



LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRAS

ĮSAKYMAS

**DĖL LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRO 2000 M.
BIRŽELIO 30 D. ĮSAKYMO NR. 367 „DĖL MIRUSIOJO ARTIMŲJŲ SUTIKIMO, KAD
MIRUSIOJO AUDINIAI, ORGANAI BŪTŲ PAIMTI IR ATIDUOTI
TRANSPLANTACIJAI, PASIRAŠYMO TVARKOS APRAŠO IR MIRUSIOJO ARTIMŲJŲ
SUTIKIMO, KAD MIRUSIOJO AUDINIAI, ORGANAI BŪTŲ PAIMTI IR ATIDUOTI
TRANSPLANTACIJAI, FORMOS PATVIRTINIMO“ PAKEITIMO**

2016 m. balandžio 25 d. Nr. V-510

Vilnius

1. P a k e i č i u formą Nr. 138/a „Mirusiojo artimųjų sutikimo, kad mirusiojo audiniai, organai būtų paimti ir atiduoti transplantacijai, forma“, patvirtintą Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. birželio 30 d. įsakymu Nr. 367 „Dėl mirusiojo artimųjų sutikimo, kad mirusiojo audiniai, organai būtų paimti ir atiduoti transplantacijai, pasirašymo tvarkos aprašo ir Mirusiojo artimųjų sutikimo, kad mirusiojo audiniai, organai būtų paimti ir atiduoti transplantacijai, formos patvirtinimo“, ir išdėstau ją nauja redakcija (pridedama).

2. P a v e d u įsakymo vykdymą kontroliuoti viceministrui pagal veiklos sritį.

Sveikatos apsaugos ministras

Juras Požela

Forma patvirtinta
Lietuvos Respublikos
sveikatos apsaugos ministro
2000 m. birželio 30 d. įsakymu Nr. 367
(Lietuvos Respublikos
sveikatos apsaugos ministro
2016 m. balandžio 25 d.
įsakymo Nr. V-510 redakcija)

Forma Nr. 138/a

Įstaigos pavadinimas, adresas, kodas

**MIRUSIOJO ARTIMŲJŲ SUTIKIMAS,
KAD MIRUSIOJO AUDINIAI, ORGANAI BŪTŲ PAIMTI IR ATIDUOTI
TRANSPLANTACIJAI**

20 ____ m. _____ d.

Aš, _____
vardas, pavardė, asmens kodas, telefonas, gyvenamosios vietos adresas, el.paštas

giminystės ryšys (sutuoktinis, pilnametis vaikas (įvaikis), tėvas, motina (itėvis), brolis (sesuo)

sutinku, kad mirusiojo _____
vardas, pavardė, asmens kodas

audiniai, organai būtų paimti ir atiduoti transplantuoti (tinkamą variantą pažymėti ☒):

☐ bet kurie audiniai ir organai;

☐ audiniai ir organai, išskyrus _____;

☐ tik (įvardyti) _____.

Pareiškiu, kad mano veiksnumas nėra apribotas ir pateikti duomenys yra teisingi _____

vardas, pavardė, parašas, data

Asmens tapatybė patikrinta. Sutikimas pasirašytas mano akivaizdoje _____

vardas, pavardė, parašas ir spaudas, data ir laikas

Papildoma informacija teikiama Nacionaliniame transplantacijos biure prie Sveikatos apsaugos ministerijos, Santariškių g. 2, Vilnius, tel. (8 5) 279 6096/ faks. (8 5) 204 0121.

