

**Sveučilišna klinička bolnica Mostar**  
**Odjel za ginekologiju i porodništvo**

**Predmet:** Zahtjev za uzimanje krvi iz pupkovine živorođenog djeteta  
radi izdvajanja matičnih stanica

Molimo Vas da odobrite uslugu uzimanja krvi iz pupkovine živorođenog djeteta radi izdvajanja matičnih stanica i njihovoga skladištenja u biobanci, u svrhu eventualnog budućeg liječenja matičnim stanicama srodnika i nesrodnika na osobni trošak prema cijeni ove usluge formirane od strane bolničke zdravstvene ustanove.

\_\_\_\_\_ suglasan/a sam da se kit zajedno s uzetom  
(navesti ime i prezime)

krvi iz pupkovine živorođenog djeteta preda roditelju, i /ili ovlaštenoj fizičkoj osobi

\_\_\_\_\_ na daljnje postupanje.  
(navesti ime i prezime)

Suglasno članku 4. Pravilnika o postupanju prikupljanja, pohranjivanja i uporabe matičnih stanica periferne krvi prikupljenih iz izdvojene pupkovine živorođenog djeteta, dajem slijedeće podatke o budućem/im roditelju/ima, i to:

Ime, ime oca i prezime (za udate i djevojačko) \_\_\_\_\_

Prezime, datum i mjesto rođenja majke odnosno

budućeg roditelja: \_\_\_\_\_

JMBG: \_\_\_\_\_

Adresa majke odnosno budućeg /ih roditelja: \_\_\_\_\_

Telefon, E-mail: \_\_\_\_\_

Naziv i sjedište banke: **Cryo-Save, Galileilaan 19-2845 Niel, Belgija**

Naznačeni granični prijelaz i vozilo kojim će se obavljati transport uzete krvi iz pupkovine, ako se transportira u banku sa sjedištem u inozemstvu:

**DHL, Međunarodni aerodrom Sarajevo** \_\_\_\_\_

Predviđen datum poroda \_\_\_\_\_

---

**Uz zahtjev prilažem:**

1. Potpisan ugovor s bankom (ovjerena kopija), a ako je ugovor sastavljen na stranom jeziku i prijevod ugovora ovjeren od ovlaštenog sudskog tumača za prijevod s odgovarajućeg stranog jezika,
2. Dokaz o registraciji banke za obavljanje djelatnosti izolacije i čuvanja matičnih stanica iz krvi pupkovine živorođenog djeteta,
3. Ovjerenu izjavu koja potvrđuje da su trudnici odnosno budućem/im roditelju/ima date prethodne obavijesti iz članka 6. Pravilnika o postupku prikupljanja, pohranjivanja i uporabe matičnih stanica periferne krvi prikupljenih iz izdvojene pupkovine živorođenog djeteta,
4. Ovjereni pisani pristanak trudnice odnosno budućeg/ih roditelja za uzimanje krvi iz pupkovine živorođenog djeteta iz članka 6. Pravilnika o postupku prikupljanja, pohranjivanja i uporabe matičnih stanica periferne krvi prikupljenih iz izdvojene pupkovine živorođenog djeteta,
5. Medicinska dokumentacija – nalaz testova iz članka 7. Pravilnika o postupku prikupljanja, pohranjivanja i uporabe matičnih stanica periferne krvi prikupljenih iz izdvojene pupkovine živorođenog djeteta.

Podnositelj zahtjeva

\_\_\_\_\_

Mjesto i datum: \_\_\_\_\_ godine.

## IZJAVA

Pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću izjavljujem da

sam/o \_\_\_\_\_, JMBG: \_\_\_\_\_,  
(ime, ime oca, prezime)

\_\_\_\_\_ obuhvatno,  
(adresa boravišta)

tačno i pravodobno izviještena/i o postupku uzimanja krvi iz pupkovine živorođenog djeteta, svrsi, cilju, očekivanim rezultatima, mogućim rizicima, kao i neželjenim posljedicama ovoga postupka, te mogućnostima liječenja matičnim stanicama periferne krvi od strane doktora medicine- specijaliste ginekologije i porodništva

\_\_\_\_\_, uposlenog u  
(ime i prezime doktora medicine, specijaliste ginekologije i porodništva)

bolničkoj zdravstvenoj ustanovi **Sveučilišna klinička bolnica Mostar** .

a koji je ovlašten za obavljanje postupka uzimanja krvi iz pupkovine živorođenog djeteta radi izdvajanja matičnih stanica.

Mjesto i datum: \_\_\_\_\_ godine.

Davatelj/i izjave:

\_\_\_\_\_  
(osobna karta br. \_\_\_\_\_  
izdata od \_\_\_\_\_)

\_\_\_\_\_  
(osobna karta br. \_\_\_\_\_  
izdata od \_\_\_\_\_)

## PISANI PRISTANAK

\_\_\_\_\_, JMBG: \_\_\_\_\_,  
(ime, ime oca, prezime)

\_\_\_\_\_, dajem pismeni pristanak  
(adresa boravišta)

za obavljanje postupka uzimanja krvi iz pupkovine živorođenog djeteta radi izdvajanja matičnih stanica, obzirom da sam/o pravodobno izviješten/a o svrsi, cilju, očekivanim rezultatima, mogućim rizicima, kao i neželjenim posljedicama ovoga postupka.

Mjesto i datum: \_\_\_\_\_ godine.

Davatelj/i izjave:

\_\_\_\_\_  
(osobna karta br. \_\_\_\_\_  
izdata od \_\_\_\_\_)

\_\_\_\_\_  
(osobna karta br. \_\_\_\_\_  
izdata od \_\_\_\_\_)

## MEDICINSKA DOKUMENTACIJA O URAĐENIM TESTOVIMA

Trudnica je dužna da mjesec dana prije termina za porođaj uradi sljedeće testove:

1. Anti HIV I/II,
2. HbsAg,
3. Anti Hbc,
4. Anti HCV,
5. Test Na sifilis,
6. Anti CMV i
7. Anti HTLV I/II