

ORDIN Nr. 1170/2014 din 10 octombrie 2014
privind aprobarea modelelor de formulare pentru aplicarea prevederilor titlului VI din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății

Text în vigoare începând cu data de 18 iulie 2019
REALIZATOR: COMPANIA DE INFORMATICĂ NEAMȚ

Text actualizat prin produsul informatic legislativ LEX EXPERT în baza actelor normative modificatoare, publicate în Monitorul Oficial al României, Partea I, până la 18 iulie 2019.

Act de bază

#B: *Ordinul ministrului sănătății nr. 1170/2014, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 765 din 22 octombrie 2014*

Acte modificatoare

#M6: *Ordinul ministrului sănătății nr. 1046/2019*

#M5: *Ordinul ministrului sănătății nr. 1280/2018*

#M4: *Ordinul ministrului sănătății nr. 939/2018*

#M3: *Ordinul ministrului sănătății nr. 1398/2017*

#M2: *Ordinul ministrului sănătății nr. 92/2017*

#M1: *Ordinul ministrului sănătății nr. 1721/2015*

*Modificările și completările efectuate prin actele normative enumerate mai sus sunt scrise cu font italic. În fața fiecărei modificări sau completări este indicat actul normativ care a efectuat modificarea sau completarea respectivă, în forma **#M1**, **#M2** etc.*

#B

Văzând Referatul de aprobare nr. N.B. 8.597/2014 al Direcției generale asistență medicală și sănătate publică din cadrul Ministerului Sănătății, având în vedere prevederile art. II și III din Legea nr. 113/2014 privind aprobarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 35/2012 pentru modificarea și completarea unor acte normative în domeniul sanitar,

în temeiul art. 7 alin. (4) din Hotărârea Guvernului nr. 144/2010 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și completările ulterioare,

ministrul sănătății emite următorul ordin:

ART. 1

Se aprobă modelele de formulare pentru aplicarea prevederilor titlului VI din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și

completările ulterioare, prevăzute în [anexele nr. 1 - 12](#), care fac parte integrantă din prezentul ordin.

#M2

ART. 1¹

Consimțământul donatorului de celule stem hematopoietice se obține la înscrierea în baza de date gestionată de Registrul Național al Donatorilor Voluntari de Celule Stem Hematopoietice, la testarea de verificare a donatorului și la prelevare, conform modelelor de formular prevăzute în [anexele nr. 13 - 15](#) din prezentul ordin.

#M3

ART. 1²

Pacientul declarat DECEDAT, conform prevederilor legale în vigoare, în situația în care nu este posibilă prelevarea de organe și/sau țesuturi și/sau celule de origine umană, deoarece nu sunt îndeplinite cerințele legale pentru obținerea acordului pentru donare sau există situații care exclud prelevarea, poate fi deconectat de la suportul mecanic ventilator sau de oxigenare extracorporeală și nu mai poate primi îngrijiri medicale în ATI.

#M4

ART. 1³

Se aprobă modelul formularului de confirmare - donator decedat sau viu, fișa donatorului potențial, precum și fișa receptorului de transplant organe, prevăzute în [anexele nr. 16 - 18](#), care fac parte integrantă din prezentul ordin.

#B

ART. 2

Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

ANEXA 1

DECLARAȚIE

Subsemnatul (Subsemnata),, informat (informată) și conștient (conștientă) asupra riscurilor donării de organe și/sau țesuturi și/sau celule, în concordanță cu dispozițiile legale în vigoare, declar că sunt de acord cu donarea următoarelor organe și/sau țesuturi și/sau celule:, pentru efectuarea procedurilor de transplant către primitorul, care este (gradul de rudenie, după caz: DA/NU).

Înțeleg gestul meu ca fiind un act profund umanitar. Asupra mea nu au fost făcute niciun fel de presiuni. Nu condiționez această donare de obținerea vreunei recompense materiale pentru mine, familia mea sau terțe persoane.

Data:

Donatorul,

.....

Primitorul,

.....

Comisia de avizare a donării de la donatorul viu - membri:

1.

2.

3.

ANEXA 2

DECLARAȚIE

Subsemnatul (Subsemnata), [(tatăl/mama/reprezentantul legal) al numitului (numitei), minor (minoră)], informat (informată) și conștient (conștientă) asupra riscurilor prelevării de celule sușe (stem) hematopoietice medulare sau periferice, în concordanță cu dispozițiile legale în vigoare referitoare la prelevarea și transplantul de organe, țesuturi și celule umane, declar că sunt de acord cu recoltarea și donarea de celule sușe (stem) hematopoietice medulare sau periferice în beneficiul

Înțeleg gestul meu ca fiind un act profund umanitar. Asupra mea nu au fost făcute niciun fel de presiuni. Nu condiționez această donare de obținerea vreunei recompense materiale pentru mine, familia mea sau terțe persoane.

Data

Tatăl,

.....

Mama,

.....

Reprezentantul legal,

.....

Președintele tribunalului*1),

.....

*1) Președintele tribunalului în a cărei circumscripție teritorială se află sediul centrului unde se efectuează transplantul sau al tribunalului în a cărei circumscripție teritorială locuiește donatorul semnează numai pentru donatorii minori care au cel puțin 10 ani.

CRITERII DE DIAGNOSTIC
pentru confirmarea morții cerebrale

Datele pe care trebuie să le conțină actul constatator

I. Diagnosticul morții cerebrale se stabilește pe baza următoarelor criterii:

- 1. absența reflexelor de trunchi cerebral;*
- 2. absența ventilației spontane, confirmată de testul de apnee (la un Pa CO₂ de 60 mm Hg);*
- 3. traseu electroencefalografic care să ateste lipsa electrogenezei corticale sau angiografia celor 4 axe vasculare carotidiene ori scintigrafia cerebrală cu tehniciu sau angioCT cranian ori ultrasonografie transcraniană Doppler care să ateste lipsa circulației sanguine intracerebrale.*

Setul de examinări prevăzut la pct. I, care confirmă moartea cerebrală, se repetă la un interval de cel puțin 6 ore pentru adulți. Pentru copii, intervalul este de 48 de ore pentru nou-născutul cu vârsta între 7 zile și 2 luni, 24 de ore pentru copilul cu vârsta între 2 luni și 2 ani și 12 ore pentru copilul cu vârsta între 2 și 7 ani. Pentru copiii cu vârsta peste 7 ani, intervalul este același ca la adulți. La nou-născutul cu vârsta mai mică de 7 zile nu se declară moartea cerebrală.

II. Cauza care a determinat moartea cerebrală trebuie să fie clar stabilită.

III. Excluderea altor cauze reversibile care ar putea produce un tablou clinic, asemănător cu cel din moartea cerebrală (hipotermia mai mică de 35°C, medicamente deprezoare ale sistemului nervos central, hipotensiune arterială - presiune arterială medie mai mică de 55 mm Hg).

IV. Diagnosticul de moarte cerebrală va fi stabilit de 2 medici primari anestezie - terapie intensivă sau de un medic primar anestezie - terapie intensivă și un medic primar neurologie sau neurochirurgie.

V. Diagnosticul de moarte cerebrală va fi înregistrat în următorul protocol:

PROTOCOL DE DECLARARE A MORȚII CEREBRALE

Numele donatorului:, vârsta:, F.O. nr., cauza morții cerebrale:, debutul comei: data:, ora:

Criterii de diagnosticare a morții cerebrale:

	I	II
Ziua		
Ora		
1) Reflex pupilar fotomotor (a se folosi lumina puternică)		
2) Reflex cornean		
3) Reflex de vomă		
4) Reflex de tuse		
5) Răspuns motor în aria nervilor cranieni (a se apăsa patul unghial, șanțul nazogenian și zona supraciliară)		
6) Reflex oculo-cefalic (deviația conjugată a privirii la mișcarea bruscă a capului în plan orizontal și vertical)		
7) Reflex oculo-vestibular (deviația conjugată a privirii când se irigă)		

conductul auditiv extern cu 50 ml apă la					
4°C; a se asigura în prealabil de					
integritatea timpanului)					
<hr/>					
8) Evaluarea respirației spontane:					
<hr/>					
- prezența mișcărilor respiratorii					
spontane, anterior efectuării testului de					
apnee					
<hr/>					
- testul de apnee:					
PaO ₂				PaCO ₂	pH
<hr/>					
1. Se preoxigenează pacientul timp de 10				0'	I
minute cu oxigen 100%.					
					II
<hr/>					
2. Se realizează gazometria: PaCO ₂ bazal				5'	I
trebuie să fie 35 - 45 mm Hg.					
					II
<hr/>					
3. Se deconectează pacientul de la				10'	I
ventilator timp de 10 minute. Se menține					
sonda de oxigen cu un debit de 6 - 12					II
l/min. pe sonda endotraheală.					
<hr/>					
4. Se realizează din nou gazometria:				15'	I
PaCO ₂ trebuie să fie minimum 60 mm Hg la					
sfârșitul perioadei de deconectare.					II
<hr/>					

- prezența mișcărilor respiratorii		
spontane în timpul testului de apnee		

Electroencefalograma sau angiografia celor 4 axe vasculare carotidiene ori scintigrafia cerebrală cu tehnetiū sau angioCT cranian ori ultrasonografie transcraniană Doppler care să ateste lipsa circulației sangvine intracerebrale:

A = Medic primar ATI B = Medic primar ATI sau neurolog sau neurochirurg

Moartea cerebrală a numitului/numitei a fost declarată la data de, ora

#M3

ANEXA 4

DECLARAȚIE

Subsemnatul (Subsemnata),, în calitate de soț/soție, părinte, copil major, frate, soră, rudă până la gradul IV sau reprezentant legal al numitului (numitei) - decedat (decedată), declar că sunt/nu sunt) de acord cu recoltarea și cu donarea următoarelor organe și/sau țesuturi și/sau celule:*

*.....
Declar că înțeleg gestul meu ca fiind un act profund umanitar și nu am niciun fel de pretenții materiale sau de altă natură. Asupra mea nu au fost făcute niciun fel de presiuni.*

Reprezentantul donatorului,
.....
(calitatea/gradul de rudenie)

Data:
.....

Semnătura

) În situația în care persoana decedată nu și-a exprimat voința de a dona, conform prevederilor **Ordinului ministrului sănătății și ministrului justiției nr. 1.158/3.793/C/2012 privind înființarea Registrului național al donatorilor de organe, țesuturi și celule.*

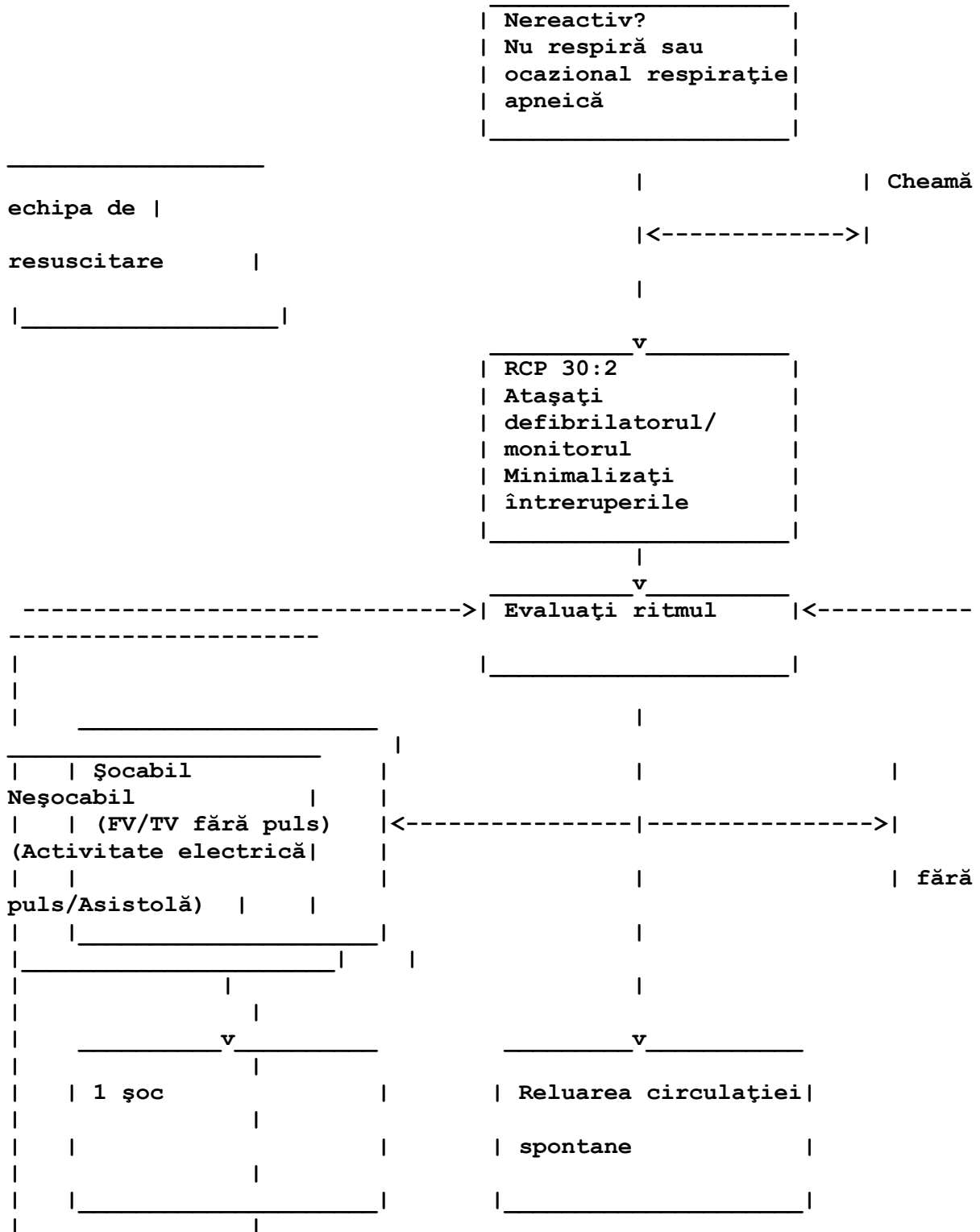
#B

ANEXA 5*)

*) Anexa nr. 5 este reprodusă în facsimil.

PROTOCOL DE RESUSCITARE
pentru adult și pentru copil

A. PROTOCOL DE RESUSCITARE PENTRU ADULT



v	v
Se reia imediat	TRATAMENT IMEDIAT
RCP pentru 2 minute	POST STOP CARDIAC
Minimalizați	- folosiți abordarea
întreruperile	ABCDE
	- oxigenare și
	ventilație
	controlată
	- EKG cu 12
	derivații
	- tratați cauza
	acceleratoare
	- controlul
	temperaturii/
	hipotermie
	terapeutică

ÎN TIMPUL RCP REVERSIBILE	CAUZE
- asigurați o calitate ridicată a RCR (rată, profunzime, recoil)	- hipoxie
- planificați acțiunile înainte de oprirea RCR	- hipovolemie
- administrați oxigen	-
- luați în considerare căi aeriene cardiacă avansate și capnografia	- hipotermie
- compresii toracice continue când pneumotorax	- tromboză
căile aeriene sunt pe loc	- tamponada
- acces vascular (intravenos, intraosos)	- toxine
- administrați adrenalină la fiecare 3 - 5 minute	- tensiune în
- corectați cauzele reversibile	

| _____ |
| _____ |

B. PROTOCOL DE RESUSCITARE PENTRU COPIL

| Nu răspunde? |
| Nu respiră sau are |
| câteva "gasp"-uri |
| _____ |

_____ |
| Chemați echipa de |
| resuscitare |
| singur |
| resuscitator, |
| 1 minut RCP) |
| _____ |

| |
| |
| (Un |
|<----->|
| |
| _____ |
| _____ |
| _____ |

_____ v _____
| RCP (5 ventilații |
| inițial apoi 15:2) |
| Atașați |
| defibrilatorul/ |
| monitorul |
| Cât mai puține |
| întreruperi |
| _____ |

-----> |
| _____ |
| _____ |
| _____ |

_____ v _____
| Analizați ritmul |<----->|
| _____ |

| | Șocabil |
| Nonșocabil |
| (FV/TV fără puls) |
| (AEP/Asistolă) |
| _____ |
| _____ |

| |
| |
|<----->|
| |
| _____ |
| _____ |

_____ v _____
| 1 șoc 4J-kg |
| _____ |
| _____ |

_____ v _____
| Reluarea circulației |
| spontane |
| _____ |

v	v
Se reia imediat reia imediat	Terapie
RCP pentru 2 minute pentru 2 minute	postresuscitare
--- Minimalizați Minimalizați ---	- Evaluați ABCDE
întreruperile întreruperile	- Verificați
	oxigenarea și
	ventilația
	- Evaluați prezența mișcărilor respiratorii spontane, anterior efectuării testului de apnee și în timpul testului de apnee
	- Tratați cauzele precipitante
	- Controlul temperaturii
	- Hipotermie terapeutică?

ÎN TIMPUL RCP REVERSIBILE	CAUZE
- RCP de calitate: frecvență, compresiuni, decompresiuni	- Hipoxia
- Planificați acțiunile înainte de Hipo/Hiperpotasemia/ întreruperea RCP metabolice	- Hipovolemia
- Administrați oxigen	-
- Acces vascular (intravenos, intraosos) în tensiune	- Dezechilibre
- Adrenalină la 3 - 5 minute	- Hipotermia
- Protejarea căii aeriene și cardiacă	- Pneumotorax
capnografie	- Toxice
Tromboembolism	- Tamponada
- Continuați compresiunile toracice după protejarea căii aeriene	-

| - Corecții cauzele reversibile | |
|

ANEXA 6

ROMÂNIA
MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
AGENȚIA NAȚIONALĂ DE TRANSPLANT

Nr./Data

AUTORIZAȚIE DE EXPORT

Având în vedere faptul că pe teritoriul României nu există niciun primitor compatibil pentru următoarele organe și/sau țesuturi și/sau celule de origine umană și/sau alte elemente ori produse ale corpului uman

în baza [art. 3](#) lit. k) din Ordonanța Guvernului nr. 79/2004 pentru înființarea Agenției Naționale de Transplant, aprobată cu modificări și completări prin [Legea nr. 588/2004](#), cu modificările și completările ulterioare, și în baza [art. 12](#) lit. k) și [art. 21](#) lit. j) din Regulamentul de organizare și funcționare a Agenției Naționale de Transplant, aprobat prin Ordinul ministrului sănătății nr. 183/2005 privind aprobarea Regulamentului de organizare și funcționare, a organigramei, a componentei Consiliului științific al Agenției Naționale de Transplant, precum și atribuțiile directorului adjunct strategie-management al Agenției Naționale de Transplant, cu modificările și completările ulterioare,

se autorizează echipa de transplant, condusă de dr., legitimat cu pașaportul nr., pentru prelevarea și transportul către a următoarelor organe și/sau țesuturi și/sau celule umane, recoltate de la un donator decedat la Spitalul, pentru utilizare terapeutică.

Directorul executiv al Agenției Naționale de Transplant,

.....

Persoana nominalizată în baza Directivei 25/2012/UE a Comisiei din 9 octombrie 2012 de stabilire a procedurilor de informare pentru schimbul, între statele membre, de organe umane destinate transplantului, responsabilă cu transmiterea de informații în ceea ce privește schimbul de organe,

.....

legalitate

Avizat pentru

.....

ANEXA 7

DECIZIE

Prelevarea în scop terapeutic de la cadavrul din spitalul a următoarelor organe, țesuturi și celule, în vederea efectuării procedurilor de transplant, nu afectează rezultatele autopsiei medico-legale.

Data și ora

Medic legist,

.....

ANEXA 8

ROMÂNIA

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII

AGENȚIA NAȚIONALĂ DE TRANSPLANT

Nr. /Data

AUTORIZAȚIE DE IMPORT

Având în vedere faptul că pe teritoriul României nu există niciun organ și/sau țesuturi și/sau celule și/sau alte elemente sau produse ale corpului uman compatibile și disponibile pentru pacientul, cu diagnosticul

în baza [art. 3](#) lit. k) din Ordonanța Guvernului nr. 79/2004 pentru înființarea Agenției Naționale de Transplant, aprobată cu modificări și completări prin [Legea nr. 588/2004](#), cu modificările și completările ulterioare, și în baza [art. 12](#) lit. k) și [art. 21](#) lit. j) din Regulamentul de organizare și funcționare a Agenției Naționale de Transplant, aprobat prin Ordinul ministrului sănătății nr. 183/2005 privind aprobarea Regulamentului de organizare și funcționare, a organigramei, a componentei Consiliului științific al Agenției Naționale de Transplant, precum și atribuțiile directorului adjunct strategie-management al Agenției Naționale de Transplant, cu modificările și completările ulterioare,

se autorizează importul de (Se specifică organul, țesutul, celula sau alte elemente ori produse ale corpului uman.) de la din țara, pentru a fi utilizat în scop terapeutic în (secția/spitalul).

Autorizația s-a eliberat ca urmare a cererii înaintate de către (Se specifică secția, spitalul.), înregistrată cu nr. la data de

Directorul executiv al Agenției Naționale de Transplant,

Persoana nominalizată în baza Directivei 25/2012/UE a Comisiei din 9 octombrie 2012 de stabilire a procedurilor de informare pentru schimbul, între statele membre, de organe umane destinate transplantului, responsabilă cu transmiterea de informații în ceea ce privește schimbul de organe,

.....

legalitate Avizat pentru

.....

ANEXA 9*)

*) Anexa nr. 9 este reprodusă în facsimil.

I. FIȘA PRELEVARE ORGANE ȘI ȚESUTURI

Numele donatorului		Data și ora recoltării:	
Centrul donator			
CNP		Centre participante:	
Evaluare renală		Evaluare pulmonară	
Evaluare hepatică		Internare	
		Finală	
		Internare	
		Finală	
		Zile de intubare	
Uree		Secreții	
Creatinină			

Bilirubină directă									
Bilirubină totală									
Sediment urinar L	dens.								Caracteristici
.....	proteine.....								GOT
gluc.	corpi cetonici								GPT
.....	hematii.....	nitriți						
									LDH
Diureză	Ultima oră								
Albumine									
	Ultimele 24 ore								
Proteine totale									
Diabet insipid	DA/NU								
Colesterol									
Tratament									Gazometrie
Trigliceride									
Urocultură									Data
Evaluare		Internare	Finală						Ora
pancreatică									
									pO ₂
Amilaze									
Lipaze									
Prelevare piele	DA/NU		Ora						pCO ₂
Glicemie									
									FiO ₂
Evaluare cardiacă		Internare	Finală						

Zone donatoare/Suprafața									
					HCO₃				CPK
									CPK
MB, troponine									
Prelevare oase sistolică/	DA/NU		Ora		pH				TA
diastolică									
Enumerare									
Frecvența cardiacă									
									PVC
Ecocardiografie									
Coronarografie									
Prelevare tendoane	DA/NU		Ora		Măsurători pe Rx toracic -				
Hipotensiune	Da/NU								
					ICT				
					Sinus costo-frenic				
Caracteristici:									
					drept -> stâng:				
Enumerare					Sinus costo-frenic la apexul				
					pulmonar:				
					Drept cm				
					Stâng cm				
Prelevare corneea cardiac	DA/NU		Ora		Observații:				Stop
	Da/NU								
Durata									

Resuscitare	
Medic coordonator/telefon	Tipizare HLA
Observații	

#M1

II. FIȘA PENTRU DECLARAREA DONATORULUI
(caracterizarea donatorului)

Numele	Grup	Vârstă	Kg	Înălțime	Perimetru	Data	Ora
Ora	Ora				abdominal		
donatorului							
începerii	clampării	extracției					
	Rh						
aortei							
					Perimetru	Centrul donator	
					toracic		
CNP	Sex			Diagnostic/Cauza		Organe oferite:	
				decesului			
						Organe prelevate:	
Prima	A doua					Țesuturi oferite:	
declarare a	declarare a						
morții	morții					Țesuturi	
recoltate:							
cerebrale	cerebrale						

data/ora		data/ora			
_____		_____		Ionograma	
K	Ca	Mg		Na	
_____		_____		Internare	
Consimțământul		Nume/telefon			
familiei		aparținător			
_____		_____		Finală	
Serologie					

Sarcină	Ag HBs	Ag HVC	1. Antecedente sau în prezent		
Coagulare	Internare	Finală			
			- Consumul de droguri de		
TS, TC			gradul 4		
Ac HBc	Ac HBs	Ac Anti	Timp		
		HVC	- Neoplazia malignă		
protrombină					
			Indice		
LUES	Ag HIV	Ac HIV			
protrombină					
VDRL TPHA			2. Rx toracic - Indice cardio-		
			toracic		
CMV	Toxo	Ebstein-	Nr.		
		Barr			
trombocite					
IgG IgM	IgG IgM	IgG IgM	3. EKG		
Fibrinogen	-				

Medicație						
Hemoleuco-						 gramă
Dopamină		Din data de				
Hemoglobină						
Doză						
Ecografie:						
Hematocrit						
Ficat: LS LC LD						
hematii						 Nr.
Leucocite						
Noradrenalină		Din data de				
Doză						
mm	Structură colecist VP mm CBP					
Neutrofile %						
Segmentate %						
Antibiotice		Din data de				
Nesegmentate						structură
						 %
Tipul/doza						
Limfocite %						
%						structură
						 Monocite
Altele						
Eozinofile %						
%						RD mm,
						structura
						 Bazofile

Temperatură	RS	mm,	structura
Transfuzii DA/NU			
Observații:			
DA/NU		Tomografie computerizată:	Plasma
		Altele	

#B

ANEXA 10

DECLARAȚIE

Subsemnatul (Subsemnata),, informat (informată) și conștient (conștientă) asupra riscurilor și beneficiului transplantului de organe, țesuturi și celule umane, în concordanță cu dispozițiile legale în vigoare referitoare la prelevarea și transplantul de organe, țesuturi și celule umane, declar că sunt de acord cu primirea următoarelor organe și/sau țesuturi și/sau celule umane:

.....

Data

Semnătură pacient

Semnătura unui membru al familiei sau a reprezentantului legal*1)

*1) În cazul în care primitorul este în imposibilitatea de a-și exprima consimțământul, acesta poate fi dat în scris de către unul dintre membrii familiei sau de către reprezentantul legal al acestuia.

ANEXA 11

DECLARAȚIE-DECIZIE

Conducerea Secției din Spitalul a încercat prin toate mijloacele uzuale să ia legătura cu familia (urmașii, reprezentanții legali) numitului (numitei), aflat (aflată) pe lista de așteptare în vederea transplantului de

Întrucât acest lucru nu a fost posibil în intervalul de timp avut la dispoziție, pentru evitarea decesului primitorului, s-a hotărât începerea transplantului în ziua de, ora

Data
Medic șef de secție,
.....
Medic curant,
.....

ANEXA 12

DECLARAȚIE

Subsemnatul (Subsemnata),, părinți (copil major, frate, soră, reprezentanți legali) ai numitului (numitei),

minor (minoră) || persoană cu dizabilități psihice ||, informat (informată) și conștient (conștientă) asupra riscurilor și beneficiului transplantului de organe, țesuturi și celule umane, în concordanță cu dispozițiile legale în vigoare referitoare la prelevarea și transplantul de organe, țesuturi și celule umane, declar (declaram) că sunt (suntem) de acord cu primirea următoarelor organe și/sau țesuturi și/sau celule umane:, pentru

Data
Semnătura reprezentantului legal
Medic șef de secție,
.....

#M2

ANEXA 13

CONSIMȚĂMÂNT

la înscrierea în Registrul Național al Donatorilor Voluntari de Celule Stem Hematopoietice

PARTEA I - IDENTIFICARE DONATOR

Nume Prenume
.....

CNP	Cod donator RO
D	
Adresa	E-mail
.....	
.....	
Telefon fix	Telefon mobil
.....	
Adresă temporară (flotant)	Telefon serviciu
.....	

PARTEA II - IDENTIFICARE PERSOANE DE CONTACT (opțional)

Vă rugăm să ne furnizați datele de contact ale altor persoane pe care le-am putea contacta, în cazul în care nu se poate lua legătura cu dumneavoastră.

Prima persoană de contact:	soț/soție mamă/tată
alta	
Nume:	Prenume:
Adresa:	E-mail:
Telefon fix:	Telefon mobil:
A doua persoană de contact:	soț/soție mamă/tată
alta	
Nume:	Prenume:
Adresa:	E-mail:
Telefon fix:	Telefon mobil:

Vă rugăm să informați persoanele de contact ale căror date le-ați furnizat mai sus.

PARTEA III - INFORMAȚII DESPRE ETNIE (opțional)

Persoanele din același grup etnic sunt mult mai frecvent compatibile. Din acest motiv vă rugăm să indicați originea etnică a voastră și/sau a părinților și bunicii. Spre exemplu, dacă unul dintre părinți sau bunici este de altă etnie, cum ar fi ucrainean sau polonez, vă rugăm să indicați acest lucru, chiar dacă dumneavoastră sunteți născut(ă) în România.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> român	<input type="checkbox"/> german	<input type="checkbox"/> sârb	<input type="checkbox"/> grec
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> maghiar	<input type="checkbox"/> rus/lipovean	<input type="checkbox"/> slovac	<input type="checkbox"/> evreu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> rom (țigan) (specificați)	<input type="checkbox"/> turc	<input type="checkbox"/> bulgar	<input type="checkbox"/> alta
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ucrainean	<input type="checkbox"/> tătar	<input type="checkbox"/> croat	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Prin semnarea acestui formular sunt de acord să fiu înscrisă în baza de date a donatorilor de celule stem hematopoietice a Registrului Național al Donatorilor Voluntari de Celule Stem Hematopoietice și să donez celule stem hematopoietice pentru un pacient neînrudit, din țară sau din afara țării.

Am fost informat(ă) că RNDVCSH este operator de date cu caracter personal și sunt de acord ca datele furnizate de mine să fie prelucrate. RNDVCSH se obligă să utilizeze datele numai pentru destinația stabilită și să asigure protecția și confidențialitatea acestora, conform [Legii nr. 677/2001*](#)) pentru

protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, cu modificările și completările ulterioare.

Am citit și am înțeles informațiile din broșura de informare a donatorului, am avut posibilitatea să discut și să pun întrebări și am primit răspunsuri la întrebările formulate.

Declar că am luat cunoștință, am înțeles și sunt de acord cu următoarele:

a) donarea este voluntară și neremunerată, se face în scop umanitar, are caracter altruist și nu constituie obiectul unor acte și fapte juridice în scopul obținerii unui folos material sau de altă natură;

b) donarea este anonimă atât pentru donator, cât și pentru pacient;

c) am dreptul să aleg, anterior donării, metoda donării celulelor stem hematopoietice: din sânge, prin afereză, după administrarea timp de 5 zile a unui tratament cu factori de creștere sau din măduvă osoasă, sub anestezie generală;

d) să completez un chestionar de autoevaluare a stării de sănătate;

e) să îmi fie recoltate probe de sânge pentru efectuarea testelor de tipare HLA și pentru depistarea unor boli transmisibile;

f) să fiu informat(ă) și consiliat(ă) în cazul în care rezultatele analizelor nu sunt normale;

g) să fie păstrată o probă de sânge/ADN în scopul efectuării unor teste suplimentare de compatibilitate sau a altor analize;

h) să îmi fie recoltate noi probe de sânge, pentru verificarea tipării HLA și depistarea unor boli transmisibile prin sânge, în cazul în care voi fi selectat(ă) ca posibil compatibil(ă) cu un pacient;

i) în mod excepțional, să fiu solicitat(ă), ulterior donării, pentru o nouă prelevare de celule stem hematopoietice și produse celulare adiționale pentru același pacient;

j) informațiile privitoare la datele de identificare, rezultatele testelor (inclusiv cele de histocompatibilitate) să fie furnizate, sub forma anonimului, de către RNDVCSH către centre de transplant/instituții/organisme internaționale similare.

#CIN

**) [Legea nr. 677/2001](#) a fost abrogată prin [Legea nr. 129/2018](#). Conform [art. V alin. \(2\)](#) din [Legea nr. 129/2018](#), toate trimiterile la [Legea nr. 677/2001](#) din actele normative se interpretează ca trimiteri la [Regulamentul \(UE\) 2016/679](#) (Regulamentul general privind protecția datelor) și la legislația de punere în aplicare a acestuia.*

#M2

CONSIMȚĂMÂNT PENTRU CERCETARE ȘTIINȚIFICĂ

Proba de sânge/ADN și sau datele mele personale pot fi utilizate, cu acordul meu, în scop de cercetare științifică în domeniul transplantului de celule stem hematopoietice.

(Selectați una dintre opțiunile menționate mai jos.)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sunt de acord cu cercetarea fără a mai fi contactat(ă).	<input type="checkbox"/> Sunt de acord cu cercetarea numai după ce sunt contactat(ă).	<input type="checkbox"/> Nu sunt de acord cu cercetarea.

În consecință, mă angajez:

a) să devin donator/donatoare de celule stem hematopoietice și să rămân membru(ă) al(a) RNDVCSH, pe cât posibil până la 60 de ani. Știu că acest angajament poate fi revocat în orice moment;

b) să informez RNDVCSH ori de câte ori apar modificări ale datelor personale, ale stării de sănătate sau schimbarea deciziei de a fi donator/donatoare; pot fi contactat(ă) anual de către RNDVCSH pentru actualizarea datelor personale.

Nume și prenume donator/donatoare
.....

Semnătura

Data

Cum a decis să se înscrie în RNDVCSH?

(Se completează de către reprezentantul Centrului donatorilor de celule stem hematopoietice.)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Este donator/donatoare nou/nouă. înainte pentru un	<input type="checkbox"/> A fost testat(ă) membru din familie.

Donatorul de celule stem hematopoietice nu este donator de sânge.

Donatorul de celule stem hematopoietice este	<input type="checkbox"/>	donator de sânge înscris	Cod donator sânge
	<input type="checkbox"/>	donator nou de sânge	Cod CTS unde donează

Data ultimei donări de sânge		Cod ultima donare de sânge
------------------------------	--	----------------------------

Grup sanguin:	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/>
---------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	--------------------------

Rh:	<input type="checkbox"/> Pozitiv	<input type="checkbox"/> Negativ
-----	----------------------------------	----------------------------------

CMV:	<input type="checkbox"/> Reactiv	<input type="checkbox"/> Nonreactiv	<input type="checkbox"/> Necunoscut
------	----------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

Înălțime (m)		Greutate (kg)	
--------------	--	---------------	--

Nume și prenume reprezentant al Centrului donatorilor de celule stem hematopoietice
.....

Semnătura

Data

CONSIMȚĂMÂNT
pentru testarea de verificare a donatorului

IDENTIFICARE DONATOR

Nume Prenume
.....

Cod donator | RO | | | | | |
| D |
Adresa E-mail
.....
.....
Telefon fix Telefon mobil
.....
Adresă temporară (flotant) Telefon serviciu
.....

Prin semnarea acestui formular sunt de acord să fiu testat(ă) pentru a fi donator/donatoare de celule stem hematopoietice pentru un pacient neînrudit, din țară sau din afara țării.

Am citit și am înțeles informațiile din pachetul informativ, am avut posibilitatea să discut și să pun întrebări și am primit răspunsuri la întrebările formulate.

Declar că am luat cunoștință, am înțeles și sunt de acord cu următoarele:

- a) donarea este voluntară și neremunerată, se face în scop umanitar, are caracter altruist și nu constituie obiectul unor acte și fapte juridice în scopul obținerii unui folos material sau de altă natură;*
- b) donarea este anonimă atât pentru donator, cât și pentru pacient;*
- c) să completez un chestionar de autoevaluare a stării de sănătate;*
- d) (pentru femei) să efectuez un test de sarcină înainte de a începe pregătirea pentru donare;*
- e) să îmi fie recoltate probe de sânge pentru verificarea tipării HLA și pentru depistarea unor boli transmisibile și/sau a altor analize;*
- f) să fiu informat(ă) și consiliat(ă) în cazul în care rezultatele analizelor nu sunt normale;*
- g) să fie păstrată o probă de sânge/ADN în scopul efectuării unor teste suplimentare de compatibilitate sau a altor analize;*
- h) în mod excepțional, să fiu solicitat(ă) ulterior donării pentru o nouă prelevare de celule stem hematopoietice și produse celulare adiționale pentru același pacient;*

i) informațiile privitoare la datele de identificare, rezultatele testelor (inclusiv cele de histocompatibilitate) să fie furnizate, sub forma anonimatului, de către RNDVCSH către centre de transplant/instituții/organisme internaționale similare;

- j) donarea de celule stem hematopoietice se poate face prin două metode:
- din sânge periferic, prin afereză, după administrarea de factor de creștere;
 - din măduvă osoasă, sub anestezie generală.

Opțiunea mea pentru modalitatea de donare este:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sunt de acord cu donarea de celule stem hematopoietice	<input type="checkbox"/> Sunt de acord cu donarea de celule stem din măduvă osoasă.	<input type="checkbox"/> Sunt de acord cu ambele modalități de donare.
<input type="checkbox"/> periferice prin afereză.		

k) cheltuielile de transport legate de procesul de donare vor fi suportate de RNDVCSH;

l) pe durata internării în vederea donării, precum și pentru o perioadă de recuperare postdonare stabilită de medicul Centrului de prelevare, donatorul/donatoarea va beneficia de concediu medical.

În consecință, mă angajez să donez celule stem hematopoietice pacientului neînrudit în cazul în care testele vor arăta că sunt compatibil cu acesta. Știu că acest angajament poate fi revocat în orice moment.

Nume și prenume donator/donatoare

.....

Semnătura

.....

Data

Nume și prenume reprezentant al Centrului donatorilor de celule stem hematopoietice

.....

Semnătura

.....

Data

#M2

ANEXA 15

CONSIMȚĂMÂNT
pentru donarea de celule stem hematopoietice

IDENTIFICARE DONATOR

Nume	Prenume
.....	
<hr/>	
	Cod donator <u>RO</u>
D	
Adresa	E-mail
.....	
.....	
Telefon fix	Telefon mobil
.....	

Prin semnarea acestui formular sunt de acord să donez celule stem hematopoietice pentru un pacient neînrudit, din țară sau din afara țării.

Am citit și am înțeles informațiile din pachetul informativ, am avut posibilitatea să discut și să pun întrebări și am primit răspunsuri la întrebările formulate.

Declar că am luat cunoștință, am înțeles și sunt de acord cu următoarele:

- a) donarea este voluntară și neremunerată, se face în scop umanitar, are caracter altruist și nu constituie obiectul unor acte și fapte juridice în scopul obținerii unui folos material sau de altă natură;*
- b) donarea este anonimă atât pentru donator, cât și pentru pacient;*
- c) înainte de începerea donării sunt necesare efectuarea unor analize medicale suplimentare, examen clinic și alte investigații clinice;*
- d) (pentru femei) să efectuez un test de sarcină înainte de a începe pregătirea pentru donare;*
- e) să fie asigurată confidențialitatea datelor medicale și să primesc rezultatele investigațiilor medicale suplimentare;*
- f) în mod excepțional, să fiu solicitat(ă), ulterior donării, pentru o nouă prelevare de celule stem hematopoietice și produse celulare adiționale pentru același pacient;*
- g) donarea de celule stem hematopoietice se poate face prin două metode:
- din sânge periferic, prin afereză, după administrarea de factor de creștere;
- din măduvă osoasă, sub anestezie generală.*

Opțiunea mea pentru modalitatea de donare este:

	—		—		—

_) Sunt de acord cu acord cu	_) Sunt de acord cu donarea de celule stem	_) Sunt de ambele
donarea de celule stem modalități de	donarea de celule stem din măduvă osoasă	donare
hematopoietice	din măduvă osoasă	donare
periferice prin afereză		

h) cheltuielile de transport legate de procesul de donare vor fi suportate de RNDVCSH;

i) pe durata internării în vederea donării, precum și pentru o perioadă de recuperare postdonare stabilită de medicul Centrului de prelevare, donatorul/donatoarea va beneficia de concediu medical;

j) am fost informat verbal și sunt de acord cu privire la condițiile de răspundere a RNDVCSH în caz de malpraxis.

În consecință, mă angajez să donez celule stem hematopoietice pacientului neînrudit în cazul în care testele vor arăta că sunt compatibil cu acesta. Știu că acest angajament poate fi revocat în orice moment.

Acest consimțământ este semnat în prezența medicului hematolog desemnat de Centrul de prelevare celule stem hematopoietice.

Nume și prenume donator/donatoare
.....

Semnătura

Data

Nume și prenume medic hematolog
.....

Semnătura și parafa medicului hematolog

Data

#M4

ANEXA 16

Modelele formularelor de confirmare donator decedat sau viu

Toate înregistrările trebuie să fie clare și lizibile, protejate de modificări neautorizate și păstrate în aceste condiții, conform legislației de protecție a datelor. Pentru a asigura o trasabilitate completă, toate documentele donatorului vor fi păstrate pentru o perioadă de cel puțin 30 de ani după utilizarea clinică sau după data de expirare, într-o arhivă aprobată de către Agenția Națională de Transplant.

Acest formular se completează și se semnează înaintea prelevării de la donatorul în moarte cerebrală, de către:

1. medicul responsabil cu diagnosticul morții cerebrale și menținerea donatorului în condiții fiziologice (KDP);
2. coordonatorul de transplant (CDT) și
3. medicul care realizează anestezia pentru intervenția de prelevare.

Pentru donatorul viu, formularul va fi completat de către:

1. medicul responsabil cu gestionarea datelor (RGD) în Registrul național de transplant (RNT);
2. medicul care realizează anestezia pentru intervenția de prelevare.

Se va bifa căsuța corespunzătoare (DA sau NU) și se completează observațiile dacă este cazul (se notează informațiile semnificative).

A. Formular de confirmare - donator decedat

Unitatea spitalicească

Donator decedat	CNP	FO
Consimțământul și identificarea donatorului		
OBSERVAȚII	DA	NU
Identitatea donatorului a fost confirmată (act de identitate, aparținători, brățara de identificare).		
Acordul pentru prelevare s-a obținut în condiții legale (anexa nr. 4 la Ordinul ministrului sănătății nr. 1.170/2014 privind aprobarea modelelor de formulare pentru aplicarea prevederilor titlului VI din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare).		

Modalitatea și cine a realizat identificarea donatorului ca fiind apt pentru prelevare			
Evaluarea donatorului			
Informații obținute din fișa medicală			
Informații obținute printr-un interviu cu o persoană care l-a cunoscut bine pe donator (rudă)			
Discuții cu medicul de familie			
Discuții cu medicul curant			
Există antecedente medicale semnificative.			
Comportament cu risc identificat			
Examen fizic semnificativ pentru factori de risc: tatuaje, piercing			
Formula de hemodiluție (dacă este cazul)			
Teste virusologice obligatorii			
Teste suplimentare (endemici)			

Analize laborator (biochimie)			
_____	_____	_____	_____
Evaluare bacteriologică: canule, hemocultură, urocultură, portaj cutanat, portaj nazal			
_____	_____	_____	_____

1. KDP Nume și prenume Semnătura și parafa

Data

2. CDT Nume și prenume Semnătura și parafa

Data

La intrarea în sala de operații

Consimțământul și identificarea donatorului			
			DA NU
OBSERVAȚII			

Identitatea donatorului a fost confirmată (act de identitate, aparținători, brățara de identificare).			
_____			_____

3. Medic anestezișt la prelevare Nume și prenume Semnătura
și parafa

Data

B. Formular de confirmare - donator viu

Unitatea spitalicească

Donator viu	CNP	FO

Consimțământul și identificarea donatorului		

	DA	NU
<i>OBSERVAȚII</i>		
<i>Donatorul și-a confirmat identitatea.</i>		
<i>Acordul pentru prelevare s-a obținut în condiții legale (anexa nr. 1 din Ordinul ministrului sănătății nr. 1.170/2014 privind aprobarea modelelor de formulare pentru aplicarea prevederilor titlului VI din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare).</i>		
<i>Modalitatea și cine a realizat identificarea donatorului ca fiind apt pentru prelevare</i>		
<i>Donatorul a înțeles informațiile furnizate.</i>		
<i>Donatorul a avut posibilitatea să pună întrebări și a primit răspunsuri pe înțelesul lui.</i>		
<i>Donatorul a confirmat că toate informațiile furnizate sunt reale conform cunoștințelor sale.</i>		
<i>Evaluarea donatorului</i>		
<i>Interviu cu donatorul</i>		
<i>Informații obținute din fișa medicală</i>		

Discuții cu medicul de familie			
Discuții cu medicul curant			
Există antecedente medicale semnificative			
Comportament cu risc identificat			
Examen fizic semnificativ pentru factori de risc: tatuaje, piercing			
Teste virusologice obligatorii			
Teste suplimentare (endemici)			
Analize laborator (biochimie)			
Evaluare bacteriologică: canule, hemocultură, urocultură, portaj cutanat, portaj nazal			
Aplicarea brățării de identificare			

1. Persoana responsabilă cu gestionarea datelor din RNT Nume și prenume
..... *Semnătura și parafa*
Data

La intrarea în sala de operații

Consimțământul și identificarea donatorului

<i>OBSERVAȚII</i>	<i>DA</i>	<i>NU</i>
Identitatea donatorului a fost confirmată (act de identitate, apartinători, brățara de identificare).		

2. Medic anestezist la prelevare Nume și prenume Semnătura și parafa
Data

#M5

ANEXA 17

FIȘA DONATORULUI POTENȚIAL

Spitalul

Clinica ATI

Numele pacientului:

Vârsta: ani CNP

Data internării:/...../..... FO nr.

Grup sangvin și Rh:

Cauza morții cerebrale:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Preluare în Programul național de transplant (momentul solicitării examenului virusologic):
Data:/...../..... Ora:

Deces: Data:/...../..... Ora:

Cauze pentru care nu s-a finalizat prelevarea:

Screening viral:

Imposibilitatea declarării morții cerebrale (dificultăți întâmpinate):

.....

Lipsa acordului familiei pentru prelevarea de organe și/sau celule și/sau țesuturi

Stop cardiac iresuscitabil survenit anterior sau după declararea morții cerebrale

Instabilitate hemodinamică ce face imposibilă menținerea potențialului donator în condiții fiziologice

Lipsă de logistică, medicamente, materiale necesare diagnosticării morții cerebrale și/sau menținerii potențialului donator:

Altele:

responsabil Medic

parafa) (semnătura și

| Operator de date cu caracter personal înregistrat la ANSPDCP cu nr. |

|

#M4
ANEXA 18

Centrul de Transplant

Orașul

FIȘA RECEPTORULUI DE TRANSPLANT ORGANE

Cod CUIANT receptor

Vârsta sub 15 ani vârsta peste 15 ani

Data înscrierii în RNT
.....

Transplant |_| Retransplant |_|

Nr. condică operației Data transplantării Ora transplantului

Echipa de transplant:
.....

.....

.....

Organ transplantat:

- - -

- Cord |_| Ficat întreg |_| Lob hepatic drept |_| Lob hepatic stâng |_|

Pancreas întreg |_| Pancreas celule |_|

- - -

- Rinichi drept |_| Rinichi stâng |_| Plămân drept |_| Plămân stâng |_|

Cod CUIANT donator
.....

Tip donator:
.....

- - -

- moarte cerebrală |_| donator viu înrudit |_| donator viu neînrudit |_|

Centrul de prelevare:
.....

Nr. condică operației Data prelevării Ora prelevării

Echipa de prelevare:
.....

.....

.....

Observații:

1. Această fișă se completează la nivelul centrului de transplant.
2. Fișa este trimisă la Agenția Națională de Transplant în maximum 48 de ore de la transplant prin fax, la numărul: 0317101474.

Data Medic (semnătura și parafa)
.....

.....

#B