



IDA-TALLINNA KESKHAIGLA

AS Ida-Tallinna Keskhaigla
Ravi 18, 10138 Tallinn
Rg-kood 10822068
Tel 666 1900
E-post: info@itk.ee

TEADLIK NÕUSOLEK RINNAPIIMA LOOVUTAMISEKS

Rinnapiima loovutamine on vabatahtlik ja anonüümne ning selle eest tasu ei maksta. Rinnapiimadoonorina on Teil õigus doonoriks olemise fakti mitteavaldamisele, seega ei avaldata Teie isikuandmeid. Loovutatud rinnapiim kodeeritakse, näitamata Teie nime või muid Teid tuvastada võimaldavaid tunnuseid. Seetõttu ei ole kõrvalistel isikutel võimalik Teie isikut teada saada. Rinnapiima loovutamisega ei kaasne Teile mingeid lisariske.

Teie doonoriks sobivuse kindlaksmääramiseks palume Teil täita rinnapiimadoonori terviseankeedi, kus annate infot oma haiguste ja riskikäitumise kohta. Arst tutvub Teie haigusloo jm tervishoiuteenuse osutamist tõendavate dokumentidega ning Teile tehakse doonorluseks vajalikud laboratoorsed uuringud. Need uuringud on vajalikud selleks, et vältida nakkushaiguste ülekandmist vastsündinule. Lisaks tehakse Teie annetatud rinnapiimale põhjalikud mikrobioloogilised uuringud, et tagada rinnapiima ohutus vastsündinule.

Juhul kui uuringute tulemusena ilmneb riskitegureid kinnitav leid või meditsiiniline vastunäidustus doonorluseks, teavitatakse Teid sellest ja vajaduse korral rinnapiimadoonorlus peatatakse.

Seoses rinnapiimadoonorlusega AS Ida-Tallinna Keskhaiglas kogutakse Teie kohta isikuandmeid nagu nimi, terviseandmed jm. Teil on igal ajal õigus tutvuda nende andmetega ning nõuda nendes paranduste tegemist. Kõiki Teie kohta rinnapiima loovutamise protsessis kogutud andmeid hoitakse konfidentsiaalsena nagu Teie muidki terviseandmeid.

Juhul kui te hakkate doonoriks, olete nõus esitama ja annate haiglale õiguse nõuda teistelt tervishoiuteenuse osutajatelt oma tervises seisundi kohta andmeid, mis on vajalikud rinnapiimadoonorluseks.

Teie annetatud rinnapiima töödeldakse ning seejärel kasutatakse väga enneaegsete ja haigete vastsündinute toitmiseks, et tagada neile parem algus eluks.

Teil on õigus oma nõusolek rinnapiima loovutamiseks igal ajal tagasi võtta.

Kinnitan, et mulle on arusaadavalt antud informatsiooni rinnapiima loovutamise kohta, ning annan oma nõusoleku rinnapiima loovutamiseks.

Nõusoleku andnud isiku ees- ja perekonnanimi /TRÜKITÄHTEDEGA/

Kuupäev _____ 20 ____ . a. Allkiri _____



Kontaktandmed:

Aadress, tel, e-post _____

**Mina, _____ (arsti nimi), kinnitan, et olen informeerinud doonorit
talle arusaadaval viisil rinnapiimadoonorlusest.**

Nõusoleku võtnud arsti andmed

(ees- ja perekonnanimi, rg-kood)

Kuupäev _____ 20____. a. Allkiri _____

Nõusolek on koostatud kahes eksemplaris, millest üks jääb haiglale ja teine nõusoleku andjale.