Додаток 10
до Порядку надання письмової згоди живого донора на
 вилучення у нього анатомічних матеріалів та письмової
відмови від раніше наданої такої згоди, письмової згоди
або незгоди чи відкликання раніше наданої згоди на
вилучення анатомічних матеріалів з тіла особи для
трансплантації та/або виготовлення біоімплантатів після
визначення її стану як незворотна смерть, а також
подання письмової заяви про призначення, зміну чи
відкликання повноважного представника

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(найменування органу (закладу), якому подається заява/найменування посади, ініціали (ініціал власного імені) та прізвище особи, якій подається заява) (у разі подання заяви в електронній формі поле не заповнюється)

**ЗАЯВА
донора віком від 14 до 18 років, який є повнорідним братом
чи сестрою реципієнта, щодо згоди на вилучення анатомічного
матеріалу у вигляді гемопоетичних стовбурових клітин**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(прізвище, власне ім’я та по батькові (за наявності)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, що народився (народилася) \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ р.;
документ, що підтверджує громадянство України, посвідчує особу чи її
спеціальний статус, або паспортний документ іноземця: серія (за наявності) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, виданий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ р.;

реєстраційний номер облікової картки платника податків (крім фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та офіційно повідомили про це відповідному контролюючому органу і мають відмітку у паспорті): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

номер запису в Єдиному державному демографічному реєстрі (за наявності) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

зареєстроване місце проживання: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

місце перебування (із зазначенням адреси): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

стать: чоловіча; жіноча;

контактний номер телефону \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

адреса електронної пошти (за наявності) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

даю згоду на вилучення гемопоетичних стовбурових клітин з мого тіла для проведення трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин повнорідному брату (повнорідній сестрі).

Я поінформований (поінформована) про те, що трансплантація анатомічних матеріалів проводиться відповідно до Закону України “Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині”.

Цією заявою я засвідчую, що перебуваю у родинних стосунках з донором і реципієнтом та є відповідальним (відповідальною) за достовірність поданих мною документів, що підтверджують факт того, що донор є повнорідним братом (повнорідною сестрою) реципієнта.

Вид анатомічного матеріалу, що пропонується для вилучення:

гемопоетичні стовбурові клітини, що містяться у крові;

гемопоетичні стовбурові клітини, що містяться у кістковому мозку.

Вилучення анатомічного матеріалу здійснюється з метою трансплантації \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(прізвище, власне ім’я та по батькові (за наявності), рік народження реципієнта)

який (яка) доводиться мені \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(повнорідним (повнорідною) братом (сестрою)

Цією заявою я засвідчую, що під час подання цієї заяви на мене не вчинявся тиск, я не перебуваю у фінансовій чи іншій залежності від будь-яких осіб.

Я отримав (отримала) від лікуючого лікаря об’єктивну та доступну інформацію про можливість виникнення ускладнень для здоров’я донора.

Я поінформований (поінформована) лікуючим лікарем про ймовірні хірургічні та анестезіологічні ризики, пов’язані з вилученням анатомічного матеріалу, а також про можливі наслідки вилучення (невилучення) анатомічного матеріалу для здоров’я донора.

Крім того, мене поінформовано про те, що наданий донором анатомічний матеріал після трансплантації реципієнту може бути відторгнутий.

Претензії щодо відшкодування шкоди, заподіяної внаслідок ушкодження здоров’я у зв’язку з виконанням донорської функції, можуть бути подані мною до адміністрації закладу охорони здоров’я або до суду в установленому законодавством порядку.

Я поінформований (поінформована) про порядок вилучення гемопоетичних стовбурових клітин периферичної крові та/або кісткового мозку, що встановлені статтею 15 Закону України “Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині”.

Лікуючим лікарем мені надано роз’яснення щодо моїх прав у зв’язку з виконанням донорської функції, що визначені розділом VI Закону України “Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині”, та повідомлено, що я маю право за письмовою заявою відкликати цю заяву до моменту початку режиму кондиціонування реципієнта.

Мені надано роз’яснення про те, що моя відмова від донації гемопоетичних стовбурових клітин під час проведення або після завершення режиму кондиціонування реципієнта може призвести до смерті реципієнта.

Госпіталізація донора у заклад охорони здоров’я з метою виконання донорських функцій проводиться за моїм власним бажанням та за моєю добровільною згодою.

Цю заяву підписую, усвідомлюючи свої дії і діючи добровільно без матеріального спонукання та примусу.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ р. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(підпис заявника) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Заяву отримав |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(найменування посади) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(підпис) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ініціали (ініціал власного імені)та прізвище) |

\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ р.