

«ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ»

1	ΤΡΟΠΟΣ : ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ ΜΕ ΛΗΨΗ ΠΑΡΕΙΑΚΟΥ ΕΠΙΧΡΙΣΜΑΤΟΣ (ΣΑΛΙΟ)
	Σύμφωνα με το έντυπο Δ02_RC_L_02_ΣΥΛΛΟΓΗ_ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ_KIT_version_B3 • Βγάζετε από το φακελάκι μια τις μπατονέτες floq swab (από τον Ιούνιο του 2020 άρχισε η χρήση αυτού του τύπου μπατονέτας). Ο δότης πρέπει πρώτα να καταπιεί πριν ξεκινήσει η διαδικασία. Βεβαιωθείτε ότι η επιφάνεια του βαμβακιού θα ακουμπήσει μόνο το εσωτερικό του στόματος του δοτή. • Τρίβετε την μπατονέτα στο εσωτερικό από το μάγουλο 4-5 φορές. Περιστρέψτε την μπατονέτα στο εσωτερικό κατά 180°. Επαναλάβετε. Χρησιμοποιήστε την ίδια δύναμη που χρησιμοποιείτε για να βουρτσίζετε τα δόντια. Χρησιμοποιήστε μία μπατονέτα για κάθε μάγουλο. Επαναλάβετε τα παραπάνω στάδια και για τις 2 μπατονέτες. Θυμηθείτε ότι κάθε φορά ο δότης πρέπει πρώτα να καταπίνει. • Και οι 2 μπατονέτες τοποθετούνται στη συσκευασία τους & μετά στο φάκελο 11x22cm & σφραγίζεται . Εάν κάποια πέσει κάτω, πρέπει να πεταχτεί. • Αφού γίνει η παραπάνω διαδικασία, χρειάζεται να επικολληθούν οι αυτοκόλλητες ετικέτες: 1. Στη συσκευασία των μπατονετών. 2. Στο φάκελο που περιέχει τις μπατονέτες (βλ. Εικόνα) 3. Η τρίτη & τέταρτη ετικέτα επικολλούνται στην μπροστινή & πίσω σελίδα της αίτησης (στο πάνω μέρος δίπλα από το λογότυπο του ΚΕΔΜΟΠ). 4. Η πέμπτη λειτουργεί ως συνδετήρας που συνδέει φάκελο & αίτηση Ο λόγος που μπαίνουν οι ετικέτες είναι για να είναι φανερό σε ποια αίτηση αντιστοιχούν τα δείγματα.

2	ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ ΔΟΤΗ ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ - Ελέγχεται ότι ο δότης είναι μεταξύ 18-40 ετών & πληροί τα ιατρικά κριτήρια. - Ο υπεύθυνος ενημέρωσης συμπληρώνει το παρακάτω απόσπασμα. Επιλέγει τον τύπο δείγματος και καταγράφει τον τρόπο με τον οποίο γίνεται η αίτηση (ή μέσω επίσκεψης στο ΚΕΔΜΟΠ ή μέσω άλλης εκδήλωσης που διοργανώνεται από τον Χ φορέα (π.χ. Σ.Ε.Α) ή μέσω ηλεκτρονικής αίτησης). 2 Να συμπληρώνεται από το ΚΕΔΜΟΠ ή τον υπεύθυνο προσέλκυσης:  Τύπος Δείγματος: SWAB ☐ AIMA ☐ Αίτηση μέσω: Επίσκεψη στο ΚΕΔΜΟΠ ☐ Άλλο: ☐ - Παρέχονται στον υποψήφιο δότη αρχική και αναλυτική ενημέρωση σε σχέση με τα στάδια συμπλήρωσης της αίτησης. - Υποδεικνύεται στον υποψήφιο δότη πως χρειάζεται να διαβάσει την ενότητα «Ενημέρωση για την επεξεργασία Προσωπικών Δεδομένων – Πολιτική Απορρήτου» στις σελ. 3-4 του εντύπου της Αίτησης. - Ζητείται από τον υποψήφιο δότη να υπογράψει τη «Δήλωση Συναίνεσης – Ρητής Συγκατάθεσης Επεξεργασίας Προσωπικών Δεδομένων» στη σελ. 4 του εντύπου της Αίτησης. Το ΚΕΔΜΟΠ – Χάρισε Ζωή δε κάνει δεκτή αίτηση στην οποία ο υποψήφιος δότης δεν έχει υπογράψει τη σχετική Δήλωση Συναίνεσης επεξεργασίας των προσωπικών δεδομένων. <u>ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ-ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΑΠΟΡΡΗΤΟΥ</u>  - Είναι εξαιρετικά σημαντικό η αίτηση του δότη να φέρει την υπογραφή του και στην παρακάτω δήλωση συναίνεσης. Έχω διαβάσει το ενημερωτικό φυλλάδιο για τον Δότη Μυελού των Οστών. Μου δόθηκε η ευκαιρία να υποβάλλω ερωτήσεις και πήρα τις ακριβέστερες δυνατές απαντήσεις. Επιθυμώ να καταχωρηθώ στο Εθνικό και Παγκόσμιο Μητρώο Εθελοντών Δοτών Μυελού των Οστών. Συμφωνώ το δείγμα μου να τυποποιηθεί για HLA αντιγόνα. Οποιαδήποτε στιγμή θελήσω μπορώ να αποσύρω την συγκατάθεσή μου και να διαγραφώ από το αρχείο Ημερομηνία: Υπογραφή:  - Επισημαίνεται στον δότη πως χρειάζεται να συμπληρώσει απαραιτήτως τα παρακάτω πεδία.
----------	--

Παρακαλούμε να συμπληρώσετε την αίτηση με ΚΕΦΑΛΑΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ
(Δεχόμαστε δότες ηλικίας 18-45 ετών)

ΟΝΟΜΑ:				ΕΠΩΝΥΜΟ:			
Ανδρας ☐	Ημερ. Γέννησης	ΗΜΗ	ΜΜ	ΕΕΕΕ	Βάρος:		
Γυναίκα ☐	Ομάδα Αίματος:				Υψος:		
Τόπος Γέννησης:	Εθνικότητα:			Επάγγελμα:			

Τρόποι Επικοινωνίας

Διεύθυνση Κατοικίας			Εναλλακτικά		
Οδός:	Αρ.:	Τ.Κ.:	Τηλέφωνο σταθερό:		
Πόλη/Χωριό:	Νομός:		Τηλέφωνο κινητό:		
Τηλέφωνα			E-mail:		
Κατοικία:					
Κινητό:					
Εργασία:					
E-mail:					
Δεν επιθυμώ να λαμβάνω νέα/ενημερώσεις του ΚΕΔΜΟΠ μέσω e-mail: ☐					

- Ενθαρρύνεται ο δότης για να γράψει μία διεύθυνση email ώστε η επικοινωνία να είναι πιο άμεση και να αποφεύγονται ταχυδρομικά έξοδα επιστολών.
- Δεδομένου ότι τα στοιχεία επικοινωνίας αλλάζουν σε βάθος χρόνου, είναι εξαιρετικά σημαντικό να καταγραφεί μία εναλλακτική επαφή (τηλέφωνο σταθερό ή κινητό και email) χωρίς να αναγράφονται τα προσωπικά στοιχεία της άλλης επαφής.
- Αν ο δότης δεν είναι σίγουρος για την ομάδα αίματος, δεν χρειάζεται να συμπληρωθεί το πεδίο.
- Ζητείται από τον υποψήφιο δότη να συμπληρώσει μόνος του με καθαρά γράμματα **ΕΝΤΥΠΗ ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΕΘΕΛΟΝΤΗ ΔΟΤΗ ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ version6** Φυσικά δίνονται απαντήσεις σε οποιαδήποτε ερώτηση μπορεί να τεθεί κατά τη διαδικασία συμπλήρωσης της αίτησης.
- Ο Υπεύθυνος Ενημέρωσης κολλάει τις αυτοκόλλητες ετικέτες με τον αύξοντα αριθμό που έχει προμηθευτεί από το Χάρισε Ζωή:
 - Στο κλείσιμο της συσκευασίας με τις μπατονέτες του δείγματος.
 - Στο φάκελο που εσωκλείονται η συσκευασία με τις μπατονέτες του δείγματος.
 - Στην μπροστινή σελίδα της αίτησης.
 - Στην τελευταία σελίδα της αίτησης.
 - Ως συνδετήρας για αίτηση & φάκελο



Σκοπός της διαδικασίας είναι να γνωρίζουμε σε ποιον δότη ανήκει το κάθε δείγμα. Κάθε συνεργάτης έχει τη δυνατότητα να εκτυπώνει δικές του ετικέτες με δική του κωδικοποίηση, αρκεί να γράφει μπροστά τα αρχικά πχ. του συλλόγου του (ώστε να μην συμπέσουν ίδιες κωδικοποιήσεις από διαφορετικούς συλλόγους)

	14. Όλες οι συμπληρωμένες αιτήσεις συγκεντρώνονται & εσωκλείονται σε ένα φάκελο (π.χ. A4) χωρίς να αναγράφονται τα στοιχεία (π.χ. ονοματεπώνυμο) των δοτών. <u>ΠΡΟΣΟΧΗ</u> : Η αίτηση δεν θα πρέπει να μπαίνει στο φάκελο που περιέχει τις μπατονέτες. Ετοιμάζεται πακέτο που περιέχει το φάκελο (π.χ. A4) των αιτήσεων & τα φάκελα των δειγμάτων και άμεσα αποστέλλονται προς το Κέντρο .
3	ΑΠΟΣΤΟΛΗ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ (ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΟΥ Η ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ ΔΕΝ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΘΕΙ ΣΤΟΥΣ ΧΩΡΟΥΣ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ)
	Άμεση αποστολή αιτήσεων και δειγμάτων με την ολοκλήρωση της εκδήλωσης προς το Κέντρο Εθελοντών Δοτών Μυελού των Οστών (ΚΕΔΜΟΠ)-«ΧΑΡΙΣΕ ΖΩΗ» . Θα πρέπει να ενημερώνεται το Κέντρο για την ακριβή ημέρα που αποστέλλετε τις αιτήσεις και τα δείγματα μέσω <u>ΜΟΝΟ</u> της εταιρείας courier ACS με την οποία συνεργάζεται το Κέντρο μας <u>ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΕΝΤΡΟΥ</u> Κέντρο Ενημέρωσης και Προσέλευσης Εθελοντών Δοτών Μυελού των Οστών Πανεπιστήμιο Πατρών (ΚΕΔΜΟΠ)-«ΧΑΡΙΣΕ ΖΩΗ» Κτίριο Προκλινικών Λειτουργιών, Τμ. Ιατρικής Πανεπιστημίου Πατρών, Πανεπιστημιούπολη Ρίου, 26504 Πάτρα Τ: 2610 997 510, E-MAIL: cbmdpatras@upatras.gr WEBSITE: http://www.xarisezoi.gr/