

Dzień dawcy szpiku

Nr Identyfikacyjny Dnia Dawcy: PL- ____ - _____

Przed rozpoczęciem rejestracji należy przeczytać poniższy tekst:

Zapraszam do zapoznania się z Polityką Prywatności Fundacji DKMS oraz Regulaminem Świadczenia Usług Drogą Elektroniczną Fundacji DKMS. Dowie się Pan/Pani z niego, w jaki sposób przetwarzamy dane osobowe oraz jakie związane są z tym prawa.

Nie jestem lekarzem, jednak na podstawie posiadanej listy schorzeń przygotowanej przez lekarza hematologa, jesteśmy w stanie ocenić czy spełnia Pan/Pani kryteria pozwalające na rejestrację.

oraz zadać następujące pytania:

- Czy mieści się Pan/Pani w przedziale wieku między 18 a 55 rokiem życia? (potencjalny Dawca może zarejestrować się: **najwcześniej w dniu 18 urodzin, a najpóźniej ostatniego dnia 55 roku życia**)
- Czy mieszka Pan/Pani na stałe na terenie Polski? Czy rozmawia Pan/Pani w języku polskim? *
- Czy rejestrował/ła się Pan/i jako potencjalny dawca szpiku kostnego w bazie Fundacji DKMS bądź w innej bazie potencjalnych dawców szpiku?
- Czy Pana/Pani współczynnik BMI nie przekracza 40? (proszę sprawdzić w tabelce po prawej stronie)
- Czy choruje bądź chorował/a Pan/Pani na jakąś przewlekłą chorobę?
- Czy przyjmuje bądź przyjmował/a Pan/Pani jakieś leki?
- Czy przeszedł Pan/Pani jakąś operację?
- Czy cierpi bądź cierpiał/a Pan/Pani na jakąś chorobę z poniższej listy? (lista chorób jest na podkładce dla dawcy)
- Czy Pan/Pani wie, że rejestruje się dla wszystkich chorych na nowotwory krwi?
- Czy zna Pan/Pani obydwie metody pobrania materiału do przeszczepienia?

* Każdy Dawca zakwalifikowany jako zgodny z Pacjentem, przechodzi dokładną weryfikację stanu zdrowia przed donacją krwiotwórczych komórek macierzystych lub szpiku. Ważne jest, by Dawca rozumiał przeprowadzany z nim wywiad medyczny i był świadomy przebiegu procedury pobrania.

REJESTRACJA TO ODPOWIEDZIALNA I ŚWIADOMA DECYZJA TELEFON ALARMOWY: 519 057 787

Poproś o podpisanie formularza rejestracyjnego.

Jeśli pojawią się jakiegokolwiek pytania dotyczące rejestracji prosimy każdorazowo skontaktuj się z telefonem alarmowym.



POKONAJMY NOWOTWORY KRWI

$$\text{BMI} = \frac{\text{waga w kg}}{(\text{wzrost w m})^2}$$

wzrost (m)	waga (kg)
1,50	90
1,55	96
1,57	99
1,60	102
1,63	106
1,65	109
1,68	113
1,70	116
1,73	120
1,75	123
1,78	127
1,80	130
1,83	134
1,85	137
1,88	141
1,90	144
1,93	149
1,95	152
1,98	157
2,00	160
2,03	165

Dziękujemy bardzo!

Zespół fundacji DKMS

Dzień dawcy szpiku

Nr Identyfikacyjny Dnia Dawcy: PL- ____ - _____

Przed rozpoczęciem rejestracji należy przeczytać poniższy tekst:

Zapraszam do zapoznania się z Polityką Prywatności Fundacji DKMS oraz Regulaminem Świadczenia Usług Drogą Elektroniczną Fundacji DKMS. Dowie się Pan/Pani z niego, w jaki sposób przetwarzamy dane osobowe oraz jakie związane są z tym prawa.

Nie jestem lekarzem, jednak na podstawie posiadanej listy schorzeń przygotowanej przez lekarza hematologa, jesteśmy w stanie ocenić czy spełnia Pan/Pani kryteria pozwalające na rejestrację.

oraz zadać następujące pytania:

- Czy mieści się Pan/Pani w przedziale wieku między 18 a 55 rokiem życia? (potencjalny Dawca może zarejestrować się: **najwcześniej w dniu 18 urodzin, a najpóźniej ostatniego dnia 55 roku życia**)
- Czy mieszka Pan/Pani na stałe na terenie Polski? Czy rozmawia Pan/Pani w języku polskim? *
- Czy rejestrował/ła się Pan/i jako potencjalny dawca szpiku kostnego w bazie Fundacji DKMS bądź w innej bazie potencjalnych dawców szpiku?
- Czy Pana/Pani współczynnik BMI nie przekracza 40? (proszę sprawdzić w tabelce po prawej stronie)
- Czy choruje bądź chorował/a Pan/Pani na jakąś przewlekłą chorobę?
- Czy przyjmuje bądź przyjmował/a Pan/Pani jakieś leki?
- Czy przeszedł Pan/Pani jakąś operację?
- Czy cierpi bądź cierpiał/a Pan/Pani na jakąś chorobę z poniższej listy? (lista chorób jest na podkładce dla dawcy)
- Czy Pan/Pani wie, że rejestruje się dla wszystkich chorych na nowotwory krwi?
- Czy zna Pan/Pani obydwie metody pobrania materiału do przeszczepienia?

* Każdy Dawca zakwalifikowany jako zgodny z Pacjentem, przechodzi dokładną weryfikację stanu zdrowia przed donacją krwiotwórczych komórek macierzystych lub szpiku. Ważne jest, by Dawca rozumiał przeprowadzany z nim wywiad medyczny i był świadomy przebiegu procedury pobrania.

REJESTRACJA TO ODPOWIEDZIALNA I ŚWIADOMA DECYZJA TELEFON ALARMOWY: 519 057 787

Poproś o podpisanie formularza rejestracyjnego.

Jeśli pojawią się jakiegokolwiek pytania dotyczące rejestracji prosimy każdorazowo skontaktuj się z telefonem alarmowym.



POKONAJMY NOWOTWORY KRWI

$$\text{BMI} = \frac{\text{waga w kg}}{(\text{wzrost w m})^2}$$

wzrost (m)	waga (kg)
1,50	90
1,55	96
1,57	99
1,60	102
1,63	106
1,65	109
1,68	113
1,70	116
1,73	120
1,75	123
1,78	127
1,80	130
1,83	134
1,85	137
1,88	141
1,90	144
1,93	149
1,95	152
1,98	157
2,00	160
2,03	165

Dziękujemy bardzo!

Zespół fundacji DKMS

Dzień dawcy szpiku

Nr Identyfikacyjny Dnia Dawcy: PL- ____ - _____

Przed rozpoczęciem rejestracji należy przeczytać poniższy tekst:

Zapraszam do zapoznania się z Polityką Prywatności Fundacji DKMS oraz Regulaminem Świadczenia Usług Drogą Elektroniczną Fundacji DKMS. Dowie się Pan/Pani z niego, w jaki sposób przetwarzamy dane osobowe oraz jakie związane są z tym prawa.

Nie jestem lekarzem, jednak na podstawie posiadanej listy schorzeń przygotowanej przez lekarza hematologa, jesteśmy w stanie ocenić czy spełnia Pan/Pani kryteria pozwalające na rejestrację.

oraz zadać następujące pytania:

- Czy mieści się Pan/Pani w przedziale wieku między 18 a 55 rokiem życia? (potencjalny Dawca może zarejestrować się: **najwcześniej w dniu 18 urodzin, a najpóźniej ostatniego dnia 55 roku życia**)
- Czy mieszka Pan/Pani na stałe na terenie Polski? Czy rozmawia Pan/Pani w języku polskim? *
- Czy rejestrował/ła się Pan/i jako potencjalny dawca szpiku kostnego w bazie Fundacji DKMS bądź w innej bazie potencjalnych dawców szpiku?
- Czy Pana/Pani współczynnik BMI nie przekracza 40? (proszę sprawdzić w tabelce po prawej stronie)
- Czy choruje bądź chorował/a Pan/Pani na jakąś przewlekłą chorobę?
- Czy przyjmuje bądź przyjmował/a Pan/Pani jakieś leki?
- Czy przeszedł Pan/Pani jakąś operację?
- Czy cierpi bądź cierpiał/a Pan/Pani na jakąś chorobę z poniższej listy? (lista chorób jest na podkładce dla dawcy)
- Czy Pan/Pani wie, że rejestruje się dla wszystkich chorych na nowotwory krwi?
- Czy zna Pan/Pani obydwie metody pobrania materiału do przeszczepienia?

* Każdy Dawca zakwalifikowany jako zgodny z Pacjentem, przechodzi dokładną weryfikację stanu zdrowia przed donacją krwiotwórczych komórek macierzystych lub szpiku. Ważne jest, by Dawca rozumiał przeprowadzany z nim wywiad medyczny i był świadomy przebiegu procedury pobrania.

REJESTRACJA TO ODPOWIEDZIALNA I ŚWIADOMA DECYZJA TELEFON ALARMOWY: 519 057 787

Poproś o podpisanie formularza rejestracyjnego.

Jeśli pojawią się jakiegokolwiek pytania dotyczące rejestracji prosimy każdorazowo skontaktuj się z telefonem alarmowym.



POKONAJMY NOWOTWORY KRWI

$$\text{BMI} = \frac{\text{waga w kg}}{(\text{wzrost w m})^2}$$

wzrost (m)	waga (kg)
1,50	90
1,55	96
1,57	99
1,60	102
1,63	106
1,65	109
1,68	113
1,70	116
1,73	120
1,75	123
1,78	127
1,80	130
1,83	134
1,85	137
1,88	141
1,90	144
1,93	149
1,95	152
1,98	157
2,00	160
2,03	165

Dziękujemy bardzo!

Zespół fundacji DKMS

Dzień dawcy szpiku

Nr Identyfikacyjny Dnia Dawcy: PL- ____ - _____

Przed rozpoczęciem rejestracji należy przeczytać poniższy tekst:

Zapraszam do zapoznania się z Polityką Prywatności Fundacji DKMS oraz Regulaminem Świadczenia Usług Drogą Elektroniczną Fundacji DKMS. Dowie się Pan/Pani z niego, w jaki sposób przetwarzamy dane osobowe oraz jakie związane są z tym prawa.

Nie jestem lekarzem, jednak na podstawie posiadanej listy schorzeń przygotowanej przez lekarza hematologa, jesteśmy w stanie ocenić czy spełnia Pan/Pani kryteria pozwalające na rejestrację.

oraz zadać następujące pytania:

- Czy mieści się Pan/Pani w przedziale wieku między 18 a 55 rokiem życia? (potencjalny Dawca może zarejestrować się: **najwcześniej w dniu 18 urodzin, a najpóźniej ostatniego dnia 55 roku życia**)
- Czy mieszka Pan/Pani na stałe na terenie Polski? Czy rozmawia Pan/Pani w języku polskim? *
- Czy rejestrował/ła się Pan/i jako potencjalny dawca szpiku kostnego w bazie Fundacji DKMS bądź w innej bazie potencjalnych dawców szpiku?
- Czy Pana/Pani współczynnik BMI nie przekracza 40? (proszę sprawdzić w tabelce po prawej stronie)
- Czy choruje bądź chorował/a Pan/Pani na jakąś przewlekłą chorobę?
- Czy przyjmuje bądź przyjmował/a Pan/Pani jakieś leki?
- Czy przeszedł Pan/Pani jakąś operację?
- Czy cierpi bądź cierpiał/a Pan/Pani na jakąś chorobę z poniższej listy? (lista chorób jest na podkładce dla dawcy)
- Czy Pan/Pani wie, że rejestruje się dla wszystkich chorych na nowotwory krwi?
- Czy zna Pan/Pani obydwie metody pobrania materiału do przeszczepienia?

* Każdy Dawca zakwalifikowany jako zgodny z Pacjentem, przechodzi dokładną weryfikację stanu zdrowia przed donacją krwiotwórczych komórek macierzystych lub szpiku. Ważne jest, by Dawca rozumiał przeprowadzany z nim wywiad medyczny i był świadomy przebiegu procedury pobrania.

REJESTRACJA TO ODPOWIEDZIALNA I ŚWIADOMA DECYZJA TELEFON ALARMOWY: 519 057 787

Poproś o podpisanie formularza rejestracyjnego.

Jeśli pojawią się jakiegokolwiek pytania dotyczące rejestracji prosimy każdorazowo skontaktuj się z telefonem alarmowym.



POKONAJMY NOWOTWORY KRWI

$$\text{BMI} = \frac{\text{waga w kg}}{(\text{wzrost w m})^2}$$

wzrost (m)	waga (kg)
1,50	90
1,55	96
1,57	99
1,60	102
1,63	106
1,65	109
1,68	113
1,70	116
1,73	120
1,75	123
1,78	127
1,80	130
1,83	134
1,85	137
1,88	141
1,90	144
1,93	149
1,95	152
1,98	157
2,00	160
2,03	165

Dziękujemy bardzo!

Zespół fundacji DKMS

Dzień dawcy szpiku

Nr Identyfikacyjny Dnia Dawcy: PL- ____ - _____

Przed rozpoczęciem rejestracji należy przeczytać poniższy tekst:

Zapraszam do zapoznania się z Polityką Prywatności Fundacji DKMS oraz Regulaminem Świadczenia Usług Drogą Elektroniczną Fundacji DKMS. Dowie się Pan/Pani z niego, w jaki sposób przetwarzamy dane osobowe oraz jakie związane są z tym prawa.

Nie jestem lekarzem, jednak na podstawie posiadanej listy schorzeń przygotowanej przez lekarza hematologa, jesteśmy w stanie ocenić czy spełnia Pan/Pani kryteria pozwalające na rejestrację.

oraz zadać następujące pytania:

- Czy mieści się Pan/Pani w przedziale wieku między 18 a 55 rokiem życia? (potencjalny Dawca może zarejestrować się: **najwcześniej w dniu 18 urodzin, a najpóźniej ostatniego dnia 55 roku życia**)
- Czy mieszka Pan/Pani na stałe na terenie Polski? Czy rozmawia Pan/Pani w języku polskim? *
- Czy rejestrował/ła się Pan/i jako potencjalny dawca szpiku kostnego w bazie Fundacji DKMS bądź w innej bazie potencjalnych dawców szpiku?
- Czy Pana/Pani współczynnik BMI nie przekracza 40? (proszę sprawdzić w tabelce po prawej stronie)
- Czy choruje bądź chorował/a Pan/Pani na jakąś przewlekłą chorobę?
- Czy przyjmuje bądź przyjmował/a Pan/Pani jakieś leki?
- Czy przeszedł Pan/Pani jakąś operację?
- Czy cierpi bądź cierpiał/a Pan/Pani na jakąś chorobę z poniższej listy? (lista chorób jest na podkładce dla dawcy)
- Czy Pan/Pani wie, że rejestruje się dla wszystkich chorych na nowotwory krwi?
- Czy zna Pan/Pani obydwie metody pobrania materiału do przeszczepienia?

* Każdy Dawca zakwalifikowany jako zgodny z Pacjentem, przechodzi dokładną weryfikację stanu zdrowia przed donacją krwiotwórczych komórek macierzystych lub szpiku. Ważne jest, by Dawca rozumiał przeprowadzany z nim wywiad medyczny i był świadomy przebiegu procedury pobrania.

REJESTRACJA TO ODPOWIEDZIALNA I ŚWIADOMA DECYZJA TELEFON ALARMOWY: 519 057 787

Poproś o podpisanie formularza rejestracyjnego.

Jeśli pojawią się jakiegokolwiek pytania dotyczące rejestracji prosimy każdorazowo skontaktuj się z telefonem alarmowym.



POKONAJMY NOWOTWORY KRWI

$$\text{BMI} = \frac{\text{waga w kg}}{(\text{wzrost w m})^2}$$

wzrost (m)	waga (kg)
1,50	90
1,55	96
1,57	99
1,60	102
1,63	106
1,65	109
1,68	113
1,70	116
1,73	120
1,75	123
1,78	127
1,80	130
1,83	134
1,85	137
1,88	141
1,90	144
1,93	149
1,95	152
1,98	157
2,00	160
2,03	165

Dziękujemy bardzo!

Zespół fundacji DKMS

Dzień dawcy szpiku

Nr Identyfikacyjny Dnia Dawcy: PL- ____ - _____

Przed rozpoczęciem rejestracji należy przeczytać poniższy tekst:

Zapraszam do zapoznania się z Polityką Prywatności Fundacji DKMS oraz Regulaminem Świadczenia Usług Drogą Elektroniczną Fundacji DKMS. Dowie się Pan/Pani z niego, w jaki sposób przetwarzamy dane osobowe oraz jakie związane są z tym prawa.

Nie jestem lekarzem, jednak na podstawie posiadanej listy schorzeń przygotowanej przez lekarza hematologa, jesteśmy w stanie ocenić czy spełnia Pan/Pani kryteria pozwalające na rejestrację.

oraz zadać następujące pytania:

- Czy mieści się Pan/Pani w przedziale wieku między 18 a 55 rokiem życia? (potencjalny Dawca może zarejestrować się: **najwcześniej w dniu 18 urodzin, a najpóźniej ostatniego dnia 55 roku życia**)
- Czy mieszka Pan/Pani na stałe na terenie Polski? Czy rozmawia Pan/Pani w języku polskim? *
- Czy rejestrował/ła się Pan/i jako potencjalny dawca szpiku kostnego w bazie Fundacji DKMS bądź w innej bazie potencjalnych dawców szpiku?
- Czy Pana/Pani współczynnik BMI nie przekracza 40? (proszę sprawdzić w tabelce po prawej stronie)
- Czy choruje bądź chorował/a Pan/Pani na jakąś przewlekłą chorobę?
- Czy przyjmuje bądź przyjmował/a Pan/Pani jakieś leki?
- Czy przeszedł Pan/Pani jakąś operację?
- Czy cierpi bądź cierpiał/a Pan/Pani na jakąś chorobę z poniższej listy? (lista chorób jest na podkładce dla dawcy)
- Czy Pan/Pani wie, że rejestruje się dla wszystkich chorych na nowotwory krwi?
- Czy zna Pan/Pani obydwie metody pobrania materiału do przeszczepienia?

* Każdy Dawca zakwalifikowany jako zgodny z Pacjentem, przechodzi dokładną weryfikację stanu zdrowia przed donacją krwiotwórczych komórek macierzystych lub szpiku. Ważne jest, by Dawca rozumiał przeprowadzany z nim wywiad medyczny i był świadomy przebiegu procedury pobrania.

REJESTRACJA TO ODPOWIEDZIALNA I ŚWIADOMA DECYZJA TELEFON ALARMOWY: 519 057 787

Poproś o podpisanie formularza rejestracyjnego.

Jeśli pojawią się jakiegokolwiek pytania dotyczące rejestracji prosimy każdorazowo skontaktuj się z telefonem alarmowym.



POKONAJMY NOWOTWORY KRWI

$$\text{BMI} = \frac{\text{waga w kg}}{(\text{wzrost w m})^2}$$

wzrost (m)	waga (kg)
1,50	90
1,55	96
1,57	99
1,60	102
1,63	106
1,65	109
1,68	113
1,70	116
1,73	120
1,75	123
1,78	127
1,80	130
1,83	134
1,85	137
1,88	141
1,90	144
1,93	149
1,95	152
1,98	157
2,00	160
2,03	165

Dziękujemy bardzo!

Zespół fundacji DKMS

Dzień dawcy szpiku

Nr Identyfikacyjny Dnia Dawcy: PL- ____ - _____

Przed rozpoczęciem rejestracji należy przeczytać poniższy tekst:

Zapraszam do zapoznania się z Polityką Prywatności Fundacji DKMS oraz Regulaminem Świadczenia Usług Drogą Elektroniczną Fundacji DKMS. Dowie się Pan/Pani z niego, w jaki sposób przetwarzamy dane osobowe oraz jakie związane są z tym prawa.

Nie jestem lekarzem, jednak na podstawie posiadanej listy schorzeń przygotowanej przez lekarza hematologa, jesteśmy w stanie ocenić czy spełnia Pan/Pani kryteria pozwalające na rejestrację.

oraz zadać następujące pytania:

- Czy mieści się Pan/Pani w przedziale wieku między 18 a 55 rokiem życia? (potencjalny Dawca może zarejestrować się: **najwcześniej w dniu 18 urodzin, a najpóźniej ostatniego dnia 55 roku życia**)
- Czy mieszka Pan/Pani na stałe na terenie Polski? Czy rozmawia Pan/Pani w języku polskim? *
- Czy rejestrował/ła się Pan/i jako potencjalny dawca szpiku kostnego w bazie Fundacji DKMS bądź w innej bazie potencjalnych dawców szpiku?
- Czy Pana/Pani współczynnik BMI nie przekracza 40? (proszę sprawdzić w tabelce po prawej stronie)
- Czy choruje bądź chorował/a Pan/Pani na jakąś przewlekłą chorobę?
- Czy przyjmuje bądź przyjmował/a Pan/Pani jakieś leki?
- Czy przeszedł Pan/Pani jakąś operację?
- Czy cierpi bądź cierpiał/a Pan/Pani na jakąś chorobę z poniższej listy? (lista chorób jest na podkładce dla dawcy)
- Czy Pan/Pani wie, że rejestruje się dla wszystkich chorych na nowotwory krwi?
- Czy zna Pan/Pani obydwie metody pobrania materiału do przeszczepienia?

* Każdy Dawca zakwalifikowany jako zgodny z Pacjentem, przechodzi dokładną weryfikację stanu zdrowia przed donacją krwiotwórczych komórek macierzystych lub szpiku. Ważne jest, by Dawca rozumiał przeprowadzany z nim wywiad medyczny i był świadomy przebiegu procedury pobrania.

REJESTRACJA TO ODPOWIEDZIALNA I ŚWIADOMA DECYZJA TELEFON ALARMOWY: 519 057 787

Poproś o podpisanie formularza rejestracyjnego.

Jeśli pojawią się jakiegokolwiek pytania dotyczące rejestracji prosimy każdorazowo skontaktuj się z telefonem alarmowym.



POKONAJMY NOWOTWORY KRWI

$$\text{BMI} = \frac{\text{waga w kg}}{(\text{wzrost w m})^2}$$

wzrost (m)	waga (kg)
1,50	90
1,55	96
1,57	99
1,60	102
1,63	106
1,65	109
1,68	113
1,70	116
1,73	120
1,75	123
1,78	127
1,80	130
1,83	134
1,85	137
1,88	141
1,90	144
1,93	149
1,95	152
1,98	157
2,00	160
2,03	165

Dziękujemy bardzo!

Zespół fundacji DKMS

Dzień dawcy szpiku

Nr Identyfikacyjny Dnia Dawcy: PL- ____ - _____

Przed rozpoczęciem rejestracji należy przeczytać poniższy tekst:

Zapraszam do zapoznania się z Polityką Prywatności Fundacji DKMS oraz Regulaminem Świadczenia Usług Drogą Elektroniczną Fundacji DKMS. Dowie się Pan/Pani z niego, w jaki sposób przetwarzamy dane osobowe oraz jakie związane są z tym prawa.

Nie jestem lekarzem, jednak na podstawie posiadanej listy schorzeń przygotowanej przez lekarza hematologa, jesteśmy w stanie ocenić czy spełnia Pan/Pani kryteria pozwalające na rejestrację.

oraz zadać następujące pytania:

- Czy mieści się Pan/Pani w przedziale wieku między 18 a 55 rokiem życia? (potencjalny Dawca może zarejestrować się: **najwcześniej w dniu 18 urodzin, a najpóźniej ostatniego dnia 55 roku życia**)
- Czy mieszka Pan/Pani na stałe na terenie Polski? Czy rozmawia Pan/Pani w języku polskim? *
- Czy rejestrował/ła się Pan/i jako potencjalny dawca szpiku kostnego w bazie Fundacji DKMS bądź w innej bazie potencjalnych dawców szpiku?
- Czy Pana/Pani współczynnik BMI nie przekracza 40? (proszę sprawdzić w tabelce po prawej stronie)
- Czy choruje bądź chorował/a Pan/Pani na jakąś przewlekłą chorobę?
- Czy przyjmuje bądź przyjmował/a Pan/Pani jakieś leki?
- Czy przeszedł Pan/Pani jakąś operację?
- Czy cierpi bądź cierpiał/a Pan/Pani na jakąś chorobę z poniższej listy? (lista chorób jest na podkładce dla dawcy)
- Czy Pan/Pani wie, że rejestruje się dla wszystkich chorych na nowotwory krwi?
- Czy zna Pan/Pani obydwie metody pobrania materiału do przeszczepienia?

* Każdy Dawca zakwalifikowany jako zgodny z Pacjentem, przechodzi dokładną weryfikację stanu zdrowia przed donacją krwiotwórczych komórek macierzystych lub szpiku. Ważne jest, by Dawca rozumiał przeprowadzany z nim wywiad medyczny i był świadomy przebiegu procedury pobrania.

REJESTRACJA TO ODPOWIEDZIALNA I ŚWIADOMA DECYZJA TELEFON ALARMOWY: 519 057 787

Poproś o podpisanie formularza rejestracyjnego.

Jeśli pojawią się jakiegokolwiek pytania dotyczące rejestracji prosimy każdorazowo skontaktuj się z telefonem alarmowym.



POKONAJMY NOWOTWORY KRWI

$$\text{BMI} = \frac{\text{waga w kg}}{(\text{wzrost w m})^2}$$

wzrost (m)	waga (kg)
1,50	90
1,55	96
1,57	99
1,60	102
1,63	106
1,65	109
1,68	113
1,70	116
1,73	120
1,75	123
1,78	127
1,80	130
1,83	134
1,85	137
1,88	141
1,90	144
1,93	149
1,95	152
1,98	157
2,00	160
2,03	165

Dziękujemy bardzo!

Zespół fundacji DKMS

Dzień dawcy szpiku

Nr Identyfikacyjny Dnia Dawcy: PL- ____ - _____

Przed rozpoczęciem rejestracji należy przeczytać poniższy tekst:

Zapraszam do zapoznania się z Polityką Prywatności Fundacji DKMS oraz Regulaminem Świadczenia Usług Drogą Elektroniczną Fundacji DKMS. Dowie się Pan/Pani z niego, w jaki sposób przetwarzamy dane osobowe oraz jakie związane są z tym prawa.

Nie jestem lekarzem, jednak na podstawie posiadanej listy schorzeń przygotowanej przez lekarza hematologa, jesteśmy w stanie ocenić czy spełnia Pan/Pani kryteria pozwalające na rejestrację.

oraz zadać następujące pytania:

- Czy mieści się Pan/Pani w przedziale wieku między 18 a 55 rokiem życia? (potencjalny Dawca może zarejestrować się: **najwcześniej w dniu 18 urodzin, a najpóźniej ostatniego dnia 55 roku życia**)
- Czy mieszka Pan/Pani na stałe na terenie Polski? Czy rozmawia Pan/Pani w języku polskim? *
- Czy rejestrował/ła się Pan/i jako potencjalny dawca szpiku kostnego w bazie Fundacji DKMS bądź w innej bazie potencjalnych dawców szpiku?
- Czy Pana/Pani współczynnik BMI nie przekracza 40? (proszę sprawdzić w tabelce po prawej stronie)
- Czy choruje bądź chorował/a Pan/Pani na jakąś przewlekłą chorobę?
- Czy przyjmuje bądź przyjmował/a Pan/Pani jakieś leki?
- Czy przeszedł Pan/Pani jakąś operację?
- Czy cierpi bądź cierpiał/a Pan/Pani na jakąś chorobę z poniższej listy? (lista chorób jest na podkładce dla dawcy)
- Czy Pan/Pani wie, że rejestruje się dla wszystkich chorych na nowotwory krwi?
- Czy zna Pan/Pani obydwie metody pobrania materiału do przeszczepienia?

* Każdy Dawca zakwalifikowany jako zgodny z Pacjentem, przechodzi dokładną weryfikację stanu zdrowia przed donacją krwiotwórczych komórek macierzystych lub szpiku. Ważne jest, by Dawca rozumiał przeprowadzany z nim wywiad medyczny i był świadomy przebiegu procedury pobrania.

REJESTRACJA TO ODPOWIEDZIALNA I ŚWIADOMA DECYZJA TELEFON ALARMOWY: 519 057 787

Poproś o podpisanie formularza rejestracyjnego.

Jeśli pojawią się jakiegokolwiek pytania dotyczące rejestracji prosimy każdorazowo skontaktuj się z telefonem alarmowym.



POKONAJMY NOWOTWORY KRWI

$$\text{BMI} = \frac{\text{waga w kg}}{(\text{wzrost w m})^2}$$

wzrost (m)	waga (kg)
1,50	90
1,55	96
1,57	99
1,60	102
1,63	106
1,65	109
1,68	113
1,70	116
1,73	120
1,75	123
1,78	127
1,80	130
1,83	134
1,85	137
1,88	141
1,90	144
1,93	149
1,95	152
1,98	157
2,00	160
2,03	165

Dziękujemy bardzo!

Zespół fundacji DKMS

Dzień dawcy szpiku

Nr Identyfikacyjny Dnia Dawcy: PL- ____ - _____

Przed rozpoczęciem rejestracji należy przeczytać poniższy tekst:

Zapraszam do zapoznania się z Polityką Prywatności Fundacji DKMS oraz Regulaminem Świadczenia Usług Drogą Elektroniczną Fundacji DKMS. Dowie się Pan/Pani z niego, w jaki sposób przetwarzamy dane osobowe oraz jakie związane są z tym prawa.

Nie jestem lekarzem, jednak na podstawie posiadanej listy schorzeń przygotowanej przez lekarza hematologa, jesteśmy w stanie ocenić czy spełnia Pan/Pani kryteria pozwalające na rejestrację.

oraz zadać następujące pytania:

- Czy mieści się Pan/Pani w przedziale wieku między 18 a 55 rokiem życia? (potencjalny Dawca może zarejestrować się: **najwcześniej w dniu 18 urodzin, a najpóźniej ostatniego dnia 55 roku życia**)
- Czy mieszka Pan/Pani na stałe na terenie Polski? Czy rozmawia Pan/Pani w języku polskim? *
- Czy rejestrował/ła się Pan/i jako potencjalny dawca szpiku kostnego w bazie Fundacji DKMS bądź w innej bazie potencjalnych dawców szpiku?
- Czy Pana/Pani współczynnik BMI nie przekracza 40? (proszę sprawdzić w tabelce po prawej stronie)
- Czy choruje bądź chorował/a Pan/Pani na jakąś przewlekłą chorobę?
- Czy przyjmuje bądź przyjmował/a Pan/Pani jakieś leki?
- Czy przeszedł Pan/Pani jakąś operację?
- Czy cierpi bądź cierpiał/a Pan/Pani na jakąś chorobę z poniższej listy? (lista chorób jest na podkładce dla dawcy)
- Czy Pan/Pani wie, że rejestruje się dla wszystkich chorych na nowotwory krwi?
- Czy zna Pan/Pani obydwie metody pobrania materiału do przeszczepienia?

* Każdy Dawca zakwalifikowany jako zgodny z Pacjentem, przechodzi dokładną weryfikację stanu zdrowia przed donacją krwiotwórczych komórek macierzystych lub szpiku. Ważne jest, by Dawca rozumiał przeprowadzany z nim wywiad medyczny i był świadomy przebiegu procedury pobrania.

REJESTRACJA TO ODPOWIEDZIALNA I ŚWIADOMA DECYZJA TELEFON ALARMOWY: 519 057 787

Poproś o podpisanie formularza rejestracyjnego.

Jeśli pojawią się jakiegokolwiek pytania dotyczące rejestracji prosimy każdorazowo skontaktuj się z telefonem alarmowym.



POKONAJMY NOWOTWORY KRWI

$$\text{BMI} = \frac{\text{waga w kg}}{(\text{wzrost w m})^2}$$

wzrost (m)	waga (kg)
1,50	90
1,55	96
1,57	99
1,60	102
1,63	106
1,65	109
1,68	113
1,70	116
1,73	120
1,75	123
1,78	127
1,80	130
1,83	134
1,85	137
1,88	141
1,90	144
1,93	149
1,95	152
1,98	157
2,00	160
2,03	165

Dziękujemy bardzo!

Zespół fundacji DKMS

PL- _ _ _ - _ _ _ _ _

kod akcji

.....

data akcji

..... ilość szt.

formularze / forms

PL- _ _ _ - _ _ _ _ _

kod akcji

.....

data akcji

..... ilość szt.

formularze / forms

PL- _ _ _ - _ _ _ _ _

kod akcji

.....

data akcji

..... ilość szt.

formularze / forms

KODEKS WOLONTARIUSZA FUNDACJI DKMS

Misją Fundacji DKMS jest znalezienie Dawcy dla każdego Pacjenta na świecie potrzebującego przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych lub szpiku. Ta idea jest mi bliska i przyświeca moim działaniom. **Wkładając koszulkę Wolontariusza Fundacji DKMS, pamiętam, że od tego momentu reprezentuję już nie tylko siebie, ale także wszystkich Pacjentów walczących z nowotworami krwi i ich rodziny, potencjalnych i faktycznych Dawców szpiku oraz innych Wolontariuszy Fundacji DKMS.**

Jako Wolontariusz:

1. Daję dobry przykład.

Moją postawą pokazuję, że wolontariat jest ważnym elementem życia społecznego. Pamiętam, że moje zachowanie podczas wypełniania zadań wolontariackich wpływa na wizerunek Fundacji DKMS.

2. Szanuję drugiego człowieka i jego decyzje.

Decyzja o rejestracji w bazie Dawców Fundacji DKMS jako potencjalny Dawca szpiku jest decyzją osobistą i musi być podjęta świadomie. Nie oceniam człowieka, który nie zdecyduje się zostać potencjalnym Dawcą szpiku.

3. Pamiętam o kulturze osobistej.

Stanowisko rejestracyjne to miejsce, w którym pełnię wolontariat w imieniu Fundacji DKMS. Jestem reprezentantem organizacji pożytku publicznego. Nie używam wulgarnych wyrazów nie palę papierów i nie spożywam alkoholu przy stanowisku rejestracyjnym, nie korzystam z telefonu podczas rejestracji potencjalnego Dawcy. Odnoszę się do każdej osoby z szacunkiem.

4. Wspieram koleżanki i kolegów

Jestem Wolontariuszem i lubię pomagać innym, także osobom, które dopiero dołączyły do grona Wolontariuszy Fundacji DKMS. Jestem serdeczny/a i empatyczny/a dla każdej osoby, którą spotykam przy stanowisku rejestracyjnym. Koleżanki i kolegów, którzy dopiero dołączyli do grona Wolontariuszy wspieram radą i dzielę się z nimi swoim doświadczeniem. Nie boję się zwrócić uwagi, gdy Wolontariusz obok popełnia błędy, ale robię to w sposób konstruktywny.

5. Jestem wrażliwy na potrzeby innych i uważnie obserwuję otoczenie.

Wiem, kiedy zachować powagę. Czuję, kiedy mogę pozwolić sobie na więcej śmiałości. Dostosowuję swój komunikat do odbiorcy. Wiem, że są miejsca, gdzie śmiech, radość i zabawna promocja będzie dobrze przyjęta, a w innych powinno się zachować skupienie i umiar.

6. Dbam o porządek.

Staram się utrzymywać porządek na stanowisku rejestracyjnym. Dbam o to, aby znajdowały się na nim tylko przedmioty służące przeprowadzaniu akcji rejestracji.

7. Dbam o odpoczynek.

Zasługuję na chwilę wytchnienia w trakcie pełnienia moich obowiązków. Dbam o higienę pracy i swoje zdrowie, dlatego robię regularne przerwy. Wiem, że stanowisko rejestracyjne nie jest miejscem spożywania posiłków.



Koordynator z ramienia Fundacji DKMS:

Dnia niżej wymienione osoby brały udział jako wolontariusze w akcji, która miała na celu pozyskanie potencjalnych dawców krwiotwórczych komórek macierzystych.

[illegible]

Fundacja **DKMS**
ul. Altowa 6 lok. 9, 02-386 Warszawa
T +48 22 882 94 00 • F +48 22 882 94 02 • kontakt@dkms.pl • dkms.pl
KRS 0000 318 602 • NIP 522-290-86-59 • REGON 141667781
DAROWIZNA: PEKAO SA 78 1240 5918 1111 0010 2225 3391



POKONAJMY NOWOTWORY KRWI

RAPORT DZIEŃ DAWCY

NR IDENTYFIKACYJNY DNIA DAWCY:	
MIASTO:	
ADRES:	
DATA:	
GODZINA:	

	LICZBA OPAKOWAŃ Z PAŁECZKAMI	LICZBA FORMULARZEY BIAŁYCH
ZESTAWY REJESTRACYJNE		
ZESTAWY REJESTRACYJNE Z KWESTIAMI DO SPRAWDZENIA		
SUMA		

STAN SPRAWDZIŁY

1. _____
2. _____

**Pamiętaj o wysłaniu SMS do swojego koordynatora
oraz na numer Telefonu Alarmowego T: 519 057 787
po zakończeniu akcji rejestracji z kodem
i liczbą zarejestrowanych dawców**

Fundacja **DKMS**
ul. Altowa 6 lok. 9, 02-386 Warszawa
T +48 22 882 94 00 • F +48 22 882 94 02 • kontakt@dkms.pl • dkms.pl
KRS 0000 318 602 • NIP 522-290-86-59 • REGON 141667781
DAROWIZNA: PEKAO SA 78 1240 5918 1111 0010 2225 3391

FORMULARZ WOLONTARIUSZA

Komunikacja

Kandydat na Wolontariusza jest zobowiązany do zapoznania się z Regulaminem oraz zaakceptowania jego treści, Instrukcją BHP dla Wolontariusza Fundacji oraz informacjami o ryzyku dla zdrowia i bezpieczeństwa związanym z wolontariatem dostępnymi na stronie internetowej Fundacji pod adresem: <http://www.dkms.pl/wolontariat/bhp>. Dodatkowo kandydat zobowiązany jest do zapoznania się z filmami instruktażowymi dla Wolontariusza oraz wypełnienia i dostarczenia do Fundacji formularza dla Wolontariusza uzupełnionego o wskazane w nim dane osobowe, opatrzonego własnoręcznym i czytelnym podpisem ze wskazaniem miejsca oraz daty jego podpisania, który dostępny jest do pobrania na stronie internetowej Fundacji pod adresem: <http://www.dkms.pl/wolontariat/Formularz-Wolontariusza>. Pamiętaj również, że Stosujemy zasady przetwarzania danych osobowych zgodnie z RODO. Szczegóły: Polityka Prywatności i Regulamin Świadczenia Usług Droga Elektroniczną dostępne są na stronie www.dkms.pl

Lista Wolontariuszy- obowiązkowo przed przystąpieniem do rejestracji potencjalnych Dawców kandydat na Wolontariusza zobowiązany jest do wpisania się na Listę Wolontariuszy.

Część 1 & Część 2

Kompletne wypełnienie Część 1 oraz 2 oraz podpisanie Części 2 na Formularzu Wolontariusza jest niezbędne w celu przyjęcia w poczet Wolontariuszy Fundacji DKMS.

Część 3

Część 3 dotyczy kwestii wybiegających poza aktywności związane z Dniem Dawcy. To dzięki tym klauzulą możemy dzielić się ze światem zdjęciami z wydarzeń Fundacji DKMS, na których są Wolontariusze. Również kontaktować się w przyszłości drogą mailową oraz telefoniczną. Złożenie oświadczeń w Części 3 na Formularzu Wolontariuszy jest dobrowolne i nie wpływa na możliwość zakwalifikowania w poczet Wolontariuszy Fundacji, jednak zaznaczenie krzyżykiem wszystkich klauzul jest kluczowe byśmy mogli komunikować się z Wolontariuszami w przyszłości.

Pamiętaj o zaznaczeniu krzyżykiem klauzul.

Część 4 - tylko dla wolontariuszy niepełnoletnich

Osoby w wieku od 16 do 18 roku życia zobowiązane są, by wraz z wypełnionym Formularzem Wolontariusza dostarczyć podpisane oświadczenie w Części 4 na Formularzu Wolontariusza przez przedstawiciela ustawowego o wyrażeniu zgody na zostanie Wolontariuszem.

Podstawowe czynności przed rozpoczęciem pracy

1. Pamiętaj o występujących zagrożeniach, zawartych m.in. w karcie oceny ryzyka zawodowego dla Twojego stanowiska, a w tym o możliwości:
 - ☐ upadku na śliskiej lub nierównej powierzchni,
 - ☐ upadku z wysokości,
 - ☐ porażenia prądem elektrycznym,
 - ☐ wystąpienia pożaru,
 - ☐ wystąpienia infekcji chorobowych.
2. Pamiętaj o możliwości uczestniczenia w wypadku komunikacyjnym, wystąpienia obciążeń psychonewrowych (stresu).
3. Zorganizuj stanowisko pracy zgodnie z wymaganiami ergonomii.
4. Zapoznaj się z instrukcjami użytkowanych urządzeń.

W czasie pracy

1. Rozpoczynając pracę, pamiętaj o wskazówkach koordynatora i przyjętym harmonogramie zadań.
2. Nie lekceważ nawet drobnych skaleczeń i opatruj je.
3. Dbaj o stan techniczny powierzonych ci urządzeń.
4. Na swoim stanowisku i w jego otoczeniu zachowuj ład i porządek.
5. Nie gromadź w pomieszczeniu pracy oraz w przejściach komunikacyjnych zbędnych materiałów lub przedmiotów, utrudniających poruszanie się lub ewakuację.
6. Pamiętaj, że palenie tytoniu jest zabronione.
7. Pamiętaj, iż nie wolno ci samodzielnie naprawiać urządzeń elektrycznych, a w szczególności będących pod napięciem.

8. Pamiętaj, że podczas kontaktu z uczestnikami akcji, innymi wolontariuszami oraz pracownikami Fundacji DKMS obowiązuje cię wysoka kultura osobista.
9. Pamiętaj, by zachować zawsze postawę asertywną. Jeżeli zadania przekraczają twoje możliwości, poinformuj o tym swojego koordynatora Fundacji DKMS.

Po zakończeniu pracy

1. Uporządkuj pomieszczenie, w którym wykonywane były zadania, wyłącz urządzenia elektryczne (te, które powinny być wyłączone) i pozamykaj okna.

Postępowanie w sytuacji awaryjnej

1. Pamiętaj, że w razie wystąpienia pożaru musisz postępować zgodnie z instrukcją przeciwpożarową obiektu w którym się znajdujesz – w pierwszej kolejności powiadom współpracowników i próbuj ugasić pożar w zarodku.
2. Pamiętaj, iż w razie zaistnienia wypadku musisz udzielić poszkodowanemu pierwszej pomocy i powiadomić o tym fakcie koordynatora Fundacji DKMS.