Έντυπο Ενημέρωσης Δότη για το Μητρώο EBMT

Αγαπητή Κυρία / Αγαπητέ Κύριε,

Σας έχει δοθεί αυτό το φυλλάδιο επειδή είστε δότης βλαστοκυττάρων (από αίμα ή μυελό των οστών) ή λευκοκυττάρων για κυτταρική θεραπεία ανοσολογικής δράσης (Immune Effector Cell, IEC). Σας καλούμε να κοινοποιήσετε τα δεδομένα σας στο Μητρώο (τη βάση δεδομένων) της European Society for Blood and Marrow Transplantation (Εταιρεία Μεταμοσχεύσεων Αίματος και Μυελού των Οστών, EBMT).

Η EBMT είναι μια μη κερδοσκοπική οργάνωση που περιλαμβάνει νοσοκομειακά ιδρύματα και επαγγελματίες υγείας που δραστηριοποιούνται στον τομέα της κλινικής μεταμόσχευσης μυελού των οστών και της θεραπείας με ανοσοδραστικά κύτταρα. Η EBMT τηρεί μια διεθνή βάση δεδομένων ασθενών/δοτών η οποία είναι γνωστή ως Μητρώο EBMT (EBMT Registry). Το Μητρώο περιλαμβάνει τα κλινικά δεδομένα ασθενών και δοτών τα οποία χρησιμοποιούνται στην επιστημονική έρευνα και αξιολογήσεις για την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα των θεραπειών στις οποίες υποβάλλεστε. Ο στόχος του Μητρώου είναι να σωθούν οι ζωές ασθενών με αιματολογικούς καρκίνους και με άλλες ασθένειες που είναι απειλητικές για τη ζωή.

Στο παρόν έντυπο, θα θέλαμε να σας εξηγήσουμε τους λόγους για τους οποίους σάς ζητούμε να κοινοποιήσετε τα δεδομένα σας στο Μητρώο EBMT, ποιος είναι ο σκοπός της επεξεργασίας των δεδομένων, ποια δεδομένα συλλέγονται, με ποιον τρόπο προστατεύονται τα δεδομένα σας και ποια είναι τα δικαιώματά σας. Μπορείτε να αποφασίσετε ελεύθερα εάν θα κοινοποιήσετε τα δεδομένα σας στο Μητρώο EBMT ή όχι. Παρακαλείστε να διαβάσετε προσεκτικά το παρόν έντυπο και να το συζητήσετε με τον/τη σύντροφό σας, την οικογένεια ή τους φίλους σας. Αφιερώστε όσο χρόνο χρειάζεστε για να σκεφτείτε σχετικά με την κοινοποίηση των δεδομένων σας.

Εάν, αφού διαβάσετε τις πληροφορίες, συμφωνείτε να λάβετε μέρος, θα σας ζητηθεί να υπογράψετε και να χρονολογήσετε δύο αντίγραφα του εντύπου συγκατάθεσης. Θα σας δοθεί ένα αντίγραφο για να το κρατήσετε και το άλλο αντίγραφο θα παραμείνει στον φάκελο δότη σας, στο νοσοκομείο/κέντρο αιμοδοσίας. Εάν αποφασίσετε να μην κοινοποιήσετε τα δεδομένα σας ή αποσύρετε τη συγκατάθεσή σας αργότερα, αυτό δεν θα επηρεάσει τον τύπο ή την ποιότητα της θεραπείας που λαμβάνετε. Σε περίπτωση που κάτι δεν είναι σαφές ή θα θέλατε περισσότερες πληροφορίες, ρωτήστε στο μητρώο δοτών/κέντρο αιμοδοσίας.

Εάν δίνετε τη συγκατάθεσή σας για λογαριασμό ενός παιδιού το οποίο έχετε υπό τη φροντίδα σας, παρακαλείστε να εξηγήσετε στο παιδί όσο περισσότερα μπορεί να καταλάβει.

Σύνοψη

|  |
| --- |
| **Μητρώο της European Society for Blood and Marrow Transplantation (EBMT)** |
| **Σκοπός του Μητρώου**Η βασική αποστολή του Μητρώου είναι η συλλογή κλινικών δεδομένων για ερευνητικούς σκοπούς και η βελτίωση της ασφάλειας και της αποτελεσματικότητας των θεραπειών και της ποιότητας της περίθαλψης. Ο απώτερος στόχος είναι να σωθούν οι ζωές ασθενών με αιματολογικούς καρκίνους και με άλλες ασθένειες που είναι απειλητικές για τη ζωή.Μπορείτε να βρείτε τις πληροφορίες όλων των μελετών EBMT στις οποίες ενδέχεται να χρησιμοποιηθούν τα προσωπικά σας δεδομένα, μεταβαίνοντας στον ιστότοπό μας στην ακόλουθη σελίδα: <https://www.ebmt.org/research/studies> Η EBMT εργάζεται από κοινού με πολλούς «Συνεργαζόμενους Εταίρους» σε διεθνές επίπεδο, συμπεριλαμβανομένων εθνικών μητρώων, εθνικών υγειονομικών αρχών και ερευνητών από επιστημονικά/κλινικά ιδρύματα. Για τον λόγο αυτό, ζητούμε τη συγκατάθεσή σας για να κοινοποιήσουμε τα προσωπικά σας δεδομένα και σε αυτούς τους εταίρους της EBMT για την εκπλήρωση του σκοπού που περιγράφεται παραπάνω.Για τους σκοπούς που περιγράφονται σε αυτή την ενότητα, η ΕΒΜΤ μπορεί επίσης να συνεργάζεται με τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων (EMA, www.ema.europa.eu/ema), με εθνικές υγειονομικές αρχές, καθώς και φορείς Αξιολόγησης Τεχνολογιών Υγείας (Health Technology Assessment - HTA). |
| **Ποιοι καλούνται να κοινοποιήσουν τα δεδομένα τους στην EBMT;**Οι δότες βλαστοκυττάρων (από αίμα ή μυελό των οστών) ή λευκοκυττάρων για κυτταρική θεραπεία ανοσολογικής δράσης καλούνται να μοιραστούν τα δεδομένα τους. |
| **Τι θα συμβεί εάν συμφωνήσετε να κοινοποιήσετε τα δεδομένα σας στην EBMT;**Εάν αποφασίσετε να μοιραστείτε τα δεδομένα σας, τα ιατρικά δεδομένα και τα δεδομένα αιμοδοσίας, θα συλλεχθούν. Ορισμένα από αυτά τα δεδομένα θα συλλεχθούν από τις συνήθεις επισκέψεις αιμοδοσίας σας. Για τους ιατρικούς ελέγχους παρακολούθησης δεν θα χρειαστεί να επισκεφθείτε το νοσοκομείο/κέντρο αιμοδοσίας ειδικά για το σκοπό αυτό. Αυτοί οι έλεγχοι μπορούν επίσης να γίνουν στον γενικό ιατρό σας και να σταλούν στο νοσοκομείο/κέντρο αιμοδοσίας. |
| **Τι θα συμβεί στα προσωπικά δεδομένα σας;**Όλα τα δεδομένα σας θα παραμείνουν εμπιστευτικά και θα αποθηκευτούν σε πιστοποιημένη και ασφαλή βάση δεδομένων της European Society for Blood and Marrow Transplantation (EBMT). Όλες οι δραστηριότητες επεξεργασίας δεδομένων θα είναι σύμφωνες με τον Ευρωπαϊκό Γενικό Κανονισμό για την Προστασία των Δεδομένων (2016/679) και τους ισχύοντες τοπικούς νόμους. |
|  |
| **Με ποιον θα πρέπει να επικοινωνήσετε σε περίπτωση που έχετε ερωτήσεις;** |
| *Στο ίδρυμά σας:*Ονοματεπώνυμο:Θέση/Τίτλος:Διεύθυνση:Τηλέφωνο: | *Στην EBMT:*Υπεύθυνος Προστασίας Δεδομένων της EBMTE-mail: data.protection@ebmt.org |

1. Τι θα συμβεί στα προσωπικά δεδομένα σας στο Μητρώο EBMT;
	1. **Ποια δεδομένα συλλέγονται και υφίστανται επεξεργασία;**

Σύμφωνα με τον Ευρωπαϊκό Γενικό Κανονισμό για την Προστασία των Δεδομένων (ΓΚΠΔ (2016/679)), ως δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα νοείται κάθε πληροφορία που αφορά ταυτοποιημένο ή ταυτοποιήσιμο φυσικό πρόσωπο. Για τους σκοπούς του Μητρώου EBMT, οι ακόλουθες πληροφορίες από το ιατρικό αρχείο σας θα υποβληθούν σε επεξεργασία:

* Αρχικά, ημερομηνία/έτος γέννησης, φύλο, μοναδικός αριθμός ασθενούς/δότη που σας δόθηκε από το νοσοκομείο/κέντρο αιμοδοσίας και τη χώρα σας
* Ιατρικό ιστορικό, σωματική εξέταση και αποτελέσματα των εξετάσεων αίματος και, κατά περίπτωση, μυελού των οστών
* Μεταγγίσεις, φαρμακευτική αγωγή
* Επιπλοκές κατά την κινητοποίηση και δωρεά βλαστοκυττάρων

Τα προσωπικά δεδομένα που αποθηκεύονται στο Μητρώο EBMT θα συνδεθούν με τα αρχικά σας, την ημερομηνία/το έτος γέννησής σας, το φύλο σας και τον μοναδικό αριθμό ασθενούς/δότη που σας δόθηκε από το νοσοκομείο/κέντρο αιμοδοσίας. Αυτά τα ελάχιστα ταυτοποιήσιμα στοιχεία είναι απαραίτητα για να διασφαλιστεί ότι τα δεδομένα που συλλέγονται σε διαφορετικές χρονικές στιγμές αποθηκεύονται με ακρίβεια στο ίδιο αρχείο. Δεν θα χρησιμοποιηθούν για την αναγνώριση της ατομικής σας ταυτότητας.

Για την προστασία του ιδιωτικού σας απόρρητου, στα δεδομένα σας έχει δοθεί ένας μοναδικός και μη ενημερωτικός αριθμός βάσης δεδομένων Η διαδικασία αυτή είναι γνωστή ως «ψευδωνυμοποίηση» και καθορίζεται στον ΓΚΠΔ. Επιτρέπει την επεξεργασία των προσωπικών σας δεδομένων κατά τρόπο ώστε τα δεδομένα να μην μπορούν πλέον να συνδεθούν με εσάς χωρίς τη χρήση πρόσθετων δεδομένων τα οποία είναι αποθηκευμένα στο τοπικό σας νοσοκομείο. Η EBMT δεσμεύεται να ελαχιστοποιεί την κοινοποίηση των προσωπικών δεδομένων, και ιδιαίτερα των ελάχιστων ταυτοποιήσιμων δεδομένων των ασθενών. Όποτε αυτό είναι δυνατόν, η EBMT κοινοποιεί ψευδωνυμοποιημένα δεδομένα ή, όταν το επιτρέπουν οι περιστάσεις, ανωνυμοποιημένα δεδομένα. Ωστόσο, σε ορισμένες περιπτώσεις, για παράδειγμα προκειμένου να αποφευχθεί η διπλή καταχώρηση των δεδομένων, η κοινοποίηση των ελάχιστων ταυτοποιήσιμων δεδομένων πιθανώς να είναι απαραίτητη, όμως αυτό θα γίνεται πάντα στο πλαίσιο των μέτρων προστασίας των δεδομένων που επιβάλλονται από τον νόμο.

* 1. **Πώς αποθηκεύονται τα δεδομένα στο Mητρώο EBMT;**

Τα δεδομένα αποθηκεύονται σε ηλεκτρονική, πιστοποιημένη, ασφαλή βάση δεδομένων της EBMT και υπόκεινται στους ευρωπαϊκούς κανονισμούς προστασίας δεδομένων. Αυτή η βάση δεδομένων βρίσκεται σε μια χώρα που αποτελεί μέρος της Ευρωπαϊκής Ένωσης και τελεί υπό αυστηρή πολιτική ελέγχου της πρόσβασης.

* 1. **Για πόσο διάστημα θα αποθηκεύονται τα δεδομένα;**

Η EBMT θα τηρεί τα δεδομένα σας επ’ αόριστον, ώστε να μπορούν να χρησιμοποιηθούν στο μέλλον για τους σκοπούς της επιστημονικής έρευνας.

Οι Συνεργαζόμενοι Εταίροι θα τηρούν τα προσωπικά σας δεδομένα για όσο διάστημα αυτό εξυπηρετεί τους σκοπούς που περιγράφονται παραπάνω στην ενότητα Σύνοψη.

* 1. **Ποιοι έχουν πρόσβαση στα δεδομένα του Μητρώου EBMT;**

και στα εξουσιοδοτημένα μέλη του προσωπικού του νοσοκομείου σας. Κατόπιν αιτήματος του νοσοκομείου/κέντρου αιμοδοσίας σας, μπορεί να χορηγηθεί πρόσβαση στα εθνικά μητρώα σας στον τομέα της μεταμόσχευσης αίματος ή/και μυελού των οστών και της θεραπείας IEC ή/και της ασθένειας από την οποία πάσχετε.

* 1. **Ποιοι έχουν πρόσβαση στον φάκελο δότη σας;**

Ενδέχεται να απαιτηθεί πρόσβαση σε δεδομένα από το ιατρικό αρχείο σας προκειμένου να επιβεβαιωθεί ότι η συλλογή δεδομένων για το Μητρώο EBMT γίνεται με ακρίβεια και σύμφωνα με τους ισχύοντες κανονισμούς. Η πρόσβαση στο ιατρικό αρχείο σας που υπάρχει στο νοσοκομείο/κέντρο δότη θα περιορίζεται στα εξής άτομα ή φορείς:

* το προσωπικό του νοσοκομείου σας
* έναν επόπτη ή ελεγκτή που έχει εξουσιοδοτηθεί από την EBMT
* τις κανονιστικές υγειονομικές αρχές

Όλα τα μέρη έχουν καθήκον τήρησης της εμπιστευτικότητας απέναντί σας ως συμμετέχοντα σε έρευνα. Ζητούμε τη συγκατάθεσή σας για να επιτραπεί η προαναφερθείσα πρόσβαση στο ιατρικό σας αρχείο για τον συγκεκριμένο σκοπό.

* 1. **Θα κοινοποιηθούν σε τρίτους τα δεδομένα που τηρούνται στο Μητρώο EBMT;**

Με τη συγκατάθεσή σας, τα προσωπικά σας δεδομένα στο Μητρώο EBMT ενδέχεται να κοινοποιηθούν στους συνεργαζόμενους εταίρους για τους σκοπούς που περιγράφονται παραπάνω στην ενότητα Σύνοψη. Στο πλαίσιο αυτών των συνεργασιών, τα ανώνυμα προσωπικά σας δεδομένα ενδέχεται να αποσταλούν σε χώρες εκτός εκείνων που καλύπτονται από τον ΓΚΠΔ (2016/679). Η EBMT εφαρμόζει τις διασφαλίσεις που απαιτούνται από τον ΓΚΠΔ για την προστασία των προσωπικών σας δεδομένων όταν αυτά αποστέλλονται σε λεγόμενες τρίτες χώρες εκτός της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τις οποίες δεν υπάρχει αναγνώριση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής ότι παρέχουν ισοδύναμο επίπεδο προστασίας δεδομένων.

* 1. **Ποια είναι η νομική βάση για την επεξεργασία των δεδομένων και ποιος φέρει τη σχετική ευθύνη;**

Ο ΓΚΠΔ (2016/679) διέπει τη συλλογή, αποθήκευση και επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα. Ο σκοπός του Κανονισμού είναι η διασφάλιση του ιδιωτικού σας απορρήτου. Για να υπάρχει συμμόρφωση με αυτούς τους κανονισμούς, σας ζητούμε να δώσετε τη συγκατάθεσή σας ως νομική βάση για τη συλλογή, επεξεργασία και αποθήκευση των προσωπικών σας δεδομένων στο Μητρώο EBMT για τους σκοπούς που περιγράφονται στην ενότητα Σύνοψη.

Η EBMT και το νοσοκομείο σας είναι από κοινού «ελεγκτές» των προσωπικών σας δεδομένων στο Μητρώο EBMT. Αυτό σημαίνει ότι και οι δύο φορείς καθορίζουν τον σκοπό της επεξεργασίας των δεδομένων (το γιατί) καθώς και το μέσο επεξεργασίας τους (το πώς). Τόσο η EBMT όσο και το νοσοκομείο σας είναι υπεύθυνα για την προστασία των δεδομένων στο Μητρώο.

Σε περίπτωση που τα δεδομένα σας που τηρούνται στο Μητρώο EBMT κοινοποιηθούν σε φορείς HTA ή άλλους επιστημονικούς/κλινικούς συνεργαζόμενους εταίρους για τους σκοπούς που περιγράφονται παραπάνω στην ενότητα Σύνοψη, οι εταίροι αυτοί θα καταστούν επίσης ελεγκτές των προσωπικών σας δεδομένων για τον συγκεκριμένο σκοπό και επομένως θα είναι υπεύθυνοι για την προστασία των δεδομένων.

* 1. **Ποια είναι τα δικαιώματά σας (ως υποκειμένου των δεδομένων);**

Σας ζητείται να συναινέσετε στην προσπέλαση, αποθήκευση και επεξεργασία των προσωπικών σας δεδομένων. Εάν αρνηθείτε να δώσετε τη συγκατάθεσή σας, τότε τα δεδομένα σας δεν θα σταλούν στην EBMT ή σε οποιονδήποτε από τους συνεργάτες μας και δεν θα χρησιμοποιηθούν για τους σκοπούς της έρευνας που θα βοηθήσει μελλοντικούς δότες.

Εάν δώσετε τη συγκατάθεσή σας, τα δεδομένα τα οποία κατέχει η EBMT θα συνεχίσουν να είναι υπό τον έλεγχό σας. Έχετε το δικαίωμα να ζητήσετε να αποκτήσετε πρόσβαση στα προσωπικά σας δεδομένα και/ή να ζητήσετε τη διόρθωσή τους ή να υποβάλετε καταγγελία στην εθνική αρχή προστασίας δεδομένων. Έχετε επίσης το δικαίωμα να αποσύρετε τη συγκατάθεσή σας οποιαδήποτε στιγμή στο μέλλον. Επιπλέον, έχετε το δικαίωμα να ζητήσετε τη διαγραφή των προσωπικών σας δεδομένων από τη βάση δεδομένων του μητρώου EBMT και από άλλες βάσεις δεδομένων στις οποίες ενδέχεται να έχει γίνει εξαγωγή των δεδομένων σας. Αυτό δεν θα επηρεάσει τον τύπο ή την ποιότητα της θεραπείας που λαμβάνετε.

Τα παιδιά και οι έφηβοι έχουν επίσης το δικαίωμα να αποσύρουν τη συγκατάθεσή τους όταν ενηλικιωθούν.

* 1. **Θα προκύψει κάποια επιπλέον δαπάνη εάν αποφασίσετε να κοινοποιήσετε τα δεδομένα σας στο Μητρώο;**

Η κοινοποίηση των δεδομένων σας δεν συνεπάγεται καμία επιπλέον δαπάνη ούτε θα λάβετε κάποια πληρωμή για την κοινοποίηση των δεδομένων σας στο Μητρώο.

1. Με ποιον θα πρέπει να επικοινωνήσετε για περισσότερες πληροφορίες ή εάν θελήσετε να ασκήσετε τα δικαιώματά σας;

Για περισσότερες πληροφορίες ή εάν θελήσετε να ασκήσετε οποιοδήποτε από τα δικαιώματά σας που αναφέρονται στην ενότητα 1.8, παρακαλείστε να επικοινωνήσετε με:

|  |
| --- |
| [ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΤΟΥ DPO ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ] |
| [ΟΝΟΜΑ, ΤΙΤΛΟΣ] | [ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ] |
| Κάτοχος Μητρώου [EBMT] |
| Υπεύθυνος Προστασίας Δεδομένων της EBMT | E-mail: data.protection@ebmt.org |

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΤΟ ΜΗΤΡΩΟ EBMT

Έχω διαβάσει το Έντυπο Πληροφόρησης Ασθενών (έκδοση 1.2), μου δόθηκε η ευκαιρία να υποβάλω ερωτήσεις και έλαβα ικανοποιητικές απαντήσεις. Είχα στη διάθεσή μου επαρκή χρόνο για να αποφασίσω εάν θέλω να κοινοποιήσω τα δεδομένα μου στο Μητρώο EBMT. Κατανοώ ότι η συμμετοχή είναι εντελώς εθελοντική και είμαι ελεύθερος να αποχωρήσω ανά πάσα στιγμή χωρίς να δηλώσω την αιτία και χωρίς να επηρεαστούν η ιατρική μου φροντίδα ή τα νομικά μου δικαιώματα.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Με την υπογραφή του παρόντος Έντυπου Συγκατάθεσης, αναγνωρίζω ότι: |  |  |
|  | *Ναι* | *Όχι* |
| 1. Συναινώ στην αναφορά των προσωπικών μου δεδομένων, συμπεριλαμβανομένων των ελάχιστων ταυτοποιήσιμων δεδομένων όπως αυτά καθορίζονται στην ενότητα 1.1, στο Μητρώο EBMT και την επεξεργασία τους από αυτό, καθώς και στην επ’ αόριστον τήρηση των δεδομένων μου.
 |  |  |
| Επιπλέον των παραπάνω, |  |  |
| 1. Συναινώ στην κοινοποίηση των προσωπικών μου δεδομένων, συμπεριλαμβανομένων των ελάχιστων ταυτοποιήσιμων δεδομένων, που τηρούνται στο Μητρώο EBMT στις υγειονομικές αρχές και σε ερευνητές από επιστημονικά ή κλινικά ιδρύματα, υπό την προϋπόθεση ότι εφαρμόζεται ικανοποιητικό επίπεδο προστασίας του ιδιωτικού μου απορρήτου ή ότι εφαρμόζονται επαρκείς συμβατικές διασφαλίσεις σε περίπτωση που αυτά τα δεδομένα αποσταλούν εκτός του Ευρωπαϊκού Οικονομικού Χώρου.
 |  |  |
| 1. Συναινώ στην κοινοποίηση των ψευδωνυμοποιημένων δεδομένων μου στο Μητρώο EBMT σε εθνικές υγειονομικές αρχές και και σε ερευνητές από επιστημονικά ή κλινικά ιδρύματα(HTA), υπό την προϋπόθεση ότι εφαρμόζεται ικανοποιητικό επίπεδο προστασίας του ιδιωτικού μου απορρήτου ή ότι εφαρμόζονται επαρκείς συμβατικές διασφαλίσεις σε περίπτωση που αυτά τα δεδομένα αποσταλούν εκτός του Ευρωπαϊκού Οικονομικού Χώρου.
 |  |  |
| 1. Δίνω άδεια σε επόπτες και ελεγκτές από την ΕΒΜΤ και από τις κανονιστικές αρχές να εξετάζουν το ιατρικό μου αρχείο σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία και με πλήρη εχεμύθεια.
 |  |  |

Ονοματεπώνυμο δότη / Ονοματεπώνυμο νόμιμου εκπροσώπου του δότη:

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

Υπογραφή: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ημερομηνία: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_\_

Ονοματεπώνυμο μάρτυρα (εάν εφαρμόζεται): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Υπογραφή: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ημερομηνία: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_\_

Εάν κατά το διάστημα που τα δεδομένα είναι αποθηκευμένα στο Μητρώο προκύψουν πληροφορίες οι οποίες θα μπορούσαν ενδεχομένως να επηρεάσουν τη συγκατάθεση του δότη, το νοσοκομείο/κέντρο αιμοδοσίας θα τον/την ενημερώσει εγκαίρως.

Ονοματεπώνυμο εκπροσώπου του νοσοκομείου: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Υπογραφή: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ημερομηνία: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_\_

------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Πρόσθετες πληροφορίες έχουν παρασχεθεί από (όταν εφαρμόζεται):

Ονοματεπώνυμο: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Θέση/Τίτλος: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Υπογραφή: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ημερομηνία: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_\_

*Αντίγραφα προς υπογραφή: 1 για τον δότη, 1 προς φύλαξη από το νοσοκομείο, 1 για τον νόμιμο εκπρόσωπο/αμερόληπτο μάρτυρα (να διαγραφεί εάν δεν εφαρμόζεται).*