



**Opća bolnica “Dr Mustafa Beganović” Gračanica**  
**Ginekološko-porođajni odjel**

**PREDMET: Zahtjev za uzimanje krvi iz pupkovine živorođenog djeteta radi izdvajanja matičnih ćelija**

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

\_\_\_\_\_ saglasan/a sam da se kit zajedno sa uzetom krvi iz  
(navesti ime i prezime)  
pupkovine živorođenog djeteta preda roditelju, i/ili ovlaštenom fizičkom licu kompanije FAMILY-PLUS.

Saglasno članu 4. Pravilnika o postupku prikupljanja, pohranjivanja i upotrebe matičnih ćelija periferne krvi prikupljenih iz izdvojene pupkovine živorođenog djeteta, dajem sljedeće podatke budućem/im roditelju/ima, i to:

Ime, ime oca i prezime (za udate i djevojačko prezime)  
datum i mjesto rođenja majke odnosno budućih roditelja:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Adresa stanovanja majke odnosno budućih roditelja: \_\_\_\_\_

Telefon, email: \_\_\_\_\_

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

Naznačenje graničnog prelaza i vozila kojim će se izvršiti transport uzete krvi iz pupkovine, ako se transportuje u banku sa sjedištem u inostranstvu: **DHL, Međunarodni aerodrom Sarajevo**

Predviđeni datum poroda: \_\_\_\_\_

**Uz zahtjev prilažem:**

1. Potpisan ugovor sa bankom (ovjerena kopija), a ako je, ugovor sastavljen na stranom jeziku i prevod ugovora ovjeren od ovlaštenog sudskog tumača za prevod sa odgovarajućeg stranog jezika.

**Usluga uzimanja uzorka matičnih ćelija iz pupčane vrpce naplaćuje se 50KM.**

**Podnosilac zahtjeva:**

Sarajevo, \_\_/\_\_/\_\_\_\_. godine

\_\_\_\_\_