Додаток 7   
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  
щодо згоди живого донора на донорство анатомічних матеріалів

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 анатомічних матеріалів з мого тіла (прижиттєве донорство).

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

Підстави для надання анатомічних матеріалів\*:

|  |  |
| --- | --- |
|  | родинне донорство. |

Цією заявою я засвідчую, що перебуваю у родинних стосунках з \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

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

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

(ступінь споріднення з реципієнтом)

та є відповідальним (відповідальною) за достовірність поданих мною документів, що підтверджують факт спорідненості з реципієнтом;

|  |  |
| --- | --- |
|  | перехресне донорство; |
|  | неродинне донорство анатомічних матеріалів, здатних до регенерації (самовідтворення), у тому числі гемопоетичних стовбурових клітин периферичної крові та/або кісткового мозку не є близьким родичем або членом сім’ї реципієнта). |

Призначення анатомічного матеріалу, що пропонується для вилучення\*:

|  |  |
| --- | --- |
|  | трансплантація; |
|  | виготовлення біоімплантатів. |

Вид анатомічного матеріалу, що пропонується для вилучення\*:

|  |  |
| --- | --- |
|  | орган (його частина), а саме \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; |
|  | тканини; |
|  | анатомічне утворення; |
|  | гемопоетичні стовбурові клітини, що містяться у крові; |
|  | гемопоетичні стовбурові клітини, що містяться у кістковому мозку; |
|  | інші клітини людини. |

Якщо з’ясується, що пожертвувані мною анатомічні матеріали непридатні для трансплантації, вони можуть бути використані для цілей\*:

|  |  |
| --- | --- |
|  | науково-практичної діяльності в галузі охорони здоров’я; |
|  | виготовлення біоімплантатів. |

Цією заявою я засвідчую, що я є повнолітньою дієздатною особою, не страждаю на тяжкі психічні розлади, не маю захворювань, що можуть передатися реципієнту або зашкодити його здоров’ю, раніше не надавав (не надавала) орган або частину органа для трансплантації. Під час подання цієї заяви на мене не чинився 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 мого здоров’я та здоров’я реципієнта.

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

Я поінформований (поінформована) про те, що відповідно до статті 20 Закону України “Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині” укладення або пропонування укладення договорів, що передбачають купівлю-продаж анатомічних матеріалів людини, забороняється (крім випадків, передбачених законодавством). Я усвідомлюю, що трансплантація здійснюється за принципом безоплатності (крім трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин периферичної крові та/або кісткового мозку).

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 анатомічних матеріалів у живих донорів (прижиттєве донорство), встановлений статтею 14 Закону України “Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині”, та особливості донорства гемопоетичних стовбурових клітин та інших здатних до регенерації (самовідтворення) анатомічних матеріалів, установлені 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 наголошено, що я маю право за письмовою заявою відкликати цю згоду до моменту початку процедури введення мене або реципієнта в стан анестезіологічного сну.

Мені надано роз’яснення про те, що моя відмова від донації гемопоетичних стовбурових клітин периферичної крові та/або кісткового мозку під час проведення або після завершення режиму кондиціонування реципієнта може призвести до смерті реципієнта. Мені повідомлено про можливість відмови від цієї згоди до моменту початку режиму кондиціонування реципієнта.

Моя госпіталізація 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.

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

\* Для обрання необхідного варіанта (варіантів) слід поставити позначку “✓” у відповідному полі.