

Samtycke donation av blodstamceller genom perifer stamcellsinsamling för donator under 18 år BOTbarn 26391

Samtycket gäller donator under 18 år och vårdnadshavare.

Jag har informerats att den tilltänkte mottagaren av blodstamcellerna (patienten) lider av en allvarlig sjukdom för vilken blodstamcellstransplantation kan ge bot men också leda till allvarliga, i värsta fall, dödliga komplikationer.

Jag har informerats om att jag/mitt barn är lämplig donator och om de risker och obehag som donationen kan innebära för mig/mitt barn.

Jag har informerats om och accepterat att om inte tillräcklig mängd blodstamceller kan insamlas från perifert blod så utförs en insamling av benmärg inom några dagar efter den perifera insamlingen.

Jag har informerats om att de insamlade cellerna förvaras så länge vårdbehovet kvarstår hos mottagaren eller till dess jag tar tillbaka mitt samtycke genom kontakt med transplantationskoordinatör.

Jag har informerats om att uppgifter som rör donationen kommer registreras i lokalt och internationella register och att jag när som helst kan avsäga mig registrering av uppgifter i registren genom kontakt med transplantationskoordinatör.

Jag har informerats om att jag har rätt att när som helst ångra mig och avstå från att donera blodstamceller men att jag inte bör lämna detta besked efter det att mottagarens förbehandling inför transplantation har startats.

Personnummer: _____

Namn: _____

Var god vänd.

Jag/vi har fått muntlig information och tagit del av informationsskriften om donation och fått tillfälle att ställa frågor.

Jag/vi samtycker till:

- ☐ Insamling av perifera blodstamceller och vid behov även benmärg
- ☐ Förvaring av insamlade celler så länge vårdbehovet hos mottagaren kvarstår
- ☐ Utlämnande av relevant hälsoinformation till patientansvarig läkare och mottagare
- ☐ Registrering av uppgifter som rör donationen i följande register *(om du/ni inte samtycker till registrering i något av nedanstående register stryker ni över detta)*
 1. Lokalt register vid sektionen för Hematologi (HEM)
 2. Europeiska gruppen för Blod- och Märgtransplantation (EBMT)
- ☐ Att personal inom sjukvården som har hand om mig/mitt barn samt rapporterar uppgifter till register har tillgång till Nationell Patientöversikt tills vidare.

Uppsala, datum	Information given, datum:
Namnteckning donator	Namnteckning läkare
Namnförtydligande donator	Namnförtydligande läkare
Vid omyndig donator:	
Namnteckning vårdnadshavare 1	Namnteckning vårdnadshavare 2
Namnförtydligande vårdnadshavare 1	Namnförtydligande vårdnadshavare 2

Kontaktuppgifter:

Transplantationskoordinator
Barnmottagning för blod- och tumörsjukdomar
Akademiska Barnsjukhuset
751 85 Uppsala
018-611 58 98

Kopia till donatorn

Journalhandling