



Samtyckę polska

Zgoda na pobranie krwi pępowinowej

Zostałam(em) poinformowana(y)/zostaliśmy poinformowani ustnie i otrzymałam(em)/otrzymaliśmy pisemną informację dotyczącą pobrania krwi pozostałej w łóżysku i w pępowinie po urodzeniu mojego/naszego dziecka oraz dawstwa jej na rzecz Nationella Navelsträngsblodbanken (Szwedzkiego Krajowego Banku Krwi Pępowinowej). Jestem świadoma(y)/jesteśmy świadomi, że dawstwo krwi, pozostałej w łóżysku i pępowinie po urodzeniu mojego/naszego dziecka, jest dobrowolne i mam(y) prawo do niewyrażenia zgody na takie dawstwo bez żadnego wpływu takiej decyzji na sposób sprawowania opieki nade mną lub nad moim/naszym dzieckiem. Jestem/jesteśmy także świadomy(a)/świadomi, że po dokonaniu dawstwa krwi nie możemy już zmienić decyzji i że oddana krew będzie przechowywana w Banku Krwi Pępowinowej na rzecz osób, które potrzebują przeszczepu krwi pępowinowej.

Zostałam(em)/zostaliśmy poinformowana(y)(i), że w przypadku cięcia cesarskiego, odcięcie pępowiny następuje po upływie 1 minuty. Zostałam(em)/zostaliśmy poinformowana(y)(i), że nie ma żadnego znanego zagrożenia dla mojego/naszego dziecka związanego z dawstwem krwi pępowinowej, a ponadto miałam(em)/mieliśmy możliwość zadawania pytań na temat dawstwa.

Pobrana krew będzie przechowywana zgodnie z Ustawą w sprawie standardów jakości i bezpieczeństwa w postępowaniu z tkankami i komórkami ludzkimi, przepisami Socialstyrelsen (Krajowej Rady Zdrowia i Opieki Społecznej) dotyczącymi działań na tkankach oraz na podstawie Biobankslagen (ustawy o Biobankach). Zgodnie z ustawą o ochronie zdrowia, wyniki badań i dane pacjentów są poufne. Poufność danych osobowych reguluje rozporządzenie o ochronie danych (RODO). Jest mi (nam) wiadome, że mogę/ możemy uzyskać wgląd do dostępnych danych na mój i mojego/naszego dziecka temat w archiwum Szwedzkiego Krajowego Banku Krwi Pępowinowej.

Zostałam(em)/zostaliśmy także poinformowana(y)(i) o tym, że gdyby wyniki któregośkolwiek z badań krwi dziecka lub matki były poza normą, zostaną/zostaniemy o tym poinformowana(y)(i). Ponieważ konieczne będzie pobranie próbki krwi od matki, zawsze istnieje ryzyko dyskomfortu podczas pobierania próbki oraz powstania zasinień po wkłuciu igłą.

Niniejszym wyrażam(y) zgodę na to, aby:

- przekazać, na rzecz Szwedzkiego Krajowego Banku Krwi Pępowinowej, krew pozostałą w łóżysku i w pępowinie po urodzeniu mojego/naszego dziecka i wyrażam(y) zgodę na to, aby krew dziecka była przechowywana w banku krwi oraz by zawsze istniała możliwość zidentyfikowania dziecka, jego matki i darowanej krwi, a ponadto zgadzam(y) się na pobranie od matki próbki krwi w celu przeprowadzenia badania na obecność chorób zakaźnych oraz
- aby pobrana została próbka krwi od matki w celu wykonania testów na obecność infekcji oraz określenia typu zgodności tkankowej (HLA), jak również na to, aby wynik badania dziecka i matki był przechowywany zgodnie z ustawą o Biobankach na wypadek przyszłych dalszych badań,
- złożyć oświadczenie o stanie zdrowia
- dokumentacja medyczna matki i dziecka mogła zostać przeanalizowana w stopniu niezbędnym do określenia stopnia przydatności pobranej krwi pępowinowej do zamrożenia i wykorzystania jej do przeszczepu.
- dokumentacja medyczna dziecka była przeglądana w przypadku, gdy Bank Krwi Pępowinowej otrzyma zapytanie o możliwość wykorzystania jego krwi pępowinowej u pacjenta. Celem jest stwierdzenie, czy Państwa dziecko nie cierpi na poważną chorobę, która mogłaby zaszkodzić pacjentowi – biorcy krwi.
- dane osobowe dotyczące dziecka i jego rodziny pozostawały poufne i były dostępne jedynie do wglądu dla personelu Banku Krwi Pępowinowej zgodnie ze stosownym prawodawstwem szwedzkim.
- w przypadku, gdy oddana krew zostanie zakwalifikowana do przeszczepu, informacje o przydatności krwi do celów dawstwa zostały udostępnione rejestrom zarówno w kraju jak i za granicą oraz innym odpowiednim osobom związanym z planowanym przeszczepem.
- informacje przekazane w związku z niniejszą deklaracją zgody oraz przy pobraniu krwi zostały zarejestrowane i były przechowywane w laboratoryjnym systemie informacyjnym Krajowego Banku Krwi Pępowinowej.

☐ TAK

☐ NIE

Również wyrażam(y) zgodę na to, aby:

- krew, w przypadku gdyby nie nadawała się do przechowywania w Szwedzkim Krajowym Banku Krwi Pępowinowej, została wykorzystana do celów kontroli jakości i badań naukowych zatwierdzonych przez Regionalną Komisję Etyki. Dotyczy to wyłącznie badań naukowych, przy wykonywaniu których wszelkie dane umożliwiające identyfikację konkretnego dawcę krwi zostaną usunięte.

☐ TAK

☐ NIE

Samtycke polska

Göteborg, dnia / Göteborg den: _____

Podpis opiekuna prawnego / Vårdnadshavarens namnteckning:

Nazwisko i numer osobisty opiekuna prawnego / Vårdnadshavarens namn och personnummer:

Podpis opiekuna prawnego / Vårdnadshavarens namnteckning:

Nazwisko i numer osobisty opiekuna prawnego / Vårdnadshavarens namn och personnummer:

Imię, nazwisko i podpis pracownika Krajowego Banku Krwi Pępowinowej przyjmującego deklarację zgody /
Namnteckning och namn på personal vid Nationella Navelsträngsblodbanken som mottagit samtycket:
