Raumeninių ir kaulinių audinių transplantacijos paslaugų teikimo tvarkos aprašo

1 priedas

(**Asmens sutikimo dėl duomenų teikimo žmogaus audinių, ląstelių ir organų donorų bei recipientų registrui ir sutikimo / nesutikimo tapti raumeninių ir kaulinių audinių recipientu**

**forma**)

Asmens sveikatos priežiūros įstaiga \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(pavadinimas, adresas, kodas)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ASMENS SUTIKIMAS DĖL DUOMENŲ TEIKIMO ŽMOGAUS AUDINIŲ, LĄSTELIŲ IR ORGANŲ DONORŲ BEI RECIPIENTŲ REGISTRUI IR**

**SUTIKIMAS / NESUTIKIMAS TAPTI RAUMENINIŲ IR KAULINIŲ AUDINIŲ RECIPIENTU**

**Aš** (pacientas),**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*(vardas, pavardė, asmens kodas, telefono Nr.)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

arba paciento **įstatyminis atstovas** (jei pacientas nepilnametis arba pripažintas neveiksniu),\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(vardas, pavardė, asmens kodas, giminystės ryšys, telefono Nr.)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **sutinku**,

 **nesutinku**,

(*tinkamą variantą pažymėti* 🗹 )

 kad man (mano globotiniui) būtų atlikta raumeninių ir kaulinių audinių transplantacijos operacija;

 kad duomenys būtų nuolat teikiami, saugomi ir naudojami pagal Žmogaus audinių, ląstelių ir organų donorų bei recipientų registro (toliau – Registras) paskirtį.

 **Patvirtinu**, kad gydytojas atsakė į mano klausimus, išsamiai ir suprantamai paaiškino apie:

* neatlygintiną donorystę;
* riziką, kylančią gaunant svetimą audinį;
* mano (mano globotinio) ligą, jos eigą ir transplantacijos operacijos tikslingumą bei galimas pasekmes, atsisakius operacijos;
* mano (mano globotinio), kaip paciento, teises ir pareigas bei tokių pareigų nesilaikymo teisines pasekmes;
* duomenų apie mane (mano globotinį) teikimą Registrui.

**Pareiškiu**, kad mano veiksnumas nėra apribotas ir šiame sutikime nurodyti duomenys yra teisingi. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(vardas, pavardė, parašas, data)*

Sutikimas pasirašytas mano akivaizdoje\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(gydytojo spaudas, parašas, data)*

Įstaigos vadovas\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(vardas, pavardė, parašas, data)*

A.V.