Благотворительный фонд
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ РЕГИСТР ДОНОРОВ КОСТНОГО МОЗГА
ИМЕНИ ВАСИ ПЕРЕВОЩИКОВА»

125315, г. Москва, Ленинградский проспект, д. 68, стр. 16
8-800-234-30-35
registr@rdkm.ru, rdkm.ru

СОГЛАШЕНИЕ О ВСТУПЛЕНИИ В РЕГИСТР ДОНОРОВ КОСТНОГО МОЗГА

место для штрихкода

■ **Я**

Ф.И.О.

подписывая данное соглашение с **Благотворительным фондом «Национальный регистр доноров костного мозга имени Васи Перевощикова»** (ОГРН: 1177700013853, ИНН: 7714999817, далее – **Регистр**), выражаю свою готовность вступить в регистр доноров костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток и добровольно стать потенциальным донором костного мозга (гемопоэтических стволовых клеток).

Я располагаю достаточной информацией о донорстве костного мозга (гемопоэтических стволовых клеток). Я знаю, что на все мои вопросы, касающиеся донорства, которые возникнут в будущем, я получу ответы от сотрудников **Регистра**.

■ Я согласен(-на):

1. Сообщить свои личные данные: Ф.И.О., дату рождения, пол, вес, рост, группу крови и резус-фактор, национально-региональную принадлежность, адрес регистрации по месту жительства и адрес фактического места проживания, контактные телефонные номера и адреса электронной почты, паспортные данные и СНИЛС.
2. Информировать **Регистр** об изменениях адреса места проживания, контактных телефонных номеров, адресов электронной почты и иных данных.
3. Сообщить врачу **Регистра** всю известную мне информацию о моем здоровье.
4. Дать образец своей крови и/или буккального эпителия для проведения HLA-типирования и последующего занесения моего HLA-фенотипа в базу **Регистра**. Образец крови будет взят в стерильных условиях из вены на руке с помощью пункции.
5. При совпадении моего HLA-фенотипа с HLA-фенотипом человека, нуждающегося в трансплантации костного мозга, рассмотреть возможность дать свои гемопоэтические стволовые клетки для лечения этого человека на условиях сохранения анонимности.

■ Я информирован(-а) о том, что:

1. Во время процедуры взятия образца крови возможны незначительные реакции организма (кратковременное снижение артериального давления, гематома), не являющиеся следствием ошибки персонала.
2. Мое согласие стать потенциальным донором костного мозга является первым этапом донорства. Если мой HLA-фенотип окажется совместимым с HLA-фенотипом человека, нуждающегося в трансплантации костного мозга, я буду информирован(-а) об этом и приглашен(-а) в клинику для прохождения процедуры обследования. Только после моего согласия может быть решен вопрос о сборе моих гемопоэтических стволовых клеток и об их использовании в лечении человека, нуждающегося в трансплантации костного мозга.
3. Вся информация, касающаяся меня и моего здоровья, является конфиденциальной. К работе с данной информацией будет допущен ограниченный круг специалистов. Для организации первичного поиска потенциально совместимых доноров костного мозга пациентам российских и зарубежных клиник **Регистр** предоставляет данные доноров в обезличенном виде, в том числе данные доноров Всемирной ассоциации доноров костного мозга (World Marrow Donor Association, Нидерланды, VAT NL803974917B02), а также передает сведения о донорах Федеральному государственному бюджетному учреждению «Центр стратегического планирования и управления медико-биологическими рисками здоровью» Федерального медико-биологического агентства для учета в Федеральном регистре доноров костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток, донорского костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток, реципиентов костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток.
4. По настоящему Соглашению **Регистр** не оказывает медицинских услуг (медицинской помощи) в понимании Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», не имеет отношения к профилактике, диагностике и лечению лиц, предоставивших образец своей крови и/или буккального эпителия для проведения HLA-типирования. HLA-типирование и результат HLA-типирования не являются медицинской услугой. Не предусмотрена возможность выдачи результатов HLA-типирования физическим лицам. **Регистр** создан исключительно для помощи тяжелобольным людям, нуждающимся в трансплантации костного мозга. При этом результаты первичного HLA-типирования не могут использоваться для проведения медицинских манипуляций, а используются только для определения потенциальной совместимости донора и реципиента.
5. Обязательства **Регистра** по настоящему Соглашению могут исполняться по поручению **Регистра** иными юридическими лицами.

■ Я имею право:

1. Получить у сотрудников **Регистра** интересующую меня информацию о процедуре заготовки гемопоэтических стволовых клеток.
2. В одностороннем порядке на любом этапе расторгнуть действие данного Соглашения. После расторжения Соглашения по моей просьбе и по моему желанию в моем присутствии специалисты **Регистра** должны уничтожить всю имеющуюся информацию обо мне.

Дата

число, месяц, год

Подпись потенциального донора

Недействительно без подписи