

## 17D Świadoma zgoda Rodziców

### OŚWIADCZENIE nr

..... (Wypełnia RCNT)

.....  
(Miejscowość)

.....  
(Data)

Rodziców prosimy o zapoznanie się z niniejszym dokumentem i wypełnienie pól zacieniowanych.

.....  
(imię i nazwisko Matki)

.....  
(imię i nazwisko Ojca)

.....  
(adres zamieszkania: ulica, numer domu, numer mieszkania)

.....  
(adres zamieszkania: ulica, numer domu, numer mieszkania)

.....  
(kod pocztowy, miejscowość)

.....  
(kod pocztowy, miejscowość)

.....  
(PESEL Matki)

.....  
(PESEL Ojca)

.....  
(telefon kontaktowy)

My, niżej podpisani, niniejszym oświadczamy, że wyrażamy wolę, aby po porodzie naszego dziecka została pozyskana (przez wykwalifikowany personel szpitala lub kliniki) krew pępowinowa przeznaczona do ogólnego pożytku i dyspozycji publicznej dla potrzebujących biorców.

Wyrażamy zgodę na nieodpłatną organizację i koordynację pozyskania, transportu, preparatyki krwi pępowinowej i przechowywania komórek macierzystych, na potrzeby wskazane w niniejszym oświadczeniu, przez Regionalne Centrum Naukowo-Technologiczne (RCNT) w Podzamczu 45, 26-060 Chęciny, a następnie przekazania przez RCNT informacji o jednostce krwi pępowinowej do Centralnego Rejestru Niepokrewnionych Potencjalnych Dawców Szpiku i Krwi Pępowinowej prowadzonego przez Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne ds. Transplantacji Poltransplant z siedzibą w Warszawie.

Jesteśmy świadomi, iż pozyskana krew będzie stanowiła własność publiczną, a informacja o dawcy pobranej jednostki będzie informacją anonimową. Jest nam wiadome, że w konsekwencji niniejszej decyzji nie będziemy mogli ubiegać się o udostępnienie pobranej jednostki krwi pępowinowej na potrzeby własne.

W przypadku, gdy pozyskana krew pępowinowa lub warunki preparatyki z przyczyn obiektywnych nie spełnią kryteriów wymaganych przez RCNT do dalszego jej wykorzystania w celach transplantacyjnych, wyrażamy zgodę na wykorzystanie tej krwi do testów i badań naukowych związanych z rozwojem nauki o krwi pępowinowej i komórkach macierzystych wg uznania RCNT.

W przeciwnym przypadku prosimy o zaznaczenie poniższego pola:

\* nie wyrażamy zgody

\*Prosimy o zaznaczenie znakiem X jeżeli nie wyrażają Państwo zgody na wykorzystanie krwi pępowinowej do badań naukowych (krew zostanie wówczas poddana utylizacji)

Wyrażam zgodę na przechowywanie surowicy krwi obwodowej matki w Biobanku Populacyjnym RCNT oraz zrzekam się praw do niej, jak również wyrażam zgodę na prowadzenie badań naukowych na w/w materiale biologicznym.

W przeciwnym przypadku prosimy o zaznaczenie poniższego pola:

\* nie wyrażamy zgody

\*Prosimy o zaznaczenie znakiem X jeżeli nie wyrażają Państwo zgody na przechowywanie surowicy krwi obwodowej matki w Biobanku Populacyjnym RCNT oraz prowadzenie badań naukowych

Wyrażamy zgodę na przechowywanie elementów składowych krwi pępowinowej w Biobanku Populacyjnym RCNT oraz zrzekam się praw do nich, jak również wyrażam zgodę na prowadzenie badań naukowych na w/w materiale biologicznym.

W przeciwnym przypadku prosimy o zaznaczenie poniższego pola:

\* nie wyrażamy zgody

Wyrażamy zgodę na przetwarzanie naszych danych osobowych w zakresie niezbędnym dla właściwej realizacji czynności wskazanych powyżej.

W przeciwnym przypadku prosimy o zaznaczenie poniższego pola:

\* nie wyrażamy zgody

W przypadku braku podpisu Ojca dziecka pod niniejszym oświadczeniem, zapewniam jako Matka, że oświadczenie jest zgodne z wolą Ojca dziecka, a ja zostałam upoważniona przez ojca dziecka do samodzielnego złożenia oświadczenia w powyższym przedmiocie.

Zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) oraz prawa krajowego informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Regionalne Centrum Naukowo - Technologiczne z siedzibą: Podzamcze 45, 26-060 Chęciny.
2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu szczegółowo określonym w niniejszym dokumencie, na podstawie przepisu prawa zgodnie z art.6 ust.1 pkt. a rozporządzenia.
3. Podanie danych osobowych w zakresie wymaganym ustawodawstwem o działalności leczniczej jest obowiązkowe, a w pozostałym jest dobrowolne.
4. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie.
5. Dane osobowe będą przechowywane przez termin dłuższy spośród określonych poniżej:

## 17D Świadoma zgoda Rodziców

- 5.1. zgodnie z art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008r o prawach i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r. poz. 1318 z późn. zm.), tj. 20 lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu, z uwzględnieniem wyjątków przewidzianych we wskazanym przepisie, lub
- 5.2. Zgodnie z art. 34 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. z 2017 r. poz. 1000), tj. przez okres 30 lat od dnia wydania tkanek lub komórek w celu przeszczepienia lub zastosowania u ludzi, w sposób umożliwiający identyfikację dawców i biorców tkanek lub komórek, lub
- 5.3. przez czas funkcjonowania Biobanku.
6. Podane przez Panią/Pana dane będą utajnione. Próbką zostanie zakodowana unikalnym numerem, uniemożliwiając identyfikację danych personalnych przez osoby niepowołane.
7. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
8. Kontakt do Inspektora Ochrony Danych: [jodo@rcnt.pl](mailto:jodo@rcnt.pl)
9. Pracownicy Biobanku Regionalnego Centrum Naukowo-Technologicznego mogą skontaktować się z Panią/Panem ponownie (telefonicznie lub listownie) w celu uzupełnienia informacji.
10. W każdej chwili może Pani/Pan wycofać swój materiał biologiczny bez podania przyczyny. Wyniki badawcze uzyskane do tego momentu mogą być wykorzystane w celach naukowych.
11. Pobrany materiał biologiczny, w przypadku wyrażenia zgody na nieodpłatne przechowywanie materiału biologicznego, zostanie wykorzystany do realizacji przyszłych badań naukowych.
12. Podane przez Panią/Pana dane będą jedynie znane członkom zespołu badawczego i będą traktowane jako poufne, nie będą przekazywane innym odbiorcom.

.....  
(data i czytelny podpis Matki)

.....  
(data i czytelny podpis Ojca)

Ja, niżej podpisana, wyrażam zgodę na pobranie próbki mojej krwi obwodowej i wykonanie m.in. następujących niezbędnych badań: HBsAg, Anty-HBc, anty-CMV-IgM, anty-CMV-IgG i, anty-Syfilis, anty-Toxo-IgM, anty-Toxo-IgG i, Anty-HCV, anty-HIV 1,2. Jestem świadoma, że w przypadku wstępnej pozytywnej kwalifikacji jednostki krwi pępowinowej pozyskanej po porodzie mojego dziecka niezbędne jest ponowne wykonanie wymienionych wyżej badań z mojej krwi obwodowej po upływie 6 miesięcy od pozyskania krwi pępowinowej.

.....  
(data i czytelny podpis Matki)