



ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ

Аз, долуподписаната/клиентка/..... с ЕГН , декларирам, че съм съгласна да бъде взета кръв от пъпната връв на моето дете и/или част от пъпна връв и/или плацента, която да бъде изследвана, преработена и подготвена за съхранение за продължителен период от време, при условията на подписания между нас Договор, от , наричан по-долу ДОГОВОРА.

1. Настоящото съгласие ще послужи за извършване на процедура по вземане, изследване и съхранение на стволови клетки от кръв от пъпна връв на бъдещото ми дете и/или мезенхимни клетки от пъпна връв и/или стволови клетки от плацента.
2. Съхранението на стволови, респ. мезенхимни клетки се извършва въз основа на подписан Договор.
3. Приемам задължението да представя на БИОХЕЛЕНИКА БЪЛГАРИЯ медицински изследвания удостоверяващи наличие или липса на инфекция с хепатит В и С , СПИН и сифилис.
4. Процедурата по вземане на кръв от пъпна връв ще се извърши от обучен лекар, съгласно условията на Договор, като след това взетия биологичен материал ще се изпрати в БИОХЕЛЕНИКА ГЪРЦИЯ за изследване и евентуално последващо съхранение на отделените стволови и/или мезенхимни клетки.
5. Давам съгласието си на БИОХЕЛЕНИКА БЪЛГАРИЯ да вземе биологичната проба, да я транспортира и да я предостави за обработка и съхранение на БИОХЕЛЕНИКА ГЪРЦИЯ, както и да изпълни задължението си съгласно ЗТОТК – да предостави на Изпълнителната агенция по трансплантация към Министерство на здравеопазването информация за взетите проби, както и личните ми данни, когато това е свързано с изпълнението на настоящия договор или процедурата по вземане на биологичен материал и съхранение на стволови и/или

мезенхимни клетки като цяло, съгласно изискванията на Закона за защита на личните данни и европейските нормативни разпоредби.

6. Съгласна съм, че задължително следва да уведомя на дежурния телефон обявения от БИОХЕЛЕНИКА БЪЛГАРИЯ, или по друг подходящ начин, веднага след започване на родилна дейност или при планово Цезарово сечение, с оглед организиране на процедурата по вземане на биологична проба от лекар-оператор към БИОХЕЛЕНИКА БЪЛГАРИЯ.
7. Разбирам, че при вземане на биологичната проба не се извършва манипулация върху мен и детето ми, следователно не съществува никакъв риск от увреждане на здравето.
8. По време на раждането може да настъпят усложнения и вземането на проба да бъде невъзможно. Следователно тази манипулация не може да бъде гарантирана от лекарския екип на БИОХЕЛЕНИКА БЪЛГАРИЯ.
9. Давам съгласието си от взетия биологичен материал да бъдат отделени и съхранени стволови клетки, респ. мезенхимни клетки в продължение на 20 години. Взетата проба ще бъде идентифицирана по уникален начин и съхранена при условията на криогенната техника.
10. Клетките изолирани от биологичната проба са отлично съвместими с моето дете. Аз и бащата на детето нямаме гаранция и сигурност, че то ще има нужда от тях, но наличието на съхранените клетки ще намали риска от евентуални бъдещи заболявания и усложнения.
11. Разбирам, че резултат относно това дали взетата проба може да бъде съхранена, се получава, едва след като бъдат направени необходимите лабораторни изследвания от БИОХЕЛЕНИКА ГЪРЦИЯ.
12. В случай, че лабораторните анализи покажат недостатъчен брой жизнени стволови клетки, няма да търся връщане на първата вноски, поради предварително направените от БИОХЕЛЕНИКА БЪЛГАРИЯ разходи по изпълнение на процедурата.
13. Разбирам, че успешното съхранение на стволови, респ. мезенхимни клетки се удостоверява със Сертификат съдържащ уникален идентификационен номер, който се издава от БИОХЕЛЕНИКА ГЪРЦИЯ на английски език.
14. Разбирам, че взетите и съхранени стволови клетки, респ. мезенхимни клетки ще се използват само за автоложна или алогенна трансплантация.

15. Разбирам, че съхранените стволови клетки и/или мезенхимни клетки евентуално биха били използвани за бъдещо лечение на някои болести на детето.
16. Разбирам, че предимствата произтичащи от прилагането на стволови, респ. мезенхимни клетки може да се използват за лечение на някои потенциално опасни за живота на човека болести, като левкемия, други форми на рак и кръвни увреждания.
17. Разбирам, че пробата на моето дете ще бъде върната при наличие на медицинска индикация, при следните условия: молба до БИОХЕЛЕНИКА ГЪРЦИЯ за предоставяне на пробата и потвърждение от лекуващия лекар на детето, че това е необходимо за неговото лечение.
18. Разбирам, че взетата проба може да бъде използвана само в лечебно заведение, което има право да извършва трансплантация на клетките съгласно изискванията на българското законодателство.
19. Давам своето съгласие на БИОХЕЛЕНИКА БЪЛГАРИЯ, като администратор на лични данни да съхранява за неопределен срок от време личните ми данни, медицински изследвания и информирано съгласие.
20. Давам съгласие, че това Информирано съгласие е подписано в пълно съзнание и че съм получила отговор на всички поставени въпроси.
21. Във връзка с чл. 3, (2), т. 2 от Договора, заявявам своя избор по следната позиция:
- (A) преработка и съхранение на стволови клетки от кръв от пъпна връв.
- (B) преработка и съхранение на стволови клетки от кръв от пъпна връв и мезенхимни клетки от пъпна връв с веществото на Wharton`s jelly.
- (C) преработка и съхранение на стволови клетки от кръв от пъпна връв и от плацента.
- (D) преработка и съхранение на стволови клетки от кръв от пъпна връв, мезенхимни клетки от пъпна връв и стволови клетки от плацента.

Име на Майката:.....

Подпис:.....

Име на свидетеля:.....

Подпис на свидетеля:.....