



NGÂN HÀNG TẾ BÀO GỐC **MekoStem**

297/5 Lý Thường Kiệt, Quận 11, Tp. HCM - ĐT: (08) 38686546

95 Láng Hạ, Đống Đa, Hà Nội - ĐT: (04) 35143535

Email: info@mekostem.com - Website: www.mekostem.com



*A "niche" for Stem Cell
& Stem Cell Research*

HÃY CẮT GIỮ TẾ BÀO GỐC DÂY RỖN,
Vì sức khỏe của con bạn, gia đình bạn và cộng đồng...





HƯỚNG DẪN THAM GIA CHƯƠNG TRÌNH LƯU GIỮ TẾ BÀO GỐC DÂY RÓN THEO YÊU CẦU

Để thuận lợi cho quá trình làm thủ tục đăng ký và tiến hành thu thập mẫu dây rốn, đồng thời để giảm bớt khả năng mẫu tế bào gốc dây rốn của con bạn khi lưu giữ chứa một số mầm bệnh, xin bạn lưu ý những điểm sau đây:

- In hoặc yêu cầu MekoStem gửi cho bạn bộ hồ sơ này để nghiên cứu trước và làm hồ sơ đăng ký sử dụng dịch vụ.
 - Liên hệ với MekoStem khi có ý định lưu giữ tế bào gốc dây rốn của con bạn hoặc khi có thắc mắc về hồ sơ đăng ký hay công nghệ tế bào gốc để được tư vấn và hướng dẫn chi tiết.
 - Nếu quyết định tham gia Chương trình, bạn phải liên hệ với MekoStem hoặc bác sĩ đã khám thai và tư vấn cho bạn về dịch vụ này để được cung cấp **Phiếu yêu cầu xét nghiệm** có chữ ký của bác sĩ. Nên tiến hành xét nghiệm sớm, nhưng không nên sớm hơn 4 tuần trước ngày dự kiến sinh (hay không trước tuần thứ 35 của tuổi thai) để có nhiều thời gian hơn cho việc làm các thủ tục đăng ký cũng như sắp xếp việc thu thập mẫu tại bệnh viện, tránh tình trạng nhập viện để sinh con rồi mà chưa ký hợp đồng dịch vụ thì MekoStem và bệnh viện sẽ không thực hiện yêu cầu của bạn.
 - Khi đã có kết quả xét nghiệm đạt yêu cầu, bạn điền thông tin và ký vào các phiếu sau đây để làm thủ tục đăng ký với MekoStem:
 1. **Phiếu tư vấn cho sản phụ về dây rốn và tế bào gốc dây rốn.** (Lưu ý: Nếu bạn được cộng tác viên của MekoStem hoặc bác sĩ khám thai tư vấn thì phiếu phải có đủ họ tên, địa chỉ, số điện thoại, chữ ký của người tư vấn và của bạn là người được tư vấn. Trường hợp bạn tự tìm hiểu hoặc được tư vấn trực tiếp từ MekoStem thì nộp phiếu chỉ có chữ ký của bạn).
 2. **Phiếu điều tra sức khỏe của sản phụ và người cha của bé yêu cầu lưu giữ tế bào gốc dây rốn.**
 3. **Phiếu đăng ký tham gia chương trình lưu giữ tế bào gốc dây rốn theo yêu cầu.**
 4. **Bản cam kết tự nguyện tham gia chương trình lưu giữ tế bào gốc theo yêu cầu.**
 5. **Phiếu trả lời kết quả xét nghiệm.**
 - Sau khi đã ký hợp đồng và đóng phí dịch vụ, bạn cần báo cho MekoStem địa điểm và thời gian dự kiến sinh con. Đặc biệt, khi chuyển dạ và bắt đầu đi đến bệnh viện để sinh con, bạn hoặc người nhà của bạn phải thông báo ngay cho các số điện thoại sau để chúng tôi tiến hành tổ chức việc thu thập mẫu được kịp thời. Tại Tp. Hồ Chí Minh gọi **Anh Tuấn: 0986808274** hoặc **Anh Cảnh: 01686060900**; Tại Hà Nội gọi **BS Đại: 0982988026** hoặc **BS Đông: 0989058710**.
- Trân trọng cảm ơn và kính chúc bạn sinh đẻ thuận lợi “mẹ tròn con vuông”.

CHÚ Ý:

THEO CÁC QUI ĐỊNH CHUYÊN MÔN, YÊU CẦU LƯU GIỮ TẾ BÀO GỐC DÂY RÓN CỦA CON BẠN SẼ KHÔNG ĐƯỢC THỰC HIỆN NẾU:

1. Bạn đã từng mắc bệnh hoặc kiểm tra dương tính với các loại virus viêm gan B, viêm gan C, HIV, HTLV, CMV, vi khuẩn giang mai. Do vậy nếu bạn muốn tham gia chương trình lưu giữ tế bào gốc dây rốn tại MekoStem, bạn phải **tự nguyện** làm các xét nghiệm phát hiện các loại mầm bệnh nói trên.
2. Vợ hoặc chồng hoặc cả hai đã từng hoạt động mại dâm.
3. Trong vòng 1 năm gần đây vợ hoặc chồng có quan hệ tình dục với người hoạt động mại dâm hoặc bị hãm hiếp.
4. Bạn có thai ở độ tuổi dưới 18 tuổi.

Để tránh lãng phí thời gian, công sức và tiền bạc xét nghiệm sàng lọc, bạn không nên đăng ký dịch vụ này nếu đã biết chắc chắn những điều trên.



Mã số:

PHIẾU TƯ VẤN CHO SẢN PHỤ VỀ DÂY RÓN VÀ TẾ BÀO GỐC DÂY RÓN*

(Phiếu này chỉ dành cho các bác sĩ theo dõi và khám thai cho sản phụ hoặc nhân viên/cộng tác viên của MekoStem sử dụng để tư vấn cho sản phụ; đề nghị người tư vấn ghi rõ ràng các thông tin và đánh dấu hoặc vào các ô)

1. Họ và tên người tư vấn:

Chức vụ, đơn vị:

Địa chỉ nơi làm việc

Số điện thoại liên lạc.....Email:

2. Người được tư vấn:

Họ và tên sản phụ: Ngày tháng năm sinh:

Giấy CMND/Hộ chiếu số:; cấp ngày.....; nơi cấp:.....

Địa chỉ thường trú:

Nghề nghiệp:

Trình độ học vấn: Tiểu học Trung học Đại học Trên Đại học

Nơi công tác (nếu có):

Dân tộc: Tôn giáo: Không Có (tên Tôn giáo:))

Điện thoại (nếu có): (NR)(CQ)(ĐĐ)

Địa chỉ E-mail (nếu có):

Dự kiến ngày sinh lần này (nếu có):

3. Nội dung tư vấn về lưu giữ tế bào gốc dây rốn theo yêu cầu:		Đã thực hiện
1	<p>Khái niệm:</p> <p>Lưu giữ tế bào gốc dây rốn theo yêu cầu là việc cá nhân người mẹ sắp sinh con, dựa trên hiểu biết và các cân nhắc về lợi ích và rủi ro của việc lưu giữ tế bào gốc từ dây rốn của đứa con sắp sinh, tự nguyện yêu cầu Ngân hàng tế bào gốc MekoStem tiến hành thu thập mẫu dây rốn của con mình ngay sau khi sinh, xử lý tách các tế bào gốc và lưu giữ lâu dài để khi cần sẽ lấy ra sử dụng.</p>	<input type="checkbox"/>
2	<p>Lợi ích:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Có được nguồn các tế bào gốc dự trữ để khi cần thì lấy ra sử dụng vào mục đích chữa bệnh riêng cho con mình, các thành viên trong gia đình hoặc ai đó trong cộng đồng. - Khi dùng chữa bệnh cho đứa con sinh ra cùng dây rốn đó thì đây là các tế bào của chính đứa bé này và là loại tế bào phù hợp tuyệt đối với bé; khi dùng để chữa bệnh cho các thành viên trong gia đình thì khoa học đã chứng minh: các tế bào và mô của các thành viên trong gia đình khi ghép cho nhau có khả năng phù hợp cao hơn so với người không cùng huyết thống. - Có toàn quyền sở hữu và yêu cầu được trả lại các mẫu tế bào bất kỳ khi nào. 	<input type="checkbox"/>

* Sau khi tư vấn, đề nghị người tư vấn trao cho sản phụ để nộp cho MekoStem khi sản phụ đến đăng ký tham gia chương trình lưu giữ tế bào gốc dây rốn theo yêu cầu. Phiếu tư vấn này chỉ có giá trị khi sản phụ đăng ký tham gia chương trình.

3	<p>Rủi ro:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Để được giữ tế bào gốc dây rốn, người mẹ sẽ phải kiểm tra sức khỏe và lấy máu xét nghiệm trước, trong hoặc ngay sau khi sinh. Trong quá trình này có thể có các rủi ro như khi lấy máu tĩnh mạch để làm các xét nghiệm: đau, rớm máu... nhưng những rủi ro này không nghiêm trọng. - Các tế bào gốc tách ra từ dây rốn có loại đã dùng ngay được để chữa bệnh, có loại còn đang được nghiên cứu với hy vọng trong tương lai khi khoa học phát triển hơn sẽ dùng để chữa được những bệnh cụ thể. Nếu thời điểm quý vị muốn chữa một bệnh nào đó bằng tế bào gốc mà các nhà khoa học vẫn chưa nghiên cứu có kết quả thì việc áp dụng tế bào gốc để điều trị bệnh cụ thể ấy thì ý định của quý vị vẫn không thể thực hiện được. 	<input type="checkbox"/>
4	Quyền yêu cầu lưu giữ tế bào gốc dây rốn: sản phụ đủ mười tám tuổi trở lên, có năng lực hành vi dân sự đầy đủ có quyền yêu cầu MekoStem thu thập, xử lý và lưu giữ tế bào gốc tách ra từ dây rốn của đứa con do mình đẻ ra.	<input type="checkbox"/>
5	Tham gia lưu giữ tế bào gốc theo yêu cầu là một hành động tự nguyện của sản phụ và gia đình của sản phụ mà không chịu bất kỳ sự ép buộc nào, kể cả việc xét nghiệm để phát hiện HIV.	<input type="checkbox"/>
6	Khi có nguyện vọng yêu cầu, người có yêu cầu phải đọc kỹ và thực hiện đầy đủ các bước như bản Hướng dẫn tham gia chương trình lưu giữ tế bào gốc dây rốn theo yêu cầu.	<input type="checkbox"/>
7	Các câu hỏi khác sản phụ hỏi thêm và người tư vấn đã tiến hành trả lời tư vấn thêm (nếu có)	<input type="checkbox"/>
8	Sản phụ đã tìm hiểu các qui định chi trả phí trong hợp đồng dịch vụ lưu giữ tế bào gốc dây rốn chưa ? <input type="checkbox"/> Đã tìm hiểu <input type="checkbox"/> Chưa tìm hiểu	
9	Sản phụ có khả năng tài chính để tham gia chương lưu giữ tế bào gốc dây rốn theo yêu cầu không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
10	Sản phụ có khẳng định muốn tham gia chương trình lưu giữ tế bào gốc dây rốn theo yêu cầu không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	

4. Tổng hợp, đánh giá của người tư vấn:

a. Xác định tính tự nguyện của người đăng ký: Có Không

b. Ý kiến kết luận khác:

.....
.....

Thời gian hoàn thành tư vấn:giờphút, ngày/tháng/năm:/...../.....

NGƯỜI TƯ VẤN
(ký và ghi rõ họ tên)

SẢN PHỤ ĐƯỢC TƯ VẤN
(ký và ghi rõ họ tên)



Mã số:

PHIẾU ĐIỀU TRA SỨC KHỎE CỦA SẢN PHỤ VÀ NGƯỜI CHA CỦA BÉ YÊU CẦU LƯU GIỮ TẾ BÀO GỐC DÂY RÓN*

(Đề nghị quý vị nghiên cứu kỹ câu hỏi, trả lời trung thực theo sự hiểu biết của mình bằng cách đánh dấu hoặc x vào các ô hay)

Họ và tên sản phụ: Ngày tháng năm sinh:

Nghề nghiệp:

Địa chỉ liên lạc:

.....

Số điện thoại: (NR)..... (CQ)..... (ĐD).....

Trong lần mang thai này:	Sản phụ	
	Không	Có
1. Trong vòng 1 năm trước khi mang thai, sản phụ có vấn đề gì nghiêm trọng về sức khỏe đến mức phải vào viện điều trị hoặc điều trị tại nhà trên 1 tháng không? <i>Nếu có, ghi rõ tên bệnh:</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Trong vòng 6 tuần trước khi thụ thai, hoặc trong thời gian mang thai sản phụ có sử dụng các vắc-xin đậu mùa, sởi, rubella, bại liệt hoặc cúm không? <i>Nếu có, ghi rõ tên vắc-xin:</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Lần mang thai này có phải thụ tinh trong ống nghiệm không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Trong quá trình mang thai sản phụ có được khám và phát hiện bị các biến chứng liên quan đến thai nghén không (kể cả bệnh tiểu đường liên quan đến thai nghén)? <i>Nếu có, ghi rõ tên bệnh:</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Trong quá trình mang thai sản phụ có phải sử dụng thuốc theo đơn lần nào không (trừ các vitamin, thuốc bổ sung sắt)? <i>Nếu biết, ghi rõ tên thuốc:</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Đề nghị nộp bản gốc có chữ ký của sản phụ cho MekoStem.
Ngân hàng tế bào gốc MekoStem có trách nhiệm bảo mật các thông tin cá nhân của quý vị.

Trước đây:	Sân phụ		Cha của bé	
	Không	Có	Không	Có
6. Sân phụ hoặc cha của bé đã từng phải truyền máu hoặc phải ghép tạng thuộc bất kỳ loại nào không? <i>Nếu có, ghi rõ tên tạng ghép:.....</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sân phụ hoặc cha của bé đã từng được điều trị nhiễm chlamydia, herpes sinh dục, giang mai, hoặc các bệnh lây truyền qua đường tình dục khác không? <i>Nếu có, ghi rõ tên bệnh:.....</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sân phụ và cha của bé đã từng mắc bệnh vàng da, bệnh gan, hoặc xét nghiệm chẩn đoán nhiễm virus viêm gan A, B hoặc C có kết quả dương tính không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Sân phụ và cha của bé đã có bằng chứng gì trên lâm sàng hoặc xét nghiệm liên quan đến nhiễm HIV, hoặc vi khuẩn giang mai không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sân phụ và cha của bé đã từng bị từ chối hiến máu do xét nghiệm không đủ tiêu chuẩn hiến máu không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Trong gia đình sân phụ và cha của bé (ông bà, cha mẹ, anh chị em ruột và con của hai người)	Sân phụ		Cha của bé	
	Không	Có	Không	Có
11. Trong gia đình của sân phụ và cha của bé (ông, bà, cha, mẹ, anh, chị em ruột hoặc con trước của hai người) có ai đã từng mắc các bệnh bẩm sinh , bao gồm các bệnh về máu (như bệnh ưa chảy máu, bệnh tan máu bẩm sinh Thalassemia); bệnh suy giảm miễn dịch hay rối loạn chuyển hoá bẩm sinh không? <i>Nếu có, ghi rõ mối quan hệ và tên bệnh:.....</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Trong gia đình của sân phụ và cha của bé (ông, bà, cha, mẹ, anh, chị em ruột của hai người) có ai kết hôn cận huyết thống không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ngày..... tháng..... năm

Người khai ký tên
(Ký, ghi rõ họ tên)



Mã số (PIN):

PHIẾU YÊU CẦU XÉT NGHIỆM Laboratory Test Order*

Họ và tên sản phụ (Full name of pregnant mother):

Ngày tháng năm sinh (Date of Birth): Telephone

Địa chỉ thường trú (Address):

Loại mẫu xét nghiệm (Test sample): Máu tĩnh mạch ngoại vi của sản phụ (Peripheral vein blood of pregnant mother)

Mục đích xét nghiệm: Xét nghiệm sàng lọc để thu thập và lưu giữ tế bào gốc

(Testing purpose): Screening for stem cells storage

YÊU CẦU XÉT NGHIỆM (Requested tests)	
Huyết học (Haematology)	
<input checked="" type="checkbox"/>	Công thức máu (Full blood count)
<input checked="" type="checkbox"/>	Nhóm máu (Blood Groups: ABO & Rh) <i>(nếu đã xét nghiệm và có phiếu trả lời kết quả, không cần làm lại nhóm máu – If the tests have already been done and the results can be submitted, there is no need to repeat them)</i>
Miễn dịch (Immunology)	
<input checked="" type="checkbox"/>	Kháng nguyên bề mặt virus viêm gan B (Hepatitis B virus surface antigen - HBsAg)
<input checked="" type="checkbox"/>	Kháng thể chống virus viêm gan C (Antibody to Hepatitis C virus – HCV Ab)
<input checked="" type="checkbox"/>	HIV-1/2
<input checked="" type="checkbox"/>	Kháng thể IgM chống cytomegalovirus (IgM antibody to cytomegalovirus – CMV IgM)
<input checked="" type="checkbox"/>	Huyết thanh giang mai (Syphilis: VDRL or RPR)
<input type="checkbox"/>	Các xét nghiệm khác (Other tests):

Chú ý:

- **Tất cả các xét nghiệm HBsAg, Anti-HCV, HIV1/2, IgM-anti CMV không được thực hiện bằng các test nhanh** (All of these tests: HBsAg, Anti-HCV, HIV1/2, IgM-anti CMV must not be carried out by rapid tests)
- **MekoStem chỉ chấp nhận các kết quả xét nghiệm trong vòng 4 tuần trước ngày dự kiến sinh** (MekoStem accepts only results of tests performed less than 4 weeks from the delivering date)

Ngày (date)..... tháng (month) năm (year)

BÁC SĨ
(Doctor)

TS.BS. Mai Văn Điển
Giám đốc Y khoa
Ngân hàng tế bào gốc MekoStem
ĐT: 0908814179



Mã số:

PHIẾU ĐĂNG KÝ THAM GIA CHƯƠNG TRÌNH LƯU GIỮ TẾ BÀO GỐC DÂY RỒN THEO YÊU CẦU*

Kính gửi: Ngân hàng tế bào gốc MekoStem

Sau khi tìm hiểu và được tư vấn về việc tham gia Chương trình lưu giữ tế bào gốc dây rốn theo yêu cầu, tôi/chúng tôi tình nguyện đăng ký tham gia chương trình này với các thông tin sau đây:

THÔNG TIN VỀ SẴN PHỤ (bắt buộc phải có)

Họ và tên (chữ in hoa): Ngày tháng năm sinh:

Giấy CMND/Hộ chiếu số:; cấp ngày.....; nơi cấp:.....

Nghề nghiệp:

Địa chỉ liên lạc:

Nhà riêng (bắt buộc ghi):

Cơ quan (nếu có):

Số điện thoại: (NR)..... (CQ)..... (ĐD).....

Địa chỉ E-mail:

THÔNG TIN VỀ NGƯỜI CHA CỦA BÉ

Họ và tên (chữ in hoa): Ngày tháng năm sinh:

Giấy CMND/Hộ chiếu số:; cấp ngày.....; nơi cấp:.....

Nghề nghiệp:

Số điện thoại: (NR)..... (CQ)..... (ĐD).....

Địa chỉ E-mail:

THÔNG TIN VỀ LẦN MANG THAI NÀY

Tuổi của sản phụ tại thời điểm thụ thai:tuổi; Sinh con lần thứ

Lần mang thai này là: Thai một Thai đôi Thai thụ tinh trong ống nghiệm

Dự kiến ngày sinh:/...../.....; Dự định mổ đẻ (nếu đã biết): Có Không

Dự kiến nơi sinh:.....

Thông tin về bác sĩ chăm sóc thai sản:

Họ tên:.....

Làm việc tại khoa, bệnh viện:.....

Số điện thoại liên lạc: (CQ)..... (ĐD).....

Địa chỉ e-mail:.....

* Đề nghị điền đầy đủ các thông tin và gửi bản gốc về MekoStem

ĐĂNG KÝ CÁC GÓI DỊCH VỤ

ĐĂNG KÝ THU THẬP, XỬ LÝ TÁCH TẾ BÀO VÀ LƯU GIỮ TRONG MỘT (01) NĂM ĐẦU
(Chỉ chọn 1 trong số các lựa chọn sau)

- Lưu giữ cả tế bào gốc máu và tế bào gốc màng dây rốn
 Chỉ lưu giữ tế bào gốc máu dây rốn
 Chỉ lưu giữ tế bào gốc màng dây rốn

ĐĂNG KÝ LƯU GIỮ TIẾP VÀ ĐÓNG NGAY PHÍ CHO CÁC NĂM SAU NĂM ĐẦU
(Chỉ chọn 1 trong số các lựa chọn sau)

- Đăng ký và đóng ngay phí một kỳ 05 (năm) năm kế tiếp
 Đăng ký và đóng ngay phí một kỳ 10 (mười) năm kế tiếp
 Đăng ký và đóng ngay phí một kỳ 17 (mười bảy) năm kế tiếp
 Đóng phí từng năm hoặc từng kỳ nhiều năm khi hết hạn lưu giữ của năm trước hoặc kỳ trước

TRƯỜNG HỢP LƯỢNG MÁU MÁU DÂY RÓN THU ĐƯỢC QUÁ ÍT HOẶC QUÁ NHIỀU

- Đồng ý xử lý tách và bảo quản tế bào kể cả khi lượng máu thu được ít.
 Trường hợp lượng máu thu được quá nhiều, đồng ý chia làm đôi để xử lý như hai mẫu máu nhằm thu được toàn bộ số tế bào gốc và đồng ý đóng thêm phí dịch vụ như một trường hợp sinh đôi.

Tôi/chúng tôi cam đoan những thông tin khai trên đây là đúng sự thật. Trường hợp tự ý thay đổi thì tôi/chúng tôi sẽ chịu trách nhiệm theo hợp đồng ký kết với MekoStem.

HỌ TÊN VÀ CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI ĐĂNG KÝ

Người mẹ: (bắt buộc phải có)

Người cha của bé:

Chữ ký _____

Chữ ký _____

Họ và tên _____

Họ và tên _____

Ngày ký _____

Ngày ký _____

Người đăng ký khác nếu không phải là cha mẹ của em bé sắp sinh

Họ và tên (chữ in hoa): Ngày tháng năm sinh:

Giấy CMND/Hộ chiếu số:; cấp ngày.....; nơi cấp:.....

Nghề nghiệp:

Địa chỉ liên lạc:.....

Số điện thoại: Địa chỉ E-mail:

Chữ ký _____

Họ và tên _____

Ngày ký _____



Ngân hàng tế bào gốc MekoStem
Vi sức khỏe của con bạn, gia đình bạn và cộng đồng

Mã số:

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

BẢN CAM KẾT TỰ NGUYỆN THAM GIA CHƯƠNG TRÌNH LƯU GIỮ TẾ BÀO GỐC DÂY RÓN THEO YÊU CẦU*

Kính gửi: Ngân hàng tế bào gốc MekoStem

Tôi là ⁽¹⁾: Sinh ngày:
Số CMND/Hộ chiếu: Cấp ngày Nơi cấp.....
Địa chỉ:.....

Số điện thoại: (NR)..... (CQ)..... (ĐĐ).....

là mẹ của em bé sắp sinh (“con tôi”).

VÀ

Tôi là ⁽²⁾: Sinh ngày:
Số CMND/Hộ chiếu: Cấp ngày Nơi cấp.....
Địa chỉ:.....

Số điện thoại: (NR)..... (CQ)..... (ĐĐ).....

là của em bé sắp sinh.

Tôi/chúng tôi ký kết văn bản với tư cách là những người đại diện hợp pháp của con tôi:

1. Tôi/chúng tôi hiểu rằng dây rốn và nhau thai, sản phẩm được hủy bỏ sau khi sinh như rác thải y tế, chứa các tế bào gốc có thể sử dụng để chữa được một số bệnh cho con tôi, các thành viên trong gia đình tôi cũng như ai đó trong cộng đồng có các chỉ số sinh học phù hợp với các tế bào gốc này của con tôi. Tôi/chúng tôi cũng hiểu rằng việc thu thập dây rốn sau khi sinh không ảnh hưởng đến sức khỏe của người mẹ cũng như em bé mới sinh. Tôi/chúng tôi hiểu rằng việc lưu giữ tế bào gốc dây rốn của con tôi có tác dụng như một hình thức bảo hiểm sinh học, có ích trong tương lai để điều trị một số bệnh và thương tật mà con tôi và các thành viên trong gia đình tôi/chúng tôi có thể mắc. Tôi/chúng tôi tình nguyện tham gia Chương trình lưu giữ tế bào gốc dây rốn theo yêu cầu do Ngân hàng tế bào gốc MekoStem (gọi tắt là MekoStem) cung cấp, bao

* Đề nghị điền đầy đủ các thông tin và gửi bản gốc về MekoStem.

¹ Bắt buộc phải có đề nghị và cam kết từ sản phụ.

² Có thể là cha/ông/bà/cô/dì/chú/bác hoặc người bảo trợ của em bé sắp sinh (chỉ ghi và ký khi muốn cùng cam kết).

gồm thu thập máu và mô dây rốn sau khi sinh, xét nghiệm phân tích, tách các tế bào gốc từ máu và mô dây rốn, bảo quản đông lạnh và lưu trữ lâu dài các tế bào gốc từ dây rốn của con tôi/chúng tôi để chúng tôi có thể sử dụng khi cần.

2. Tôi/chúng tôi hiểu rằng nếu mẫu tế bào gốc của con tôi chứa các tác nhân gây bệnh thì có thể gây nguy hại cho các mẫu tế bào gốc khác cùng được lưu trữ trong ngân hàng. Tôi đồng ý để bệnh viện nơi tôi sinh con và MekoStem lấy và xét nghiệm máu của tôi cũng như máu dây rốn của con tôi để sàng lọc các yếu tố gây bệnh (trong đó có cả HIV), nhằm bảo đảm cho mẫu tế bào gốc dây rốn của con tôi khi được phân lập và bảo quản là an toàn, không gây nguy hại tới các mẫu tế bào gốc khác được lưu giữ cùng tại MekoStem cũng như tới người sử dụng tế bào gốc dây rốn của con tôi để chữa bệnh sau này.
3. Tôi/chúng tôi hiểu rằng nếu con tôi bị bệnh gì đó có thể lây truyền hoặc di truyền thì người sử dụng tế bào gốc được tách từ dây rốn của con tôi cũng có thể bị bệnh theo. Tôi đồng ý cung cấp tình hình sức khỏe của con tôi và tôi trong một năm đầu sau khi sinh cho MekoStem nhằm ngăn ngừa sự lan truyền của bệnh (nếu có) từ con tôi sang người khác.
4. Tôi/chúng tôi hiểu rằng, cho dù không thường xuyên, song các biến chứng có thể xảy ra trong quá trình sinh nở, và điều đó dẫn tới không thể lấy được máu dây rốn và mô dây rốn của con tôi. Sức khỏe của mẹ con tôi là ưu tiên hàng đầu của bác sĩ/nhân viên hộ sinh tham gia đỡ đẻ hoặc mổ đẻ cho tôi. Vì thế, tôi/chúng tôi đồng ý tuân thủ quyết định của bác sĩ/nhân viên hộ sinh của tôi về việc có lấy dây rốn của con tôi sau khi sinh hay không.
5. Tôi/chúng tôi hiểu rằng các tế bào gốc dây rốn của con tôi có thể được lưu trữ tại MekoStem hay không tùy thuộc vào mẫu tế bào gốc ấy có đủ các điều kiện kỹ thuật và an toàn hay không. MekoStem có quyền từ chối thu thập dây rốn, xử lý và bảo quản các tế bào gốc không đạt các tiêu chuẩn kỹ thuật và an toàn.
6. Tôi/chúng tôi hiểu rằng không thể biết trước được liệu mẫu tế bào gốc của con tôi có đạt các tiêu chuẩn kỹ thuật và an toàn hay không cho đến khi có các kết quả xét nghiệm phân tích tại MekoStem. Tôi/chúng tôi cũng hiểu rằng toàn bộ qui trình thu thập, vận chuyển, xử lý tách tế bào, bảo quản đông lạnh và lưu trữ lâu dài là một quá trình nhiều bước, có liên quan đến nhiều kỹ thuật cao và tại mỗi bước của quá trình này đều có thể phát hiện ra các tế bào không đạt tiêu chuẩn để lưu trữ và phải hủy bỏ. Tôi/chúng tôi hiểu rằng, nếu tế bào phải hủy bỏ thì đó là đặc điểm tự thân của dây rốn của con chúng tôi hoặc những rủi ro không mong muốn xảy ra khi thực hiện các qui trình kỹ thuật; do vậy chúng tôi không đổ lỗi hay quy trách nhiệm hoặc nghĩa vụ pháp lý cho bất cứ ai tham gia vào quá trình thu thập, vận chuyển, xử lý dây rốn và bảo quản lạnh các tế bào gốc dây rốn của con tôi.
7. Tôi/chúng tôi hiểu rằng để có được kết luận mẫu tế bào gốc dây rốn của con tôi có đạt yêu cầu để lưu giữ lâu dài hay không thì tất cả các thao tác kỹ thuật và xét nghiệm đều được MekoStem tiến hành như nhau cho cả mẫu đạt yêu cầu và không đạt yêu cầu. Vì thế, tôi/chúng tôi đồng ý nếu mẫu dây rốn bị loại bỏ do không đạt yêu cầu chất lượng thì tôi/chúng tôi sẽ chia sẻ cùng với MekoStem các phí tổn mà MekoStem đã bỏ ra để thực hiện yêu cầu của chúng tôi.
8. Tôi/chúng tôi hiểu rằng hiện nay tế bào gốc máu dây rốn đã được dùng để điều trị thành công một số bệnh và thương tật ở người và trong tương lai hứa hẹn sẽ có thể được dùng để điều trị nhiều loại bệnh và thương tật khác nữa. Các tế bào gốc màng dây rốn hiện nay chưa được ứng dụng điều trị trên người nhưng cũng có triển vọng được ứng dụng trong tương lai. Tôi/chúng tôi

hiều rằng mặc dù hứa hẹn nhiều triển vọng trong điều trị nhưng việc sử dụng tế bào gốc để điều trị bệnh vẫn là một lĩnh vực mới có thể có các hạn chế như điều trị không hiệu quả và nguy cơ tiềm ẩn có các tai biến chưa biết. Tôi/chúng tôi cũng hiểu rằng tế bào gốc dây rốn không phải là lựa chọn để điều trị mọi loại bệnh hay thương tật. Trong tương lai việc quyết định có sử dụng tế bào gốc dây rốn của con tôi lưu trữ tại MekoStem để điều trị bệnh gì và cho ai sẽ do các bác sĩ chăm sóc sức khỏe cho chúng tôi và chúng tôi cân nhắc quyết định.

9. Tôi/chúng tôi hiểu rằng các tế bào có thể coi là một loại sinh phẩm đặc biệt để chữa bệnh nhưng không có nghĩa là dùng tế bào gốc để điều trị thì bệnh chắc chắn khỏi, vì kết quả điều trị một bệnh nào đó ở một bệnh nhân nhất định phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố của chính người bệnh và bệnh.
10. Tôi/chúng tôi hiểu rằng trong tương lai có thể con chúng tôi hoặc các thành viên khác trong gia đình chúng tôi không cần dùng đến tế bào gốc do MekoStem xử lý và lưu giữ. Mặc dù vậy chúng tôi mong muốn cất giữ các tế bào gốc này như một phương thức bảo hiểm sinh học cho sức khỏe của con tôi và các thành viên trong gia đình. Tôi/chúng tôi tình nguyện sử dụng dịch vụ do MekoStem cung cấp và trả phí cho toàn bộ dịch vụ này.
11. Bản cam kết này đã được thống nhất giữa sản phụ và người cha của em bé. Chúng tôi cam kết sẽ không để xảy ra sự tranh chấp lẫn nhau trong việc tham gia chương trình lưu giữ tế bào gốc dây rốn theo yêu cầu cũng như việc sử dụng tế bào gốc sau này.

Tôi/chúng tôi đã đọc, hiểu rõ và ký bản cam kết này trong tình trạng tinh thần hoàn toàn tỉnh táo, tự nguyện và không bị ai ép buộc.

HỌ TÊN VÀ CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI CAM KẾT

Sản phụ: *(bắt buộc phải ký)*

Người cha của bé:

Chữ ký _____

Chữ ký _____

Họ và tên _____

Họ và tên _____

Ngày ký _____

Ngày ký _____

Người đăng ký khác không phải là cha mẹ của em bé sắp sinh

Chữ ký _____

Họ và tên _____

Ngày ký _____