

Inksto transplantacijos paslaugų teikimo
ir apmokėjimo tvarkos aprašo
2 priedas

(Pranešimo dėl duomenų teikimo žmogaus audinių, ląstelių ir organų donorų bei recipientų registrai ir paciento sutikimo tapti inksto recipientu forma)

DĖL DUOMENŲ TEIKIMO ŽMOGAUS AUDINIŲ, LĄSTELIŲ IR ORGANŲ DONORŲ BEI RECIPIENTŲ REGISTRUI IR PACIENTO SUTIKIMO TAPTI INKSTO RECIPIENTU

Informuojame, kad išsivysčius negrįžtamiems inksto pakitimams, vienas iš Jūsų gydymo būdų yra inksto transplantacija.

Transplantacijos procesą reglamentuoja Lietuvos Respublikos žmogaus audinių, ląstelių ir organų donorystės ir transplantacijos įstatymas ir įstatymo įgyvendinamieji teisės aktai.

Atlikus reikiamus tyrimus bei įvertinus transplantacijos indikacijas, nenustačius transplantacijos kontraindikacijų, asmens duomenys įregistruojami Žmogaus audinių, ląstelių ir organų donorų bei recipientų registre (toliau – Registras) ir pacientas tampa inksto recipientu.

Esant donoriniams organams, Nacionalinis transplantacijos biuras prie Sveikatos apsaugos ministerijos organizuoja inksto recipiento ir donoro poros parinkimo procesą, kurio metu atliekama pirminė recipientų atranka, į transplantacijos centrą kviečiami potencialūs recipientai, jiems atliekami reikiami laboratoriniai ir instrumentiniai tyrimai, prireikus atliekama dializė. Galutinį sprendimą priima gydytojų konsiliumas, įvertinęs inksto donoro ir recipiento poros tinkamumą pagal parinkimo kriterijus ir atsizvelgęs į recipiento sveikatos būklę.

Transplantacija negarantuoja visiško pasveikimo. Daliai pacientų galimas transplantuoto organo nepakankamumas arba nefunkcionavimas. Transplantacija gali būti susijusi su chirurginėmis, medikamentinėmis ar infekcinėmis komplikacijomis.

Po organo (-ų) transplantacijos yra skiriami imunosupresiniai vaistai, kuriuos būtina vartoti visą transplantato (-ų) gyvavimo laiką, griežtai laikantis gydytojo nurodymų.

Dializės paslaugų įstaigos gydytojas periodiškai teikia duomenis apie potencialius recipientus Registrai ir siunčia imunologinius kraujo mėginius Vilniaus universitetinės ligoninės Santariškių klinikų Laboratorinės diagnostikos centrui.

Aš (pacientas) _____
(vardas, pavardė, asmens kodas, telefonas)

arba mano paciento **įstatyminis atstovas** (jei pacientas nepilnametis arba pripažintas neveiksniu)

(vardas, pavardė, asmens kodas, telefonas)

perskaičiau ir supratau išdėstytą tekstą ir

(tinkamą variantą pažymėti)

sutinku **nesutinku** ,

kad mano (mano globotinio) reikalingi asmens duomenys būtų nuolat teikiami, saugomi ir naudojami pagal Registro paskirtį bei būtų atlikta **inksto transplantacija**.

Gydytojas man paaiškino transplantacijos indikacijas, riziką ir transplantacijos organizavimo tvarką.

Esu informuotas, kad jokia mano asmenį identifikuojanti informacija nebus viešai prieinama, bus saugomas mano asmens privatumas.

Aš įsipareigoju, pasikeitus mano kontaktiniams duomenims ar sveikatos būklei, nedelsiant apie tai informuoti dializės atliekantį gydytoją ar Biurą. Esu informuotas, kad jeigu pateiksiu netikslius kontaktinius duomenis, galiu būti neiškvieistas į transplantacijos centrą, atsiradus man tinkamam donoriniam organui.

Esu informuotas apie paciento teises ir pareigas bei šių pareigų nevykdymo galimus padarinius.

Pareiškiu, kad mano veiksnumas nėra apribotas ir šioje formoje nurodyti duomenys yra teisingi

(paciento arba jo įstatyminio atstovo vardas, pavardė, parašas, data)

Sveikatos priežiūros įstaiga _____

(pavadinimas, kodas, adresas)

Sutikimas pasirašytas mano akivaizdoje _____

(gydytojo spaudas, parašas ir data)