są usunięte.

tak nie

Göteborg, dnia _____

Podpis Opiekuna

Podpis Opiekuna

Imię i nazwisko Opiekuna oraz Personnummer
(szwedzki odpowiednik PESEL)

Imię i nazwisko Opiekuna oraz Personnummer
(szwedzki odpowiednik PESEL)

Imię, nazwisko i podpis pracownika Krajowego Banku Krwi Pępowinowej przyjmującego Zgodę