

На основу члана 43. став 5. и члана 45. став 5. Закона трансплантацији органа ("Службени гласник РС", број 72/09),

Министар здравља доноси

П Р А В И Л Н И К

**о садржају обрасца документа о информисању, садржају обрасца изјаве о
пристанку и о повлачењу пристанка за узимање органа живог даваоца органа ***

Члан 1.

Овим правилником прописује се садржај обрасца документа о информисању живог даваоца органа, садржај обрасца изјаве о писменом пристанку за узимање органа живог даваоца органа, као и садржај обрасца изјаве о повлачењу писменог пристанка живог даваоца органа због пресађивања у тело другог лица ради лечења.

Члан 2.

Образац документа о информисању живог даваоца органа садржи рубрике за упис података о:

- 1) здравственој установи;
- 2) датуму давања изјаве;
- 3) даваоцу изјаве, и то:
 - (1) име и презиме,
 - (2) датум рођења,
 - (3) јединствени матични број,
 - (4) телефон, адреса и место пребивалишта,
 - (5) пол,
 - (6) држављанство;
- 4) информисању живог даваоца органа.

У образац документа из става 1. овог члана уписују се и:

- 1) име и презиме присутног здравственог радника;
- 2) име и презиме здравственог радника који је обавио разговор, односно живог даваоца органа упознао са његовим правима у складу са Законом о трансплантацији органа.

Образац документа из става 1. овог члана садржи и место за печат здравствене установе, као и потпис и факсимил здравствених радника који учествују у поступку.

Саставни део документа из става 1. овог члана је и писмени пристанак живог даваоца органа, односно повлачење писменог пристанка, које потписује давалац органа, као и присутни здравствени радник.

* Објављен у „Службеном гласнику Републике Србије“ број 89 од 14. септембра 2012 године

Образац документа из става 1. овог члана, као и његови прилози - образац изјаве о писменом пристанку, односно образац изјаве о повлачењу писменог пристанка живог даваоца органа, одштампани су уз овај правилник и чине његов саставни део.

Члан 3.

Овај правилник ступа на снагу осмог дана од дана објављивања у "Службеном гласнику Републике Србије".

Број 110-00-10/2012-01
У Београду, 30. јула 2012. године

Министар,
проф. др **Славица Ђукић Дејановић**, с.р.

ОБРАЗАЦ ДОКУМЕНТА О ИНФОРМИСАЊУ ЖИВОГ ДАВАОЦА ОРГАНА, ИЗЈАВА О ПРИСТАЈКУ ЗА УЗИМАЊЕ ОРГАНА ЖИВОГ ДАВАОЦА ОРГАНА И ИЗЈАВА О ПОВЛАЧЕЊУ ПРИСТАЈКА ЖИВОГ ДАВАОЦА ОРГАНА

ИНФОРМИСАЊЕ ЖИВОГ ДАВАОЦА ОРГАНА, ИЗЈАВА О ПИСМЕНОМ ПРИСТАЈКУ ЗА УЗИМАЊЕ ОРГАНА ЖИВОГ ДАВАОЦА ОРГАНА И ИЗЈАВА О ПОВЛАЧЕЊУ ПИСМЕНОГ ПРИСТАЈКА ЖИВОГ ДАВАОЦА ОРГАНА

| Здравствена Установа | Организациска јединица | Место |
|----------------------|------------------------|-------|
| | | |

Датум
дан месец година

ДАВАЛАЦ ОРГАНА:

Име Презиме

Датум рођења ЈМБГ

Место пребивалишта и адреса:
улица и број место

општина држављанство

Пол М Ж Телефон

ИНФОРМИСАЊЕ ДАВАОЦА ОРГАНА

Давалац органа је на разумљив начин информисан о правима у поступку даривања органа: о ризицима по живот и здравље; о природи, сврси и току медицинског поступка; вероватноћи успеха и потенцијалним ризицима; могућности да повуче пристајак све до момента почетка припреме за поступак узимања органа, односно до почетка припреме пацијента за трансплантацију.

Присутни здравствени радник: Здравствени радник који је обавио разговор:

име и презиме име и презиме

потпис потпис

ИЗЈАВА О ПРИСТАЈКУ ДАВАОЦА ОРГАНА

Изјављујем да на основу своје слободне воље, а на основу претходне информисаности, **ДАЈЕМ ПРИСТАЈАК** за дошрање

због пресађивања - трансплантације, ради лечења
(даваоца органа)

са којим сам: сродник супружник

ванбрачни партнер блиско лице

усвојитељ усвојеник

М.П.
 Потпис и факсимил присутног здравственог радника Својеручни потпис даваоца изјаве

**ПОВЛАЧЕЊЕ ПРИСТАЈКА ДАВАОЦА
ОРГАНА**

Изјављујем да на основу своје слободне воље, засноване на потпуној информисаности о даривању органа

и о трансплантацији, **ПОВЛАЧИМ ПРИСТАЈАК** за даривање _____, ради лечења
(целих органа)

_____ од _____ године.
(име и презиме примаоца органа) (датум)

Датум

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

год

месец

дан

Потпис и факсимил присутног
здравственог радника

М.П.

Својеручни потпис
даваоца изјаве