

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Kielcach		
Nr wersji: 01	SOP-ODS-PR-01	Strona zał. 1 z 2
Załącznik nr: 4	Wersja zał. nr: 01	Data: 15.05.2025 r.

KARTA ZGŁOSZENIOWA POTENCJALNEGO DAWCY SZPIKU

Nr Dawcy Szpiku..... Miejsce poboru próbki.....

Imię i nazwisko:

Nazwisko panińskie:

Data i miejsce urodzenia:

D	D	M	M	R	R	R	R	Miejsce urodzenia
---	---	---	---	---	---	---	---	-------------------

PESEL:

Adres zamieszkania:

Ulica, nr domu, nr mieszkania									
-									
Kod pocztowy					Miejscowość				
województwo									

Telefon:

e-mail:

Drugi adres kontaktowy (rodzina, przyjaciele): Prosimy, poinformuj o tym fakcie osobę, której dane przekazano.

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Ulica, nr domu, nr mieszkania									
-									
Kod pocztowy					Miejscowość				

Telefon:

Wstępna kwalifikacja lekarska (wypełnia lekarz):

Istotne informacje dotyczące stanu zdrowia

.....

.....

☐ ZAKWALIFIKOWANO ☐ DYSKWALIFIKACJA CZASOWA / TRWAŁA * (*niewłaściwe skreślić)

Powód:.....

Data: Podpis i pieczęć lekarza / osoby upoważnionej:

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Kielcach		
Nr wersji: 01	SOP-ODS-PR-01	Strona zał. 2 z 2
Załącznik nr: 4	Wersja zał. nr: 01	Data: 15.05.2025 r.

KARTA ZGŁOSZENIOWA POTENCJALNEGO DAWCY SZPIKU

Oświadczenie dawcy:

- ☐ Po raz pierwszy zgłaszam dobrowolny udział w Centralnym Rejestrze Niespokrewnionych Potencjalnych Dawców Szpiku.
- ☐ Potwierdzam poprawność podanych danych osobowych i teleadresowych.
- ☐ W przypadku zmiany danych zobowiązuje się do ich uaktualniania.
- ☐ Wyrażam zgodę na przekazywanie w formie anonimowej wyników badań HLA do Światowej Organizacji Dawców Szpiku Kostnego (*Bone Marrow Donors Worldwide*).
- ☐ Zostałem(a)m poinformowany(a) o istocie zabiegu pobrania szpiku (krwiotwórczych komórek macierzystych - KKM).
- ☐ Wyrażam chęć oddania szpiku dla ratowania życia chorego, który nie jest moim krewnym i nie ma dawcy rodzinnego.
- ☐ Wyrażam zgodę na anonimowe i bezpłatne oddanie KKM w przypadku znalezienia dobrego biorcy.
- ☐ Nie zgłaszam zastrzeżeń odnośnie kryteriów wyboru biorcy.
- ☐ Wyrażam zgodę na pobranie ode mnie płytek krwi w przypadku gdy mogą one uratować życie chorego.
- ☐ Zgadzam się na pobranie krwi na oznaczenie antygenów zgodności tkankowej metodą genetyczną oraz badania wykluczające nosicielstwo wirusów, we wskazanych laboratoriach diagnostycznych znajdujących się najbliżej mojego miejsca zamieszkania.
- ☐ Wiem, że po wykonaniu badań antygenów zgodności tkankowej zostaną wpisany na listę potencjalnych dawców szpiku w Centralnym Rejestrze Niespokrewnionych Potencjalnych Dawców Szpiku i Krwi Pępowinowej – POLTRANSPLANT.
- ☐ Zgadzam się na pobranie i przechowywanie mojej próbki krwi do badań przy poszukiwaniu niespokrewnionego dawcy szpiku.

Jestem świadomy, że:

1. Dar szpiku jest anonimowy, dobrowolny i bezpłatny.
2. Pobranie szpiku przeprowadzane jest w znieczuleniu ogólnym. Nie wymaga znieczulenia separacja krwiotwórczych komórek macierzystych z krwi obwodowej.
3. Pobranie szpiku wymaga krótkiego pobytu w szpitalu, za który otrzymam zwolnienie lekarskie.
4. Dawca nie ponosi kosztów związanych z pobraniem KKM.
5. Nie mogę szukać kontaktu z biorcą mojego szpiku w jakimkolwiek celu.
6. W wyjątkowych przypadkach, dla dobra pacjenta ponownie oddam KKM.
7. Administratorem moich danych osobowych i medycznych jest Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa - Ośrodek Dawców Szpiku, ul. Jagiellońska 66, 25-734 Kielce.
8. Mam prawo do wglądu do moich danych osobowych i medycznych oraz mam możliwość ich poprawiania.
9. Mogę wycofać moje nazwisko z Rejestru.

Data i miejsce Podpis Dawcy Szpiku

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Kielcach Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej informuje, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Kielcach przy ul. Jagiellońskiej 66, 25 – 734 Kielce, tel. 41-33-59-401, sekretariat@rckik-kielce.com.pl;
2. Administrator powołał inspektora danych osobowych, z którym można się skontaktować elektronicznie przysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej przetargi@rckik-kielce.com.pl;
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu prowadzenie działalności w ramach realizacji działań ustawowych i statutowych w zakresie pozyskiwania potencjalnych dawców szpiku i testowania antygenów HLA;
4. Dane osobowe potencjalnych dawców szpiku są przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w zw. z art. 16a ust. 2 pkt 3 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (oraz na podstawie art. 16 ust. 5 tej ustawy przekazywane do Centralnego Rejestru Niespokrewnionych Potencjalnych Dawców Szpiku i Krwi Pępowinowej prowadzonego przez Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do Spraw Transplantacji Poltransplant;
5. W przypadku dawców, którzy złożyli podpis pod dwoma klauzulami na formularzu rejestracyjnym, dane osobowe gromadzone przez Administratora (tzn. nadany mu numer identyfikacyjny, płeć, data urodzenia oraz wyniki typowania tkanek, liczba dotychczas przeprowadzonych typizacji i status dawcy - w rozumieniu dostępny lub niedostępny) są przekazywane w anonimowej formie do rejestru NMDP (*The National Marrow Donor Program*), bazy potencjalnych dawców szpiku objętej ochroną, za pośrednictwem którego dane te są udostępniane do ogólnodostępnej bazy dawców szpiku o nazwie BMDW (*Bone Marrow Donors Worldwide*). Do tych rejestrów przekazywane są jedynie dane anonimowe konieczne w procesie doboru dawcy, ale uniemożliwiające identyfikację danego dawcy. Nie przekazuje się nazwisk, adresów lub podobnych danych identyfikujących potencjalnego dawcę;
6. Posiada Pani/Pan prawo do żądania dostępu do swoich danych osobowych, ich aktualizacji, ich sprostowania, uzupełnienia, ograniczenia przetwarzania danych oraz ich zmiany w drodze bezpośredniego poinformowania Regionalnego Centrum telefonicznie, listownie, pocztą elektroniczną lub osobiście;
7. ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, a także prawo do skutecznego środka ochrony prawnej przed sądem, jeżeli uzna Pani/Pan, że prawa przysługujące Pani/Panu na mocy niniejszego rozporządzenia zostały naruszone w wyniku przetwarzania danych osobowych z naruszeniem RODO;
8. Pani/Pana dane osobowe, zgodnie z art. 16a ust. 9 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów będą przechowywane przez co najmniej 30 lat od dnia założenia dokumentacji potencjalnego dawcy szpiku i komórek krwiotwórczych krwi obwodowej, w sposób umożliwiający identyfikację potencjalnego dawcy szpiku i komórek krwiotwórczych krwi obwodowej.