**CONTACTGEGEVENS DONOR CENTER**

*Adres donor center:*

*Naam en voornaam geneesheer of gekwalificeerde medewerker: .*

**GEGEVENS DONOR**

*Naam en voornaam donor:*

*Geboortedatum: Bloedgroep (indien gekend):*

*Rijksregisternummer/ Identiteitskaartnummer:*

*Volledig adres donor:*

*Contactgegevens donor:*

*Tel. thuis: Tel. werk :*

*Gsm:*

*E-mail:*

*Rekrutering:*

*Via entourage / vereniging / website / bloeddonorinfo / pers / onbekend / andere:*

*Ik:* [ ]  *wens uitgenodigd te worden als bloed-, plasma- of plaatjesdonor.*

 [ ]  *wens NIET uitgenodigd te worden als bloed-, plasma- of plaatjesdonor.*

 [ ]  *niet van toepassing.*

Etniciteit:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| AFNA | Afrikaans: Noord-Afrika (Marokko, Algerije, Libië, Tunesië, Egypte, Westelijke Sahara) | [ ]  |
| AFSS | Afrikaans: Sub-Sahara-Afrika | [ ]  |
| ASSW | Aziatisch: Zuidwest-Azië (het Midden-Oosten, Turkije) | [ ]  |
| ASSO | Aziatisch: Zuid-Azië (Indië, Pakistan, Bangladesh, Sri Lanka, Bhutan, Nepal) | [ ]  |
| ASCE | Aziatisch: Centraal-Azië (Oost-Rusland, Kazachstan, Oezbekistan, Kirgizië, Tadzjikistan) | [ ]  |
| ASSE | Aziatisch: Zuidoost-Azië (China, Mongolië, Myanmar, Laos, Cambodja, Thailand, Vietnam, Taiwan) | [ ]  |
| ASNE | Aziatisch: Noord- en Noordoost-Azië (Japan, Noord-Korea, Zuid-Korea) | [ ]  |
| ASOC | Aziatisch: Oceanië (de Pacifische eilanden buiten Japan, Australië, Taiwan, Sachalin en de Aleoeten) | [ ]  |
| CAEU | Kaukasisch: het vasteland van Europa, Groenland, Ijsland, West-Rusland | [ ]  |
| CAER | Kaukasisch: Oost-Rusland | [ ]  |
| CANA | Kaukasisch: Noord-Amerika (de Verenigde Staten van Amerika, Canada, Mexico) | [ ]  |
| CAAU | Kaukasisch: Australië (Australië, Nieuw-Zeeland) | [ ]  |
| HICA | Latino: Centraal-Amerika, de Caraïben | [ ]  |
| HISA | Latino: Zuid-Amerika | [ ]  |
| MX | Gemengde afkomst | [ ]  |
| OT | Andere: …………………………… | [ ]  |
| UK | Ik weet het niet | [ ]  |
| NA | Ik deel dit liever niet mee | [ ]  |

Uw handtekening onderaan betekent dat u dit document gelezen hebt, gelieve hieronder ook voor alle stellingen aan te duiden of u al dan niet akkoord gaat.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ik wens me te melden als vrijwillige stamceldonor voor een Belgische of internationale patiënt die niet verwant is aan mij en geen geschikte donor heeft in zijn familie. Ik stem hier vrijwillig en uit eigen beweging mee in.  | [ ]  JA | [ ]  NEEN |
| Ik heb de informatiebrief voor registratie van vrijwillige stamceldonoren gelezen en begrepen.  | [ ]  JA | [ ]  NEEN |
| Ik heb de gelegenheid gehad om vragen te stellen en ben tevreden met de verkregen antwoorden. | [ ]  JA | [ ]  NEEN |
| Ik heb voldoende informatie gekregen over de doelstellingen, methodes en mogelijke risico’s bij afname van stamcellen.  | [ ]  JA | [ ]  NEEN |
| Ik ben op de hoogte dat deze afname kan gebeuren via het bloed of het beenmerg. | [ ]  JA | [ ]  NEEN |
| Ik ben naar tevredenheid geïnformeerd over G-CSF stimulatie en anesthesie, en de mogelijke bijwerkingen ervan. | [ ]  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 weet dat een opname van 36 à 48 uur in het ziekenhuis nodig kan zijn in geval van anesthesie. | [ ]  JA | [ ]  NEEN |
| Als ik geselecteerd word met het oog op een donatie voor een patiënt, weet ik dat er bijkomende onderzoeken zullen worden uitgevoerd om onze HLA-compatibiliteit te bepalen en dat bepaald zal worden of ik door bepaalde virussen geïnfecteerd werd.  | [ ]  JA | [ ]  NEEN |
| Ik ben op de hoogte dat, enkele weken voor de afname van de stamcellen er een doktersonderzoek verricht zal worden, bestaand uit anamnese, klinisch onderzoek en een bloedafname met o.a. bloedtesten om infectie uit te sluiten. | [ ]  JA | [ ]  NEEN |
| Ik weet van het bestaan van infectieziekten (HIV, hepatitis) en van de overdracht van donor naar patiënt. | [ ]  JA | [ ]  NEEN |
| Ik weet dat ik bij een afwijkend resultaat op de hoogte wordt gesteld en dat alle resultaten gecommuniceerd worden aan de transplantatiearts en de patiënt.  | [ ]  JA | [ ]  NEEN |
| Ik weet dat ik het recht heb om “op elke ogenblik” mijn toestemming tot donatie van stamcellen in te trekken zonder hiervoor een reden op te geven. Ik ben mij ervan bewust dat een dergelijke beslissing in de dagen voorafgaand aan de afname fataal kan zijn voor de patiënt voor wie de stamcellen bestemd zijn. | [ ]  JA | [ ]  NEEN |
| In geval van definitieve of tijdelijke terugtrekking van mijn kandidatuur of bij een adresverandering verbind ik mij ertoe het donorcentrum, waarvan adresgegevens hierboven, te verwittigen. | [ ]  JA | [ ]  NEEN |
| Ik ben op de hoogte dat in een minderheid van gevallen een tweede afname (stamcellen of lymfocyten) gevraagd kan worden, enkele weken of maanden of jaren na de eerste afname. | [ ]  JA | [ ]  NEEN |
| Ik weet dat stamcellen in de toekomst ook gebruikt zullen worden voor andere toepassingen dan stamceltransplantaties, o.a. in de herstelgeneeskunde, en dat hiervoor een afzonderlijk toestemmingsformulier nodig zal zijn. | [ ]  JA | [ ]  NEEN |
| Ik weet dat de gegevens ook op anonieme wijze deel uitmaken van wetenschappelijke databanken die de frequenties van weefseltypes op anonieme wijze ter beschikking stellen voor wetenschappelijke doeleinden. | [ ]  JA | [ ]  NEEN |
| Ik weet dat ik geen financiële vergoeding krijg voor het afstaan van stamcellen of lymfocyten. | [ ]  JA | [ ]  NEEN |
| Ik weet dat voor iedere donor die stamcellen of lymfocyten geeft, er een verzekering wordt afgesloten met dekking voor eventuele lichamelijke schade die het gevolg is van de donatie. | [ ]  JA | [ ]  NEEN |
| Ik ben op de hoogte dat informatie over de patiënt voor wie ik cellen afsta enkel op anonieme wijze kan worden meegedeeld na akkoord van het Belgische Register, de patiënt zelf en het transplantatiecentrum. | [ ]  JA | [ ]  NEEN |
| Ik weet dat de cellen in uitzonderlijke gevallen kunnen worden ingevroren en dat deze cellen worden bewaard zolang er nog een indicatie kan bestaan om deze later aan de patiënt toe te dienen. Indien er geen indicatie meer is, zullen deze ingevroren cellen worden vernietigd zonder dat ik hierover op de hoogte wordt gebracht. | [ ]  JA | [ ]  NEEN |
| Ik ben ervan op de hoogte gebracht dat op 1 week, 1 maand, 1 jaar en 5 jaar na stamceldonatie contact met mij zal opgenomen worden om te informeren naar mijn gezondheidstoestand en voor een eventuele bloedafname. | [ ]  JA | [ ]  NEEN |
| Tevens weet ik dat ik op de leeftijd van 60 jaar automatisch uit het register wordt geschrapt. | [ ]  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 kandidaatstelling om stamcellen te doneren 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.

|  |
| --- |
| *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*** *of gekwalificeerde medewerker:*   |
| *Handtekening:* | *Plaats:* *Datum:*  |

Ingevuld in 2 originele exemplaren:

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