

Opća bolnica "Prim.dr. Abdulah Nakaš"

Odjel za ginekologiju i akušerstvo

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.
2. Dokaz o registraciji banke za obavljanje djelatnosti izolacije i čuvanja matičnih ćelija iz krvi pupkovine živorođenog djeteta,
3. Ovjerenu izjavu koja potvrđuje da su trudnici odnosno budućem/im roditelju/ima date prethodne obavijesti iz Člana 6. Pravilnika o postupku prikupljanja, pohranjivanja i upotrebe matičnih ćelija 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 Člana 6. Pravilnika o postupku prikupljanja, pohranjivanja i upotrebe matičnih ćelija periferne krvi prikupljenih iz izdvojene pupkovine živorođenog djeteta,
5. Medicinska dokumentacija – nalaz testova iz Člana 7. Pravilnika o postupku prikupljanja, pohranjivanja i upotrebe matičnih ćelija periferne krvi prikupljenih iz izdvojene pupkovine živorođenog djeteta.

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

Podnosilac zahtjeva:

Sarajevo, __/__/____. godine

IZJAVA

Pod punom moralnom, materijalnom i krivičnom odgovornošću izjavljujem da sam/o

_____, JMBG _____
(ime, ime oca, prezime)

_____obuhvatno
(adresa prebivališta)

tačno i blagovremeno obavještena/i o postupku uzimanja krvi iz pupkovine živorođenog djeteta, svrsi, cilju, očekivanim rezultatima, mogućim rizicima, kao i o neželjenim posljedicama ovog postupka, te mogućnostima liječenja matičnim ćelijama periferne krvi od strane doktora medicine-specijaliste ginekologije i akušerstva _____

(ime i prezime doktora medicine-spec.ginekologije i akušerstva)

zaposlenog u bolničkoj ustanovi JU Opća bolnica „Prim.dr. Abdulah Nakaš“ u Sarajevu, a koji je ovlašten za obavljanje postupka uzimanja krvi iz pupkovine živorođenog djeteta radi izdvajanja matičnih ćelija.

Sarajevo, ___/___/_____. godine

Davaoc/i izjave:

(l.k. br. _____
izdata od _____

(l.k. br. _____
izdata od _____

PISANI PRISTANAK

_____, JMBG _____
(ime, ime oca, prezime)

_____ dajem pismeni
(adresa prebivališta)

pristanak za obavljanje postupka uzimanja krvi iz pupkovine živorođenog djeteta radi izdvajanja matičnih ćelija, obzirom da sam/o blagovremeno obavještena/i o svrsi, cilju, očekivanim rezultatima, mogućim rizicima, kao i neželjenim posljedicama ovog postupka.

Sarajevo, __/__/_____. godine

Davaoc/i izjave:

(l.k. br. _____
izdata od _____

(l.k. 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