

ORDIN Nr. 1170/2014 din 10 octombrie 2014
privind aprobarea modelelor de formulare pentru aplicarea prevederilor titlului VI din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății

Text în vigoare începând cu data de 15 februarie 2017
REALIZATOR: COMPANIA DE INFORMATICĂ NEAMȚ

Text actualizat prin produsul informatic legislativ LEX EXPERT în baza actelor normative modificatoare, publicate în Monitorul Oficial al României, Partea I, până la 15 februarie 2017.

Act de bază

#B: Ordinul ministrului sănătății nr. 1170/2014

Acte modificatoare

#M1: Ordinul ministrului sănătății nr. 1721/2015

#M2: Ordinul ministrului sănătății nr. 92/2017

*Modificările și completările efectuate prin actele normative enumerate mai sus sunt scrise cu font italic. În fața fiecărei modificări sau completări este indicat actul normativ care a efectuat modificarea sau completarea respectivă, în forma **#M1**, **#M2** etc.*

#B

Văzând Referatul de aprobare nr. N.B. 8.597/2014 al Direcției generale asistență medicală și sănătate publică din cadrul Ministerului Sănătății,

având în vedere prevederile art. II și III din Legea nr. 113/2014 privind aprobarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 35/2012 pentru modificarea și completarea unor acte normative în domeniul sanitar,

în temeiul art. 7 alin. (4) din Hotărârea Guvernului nr. 144/2010 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și completările ulterioare,

ministrul sănătății emite următorul ordin:

ART. 1

Se aprobă modelele de formulare pentru aplicarea prevederilor titlului VI din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, prevăzute în anexele nr. 1 - 12, care fac parte integrantă din prezentul ordin.

#M2

ART. 1^{^1}

Consimțământul donatorului de celule stem hematopoietice se obține la înscrierea în baza de date gestionată de Registrul Național al Donatorilor Voluntari de Celule Stem Hematopoietice, la testarea de verificare a donatorului și la prelevare, conform modelelor de formular prevăzute în anexele nr. 13 - 15 din prezentul ordin.

#B

ART. 2

Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

ANEXA 1

DECLARAȚIE

Subsemnatul (Subsemnata),, informat (informată) și conștient (conștientă) asupra riscurilor donării de organe și/sau țesuturi și/sau celule, în concordanță cu dispozițiile legale în vigoare, declar că sunt de acord cu donarea următoarelor organe și/sau țesuturi și/sau celule:, pentru efectuarea procedurilor de transplant către primitorul, care este (gradul de rudenie, după caz: DA/NU).

Înțeleg gestul meu ca fiind un act profund umanitar. Asupra mea nu au fost făcute niciun fel de presiuni. Nu condiționez această donare de obținerea vreunei recompense materiale pentru mine, familia mea sau terțe persoane.

Data:

Donatorul,

.....

Primitorul,

.....

Comisia de avizare a donării de la donatorul viu - membri:

1.

2.

3.

ANEXA 2

DECLARAȚIE

Subsemnatul (Subsemnata), [(tatăl/mama/reprezentantul legal) al numitului (numitei), minor (minoră)], informat (informată) și conștient (conștientă) asupra riscurilor prelevării de celule sușe (stem) hematopoietice medulare sau periferice, în concordanță cu dispozițiile legale în vigoare referitoare la prelevarea și transplantul de organe, țesuturi și celule umane, declar că sunt de acord cu recoltarea și donarea de celule sușe (stem) hematopoietice medulare sau periferice în beneficiul

Înțeleg gestul meu ca fiind un act profund umanitar. Asupra mea nu au fost făcute niciun fel de presiuni. Nu condiționez această donare de obținerea vreunei recompense materiale pentru mine, familia mea sau terțe persoane.

Data

Tatăl,

.....

Mama,

.....

Reprezentantul legal,

.....

Președintele tribunalului*1),

.....

*1) Președintele tribunalului în a cărui circumscripție teritorială se află sediul centrului unde se efectuează transplantul sau al tribunalului în a cărui circumscripție teritorială locuiește donatorul semnează numai pentru donatorii minori care au cel puțin 10 ani.

ANEXA 3

CRITERII DE DIAGNOSTIC pentru confirmarea morții cerebrale

Datele pe care trebuie să le conțină actul constatator

I. Diagnosticul morții cerebrale se stabilește pe baza următoarelor criterii:

1. absența reflexelor de trunchi cerebral;
2. absența ventilației spontane, confirmată de testul de apnee (la un Pa CO₂ de 60 mmHg);

#M1

3. traseu electroencefalografic care să ateste lipsa electrogenezei corticale sau angiografia celor 4 axe vasculare carotidiene ori scintigrafia cerebrală cu tehnetiū sau angioCT cranian ori ultrasonografie transcraniană Doppler care să ateste lipsa circulației sanguine intracerebrale.

#B

Setul de examinări prevăzut la pct. I, care confirmă moartea cerebrală, se repetă la un interval de cel puțin 6 ore pentru adulți. Pentru copii, intervalul este de 48 de ore pentru nou-născutul cu vârsta între 7 zile și 2 luni, 24 de ore pentru copilul cu vârsta între 2 luni și 2 ani și 12 ore pentru copilul cu vârsta între 2 și 7 ani. Pentru copiii cu vârsta peste 7 ani, intervalul este același ca la adulți. La nou-născutul cu vârsta mai mică de 7 zile nu se declară moartea cerebrală.

II. Cauza care a determinat moartea cerebrală trebuie să fie clar stabilită.

III. Excluderea altor cauze reversibile care ar putea produce un tablou clinic, asemănător cu cel din moartea cerebrală (hipotermia, mai mică de 35°C, medicamente depresoare ale sistemului nervos central, hipotensiune arterială - presiune arterială medie mai mică de 55 mmHg).

IV. Diagnosticul de moarte cerebrală va fi stabilit de 2 medici primari anestezie - terapie intensivă sau de un medic primar anestezie - terapie intensivă și un medic primar neurologie sau neurochirurgie.

V. Diagnosticul de moarte cerebrală va fi înregistrat în următorul protocol:

PROTOCOL DE DECLARARE A MORȚII CEREBRALE

Numele donatorului:, vârsta: ..., F.O. nr., cauza morții cerebrale:, debutul comei: data:, ora:

Criterii de diagnosticare a morții cerebrale:

EXAMEN NEUROLOGIC	Evaluare	
	I	II
Ziua <input type="text"/>		
Ora <input type="text"/>		
1) Reflex pupilar fotomotor (a se folosi lumina puternică)		
2) Reflex cornean		

3) Reflex de vomă					
4) Reflex de tuse					
5) Răspuns motor în aria nervilor cranieni (a se apăsa patul unghial, șanțul nazo-genian și zona supraciliară)					
6) Reflex oculo-cefalic (deviația conjugată a privirii la mișcarea bruscă a capului în plan orizontal și vertical)					
7) Reflex oculo-vestibular (deviația conjugată a privirii când se irigă conductul auditiv extern cu 50 ml, apă la 4°C; a se asigura în prealabil de integritatea timpanului)					
8) Evaluarea respirației spontane:					
- prezența mișcărilor respiratorii spontane, anterior efectuării testului de apnee					
- testul de apnee:					
1. Se preoxigenează pacientul timp de 10 minute cu oxigen 100%.	0'	I	PaCO ₂	pH	PaO ₂
		II			
2. Se realizează gazometria: PaCO ₂ bazal trebuie să fie 36 - 40 mmHg.	5'	I			
		II			
3. Se deconectează pacientul de la ventilator timp de 10 minute. Se menține sonda de oxigen cu un debit de 6 - 12 l/min. pe sonda endotraheală.	10'	I			
		II			
4. Se realizează din nou gazometria: PaCO ₂ trebuie să fie minimum 60 mmHg la sfârșitul perioadei de deconectare.	15'	I			
		II			
- prezența mișcărilor respiratorii spontane în timpul testului de apnee					

#M1

Electroencefalograma sau angiografia celor 4 axe vasculare carotidiene ori scintigrafia cerebrală cu tehnici sau angioCT cranian ori ultrasonografie transcraniană Doppler care să ateste lipsa circulației sangvine intracerebrale:

#B

A = Medic primar ATI

B = Medic primar ATI sau neurolog sau neurochirurg

Moartea cerebrală a numitului/numitei a fost declarată la data de, ora

ANEXA 4

DECLARAȚIE

Subsemnatul (Subsemnata),, în calitate de soț/soție, părinte, copil major, frate, soră, rudă până la gradul IV sau reprezentant legal al numitului (numitei) - decedat (decedată), declar că sunt de acord cu recoltarea și cu donarea următoarelor organe și/sau țesuturi și/sau celule:

Declar că înțeleg gestul meu ca fiind un act profund umanitar și nu am niciun fel de pretenții materiale sau de altă natură. Asupra mea nu au fost făcute niciun fel de presiuni.

Reprezentantul donatorului,

.....

(gradul de rudenie)

Data

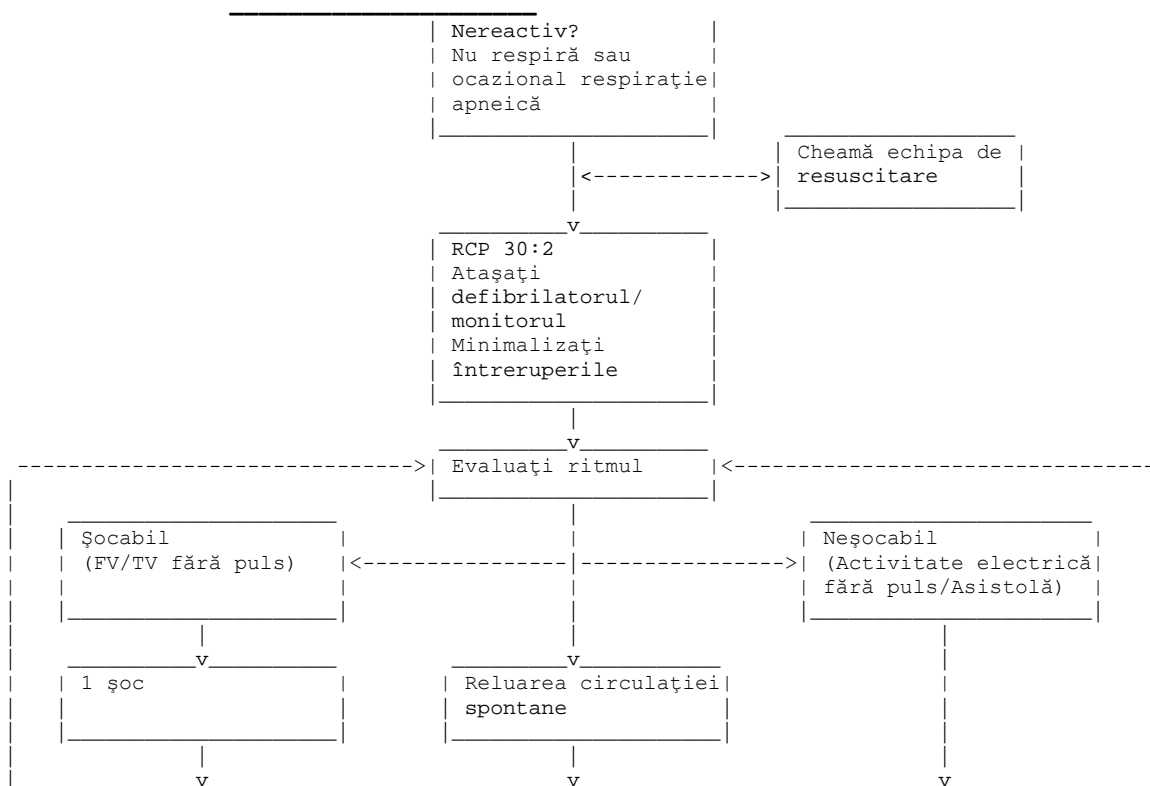
Semnătura

ANEXA 5*)

*) Anexa nr. 5 este reprodusă în facsimil.

**PROTOCOL DE RESUSCITARE
pentru adult și pentru copil**

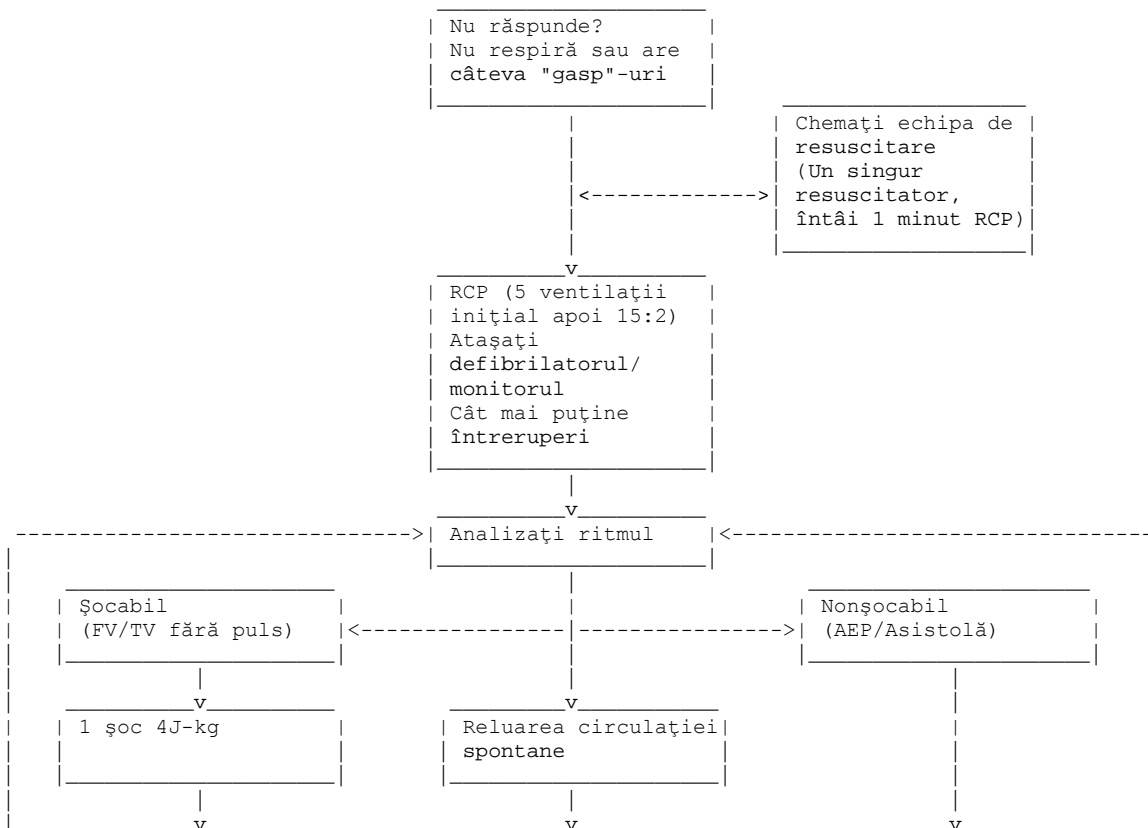
A. PROTOCOL DE RESUSCITARE PENTRU ADULT



Se reia imediat RCP pentru 2 minute Minimalizați întreruperile	TRATAMENT IMEDIAT POST STOP CARDIAC - folosiți abordarea ABCDE - oxigenare și ventilație controlată - EKG cu 12 derivații - tratați cauza acceleratoare - controlul temperaturii/ hipotermie terapeutică	Se reia imediat RCP pentru 2 minute Minimalizați întreruperile
---	--	---

ÎN TIMPUL RCP - asigurați o calitate ridicată a RCR (rată, profunzime, recoil) - planificați acțiunile înainte de oprirea RCR - administrați oxigen - luați în considerare căi aeriene avansate și capnografia - compresii toracice continue când căile aeriene sunt pe loc - acces vascular (intravenos, intraos) - administrați adrenalină la fiecare 3 - 5 minute - corectați cauzele reversibile	CAUZE REVERSIBILE - hipoxie - hipovolemie - hipo/hiperkaliemie/metabolice - hipotermie - tromboză - tamponada cardiacă - toxine - tensiune în pneumotorax
--	--

B. PROTOCOL DE RESUSCITARE PENTRU COPIL



Se reia imediat RCP pentru 2 minute Minimalizați întreruperile	Terapie postresuscitare - Evaluați ABCDE - Verificați oxigenarea și ventilația - Evaluați prezența mișcărilor respiratorii spontane, anterior efectuării testului de apnee și în timpul testului de apnee - Tratați cauzele precipitante - Controlul temperaturii - Hipotermie terapeutică?	Se reia imediat RCP pentru 2 minute Minimalizați întreruperile
---	--	---

ÎN TIMPUL RCP - RCP de calitate: frecvență, compresioni, decompresioni - Planificați acțiunile înainte de întreruperea RCP - Administrați oxigen - Acces vascular (intravenos, intraos) - Adrenalină la 3 - 5 minute - Protejarea căii aeriene și capnografie - Continuați compresiunile toracice după protejarea căii aeriene - Corectați cauzele reversibile	CAUZE REVERSIBILE - Hipoxia - Hipovolemia - Hipo/Hiperpotasemia/Dezechilibre metabolice - Hipotermia - Pneumotorax în tensiune - Toxice - Tamponada cardiacă - Tromboembolism
---	--

ANEXA 6

ROMÂNIA MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AGENȚIA NAȚIONALĂ DE TRANSPLANT

Nr./Data

AUTORIZAȚIE DE EXPORT

Având în vedere faptul că pe teritoriul României nu există niciun primitor compatibil pentru următoarele organe și/sau țesuturi și/sau celule de origine umană și/sau alte elemente ori produse ale corpului uman,

în baza [art. 3](#) lit. k) din Ordonanța Guvernului nr. 79/2004 pentru înființarea Agenției Naționale de Transplant, aprobată cu modificări și completări prin [Legea nr. 588/2004](#), cu modificările și completările ulterioare, și în baza [art. 12](#) lit. k) și [art. 21](#) lit. j) din Regulamentul de organizare și funcționare a Agenției Naționale de Transplant, aprobat prin Ordinul ministrului sănătății nr. 183/2005 privind aprobarea Regulamentului de organizare și funcționare, a organigramei, a componentei Consiliului științific al Agenției Naționale de Transplant, precum și atribuțiile directorului adjunct strategie-management al Agenției Naționale de Transplant, cu modificările și completările ulterioare,

se autorizează echipa de transplant, condusă de dr., legitimat cu pașaportul nr., pentru prelevarea și transportul către a următoarelor organe și/sau țesuturi și/sau

celule umane, recoltate de la un donator decedat la Spitalul, pentru utilizare terapeutică.

Directorul executiv al Agenției Naționale de Transplant,

.....

Persoana nominalizată în baza Directivei 25/2012/UE a Comisiei din 9 octombrie 2012 de stabilire a procedurilor de informare pentru schimbul, între statele membre, de organe umane destinate transplantului, responsabilă cu transmiterea de informații în ceea ce privește schimbul de organe,

.....

Avizat pentru legalitate

.....

ANEXA 7

DECIZIE

Prelevarea în scop terapeutic de la cadavrul din spitalul a următoarelor organe, țesuturi și celule, în vederea efectuării procedurilor de transplant, nu afectează rezultatele autopsiei medico-legale.

Data și ora

Medic legist,

.....

ANEXA 8

ROMÂNIA

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII

AGENȚIA NAȚIONALĂ DE TRANSPLANT

Nr. /Data

AUTORIZAȚIE DE IMPORT

Având în vedere faptul că pe teritoriul României nu există niciun organ și/sau țesuturi și/sau celule și/sau alte elemente sau produse ale corpului uman compatibile și disponibile pentru pacientul, cu diagnosticul,

în baza [art. 3](#) lit. k) din Ordonanța Guvernului nr. 79/2004 pentru înființarea Agenției Naționale de Transplant, aprobată cu modificări și completări prin [Legea nr. 588/2004](#), cu modificările și completările ulterioare, și în baza [art. 12](#) lit. k) și [art. 21](#) lit. j) din Regulamentul de organizare și funcționare a Agenției Naționale de Transplant, aprobat prin Ordinul ministrului sănătății nr. 183/2005 privind aprobarea Regulamentului de organizare și funcționare, a organigramei, a componentei Consiliului științific al Agenției Naționale de Transplant, precum și atribuțiile directorului adjunct strategie-management al Agenției Naționale de Transplant, cu modificările și completările ulterioare,

se autorizează importul de (Se specifică organul, țesutul, celula sau alte elemente ori produse ale corpului uman.) de la din țara, pentru a fi utilizat în scop terapeutic în (secția/spitalul).

Autorizația s-a eliberat ca urmare a cererii înaintate de către (Se specifică secția, spitalul.), înregistrată cu nr. la data de

Directorul executiv al Agenției Naționale de Transplant,

.....

Persoana nominalizată în baza Directivei 25/2012/UE a Comisiei din 9 octombrie 2012 de stabilire a procedurilor de informare pentru schimbul, între statele membre, de organe umane destinate transplantului, responsabilă cu transmiterea de informații în ceea ce privește schimbul de organe,

.....

Avizat pentru legalitate

.....

ANEXA 9*)

*) Anexa nr. 9 este reprodusă în facsimil.

I. FIȘA PRELEVARE ORGANE ȘI ȚESUTURI

II.

Numele donatorului		Data și ora recoltării:		Centrul donator	
CNP		Centre participante:			
Evaluare renală Internare Finală		Evaluare pulmonară		Evaluare hepatică	
Internare Finală		Zile de intubare			
Uree		Secreții			
Creatinină		Bilirubină directă			
		Traumatism toracic DA/NU			
Sediment urinar L		Bilirubină totală		Caracteristici	
..... proteine.....		dens.		GOT	
gluc. corpi cetonici		GPT			

.....	hematii.....	nitriți	
			LDH	
Diureză	Ultima oră		Albumine	
			Proteine totale	
	Ultimele 24 ore		Colesterol	
Diabet insipid DA/NU			Trigliceride	
Tratament		Gazometrie		
Urocultură		Data		Evaluare
Internare Finală		Ora	pancreatică	
		pO ₂	Amilaze	
			Lipaze	
Prelevare piele DA/NU	Ora	pCO ₂	Glicemie	
		FiO ₂		Evaluare cardiacă
Internare Finală				donatoare/Suprafața
Zone		HCO ₃	CPK	
			CPK MB, troponine	
Prelevare oase DA/NU	Ora	pH	TA sistolică/	
			diastolică	
Enumerare			Frecvența cardiacă	
			PVC	
			Ecocardiografie	
			Coronarografie	

Prelevare tendoane DA/NU	Ora	Măsurători pe Rx toracic -	Hipotensiune Da/NU
		ICT	
		Sinus costo-frenic	Caracteristici:
		drept -> stâng:	
Enumerare		Sinus costo-frenic la apexul	
		pulmonar:	
		Drept cm	
		Stâng cm	
Prelevare cornee DA/NU	Ora	Observații:	Stop cardiac Da/NU
			Durata
			Resuscitare
Medic coordonator/telefon		Tipizare HLA	Observații

#M1

II. FIȘA PENTRU DECLARAREA DONATORULUI
(caracterizarea donatorului)

Numele donatorului	Grup Rh	Vârstă	Kg	Înălțime	Perimetru abdominal	Data	Ora începerii	Ora clampării aortei	Ora extracției
					Perimetru toracic	Centrul donator			
CNP	Sex	Diagnostic/Cauza decesului		Organe oferite:		Organe prelevate:			
Prima declarare a morții cerebrale data/ora	A doua declarare a morții cerebrale data/ora			Țesuturi oferite:		Țesuturi recoltate:			
				Ionograma		Na	K	Ca	Mg
Consimțământul	Nume/telefon			Internare					

familiei aparținător								
Serologie			Finală					
Sarcină	Ag HBs	Ag HVC	1. Antecedente sau în prezent		Coagulare	Internare	Finală	
			- Consumul de droguri de gradul 4		APTT, TS, TC			
Ac Hbc	Ac HBs	Ac Anti HVC	- Neoplazia malignă		Timp protrombină			
					Indice protrombină			
LUES	Ag HIV	Ac HIV	2. Rx toracic - Indice cardio-toracic		INR			
VDRL TPFA					Nr. trombocite			
CMV	Toxo	Ebstein-Barr	3. EKG		Fibrinogen -			
IgG IgM	IgG IgM	IgG IgM			Hemoleucogramă			
Medicație					Hemoglobină			
Dopamină	Din data de							
Doză			Ecografie:		Hematocrit			
			Ficat: LS LC LD		Nr. hematii			
					Leucocite			
Noradrenalină	Din data de		Structură colecist VP mm CBP mm		Neutrofile %			
Doză					Segmentate %			
Antibiotice	Din data de		Pancreas	structură	Nesegmentate %			
Tipul/doza					Limfocite %			
			Splină	structură	Monocite %			
	Altele				Eozinofile %			
			RD mm,	structura	Bazofile %			
Temperatură			RS mm,	structura	Transfuzii DA/NU			
Observații:			Tomografie computerizată:		Plasma DA/NU			
			Altele					

#B

ANEXA 10

DECLARAȚIE

Subsemnatul (Subsemnata),, informat (informată) și conștient (conștientă) asupra riscurilor și beneficiului transplantului de organe, țesuturi și celule umane, în concordanță cu dispozițiile legale în vigoare referitoare la prelevarea și transplantul de organe, țesuturi și celule umane, declar că sunt de acord cu primirea următoarelor organe și/sau țesuturi și/sau celule umane:

Data

Semnătură pacient

Semnătura unui membru al familiei sau a reprezentantului legal*1)

*1) În cazul în care primitorul este în imposibilitatea de a-și exprima consimțământul, acesta poate fi dat în scris de către unul dintre membrii familiei sau de către reprezentantul legal al acestuia.

ANEXA 11

DECLARAȚIE-DECIZIE

Conducerea Secției din Spitalul a încercat prin toate mijloacele uzuale să ia legătura cu familia (urmașii, reprezentanții legali) numitului (numitei), aflat (aflată) pe lista de așteptare în vederea transplantului de

Întrucât acest lucru nu a fost posibil în intervalul de timp avut la dispoziție, pentru evitarea decesului primitorului, s-a hotărât începerea transplantului în ziua de, ora

Data

Medic șef de secție,

.....

Medic curant,

.....

ANEXA 12

DECLARAȚIE

Subsemnatul (Subsemnații),, părinți (copil major, frate, soră, reprezentanți legali) ai numitului (numitei),

minor (minoră) |_| persoană cu dizabilități psihice |_|, informat (informați) și conștient (conștienți) asupra riscurilor și beneficiului transplantului de organe, țesuturi și celule umane, în concordanță cu dispozițiile legale în vigoare referitoare la prelevarea și transplantul de organe, țesuturi și celule umane, declar (declaram) că sunt (suntem) de acord cu primirea următoarelor organe și/sau țesuturi și/sau celule umane:, pentru

Data

Semnătura reprezentantului legal

Medic șef de secție,

.....

#M2

ANEXA 13

CONSIMȚĂMÂNT

la înscrierea în Registrul Național al Donatorilor Voluntari de Celule Stem Hematopoietice

PARTEA I - IDENTIFICARE DONATOR

Nume Prenume

CNP | | | | | | | | | | | | | | | | Cod donator | RO | | | | | | | | D |

Adresa E-mail

Telefon fix Telefon mobil

Adresă temporară (flotant) Telefon serviciu

PARTEA II - IDENTIFICARE PERSOANE DE CONTACT (opțional)

Vă rugăm să ne furnizați datele de contact ale altor persoane pe care le-am putea contacta, în cazul în care nu se poate lua legătura cu dumneavoastră.

Prima persoană de contact:	<input type="checkbox"/> soț/soție	<input type="checkbox"/> mamă/tată	<input type="checkbox"/> alta
Nume:	Prenume:		
Adresa:	E-mail:		
Telefon fix:	Telefon mobil:		
A doua persoană de contact:	<input type="checkbox"/> soț/soție	<input type="checkbox"/> mamă/tată	<input type="checkbox"/> alta
Nume:	Prenume:		
Adresa:	E-mail:		
Telefon fix:	Telefon mobil:		

Vă rugăm să informați persoanele de contact ale căror date le-ați furnizat mai sus.

PARTEA III - INFORMAȚII DESPRE ETNIE (opțional)

Persoanele din același grup etnic sunt mult mai frecvent compatibile. Din acest motiv vă rugăm să indicați originea etnică a voastră și/sau a părinților și bunicii. Spre exemplu, dacă unul dintre părinți sau bunici este de altă etnie, cum ar fi ucrainean sau polonez, vă rugăm să indicați acest lucru, chiar dacă dumneavoastră sunteți născut(ă) în România.

<input type="checkbox"/> român	<input type="checkbox"/> german	<input type="checkbox"/> sârb	<input type="checkbox"/> grec
<input type="checkbox"/> maghiar	<input type="checkbox"/> rus/lipovean	<input type="checkbox"/> slovac	<input type="checkbox"/> evreu
<input type="checkbox"/> rom (țigan)	<input type="checkbox"/> turc	<input type="checkbox"/> bulgar	<input type="checkbox"/> alta (specificați)

<input type="checkbox"/> ucrainean	<input type="checkbox"/> tătar	<input type="checkbox"/> croat	
------------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--

Prin semnarea acestui formular sunt de acord să fiu înscrisă în baza de date a donatorilor de celule stem hematopoietice a Registrului Național al Donatorilor Voluntari de Celule Stem Hematopoietice și să donez celule stem hematopoietice pentru un pacient neînruit, din țară sau din afara țării.

Am fost informat(ă) că RNDVCSH este operator de date cu caracter personal și sunt de acord ca datele furnizate de mine să fie prelucrate. RNDVCSH se obligă să utilizeze datele numai pentru destinația stabilită și să asigure protecția și confidențialitatea acestora, conform [Legii nr. 677/2001](#) pentru protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, cu modificările și completările ulterioare.

Am citit și am înțeles informațiile din broșura de informare a donatorului, am avut posibilitatea să discut și să pun întrebări și am primit răspunsuri la întrebările formulate.

Declar că am luat cunoștință, am înțeles și sunt de acord cu următoarele:

a) donarea este voluntară și neremunerată, se face în scop umanitar, are caracter altruist și nu constituie obiectul unor acte și fapte juridice în scopul obținerii unui folos material sau de altă natură;

b) donarea este anonimă atât pentru donator, cât și pentru pacient;

c) am dreptul să aleg, anterior donării, metoda donării celulelor stem hematopoietice: din sânge, prin afereză, după administrarea timp de 5 zile a unui tratament cu factori de creștere sau din măduvă osoasă, sub anestezie generală;

d) să completez un chestionar de autoevaluare a stării de sănătate;

e) să îmi fie recoltate probe de sânge pentru efectuarea testelor de tipare HLA și pentru depistarea unor boli transmisibile;

f) să fiu informat(ă) și consiliat(ă) în cazul în care rezultatele analizelor nu sunt normale;

g) să fie păstrată o probă de sânge/ADN în scopul efectuării unor teste suplimentare de compatibilitate sau a altor analize;

h) să îmi fie recoltate noi probe de sânge, pentru verificarea tipării HLA și depistarea unor boli transmisibile prin sânge, în cazul în care voi fi selectat(ă) ca posibil compatibil(ă) cu un pacient;

i) în mod excepțional, să fiu solicitat(ă), ulterior donării, pentru o nouă prelevare de celule stem hematopoietice și produse celulare adiționale pentru același pacient;

j) informațiile privitoare la datele de identificare, rezultatele testelor (inclusiv cele de histocompatibilitate) să fie furnizate, sub forma anonimatului, de către RNDVCSH către centre de transplant/instituții/organisme internaționale similare.

CONSIMȚĂMÂNT PENTRU CERCETARE ȘTIINȚIFICĂ

Proba de sânge/ADN și sau datele mele personale pot fi utilizate, cu acordul meu, în scop de cercetare științifică în domeniul transplantului de celule stem hematopoietice.

(Selectați una dintre opțiunile menționate mai jos.)

<input type="checkbox"/> Sunt de acord cu cercetarea fără a mai fi contactat(ă).	<input type="checkbox"/> Sunt de acord cu cercetarea numai după ce sunt contactat(ă).	<input type="checkbox"/> Nu sunt de acord cu cercetarea.
--	---	--

În consecință, mă angajez:

a) să devin donator/donatoare de celule stem hematopoietice și să rămân membru(ă) al(a) RNDVCSH, pe cât posibil până la 60 de ani. Știu că acest angajament poate fi revocat în orice moment;

b) să informez RNDVCSH ori de câte ori apar modificări ale datelor personale, ale stării de sănătate sau schimbarea deciziei de a fi donator/donatoare; pot fi contactat(ă) anual de către RNDVCSH pentru actualizarea datelor personale.

Nume și prenume donator/donatoare

Semnătura Data

Cum a decis să se înscrie în RNDVCSH?

(Se completează de către reprezentantul Centrului donatorilor de celule stem hematopoietice.)

<input type="checkbox"/> Este donator/donatoare nou/nouă.		<input type="checkbox"/> A fost testat(ă) înainte pentru un membru din familie.	
Donatorul de celule stem hematopoietice nu este donator de sânge.			
Donatorul de celule stem hematopoietice este	<input type="checkbox"/> donator de sânge înscris	Cod donator sânge	
	<input type="checkbox"/> donator nou de sânge	Cod CTS unde donează	
Data ultimei donări de sânge		Cod ultima donare de sânge	
Grup sanguin:	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> AB
Rh:	<input type="checkbox"/> Pozitiv <input type="checkbox"/> Negativ		
CMV:	<input type="checkbox"/> Reactiv <input type="checkbox"/> Nonreactiv <input type="checkbox"/> Necunoscut		
Înălțime (m)		Greutate (kg)	

Nume și prenume reprezentant al Centrului donatorilor de celule stem hematopoietice

Semnătura Data

CONSIMȚĂMÂNT**pentru testarea de verificare a donatorului****IDENTIFICARE DONATOR**

Nume Prenume

Cod donator | RO | | | | | | | D |

Adresa E-mail

.....

Telefon fix Telefon mobil

Adresă temporară (flotant) Telefon serviciu

Prin semnarea acestui formular sunt de acord să fiu testat(ă) pentru a fi donator/donatoare de celule stem hematopoietice pentru un pacient neînrudit, din țară sau din afara țării.

Am citit și am înțeles informațiile din pachetul informativ, am avut posibilitatea să discut și să pun întrebări și am primit răspunsuri la întrebările formulate.

Declar că am luat cunoștință, am înțeles și sunt de acord cu următoarele:

a) donarea este voluntară și neremunerată, se face în scop umanitar, are caracter altruist și nu constituie obiectul unor acte și fapte juridice în scopul obținerii unui folos material sau de altă natură;

b) donarea este anonimă atât pentru donator, cât și pentru pacient;

c) să completez un chestionar de autoevaluare a stării de sănătate;

d) (pentru femei) să efectuez un test de sarcină înainte de a începe pregătirea pentru donare;

e) să îmi fie recoltate probe de sânge pentru verificarea tipării HLA și pentru depistarea unor boli transmisibile și/sau a altor analize;

f) să fiu informat(ă) și consiliat(ă) în cazul în care rezultatele analizelor nu sunt normale;

g) să fie păstrată o probă de sânge/ADN în scopul efectuării unor teste suplimentare de compatibilitate sau a altor analize;

h) în mod excepțional, să fiu solicitat(ă) ulterior donării pentru o nouă prelevare de celule stem hematopoietice și produse celulare adiționale pentru același pacient;

i) informațiile privitoare la datele de identificare, rezultatele testelor (inclusiv cele de histocompatibilitate) să fie furnizate, sub forma anonimului, de către RNDVCSH către centre de transplant/instituții/organisme internaționale similare;

j) donarea de celule stem hematopoietice se poate face prin două metode:

- din sânge periferic, prin afereză, după administrarea de factor de creștere;

- din măduvă osoasă, sub anestezie generală.

Opțiunea mea pentru modalitatea de donare este:

<input type="checkbox"/> Sunt de acord cu	<input type="checkbox"/> Sunt de acord cu	<input type="checkbox"/> Sunt de acord cu	
donarea de celule stem	donarea de celule stem	ambele modalități de	
hematopoietice	din măduvă osoasă.	donare.	
periferice prin afereză.			

k) cheltuielile de transport legate de procesul de donare vor fi suportate de RNDVCSH;

l) pe durata internării în vederea donării, precum și pentru o perioadă de recuperare postdonare stabilită de medicul Centrului de prelevare, donatorul/donatoarea va beneficia de concediu medical.

În consecință, mă angajez să donez celule stem hematopoietice pacientului neînrudit în cazul în care testele vor arăta că sunt compatibil cu acesta. Știu că acest angajament poate fi revocat în orice moment.

Nume și prenume donator/donatoare

Semnătura Data

Nume și prenume reprezentant al Centrului
donatorilor de celule stem hematopoietice

Semnătura Data

#M2

ANEXA 15

CONSIMȚĂMÂNT pentru donarea de celule stem hematopoietice

IDENTIFICARE DONATOR

Nume Prenume

Cod donator | RO | | | | | | | D |

Adresa E-mail

.....
Telefon fix Telefon mobil

Prin semnarea acestui formular sunt de acord să donez celule stem hematopoietice pentru un pacient neînrudit, din țară sau din afara țării.

Am citit și am înțeles informațiile din pachetul informativ, am avut posibilitatea să discut și să pun întrebări și am primit răspunsuri la întrebările formulate.

Declar că am luat cunoștință, am înțeles și sunt de acord cu următoarele:

a) donarea este voluntară și neremunerată, se face în scop umanitar, are caracter altruist și nu constituie obiectul unor acte și fapte juridice în scopul obținerii unui folos material sau de altă natură;

b) donarea este anonimă atât pentru donator, cât și pentru pacient;

c) înainte de începerea donării sunt necesare efectuarea unor analize medicale suplimentare, examen clinic și alte investigații clinice;

d) (pentru femei) să efectuez un test de sarcină înainte de a începe pregătirea pentru donare;

e) să fie asigurată confidențialitatea datelor medicale și să primesc rezultatele investigațiilor medicale suplimentare;

f) în mod excepțional, să fiu solicitat(ă), ulterior donării, pentru o nouă prelevare de celule stem hematopoietice și produse celulare adiționale pentru același pacient;

g) donarea de celule stem hematopoietice se poate face prin două metode:

- din sânge periferic, prin afereză, după administrarea de factor de creștere;

- din măduvă osoasă, sub anestezie generală.

Opțiunea mea pentru modalitatea de donare este:

<input type="checkbox"/> Sunt de acord cu donarea de celule stem hematopoietice periferice prin afereză	<input type="checkbox"/> Sunt de acord cu donarea de celule stem din măduvă osoasă	<input type="checkbox"/> Sunt de acord cu ambele modalități de donare
---	--	---

- h) cheltuielile de transport legate de procesul de donare vor fi suportate de RNDVCSH;
i) pe durata internării în vederea donării, precum și pentru o perioadă de recuperare postdonare stabilită de medicul Centrului de prelevare, donatorul/donatoarea va beneficia de concediu medical;
j) am fost informat verbal și sunt de acord cu privire la condițiile de răspundere a RNDVCSH în caz de malpraxis.
În consecință, mă angajez să donez celule stem hematopoietice pacientului neînredit în cazul în care testele vor arăta că sunt compatibil cu acesta. Știu că acest angajament poate fi revocat în orice moment.

Acest consimțământ este semnat în prezența medicului hematolog desemnat de Centrul de prelevare celule stem hematopoietice.

Nume și prenume donator/donatoare

Semnătura Data

Nume și prenume medic hematolog

Semnătura și parafa medicului hematolog Data

#B
