

中国造血干细胞捐献者资料库江苏分库

地址：南京市中山北路 49 号机械大厦 12 楼（210008） 电话：025-83351712 传真：025-83351712

高分辨检测知情同意书

同志：

经中华骨髓库初次检索，您与一名患者的 HLA 低分辨率型相合。为了确定您是否能够向这名患者捐献造血干细胞，我们需要再抽取一些血样，进行您与患者的高分辨率型确认实验。一旦您与患者高分辨分型检测相合，还需要进行身体检查（以上两项检查费用均由患者支付）。如果体检合格，就可以捐献造血干细胞，拯救患者的生命。

在高分相合后，不应再改变意愿，以使患者失去生存的希望。

如果实现捐献，您的肖像可能被用来在电视、报刊或网站等媒体进行公益宣传，您是否同意？

☐ 同 意

☐ 不同意

其他 _____

志愿者签字_____

签字日期_____

志愿者骨髓编号_____（工作人员填写）

省级分库工作人员签字_____

中国造血干细胞捐献者资料库江苏分库

地址：南京市中山北路 49 号机械大厦 12 楼（210008） 电话：025-83351712 传真：025-83351712

高分辨通知单回执（市红会）

志愿者姓名		患者姓名	
骨髓编号			
所属地区		收到《高分辨通知单》日期	
高分辨血样寄送情况：			
☐ 已 寄 往 实 验 室			
邮寄时间： <u>202</u> 年 <u> </u> 月 <u> </u> 日			
邮寄方式： <u>顺丰</u>			
☐ 未寄送，原因： _____			
☐ 其它情况（请注明）： _____			

注：请在 10 个工作日内完成