Ondergetekende (naam, voornaam) ………………………………………………. geeft geïnformeerd, bewust en vrij toestemming voor het toedienen van G-CSF en het afstaan van stamcellen uit het bloed voor de behandeling van een patiënt met een allogene stamceltransplantatie. Uw handtekening onderaan betekent dat u dit document gelezen hebt, de gelegenheid gekregen hebt om vragen te stellen en dat u toestemt met de afname, de bewaring en het gebruik van de stamcellen. Gelieve ook onderstaand aan te vinken voor akkoord of u al dan niet akkoord gaat voor de bewaring en het gebruik van stamcellen voor wetenschappelijk onderzoek.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ik heb de schriftelijke informatie over donatie van stamcellen uit het bloed of beenmerg goed gelezen en begrepen en heb een afdoend antwoord gekregen op mijn vragen. | [ ]  JA | [ ]  NEEN |
| Ik weet dat ik geen financiële vergoeding krijg voor het afstaan van stamcellen. | [ ]  JA | [ ]  NEEN |
| Ik weet dat alle kosten die de afname van stamcellen met zich meebrengt betaald worden door het RIZIV of buitenlandse register van de acceptor van de stamcellen. | [ ]  JA | [ ]  NEEN |
| Ik ben naar tevredenheid geïnformeerd over G-CSF stimulatie en de mogelijke bijwerkingen hiervan. | [ ]  JA | [ ]  NEEN |
| Ik ben geïnformeerd over de collectieprocedure. Er is mij verteld wat een stamcelafname is, het doel en de aard van de stamcelafname is mij duidelijk. | [ ]  JA | [ ]  NEEN |
| Er is mij verteld op welke manier de afname zal gebeuren. | [ ]  JA | [ ]  NEEN |
| De risico’s betrokken bij de soort afname werden met mij besproken. | [ ]  JA | [ ]  NEEN |
| Ik ga akkoord dat de artsen de besproken procedure voor het oogsten zullen doen. | [ ]  JA | [ ]  NEEN |
| Ik ga akkoord dat de artsen de gegeven stamcellen zullen bewaren en gebruiken voor een allogene stamceltransplantatie. | [ ]  JA | [ ]  NEEN |
| Ik weet dat tijdens de donorkeuring laboratoriumonderzoeken worden uitgevoerd, dat ik bij een afwijkend resultaat op de hoogte wordt gesteld. De resultaten van afwijkende onderzoeken worden ook gecommuniceerd aan de transplantatiearts en aan de patiënt. | [ ]  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 geef toestemming om indien het onmogelijk is een katheter te plaatsen in de elleboogplooi:* Een lieskatheter te plaatsen
* Een halskatheter te plaatsen.
 | [ ]  JA[ ]  JA | [ ]  NEEN[ ]  NEEN |
| Ik heb het recht om “op elk ogenblik” mijn toestemming tot donatie van stamcellen en tot gebruik ervan in te trekken alvorens het lichaamsmateriaal enige handeling heeft ondergaan. Ik moet hiervoor geen reden opgeven. Ik ben mij ervan bewust dat een dergelijke beslissing fataal kan zijn voor de patiënt voor wie de stamcellen bestemd zijn. | [ ]  JA | [ ]  NEEN |
| Ik geef toestemming indien de transplantatie niet volledig succesvol is of in geval van complicaties lymfocyten te doneren.  | [ ]  JA | [ ]  NEEN |
| Ik ga akkoord dat mijn gecodeerde gegevens betreffende mijn stamceldonatie worden gegeven aan nationale en internationale instanties actief op het vlak van stamceltransplantaties. | [ ]  JA | [ ]  NEEN |
| Ik weet dat er mogelijk een deel van de afgenomen cellen kan worden ingevroren. Dit deel kan enkel dienen voor een latere toediening van de patiënt. | [ ]  JA | [ ]  NEEN |
| Ik geef toestemming aan de behandelende artsen van de patiënt die getransplanteerd wordt om te beschikken over mijn afgestane stamcellen of andere hematopoietische cellen indien de patiënt komt te overlijden of indien haar/zijn gezondheidstoestand toediening ervan niet meer toelaat of wettigt. Dit houdt onder meer vernietigen van deze cellen in. | [ ]  JA | [ ]  NEEN |
| Indien de verantwoordelijke arts de verdere bewaring niet meer zinvol vindt, zullen de resterende stamcellen vernietigd worden. Ik word hierover niet op de hoogte gebracht. | [ ]  JA | [ ]  NEEN |
| Ik sta toe dat de stamcellen die vernietigd kunnen worden alsnog kunnen bewaard worden en enkel gebruikt kunnen worden voor wetenschappelijk onderzoek. Elk wetenschappelijk onderzoek zal te allen tijde ter goedkeuring worden voorgelegd aan een Commissie voor Medische Ethiek. | [ ]  JA | [ ]  NEEN |
| De donorgegevens worden geregistreerd in een databank. Ik weet dat de donorarts hierbij verbonden is aan het beroepsgeheim en dat mijn gegevens vertrouwelijk zullen behandeld worden. | [ ]  JA | [ ]  NEEN |
| Ik weet dat de medische gegevens met betrekking tot de donatie worden ingekeken door de transplantatiearts en dat deze indien relevant voor de transplantaties worden gecommuniceerd aan de patiënt. | [ ]  JA | [ ]  NEEN |
| Ik heb de gelegenheid gehad om vragen te stellen over wat voor mij onduidelijk was en ik ben tevreden met de antwoorden die ik op mijn vragen heb gekregen. | [ ]  JA | [ ]  NEEN |

Hierbij verklaar ik dit document te hebben gelezen en voldoende uitleg te hebben ontvangen:

[ ]  Ik heb een kopie van de algemene donor informatiebrief ontvangen.

[ ]  Ik heb een kopie van de informatiebrief over donor onkosten en anonieme communicatie ontvangen.

[ ]  Ik heb een kopie van deze bereidheidsverklaring ontvangen.

***Naam en voornaam donor Naam en voornaam geneesheer***

*Rijksregisternummer/ Identiteitskaartnummer:*

*Handtekening Handtekening*

*Plaats: Plaats:*

*Datum: Datum:*

***Naam en voornaam van de getuige***

*Handtekening*

*Plaats:*

*Datum:*

Ingevuld in 2 originele exemplaren:

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