

Hastalık Geçmiş Formu

Bu soruların (doğumdan maks. 48 saat önce) dürüst, eksiksiz ve mümkün olduğunca tek başına cevaplandırılması bağışlanan kordon kanı onayı için çok önemli ve gereklidir.

Sorularınız olması durumunda lütfen aşağıdaki telefonda bizimle iletişime geçin: 0351/ 250966 0

Evet olarak cevapladığınız her soru hastalığın türünü, başlangıç zamanını, süresini ve kullanılan ilaçları içeren ilave bir açıklama gerektirir. Lütfen bunun için Sayfa 3'te bulunan "Açıklamalar" alanını kullanın.

Anne (mümkünse, etiket)

Soyadı: _____

Adı: _____

Doğum tarihi: _____

ANNENİN HASTALIK GEÇMİŞİ

Lütfen uygun olanı işaretleyin! Özel bilgilerinizi bire bir doktorunuz ile paylaşabilirsiniz.

1. Son 4 hafta içinde <ul style="list-style-type: none">bir enfeksiyon (ör. soğuk algınlığı, ishal) geçirdiniz mi? Evet ise: Ne? _____ Ne zaman? _____ ateşli <input type="checkbox"/> Hayır, <input type="checkbox"/> EvetHap veya iğne kullandınız mı? Evet ise: Tam olarak neydi? _____Enfeksiyon (ör. kızamıkçık, kızamık, kabakulak) geçirenlerle temasta bulundunuz mu?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
2. Son 12 ay içinde kuduz aşısı veya son 4 hafta içinde hepatit B aşısı veya canlı aşı (ör. sarı humma, tifo, suçiçeği, kızamık, kabakulak, kızamıkçık, kolera) oldunuz mu? Evet ise: Hangi aşı? _____	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
3. Son 4 ay içinde steril koşullar altında tek kullanımlık iğne ile gerçekleştirilmeyen akupunktur, dövme veya cilt ya da mukoza yaralanması ile yapılan başka bir kozmetik müdahale (örneğin kulak delme, piercing, transdermal implant, cutting, branding, kalıcı makyaj) geçirdiniz mi?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
4. Son 4 ay içinde sarılık/hepatit veya tüberküloz hastaları ile temasta bulundunuz mu (ör. ev ortamında)?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
5. Son 4 ay içinde başka bir kişinin kanı ile -ör. açık yara, mukoza (buna göz de dahildir) veya bir alet ile yaralanma (ör. enjeksiyon iğnesi) vasıtasıyla- temasta bulundunuz mu?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
6. Bugüne kadar sizde HIV, Hepatit A/B/C/D/E, AIDS veya HTLV 1/2 tespit edildi mi?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
7. Siz veya eşiniz son 4 ay içinde özellikle HIV/hepatit enfeksiyonu riski olan bir gruba* (*tablonun sonuna bakınız) dahil oldunuz veya siz ya da eşiniz son 4 ay içinde bu gruba dahil olan herhangi bir kişiyle cinsel ilişkide bulundunuz mu? Son 4 ay içinde HIV temas öncesi korunma tedavisi (PrEP) için ilaç kullandınız mı?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
8. Hapiste misiniz veya son 4 ay içinde hapisten tahliye edildiniz mi?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
9. Siz veya eşiniz son 4 ay içinde Sahra Çölü'nün güneyindeki Afrika, Karayipler, Güney Doğu Asya ve Güney Amerika'dan gelen kişilerle yakın temasta bulundunuz mu?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
10. Son 12 ay içinde kan, kan ürünleri veya hayvansal kökenli serum kullandınız mı?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
11. Bugüne kadar insan kökenli (ör. kök hücre bağıışı, yumurta hücresi bağıışı, sperm bağıışı), hayvan kökenli (örneğin ksenogreft) organ nakli veya hayvan kökenli canlı hücre nakli yaptırdınız mı?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
12. Son 4 ay içinde ameliyat, endoskopi (hortum salma), kateter uygulaması (istisna: tek kullanımlık kateter) yaptırdınız mı veya kaza geçirdiniz mi? Evet ise: Ne ve tam olarak ne zaman?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet

13. Geçtiğimiz hafta küçük bir ameliyat veya diş ekstraksiyonu geçirdiniz mi? Evet ise: Tam olarak neydi?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
14. Şu an açık bir yaranız, apseniz veya cilt enfeksiyonunuz var mı? Evet ise: Tam olarak neydi?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
15. Madde, alkol veya ilaç bağımlısı mısınız ya da bağımlı mıydınız?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
16. Son 6 ay içinde yurt dışına çıktınız mı? Evet ise: Nereye ve ne zaman?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
17. Malaryanın yaygın olduğu bir bölgede doğdunuz, yetiştiniz veya 6 aydan uzun bir süre buldunuz mu? Evet ise: En son seyahatinizi ne zaman ve nereye yaptınız?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
18. Son 6 ay içinde malaryanın yaygın olduğu bir bölgede buldunuz mu? Evet ise: Nerede? İlaç kullandınız mı? Evet ise, hangi ilaç?	<input checked="" type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
19. Gebelik sırasında sizde Zika virüsü enfeksiyonu teşhisi yapıldı mı? Gebelik sırasında Zika virüsü için riskli endemik bir bölgeye seyahat ettiniz veya burada buldunuz mu? Gebelik sırasında cinsel ilişkiden önceki son 6 ay içinde Zika virüsü teşhisi yapılmış veya cinsel ilişkiden önceki son 6 ay içinde Zika virüsü endemik bölgesinde bulunmuş bir kişiyle cinsel ilişkiniz oldu mu?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
20. Son 4 hafta içinde size Batı Nil virüsü enfeksiyonu tanısı konuldu mu?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
21. Sizde, çocuğun babasında veya ikinizin akrabalarında Bulaşıcı Süngerimsi Ensefalopati (BSE), ör. Creutzfeldt-Jakob hastalığı, Creutzfeldt-Jakob hastalığının bir türü veya BSE şüphesi ortaya çıktı mı?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
22. Kanser, tümör, kalp/damar hastalığı, hipertansiyon (ilaçlarla tedavi edilen), alerji, romatizmal ateş, tüberküloz, kronik taşıyıcı olarak salmonella enfeksiyonları (tifo, paratifo), Lyme hastalığı, toksoplazmozis, Q humması, tropikal hastalıklar (malarya, tifüs ateşi, babeziyoz, tripanosomiasis, layşmanyaz, tularemi, cüzzam, bruselloz, tekrarlayan ateş, riketsiyal hastalığı, Meliodosis vb.), cinsel yolla bulaşan hastalıklar (gonore, sifilis, şankroid, Lymphopathia Venerea vb.) geçirdiniz mi veya geçiriyor musunuz? Evet ise: Ne ve tam olarak ne zaman?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
23. Kan, lenf düğümleri, sinir (kramp nöbetleri), böbrek, tiroid, akciğer/bronş, kemik (ör. osteomyelit), karaciğer, gastrointestinal sistem, ürogenital sistem, merkezi sinir sistemi ile ilgili bir hastalığınız oldu mu veya var mı? Evet ise: Ne ve tam olarak ne zaman?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
24. Otoimmün hastalığı veya örneğin diyabet (şeker hastalığı) gibi metabolik hastalığınız var mı? Evet ise: Ne ve ne zamandır? İlaç kullanıyor musunuz? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet, hangi ilaç?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
25. Hamilelik esnasında ciddi komplikasyonlar yaşadınız mı veya malformasyonlar, kromozomal bozukluklar veya fetüsün ciddi bir hastalığının olduğunu gösteren bulgular var mı?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
26. Hamilelik esnasında akut bir enfeksiyon geçirdiniz mi veya şu an geçiriyor musunuz? Evet ise: Ne enfeksiyonu ve ne zaman?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
27. Hamilelik esnasında hepatit geçirdiniz mi veya şu an geçiriyor musunuz? Evet ise: Ne enfeksiyonu ve ne zaman?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet

28. Son 12 ay içinde:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> tromboz | <input type="checkbox"/> dolaşım bozuklukları | <input type="checkbox"/> HERHANGİ bir bulguya rastlanmadı |
| <input type="checkbox"/> lenf bezi şişmesi | <input type="checkbox"/> kalp rahatsızlıkları | <input type="checkbox"/> mide / bağırsak hastalıkları |
| <input type="checkbox"/> cilt değişiklikleri | <input type="checkbox"/> ateş | <input type="checkbox"/> pıhtılaşma bozuklukları |
| <input type="checkbox"/> kramp / bayılma | <input type="checkbox"/> kilo kaybı | <input type="checkbox"/> anormal kanamalar |
| <input type="checkbox"/> öksürük | <input type="checkbox"/> gece terlemesi | <input type="checkbox"/> böbrek / mesane enfeksiyonları geçirdiniz mi? |

Lütfen Evet olarak yanıtladığınız tüm sorular için açıklama yapın (gerekirse hastalık türünü, başlangıç zamanını, ilaç bilgilerinizi belirtin):

*Son 4 ay içinde kan yoluyla bulaşabilecek ağır enfeksiyon hastalıklarının bulaşma riskini ciddi anlamda artıran cinsel davranışlarda bulunan bir kişi. Buna dahil olanlar: Toplamda iki kişiden fazla kişiyle cinsel ilişki, yeni tanışılan bir kişiyle anal ilişki yaşanmışsa cinsel ilişki, toplamda birden fazla kişiyle anal ilişki yaşanmışsa cinsel ilişki, seks işçiliği veya seks işçiliğinden faydalanma, HBV, HCV veya HIV enfeksiyonu olan biriyle cinsel ilişki, HBV, HCV veya HIV prevalansının yüksek olduğu endemik bir bölgede/ülkede yaşayan veya oradan gelmiş olan bir kişi ile cinsel ilişki.

DKMS Stem Cell Bank	ID 305	Formblatt
	Gewinnung von allogenem Nabelschnurblut_15F_türk._Ausfllhilfe_AB	

AİLENİN HASTALIK GEÇMİŞİ (çocuk bakımından)

Hamilenin ve biyolojik babanın aile geçmişi ile ilgili bilgilere ihtiyacımız var. Lütfen aşağıda listelenen akrabalık ilişkilerinin **çocuk** açısından ele alındığını unutmayın, örneğin anne sizsiniz, kardeş ise doğacak bebeğin kardeşi anlamına gelir, vb.

Ebeveynlerin ve büyükanne ve büyükbabaların aile kökeni (ör. Almanya, Türkiye):

Anne _____ büyük baba _____ büyük anne _____
Baba _____ büyük baba _____ büyük anne _____

1. Çocuğun yakın ailesinde (yani anne, baba, kardeşler) kötü huylu tümör, lösemi veya miyeloproliferatif bozukluklar var mı veya daha önce görüldü mü? Evet ise: Kim ve ne? _____	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
2. Hamilenin veya biyolojik babanın diğer aile fertlerinde (yani çocuğun büyük babası ve annesi dahil olmak üzere) lenfatik veya hematopoetik sistemi etkileyebilecek genetik hastalıklar (ör. sferositoz, Diamond-Blackfan, talasemi, orak hücreli anemi, elliptocytosis, Fanconi anemisi, SCID, lökodistrofler, kronik granümatöz hastalığı, hipoglobülinemi, DiGeorge, Wiskott-Aldrich, Nezelhof, ADA, PNP eksikliği, Glanzmann, Alport, Hereditör trombositopeni, trombosit depolama hastalığı, Tay-Sachs, ataksi telenjektazi, diğer telenjektaziler, Fillipo, Gaucher, Hurler, Hunter), otoimmün hastalıklar, musküler distrofi, multipl skleroz veya ciddi kalıtsal deri hastalıkları (ör. nörofibromatozis, konjenital aşırı ışık hasarı) var mı? Evet ise: Kim ve ne? _____	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
3. Çocuğun ailesinde kromozomal bozukluklar veya diğer ciddi, kalıtsal hastalıklar mevcut mu? Evet ise: Kim ve ne? _____	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet

LÜTFEN TEKRAR KONTROL EDİN:

- Tüm soruları yanıtladınız mı?
- "Evet" olarak yanıtladığınız tüm sorular için kısa açıklamalar yaptınız mı?
- Tüm bilgilerin gerçek ve doğru olduğunu teyit ediyor musunuz?
- Kişisel bilgiler (isim, doğum tarihi, adres, telefon numarası) eksiksiz bir şekilde verildi mi?
- Rıza beyanı imzalandı mı?
- Bu formda bulunan tüm tıbbi ve kişisel bilgiler doğum zamanında geçerli mi?
- Eksik bilgilerin veya gerçeğe uygun olmayan bilgilerin, bağış alan kişinin sağlığının veya kendi sağlığının ciddi şekilde zarar görmesine neden olabileceğini biliyorum.

Tarih

Annenin imzası

Gerekirse sözlü veya yazılı çeviri yapan çevirmenin adı ve soyadı

Kordon kanını alan doktorun onayı

Tıbbi açıdan bakıldığında üretim talimatları (ID 290 "Allojenik kordon kanının toplanması") açısından kordon kanı bağış için herhangi bir sorun bulunmamaktadır. Bağış sırasında annenin verici olmaya uygun olduğunu onaylıyoruz.

Tarih

İsim

(Matbaa harfleri veya kaşe)

Yetkili doktorun

imzası

DKMS Stem Cell Bank	ID 305	Formblatt
	Gewinnung von allogenen Nabelschnurblut_15F_türk._Ausfllhilfe_AB	

Açıklamalar:

Yalnızca tercüme için!

DKMS Stem Cell Bank	ID 304	Formblatt
	Gewinnung von allogenem Nabelschnurblut_14F_türk._Ausfllhilfe_EWE	

Kordon kanı bağışı için rıza beyanı

	Anne	Baba (velayet ve temsil hakkı olması durumunda)
Soyadı, adı:		
Doğum tarihi:		
Adres: (Sokak, Posta kodu, Őehir)		
Telefon numarası:		
E-posta (istenir):		

İŐbu belgeyle ocuğumun kordon kanının toplanması ve DKMS Stem Cell Bank gGmbH'ya bağışlanması için onay veriyorum.

- Bana verilen bilgilendirme broŐur ile kordon kanı bağışı hakkında bilgilendirildim ve bu konu ile ilgili soru sorma imkanına sahip oldum. Sorular beni tatmin edecek Şekilde yanıtlandırıldı.
- Anne, baba ve ocuk hakkındaki bilgilerin doğru olduğunu ve adres deđiŐikliklerini DKMS Stem Cell Bank gGmbH'ya bildireceğimi beyan ederim. DKMS Stem Cell Bank gGmbH tarafından adres bilgilerimin yanlıŐ olduğu düŐünülürse, nüfus müdürlüğünde soruŐtırma yapılmasını kabul ediyorum.
- Kordon kanı mülkiyetinin, açıklanan amaç çerçevesinde kullanabilmesi için DKMS Stem Cell Bank gGmbH aktarılmasını çocuğum adına onaylıyorum.
- Kordon kanı bağışını DKMS Stem Cell Bank gGmbH donör veri tabanına ekleyebilmek için kordon kanının ve alınan kan örneklerinin ilgili test laboratuvarı tarafından enfeksiyon belirteçlerine (mikroorganizmaların (r. sifilis ajan), virüslerin (r. HIV, hepatit, CMV) dolaylı ya da doğrudan kanıtı), hemoglobinopatilerin (kırmızı kan pigmenti konjenital hastalığı) ve diğer biyolojik faktörler (rneğin HLA zellikleri) kapsamında test edilmesini onaylıyorum. Olası ardlı testler ve gerekli olması durumunda yeniden numune toplanması için referans numunelerinin saklanması onaylıyorum.

Veri koruma kanunu kapsamında rıza beyanı

- Kordon kanı bağışının kaydedilmesi ile ilgili olarak DKMS Stem Cell Bank gGmbH'ya aşağıdaki hususlar için onay veriyorum:
 - Çocuğumun kordon kanı bağışını DKMS Stem Cell Bank gGmbH'nın donör veri tabanına kaydetmek, donör uygunluğunu kontrol etmek ve ilgili donör profilini güncellemek için Őahsımı ve ocuğumu içeren kişisel verileri (isim, adres, doğum tarihi dahil), sağlığımızla ilgili tıbbi verileri ve yukarıda belirtilen laboratuvar testlerinden elde edilen genetik verileri saklamasına;
 - aramaya iliŐkin verileri (r. yaŐ, cinsiyet, HLA zellikleri), uygun donör arayışı için ulusal ve uluslararası donör kayıt birimlerine yalnızca anonimleŐtirilmiŐ bir Şekilde iletmesine;
 - kordon kanı bağışımızın bir hastaya uygun olması durumunda benimle iletişime geçmek için iletiŐim bilgilerimi (e-posta, telefon dahil) kullanmasına onay veriyorum.
- Ayrıca klinik personelinin DKMS Stem Cell Bank gGmbH'ya benimle, ocuğumla ve doğumla ilgili tıbbi tedavi süreci hakkında bilgi vermesini onaylıyorum. Bu amaçla klinik personelinin tıbbi gizlilik yükümlülüğünden muaf tutuyorum.
- Henüz bir hastaya bağış yapılmamıŐ olması koŐuluyla herhangi bir gerekçe göstermeksizin bu rıza beyanını DKMS Stem Cell Bank gGmbH tarafınca (Enderstr. 94/Haus C, 01277 Dresden, office@dkms-stemcellbank.de) iptal edebileceğimi biliyorum. Aksi yönde bir yasal süre olmaması koŐuluyla, iptal durumunda verilerim silinecektir.
- Ayrıca sunulan "Veri koruma hakkında bilgilendirme broŐur" ekinde yer alan ayrıntılı bilgileri okudum.

Lütfen aşağıdaki hususlarla ilgili olarak kişisel bir karar verin: Bağışın bir hastada kullanılabilmesi için gerekli kalite kriterlerine uygun olmaması durumunda, kordon kanı bağışının

Evet Hayır **DKMS Stem Cell Bank gGmbH'da kalite güvencesi amacıyla** kullanılmasını kabul ediyorum (bilgilendirme broŐurndeki 7.1 bölümüne bakınız).

Evet Hayır **dünya çapında bilimsel araŐtırmalar** için kullanılmasına izin veriyorum (bilgilendirme broŐurndeki 7.2 bölümüne bakınız).

Tarih, Yer

İsim

İmza

(Matbaa harfleri veya doktorun kaŐesi)

(Kordon kanının toplandığı hastanede bilgi veren doktor)

Tarih, Yer

İmza

İmza

(Anne)

(Baba, velayet ve temsil hakkı olması durumunda)

Gerekirse sözlü veya yazılı eviri yapan çevirmenin adı ve soyadı

DKMS Stem Cell Bank	ID 307	Anlage
	Gewinnung von allogenem Nabelschnurblut_17A_türk._Ausf�ullhilfe_IBD	

Veri Koruma ile İlgili Bilgilendirme Bro ur 

DKMS Stem Cell Bank gGmbH, ki isel verilerinizin korunması ve veri koruma düzenlemelerine uyulması konusunda özel bir sorumluluk hissetmektedir. Bu bro ur ile yasal y k ml l g m z  yerine getirmek ve ki isel verilerinizin işlenmesi hakkında sizi Őeffaf bir Şekilde bilgilendirmek istiyoruz.

Verilerinizin işlenmesi

Kordon kanı bağışını kabul ettiğinizde isminizi, çocuğunuzun adını ve cinsiyetini, doğum tarihinizi, aile geçmiŐinizi, telefon numaranızı ve e-posta adresinizi içeren iletiŐim bilgilerinizi, bazı tıbbi verileri, siz ve çocuğunuzdan gelen transplantasyonla ilgili verileri ( zellikle HLA doku tipini) toplarız. Elde edilen ki isel veriler DKMS Stem Cell Bank gGmbH tarafından kordon kanınızı saklamak, mevcut bağış DKMS Stem Cell Bank gGmbH'nin donör veri tabanına kaydetmek ve kordon kanınızın ileride yapılacak bağışını organize etmek amacıyla saklanacak ve işlenecektir. Verileriniz mümkün olduğu  l de takma ad altında işlenecektir, yani kordon kanı bağışınızı tanımlamak için bir sayı ve/veya harf kodu kullanılacaktır.

Veri Koruma ile İlgili Ayrıntılı Bilgi

- Verilerin işlenmesinden DKMS Stem Cell Bank gGmbH, Enderstr. 94 / Haus C, 01277 Dresden, Tel.: 0351/2509660, office@dkms-stemcellbank.de sorumludur.
- DKMS Stem Cell Bank gGmbH'nin veri koruma görevlisine datenschutz@dkms-stemcellbank.de adresinden ulaŐılabilir.
- Kordon kanı bağışının kaydı ve saklanması sırasında sizin ve çocuğunuzun ki isel, tıbbi ve genetik verilerinin işlenmesinin amacı, donör verilerinin potansiyel nakil alıcılarıyla dünya çapında karŐılaŐtırılması, DKMS Stem Cell Bank gGmbH tarafından kordon kanı bağışı kapsamında iletiŐim kurulması, donör uygunluğunun doğrulanması ve buna bağlı olarak donör profilinin güncellenmesidir. Sizin ve çocuğunuzun verileri, Genel Veri Koruma Yönetmeliği (DSGVO) Madde 6 paragraf 1 cümle 1 harf. a) ve Madde 9 paragraf 2 lit. a) uyarınca izniniz dahilinde işlenecektir.
- Verilerinizin işlenmesinin bir diğer amacı, BDSG'nin (Federal Veri Koruma Yasası) 27. maddesi kapsamında DSGVO Madde 89 uyarınca araŐtırmalar için DSGVO Madde 6 Paragraf 1 S. 1 lit. f), Madde 9 Paragraf 2 harf. j) uyarınca akraba dıŐı bağış ve kök hücre nakli kapsamında anonimleŐtirilmiŐ verilerle bilimsel analizler yapmaktır.
- Kayıt amacıyla verileriniz DKMS Stem Cell Bank gGmbH tarafından görevlendirilen hizmet sağlayıcıları ( r. bilgi işlemciler) tarafından işlenecektir. İlave kan örneğiniz analiz için yetkili test laboratuvarlarına gönderilecek ve kalan kısmı laboratuvarında saklanacaktır. İlave yedek numuneler DKMS Stem Cell Bank gGmbH'de saklanmaktadır. Bir nakil durumunda sizinle iletişime geçebilmemiz için
 - verilerinizin güncel olmasını sağlamak amacıyla verilerinizi  c nc  taraflara aktarmamız gerekebilir (nüfus müdürlüğü).
 - BirleŐme, devralma veya yeniden yapılanma nedeniyle Őirketimizde paya sahip olan Őirketlere aktarmak için.
 - Adli makamlar ve/veya düzenleyici makamlarla iŐbirliđi yapmak için.
 - Yasal y k ml l klere veya mahkeme emirlerine uymak için.
- Numunelerin analizi sırasında daha önce bilinmeyen bir doku özelliği (alel) tespit edilirse, DKMS Life Science Lab gGmbH laboratuvarı bu aleli adı, alındığı ülke ve alındığı yıl ile birlikte sorumlu kurumlara (Avrupa Nükleotid ArŐivi (ENA), IPD-IMGT/HLA veritabanı) paylaŐacaktır. Söz konusu alelin kaynağı hakkında herhangi tanımlayıcı bilgi verilmemektedir.

Revision 023/04.2024	G�ltig ab 08.04.2024	Seite 1 von 2
----------------------	----------------------	---------------

DKMS Stem Cell Bank	ID 307	Anlage
	Gewinnung von allogenem Nabelschnurblut_17A_türk._Ausfllhilfe_IBD	

- Kordon kanı bağışının nakli ile ilgili tüm veriler (r. yağ, cinsiyet, HLA zellikleri) yabancı bağışçıların aranması amacıyla Ulm'deki Federal Almanya Cumhuriyeti Merkez Kemik İliği Verici Kaydı (ZKRD) aracılığıyla uluslararası kuruluğlara takma isimle iletilir. Aramaya iliğkin verilerinizi aktif sevk iğleminin bir parçası olarak iğleyen arağtırma kurumları (diğer donör kayıt merkezleri, nakil klinikleri, vb.), Avrupa Birliği (AB) veya Avrupa Ekonomik Alanı'ndan potansiyel olarak daha dğk veri koruma düzeyine sahip ülkelerde, rneğin ABD'de bulunabilir. Bu durumda devlet kurumlarının veya özel kurumların izleme amacıyla verilerinize eriğme riski vardır. Ayrıca Avrupa Veri Koruma Yasası'na kıyasla daha az veya kısıtlı uygulama alanı olan yasal yollara tabi olabilirsiniz. AB çapında veri korumasının uygun bir seviyeye getirilmesi amacıyla, GDPR'nin 46. maddesinin 2. fıkrasının c bendi uyarınca AB standart szleğme hükümleri konusunda neredeyse tüm uluslararası donör kayıt merkezleri ile mutabakata varılmığtır. Yeterli veri koruma seviyesine sahip olmayan az sayıdaki uluslararası donör kayıt merkezi için, aramaya iliğkin verilerinizin iletilebilmesi için DSGVO Madde 49 paragraf 1 lit. a uyarınca onayınızı rica ediyoruz. Güvenliğiniz için verilerinizin iletmeden önce takma bir isimle (isminiz belirtilmeden) sifrelenir. Bu sayede yetkili olmayan üçüncü kiğiler tarafından kimliğinizin tespit edilme olasılığı mümkün olduğunca engellenir.
- Kordon kanı bağışının talep edilebilmesi ve bir hasta için kullanılabilmesi için kordon kanı bağışı raf ömrü boyunca dünya çapında donör arayığı amacıyla bağışınız eriğime açık tutulacaktır. İzinize tabi olarak, veriler son kullanma tarihinden sonra kalite güvencesi ve/veya bilimsel arağtırma için kullanılabilir. Onay vermemeniz durumunda daha uzun yasal saklama yükümlülükleri olmadığı sürece (rneğin donör bulunmuğ olması durumunda) numune imha edilecek ve şahsınıza iliğkin bilgiler silinecektir.
- DSGVO kapsamında kiğisel verilerinizle iliğkin olarak ağağıdaki haklara sahiptiriz: DSGVO Madde 15 uyarınca bilgilendirme, DSGVO Madde 16 uyarınca düzeltme, DSGVO madde 17 uyarınca silme, DSGVO madde 18 uyarınca engelleme (iğleminin kısıtlanması) ve DSGVO madde 20 uyarınca veri aktarımı. DSGVO Madde 89 ve BDSG Madde 27 uyarınca bilimsel analizlerin gerçekleştirilmesi için veri iğleme ile ilgili olarak DSGVO Madde 21 uyarınca itiraz etme hakkına sahiptiriz.
- Rızanız gönüllülük esasına dayanır. DKMS Kök Hücre Bankası gGmbH'ye verdiğiniz rıza beyanını dilediğiniz zaman ve gerekçe göstermeksizin iptal edebilirsiniz. İptal etmek, iptal tarihe kadar yapılan iğlemin yasallığını etkilemez. Bu durumda bağka yasal saklama yükümlülükleri bulunmadığı sürece verileriniz silinecek ve numune imha edilecektir.
- Kiğisel verilerinizi kullanma yöntemimiz konusunda bir şikayetiniz varsa datenschutz@dkms-stemcellbank.de adresinden veya posta yoluyla DKMS Stem Cell Bank gGmbH Datenschutzbeauftragter, Enderstr. 94 / Haus C, 01277 Dresden adresinden veri koruma grevlimize ulağabilirsiniz. şikayetinizi arağtıracadıımızdan emin olabilirsiniz.
- DSGVO'nun 77. maddesi uyarınca bir denetleyici makama, özellikle ikamet yerinizden sorumlu makama veya DKMS Stem Cell Bank gGmbH'dan sorumlu veri koruma makamına şikayette bulunma hakkınız vardır (Saksonya Veri Koruma Görevlisi, <http://www.saechsdsb.de/n-kontakt>).

Veri korumaya iliğkin daha fazla bilgiye <https://www.dkms-stemcellbank.de/datenschutz/> adresinden ulağabilirsiniz.

Historie

Ausgabe (gltig ab)	nderung	nderungsgrund
23	Siehe Hauptdokument	-

DKMS Stem Cell Bank	ID 306	Anlage
	Gewinnung von allogenem Nabelschnurblut_16A_türk._Ausfllhilfe_IB	

Kordon kanı bağışı hakkında bilgilendirme broŐürü

1 Kordon kanı nedir?

Bebeğiniz hamilelik esnasında kordon bağı ile sağlıklı bir geliŐim için gerekli olan tüm bileŐenlerle beslenir. Bunu sağlayabilmek için anne ve bebeğin bedeni arasında kordon kanı ileriye ve geriye doğru akar. Bebek bu Şekilde r. besleyici maddelerle beslenir ve enfeksiyonlardan korunur.

Doğumun ardından ve kordon kesildikten sonra artık kordon bağına ihtiyaç duyulmaz. Anne ve bebek artık birbirinden ayrılır. Fakat kordon kanı yine de iŐe yaramaz değildir. Örneğin kök hücreler içerdiği için başka insanlara bađıŐlanabilir. Aksi takdirde bertaraf edilir.

2 Kordon kanı ne için kullanılabilir?

Kök hücrelerin nakli ile hematopoetik sistemi kötü huylu doğumsal ve edinsel hastalıklarla (rneğin lösemi, talasemi veya aplastik anemi gibi) veya enzim eksiklikleriyle savaŐan hastalar için umut verici bir tedavi sağlanır. Bu hücreler, büyüme faktörleriyle uyarıldıktan sonra gönüllü vericilerin sirkülasyon halindeki kanlarından ya da kemik iliğinden elde edilebilir. Kordon kanında bulunan kök hücrelerin nakli de buna eŐdeđer bir olanak sağlar.

3 Kordon kanı bağışı için ön koşullar

Kordon kanı bağışı yasal gerekliliklere göre yapılması gereken bir kan bağışıdır (r. İlaç Yasası, Transfüzyon Yasası, Alman Tıp Derneği Direktifleri). Bu nedenle bađıŐtan önce bir takım formaliteleri yerine getirmek gerekir. Bu bilgilendirme broŐürünün yanı sıra size hastalık geçmiŐiniz ile ilgili sorular içeren bir hastalık geçmişi formu, bir rıza beyanı ve veri koruma bilgi formu teslim edilir. Hastalık geçmişi formu ve rıza beyanı tarafınızdan doldurulmalı ve imzalanmalıdır.

4 Kişisel bilgiler ne için gereklidir?

Anneyi ve/veya ebeveynleri bağışlanan kordon kanının işlenmesi veya atılması ile ilgili bilgilendirmek için annenin ve gerektiğinde babanın adı ve adresi gereklidir. Özellikle bir hasta ile ilgili spesifik bir soru sorulması gerektiği durumlarda çocuğun mevcut sağlık durumu hakkında bilgi almak için telefon numaranız gerekmektedir. Bu Şekilde herhangi bir soru olmasın durumunda sizinle hızlı bir Şekilde iletişime geçilebilir. Bu kapsamda annenin kimlik tespitinin doğru bir Şekilde yapılabilmesi için hastanede kullanılan hasta numarası da karŐılaŐtırılmaktadır.

Doku zellikleri ve kombinasyonları yerel farklılıklar gösterir. Bu zelliklerin birbiriyle örtüŐme olasılığı aynı etnik grubun içerisinde daha yüksektir. Nadir doku özelliklerine sahip insanların köken bölgelerinde genellikle verici bankaları ve kordon kanı bankaları aktiviteleri oldukça zayıftır veya hiç yoktur. Bu nedenle ailevi köken ile ilgili bilgiler, uygun verici aranırken daha hızlı ve hedefe yönelik bir arama yapılmasını sağlar.

5 Kordon kanının alınması

Doğum yapılacağı gün rutin kontroller için biraz kan (yakl. 33 ml) alınır. Bebeğin doğumu ardından kordon bağı kısıtılır, bebeğin kordonu kesilir ve bebek beslenir. Kordon bağında bulunan kan (ortalama yakl. 60 ml) alınır ve steril bir torbada toplanır. Bu iŐlemden dolayı bebeğiniz ve sizin için hiçbir zaman bir dezavantaj veya tehlike oluŐmaz. Bu iŐlemden dolayı bebeğiniz ve sizin için hiçbir zaman bir dezavantaj veya tehlike oluŐmaz.

Kordon kanı, DKMS Stem Cell Bank gGmbH'ye (bundan sonra DKMS SCB olarak anılacaktır) nakledilir ve burada iŐlenir. Ardından kök hücreler azot tanklarında, gerekirse daha uzun bir süre boyunca -180°C'de depolanır.

Aynı zamanda annenin kanı ve kordon kanı test edilir. Test, kanda bulaşıcı hastalıklar (Frengi, Hepatit B/C, CMV, HIV, HTLV vs.) ve hemoglobino-patisi olup olmadığını tespit etmek için yapılır. Ayrıca doku özellikleri belirlenir. Size ve çocuğunuza ait kişisel veriler DKMS SCB veri tabanına kaydedilir ve kordon kanı bağışı ile iliŐkilendirilerek belirsiz bir süre boyunca burada saklanır. Tüm test sonuçlarının olumlu olması durumunda bađıŐınız ulusal ve uluslararası kök hücre kayıtları ile dünyanın dört bir tarafındaki nakil merkezlerinin kullanımına sunulur. BađıŐınızdan yararlanabilecek hastalara örnek olarak hematopoetik sistem hastalıklarından muzdarip olan ve kan kök hücre nakli ile tedavi edilebilecek hastalar gösterilebilir. Nakil merkezleri ve hastalar sizin veya çocuğunuzun kimlik bilgilerine ulaŐamaz. Bağış kiŐiye özel bir takma isimle (numara ve/veya harf kodu) tanımlanır.

Revision 023/04.2024	Gltig ab 08.04.2024	Seite 1 von 3
----------------------	----------------------	---------------

DKMS Stem Cell Bank	ID 306	Anlage
	Gewinnung von allogenem Nabelschnurblut_16A_türk._Ausfllhilfe_IB	

6 Olağandışı sonuçlar ve enfeksiyonlar hakkında geri bildirim

Kan rneklerinizin ve kordon kanınızın laboratuvar ortamında test edilmesi sonucunda sağlığınıza ilişkin önemli sonuçlar elde edilebilir. Enfeksiyon Koruma Yasası (IfSG) uyarınca bildirilmesi zorunlu olduğundan olası enfeksiyon riski taşıyan patojenlerin yol açtığı enfeksiyonlar tarafınıza mutlaka bildirilecektir. Yasal açıdan belirli enfeksiyonları yetkili makamlara bildirme zorunluluğu vardır. Enfeksiyonların isim belirtilerek rapor edilmesi gereken durumlarda (IfSG Madde 7 (1)) adınız, cinsiyetiniz, doğum tarihiniz, adresiniz ve diğer iletişim bilgileriniz iletilir. İsimle bildirilmesi gerekmeyen enfeksiyonlar söz konusu olduğunda (IfSG Madde 7 (3)) ise raporda cinsiyetiniz, doğum ayınız ve yılınız, posta kodunuzun ilk üç hanesi ve HIV enfeksiyonu durumunda takma adınız yer alır.

7 Bağışınızın araştırma amaçlı kullanılması

Bağışlanan kordon kanının kalite kriterlerini karşılamadığı ve bu nedenle bir hasta için kullanılması mümkün olmadığı durumlar yaşanabilir. Ancak yaptığınız bağış farklı açılardan fayda sağlayabileceği için DKMS SCB için her zaman değerlidir. Bu nedenle bağışınızın DKMS SCB'de saklanamayacağı durumlarda aşağıdaki alternatif amaçlar için kullanılmasını kabul etmenizi rica ediyoruz.

- 7.1 Kalite güvencesi: DKMS SCB'de kurum içi validasyon, süreç geliştirme ve işe yeni başlayan çalışanların eğitimi. Yüksek kalite standartlarının korunmasına ve gerektiğinde süreçlerin optimize edilmesine hizmet eder.*
- 7.2 Bilimsel araştırma: Kök hücre nakillerinin etkinliğini ve güvenilirliğini artırmaya yönelik bilimsel araştırmalar. Bu tür araştırma projeleri niversiteler, araştırma enstitüleri ve diğer araştırma kuruluşları ile işbirliği içinde veya bağımsız olarak yürütülebilir. Bunun için ön koşullar projelerin sorumlu etik kurul tarafından gözden geçirilmiş olması ve kordon kanı ürünlerinin sadece yeni bir takma ad verildikten sonra kullanılmasıdır.*

Kordon kanı ürününün ticari amaçlarla kullanımı veya piyasaya sürülmesine izin verilmemektedir. Rıza beyanının son bölümünde bu hususlara ilişkin bireysel bir karar verme imkanına sahipsiniz. Bağışınızın araştırma amaçlı kullanılmasını kabul etmezseniz, kök hücre nakli için uygun olmayan kordon kanı ürünü imha edilecektir.

8 Kordon kanı yeni doğan bebeğim için kullanılabilir ve saklanabilir mi?

Birkaç yıldır kordon kanı yeni doğan bebek için saklanabiliyor. Bilimin bulunduğu mevcut aşamada bu sözde "otolog" kordon kanı için hiçbir evrensel uygulama alanı yoktur. Fakat saklanan hücrelerin daha ileri bir tarihte kullanılabilmesi için birkaç yıl içinde yeni uygulama olanaklarının geliştirilebileceği göz ardı edilemez. şahsi saklama durumunda, numune ilk etapta sadece ocuk ve istisnai durumlarda çocuğun ailesi için kullanılır. DKMS SCB üzerinden tıbbi endikasyon olmadan otolog bir depolama yapılması mümkün değildir.

9 Yönlendirilmiş kordon kanı bağışı

Yönlendirilmiş bağış özel bir durumdur, burada hastalık nedeniyle bir nakil endikasyonu bulunan veya bulunabilecek birinci derece akraba, başka bir akrabaya veya hasta olan bir kardeşe yapılan kordon kanı bağışı kastedilir. Bağış bu durumda sadece hasta olan alıcı için kullanılır.

Çocuğunuzun kordon kanının saklanması veya yönlendirilmiş kordon kanı bağışı ile ilgili sorularınız varsa lütfen çekinmeden bize başvurun.

10 Neler yapılması gerekiyor?

Bağış yapmaya karar vermeniz durumunda lütfen DKMS SCB ile iř birliği yapan bir hastaneye başvurun. Burada kordon kanının alınması ile ilgili tüm süreç detaylı bir şekilde anlatılır ve gerekli belgeler teslim edilir. Dokümanlar da aynı şekilde DKMS Stem Cell Bank'ın web sayfasından indirilebilir (<https://www.dkms-stemcellbank.de/eltern/>).

Tarafınızca imzalanan rıza beyanı ve doldurulan hastalık geçmişi formu diğer belgelerle ve kordon kanı ile birlikte Dresden'de bulunan DKMS SCB'ye gönderilir ve burada test edilir.

Kordon kanı bağışınızın kabul edilmesi, işlenmesi, saklanması ve gönderilmesi kararı DKMS SCB'de çalışan, ilaç yarasından sorumlu kişilere bağlıdır.

Revision 023/04.2024	Gltig ab 08.04.2024	Seite 2 von 3
----------------------	----------------------	---------------

DKMS Stem Cell Bank	ID 306	Anlage
	Gewinnung von allogenem Nabelschnurblut_16A_türk._Ausf"ullhilfe_IB	

Kordon kanınızın dondurularak saklanması durumunda, her hal"ukarda sizin ve çocuğunuzun olası enfeksiyon serolojik ardıl testleri i"cin referans "ornekler tutulur.

K"ok h"uce nakli hastaya enfeksiyon ve genetik hastalık bulaştırma riski taşır. Bu nedenle bağışınız ancak t"um testlerden tatmin edici sonu"clar aldıktan sonra nakil merkezlerine ve d"unyanın her yerindeki hastalara sunulur. Bağış ile ilgili şimdi veya daha sonra kordon kanı bağışının kalitesini etkileyebilecek nedenlerin ortaya "cikması durumunda ("or. HIV gibi bulaşıcı hastalıklar, kanser, sizin ve/veya çocuğunuzun hematopoetik sisteminin ciddi şekilde bozulması, genetik hastalıklar) l"utfen derhal DKMS Kordon Kanı Bankası ile iletişime ge"cin. T"um bilgilerin gizli kalacağını ve bağışın g"uvenli iptal s"urecinin ardından kullanılmayacağını onaylarız.

Kordon kanı bağışınızın bir hasta i"cin talep edilmesi durumunda, DKMS SCB çocuğunuzun sağlık ge"cmişi hakkında bilgi almak i"cin sizinle telefonla irtibata ge"cecektir. Bu, bağış esnasında tespit edilemeyen hastalıkları belirlemek i"cin gereklidir. Hastayı tedavi eden klinik ancak ilgili t"um bilgileri edindikten sonra kordon kanı bağışı i"cin kesin bir karara varır.

Kordon kanı bağışı ile ilgili kararınız g"on"ull"d"ur ve bağış "ucresiz ger"ekleşmektedir. Bağışa karşı "cikmanız durumunda herhangi bir dezavantajınız olmaz. Sizin i"cin herhangi bir masraf doğmaz. DKMS SCB'ye kordon kanı bağışlama rızanızı istediğiniz zaman ve neden belirtmeksizin iptal edebilirsiniz. Bu durumda DKMS SCB'ye yaptığınız bağış imha edilecektir.

Verdiğimiz bu bilgilerle sizi kordon kanı bağışı hakkında bilgilendirdiğimizi umuyoruz. Sorularınız olması durumunda l"utfen "cekinmeden bizimle veya bizimle "calışan bir hastaneyle irtibata ge"cin.

DKMS SCB "calışanları size aşağıdaki telefon numarasından yardımcı olmaktan memnuniyet duyar:

0351/250 966 0

Historie

Ausgabe (g"ultig ab)	Änderung	Änderungsgrund
23	Siehe Hauptdokument	-