Ondergetekende (naam, voornaam) ………………………………………………. geeft toestemming tot het oogsten (geven), het bewaren en het gebruik van lymfocyten voor allogeen gebruik.

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 lymfocyten.

Gelieve dan ook alle onderstaande vakjes aan te vinken voor akkoord.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ik heb de informatie begrepen en heb een afdoend antwoord gekregen op mijn vragen. | [ ]  JA | [ ]  NEEN |
| Ik weet dat ik geen financiële vergoeding krijg voor het afstaan van lymfocyten. | [ ]  JA | [ ]  NEEN |
| Er is mij verteld wat lymfocyten zijn. Het doel en de aard van de afname 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 lymfocyten zullen gebruiken voor een donorlymfocyten-infusie en eventueel zullen bewaren. | [ ]  JA | [ ]  NEEN |
| Ik heb inzage in de testresultaten, zoals o.a. HIV. | [ ]  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 aan de patiënt.  | [ ]  JA | [ ]  NEEN |
| Indien de patiënt overlijdt zullen deze donor lymfocyten vernietigd worden. | [ ]  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 |
| 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 |
| Deze toestemming wordt vrijwillig, geïnformeerd en bewust gegeven. | [ ]  JA | [ ]  NEEN |
| Ik weet dat ik de toestemming tot deze procedure mag intrekken zolang er geen verwerking van de lymfocyten is gebeurd en zolang bij de patiënt geen acties werden ondernomen ter voorbereiding van de toediening van lymfocyten. | [ ]  JA | [ ]  NEEN |
| Ik geef de toestemming om, indien cellen dienen te worden vernietigd, deze cellen mogen gebruikt worden voor wetenschappelijk onderzoek. Ik kan steeds op deze beslissing terug komen.  | [ ]  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 toestemmingsverklaring 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