



АНКЕТА ПОТЕНЦИАЛЬНОГО ДОНОРА

Фамилия	ИВАНОВА
Имя	СВЕТЛАНА
Отчество	ИВАНОВНА



место для штампа

Дата рождения 21.05.1991
число, месяц, год

Вес, кг 58
не менее 50 кг

Пол М ☐
Ж ☒

Рост, см 171

Группа крови ☐ I (0) ☒ II (A) ☐ III (B) ☐ IV (AB)
Укажите, если знаете

Резус-фактор ☐ Rh+ ☒ Rh-
Укажите, если знаете

Телефоны для связи №1 +7 920 123 4567
основной: Ваш номер

№2 +7 921 123 4567
дополнительный: номер кого-то из близких

E-mail ivanovag1@mail.ru

Адрес фактического проживания САМАРСКАЯ ОБЛ.
регион

СЫЗРАНЬ
населенный пункт

ЛЕНИНА
улица

7 3 101
дом корпус квартира

Соцсеть Inst-ivanovag1
укажите название соцсети, имя, ник и ID, чтобы Вас можно было разыскать при необходимости

Национальность РУССКАЯ
укажите по возможности этническую принадлежность

I. Общее состояние здоровья	НЕТ	ДА
Имея положительный ответ хотя бы по одному из перечисленных ниже заболеваний, Вы не можете стать потенциальным донором костного мозга (гемопоэтических стволовых клеток)		
• Вирусные гепатиты В, С	☒	☐
• ВИЧ	☒	☐
• Туберкулез	☒	☐
• Злокачественные новообразования	☒	☐
• Заболевания крови	☒	☐
• Органические и сосудистые заболевания центральной нервной системы (эпилепсия, аневризмы, ОНМК, опухоли)	☒	☐
• Психические заболевания	☒	☐
• Гипертоническая болезнь II–III степени, ишемическая болезнь, пороки сердца	☒	☐
• Бронхиальная астма, ХОБЛ (тяжелое течение)	☒	☐
• Цирроз печени	☒	☐
• Хроническая почечная недостаточность	☒	☐
• Сахарный диабет I или II типа	☒	☐
• Генерализованный псориаз (тяжелое прогрессирующее течение)	☒	☐
• Аутоиммунные заболевания (болезнь Крона, ревматоидный артрит, рассеянный склероз, АИТ, системная красная волчанка)	☒	☐
• Алкоголизм, наркомания	☒	☐

Если у Вас есть другие заболевания, укажите их. При необходимости с Вами свяжется врач регистра

II. Являетесь ли Вы донором крови?	☒	☐
III. Проводились ли Вам когда-либо хирургические вмешательства? (в каком году, причина)	☒	☐
IV. Переливали ли Вам когда-либо донорскую кровь? (в каком году, причина)	☒	☐
V. Для женщин. Были ли у Вас беременности? Потенциальный донор не может быть активирован во время беременности, в течение года после родов и трех месяцев после окончания кормления ребенка грудью	☐	☒

Откуда Вы узнали о донорстве костного мозга?

- ☐ Средства массовой информации
☐ Донорская акция (офлайн)
☐ Друзья, знакомые
☐ Другое

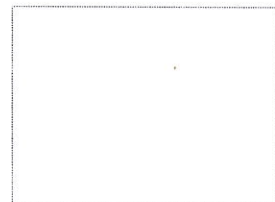
- ☐ Интернет, соцсети
☒ Лекция о донорстве онлайн
☐ Поезд дальнего следования



СОГЛАШЕНИЕ О ВСТУПЛЕНИИ В РЕГИСТР ДОНОРОВ КОСТНОГО МОЗГА

■ Я ИВАНОВА
СВЕТЛАНА
ИВАНОВНА

Ф. И. О.



место для штампа

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 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 здоровья» 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 01.03.2025 Подпись потенциального донора

число, месяц, год

Иванова
Недействительно без подписи



СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

- ☐ Благотворительному фонду «Национальный регистр доноров костного мозга имени Васи Перевощикова» (ОГРН: 1177700013853, ИНН: 7714999817)
- ☐ Благотворительному фонду «Русфонд» (ОГРН: 1097799029580, ИНН: 7743089883)
- ☐ Федеральному государственному бюджетному учреждению «Центр стратегического планирования и управления медико-биологическими рисками здоровью» Федерального медико-биологического агентства (ОГРН: 1027700168495, ИНН: 7704084560)

☒ **ВСЕМ, УКАЗАННЫМ ВЫШЕ**

отметьте галочкой

Согласие предоставлено субъектом персональных данных:

ИВАНОВА
СВЕТЛАНА
ИВАНОВНА

Ф. И. О.

Паспортные данные

4511
серия

123456
номер

11.01.2011
дата выдачи

ГУ МВА РОССИИ ПО Г. СЫЗРАНЬ

кем выдан

Адрес регистрации

САМАРСКАЯ ОБЛ
регион

СЫЗРАНЬ
населенный пункт

ЛЕНИНА
улица

7 3 101
дом корпус квартира

Страховой номер индивидуального лицевого счета гражданина в системе обязательного пенсионного страхования (СНИЛС): 123 - 456 - 789 11

Персональные данные включаются в регистр (регистры) потенциальных доноров костного мозга (осуществляется сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, совершаемые с использованием средств автоматизации или без использования таких средств).

Цели: создание и пополнение базы Благотворительного фонда «Национальный регистр доноров костного мозга имени Васи Перевощикова», благотворительная помощь, проведение научных исследований и социологических опросов, осуществление информационных рассылок.

Объем персональных данных: Ф. И. О., дата рождения, пол, вес, рост, группу крови и резус-фактор, национально-региональную принадлежность, адрес регистрации по месту жительства и адрес фактического проживания, телефон, e-mail, паспортные данные, СНИЛС, результаты HLA-типирования, данные о состоянии здоровья.

Срок обработки: без ограничения по сроку (до отзыва).

Категории и перечень персональных данных, для обработки которых субъект персональных данных устанавливает условия и запреты, иные запреты:

☒ запреты отсутствуют

☐ запреты установлены:

Подпись субъекта персональных данных

Иванова
Недействительно без подписи

Дата 01.03.2025

число, месяц, год



СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ ДЛЯ РАСПРОСТРАНЕНИЯ

Согласие предоставлено субъектом персональных данных:

ИВАНОВА
СВЕТЛАНА
ИВАНОВНА

Ф. И. О.

Паспортные данные

45 11
серия

123456
номер

11.01.2011
дата выдачи

ГУ МВД РОССИИ ПО Г. СЫЗРАНЬ

кем выдан

Адрес регистрации

САМАРСКАЯ ОБЛ
регион

СЫЗРАНЬ
населенный пункт

ЛЕНИНА
улица

7
дом

3
корпус

101
квартира

Персональные данные в минимальном необходимом объеме могут быть переданы юридическим лицам, являющимся локальными регистрами доноров костного мозга, другим организациям с целью привлечения добровольцев, создания регистра потенциальных доноров костного мозга, увеличения базы Благотворительного фонда «Национальный регистр доноров костного мозга имени Васи Перевощикова» (ОГРН: 1177700013853, ИНН: 7714999817), а также аффилированным с ними лицам и лицам, подключенным на этапе подбора и активации донора костного мозга и доставки трансплантата для человека, нуждающегося в трансплантации костного мозга (гостиницам, транспортным компаниям, медицинским центрам, страховым компаниям, организациям питания). Персональные данные включаются в регистр (регистры) потенциальных доноров костного мозга (осуществляется сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, совершаемые с использованием средств автоматизации или без использования таких средств).

Цели: создание и пополнение базы Благотворительного фонда «Национальный регистр доноров костного мозга имени Васи Перевощикова», благотворительная помощь, проведение научных исследований и социологических опросов, осуществление информационных рассылок.

Объем персональных данных: Ф. И. О., дата рождения, пол, вес, рост, группу крови и резус-фактор, национально-региональную принадлежность, адрес регистрации по месту жительства и адрес фактического проживания, телефон, e-mail, паспортные данные, СНИЛС, результаты HLA-типирования, данные о состоянии здоровья.

Срок обработки: без ограничения по сроку (до отзыва).

Категории и перечень персональных данных, для обработки которых субъект персональных данных устанавливает условия и запреты, иные запреты:

☐ запреты отсутствуют

☐ запреты установлены:

Подпись субъекта персональных данных

Иванова

Недействительно без подписи

Дата 01.03.2025

число, месяц, год