

Samtycke ryska

Согласие на забор пуповинной крови

Я/мы получили устную и письменную информацию о сборе крови, сохранившейся в плаценте и пуповине после рождения моего/нашего ребенка, с целью донирования ее в Национальный банк пуповинной крови. Мне/нам известно, что донирование крови, сохранившейся в плаценте и пуповине после рождения моего/нашего ребенка, является добровольным, и я/мы можем отказаться от этого, причем этот отказ никоим образом не повлияет на уход за мной или моим/нашим ребенком. Мне/нам также известно, что у нас не будет возможности отозвать свое согласие после донирования, а также, что донированная кровь будет храниться в Банке пуповинной крови в целях использования для трансплантации лицам, которым требуется пуповинная кровь.

Мне/нам сообщили, что удаление пуповины выполняется по истечении 1 минуты при родах путем кесарева сечения. Я/мы также получили информацию об отсутствии известных рисков для моего/нашего ребенка при заборе пуповинной крови, и нам предоставили возможность задать вопросы касательно донорства.

Донированная кровь будет храниться в соответствии с Законом о стандартах качества и безопасности при обращении с тканями и клетками человека, нормативными документами Шведского национального совета по здравоохранению и социальному обеспечению в отношении операций с тканями и Законом о биобанках. Согласно Закону о здравоохранении и медицинском обслуживании, результаты анализов и данные пациентов являются конфиденциальной информацией. Конфиденциальность персональных данных регулируется Общим регламентом ЕС по защите данных (GDPR). Мне/нам известно, что мы можем получить доступ к данным обо мне/нас и о моем/нашем ребенке, имеющимся в архивах Национального банка пуповинной крови.

Мне/нам также сообщили о том, что в случае обнаружения каких-либо отклонений в анализах крови ребенка или матери, я/мы получим информацию об этом. Может потребоваться взять кровь на анализ у матери, при этом всегда есть риск дискомфорта во время процедуры забора крови и появления синяков в месте укола иглой.

Я/мы настоящим даем согласие:

- на донирование крови, сохранившейся в плаценте и пуповине после рождения ребенка, в Национальный банк пуповинной крови, и на ее хранение в этом банке, а также на не ограниченное сроком сохранение прослеживаемости связи между ребенком, матерью и донированной кровью;
- на то, что у матери будет взята проба крови для анализа на возможное наличие инфекционных заболеваний и для определения типа ткани (HLA), а также на то, что пробы крови как матери, так и ребенка будут сохранены в соответствии с Законом о биобанках на случай необходимости их исследования в будущем;
- на предоставление декларации о состоянии здоровья;
- на то, что медицинские данные матери и ребенка будут изучены в объеме, необходимом для оценки того, пригодна ли собранная кровь для замораживания и использования для трансплантации;
- на то, что медицинские данные ребенка будут изучены в связи с получением Национальным банком пуповинной крови запроса на использование крови для трансплантации пациенту. Такое изучение данных выполняется для гарантии отсутствия у ребенка тяжелых заболеваний, способных повредить пациенту.
- на то, что персональная информация в отношении ребенка и его семьи строго конфиденциальна и доступна для ознакомления только персоналу Национального банка пуповинной крови в соответствии с действующим шведским законодательством;
- на то, что в случае, если донированная кровь будет признана пригодной для трансплантации, информация об этом будет сообщена в регистры пуповинной крови, как отечественные, так и зарубежные, и другим уполномоченным лицам в связи с планируемой трансплантацией;
- на то, что сведения, сообщенные в связи с данным согласием и во время процедуры забора крови, будут зарегистрированы и переданы на хранение в лабораторную информационную систему Национального банка пуповинной крови.

☐ ДА

☐ НЕТ

Я/мы также даем согласие на то,

- что кровь, непризнанная пригодной для хранения в Национальном банке пуповинной крови, может быть использована для обеспечения качества и исследований, одобренных Региональным этическим комитетом. Это относится исключительно к исследованиям, при которых удаляются все данные, способные идентифицировать принадлежность крови определенному лицу.

☐ ДА

☐ НЕТ

Samtycke ryska

Гётеборг, дата / Göteborg den: _____

Подпись опекуна / *Vårdnadshavarens namnteckning:*

Имя и фамилия опекуна, личный идентификационный номер / *Vårdnadshavarens namn och personnummer:*

Подпись опекуна / *Vårdnadshavarens namnteckning:*

Имя и фамилия опекуна, личный идентификационный номер / *Vårdnadshavarens namn och personnummer:*

Подпись, имя и фамилия сотрудника Национального банка пуповинной крови, принявшего согласие /
Namnteckning och namn på personal vid Nationella Navelsträngsblodbanken som mottagit samtycket:
