Ondergetekende (naam, voornaam) ………………………………………………………….…………is geïnformeerd, bewust en geeft vrij toestemming voor het afstaan van lymfocyten 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 lymfocyten. Gelieve dan ook alle onderstaande vakjes aan te vinken voor akkoord.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ik heb de informatie begrepen en heb een afdoend antwoord gekregen op mijn vragen. | JA | NEEN |
| Ik weet dat ik geen financiële vergoeding krijg voor het afstaan van lymfocyten. | JA | NEEN |
| Er is mij verteld wat lymfocyten zijn. Het doel en de aard van de afname is mij duidelijk. | JA | NEEN |
| Voor vrouwelijke donoren: ik weet dat ik word geadviseerd om een zwangerschap te vermijden en een zwangerschapstest moet ondergaan 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 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 ga akkoord dat de artsen de gegeven lymfocyten zullen gebruiken voor een donorlymfocyten-infusie en eventueel zullen bewaren. | JA | NEEN |
| Ik heb inzage in de testresultaten, zoals o.a. HIV. | 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 aan de patiënt. | JA | NEEN |
| Indien de patiënt overlijdt zullen deze donor lymfocyten vernietigd worden. | 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 |
| 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 |
| Deze toestemming wordt vrijwillig, geïnformeerd en bewust gegeven. | JA | NEEN |
| Ik weet dat ik de toestemming tot deze procedure mag intrekken zolang er geen verwerking van de lymfocyten is gebeurd en zolang bij de patiënt geen acties werden ondernomen ter voorbereiding van de toediening van lymfocyten. | 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 |

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 toestemmingsverklaring 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