

Dodatok č. 4

k Zmluve zo dňa 15.07.2004

uzavretej podľa § 262 ods. 1
Obchodného zákonníka č. 513/1991 Zb. v platnom znení
medzi nasledujúcimi účastníkmi na jednej strane ako

Slovenský register placentárnych krvotvorných buniek

sídlo: Dúbravská cesta 9, 841 04 Bratislava
IČO: 31 771 165
DIČ: 2020991984
IČ DPH: SK2020991984
právna forma: občianske združenie, zapísané v registri občianskych združení Ministerstva vnútra SR pod č. VVS/1-900/90-12506
zastúpený: **MUDr. Zohdy Hamid** – predseda správnej rady
bankové spojenie: č. ú.: **2661530008/1100**, vedený: Tatra banka, a.s.
(ďalej len ako „Register“)

a na strane druhej ako

Fakultná nemocnica Trenčín

sídlo: Legionárska 28, 911 71 Trenčín
IČO: 00 610 470
DIČ: 2021254631
IČ DPH: SK2021254631
zastúpená: **RNDr. Ján Dubovský** – riaditeľ
bankové spojenie: č. ú.: **7000280438/8180**, vedený: Štátna pokladnica
(ďalej len ako „Nemocnica“)

prijatý v tomto dohodnutom znení:

A.

Zmluva uzavretá medzi vyššie uvedenými zmluvnými stranami dňa 15.07.2004, v znení Dodatku č. 1 k zmluve zo dňa 25.10.2004, v znení Dodatku č. 2 k zmluve zo dňa 29.09.2008 a v znení Dodatku č. 3 k zmluve zo dňa 02.01.2009 (ďalej len ako „zmluva“), sa v súlade s článkom V ods. 2 zmluvy mení a dopĺňa nasledovne:

A.1/ Článok I Predmet zmluvy sa mení a znie nasledovne:

„1. Nemocnica sa zaväzuje vo svojom zdravotníckom zariadení prostredníctvom svojho kvalifikovaného zdravotníckeho personálu odobrať pupočníkovú krv a tkanivo pupočnej šnúry od rodičiek, ktoré vyjadrili súhlas s odberom pupočníkovej krvi a s odberom tkaniva pupočnej šnúry v súlade s požiadavkami dohodnutými medzi účastníkmi tejto zmluvy.“

„2. Nemocnica sa zaväzuje zabezpečiť riadne a úplné vyplnenie Sprievodnej dokumentácie k odobratej pupočníkovej krvi a k odobratému tkanivu pupočnej šnúry. Vzor sprievodnej dokumentácie v zmysle predchádzajúcej vety tvorí Prílohu č. 2 tejto zmluvy. Nemocnica je povinná spolu s odobratou pupočníkovou krvou a s odobratým tkanivom pupočnej šnúry odovzdať Registru aj riadne a úplne vyplnenú Sprievodnú dokumentáciu.“

„3. Nemocnica sa zaväzuje zabezpečiť dodržiavanie dohodnutých pracovných postupov pri odbere pupočníkovej krvi a pri odbere tkaniva pupočnej šnúry. Postup pri odbere pupočníkovej krvi a postup pri odbere tkaniva pupočnej šnúry tvoria Prílohu č. 3 tejto zmluvy.“

A.2/ Článok II Náklady a odmena odseky 1, 2 a 4 sa menia a znejú nasledovne:

„1. Register sa zaväzuje zabezpečiť materiál potrebný na odber a transport pupočníkovej krvi a tkaniva pupočnej šnúry.“

„2. Register sa ďalej zaväzuje zabezpečovať odvoz pupočníkovej krvi a tkaniva pupočnej šnúry. Register sa zaväzuje zabezpečiť odvoz pupočníkovej krvi a tkaniva pupočnej šnúry prostredníctvom osôb na to určených.“

„4. Register uhradí Nemocnici náklady v sume 7,- EUR (slovom: sedem EUR) za každý autológny odber pupočníkovej krvi a náklady v sume 7,- EUR (slovom: sedem EUR) za každý sterilný odber tkaniva pupočnej šnúry, na základe vystavenej faktúry. Náklady za vykonané odbery sú splatné štvrťročne, vždy do 15. dňa nasledujúceho **mesiaca**.“

A.3/ Prílohami k tomuto Dodatku č. 4 k zmluve sa v potrebnom rozsahu, vyplývajúcom z obsahu Dodatku č. 4 k zmluve, nahrádzajú a dopĺňajú pôvodné prílohy k zmluve.

B.

1. Ostatné ustanovenia zmluvy v platnom znení, týmto Dodatkom č. 4 k zmluve nedotknuté, ostávajú v platnosti v pôvodnom znení.

2. **Dodatok č. 4 k zmluve nadobúda platnosť dňom jeho podpisu oboma zmluvnými stranami a účinnosť dňom nasledujúcim po dni jeho zverejnenia v Centrálnom registri zmlúv.**

3. Tento Dodatok č. 4 k zmluve sa vyhotovuje v dvoch vyhotoveniach, pričom Register a Nemocnica obdržia po jednom jeho vyhotovení.

4. Zmluvné strany zhodne vyhlasujú, že si Dodatok č. 4 k zmluve pozorne prečítali a že im je text Dodatku č. 4 k zmluve plne zrozumiteľný, jeho význam zrejмый a jasný a že Dodatok č. 4 k zmluve je prejavom ich slobodnej a vážnej vôle a nebol uzavretý pod nátlakom, ani v tiesni a ani za akýchkoľvek nevýhodných podmienok, čo potvrdzujú svojimi vlastnoručnými podpismi.

V, dňa

V, dňa

.....
**Slovenský register placentárnych
krvotvorných buniek**
zast.: MUDr. Zohdy Hamid
- predseda správnej rady

.....
Fakultná nemocnica Trenčín
zast.: RNDr. Ján Dubovský – riaditeľ

Prílohy k Dodatku č. 4 k zmluve:

- **Sprievodná dokumentácia k alogénnym a autológny odbrom**
- **Postup pri odbere pupočníkovej krvi**
- **Postup pri odbere tkaniva pupočnej šnúry**
- **Informovaný súhlas (2 x)**
- **Povolenie MZ SR zo dňa 06.12.2011, číslo: S12665-OP-2011, právoplatné dňa 05.01.2012 (kópia)**

MINISTERSTVO ZDRAVOTNÍCTVA
SLOVENSKEJ REPUBLIKY

Toto rozhodnutie nadobudlo
právo platnosť

dňa 5.1. 2012
v Bratislave dňa 5.1. 2012
Podpis.....



Bratislava, 6. decembra 2011

Číslo: S12665-OP-2011

Rozhodnutie

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky (ďalej len „ministerstvo“), ako príslušný správny orgán podľa § 11 ods. 1 písm. d), e) v spojení s § 17 zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon o poskytovateľoch“) a v zmysle § 46 zákona č. 71/1967 Zb. o správnom konaní v znení neskorších predpisov po zistení skutkového a právneho stavu rozhodlo:

t a k t o:

Žiadosti občianskeho združenia: **Slovenský register placentárnych krvotvorných buniek**, so sídlom Dúbravská cesta 9, 841 04 Bratislava, IČO: 31 771 165, zastúpeného štatutárnym zástupcom: MUDr. Zohdy Hamid, bytom Košická 10, 821 09 Bratislava (ďalej len „žiadateľ“) o zmenu povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia sa podľa § 17 v spojení s § 11 ods. 1 písm. d), e) zákona o poskytovateľoch **vy h o v u j e a p o v o ľ u j e** sa prevádzkovať:

zdravotnícke zariadenie ambulantnej zdravotnej starostlivosti

a) biobanka

v rozsahu činnosti:

odoberanie, spracovanie, konzervovanie, skladovanie, prenos orgánov, tkanív a buniek na diagnostické a výskumné účely.

v rozsahu odborného zamerania:

kmeňové krvotvorné bunky,
mezenchýmové kmeňové bunky.

b) tkanivové zariadenie

v rozsahu činnosti:

odoberanie, spracovanie, konzervovanie, skladovanie, prenos.

v rozsahu odborného zamerania:

kmeňové krvotvorné bunky,
mezenchýmové kmeňové bunky.

Miestom prevádzkovania sú:

Dúbravská cesta 9, 841 04 Bratislava,
Kremnička 2, 975 05 Banská Bystrica – sklad biologických kontajnerov.

Odbornými zástupcami sú:

Doc. MUDr. Mikuláš Hrubíško, CSc., nar. _____ občan Slovenskej republiky, bytom
, v povolani lekár v odbore hematológia a transfúziológia.
MUDr. Martin Hrubíško, PhD., nar. _____, občan Slovenskej republiky, bytom
v povolani lekár v odbore klinická imunológia
a alergológia.

Žiadateľovi sa súčasne ruší povolenie na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia, ktoré bolo vydané ministerstvom pod č. 16628-2/2008- OP zo dňa 17. júla 2008, ktoré nadobudlo právoplatnosť dňa 10. septembra 2008.

O d ť v o d n e n i e:

Žiadateľ listom zo dňa 25. 10. 2011, ktorý doručil ministerstvu dňa 26. 10. 2011 sa domáhal zmeny povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia vydané ministerstvom pod č. 16628-2/2008- OP zo dňa 17. júla 2008, ktoré nadobudlo právoplatnosť dňa 10. septembra 2008, a to čo do odborného zamerania. Predmetom jeho žiadosti bola zmena odborného zamerania tkanivového zariadenia a biobanky o: mezenchýmové kmeňové bunky. K žiadosti doložil žiadateľ právoplatné rozhodnutie Regionálneho úradu verejného zdravotníctva Bratislava, hlavné mesto so sídlom v Bratislave č. HZZ/16019/2011 zo dňa 14. 10. 2011, ktoré nadobudlo právoplatnosť dňa 18. 10. 2011, čestné vyhlásenie zo dňa 25. 10. 2011 o tom, že sa nezmenili ostatné údaje, na základe ktorých bolo vydané povolenie ministerstva č. 16628-2/2008- OP zo dňa 17. júla 2008, výpis z registra občianskych združení.

Podľa § 17 zákona o poskytovateľoch zmena miesta prevádzkovania zdravotníckeho zariadenia, jeho odborného zamerania a zmena odborného zástupcu vyžaduje vydanie nového povolenia, ktorým orgán príslušný na vydanie povolenia súčasne zruší pôvodné povolenie. V žiadosti o vydanie povolenia žiadateľ uvedie požadovanú zmenu, doloží doklady, ktoré sa na ňu vzťahujú a čestné vyhlásenie, že sa nezmenili ostatné údaje, na ktorých základe sa vydalo pôvodné povolenie.

Ministerstvo z dokladov predložených žiadateľom mal preukázané splnenie podmienky požadovanej v § 17 ods. 2 zákona o poskytovateľoch, ako aj v § 13 ods. 5 písm. d) zákona o poskytovateľoch, keď príslušný orgán verejného zdravotníctva súhlasil s uvedením priestorov do prevádzky.

Paragraf 11 ods. 1 písm. d) a e) zákona o poskytovateľoch zmocňuje ministerstvo na vydanie povolenia pre biobanku a tkanivové zariadenia, pričom bližšie neurčuje, či ide o ústavnú alebo ambulantnú zdravotnú starostlivosť. Z § 7 ods. 2 vyhlášky ministerstva č. 770/2004 Z. z., ktorou sa ustanovujú určujúce znaky jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení vyplýva, že v danom prípade ide o ambulantnú zdravotnú starostlivosť, pretože biobanka je definovaná ako zariadenie spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek, a tak aj

ministerstvo žiadosti žiadateľa vyhovel. Biobanka podľa citovaného ustanovenia dlhodobo alebo krátkodobo uchováva vzorky biologického materiálu, tkanív alebo buniek získaných od živých osôb alebo mŕtvych osôb na diagnostické alebo výskumné účely, vykonáva ich spracovanie, konzerváciu, skladovanie a distribúciu a vedie o nich databázu. Úlohou tkanivového zariadenia je podľa § 7 ods. 3 citovanej vyhlášky dlhodobo alebo krátkodobo uchovávať preparované zbierky biologických vzoriek, ľudských tkanív alebo buniek získaných od živých alebo mŕtvych osôb na účely transplantácie alebo liečby, vykonáva ich odbery, testovanie, spracovanie, konzerváciu, balenie, skladovanie, distribúciu a vedie ich databázu.

Z administratívneho spisu žiadateľa vyplýva, že listom zo dňa 5. 6. 2008, doručeným dňa 10. 6. 2008 požiadal ministerstvo o vydanie povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia ambulantnej zdravotnej starostlivosti, a to: biobanky a tkanivového zariadenia v odbornom zameraní na kmeňové krvotvorné bunky, pričom ako miesta prevádzkovania uviedol Dúbravská cesta 9, Bratislava a Kremnička 2, Banská Bystrica, ktoré má slúžiť ako sklad biologických kontajnerov. Správny orgán preskúmal žiadosť žiadateľa a ním predložené doklady. Z predložených licencií, vydaných Slovenskou lekárskou komorou pod č. LIC/BA/1537/06 dňa 31. 5. 2006 a č. LIC/BA/1536/06 zo dňa 31. 5. 2006 vyplýva, že žiadateľ má určených odborných zástupcov s licenciou na výkon činnosti odborného zástupcu a podľa priložených pracovných zmlúv je zrejmé, že je splnená aj požiadavka ustanovená v § 12 ods. 9 zákona o poskytovateľoch, t. j. že odborní zástupcovia sú v pracovnom pomere so žiadateľom. Z nájomných zmlúv konajúci správny orgán zistil, že žiadateľ bude tento druh zdravotnej starostlivosti poskytovať na základe vydaného povolenia v priestoroch, ktoré má v prenájme, čím splnil podmienku danú § 12 ods. 3 písm. b) zákona o poskytovateľoch. Žiadosť o vydanie povolenia obsahovala náležitosti požadované § 13 ods. 4 zákona o poskytovateľoch a boli k nej priložené doklady podľa § 13 ods. 5 zákona o poskytovateľoch, ako aj súhlasné stanovisko Regionálneho úradu verejného zdravotníctva so sídlom v Bratislave vydané pod č. RÚVZ/51-7597/2008 dňa 29. 5. 2008 a stanovisko Regionálneho úradu verejného zdravotníctva so sídlom v Banskej Bystrici vydané pod č. A/2007/01485 dňa 20. 4. 2007 na uvedenie priestorov do prevádzky, čestné vyhlásenie právnickej osoby, že v priebehu dvoch rokov pred podaním žiadosti nemala zrušené povolenie z dôvodov ustanovených v § 19 ods. 1 písm. c), d) alebo e) zákona o poskytovateľoch, a že v žiadosti uvedené skutočnosti a predložené listiny sú pravdivé. Z dokladov predložených žiadateľom mal konajúci správny orgán preukázať oprávnenosť jeho nároku na vydanie povolenia na poskytovanie zdravotnej starostlivosti, a preto žiadosti vyhovel a vydal mu povolenie na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia pod číslom 16628-2/200/8-OP dňa 17. júna 2008, ktoré nadobudlo právoplatnosť dňa 10. septembra 2008.

Žiadateľ preukázateľne splnil podmienky pre zmenu povolenia na poskytovanie zdravotnej starostlivosti č. 16628-2/200/8-OP zo dňa 17. júna 2008, a preto konajúci správny orgán jeho žiadosti vyhovel tak, ako je to uvedené vo výroku tohto rozhodnutia. Zároveň s poukazom na ustanovenie § 17 ods. 1 zákona o poskytovateľoch orgán zrušil pôvodné povolenie na poskytovanie zdravotnej starostlivosti.

Poučenie:

Proti tomuto rozhodnutiu je možné podať podľa § 61 ods. 1 správneho poriadku v znení neskorších predpisov rozklad v lehote do 15 dní od jeho doručenia, a to na Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky, Limbová 2, 837 52 Bratislava.

Toto rozhodnutie v zmysle § 47 ods. 4 správneho poriadku nie je preskúmateľné súdom, pokiaľ nebol vyčerpaný riadny opravný prostriedok.

Ivan Uhliarík
minister



Rozhodnutie dostať:

Slovenský register placentárnych krvotvorných buniek
Dúbravská cesta 9
841 04 Bratislava

Na vedomie:

- *Daňový úrad Bratislava*
- *Štatistický úrad Slovenskej republiky*
- *Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou*
- *mesto Bratislava, Banská Bystrica*
- *zdravotné poisťovne*
- *Slovenská lekárska komora*
- *Národné centrum zdravotníckych informácií*
- *Bratislavský a Banskobystrický samosprávny kraj*

SPRIEVODNÝ LIST PRE DAROVANÚ PUPOČNÍKOVÚ KRV A TKANIVO PUPOČNEJ ŠNÚRY

Vypĺňa odoberajúci pracovník, čitateľne, paličkovým písmom

Kontraindikácie pre odber

Predpokladaná pôrodná váha dieťaťa pod 3 500g

Tehotenstvo kratšie ako 37 týždňov

Aktívna infekcia HIV, HBV, HCV, Syfilis, toxoplazmóza, rubeola

Teplota nad 38,8 °C počas pôrodu

Genetické ochorenie VVCH plodu potvrdené počas gravidity

Viacpočetné tehotenstvo

Systémová infekcia nezvládnutá v čase pôrodu

Transfúzia krvi matke počas pôrodu

Nadmerné krvácanie matky počas pôrodu

Mekónium, zákal alebo zmena v plodovej vode

Osobné údaje matky: Priezvisko:

Meno:

Rodné číslo:

Údaje o odbere

Dátum:

DD/MM/ROK

čas:

Vyskytli sa pri odbere závažné nežiaduce reakcie alebo udalosti?

☐ nie

☐ áno

Pôrod:

☐ vaginálny

☐ sectio caesarea

☐ epidurálna anestéza

☐ celková anestéza

Komplikácie počas pôrodu:

☐ neboli

☐ abruptio placenta praecox

☐ placenta praevia

☐ iné

☐ hemoragia

☐ mekonium v plodovej vode

☐ zakalená plodová voda

Uveďte dezinfekciu použítú pri odbere: _____

Predčasný odtok plodovej vody:

☐ nie

☐ áno: _____ hodín pred pôrodom

Zvýšená teplota matky pred pôrodom

☐ nie

☐ áno: _____ °C

Oxytocín

☐ nie

☐ áno

Medikácia matky antibiotikami alebo antitumorkami 24hod. pred pôrodom

☐ nie

☐ áno

Preplach placenty:

☐ nie

☐ áno

Novorodenec:

Priezvisko a meno:

Pohlavie

☐ mužské

☐ ženské

Pôrodná hmotnosť: _____ g

Pôrodná dĺžka: _____ cm

Gestačný vek: _____ týždeň

Pôrodné komplikácie:

☐ neboli

Laboratórne vyšetrenia matky počas tehotenstva (v prípade pozitívity priložiť výsledky)

	pozit.	negat.	nevyš.	ošk.		
HBsAg	☐	☐	☐	☐		
Anti-HCV-Ab	☐	☐	☐	☐		
Rubeola	☐	☐	☐	☐	IgG:	IgM:
Anti-HIV-1,2	☐	☐	☐	☐		
Anti-HBc	☐	☐	☐	☐		
RRR+TPPA	☐	☐	☐	☐		
Toxoplazmóza	☐	☐	☐	☐	IgG:	IgM:

Odber pupečníkovej krvi

Odoberajúci pracovník (lekár):

Priezvisko:

Meno:

Podpis:*

Asistujúca sestra: Priezvisko:

Meno:

Podpis:*

Odber tkaniva pupečnej šnúry:

Priezvisko:

Meno:

Podpis:*

Pôrodnica: Názov a adresa:

Dátum:

pečiatka pôrodnice

*Odoberajúci pracovník svojím podpisom potvrdzuje overenie a potvrdenie identifikácie darcu pred vykonaním odboru.

Originál odoslať spolu s odberom.

SRPKB-LSD-V006-P010512

 EUROCORD SLOVAKIA SLOVENSKÝ REGISTR PLACENTÁRNÝCH KRVOTVORNÝCH REPEREK Slovenský register placentárných krvotvorných buniek, o.z. Dúbravská cesta 9, 841 04 Bratislava	Štandardný pracovný postup Odber pupočníkovej krvi	ŠPP-LAD_{EC}-002-01 Strana: 1 z 7 Platnosť od: 2.5.2011
---	--	---

Názov/Title: Odber pupočníkovej krvi

Prvé vydanie / Original

Oddelenie:	Dátum	Podpis
Laboratory department		
Vypracoval: Mgr. Vladimíra Polohová	19.4.2011	
Schválil vedúci oddelenia: Mgr. Marian Umrian	27.4.2011	
Schválil predseda správnej rady: MUDr. Zohdy Hamid	29.4.2011	
Preveril pracovník QID _{EC} : Ing. Zuzana Ondrušová	27.4.2011	

Posledná verzia / Last version

Oddelenie:	Dátum	Podpis
Vypracoval:		
Schválil vedúci oddelenia:		
Schválil predseda správnej rady:		
Preveril pracovník QID _{EC} :		

Distribúcia/ Distribution		Skratka oddelenia	Počet výťahov
Originál:	Quality Inspection Department	QID _{EC}	
	Chairman of the Board of Directors	CBD _{EC}	
	Laboratory department	LAD _{EC}	
Kópie:			

 EUROCORD - SLOVAKIA SLOVENSKÝ REGISTÉR PLACENTÁRNYCH KRVOTVORNÝCH BUNIEK Slovenský register placentárných krvotvorných buniek, o.z. Dúbravská cesta 9, 841 04 Bratislava	Štandardný pracovný postup Odber pupočníkovej krvi	ŠPP-LAD_{EC}-002-01 Strana: 2 z 7 Platnosť od: 2.5.2011
---	---	--

1. Účel / Purpose

Dokument podrobne popisuje postup a upravuje podmienky odberu pupočníkovej krvi.

2. Rozsah platnosti/Scope

Štandardný pracovný postup je platný pre kvalifikovaných a vyškolených odberových pracovníkov.

3. Popis činnosti / Proceeding description

3.1 Materiál

Odber PK vykonáva odberový pracovník do odberovej súpravy pripravovanej a doručovanej na pôrodnicu prostredníctvom S.R.P.K.B.

3.2 Overenie totožnosti matky

Tesne pred samotným odberom PK odberový pracovník overí totožnosť matky na základe ústnej komunikácie s ňou a porovnania zistených informácií s vyplneným Informovaným súhlasom.

3.3 Označenie materiálu

Odberový pracovník označí menom matky a jej rodným číslom, prípadne dátumom narodenia, všetok odberový materiál, ktorý bude použitý pri odbere PK a vzoriek.

3.4 Postup odberu pupočníkovej krvi s alternatívami

1. Odberový pracovník začína odoberať PK ihneď po pôrode dieťaťa, ešte pred pôrodom placenty. Pri odbere pracuje v sterilných rukaviciach, pričom pupočnú šnúru podloží sterilnou rúškou. Mechanicky očistí pupočnú šnúru fyziologickým roztokom a poriadne ju prestrieka zo všetkých strán dezinfekčným sprayom asi 10cm nad miestom, kde je pupočná šnúra zaškrtená peánom. Nechá dezinfekciu pôsobiť niekoľko sekúnd podľa návodu na použitie. Počas celého odberu pracuje pracovník tak, aby minimalizoval riziko akejkoľvek kontaminácie odberu.
2. Pred odstránením krytu na ihle odberového vaku, odberový pracovník hadičku zalomí alebo zaškrtní peánom, aby do nej nevnikol vzduch. Vpich uskutoční do

 EUROCORD SLOVAKIA SLOVENSKÝ REGISTR PLACENTÁRNYCH KRVOTVORNÝCH BUNIEK Slovenský register placentárnych krvotvorných buniek, o.z. Dúbravská cesta 9, 841 04 Bratislava	Štandardný pracovný postup Odber pupočníkovej krvi	ŠPP-LAD_{EC}-002-01 Strana: 3 z 7 Platnosť od: 2.5.2011
--	---	--

žily, čo najbližšie k miestu zaškrtenému peánom smerom k placente a uvoľní zalomenú/ peánom zaškrtenú hadičku.

3. Voľnou rukou, krúživými pohybmi, premiešava odoberanú krv s antikoagulačným roztokom (CPD-A) pod rovinou miesta vpichu. Je nevyhnutné, aby odberový pracovník sledoval náplň vény pupočnej šnúry. Keď prestane krv odtekať, pracovník zaškrtnie hadičku peánom a pupočník taktiež zaškrtnie peánom nad miestom vpichu. Ihlu vytiahne a prekryje sterilným krytom. Ak je pupočník dostatočne dlhý a žila v mieste bližšie k placente je ešte naplnená krvou, je možné odber opakovať bližšie k placente. Pred každým vpichom je nutné dbať na dezinfekciu miesta vpichu za účelom minimalizovania mikrobiálnej kontaminácie.
4. Pri odbere do odberového vaku je možné použiť niekoľko postupov, ktoré napomáhajú výťažnosti odberu. Pri odbere odberový pracovník jednou rukou pridržia ihlu v mieste vpichu a druhou rukou sa stieravými proximodistálnymi pohybmi snaží sťahovať krv z pupočníka, tzv. „dojenie pupočníka“. Pri opakovanom mieste vpichu bližšie k placente je výhodou, ak je placenta odlúčená a porodená čiastočne do pošvy. Vtedy je v systéme udržiavaný mierny pozitívny tlak, ktorý napomáha výťažnosti odberu. Pri postupnom rodení placenty odberový pracovník stieravým pohybom vytláča krv z dosiahnuteľných okrajov placenty centrálnym smerom k úponu a potom do pupočníka, kam je krv nasávaná. Ak dôjde k porodeniu placenty pred roditelkou, odberový pracovník tlakom dlaňou a prstami z okrajových častí placenty smerom k úponu vytlačí ešte krv do odberového vaku.
5. Po skončení tohto zberu PK, pracovník krv v hadičke odberového vaku, ešte stále zapeánovanej za ihlou, stiahne sťahovacími kliešťami do odberového vaku, aby sa premiešala s antikoagulačným roztokom. Potom hadičku uzatvorí dvoma kovovými svorkami (minimálne 15cm od tela vaku) a následne hadičku odpeánuje.
6. Po pôrode placenty a po jej revízii pôrodníkom sa odberový pracovník pokúsi o *Odber PK z placentárnych žíl*. PK z placentárnych žíl odoberá do priloženej 20ml striekačky, do ktorej pred samotným odberom asepticky naberie 3ml antikoagulačného roztoku zo satelitného (zásobného) vaku s CPD-A. Vpich pracovník uskutoční až po očistení a dezinfekcii žily. Za účelom eliminácie mikrobiálnej kontaminácie je nutné, aby pracovník po odbere ponechal na

FO-QID_{EC}-002-03

 EUROCORD - SLOVAKIA SLOVENSKÝ REGISTR PLACENTÁRNÝCH KRVOTVORNÝCH BUNIEK Slovenský register placentárných krvotvorných buniek, o.z. Dobrávská cesta 9, 841 04 Bratislava	Štandardný pracovný postup Odber pupočníkovej krvi	ŠPP-LAD_{EC}-002-01 Strana: 4 z 7 Platnosť od: 2.5.2011
--	---	--

striekačke ihlu s krytom a zabalil ju do pôvodného obalu. Takto zabalenú striekačku s PK priloží do transportného obalu odberovej sady.

7. Ak je to možné, odberový pracovník vykoná tzv. *Preplach placenty*. Preplach je možné vykonať po predchádzajúcom kroku (ods.č.6) alebo hneď po pôrode placenty (ods.č.1-5). Uskutočňuje sa s cieľom maximalizovania výťažnosti odberu. Odberový pracovník nasaje cca 10ml CPD-A do 20ml striekačky a napichne placentárnu cievu na povrchu blízko inzercie pupočnej šnúry. Okolitú oblasť placenty pred vpichom očistí a dezinfikuje. CPD-A injektuje do cievneho riečišťa, umožní naplnenie ciev CPD-A a potom aktívne nasaje PK. Po naplnení vezme novú striekačku a postup zopakuje. Odoberaté striekačky uzatvorené ihlou s krytom priloží do obalu k odberovému vaku.
8. Odberový pracovník môže zvoliť aj *Alternatívny postup preplachu placenty*, pri ktorom nasaje do jednej striekačky 20ml CPD-A a do ďalších dvoch striekačiek 3ml CPD-A. Opláchne a dezinfikuje pupočníkovú žilu v mieste cca 5cm od inzercie pupočníka do placenty a injektuje 20ml CPD-A do cievneho riečišťa placenty. Zaškrtní pupočník peánom a masíruje povrch placenty, aby roztok prenikol aj do drobných cievok. Aktívne nasaje PK. Po naplnení pokračuje s ďalšou striekačkou s 3ml CPD-A. Podtlak v striekačke aplikuje prerušovane, aby sa otvor ihly neprisal na stenu cievy.

3.5 Odoberané vzorky

1. Matke novorodenca pracovník odoberie do priloženej skúmavky s EDTA 10ml venózne krvi. Nižší objem je nedostatočný!
2. Ak sa jedná o odber určený na alogénne použitie alebo indikovaný odber, odberový pracovník odoberie ešte 2-3cm pupočnej šnúry do priloženej sterilnej skúmavky s vrchnákom s obsahom 5ml fyziologického roztoku.

3.6 Dokumentácia a nahlásenie odberu

1. Neoddeliteľnou súčasťou odoberatého materiálu je vyplnený sprievodný list PK, potvrdený pečiatkou a podpisom pôrodníka (odberového pracovníka), s uvedeným dátumom, časom odberu a s ďalšími vyplnenými vstupnými údajmi.
2. Odberový pracovník k odberu tiež priloží *Informovaný súhlas* a *Dotazník*, prípadne ďalšiu dopĺňujúcu dokumentáciu.

FO-QID_{EC}-002-03

 EUROCORD - SLOVAKIA SLOVENSKÝ REGISTER PLACENTÁRNÝCH KRVOTVORNÝCH BUNIEK Slovenský register placentárných krvotvorných buniek, o.z. Dúbravská cesta 9, 841 04 Bratislava	Štandardný pracovný postup Odber pupočníkovej krvi	ŠPP-LAD_{EC}-002-01 Strana: 5 z 7 Platnosť od: 2.5.2011
--	--	--

3. Všetko spolu odberový pracovník zabalí do obalu odberovej súpravy a zabezpečí chladené uskladnenie odobratého materiálu v určenej chladničke odberového pracoviska, až do odovzdania odberu pracovníkovi poverenému S.R.P.K.B. na transport do spracovateľského laboratória. Odberový pracovník v žiadnom prípade materiál nevystavuje teplotám menej ako 2°C a nikdy **NEMRAZÍ**.
4. Odberový pracovník bezodkladne po odbere PK nahlási odber na tel. číslo koordinátora odberov.

3.7 Postup v prípade nezhody

V prípade akýchkoľvek nezhôd odberový pracovník uplatňuje postupy chrániace bezpečnosť matky a dieťaťa a zároveň sa snaží uskutočniť kroky vedúce k náprave, aby odber PK bol vykonaný podľa platného postupu a správne. Všetky udalosti sa musia zaznamenať do priloženej dokumentácie k odberu.

3.8 Bezpečnostné opatrenia

Proces odberu PK nesmie narušiť alebo ohroziť zdravie alebo starostlivosť o matku a jej dieťa. Dodržanie optimálnych podmienok pre matku a dieťa počas pôrodu je nevyhnutné. Pôrodník (odoberajúci pracovník) a personál musí jednať tak, akoby odber nebol plánovaný, teda monitorovať pôrod, viesť ho aktívne a ordinovať všetky lieky potrebné na bezpečné narodenie dieťaťa a zachovanie zdravia matky. Nesmie na úkor manipulácie pri odbere zanedbať starostlivosť o ostatné pacientky. V prípade kolízie uprednostniť starostlivosť o inú rodičku a odber nevykonať.

Pri odbere PK na alogénne použitie odberový pracovník rešpektuje nasledovné kontraindikácie:

- viacpočetné tehotenstvo
- tehotenstvo kratšie ako 37 týždňov
- systémová infekcia nezvládnutá v čase odberu vrátane bakteriálnych chorôb, systémové vírusové, hubové alebo parazitické infekcie
- aktívna infekcia HIV, HBV, HCV, syfilis, toxoplazmóza, rubeola
- transfúzia krvi matke počas pôrodu
- teplota nad 38,8 °C počas pôrodu

 EUROCORD SLOVAKIA SLOVENSKÝ REGISTR PLACENTÁRNÝCH KRVOTVORNÝCH BUNIEK Slovenský register placentárných krvotvorných buniek, o.z. Dúbravská cesta 9, 841 04 Bratislava	Štandardný pracovný postup Odber pupočníkovej krvi	ŠPP-LAD_{EC}-002-01 Strana: 6 z 7 Platnosť od: 2.5.2011
--	---	--

- nadmerné krvácanie matky počas pôrodu
- genetické ochorenie a vrodené vývojové chyby plodu potvrdené počas gravidity
- mekónium, zákal alebo zmena farby v plodovej vode

4. Zodpovednosť / Responsibility

Odberový pracovník je zodpovedný za uskutočnenie odberu pupočníkovej krvi podľa postupu a podmienok nižšie uvedených v tomto pracovnom postupe.

5. Pojmy a skratky / Definitions and abbreviations

PK	pupočníková krv
Odberové pracovisko	pracovisko uskutočňujúce odbery PK, ktoré zároveň zabezpečuje splnenie kritérií výberu darcu stanovených v ON-NPA _{EC} -001 <i>Poskytovanie informácií a výber darcu pupočníkovej krvi</i> .
Odberový pracovník	kvalifikovaný a vyškolený zdravotnícky pracovník, ktorý je zamestnancom odberového pracoviska a je zodpovedný za uskutočnenie odberu.

6. Referencie / References

Zákon 576/2004 Z.z. v znení neskorších predpisov

Nariadenie vlády 20/2007 Z.z.

ON-NPA_{EC}-001 *Poskytovanie informácií a výber darcu pupočníkovej krvi*

7. Prílohy / Appendices

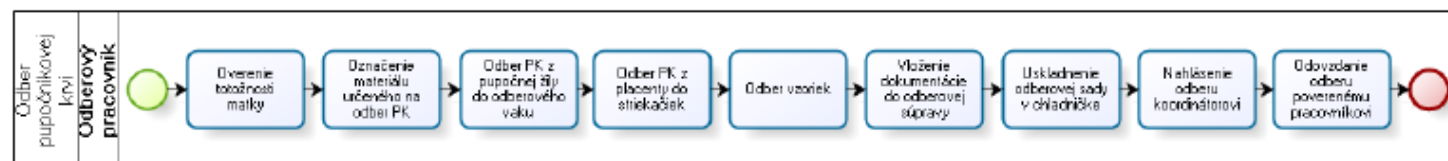
-

8. História revízií / Revision history

Verzia	Dôvod revízie	Platná od
1	Nová	2.5.2011

 EUROCORD SLOVAKIA SLOVENSKÝ REGISTER PLACENTÁRNÝCH KRVOTVORNÝCH BUNIEK Slovenský register placentárných krvotvorných buniek, o.z. Dúbravská cesta 9, 841 04 Bratislava	Štandardný pracovný postup Odber pupočníkovej krvi	ŠPP-LAD_{EC}-002-01 Strana: 7 z 7 Platnosť od: 2.5.2011
---	--	---

Vývojový diagram procesu



 EUROCORD SLOVAKIA SLOVENSKÝ REGISTR PLACENTÁRNYCH KRVOTVORNÝCH BUNIEK Slovenský register placentárných krvotvorných buniek, o.z. Dúbravská cesta 9, 841 04 Bratislava	Štandardný pracovný postup Odber tkaniva pupočníka	ŠPP-LAD_{EC}-024-01 Strana: 1 z 4 Platnosť od: 1.5.2012
---	--	--

Názov/Title: Odber tkaniva pupočníka

Prvé vydanie / Original

Oddelenie: Laboratory department	Dátum	Podpis
Vypracoval: Mgr. Mária Sančiová	23.4.2012	
Schválil vedúci oddelenia: Mgr. Bc. Marian Umrian	25.4.2012	
Schválil Head of production departments: RNDr. Richard Tangelmayer	26.4.2012	
Preveril pracovník QID _{EC} : Ing. Zuzana Ondrušová	26.4.2012	

Posledná verzia / Last version

Oddelenie:	Dátum	Podpis
Vypracoval:		
Schválil vedúci oddelenia:		
Schválil Head of production departments:		
Preveril pracovník QID _{EC} :		

Distribúcia/ Distribution		Skratka oddelenia	Počet výtlačkov
Originál:	Quality Inspection Department	QID _{EC}	1
	Chairman of the Board of Directors	CBD _{EC}	1
Kópie:			

 EUROCORD SLOVAKIA SLOVENSKÝ REGISTR PLACENTÁRNYCH KRVOVÝCH BUNIEK Slovenský register placentárných krvotvorných buniek, o.z. Dúbravská cesta 9, 841 04 Bratislava	Štandardný pracovný postup Odber tkaniva pupočníka	ŠPP-LAD_{EC}-024-01 Strana: 2 z 4 Platnosť od: 1.5.2012
---	--	--

1. Účel / Purpose

Štandardný pracovný postup stanovuje postup pri odbere tkaniva pupočníka.

2. Rozsah platnosti / Scope

ŠPP je platný pre zmluvných odberových pracovníkov, ktorí sa zúčastňujú popísaných procesov v zmysle nižšie definovaných zodpovedností.

3. Popis činnosti / Proceeding description

Materiál:

- Odber TP vykonáva kvalifikovaný a vyškolený odberový pracovník výlučne do odberovej sady „*Tkanivo pupočníka*“, pripravenej a doručenej na odberové pracovisko prostredníctvom S.R.P.K.B.

Overenie totožnosti matky:

- Pred začatím odberu, odberový pracovník overí totožnosť matky na základe ústnej komunikácie s ňou a porovnaním zistených informácií s vyplneným Informovaným súhlasom.

Postup odberu:

- Ešte pred samotným odberom, odberový pracovník vyberie z obalového materiálu odberovú nádobu na tkanivo pupočníka (TP) a označí ju **menom matky a dátumom narodenia matky**. V prípade, že sa súčasne vykonáva pre klientku aj odber pupočníkovej a/alebo placentárnej krvi, označenie prebieha súčasne s označením odberového materiálu použitého na tento účel, vždy však pred samotným odberom, aby sa predišlo prípadnej zámene odberov.
- Odber tkaniva pupočníka pracovník uskutočňuje čo najskôr po ukončení odberu pupočníkovej a/alebo placentárnej krvi.
- Na odber TP vyberie približne 20 cm úsek pupočnej šnúry, ktorý:
 - **nebol** napichnutý odberovou ihlou pri odbere pupočníkovej krvi (PK),
 - je čo najrovnejší,

 EUROCORD SLOVAKIA SLOVENSKÝ REGISTÉR PLACENTÁRNYCH KRVOTVORNÝCH BUNIEK, o.z. Dúbravská cesta 9, 841 04 Bratislava	Štandardný pracovný postup Odber tkaniva pupočníka	ŠPP-LAD_{EC}-024-01 Strana: 3 z 4 Platnosť od: 1.5.2012
--	--	--

- obsahuje najmenej zvyškovej krvi, vo vnútri i na vonkajšej strane.
- Vybraný úsek opláchnu fyziologickým roztokom, položí na sterilnú podložku a dôkladne dezinfikuje priloženým dezinfekčným sprejom.
- Opláchnutý a dezinfikovaný segment pupočnej šnúry na oboch koncoch zasvorkuje pomocou priložených sterilných svoriek tak, aby dĺžka pupočnej šnúry medzi svorkami bola zhruba **15cm**.
- Zasvorkovaný segment odstrihne z vonkajšej strany svoriek (dĺžka tkaniva pupočníka za svorkami má byť najviac 1 cm). V prípade dodatočného znečistenia, pracovník znovu opláchnu odstrihnuté konce TP fyziologickým roztokom.
- Vystrihnutú časť tkaniva pupočníka pracovník ešte raz dôkladne dezinfikuje dezinfekčným sprejom, pričom dezinfekciu nechá pôsobiť pár sekúnd.
- Následne otvorí označenú odberovú nádobu a sterilnou pinzetou príp. kliešťami do nej prenesie pripravené tkanivo pupočníka (spolu so svorkami).
- Hneď potom pracovník zaleje tkanivo fyziologickým roztokom (tak, aby bol celý úsek ponorený) a nádobu riadne uzavrie.
- Na záver pracovník ešte raz skontroluje, či je nádoba dostatočne uzatvorená, vloží ju do zip-lock vrečka s absorpčnou vložkou a **do času transportu do Laboratória S.R.P.K.B. skladuje pri teplote 4 - 22°C (optimálne 4 - 8°C)**.
- V prípade súčasného odberu PK a/alebo placentárnej krvi sa tkanivo pupočníka transportuje do spracovateľského laboratória v spoločnej súprave.

Dokumentácia a nahlásenie odberu

- Neoddeliteľnou súčasťou odobratého materiálu je vyplnený Sprievodný list, potvrdený pečiatkou s podpisom odberového personálu, a podpísaný Informovaný súhlas.
- Pri vyplňaní Sprievodného listu, pracovník musí v časti **POŽADOVANÝ TYP ODBERU** označiť kolónku „**TKANIVO PUPOČNEJ ŠNÚRY**“
- Bezodkladne po odbere TP je odberový pracovník povinný nahlásiť túto skutočnosť na tel. číslo koordinátora odberov spolu s ohlásením odberu pupočníkovej a/alebo placentárnej krvi.

 EUROCORD SLOVAKIA SLOVENSKÝ REGISTER PLACENTÁRNYCH KRVOVOMÝCH BUNIEK Slovenský register placentárných krvotvorných buniek, o.z. Dobrávská cesta 9, 841 04 Bratislava	Štandardný pracovný postup Odber tkaniva pupočníka	ŠPP-LAD_{EC}-024-01 Strana: 4 z 4 Platnosť od: 1.5.2012
---	---	--

4. Zodpovednosť / Responsibility

Za uskutočnenie odberu tkaniva pupočníka, jeho dočasné uskladnenie na odberovom pracovisku a vyplnenie sprievodnej dokumentácie po odbere zodpovedá *zmluvný odberový pracovník*.

5. Pojmy a skratky / Definitions and abbreviations

LAD	Laboratórium
TP	Tkanivo pupočníka
PK	Pupočníková krv
S.R.P.K.B.	Slovenský register placentárných krvotvorných buniek

6. Referencie / References

-

7. Prílohy / Appendices

-

8. História revízií / Revision history

Verzia	Dôvod revízie	Platná od
01	Nová; nahrádza ŠPP-LAD _{EC} -014-02	1.5.2012

Informovaný súhlas

Podpisom tohto Informovaného súhlasu žiadam zdravotnícke zariadenie:

NÁZOV NEMOCNICE (stačí pečiatka nemocnice)

o vykonanie odberu placentárnej (pľučníkovej) krvi a / alebo o vykonanie odberu tkaniva pľučnej šnúry pri pôrode môjho dieťaťa. Som si vedomá skutočnosti, že moja žiadosť nie je pre zdravotnícke zariadenie záväzná. Zdravotnícke zariadenie nie je povinné tento odber vykonať najmä v prípade, ak by v dôsledku komplikácií, či iných relevantných skutočností, mohol byť vykonaním odberu alebo v súvislosti s ním ohrozený môj život alebo zdravie, alebo život alebo zdravie môjho dieťaťa. Týmto zároveň poverujem zdravotnícke zariadenie, aby odobratú pľučníkovú krv a / alebo odobraté tkanivo pľučnej šnúry odovzdalo Slovenskému registru placentárnych krvotvorných buniek, Dúbravská cesta 9, 841 04 Bratislava, IČO: 31 771 165 (ďalej len „Eurocord-Slovakia“).

Eurocord-Slovakia je oprávnený odobratú pľučníkovú krv spracovať na transplantát, ktorý následne zamrazí a uskladní a / alebo odobraté tkanivo pľučnej šnúry spracovať, zamraziť a uskladniť. Som si vedomá skutočnosti, že zabezpečenie a sprostredkovanie odberu, spracovania a uskladnenia pľučníkovej krvi a / alebo tkaniva pľučnej šnúry v Eurocord-Slovakia môže byť realizované aj prostredníctvom spoločnosti CEPTRA s.r.o., Dúbravská cesta 11, 841 04 Bratislava, IČO: 35828668. V prípade ak do šiestich mesiacov od pôrodu nedôjde k uzatvoreniu príslušných zmlúv medzi mnou a CEPTRU alebo Eurocord-Slovakia, teda zmlúv, na základe ktorých CEPTRA a Eurocord-Slovakia poskytujú vyššie uvedené plnenia svojim klientom, je to potvrdením skutočnosti, že nemám o odobratú pľučníkovú krv a / alebo o odobraté tkanivo pľučnej šnúry záujem. V takom prípade sa odobratá pľučníková krv a / alebo odobraté tkanivo pľučnej šnúry bude považovať za biologický odpad, darovaný ku dňu pôrodu Eurocord-Slovakia.

Eurocord-Slovakia je s takto získanou pľučníkovou krvou oprávnený naložiť podľa vlastnej úvahy, napríklad je oprávnený spracovať pľučníkovú krv na transplantát, zaradiť do medzinárodných výmenných transplantčných sietí napr. Bone Marrow Donors Worldwide – BMDW (www.bmdw.org), použiť na výskumné a vedecké účely či zlikvidovať a uskladnené tkanivo pľučnej šnúry použiť na výskumné a vedecké účely či zlikvidovať. Všetky ustanovenia tohto Informovaného súhlasu sa vzťahujú na Eurocord-Slovakia alebo Eurocord-Slovakia a CEPTRU, v závislosti od mnou uzatvorených zmlúv.

V prípade, ak bude z hľadiska príslušnej právnej úpravy EÚ alebo vnútroštátnej právnej úpravy potrebné vo vzťahu k odobranej pľučníkovej krvi a / alebo k odobratému tkanivu pľučnej šnúry poskytnúť alebo priradiť akékoľvek osobné alebo iné údaje, je zdravotnícke zariadenie oprávnené tieto údaje spolu s odobratou pľučníkovou krvou a / alebo odobratým tkanivom pľučnej šnúry poskytnúť Eurocord-Slovakia. V zmysle uvedeného udeľujem Eurocord-Slovakia a CEPTRU v zmysle § 4 ods. 1 písm. i) zákona č. 428/2002 Z.z. o ochrane osobných údajov súhlas so spracúvaním mojich osobných údajov a osobných údajov môjho dieťaťa, najmä mena, priezviska, adresy, dátumu narodenia a rodného čísla, prípadne iných údajov poskytnutých v zmysle vyššie uvedeného zdravotníckym zariadením Eurocord-Slovakia alebo CEPTRU. Súhlas udeľujem najmä na zaradenie osobných údajov do databáz Eurocord-Slovakia a CEPTRY a k ich využívaniu v súvislosti s odberom pľučníkovej krvi a / alebo odberom tkaniva pľučnej šnúry, ich spracúvaním a uskladnením, a s tým súvisiacimi úkonmi. Eurocord-Slovakia a CEPTRA majú postavenie prevádzkovateľa v zmysle príslušných ustanovení zákona o ochrane osobných údajov. V prípade použitia pľučníkovej krvi môjho dieťaťa na transplantáciu a / alebo použitia tkaniva pľučnej šnúry týmto udeľujem bez vecného a teritoriálneho obmedzenia súhlas so spracúvaním nasledujúcich mojich údajov a osobných údajov môjho dieťaťa v rozsahu meno, bydlisko, miesto narodenia, rok narodenia a fotografiu, za účelom propagácie významu a využitia pľučníkovej krvi a / alebo tkaniva pľučnej šnúry. Súhlas so spracúvaním osobných údajov sa udeľuje dobrovoľne na vopred neurčenú dobu a môžem ho kedykoľvek písomne, formou doporučeného listu, odvolať. Prevádzkovateľ je oprávnený spracúvať osobné údaje, až kým udelený súhlas nebude odvolaný podľa predchádzajúcej vety. Osobné údaje môžu byť spracúvané, až kým udelený súhlas nebude odvolaný podľa predchádzajúcej vety. Spracúvané osobné údaje sú CEPTRA a Eurocord-Slovakia oprávnený poskytnúť tretej osobe výlučne v súvislosti s ich spracúvaním. Za rovnakých podmienok a v rovnakom rozsahu udeľujem súhlas aj na spracúvanie iných mnou poskytnutých údajov, nemajúcich charakter osobného údaje. Som oboznámená s tým, že Eurocord-Slovakia

a CEPTRA sú povinní vykonať všetky úkony potrebné na zaručenie bezpečnosti informačného systému, ktorý obsahuje osobné a zdravotné údaje a zaručiť ochranu mnou poskytnutých údajov pred neoprávneným prístupom alebo zverejnením.

Rovnako podpisom tohto Informovaného súhlasu potvrdzujem, že údaje o mojom zdravotnom stave a zdravotnom stave môjho dieťaťa som zdravotníckemu zariadeniu, v ktorom bude vykonaný odber pupočníkovej krvi a / alebo odber tkaniva pupočnej šnúry, poskytla dobrovoľne a súhlasím, aby ich toto zdravotnícke zariadenie poskytlo CEP TRE a Eurocord-Slovakia, ktorí ich môžu spracúvať v rovnakom rozsahu a za rovnakých podmienok, za akých budú spracúvané iné moje osobné údaje a osobné údaje môjho dieťaťa. Súhlasím, že v prípade, ak výsledky vyšetrení preukážu akúkoľvek anomáliu významnú pre moje zdravie, Eurocord-Slovakia bude o tom informovať mňa, prípadne môjho ošetrojúceho lekára.

Som si vedomá, že množstvo odobratej krvi nemusí postačovať na budúce použitie a súhlasím, aby moja krv a krv môjho dieťaťa bola testovaná na HIV vírus, hepatitídu B, hepatitídu C, syfilis a iné potrebné parametre (viď. príslušné normy EÚ a iné právne normy, ktorým podlieha príprava a uskladnenie transplantátu z pupočníkovej krvi a / alebo tkaniva pupočnej šnúry). Súhlasím, aby zdravotnícke zariadenie, ktoré vykoná odber pupočníkovej krvi a / alebo odber tkaniva pupočnej šnúry, oznámilo po odbere pupočníkovej krvi a / alebo odbere tkaniva pupočnej šnúry CEP TRE a Eurocord-Slovakia údaje zo zdravotnej dokumentácie o pôrode, údaje o anamnéze a výsledky laboratórnych vyšetrení krvi mojej a môjho dieťaťa, ako aj ďalšie potrebné údaje o mojom zdravotnom stave, ako i o zdravotnom stave môjho dieťaťa.

Vyhlasujem, že som si prečítala a inak sa oboznámila s informáciami, ktoré mi boli poskytnuté o pupočníkovej krvi a / alebo o tkanive pupočnej šnúry (okrem iného text „Pupočníková krv – zdroj krvotvorných kmeňových buniek“), ich odbere, využití a súvisiacich skutočnostiach a týmto informáciám som úplne porozumela a nemám k nim ani k obsahu tohto Informovaného súhlasu nijaké výhrady. V prípade záujmu som mala možnosť klásť otázky, na ktoré som dostala uspokojivú odpoveď.

Súhlasím, že pred vykonaním odberu pupočníkovej krvi a / alebo odberu tkaniva pupočnej šnúry, vykoná odberajúci pracovník/zdravotnícky pracovník overenie a potvrdenie požadovaného typu odberu (Štandard odber alebo Prémium odber alebo odber tkaniva pupočnej šnúry alebo ktorýkoľvek odber pupočníkovej krvi v kombinácii s odberom tkaniva pupočnej šnúry) a moje rozhodnutie vyznačí na sprievodnú dokumentáciu k odobratej pupočníkovej krvi a / alebo k odobratému tkanivu pupočnej šnúry.

Prehlasujem a svojim podpisom potvrdzujem, že som porozumela hore uvedeným otázkam, informácie mi boli poskytnuté zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom sa slobodne rozhodnúť a všetky mnou poskytnuté údaje a informácie sú podľa môjho najlepšieho vedomia úplné, presné a pravdivé.

Vyhradzujem si možnosť zmeniť alebo odvolať udelený súhlas až do odberu pupočníkovej krvi a / alebo až do odberu tkaniva pupočnej šnúry.

POŽADOVANÝ ODBER PUPOČNÍKOVEJ KRVÍ A / ALEBO TKANIVA PUPOČNEJ ŠNÚRY

☐ Prémium odber 

☐ Štandard odber 

☐ Tkanivo pupočnej šnúry 

MATKA:

Priezvisko: Meno:

Dátum pôrodu: Nemocnica:

Rodné číslo:

Podpis:

LEKÁR*

Priezvisko a Meno (pečiatka): Podpis:

*Lekár alebo zdravotnícky pracovník, ktorý vykonal informovanie a výber vhodného darcu

Dotazník a informovaný súhlas pre darkyňu

Jednotlivé časti vyplňte, prosím, čitateľne paličkovým písmom.

KONTAKT NA MATKU DIETATA

Priezvisko:Meno:.....

Dátum narodenia:

Ulica a číslo domu:

Mesto:PSČ:.....

Telefón 1:Telefón 2:Telefón 3:.....

E-mail 1:@.....

Ambulantný gynekológ: MenoPriezviskoPracovisko

A DOTAZNÍK PRE DARKYŇU

Vážená nastávajúca mamička, prosíme vás o vyplnenie dotazníka, ktorý je zameraný na odhad rizika prenosu infekčných a dedičných chorôb na príjemcu transplantátu pľúc, pečene, srdca a / alebo tkanív a buniek vášho dieťaťa. Otázky, ktoré sú v ňom uvedené, sú požadované v zmysle nášho zákona a v zmysle zákonov tých krajín, kde je najvyššia pravdepodobnosť, že môžu byť potrebné na liečbu. Niektoré otázky vám možno budú pripadať nezvyčajné, prosíme vás však o trpezlivosť a spoluprácu pri zodpovedaní všetkých otázok podľa vášho najlepšieho vedomia.

I. Zamyslite sa, prosím, či sa vám niekedy v živote udialo niečo z nasledujúceho:

- | | |
|---|---|
| 1. Užívali ste prípravok z ľudskej hypofýzy (napríklad rastový hormón)? | ☐ nie ☐ áno |
| 2. Mali ste ochorenia krvi alebo problém so zvýšenou krvácanosťou a/alebo ste dostávali ľudské faktory zrážavosti? | ☐ nie ☐ áno |
| 3. Zistili vám vrodené choroby krvi ako talasémiu alebo kosáčikovú anémiu? | ☐ nie ☐ áno |
| 4. Mali ste chronické systémové autoimunitné ochorenie ako roztrúsená skleróza, reumatická artritída, Crohnova choroba, kolitída, lupus a iné? | ☐ nie ☐ áno |
| 5. Mali ste žltáčku (okrem dojčenskej), chorobu pečene, vírusový zápal pečene alebo pozitívny test na zápal pečene (hepatitídu B, C)? | ☐ nie ☐ áno |
| 6. Zistili vám Creutzfeldtovu-Jacobovu (C-J) chorobu alebo variant C-J choroby alebo degeneratívne neurologické ochorenie ako demencia? | ☐ nie ☐ áno |
| 7. Transplantovali vám mozgovú obalu (dura mater) alebo rohovku alebo iný orgán od niekoho iného? | ☐ nie ☐ áno |
| 8. Zistili vám AIDS alebo ste mali pozitívny test na HIV (vrátane skríningového)? | ☐ nie ☐ áno |
| 9. Mali ste pozitívny test na HTLV (ľudský T-lymfotropný vírus)? | ☐ nie ☐ áno |
| 10. Prekonali ste alebo máte závažné poruchy imunity? | ☐ nie ☐ áno,* |
| toto | |
| 11. Prekonali ste alebo máte dedičné genetické ochorenie? | ☐ nie ☐ áno,* |
| toto | |
| 12. Prekonali ste alebo máte metabolické ochorenie? | ☐ nie ☐ áno,* |
| toto | |
| 13. Mali ste Chagasovu chorobu alebo babeziózu (parazitárne ochorenia krvi) alebo pozitívny test na túto chorobu? | ☐ nie ☐ áno |
| 14. U vášho pokrvného príbuzného zistili Creutzfeldtovu-Jacobovu chorobu alebo vám povedali, že máte zvýšené riziko výskytu tejto choroby v rodine? | ☐ nie ☐ áno |
| 15. Podrobili ste sa transplantácii alebo nejakej medicínskej procedúre, pri ktorej ste dostali alebo boli v kontakte so živými bunkami zvieracieho pôvodu? | ☐ nie ☐ áno |
| 16. Žili ste alebo mali pohlavný styk s niekým, kto sa podrobil transplantácii, alebo inej medicínskej procedúre pri ktorej dostal alebo bol v kontakte so živými bunkami zvieracieho pôvodu? | ☐ nie ☐ áno |

II. Zamyslite sa, prosím, či sa niečo z nasledujúceho udialo po roku 1977:

17. Narodili ste sa, žili alebo cestovali do niektorej z týchto afrických krajín: Kamerun, Stredoafrická republika, Čad, Kongo, Rovníková Guinea, Gabun, Niger, Nigéria? ☐ nie ☐ áno
18. Dostali ste transfúziu alebo ste boli liečení iným medicínskym prípravkom vyrábaným z krvi v uvedených afrických krajinách? ☐ nie ☐ áno
19. Mali ste pohlavný styk s niekým, kto sa narodil alebo žil v uvedených afrických krajinách? ☐ nie ☐ áno

III. Zamyslite sa, prosím, či sa niečo z nasledujúceho udialo po roku 1980:

20. Strávili ste v období 1980-1996 spolu 6 mesiacov alebo viac v Spojenom kráľovstve Veľkej Británie a Severného Írska alebo v Írsku? ☐ nie ☐ áno
21. Strávili ste v období 1980-1996 spolu 3 mesiace alebo viac v Spojenom kráľovstve Veľkej Británie a Severného Írska (vrátane Falkland, Gibraltáru, Isle of Man, Channel Islands) alebo Francúzska? ☐ nie ☐ áno
22. Dostali ste transfúziu počas pobytu vo Veľkej Británii alebo Francúzsku? ☐ nie ☐ áno
23. Žili ste v Európe celkovo MENEJ ako 5 rokov? ☐ nie ☐ áno*
24. Dostávali ste hovädzi inzulín? ☐ nie ☐ áno

IV. Zamyslite sa, prosím, či sa niečo z nasledujúceho udialo v priebehu posledných 5 rokov:

25. Dostávali ste peniaze, drogy alebo iné platby za sex? ☐ nie ☐ áno
26. Používali ste injekčné ihly, aby ste si pichali drogy, lieky alebo niečo iné, čo vám nepredpísal lekár? ☐ nie ☐ áno

V. Zamyslite sa, prosím, či sa niečo z nasledujúceho udialo v priebehu posledných 3 rokov:

27. Prekonali ste maláriu alebo inú tropickú chorobu? ☐ nie ☐ áno

VI. Zamyslite sa, prosím, či sa niečo z nasledujúceho udialo v priebehu posledných 12 mesiacov:

28. Užívali ste nejaké lieky okrem vitamínov a/alebo prípravkov železa a/alebo kyseliny listovej? ☐ nie ☐ áno,*
29. Dostali ste transfúziu krvi alebo jej zložiek (plazma, krvné doštičky)? ☐ nie ☐ áno
30. Dostávali ste imunoglobulín proti hepatitíde B (HBIG)? ☐ nie ☐ áno
31. Prekonali ste žltáčku, toxoplazmózu alebo rubeolu? ☐ nie ☐ áno
32. Dostali ste sa vo zvýšenej miere do kontaktu s látkami ako kyanid, olovo, ortuť alebo ste boli vystavená dlhodobej zvýšenej rádiácii? ☐ nie ☐ áno
33. Podrobili ste sa chirurgickému zákroku alebo endoskopickému vyšetreniu? ☐ nie ☐ áno,*
- tomuto pred týždňami
34. Zistili vám počas vášho tehotenstva infekciu spôsobenú West Nile vírusom, alebo pozitívitu testov na tento vírus? ☐ nie ☐ áno
35. Dávali ste sa tetovať s použitím spoločných (nie jednorazových) nástrojov, ihlíc alebo atramentov? ☐ nie ☐ áno
36. Dávali ste si robiť piercing (napr. náušnice), akupunktúru s použitím spoločných (nie jednorazových) nástrojov? ☐ nie ☐ áno
37. Náhodne ste sa pichli injekčnou ihlou alebo ste prišli do kontaktu s cudzou krvou cez otvorenú ranu alebo sliznicu? ☐ nie ☐ áno
38. Boli ste liečení na choroby prenosné pohlavným stykom vrátane syfilisu? ☐ nie ☐ áno
39. Dávali ste peniaze, drogy alebo iné platby niekomu, aby mal s vami pohlavný styk? ☐ nie ☐ áno
40. Mali ste pohlavný styk s niekým, kto v priebehu posledných 5 rokov poskytoval pohlavný styk za peniaze, drogy alebo iné platby? ☐ nie ☐ áno
41. Mali ste pohlavný styk alebo žili s osobou, ktorá mala aktívny alebo chronický vírusový zápal pečene alebo žltáčku? ☐ nie ☐ áno
42. Mali ste pohlavný styk s niekým, kto si počas posledných 5 rokov pichal drogy alebo lieky alebo niečo iné, čo mu nepredpísal lekár? ☐ nie ☐ áno
43. Mali ste pohlavný styk s mužom, ktorý mal v priebehu posledných 5 rokov pohlavný styk s iným mužom? ☐ nie ☐ áno
44. Mali ste pohlavný styk s niekým, kto v priebehu posledných 5 rokov užíval injekcie na posilnenie zrážavosti krvi (koagulačné faktory) ľudského pôvodu? ☐ nie ☐ áno
45. Mali ste pohlavný styk s niekým, kto mal AIDS alebo mal pozitívne testy na HIV? ☐ nie ☐ áno
46. Boli ste dlhšie ako 72 hodín nepretržite v nápravnovychovnom zariadení alebo vo väzbe? ☐ nie ☐ áno

VII. Udialo sa niečo z nasledovného v priebehu posledných 8 týždňov:

47. Boli ste očkovaná proti pravým kiahňam alebo proti inej chorobe? ☐ nie ☐ áno
48. Boli ste v kontakte s niekým, kto dostal v priebehu tohto obdobia vakcínu proti kiahňam? ☐ nie ☐ áno

VIII. Momentálne trpíte na:

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| 49. Nevysvetliteľné masívne nočné potenie? | ☐ nie | ☐ áno |
| 50. Mnohopočetné modré alebo purpurové škvrny na koži, pod kožou alebo na slizniciach? | ☐ nie | ☐ áno |
| 51. Nevysvetliteľný úbytok hmotnosti? | ☐ nie | ☐ áno |
| 52. Neobjasnenú pretrvávajúcu hnačku? | ☐ nie | ☐ áno |
| 53. Neobjasnený kašeľ alebo dýchavičnosť? | ☐ nie | ☐ áno |
| 54. Neobjasnenú teplotu nad 38°C po viac než 10 dní? | ☐ nie | ☐ áno |
| 55. Neobjasnené pretrvávajúce biele škvrny alebo afty v ústach? | ☐ nie | ☐ áno |
| 56. Hrčky na krku, pod pazuchami alebo v slabinách pretrvávajúce dlhšie ako 1 mesiac? | ☐ nie | ☐ áno |

IX. Vyskytli sa v pokrvnom príbuzenstve vášho dieťaťa (otec, súrodenci, starí rodičia a súrodenci rodičov) nasledovné ochorenia?

- | | | |
|--|------------------------------|--------------------------------|
| 57. Choroby krvi a zvýšená krvácanosť
tieto..... | ☐ nie | ☐ áno,* |
| 58. Dedičné ochorenie vrátane porúch krvi a krvácania
tieto..... | ☐ nie | ☐ áno,* |
| 59. Chronické systémové autoimunitné ochorenie (roztrúsená skleróza, reumatoidná artritída, Crohnova choroba, ulcerózna kolitída, lupus) a iné
tieto..... | ☐ nie | ☐ áno,* |
| 60. Metabolické ochorenie (okrem stareckej cukrovky) alebo závažné poruchy imunity
tieto..... | ☐ nie | ☐ áno,* |
| 61. Creutzfeldtova-Jacobova choroba alebo podozrenie na ňu | ☐ nie | ☐ áno |
| 62. Strata pamäti alebo iné neurodegeneratívne ochorenie | ☐ nie | ☐ áno |
| 63. Vrodená chudokrvnosť spojená so zväčšením pečene a sleziny, s potrebou transfúzií | ☐ nie | ☐ áno |
| 64. Vrodená chudokrvnosť spojená so záchvatmi bolesti na hrudníku a v kostiach
a cievnyimi príhodami | ☐ nie | ☐ áno |

Vysvetlivka: áno,* - kladnú odpoveď upresnite prosím v nasledujúcom riadku

B INFORMOVANÝ SÚHLAS A DAROVANIE PUPOČNÍKOVEJ KRVÍ A / ALEBO TKANIVA PUPOČNEJ ŠNÚRY

SÚHLAS S ODBEROM A DAROVANIE PUPOČNÍKOVEJ KRVÍ A / ALEBO TKANIVA PUPOČNEJ ŠNÚRY

Vyhlasujem, že som si prečítala a inak sa oboznámila s informáciami, ktoré mi boli poskytnuté o pupočníkovej krvi a / alebo o tkanive pupočnej šnúry, ich darovaní, využití a súvisiacich skutočnostiach a týmto informáciám som plne porozumela. V prípade záujmu som mala možnosť klásť otázky, na ktoré som dostala uspokojivú odpoveď.

Svojím podpisom udeľujem súhlas na odber pupočníkovej krvi a / alebo na odber tkaniva pupočnej šnúry pri pôrode môjho dieťaťa v zdravotníckom zariadení (názov nemocnice – stačí pečiatka nemocnice)

a poverujem toto zdravotnícke zariadenie, aby odobratú pupočníkovú krv a / alebo odobraté tkanivo pupočnej šnúry odovzdalo Slovenskému registru placentárnych krvotvorných buniek, Dúbravská cesta 9, 841 04 Bratislava, Slovenská republika, IČO 31 771 165 (ďalej len „Eurocord-Slovakia“), ktorému zároveň týmto túto krv a / alebo toto tkanivo pupočnej šnúry bezplatne darujem. Eurocord-Slovakia je s takto získanou pupočníkovou krvou a / alebo takto získaným tkanivom pupočnej šnúry oprávnený naložiť podľa vlastnej úvahy. Eurocord-Slovakia je pritom pupočníkovú krv oprávnený najmä spracovať na transplantát (vrátane vykonania všetkých potrebných vyšetrení), zaradiť do vhodnej medzinárodnej darcovskej databázy, použiť na výskumné účely, či zlikvidovať a uskladnené tkanivo pupočnej šnúry použiť na výskumné účely, či zlikvidovať, pričom s uvedeným bezvýhradne súhlasím.

SÚHLAS S POSKYTNUTÍM ZDRAVOTNÝCH ÚDAJOV A VÝŠETRENÍAMI

Rovnako svojím podpisom potvrdzujem, že údaje o zdravotnom stave mojom ako aj môjho dieťaťa som Eurocord-Slovakia a zdravotníckemu zariadeniu, v ktorom bude vykonaný odber a / alebo vykonané odbery, poskytla dobrovoľne a súhlasím s ich spracúvaním v rovnakom rozsahu a za rovnakých podmienok, za akých budú spracúvané iné osobné údaje moje a môjho dieťaťa. Súhlasím, aby zdravotnícke zariadenie, ktoré vykoná odber, oznámilo Eurocord-Slovakia údaje zo zdravotnej dokumentácie o pôrode, anamnéze, výsledkoch laboratórnych vyšetrení krvi a mojom zdravotnom stave ako aj o zdravotnom stave môjho dieťaťa

SFPK8-BDD-V002-P010711

ďalšie potrebné údaje.

Súhlasím, aby lekár môjho dieťaťa (bez ohľadu na skutočnosť či daný lekár poskytuje zdravotnú starostlivosť v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo alebo v inom špecializačnom odbore) informoval Eurocord-Slovakia po 6. mesiaci života dieťaťa o jeho zdravotnom stave a rovnako súhlasím, aby informoval Eurocord-Slovakia v prípade, že by moje dieťa vážne ochorelo a táto choroba by mohla byť prenesená na príjemcu pupočníkovej krvi, resp. niektorej z jej zložiek. Týmto zároveň splnomocňujem tohto lekára, aby tak urobil.

Súhlasím, aby moja krv a krv môjho dieťaťa boli testované na HIV vírus, hepatitídu B, hepatitídu C, syfilis, HTLV vírus, HLA antigény a iné potrebné parametre súvisiace s ich použitím v zmysle tohto súhlasu.

SÚHLAS S ODBEROM VZORKY TKANIVA PUPOČNEJ ŠNÚRY A JEJ POUŽITÍM (v prípade, že sa súčasne s pupočníkovou krvou samostatne neodoberá aj tkanivo pupočnej šnúry)

Za rovnakých podmienok a v rovnakom rozsahu ako vo vzťahu k darúvanej pupočníkovej krvi, udeľujem súhlas aj na odber vzorky tkaniva pupočnej šnúry. Táto vzorka bude pritom použitá najmä na účely testovania HLA antigénov a iných skupinových antigénov, prípadne na vedecké účely realizované s cieľom zlepšenia zdravotnej starostlivosti.

SÚHLAS SO SPRACOVANÍM OSOBNÝCH ÚDAJOV

Podpisom tohto Informovaného súhlasu udeľujem Eurocord-Slovakia v zmysle § 4 ods. 1 písm. i) zákona č. 428/2002 Z.z. o ochrane osobných údajov súhlas so spracúvaním mnou poskytnutých, resp. neskôr v zmysle tohto súhlasu Eurocord-Slovakia inak získaných mojich osobných údajov a osobných údajov môjho dieťaťa, najmä mena, priezviska, adresy, dátumu narodenia, rodného čísla a údajov o zdravotnom stave a výsledkoch testov. Súhlas udeľujem najmä na zaradenie osobných údajov do databáz Eurocord-Slovakia a k ich využívaniu v súvislosti s odberom, spracovaním a použitím spracovanej pupočníkovej krvi a vzorky tkaniva pupočnej šnúry alebo použitím spracovanej pupočníkovej krvi a tkaniva pupočnej šnúry a s tým súvisiacich úkonov. Eurocord-Slovakia má postavenie prevádzkovateľa v zmysle príslušných ustanovení zákona o ochrane osobných údajov. Súhlas so spracúvaním osobných údajov udeľujem dobrovoľne, na vopred neurčenú dobu, a môžem ho kedykoľvek písomne, formou doporučeného listu, odvolať. Odvolanie súhlasu nie je možné pri tých osobných údajoch, ktorých spracúvanie je vyžadované v zmysle príslušnej vnútroštátnej, EÚ a inej medzinárodnej úpravy, vo vzťahu ku konkrétnemu spôsobu použitia pupočníkovej krvi (resp. z nej získaných zložiek) a vo vzťahu ku vzorke tkaniva pupočnej šnúry alebo vo vzťahu ku tkanivu pupočnej šnúry.

Prevádzkovateľ je oprávnený spracúvať osobné údaje, až kým udelený súhlas nebude odvolaný podľa predchádzajúcej vety. Spracúvané osobné údaje je Eurocord-Slovakia oprávnený poskytnúť tretej osobe v súvislosti s ich spracúvaním ako aj v súvislosti s odberom, vyšetrením, spracovaním, uskladnením pupočníkovej krvi a zaradením z nej pripraveného transplantátu do verejného registra či medzinárodnej databázy a / alebo v súvislosti s odberom, vyšetrením, spracovaním a uskladnením tkaniva pupočnej šnúry. V prípade ak bude v zmysle štandardných postupov potrebné aby boli spracúvané osobné údaje poskytnuté v súvislosti s uvedeným použitím pupočníkovej krvi a / alebo použitím tkaniva pupočnej šnúry ďalšiemu subjektu (napr. príslušnému orgánu verejnej správy), udeľujem k tomu súhlas. Za rovnakých podmienok a v rovnakom rozsahu udeľujem súhlas aj na spracúvanie iných mnou poskytnutých údajov, nemajúcich charakter osobného údaje.

Som oboznámená s tým, že Eurocord-Slovakia je povinný vykonať všetky úkony potrebné na zaručenie bezpečnosti informačného systému, ktorý obsahuje osobné a zdravotné údaje a zaručiť ochranu mnou poskytnutých údajov pred neoprávneným prístupom alebo zverejnením. Údaje potrebné pre liečebné použitie pupočníkovej krvi a / alebo pre použitie tkaniva pupočnej šnúry budú do vhodnej medzinárodnej darcovskej databázy zanesené pod číselným kódom bez uvedenia osobných údajov.

Som si vedomá skutočnosti, že môj súhlas nie je pre zdravotnícke zariadenie záväzný. Pokiaľ nebude odber pupočníkovej krvi a / alebo tkaniva pupočnej šnúry vykonaný, nevyplývajú z toho pre mňa žiadne riziká. Odber pupočníkovej krvi a / alebo tkaniva pupočnej šnúry je realizovaný po narodení dieťaťa a prestrihnutí pupočnej šnúry a spravidla s ním nie je spojené žiadne riziko pre matku alebo dieťa. Napriek tomu však som si vedomá, že zdravotnícke zariadenie nie je povinné vykonať odber pupočníkovej krvi a / alebo tkaniva pupočnej šnúry, najmä v prípade, ak by v dôsledku komplikácií či iných relevantných skutočností mohol byť vykonaním odberu alebo v súvislosti s ním ohrozený môj život alebo zdravie, alebo život alebo zdravie môjho dieťaťa.

Vyhlasujem, že všetky mnou poskytnuté informácie sú podľa môjho najlepšieho vedomia úplné, presné a pravdivé. Vyhradzujem si možnosť zmeniť tento súhlas až do odberu pupočníkovej krvi a / alebo do odberu tkaniva pupočnej šnúry.

MATKA

Priezvisko a Meno

Podpis.....

LEKÁR*

Priezvisko a Meno (pečiatka).....

Podpis

*Lekár alebo zdravotnícky pracovník, ktorý vykonal informovanie a výber vhodného darcu.