



УКРАЇНСЬКИЙ РЕЄСТР ДОНОРІВ КІСТКОВОГО МОЗКУ

БФ «Український реєстр
донорів кісткового мозку»
вул. Київська, 5/1 А, 46016,
м. Тернопіль, Україна

ubmdregistry@gmail.com
fb.com/ubmdr
instagram.com/ubmdr
www.ubmdr.org



Місце для штрихкоду
Приклейте, будь ласка, один
з двох штрихкодів у цю рамку

Інформована згода

Я усвідомлено підтверджую готовність добровільно й безплатно надати зразок свого ДНК для проведення HLA-типування з присвоєнням коду HLA-генотипу та стати потенційним донором кісткового мозку для пацієнтів, не пов'язаних зі мною родинними зв'язками.

Я даю згоду на:

- Оброблення персональних даних з метою формування та ведення Українського реєстру донорів кісткового мозку для забезпечення фізичних осіб (пацієнтів), які потребують трансплантації кісткового мозку, інформацією про можливих потенційних донорів.
- Передання зразка своєї ДНК іноземній лабораторії для проведення HLA-типування та подальшого занесення мого HLA-генотипу до бази Українського реєстру донорів кісткового мозку, зберігання зразка моєї ДНК в лабораторії, яка проводить HLA-типування, для подальших досліджень у разі такої потреби.
- Передання персональних даних третім особам, зокрема до установ, які здійснюють пошук донорів, проводять трансплантації в Україні та за кордоном, формують і ведуть аналогічні реєстри.

Я підтверджую:

- Що забір матеріалу для HLA-типування буде проводитиму особисто. Я використаю три стерильні ватні зонди та проведу забір епітелію з внутрішнього боку щоки. Після проведення процедури забору ватні зонди запакую та надішлю (передам) Українському реєстру донорів кісткового мозку.
- Що маю достатньо інформації для ухвалення усвідомленого рішення про донорство кісткового мозку (гемопоетичних стов-

бурових клітин). У разі збігу мого HLA-генотипу з HLA-генотипом пацієнта (українського або іноземного), що потребує трансплантації кісткового мозку, розгляну можливість дати свої гемопоетичні клітини для лікування цього пацієнта. У разі своєї згоди на донорство надаватиму окрему інформовану згоду на процедуру заготівлі гемопоетичних клітин.

- Що зазначені мною персональні дані точні й вірогідні.

Повідомлення:

- Персональні дані, зазначені в цій анкеті, а також характеристики вашого HLA-генотипу оброблятиме БФ «Український реєстр донорів кісткового мозку» як володілець персональних даних з метою формування та ведення Українського реєстру донорів кісткового мозку для забезпечення фізичних осіб (пацієнтів), які потребують трансплантації кісткового мозку, інформацією про можливих потенційних донорів.
- Інформуємо, що ви як суб'єкт персональних даних маєте права, визначені Законом України «Про захист персональних даних», зокрема статтею 8 цього Закону.
- Ваші персональні дані будуть передані до німецької лабораторії (DKMS Life Science Lab GmbH, St. Petersburger Str. 2, 01069 Dresden, Germany) для безпосереднього проведення аналізу HLA-типування вашого генотипу. Також персональні дані можуть бути передані третім особам (установам, закладам охорони здоров'я тощо), які здійснюють пошук донорів, проводять трансплантації в Україні та за кордоном, формують і ведуть аналогічні реєстри.
- БФ «Український реєстр донорів кісткового мозку» має всі необхідні умови для захисту ваших персональних даних, зокрема від випадкової втрати й незаконного доступу до них.

Заповніть анкету друкованими літерами, будь ласка.

Прізвище, ім'я, по батькові *

Дата народження *

Стать *

 жінка чоловік

Вага, кг *

Ідентифікаційний код *

МІСЦЕ ПРОЖИВАННЯ Місто (населений пункт) *

Поштовий індекс *

Вулиця *

Будинок *

Квартира *

КОНТАКТНІ ДАНІ Телефон *

Електронна пошта *

Facebook / Instagram / Інше

ДОДАТКОВА КОНТАКТНА ОСОБА Прізвище, ім'я, по батькові

Телефон

Електронна пошта

Дата заповнення анкети *

Підпис*

* Поля, позначені зірочкою, обов'язкові до заповнення. Ми не зможемо зареєструвати вас, якщо хоча б одне поле з зірочкою буде незаповнене!

Інструкція з забору ДНК

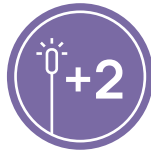
Забір ДНК слід робити не менш ніж через годину після їди, вживання напоїв чи чищення зубів, щоб виключити вплив на аналіз.

Будь ласка, **використовуйте всі три палички** для забору.

Якщо ви випустили з рук паличку при відкриванні чи під час забору матеріалу, викиньте її. **Робоча частина палички не має торкатися нічого, окрім внутрішнього боку вашої щоки.** Використовуйте одну паличку для правої щоки, іншу — для лівої, а третю паличку використовуйте рівномірно для обох щік.



1. Прополощіть рот водою.



5. Повторіть пункт 3 з другою паличкою, але **на іншій щоці**. Після закінчення процедури покладіть паличку в склянку.
6. Круговими рухами втирайте робочу частину третьої палички по внутрішньому боку **правої щоки протягом 30 секунд і лівої щоки протягом 30 секунд**.



2. Обережно розкрийте упаковку з паличками. Дістаньте одну паличку, **не торкаючись пальцями робочої частини**.



7. Залиште палички на **5 хв**, щоб вони висохнули.



3. Круговими рухами втирайте робочу частину палички по внутрішньому боку щоки **протягом 60 секунд (1 хв)**, зокрема по верхній та нижній частинах щоки.



8. Покладіть усі три палички в спеціально призначений конверт. **Постарайтесь не кинути палички.**
9. Приклейте перший штрихкод на **інформовану згоду**, а другий — на **спеціальний конверт** для паличок.



4. Покладіть використану паличку в склянку робочою частиною вгору, щоб вона **не торкалася будь-яких предметів**.



10. Конверт з паличками та підписану інформовану згоду **покладіть у загальний конверт** для зворотного відправлення та надішліть його.

Дякуємо!