

DANE PACJENTA

IMIĘ I NAZWISKO

PESEL.....

Rodzaj planowanego zabiegu.....

Rodzaj i ilość usuniętej tkanki.....

ŚWIADOMA ZGODA

1. Oświadczam, że zostałam/em wyczerpująco i w zrozumiały dla mnie sposób poinformowana/y o sposobie wykonania zabiegu pobrania tkanki tłuszczowej, oraz o wykorzystaniu pozyskanej tkanki do izolowania z niej komórek macierzystych.
2. Wyrażam zgodę na pozyskanie komórek obecnych w mojej tkance tłuszczowej, pobranej metodą liposukcji przez lekarza- specjalistę w zakresie chirurgii.
3. Wyrażam zgodę na podanie komórek wyizolowanych z mojej tkanki tłuszczowej, metodą wybraną przez lekarza- specjalistę w zakresie chirurgii.
4. Wyrażam zgodę na podanie przez lekarza specjalistę w zakresie chirurgii preparatu osocza bogatopłytkowego i cytokin pozyskanych z mojej krwi.
5. Wyrażam zgodę na przekazanie informacji Klinice Ortopedii „ OMED ” o wynikach badań serologicznych w kierunku HIV1 i 2, Anty-HCV, WR,HBC oraz morfologii krwi i układu krzepnięcia, obowiązkowych w świetle przepisów prawa.
6. Jestem również świadoma/y, że istnieje potencjalne prawdopodobieństwo, iż uzyskane komórki nie będą nadawały się do przeszczepu/podania.
7. W takim przypadku (pkt.6) informacja zostanie przekazana niezwłocznie mojemu lekarzowi prowadzącemu, który ustali dalsze postępowanie.
8. Wyrażam zgodę, aby moje dane personalne były przekazane i przechowywane w bazie Kliniki Ortopedii „ OMED „ w celu właściwej i prawidłowej identyfikacji zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

Warszawa, dnia

.....
podpis pacjenta

.....
podpis osoby przyjmującej oświadczenie