

Toestemming van de patiënt voor:

- het toedienen van G-CSF en het oogsten van stamcellen uit bloed ten behoeve van autologe stamceltransplantatie
- de behandeling met een autologe stamceltransplantatie

Ondergetekende,

Naam,

voorletters:

Geboortedatum:

geeft toestemming voor het toedienen van G-CSF en het geven van stamcellen uit bloed en voor de behandeling met een autologe stamceltransplantatie en verklaart het volgende:

- Ik ben naar tevredenheid geïnformeerd over G-CSF stimulatie en het geven van stamcellen uit het bloed.
- Ik ben geïnformeerd over de bijwerkingen van G-CSF en de leukaferese procedure.
- Ik heb goed kunnen nadenken over het toegediend krijgen van G-CSF en het geven van stamcellen uit bloed.
- Ik ben ervan op de hoogte dat voorafgaande aan de G-CSF toediening laboratoriumonderzoeken worden verricht, waaronder een aidstest, en dat ik bij een afwijkend testresultaat hiervan op de hoogte wordt gesteld.
- Ik ben ervan op de hoogte dat, indien na de toediening van G-CSF niet voldoende stamcellen in het bloed verschijnen, alternatieven met mij besproken kunnen worden (toediening van een ander medicijn en bij hoge uitzondering beenmergafname onder narcose).
- Ik ben ervan op de hoogte dat voor het verkrijgen van de stamcellen mogelijk een lieskatheter zal worden ingebracht.
- Ik ben naar tevredenheid geïnformeerd over de behandeling met een autologe stamceltransplantatie.
- Ik heb de schriftelijke informatie ("Perifere bloed stamceltransplantatie (PBSCT) autoloog") goed gelezen en begrepen.
- Ik ben geïnformeerd over de mogelijke bijwerkingen van de behandeling met een autologe stamceltransplantatie.
- Ik heb goed kunnen nadenken over de behandeling met een autologe stamceltransplantatie.
- Ik heb de gelegenheid gehad om vragen te stellen over dat wat mij onduidelijk was.
- Ik ben tevreden met de antwoorden die ik op mijn vragen heb gekregen.
- Ik heb het recht op ieder moment mijn toestemming in te trekken zonder dat ik daarvoor een reden hoeft op te geven. Ik ben er ook van op de hoogte dat, indien ik mij laat in de procedure terugtrek, autologe stamceltransplantatie niet meer mogelijk is.
- Ik ga akkoord met het vastleggen van gegevens omtrent de donatie in een Europese database; het gaat hierbij om gegevens die geanonimiseerd zijn (dat wil zeggen niet meer te herleiden tot mijn persoon).
- Ik verklaar dat ik, gezien het grote belang, de transplantatiearts en stamcelcoördinator op de hoogte zal houden van niet voorziene veranderingen in mijn gezondheid tussen keuring en het geven van stamcellen.
- Ik ga akkoord met de voorwaarden voor bewerking en opslag van mijn (stam)cellen bij het laboratorium voor stamceltransplantatie van Sanquin, zoals beschreven in de patiënteninformatie.
- Ik geef mijn toestemming dat het teveel aan stamcellen dat niet voor transplantatie nodig is, wordt ingevroren en/of gebruikt kan worden voor wetenschappelijk onderzoek, dat tevoren getoetst is door een medisch ethische commissie.

JA / NEE

Naam patiënt:

Handtekening:

Datum:

Bij minderjarige patiënt moet zowel de patiënt als diens ouder(s)/voogd(en) ondertekenen.

Naam ouder/voogd

Handtekening:

Datum

Naam ouder/voogd

Handtekening:

Datum

Ondergetekende arts, in dienst van het AMC, verklaart dat de hierboven genoemde persoon zowel mondeling als schriftelijk over het toedienen van G-CSF, het geven van stamcellen uit bloed en de behandeling met een autologe stamceltransplantatie is geïnformeerd.

Naam arts:

Functie:

Datum:

Handtekening arts: