

Forma Nr. 139/a patvirtinta  
Lietuvos Respublikos sveikatos  
apsaugos ministro 2000 m. birželio 30  
d. įsakymu Nr. 368  
(Lietuvos Respublikos sveikatos  
apsaugos ministro 2014 m. kovo 20 d.  
įsakymo Nr. V-384 redakcija)

**ASMENS SUTIKIMAS, KAD JAM ESANT GYVAM AUDINIAI, LAŠTELĖS, ORGANAI  
BŪTŲ PAIMTI IR ATIDUOTI TRANSPLANTUOTI**

\_\_\_\_\_ (asmens sveikatos priežiūros įstaigos pavadinimas, kodas, adresas)

Aš sutinku (tinkamą variantą pažymėti ☒):

**kad mano**

**kad mano jaunesnio kaip 14 metų (nepilnamečio) vaiko (įvaikio), globotinio, rūpintinio**

\_\_\_\_\_ (pavardė, vardas, asmens kodas)

**kad mano vyresnio kaip 14 metų (nepilnamečio) vaiko (įvaikio), globotinio, rūpintinio iki jam sukaks 18 metų**

\_\_\_\_\_ (pavardė, vardas, asmens kodas, parašas)

\_\_\_\_\_ bŪTŲ paimtas (-i) ir atiduotas (-i) transplantuoti.  
(įvardyti organą, audinį, ląsteles)

Sutinku, kad šie duomenys būtų saugomi Žmogaus audinių ir organų donorų bei recipientų registre. Esu informuotas, kad galiu atsisakyti šio sutikimo iki transplantacijos operacijos pradžios. Pareiškiu, kad nesu pripažintas neveiksniu ar ribotai veiksniumi.

Aš, \_\_\_\_\_, (vardas, pavardė, asmens kodas, parašas)

\_\_\_\_\_ (gyvenamoji vieta, telefono numeris)

Recipientas \_\_\_\_\_, (vardas, pavardė, asmens kodas)

giminystės ar santuokinis ryšis su recipientu: \_\_\_\_\_.

Asmens tapatybė patikrinta. Sutikimas pasirašytas mano akivaizdoje.

\_\_\_\_\_ (gydytojo vardas, pavardė, parašas, spaudas ir data (metai, mėnuo, diena))

Papildoma informacija teikiama Nacionaliniame transplantacijos biure prie Sveikatos apsaugos ministerijos, Santariškių g. 2, Vilnius, tel./faks. (85) 279 60 96.