

**UKC Tuzla**  
**Ginekološko-akušersko odijeljenje**

**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 njihovoga skladištenja u vodećoj evropskoj banci matičnih ćelija, u svrhu eventualnog budućeg liječenja matičnim ćelijama 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: \_\_\_\_\_

---