	Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie Szpital Dziecięcy PRACOWNIA TYPOWANIA TKANKOWEGO 30-663 Kraków, ul. Wielicka 265 tel. 12-333-95-11/12 658 20-11, wew.4511,1406 fax. 12 658-17-56 kod NFZ 061/100203, REGON 351375886-00033 kod res.:cz.I.000000018602,cz.V 01,cz. VII 059 Zakład Immunologii Klinicznej	**FORULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE BADANIA W PRACOWNI TYPOWANIA TKANKOWEGO USD**	**Załącznik LZI-PTT-02-02/9** **z dnia** 28-06-2023r.

Wypełnienie formularza jest wymagane w przypadku braku skierowania lekarskiego

Dane pacjenta			
Nazwisko i Imię pacjenta: (DRUKOWANYMI LITERAMI)		Płeć:	☐M ☐K
		Nr Ks. Gł.	
PESEL*		Data urodzenia:	
***W przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL należy podać nazwę i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość**			
Adres kontaktowy, telefon			

Dane przedstawiciela ustawowego (w przypadku osoby małoletniej/ubezwłasnowolnionej)			
Nazwisko i Imię przedstawiciela:	DRUKOWANYMI LITERAMI:		
Adres do kontaktu:		Data urodzenia:	
Nr telefonu:		Podpis pracownika USD: ……..	

Informacje o materiale biologicznym i zlecanym badaniu	
Rodzaj materiału:	☐ krew ☐ krew pępowinowa ☐ szpik ☐ surowica ☐ inne
Wskazanie do badania:	☐ badanie odpłatne wg cennika USD ☐ inne: ……
Rodzaj badania:	☐ typowanie antygenów HLA (w dowolnym zakresie) ☐ genotypowanie KIR Zostałem poinformowana (-y) o tym, że: Uzyskany materiał genetyczny będzie przechowywany w odpowiednich warunkach przez okres co najmniej 6 miesięcy, jednakże istnieje ryzyko degradacji DNA (proces naturalny), dlatego może zajść potrzeba ponownego pobrania materiału. …….. ……. data podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego dla pacjenta nieletniego* …….. …….. data podpis pacjenta nieletniego powyżej 16 r.ż. *W przypadku pacjenta nieletniego powyżej 16 r.ż. konieczne podpisy pacjenta oraz przedstawiciela ustawowego
	☐ przeciwciała anty-HLA (obecność/swoistość/lityczność) ☐ próba krzyżowa (CDC/FCXM) ☐ inne: …….

Wyrażam zgodę, aby pobrany ode mnie /od mojego dziecka (*niepotrzebne skreślić*) materiał biologiczny został wykorzystany do wykonania ww. badań.

…….. ……
data podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego dla pacjenta nieletniego*

…….. ……..
data podpis pacjenta nieletniego powyżej 16 r.ż.

*W przypadku pacjenta nieletniego powyżej 16 r.ż. konieczne podpisy pacjenta oraz przedstawiciela ustawowego