



## REDOMEPy - Registro de Donantes de Médula Ósea en Paraguay

NOMBRE

APELLIDO

EDAD

 /  / 

FECHA DE NACIMIENTO

GRUPO SANGUÍNEO

DIRECCIÓN PARTICULAR

CELULAR

TELÉFONO

E-MAIL PARTICULAR

E-MAIL LABORAL

NOMBRE DE UNA PERSONA DE SU ENTORNO QUE LE PUEDA LOCALIZAR EN CASO NECESARIO

CELULAR

E-MAIL

Le agradecemos indique a continuación cualquier enfermedad, operación quirúrgica o alergia que tenga o haya tenido por poco importante que le parezca, así como las medicaciones que ha tomado de forma habitual y prolongada:

### ROGAMOS NOS COMUNIQUEN CUALQUIER CAMBIO EN LOS DATOS APORTADOS PARA FACILITARNOS SU LOCALIZACIÓN

#### DECLARO:

No sufrir ninguna enfermedad cardiovascular, pulmonar, hepática, renal, neurológica, hematológica u otra patología destacable ni tener conocimiento de estar infectado por los virus B o C de la hepatitis o del SIDA, ni sufrir cualquier enfermedad transmisible.

Haber recibido información básica sobre el procedimiento de donación de médula ósea y de sangre periférica, habiendo podido formular todas las preguntas que me han parecido oportunas y aclarado todas las planteadas.

Acceder a que mis datos personales y de tipaje HLA, quedan incluidos en el Registro de Donantes de Médula Ósea de la Fundación Carlos Chytil y entender que la información referente a mi persona será tratada de forma confidencial y codificada, con el objetivo de proteger mi identidad.

Ser conocedor de que tengo derecho a retirarme del REDOME en cualquier momento sin que ello comporte ningún perjuicio para mí.

Ser conocedor de que mis datos básicos codificados y de HLA entrarán a formar parte de la red mundial de donantes voluntarios de progenitores hematopoyéticos.

Consentir que se me extraiga una pequeña muestra de sangre para que se pueda realizar mi tipaje de histocompatibilidad y que una pequeña parte sea guardada para la amplificación del estudio, en caso de ser necesario.

Tener conocimiento de que en caso de ser compatible con un enfermo en espera de trasplante, me pueden solicitar una o dos muestras adicionales de sangre para completar el estudio y verificar si soy totalmente compatible con el paciente.

Tener conocimiento de que la donación de médula ósea o sangre periférica es siempre anónima y no comporta ninguna compensación económica, si bien todos los gastos que se pudieran derivar me serán costeados.

En consecuencia doy mi consentimiento para ser registrado como donante de médula ósea o sangre periférica.

FECHA

FIRMA DEL DONANTE

NOMBRE Y APELLIDO DE LA PERSONA QUE INFORMA

FIRMA DE LA PERSONA QUE INFORMA

NOMBRE Y APELLIDO DEL TESTIGO

FIRMA DEL TESTIGO