ЗАТВЕРДЖЕНО
постановою Кабінету Міністрів України
від 2025 р. №

ЗМІНИ,
що вносяться до постанов Кабінету Міністрів України щодо удосконалення надання медичної допомоги методом трансплантації

1. У постанові Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2018 року № 1211 «Деякі питання реалізації Закону України «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині»» (Офіційний вісник України, 2019 р., № 19, ст. 643, 2021 р., № 40, ст. 2370):

1) У Порядку надання письмової згоди живого донора на вилучення у нього анатомічних матеріалів та письмової відмови від раніше наданої такої згоди, письмової згоди або незгоди чи відкликання наданої раніше згоди на вилучення анатомічних матеріалів з тіла особи для трансплантації та/або виготовлення біоімплантатів після визначення її стану як незворотня смерть, а також подання письмової заяви про призначення, зміну чи відкликання повноважного представника, затвердженою зазначеною постановою:

у назві Порядку та пункті 1 слова «а також подання письмової заяви про призначення, зміну чи відкликання повноважного представника» виключити;

пункті 3 викласти в такій редакції:

«3. Кожна повнолітня дієздатна фізична особа має право у будь-який час:

надати у письмовій (паперовій або електронній) формі згоду або незгоду на вилучення анатомічних матеріалів з тіла особи для трансплантації та/або виготовлення біоімплантатів після визначення її стану як незворотна смерть (смерть мозку або біологічна смерть) (далі - згода або незгода на посмертне донорство) шляхом подання заяви за формою згідно з додатком 1;

подати у письмовій (паперовій або електронній) формі заяву про відкликання своєї згоди або незгоди на вилучення анатомічних матеріалів з тіла особи для трансплантації та/або виготовлення біоімплантатів після визначення стану як незворотна смерть (смерть мозку або біологічна смерть) за формою згідно з додатком 2;

надати письмову згоду живого донора на донорство анатомічних матеріалів шляхом подання заяви за формою згідно з додатком 3;

подати письмову заяву про відмову від раніше наданої згоди живого донора на донорство анатомічних матеріалів за формою згідно з додатком 4;

надати письмову згоду або незгоду породіллі на донорство амніотичної оболонки плаценти для виготовлення біоімплантатів шляхом подання заяви за формою згідно з додатком 9.»;

пункт 4 виключити.

у пункті 5 викласти в такій редакції:

«5. Живим донором анатомічних матеріалів може бути лише повнолітня дієздатна фізична особа, крім випадку, передбаченого статтею 14 Закону України «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині».

Живим донором гемопоетичних стовбурових клітин може бути також особа віком до 18 років за одночасної наявності таких умов:

відсутній повнолітній дієздатний сумісний донор за результатами медичних показань;

реципієнт є повнорідним братом, повнорідною сестрою, матір'ю або батьком донора;

залучення повнолітнього дієздатного сумісного донора у строк, необхідний для лікування реципієнта, є неможливим, що встановлено консиліумом лікарів;

трансплантація здійснюється для збереження життя реципієнта;

надання погодження спеціалізованої державної установи «Український центр трансплант-координації» на вилучення. Погодження надається за умови надання закладом охорони здоров'я повної медичної інформації про реципієнта та донора, одночасної наявності передбачених цим пунктом умов та висновку консиліуму лікарів про необхідність лікування методом трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин.

Вилучення гемопоетичних стовбурових клітин може здійснюватися також у живого донора, який не є близьким родичем або членом сім'ї реципієнта.

У живого донора може бути вилучено анатомічний матеріал лише за наявності його добровільної та усвідомленої згоди на донорство відповідного анатомічного матеріалу, наданої у письмовому вигляді за формою згідно з додатком 3.

У живої породіллі може бути вилучено амніотичну оболонку плаценти для виготовлення біоімплантатів лише за наявності її добровільної та усвідомленої згоди на донорство амніотичної оболонки плаценти для виготовлення біоімплантатів, наданої у письмовому вигляді за формою згідно з додатком 9.

У живого донора віком до 18 років може бути вилучено гемопоетичні стовбурові клітини виключно за наявності добровільної та усвідомленої згоди, наданої законним представником такого донора у письмовому вигляді шляхом подання заяви за формою згідно з додатком 5, та за умови проведення трансплантації такого анатомічного матеріалу повнорідному брату або повнорідній сестрі донора, та заяви за формою згідно з додатком 6 за умови проведення трансплантації такого анатомічного матеріалу батьку або матері.У разі коли донором гемопоетичних стовбурових клітин є особа віком від 14 до 18 років, згода на вилучення у неї гемопоетичних стовбурових клітин надається її батьками або іншими законними представниками за формою згідно з додатком 5, а також особисто нею за формою згідно з додатком 7, а у разі проведення трансплантації такого анатомічного матеріалу батьку або матері, згода на вилучення у неї гемопоетичних стовбурових клітин надається одним із батьків, якій не є реципієнтом такої трансплантації, або іншими законними представниками за формою згідно з додатком 6, а також особисто нею за формою згідно з додатком 7.

У заяві щодо надання згоди на вилучення анатомічних матеріалів у живого донора обов'язково зазначається вид донорства (родинне донорство, донорство особи, яка не є близьким родичем або членом сім'ї реципієнта), а також вид анатомічного матеріалу, що пропонується для вилучення.

Особа, яка надала згоду на таке донорство, до моменту вилучення гемопоетичних стовбурових клітин у будь-який час має право відмовитися від такої згоди шляхом подання заяви за формою згідно з додатком 8.»;

абзац перший пункту 6 викласти в такій редакції:

«Кожна наступна письмова заява особи щодо згоди або незгоди на посмертне донорство або письмова заява про відкликання раніше наданої письмової згоди або незгоди на посмертне донорство скасовує раніше надану таку згоду або незгоду.»;

пункт 7 викласти в такій редакції:

«7. Заяви, передбачені пунктом 3 цього Порядку за формами, згідно з додатками 1-2 цього Порядку можуть бути подані фізичною особою у письмовій формі (паперовій або електронній), яка заповнена та підписана власноруч або шляхом накладання кваліфікованого електронного підпису, трансплант-координатору будь-якого закладу охорони здоров'я або працівнику спеціалізованої державної установи «Український центр трансплант-координації». Також зазначені заяви можуть бути подані фізичною особою шляхом заповнення електронної форми відповідної заяви через Єдиний державний веб-портал електронних послуг та інші інформаційно-комунікаційні системи, з проставленням кваліфікованого електронного підпису особи або електронного цифрового підпису особи.

Письмова згода живого донора на вилучення у нього органу чи його частини, що передбачена пунктом 3 цього Порядку за формою згідно з додатком 3, надається донором особисто уповноваженому трансплант-координатору.

Заяви щодо згоди або відмови від раніше наданої згоди на вилучення лише гемопоетичних стовбурових клітин, передбачені пунктами 3,5 за формами згідно з додатками 3-8, подаються у письмовій формі лікуючому лікарю, який здійснюватиме їх вилучення, та долучаються до медичної документації.

Письмова згода живого донора та згода батьків або інших законних представників живого донора на вилучення у нього анатомічних матеріалів, письмова відмова від раніше наданої такої згоди, згода або незгода на посмертне донорство, заява про відкликання наданої раніше такої згоди або незгоди не потребують нотаріального посвідчення правочину чи засвідчення справжності підпису нотаріусом.»;

у пункті 8 слово «відповідної» та друге речення виключити;

пункт 9 викласти в такій редакції:

«9. Трансплант-координатор, якому подано заяву щодо згоди живого донора на донорство анатомічних матеріалів, передбаченої цим Порядком, не пізніше трьох робочих днів з моменту надання такої згоди вносить відомості про надану згоду до Єдиної державної інформаційної системи трансплантації органів та тканин. Інформація про відмову від наданої раніше згоди стати живим донором невідкладно вноситься трансплант-координатором до Єдиної державної

інформаційної системи трансплантації органів та тканин.

Відомості про потенційних донорів гемопоетичних стовбурових клітин, згідно заяв поданих відповідно до цього Порядку, вносяться лікуючим лікарем протягом 24 годин до Державної інформаційної системи трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин.

Відомості щодо наданої особою згоди або незгоди на посмертне донорство, письмової заяви про відкликання наданої раніше такої згоди або незгоди, згідно заяв поданих відповідно до цього Порядку, вносяться протягом 24 годин до Єдиної державної інформаційної системи трансплантації органів та тканин, трансплант-координатором або працівником спеціалізованої державної установи «Український центр трансплант-координації».»;

додаток 1 цього Порядку викласти в такій редакції:

«Додаток 1
до Порядку

_____
(найменування органу (закладу), якому подається заява/найменування посади, ініціали (ініціал власного імені) та прізвище особи, якій подається заява)
(у разі подання заяви в електронній формі поле не заповнюється)

ЗАЯВА
щодо згоди або незгоди на вилучення анатомічних матеріалів з тіла особи для трансплантації та/або виготовлення біоімплантатів та/або науково-практичної діяльності **після визначення її стану як незворотна смерть (смерть мозку або біологічна смерть)**

Я, _____,
(прізвище, власне ім'я та по батькові (за наявності)
що народився (народилася) ____ _____ р.;
документ, що підтверджує громадянство України, посвідчує особу чи її спеціальний статус, або паспортний документ іноземця: серія (за наявності) _____ №_____, виданий _____ ____ _____ р.;

реєстраційний номер облікової картки платника податків (крім фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та офіційно повідомили про це відповідному контролюючому органу і мають відмітку у паспорті): _____;

номер запису в Єдиному державному демографічному реєстрі (за наявності) _____;

задекларованe / зареєстроване місце проживання (перебування): _____ _____;

стать: □ чоловіча □ жіноча;

контактний номер телефону _____;

адреса електронної пошти (за наявності) _____,

□ надаю згоду □ висловлюю незгоду (потрібне позначити) на вилучення анатомічних матеріалів з мого тіла для трансплантації та/або виготовлення біоімплантатів та/або науково-практичної діяльності після визначення мого стану як незворотна смерть (смерть мозку або біологічна смерть) (далі – згода або незгода на посмертне донорство).

Я поінформований (поінформована), що взяття анатомічних матеріалів померлої особи проводиться відповідно до Закону України “Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині”.

Цією заявою засвідчую, що я:

є повнолітньою дієздатною особою;

не страждаю на тяжкі психічні розлади;

□ не маю захворювань, що можуть передатися реципієнту або зашкодити його здоров’ю (позначити у разі надання згоди на посмертне донорство);

□ маю захворювання, що можуть передатися реципієнту або зашкодити його здоров’ю (позначити у разі надання згоди на посмертне донорство та вказати захворювання у разі їх наявності) _____
_____;

раніше □ не надавав □ не надавала орган або частину органу для трансплантації

раніше □ надавав □ надавала орган або частину органу для трансплантації (у разі надання органу або частини органу для трансплантації зазначити, який орган або його частина надавалися) _____
_____.

Під час подання цієї заяви на мене не чинився тиск.

Я усвідомлюю, що донорство анатомічних матеріалів здійснюється за принципом безоплатності (крім трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин), у зв’язку з чим мої нащадки не отримають грошової компенсації за вилучені з мого тіла анатомічні матеріали для трансплантації та/або виготовлення біоімплантатів та/або науково-практичної діяльності.

Я поінформований (поінформована) про умови та порядок вилучення анатомічних матеріалів для трансплантації та/або виготовлення біоімплантатів та/або науково-практичної діяльності у разі посмертного донорства, встановлені статтею 17 Закону України «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині».

Я ознайомлений (ознайомлена) з тим, що маю право у будь-який час подати письмову заяву про відкликання цієї **згоди або незгоди**, подати нову заяву щодо згоди або незгоди на посмертне донорство.

Мені роз’яснено, що кожна наступна письмова заява щодо згоди або незгоди на посмертне донорство, згоди або незгоди на вилучення анатомічних матеріалів з тіла особи для трансплантації та/або виготовлення біоімплантатів та/або науково-практичної діяльності після визначення її стану як незворотна смерть (смерть мозку або біологічна смерть) (далі – згода або незгода на посмертне донорство) або письмова заява про відкликання раніше наданої письмової згоди або незгоди на посмертне донорство скасовує раніше надану таку згоду або незгоду.

Додатково зазначаю, що:

□ висловлюю незгоду на вилучення анатомічних матеріалів з мого тіла для трансплантації та/або виготовлення біоімплантатів та/або науково-практичної діяльності після визначення мого стану як незворотна смерть;

□ хочу пожертвувати всі зазначені органи та тканини;

□ хочу пожертвувати такі органи та/або тканини (у кожному рядку ставиться відмітка* «так» або «ні» лише у разі надання згоди на посмертне донорство):

серце	□ так □ ні
легені	□ так □ ні
комплекс «серце – легені»	□ так□ ні
печінка	□ так □ ні
нирки	□ так □ ні
підшлункова залоза	□ так □ ні
підшлункова залоза з ниркою	□ так □ ні
селезінка	□ так □ ні
паращитовидні залози	□ так □ ні
кишечник	□ так □ ні
м’які тканини	□ так □ ні
тканини опорно-рухового апарату	□ так □ ні
судини та клапани серця	□ так □ ні
очне яблуко або його складові	□ так □ ні
шкіра	□ так□ ні
матка	□ так □ ні
гортань	□ так □ ні
трахея	□ так □ ні
верхні кінцівки	□ так □ ні
нижні кінцівки	□ так □ ні
обличчя	□ так □ ні

Якщо пожертвувані анатомічні матеріали виявляться непридатними для трансплантації, вони можуть бути використані для таких цілей (у кожному рядку ставиться відмітка* «так» або «ні» лише у разі надання згоди на посмертне донорство):

науково-практичної діяльності в галузі охорони здоров’я □ так □ ні

виготовлення біоімплантатів □ так □ ні

Цю заяву підписую, усвідомлюючи свої дії і діючи добровільно без матеріального спонукання та примусу.

___ _____ 20___ р. _____

(підпис заявника)

Заяву отримав

_____ _____ _____

(найменування посади) (підпис) (прізвище, власне ім’я, по батькові (за наявності))

___ _____ 20___ р.

_____

*У разі висловлення згоди на посмертне донорство для обрання необхідного варіанта (варіантів) слід поставити позначку «✓» у відповідному полі □ так або □ ні»;

додатки 2, 4, 5, 6 виключити.

У зв’язку з цим додатки 3, 7–11 вважати 2–7 відповідно;

додаток 2 цього Порядку викласти в такій редакції:

«Додаток 2
до Порядку

_____
(найменування органу (закладу), якому подається заява/найменування посади, ініціали (ініціал власного імені) та прізвище особи, якій подається заява) (у разі подання заяви в електронній формі поле не заповнюється)

ЗАЯВА
про відкликання раніше наданої згоди або незгоди на вилучення анатомічних матеріалів з тіла особи для трансплантації та/або виготовлення біоімплантатів після визначення стану як незворотна смерть (смерть мозку або біологічна смерть)

Я, _____
(прізвище, власне ім’я та по батькові (за наявності)
_____, що народився (народилася) _____ _____ р.;

документ, що підтверджує громадянство України, посвідчує особу чи її спеціальний статус, або паспортний документ іноземця: серія (за наявності) _____ № _____, виданий _____ ___ _____ _____ р.;

реєстраційний номер облікової картки платника податків (крім фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та офіційно повідомили про це відповідному контролюючому органу і мають відмітку у паспорті): _____;

номер запису в Єдиному державному демографічному реєстрі (за наявності) _____;

задекларованe / зареєстроване місце проживання (перебування): _____ _____;

стать: □ чоловіча □ жіноча;

контактний номер телефону _____;

адреса електронної пошти (за наявності) _____,

відкликаю свою згоду або незгоду (необхідне підкреслити) на вилучення анатомічних матеріалів з мого тіла для трансплантації та/або виготовлення біоімплантатів після визначення мого стану як незворотна смерть (смерть мозку або біологічна смерть) (далі - згода або незгода на посмертне донорство).

Цією заявою я засвідчую, що я є повнолітньою дієздатною особою.

Під час подання цієї заяви на мене не чинився тиск.

Я ознайомлений (ознайомлена) з тим, що маю право у будь-який час надати нову письмову заяву щодо згоди або незгоди на посмертне донорство.

Мені роз'яснено, що кожна наступна письмова заява щодо згоди або незгоди на посмертне донорство або письмова заява про відкликання раніше наданої письмової згоди або незгоди на посмертне донорство скасовує раніше надану таку згоду або незгоду.

Цю заяву підписую, усвідомлюючи свої дії і діючи добровільно без матеріального спонукання та примусу.

___ _____ 20___ р. _____
(підпис заявника)

Заяву отримав

_____ _____ _____
(найменування посади) (підпис) (прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності))

___ _____ 20___ р.

_____

*У разі висловлення згоди на посмертне донорство для обрання необхідного варіанта (варіантів) слід поставити позначку «✓» у відповідному полі □ так або □ ні»;

додатки 3, 4, 5 цього Порядку викласти в такій редакції:

«Додаток 3
до Порядку

_____
(найменування органу (закладу), якому подається заява/найменування посади, ініціали (ініціал власного імені) та прізвище особи, якій подається заява)

ЗАЯВА
щодо згоди живого донора на донорство анатомічних матеріалів

Я, _____
(прізвище, власне ім'я та по батькові (за наявності)
_____, що народився (народилася) _____ _____ р.;

документ, що підтверджує громадянство України, посвідчує особу чи її спеціальний статус, або паспортний документ іноземця: серія (за наявності)_____№_____, виданий_____
_____ _____ _____ р.;

реєстраційний номер облікової картки платника податків (крім фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та офіційно повідомили про це відповідному контролюючому органу мають відмітку у паспорті): _____;

номер запису в Єдиному державному демографічному реєстрі (за наявності) _____;

задекларованe / зареєстроване місце проживання (перебування): _____ _____;

стать: □ чоловіча □ жіноча;

контактний номер телефону _____;

адреса електронної пошти (за наявності) _____,

даю згоду на вилучення анатомічних матеріалів з мого тіла (прижиттєве донорство).

Я поінформований (поінформована), що трансплантація анатомічних матеріалів проводиться відповідно до Закону України “Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині”.

Підстави для надання анатомічних матеріалів:

□ родинне донорство.

Цією заявою я засвідчую, що перебуваю у родинних стосунках з _____

(прізвище, власне ім’я та по батькові (за наявності) реципієнта, рік народження)

який (яка) доводиться мені _____,

(ступінь споріднення з реципієнтом)

та є відповідальним (відповідальною) за достовірність поданих мною документів, що підтверджують факт спорідненості з реципієнтом;

□ перехресне донорство;

□ неродинне донорство анатомічних матеріалів, здатних до регенерації (самовідтворення), у тому числі гемопоетичних стовбурових клітин периферичної крові та/або кісткового мозку не є близьким родичем або членом сім’ї реципієнта).

Призначення анатомічного матеріалу, що пропонується для вилучення:

□ трансплантація;

□ виготовлення біоімплантатів.

Вид анатомічного матеріалу, що пропонується для вилучення:

□ орган (його частина), а саме _____;

□ тканини;

□ анатомічне утворення;

□ гемопоетичні стовбурові клітини, що містяться у крові;

□ гемопоетичні стовбурові клітини, що містяться у кістковому мозку;

□ інші клітини людини.

Якщо з’ясується, що пожертвувані мною анатомічні матеріали непридатні для трансплантації, вони можуть бути використані для цілей:

□ науково-практичної діяльності в галузі охорони здоров’я;

□ виготовлення біоімплантатів.

Цією заявою я засвідчую, що я є повнолітньою дієздатною особою, не страждаю на тяжкі психічні розлади, не маю захворювань, що можуть передатися реципієнту або зашкодити його здоров’ю, раніше не надавав (не надавала) орган або частину органа для трансплантації. Під час подання цієї заяви на мене не

чинився тиск, я не перебуваю у фінансовій чи іншій залежності від будь-яких осіб.

Я отримав (отримала) від лікуючого лікаря об’єктивну та доступну інформацію про можливість виникнення ускладнень для здоров’я донора.

Я поінформований (поінформована) лікуючим лікарем про ймовірні хірургічні та анестезіологічні ризики, пов’язані з вилученням анатомічного матеріалу, а також про можливі наслідки вилучення (невилучення) анатомічного матеріалу для мого здоров’я та здоров’я реципієнта.

Крім того, мене поінформовано про те, що наданий мною анатомічний матеріал після трансплантації реципієнту може бути відторгнутий.

Я поінформований (поінформована) про те, що відповідно до статті 20 Закону України “Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині” укладення або пропонування укладення договорів, що передбачають купівлю-продаж анатомічних матеріалів людини, забороняється.

Я усвідомлюю, що трансплантація здійснюється за принципом безоплатності (крім трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин периферичної крові та/або кісткового мозку).

Претензії щодо відшкодування шкоди, заподіяної внаслідок ушкодження здоров’я у зв’язку з виконанням донорської функції, можуть бути подані мною до адміністрації закладу охорони здоров’я або до суду в установленому законодавством порядку.

Я поінформований (поінформована) про порядок вилучення анатомічних матеріалів у живих донорів (прижиттєве донорство), встановлений статтею 14 Закону України «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині», та особливості донорства гемопоетичних стовбурових клітин та інших здатних до регенерації (самовідтворення) анатомічних матеріалів, установлені статтею 15 Закону України «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині».

Лікуючим лікарем надано роз’яснення щодо моїх прав у зв’язку з виконанням донорської функції, що визначені розділом VI Закону України “Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині”, та наголошено, що я маю право за письмовою заявою відкликати цю згоду до моменту початку процедури введення мене або реципієнта в стан анестезіологічного сну.

Мені надано роз’яснення про те, що моя відмова від донації гемопоетичних стовбурових клітин периферичної крові та/або кісткового мозку під час проведення або після завершення режиму кондиціонування реципієнта може призвести до смерті реципієнта.

Мені повідомлено про можливість відмови від цієї згоди до моменту початку режиму кондиціонування реципієнта.

Моя госпіталізація у заклад охорони здоров’я з метою виконання донорських функцій проводиться за моїм власним бажанням та за моєю добровільною згодою.

Цю заяву підписую, усвідомлюючи свої дії і діючи добровільно без матеріального спонукання та примусу.

___ _____ 20___ р. _____
(підпис заявника)

Заяву отримав

_____ _____ _____
(найменування посади) (підпис) (прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності))

___ _____ 20___ р.

_____

Додаток 4
до Порядку

_____
(найменування органу (закладу), якому подається заява/найменування посади, ініціали (ініціал власного імені) та прізвище особи, якій подається заява)

ЗАЯВА
про відмову від раніше наданої згоди живого донора на донорство анатомічних матеріалів

Я, _____
(прізвище, власне ім'я та по батькові (за наявності)
_____, що народився (народилася) _____ _____ _____ р.;

документ, що підтверджує громадянство України, посвідчує особу чи її спеціальний статус, або паспортний документ іноземця: серія (за наявності)_____ №_____,
виданий _____ ___ _____ _____ р.;

реєстраційний номер облікової картки платника податків (крім фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та офіційно повідомили про це відповідному контролюючому органу і мають відмітку у паспорті): _____;

номер запису в Єдиному державному демографічному реєстрі (за наявності) _____;

задекларованe / зареєстроване місце проживання (перебування): _____
_____;

стать: □ чоловіча □ жіноча;

контактний номер телефону _____;

адреса електронної пошти (за наявності) _____,

відмовляюся від раніше наданої згоди на вилучення анатомічних матеріалів з мого тіла (прижиттєве донорство).

Цією заявою засвідчую, що я є повнолітньою дієздатною особою.

Під час подання цієї заяви на мене не вчинявся тиск, я не перебуваю у фінансовій чи іншій залежності від будь-яких осіб.

Цю заяву підписую, усвідомлюючи свої дії і діючи добровільно без матеріального спонукання та примусу.

___ _____ 20___ р. _____
(підпис заявника)

Заяву отримав

_____ _____ _____
(найменування посади) (підпис) (прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності))

____ _____ 20___ р.

_____

Додаток 5
до Порядку

_____
(найменування органу (закладу), якому подається заява/найменування посади, ініціали (ініціал власного імені) та прізвище особи, якій подається заява)

ЗАЯВА
щодо згоди на вилучення анатомічного матеріалу у вигляді гемопоетичних стовбурових клітин у живого донора віком до 18 років, який є повнорідним братом чи сестрою реципієнта

Я, _____
(прізвище, власне ім'я та по батькові (за наявності)
_____, що народився (народилася) _____ _____ ___ р.;

документ, що підтверджує громадянство України, посвідчує особу чи її спеціальний статус, або паспортний документ іноземця: серія (за наявності) _____ № _____, виданий _____ _____ ___ _____ _____ р.;

реєстраційний номер облікової картки платника податків (крім фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та офіційно повідомили про це відповідному контролюючому органу і мають відмітку у паспорті): _____;

номер запису в Єдиному державному демографічному реєстрі (за наявності) _____;

задекларованe / зареєстроване місце проживання (перебування): _____ _____;

стать: □ чоловіча □ жіноча;

контактний номер телефону _____;

адреса електронної пошти (за наявності)_____,

даю згоду на вилучення гемопоетичних стовбурових клітин з тіла моєї дитини _____

(прізвище, власне ім'я та по батькові (за наявності), рік народження)

для проведення трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин повнорідному брату (повнорідній сестрі).

Я поінформований (поінформована) про те, що трансплантація анатомічних матеріалів проводиться відповідно до Закону України «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині».

Цією заявою я засвідчую, що перебуваю у родинних стосунках з донором і реципієнтом та є відповідальним (відповідальною) за достовірність наданих мною документів, що підтверджують факт того, що донор є повнорідним братом (повнорідною сестрою) реципієнта.

Вид анатомічного матеріалу, що пропонується для вилучення:

□ гемопоетичні стовбурові клітини, що містяться у крові;

□ гемопоетичні стовбурові клітини, що містяться у кістковому мозку.

Вилучення анатомічного матеріалу здійснюється з метою трансплантації _____,

(прізвище, власне ім'я та по батькові (за наявності), рік народження реципієнта)

який (яка) доводиться мені _____.

(ступінь споріднення)

Цією заявою я засвідчую, що під час подання цієї заяви на мене не вчинявся тиск, я не перебуваю у фінансовій чи іншій залежності від будь-яких осіб.

Я отримав (отримала) від лікуючого лікаря об'єктивну та доступну інформацію про можливість виникнення ускладнень для здоров'я донора.

Я поінформований (поінформована) лікуючим лікарем про ймовірні хірургічні та анестезіологічні ризики, пов'язані з вилученням анатомічного матеріалу, а також про можливі наслідки вилучення (невилучення) анатомічного матеріалу для здоров'я донора та здоров'я реципієнта.

Крім того, мене поінформовано про те, що наданий донором анатомічний матеріал після трансплантації реципієнту може бути відторгнутий.

Претензії щодо відшкодування шкоди, заподіяної внаслідок ушкодження здоров'я у зв'язку з виконанням донорської функції, можуть бути подані мною до адміністрації закладу охорони здоров'я або до суду в установленому законодавством порядку.

Я поінформований (поінформована) про порядок вилучення гемопоетичних стовбурових клітин периферичної крові та/або кісткового мозку, що встановлені статтею 15 Закону України «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині».

Лікуючим лікарем мені надано роз'яснення щодо моїх прав у зв'язку з виконанням донорської функції, що визначені розділом VI Закону України «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині», та повідомлено, що я маю право за письмовою заявою відкликати цю заяву до моменту початку режиму кондиціонування реципієнта.

Мені надано роз'яснення про те, що моя відмова від донації гемопоетичних стовбурових клітин під час проведення або після завершення режиму кондиціонування реципієнта може призвести до смерті реципієнта.

Госпіталізація донора у заклад охорони здоров'я з метою виконання донорських функцій проводиться за моїм власним бажанням та за моєю добровільною згодою.

Цю заяву підписую, усвідомлюючи свої дії і діючи добровільно без матеріального спонукання та примусу.

___ _____ 20___ р. _____

(підпис заявника)

Заяву отримав

_____ _____ _____

(найменування посади) (підпис) (прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності))

___ _____ 20___ р.

після додатку 5 добавити додаток 6 такого змісту:

«Додаток 6
до Порядку

_____

(найменування органу (закладу), якому подається заява/найменування посади, ініціали (ініціал власного імені) та прізвище особи, якій подається заява)

ЗАЯВА
щодо згоди на вилучення анатомічного матеріалу у вигляді гемопоетичних стовбурових клітин у живого донора віком до 18 років, який є який (яка) є сином чи донькою реципієнта

Я, _____

(прізвище, власне ім'я та по батькові (за наявності)

_____, що народився (народилася) _____ _____ _____ р.;

документ, що підтверджує громадянство України, посвідчує особу чи її спеціальний статус, або паспортний документ іноземця: серія (за наявності) _____ № _____, виданий _____ ___ _____ _____ р.;

реєстраційний номер облікової картки платника податків (крім фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та офіційно повідомили про це відповідному контролюючому органу і мають відмітку у паспорті): _____;

номер запису в Єдиному державному демографічному реєстрі (за наявності) _____;

задекларованe / зареєстроване місце проживання (перебування): _____ _____;

стать: □ чоловіча □ жіноча;

контактний номер телефону _____;

адреса електронної пошти (за наявності)_____,

даю згоду на вилучення гемопоетичних стовбурових клітин з тіла дитини

_____

(прізвище, власне ім’я та по батькові (за наявності), рік народження)

для проведення трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин її батьку чи матері.

Я поінформований (поінформована) про те, що трансплантація анатомічних матеріалів проводиться відповідно до Закону України “Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині”.

Цією заявою я засвідчую, що перебуваю у родинних стосунках з донором і реципієнтом (є законним представником дитини) та є відповідальним (відповідальною) за достовірність наданих мною документів, що підтверджують факт того, що донор є сином або донькою реципієнта.

Вид анатомічного матеріалу, що пропонується для вилучення:

□ гемопоетичні стовбурові клітини, що містяться у крові;

□ гемопоетичні стовбурові клітини, що містяться у кістковому мозку.

Вилучення анатомічного матеріалу здійснюється з метою трансплантації

_____,

(прізвище, власне ім’я та по батькові (за наявності), рік народження реципієнта)

який (яка) доводиться мені

_____.

(ступінь споріднення)

Цією заявою я засвідчую, що під час подання цієї заяви на мене не вчинявся тиск, я не перебуваю у фінансовій чи іншій залежності від будь-яких осіб.

Я отримав (отримала) від лікуючого лікаря об’єктивну та доступну інформацію про можливість виникнення ускладнень для здоров’я донора.

Я поінформований (поінформована) лікуючим лікарем про ймовірні хірургічні та анестезіологічні ризики, пов’язані з вилученням анатомічного матеріалу, а також про можливі наслідки вилучення (невилучення) анатомічного матеріалу для здоров’я донора та здоров’я реципієнта.

Крім того, мене поінформовано про те, що наданий донором анатомічний матеріал після трансплантації реципієнту може бути відторгнутий.

Претензії щодо відшкодування шкоди, заподіяної внаслідок ушкодження здоров’я у зв’язку з виконанням донорської функції, можуть бути подані мною до адміністрації закладу охорони здоров’я або до суду в установленому законодавством порядку.

Я поінформований (поінформована) про порядок вилучення гемопоетичних стовбурових клітин периферичної крові та/або кісткового мозку, що встановлені статтею 15 Закону України “Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині”.

Лікуючим лікарем мені надано роз’яснення щодо моїх прав у зв’язку з виконанням донорської функції, що визначені розділом VI Закону України “Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині”, та повідомлено, що я маю право за письмовою заявою відкликати цю заяву до моменту початку режиму кондиціонування реципієнта.

Мені надано роз’яснення про те, що моя відмова від донації гемопоетичних стовбурових клітин під час проведення або після завершення режиму кондиціонування реципієнта може призвести до смерті реципієнта.

Госпіталізація донора у заклад охорони здоров’я з метою виконання донорських функцій проводиться за моїм власним бажанням та за моєю добровільною згодою.

Цю заяву підписую, усвідомлюючи свої дії і діючи добровільно без матеріального спонукання та примусу.

___ _____ 20___ р. _____
(підпис заявника)

Заяву отримав

_____ _____ _____
(найменування посади) (підпис) (прізвище, власне ім’я, по батькові (за наявності))

___ _____ 20___ р.».

У зв’язку з цим додатки 6–7 вважати 7–8 відповідно;

додатки 7–8 викласти в такій редакції:

«Додаток 7
до Порядку

_____
(найменування органу (закладу), якому подається заява/найменування посади, ініціали (ініціал власного імені) та прізвище особи, якій подається заява) (у разі подання заяви в електронній формі поле не заповнюється)

ЗАЯВА
донора віком від 14 до 18 років, який є повнорідним братом чи сестрою, сином або донькою реципієнта щодо згоди на вилучення анатомічного матеріалу у вигляді гемопоетичних стовбурових клітин

Я, _____
(прізвище, власне ім’я та по батькові (за наявності)

_____,
що народився (народилася) ____ _____ _____ р.;

документ, що підтверджує громадянство України, посвідчує особу чи її спеціальний статус, або паспортний документ іноземця: серія (за наявності) _____ № _____, виданий _____ _____ ____ _____ р.;

реєстраційний номер облікової картки платника податків (крім фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та офіційно повідомили про це відповідному контролюючому органу і мають відмітку у паспорті): _____;

номер запису в Єдиному державному демографічному реєстрі (за наявності)

_____;

задекларованe / зареєстроване місце проживання (перебування): _____

_____;

стать: □ чоловіча □ жіноча;

контактний номер телефону _____;

адреса електронної пошти (за наявності) _____,

даю згоду на вилучення гемопоетичних стовбурових клітин з мого тіла для проведення трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин повнорідному брату (повнорідній сестрі), батькові, матері.

Я поінформований (поінформована) про те, що трансплантація анатомічних матеріалів проводиться відповідно до Закону України “Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині”.

Цією заявою я засвідчую, що перебуваю у родинних стосунках з донором і реципієнтом та є відповідальним (відповідальною) за достовірність поданих мною документів, що підтверджують факт того, що донор є повнорідним братом (повнорідною сестрою) реципієнта.

Вид анатомічного матеріалу, що пропонується для вилучення:

□ гемопоетичні стовбурові клітини, що містяться у крові;

□ гемопоетичні стовбурові клітини, що містяться у кістковому мозку.

Вилучення анатомічного матеріалу здійснюється з метою трансплантації

_____,

(прізвище, власне ім’я та по батькові (за наявності), рік народження реципієнта)

який (яка) доводиться мені _____,

(повнорідним (повнорідною) братом (сестрою)

Цією заявою я засвідчую, що під час подання цієї заяви на мене не вчинявся тиск, я не перебуваю у фінансовій чи іншій залежності від будь-яких осіб.

Я отримав (отримала) від лікуючого лікаря об’єктивну та доступну інформацію про можливість виникнення ускладнень для здоров’я донора.

Я поінформований (поінформована) лікуючим лікарем про ймовірні хірургічні та анестезіологічні ризики, пов’язані з вилученням анатомічного матеріалу, а також про можливі наслідки вилучення (невилучення) анатомічного матеріалу для здоров’я донора.

Крім того, мене поінформовано про те, що наданий донором анатомічний матеріал після трансплантації реципієнту може бути відторгнутий.

Претензії щодо відшкодування шкоди, заподіяної внаслідок ушкодження здоров’я у зв’язку з виконанням донорської функції, можуть бути подані мною до адміністрації закладу охорони здоров’я або до суду в установленому законодавством порядку.

Я поінформований (поінформована) про порядок вилучення гемопоетичних стовбурових клітин периферичної крові та/або кісткового мозку, що встановлені статтею 15 Закону України “Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині”.

Лікуючим лікарем мені надано роз'яснення щодо моїх прав у зв'язку з виконанням донорської функції, що визначені розділом VI Закону України «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині», та повідомлено, що я маю право за письмовою заявою відкликати цю заяву до моменту початку режиму кондиціонування реципієнта.

Мені надано роз'яснення про те, що моя відмова від донації гемопоетичних стовбурових клітин під час проведення або після завершення режиму кондиціонування реципієнта може призвести до смерті реципієнта.

Госпіталізація донора у заклад охорони здоров'я з метою виконання донорських функцій проводиться за моїм власним бажанням та за моєю добровільною згодою.

Цю заяву підписую, усвідомлюючи свої дії і діючи добровільно без матеріального спонукання та примусу.

___ _____ 20___ р. _____
(підпис заявника)

Заяву отримав

_____ _____ _____
(найменування посади) (підпис) (прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності))

___ _____ 20___ р.

_____

Додаток 8 до Порядку

_____
(найменування органу (закладу), якому подається заява/найменування посади, ініціали (ініціал власного імені) та прізвище особи, якій подається заява) (у разі подання заяви в електронній формі поле не заповнюється)

ЗАЯВА
про відмову від раніше наданої згоди на вилучення анатомічного матеріалу у вигляді гемопоетичних стовбурових клітин у живого донора віком до 18 років, який є повнорідним братом чи повнорідною сестрою, сином або донькою реципієнта

Я, _____
(прізвище, власне ім'я та по батькові (за наявності)

_____
_____, що народився (народилася) _____ _____ _____ р.;

документ, що підтверджує громадянство України, посвідчує особу чи її спеціальний статус, або паспортний документ іноземця: серія (за наявності) _____ № _____, виданий _____ _____ ___ _____ _____ р.;

реєстраційний номер облікової картки платника податків (крім фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та офіційно повідомили про це відповідному контролюючому органу і мають відмітку у паспорті): _____;
номер запису в Єдиному державному демографічному реєстрі (за наявності) _____;
задекларване / зареєстроване місце проживання (перебування): _____
_____;

стать: □ чоловіча □ жіноча;

контактний номер телефону _____;

адреса електронної пошти (за наявності) _____,

□ відмовляюся від раніше наданої згоди на вилучення гемопоетичних стовбурових клітин у живого донора віком до 18 років, який є повнорідним братом чи повнорідною сестрою реципієнта _____
_____,
(прізвище, власне ім'я та по батькові (за наявності) та рік народження донора)

□ відмовляюся від раніше наданої згоди на вилучення анатомічних матеріалів з мого тіла (прижиттєве донорство) (відмітка ставиться у разі, коли донором гемопоетичних стовбурових клітин є особа віком від 14 до 18 років), який (яка) доводиться мені _____.
(ступінь споріднення)

Цією заявою я засвідчую, що під час подання цієї заяви на мене не вчинявся тиск, я не перебуваю у фінансовій чи іншій залежності від будь-яких осіб.

Цю заяву підписую, усвідомлюючи свої дії і діючи добровільно без матеріального спонукання та примусу.

___ _____ 20___ р. _____
(підпис заявника)

Заяву отримав

_____ _____ _____
(найменування посади) (підпис) (прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності))

___ _____ 20___ р.

»;

_____

доповнити цей Порядок новим додатком такого змісту:

«Додаток 9 до Порядку

_____
(найменування органу (закладу), якому подається заява/найменування посади, ініціали (ініціал власного імені) та прізвище особи, якій подається заява) (у разі подання заяви в електронній формі поле не заповнюється)

Заява
щодо згоди або не згоди породіллі на донорство амніотичної оболонки плаценти для виготовлення біоімплантатів

Я, _____,
(прізвище, власне ім'я та по батькові (за наявності)
що народилася _____ _____ _____ р.; документ, що підтверджує громадянство України, посвідчує особу чи її спеціальний статус, або паспортний документ іноземця: серія (за наявності) _____ № _____, виданий _____ ___ _____ _____ р.,

реєстраційний номер облікової картки платника податків (крім фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та офіційно повідомили про це відповідному контролюючому органу і мають відмітку у паспорті): _____;

номер запису в Єдиному державному демографічному реєстрі (за наявності) _____;

задекларованe / зареєстроване місце проживання (перебування): _____;

стать: □ жіноча;

контактний номер телефону _____;

адреса електронної пошти (за наявності) _____,

□ надаю згоду □ висловлюю незгоду (потрібне позначити) на вилучення амніотичної оболонки плаценти після моїх пологів (розродження) для виготовлення біоімплантатів;

Я поінформована про те, що вилучення анатомічних матеріалів проводиться відповідно до Закону України «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині».

Якщо з'ясується, що пожертвувана мною амніотична оболонка плаценти непридатна для виготовлення біоімплантатів, вона може бути використана для цілей науково-практичної діяльності у галузі охорони здоров'я.

Даною заявою я даю згоду на обробку моїх персональних та медичних данних для виробника біоімплантатів.

Цією заявою я засвідчую, що я є повнолітньою дієздатною особою, не страждаю на тяжкі психічні розлади, під час подання цієї заяви на мене не чинився тиск, я не перебуваю у фінансовій чи іншій залежності від будь-яких осіб.

Я поінформований (поінформована) про те, що відповідно до статті 20 Закону України «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» укладення або пропонування укладення договорів, що передбачають купівлю-продаж анатомічних матеріалів людини, забороняється. Я усвідомлюю, що донорство здійснюється за принципом безоплатності.

Трансплант-координатором мені надано роз’яснення щодо умов та процедури, вилучення та моїх прав у зв’язку з виконанням донорської функції, що визначені розділом VI Закону України «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині», та наголошено, що я маю право за письмовою заявою відкликати цю згоду до моменту початку процедури вилучення амніотичної оболонки плаценти.

Цю заяву підписую, усвідомлюючи свої дії і діючи добровільно без матеріального спонукання та примусу.

___ _____ 20___ р. _____
(підпис заявника)

Заяву отримав

_____ _____ _____
(найменування посади) (підпис) (прізвище, власне ім’я, по батькові (за наявності))

___ _____ 20___ р.

_____ ».

2. У додатку 3 до Порядку та умов вилучення, зберігання, тестування, обробки і використання анатомічних матеріалів, призначених для трансплантації тканин, затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 21 лютого 2025 року № 203 доповнивши, його новим розділом:

«**Інші тканини**

Барабанна перетинка
Нервова тканина та її фрагменти
Підшкірна жирова тканина
Сальник черевної порожнини
Складові очного яблука
Слухові кісточки
Фрагмент шкіри».

_____