Ondergetekende (naam, voornaam) ……………………………………………………….. is geïnformeerd, bewust en geeft vrij toestemming voor het toedienen van G-CSF en het afstaan van stamcellen uit het bloed voor de behandeling van een patiënt met een allogene stamceltransplantatie. Uw handtekening onderaan betekent dat u dit document gelezen hebt, de gelegenheid gekregen hebt om vragen te stellen en dat u toestemt met de afname, de bewaring en het gebruik van de stamcellen. Gelieve ook hieronder aan te vinken of u al dan niet akkoord gaat met de bewaring en het gebruik van stamcellen voor wetenschappelijk onderzoek.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ik heb de schriftelijke informatie over donatie van stamcellen uit het bloed of beenmerg goed gelezen en begrepen en heb een afdoend antwoord gekregen op mijn vragen. | [ ]  JA | [ ]  NEEN |
| Ik weet dat ik geen financiële vergoeding krijg voor het afstaan van stamcellen. | [ ]  JA | [ ]  NEEN |
| Ik weet dat alle kosten die de afname van stamcellen met zich meebrengt betaald worden door het RIZIV (Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering) of buitenlandse register van de acceptor van de stamcellen. | [ ]  JA | [ ]  NEEN |
| Ik ben naar tevredenheid geïnformeerd over G-CSF stimulatie en de mogelijke bijwerkingen hiervan. | [ ]  JA | [ ]  NEEN |
| Ik ben geïnformeerd over de collectieprocedure. Er is mij verteld wat een stamcelafname is, het doel en de aard van de stamcelafname is mij duidelijk. | [ ]  JA | [ ]  NEEN |
| Voor vrouwelijke donoren: ik weet dat ik een zwangerschapstest moet ondergaan en word geadviseerd om een zwangerschap te vermijden voor de G-CSF-stimulatie, voor de start van de voorbereiding van de patiënt en voor de afname. | [ ]  JA | [ ]  NEEN |
| Er is mij verteld op welke manier de afname zal gebeuren. | [ ]  JA | [ ]  NEEN |
| De risico’s betrokken bij de soort afname werden met mij besproken. | [ ]  JA | [ ]  NEEN |
| Ik ga akkoord dat de artsen de besproken procedure voor het oogsten zullen doen. | [ ]  JA | [ ]  NEEN |
| Ik ga akkoord dat de artsen de gegeven stamcellen zullen bewaren en gebruiken voor een allogene stamceltransplantatie. | [ ]  JA | [ ]  NEEN |
| Ik weet dat tijdens de donorkeuring laboratoriumonderzoeken worden uitgevoerd die gecommuniceerd worden aan de transplantatiearts van het transplantcentrum. Dit gebeurt op anonieme wijze. | [ ]  JA | [ ]  NEEN |
| Ik weet dat ik op de hoogte word gesteld van afwijkende resultaten van deze laboratoriumonderzoeken.  | [ ]  JA | [ ]  NEEN |
| Ik geef toestemming om indien na de toediening van G-CSF niet voldoende stamcellen in het bloed verschijnen, een beenmergafname bij mij uit te voeren onder narcose in de operatiekamer. | [ ]  JA | [ ]  NEEN |
| Ik geef toestemming om indien het onmogelijk is een katheter te plaatsen in de elleboogplooi:* Een lieskatheter te plaatsen
* Een halskatheter te plaatsen.
* Een borstkatheter te plaatsen.
 | [ ]  JA[ ]  JA[ ]  JA | [ ]  NEEN[ ]  NEEN[ ]  NEEN |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ik heb het recht om “op elk ogenblik” mijn toestemming tot donatie van stamcellen en tot gebruik ervan in te trekken alvorens het lichaamsmateriaal enige handeling heeft ondergaan. Ik moet hiervoor geen reden opgeven. Ik ben mij ervan bewust dat een dergelijke beslissing fataal kan zijn voor de patiënt voor wie de stamcellen bestemd zijn. | [ ]  JA | [ ]  NEEN |
| Ik geef toestemming indien de transplantatie niet volledig succesvol is of in geval van complicaties lymfocyten te doneren.  | [ ]  JA | [ ]  NEEN |
| Ik weet dat er mogelijk een deel van de afgenomen cellen kan worden ingevroren. Dit deel kan enkel dienen voor een latere toediening van de patiënt. | [ ]  JA | [ ]  NEEN |
| Ik geef toestemming aan de behandelende artsen van de patiënt die getransplanteerd wordt om te beschikken over mijn afgestane stamcellen of andere hematopoietische cellen indien de patiënt komt te overlijden of indien haar/zijn gezondheidstoestand toediening ervan niet meer toelaat of wettigt. Dit houdt onder meer vernietigen van deze cellen in. | [ ]  JA | [ ]  NEEN |
| Indien de verantwoordelijke arts de verdere bewaring niet meer zinvol vindt, zullen de resterende stamcellen vernietigd worden. Ik word hierover niet op de hoogte gebracht. | [ ]  JA | [ ]  NEEN |
| Ik ga er uitdrukkelijk mee akkoord dat mijn donatie, indien niet geschikt voor transfusie, of restfracties of reststalen van mijn donatie, onder hogervermelde voorwaarden gebruikt kunnen worden voor wetenschappelijk onderzoek\* en/of voor validatie- of onderwijsdoeleinden\* Van zodra het wetenschappelijk onderzoek is gestart, kan deze toestemming niet meer worden ingetrokken. | [ ]  JA | [ ]  NEEN |
| De donorgegevens worden geregistreerd in een databank. Ik weet dat de donorarts hierbij verbonden is aan het beroepsgeheim en dat mijn gegevens vertrouwelijk zullen behandeld worden. | [ ]  JA | [ ]  NEEN |
| Ik weet dat de medische gegevens met betrekking tot de donatie worden ingekeken door de transplantatiearts en dat deze indien relevant voor de transplantaties worden gecommuniceerd aan de patiënt. | [ ]  JA | [ ]  NEEN |
| Ik heb de gelegenheid gehad om vragen te stellen over wat voor mij onduidelijk was en ik ben tevreden met de antwoorden die ik op mijn vragen heb gekregen. | [ ]  JA | [ ]  NEEN |

Daarnaast erkent u via dit document dat u kennis hebt genomen van het gegevensbeleid van toepassing op de verwerking van uw persoonsgegevens in het kader van uw donatie van stamcellen uit het bloed of beenmerg en dat u weet dat uw persoonsgegevens op gecodeerde wijze worden doorgegeven aan de World Marrow Donor Association en andere buitenlandse centra actief in het kader van stamceltransplantaties. U kan hieronder tevens uw voorkeuren m.b.t. de verwerking van uw persoonsgegevens doorgeven.

[ ]  Ik wens **niet** uitgenodigd te worden voor bijkomend wetenschappelijk onderzoek of innovatieve geneeskundige doeleinden zoals regeneratieve geneeskunde & immunotherapie.

[ ]  Ik wens **niet** opgeroepen te worden voor de donatie van bloed, bloedplaatjes en/of plasma welke nodig zou kunnen zijn voor de behandeling van een specifieke patiënt.

Hierbij verklaar ik dit document te hebben gelezen en voldoende uitleg te hebben ontvangen:

[ ]  Ik heb een kopie van de algemene donor informatiebrief, m.i.v. het gegevensbeleid, ontvangen en heb kennis genomen van de inhoud ervan.

[ ]  Ik heb een kopie van de informatiebrief over donor onkosten en anonieme communicatie ontvangen.

[ ]  Ik heb een kopie van deze bereidheidsverklaring ontvangen.

*Rijksregisternummer / Identiteitskaartnummer:*

|  |
| --- |
| *Naam en voornaam van de* ***donor****:*  |
| *Handtekening:* | *Plaats:* *Datum:*  |

Hierbij verklaar ik dat:

[ ]  de identiteit van de donor werd geverifieerd.

|  |
| --- |
| *Naam en voornaam van de* ***geneesheer****:*   |
| *Handtekening:* | *Plaats:* *Datum:*  |

|  |
| --- |
| *Naam en voornaam van de* ***getuige****:*   |
| *Handtekening:* | *Plaats:* *Datum:*  |

Ingevuld in 2 originele exemplaren:

* 1 voor de kandidaat donor zelf
* 1 voor het dossier