|  |  |
| --- | --- |
|  | **Додаток 1**  **до Інструкції з надання живим родинним донором гомотрансплантата для трансплантації** |

**Головному лікарю**

Для повнолітніх реципієнтів

**Державної установи "Національний інститут**

**хірургії та трансплантології ім. О.О.Шалімова"**

**Національної академії медичних наук**

**к.мед.н., Жулаю В.В.**

**Спільна заява**

ПІБ, дата народження **реципієнта**

**потенційного донора (донорів) та реципієнта**

**та/або його батьків/законних представників**

**щодо проведення тестів на імунологічну сумісність**

1. **Від реципієнта (та/або батьків/законних представників):**

Я, що нижче підписався (підписалась)  ***Іванов Іван Іванович\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,*** ***народився 01.01.1977 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,***

ПІБ, дата народження **донора**

(П.І.Б. реципієнта, рік народження)

засвідчую, що перебуваю у родинних стосунках з ***Івановим Петром­­­\_ Івановичем, народився 01.04.1974­­­­***

(П.І.Б. потенційного донора, рік народження)

який (яка) доводиться мені ***\_\_\_\_\_\_\_ братом\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,*** та є відповідальним(ою) за

Ким донор приходиться реципієнту (хворому)

(ступінь родинних відносин)

достовірність наданих мною документів, що підтверджують факт спорідненості з потенційним донором (донорами).

Якщо реципієнт є неповнолітньою особою у віці до 14 років, або визнаний судом недієздатним, або особою у віці від 14 до 18 років, або визнаний судом обмежено дієздатним:

Я (ми), що нижче підписався (підписались) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(П.І.Б. батьків реципієнта, рік народження, П.І.Б. законного представника/представників)

засвідчую (засвідчуємо), що наш (наша) син (донька) або фізична особа, над якою встановлено опіку (піклування) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(вказується П.І.Б. реципієнта), перебуває у родинних стосунках з\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(П.І.Б. потенційного донора (донорів), рік народження)

який(які) доводиться (доводяться) йому (їй) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(ступінь родинних відносин)

та є відповідальним(ою) за достовірність наданих мною (нами) документів, що підтверджують факт спорідненості з потенційним донором (донорами).

1. **Від потенційного донора (донорів):**

Я (ми), що нижче підписався (підписались) ***Іванов Петро­­­\_ Іванович, народився 01.04.1974\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,***

ПІБ, дата народження **реципієнта**

ПІБ, дата народження **донора**

(П.І.Б. потенційного донора/донорів, рік народження)

засвідчую (засвідчуємо), що перебуваю(перебуваємо) у родинних стосунках з ***Івановим Іваном Івановичем, народився 01.01.1977***

(П.І.Б. реципієнта, рік народження)

який (яка) доводиться мені  ***братом\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.***,

Ким реципієнт (хворий) приходиться донору

(ступінь родиних відносин)

Орган, який підлягає трансплантації

та є відповідальним(и) за достовірність наданих мною (нами) документів, що підтверджують факт спорідненості з реципієнтом.

Беручи до уваги вищезазначене, просимо провести тести на імунологічну сумісність реципієнта та потенційного донора (донорів) з метою визначення можливості проведення трансплантації  ***\_\_\_\_ частини печінки \_\_***

(назва гомотрансплантата)

за медичними показами зазначеному в цій заяві реципієнту від найбільш підходящого за імунологічним статусом донора гомотрансплантата. і

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***"\_22" лютого 2013*** року | Підпис реципієнта ***/Іванов І.І./***  (підпис реципієнта, П.І.Б.) | |
| "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ року  ***"\_22" лютого 2013*** року | Якщо реципієнт є неповнолітньою особою у віці до 14 років, або визнаний судом недієздатним, або особою у віці від 14 до 18 років, або визнаний судом недієздатним/обмежено дієздатним:   1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   (підписи батьків/законних представників, П.І.Б.)  1 Підпис донора ***/Іванов П.І./***  2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (підпис донора (донорів), П.І.Б.) | |
| **Юрист \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |