



**שאלון תורם דם**

**תורם/ת דם נכבד/ה!** **שירותי הדם**

אנו מודים לך על נכונותך לתרום דם. תרומת הדם מצילה חיי אדם ועשויה לעזור למספר חולים, אם מצב בריאותך תקין. כל מנות הדם עוברות בדיקות קפדניות בבנק הדם כדי לשלול נוכחות נגיפים, אולם לא תמיד ניתן לזהות נגיפים מסויימים כמו איידס או דלקת כבד ("צהבת") בשלב מוקדם של ההדבקה. אם נחשפת לנגיפים בדרך כלשהי, דמך עלול להעביר מחלות ולפגוע בחולים שיקבלו את המנה. עפ"י הנחיות משרד הבריאות, הנך נדרש/ת להשיב על השאלות בשאלון זה. חשוב שהמידע שתמסור/י בו יהיה אמת כדי להגן על בריאותך ועל בריאות מקבלי המנה. אין חובה להשיב על השאלות בשאלון, אך אי מילוי לא יאפשר לנו להתרים אותך. על המידע שתמסור/י, כמו גם על תוצאות הבדיקות שיבוצעו במנה חל חיסיון מלא והם לא יועברו לגורם אחר אלא אם העברה זו נדרשת על פי דין, ו/או במקרה של צורך רפואי. אם ברצונך לבדוק חשיפה לאיידס, פנה/י לאחד המרכזים, לוועד למלחמה באיידס או לרופא המשפחה, ואל תתרום/י דם. בכל שלב תוכל/י ליידיע את שירותי הדם על צרונך להפסיק את התרומה, שלא יעשה שימוש במנה שתרמת או על כל שינוי במצב בריאותך. לאחר התרומה במספר הטלפון המופיע על גבי תעודת תורם הדם שקיבלת.

**חלק א' – פרטים אישיים**

|                                 |  |                                   |  |  |  |
|---------------------------------|--|-----------------------------------|--|--|--|
| 1.1 מס ת.ז. מלא                 |  | 1.2 שם משפחה:                     |  | 1.3 שם פרטי:   |  |
| 1.4 מין: *<br>זכר / נקבה        |  | 1.5 תאריך לידה                    |  | 1.6 גיל  |  |
| 1.8 רחוב / ת.ד. ומס' בית/ת.ד.נ. |  | 1.9 מיקוד                         |  | 1.7 שם קודם פרטי: משפחה: 1.10 עיר/ישוב                   |  |
| 1.11 טלפון בבית                 |  | 1.12 טלפון נוסף                   |  | 1.13 טלפון נייד  |  |
| 1.14 e-mail / דוא"ל             |  | 1.15 חבר ארגון תורמי דם * כן / לא |  | 1.16 יעוד התרומה: * 1. ביטוח אישי עבור חולה 2. עבוד חולה |  |
| 1.18 ארץ לידה                   |  | 1.19 שנת עליה/הגעה לישראל         |  | 1.17 מסכים לזימון לתרום דם בעתיד * כן / לא               |  |

**חלק ב' – המצבים שבהם אסור להשתמש במנת הדם:**

אם אחד המצבים המפורטים מטה חל עליך, **אל תתרום/י דם או צייני/י בסעיף 2.19 שהמנה לא לעירוני.** מנה זו לא תינתן לחולה – כדי לא לסכן את בריאותו.

|  |  |
|--|--|
| 2.1 קבלת טיפול בהורמון גדילה ממקור אנושי או עברת השתלת קרומי מח או קרנית, ממקור אנושי  | 2.8 את/ה חולה המופיליה.                                      |
| 2.2 במשפחתך הקרובה יש מחלת עצבים בשם: "קרויצפלד-יעקב" או נאמר לך שבמשפחתך קיים סיכון למחלה זו.   | 2.10 הזרקת תרופות ללא מרשם רופא (כולל סטרואידים אנבוליים).   |
| 2.5 קבלת תשלום עבור יחסי מין.  | 2.11 שימוש בסמים בהזרקה או ב"הסנפה"                          |
| 2.7 את/ה או בן/בת זוגך נבדקתם ונמצאתם חיובים לנוכחות נוגדנים לנגיף האיידס (HIV).   | 2.12 את/ה נשא/ית של דלקת כבד (הפטיטיס – "צהבת") מסוג A או B. |
| 2.13 האם אחד המצבים המפורטים בסעיפים 2.12 – 2.1 חל עליך?   | * כן / לא  |
| 2.17 לאחר קיום יחסי מין בסיכון גבוה עם שותף/ה חדשה או שותפים מרובים, יש להמתין 3 חודשים עד תרומת הדם הבאה. ** כמפורט בפרק "מיזי" בדף המידע שקראת. לחילופין, באפשרותך להשתתף בפרויקט הקפאת הפלסמה כמפורט בסעיף 2.18A להלן |  |
| 2.18 האם סעיף 2.17 חל עליך, או קיימת יחסי מין ב-3 החודשים האחרונים עם אנשים שהאמור בסעיפים 2.17-2.5 חל עליהם?  | * כן / לא  |
| 2.18A אני מסכים להשתתף בפרויקט הקפאת פלסמה, כמפורט בפרק "מיזי" בדף המידע שקראת   | * כן / לא  |
| 2.19 אם קיימות סיבות אישיות או אחרות, שבגללן לא ניתן להשתמש במנת הדם שתתרום לעירוני לחולה, נא סמני/י במשבצת לא לעירוני.  | <input type="checkbox"/> לא לעירוני <<----                   |

**חלק ג' – פרטים רפואיים**

| תאריך | כן | לא | תאריך  | כן | לא |
|-------|----|----|--|----|----|
|       |    |    | 3.1 אני בריאה וחשה בטוב היום.  |    |    |
|       |    |    | 3.2 קיבלתי עירוני דם/מרכיבי דם ב-4 החודשים האחרונים. הסיבה:  |    |    |
| כשיר  |    |    | 3.3 נטלתי תרופות בחודש האחרון (כולל משככי כאבים, אספירין, ברזל וויטמינים). פרטי:   |    |    |
|       |    |    | 3.4 קיבלתי חיסונים בחודש האחרון. פרטי:   |    |    |
|       |    |    | 3.5 עברתי טיפול שיניים בחודש האחרון. פרטי:   |    |    |
|       |    |    | 3.6 קיבלתי טיפול נגד זיבה ו/או אגבת ב-12 החודשים האחרונים.   |    |    |
|       |    |    | 3.7 גרתי במחיצת חולה בדלקת כבד חריפה (צהבת) ב-6 החודשים האחרונים.  |    |    |
|       |    |    | 3.8 חליתי בדלקת כבד (צהבת). פרטי/איה:  |    |    |
|       |    |    | 3.9 חליתי בשחפת/ברוצלוזיס בשנתיים האחרונות.  |    |    |
|       |    |    | 3.10 עשיתי תכונת קעקע, קולונוסקופיה / גסטרוסקופיה עם ביופסיה, דיקור סיני, איפור קבוע, עגיל בגוף, אפילציה או נידקתני הנחלת שירותי הדם, והמנה תושמד. ידוע לי שיתכן ושירותי הדם ייצרו עימי קשר לצורך בירור או ביצוע בדיקות נוספות. אני מסכים/ה להעברת תוצאות בדיקות המעבדה למקרה/י או לגורם רפואי שהוסמך על יד. |    |    |

**4.0 הצהרה –** קראתי/הוסבר לי והבנתי את המידע בשאלון ובדפי המידע. אני מצהיר/ה שהפרטים שמסרתי בשאלון זה הם נכונים, נמסרו מרצוני הטוב ואני מסכים/ה שישמרו במאגר תורמי הדם במדינת ישראל. אני מסכים/ה לבדיקת ההמוגלובין ולתרומת הדם ומודע/ת לכך שיכולות להיות להן תופעות לוואי (כגון התעלפות או שטף דם מוגבל באזור הדקירה) בשכיחות נמוכה. ידוע לי שהשימוש במנה ובדיגומות שתומתי יהיה על פי שיקולי הנהלת שירותי הדם, בהתאם לנדרש ולדף המידע שנמסר לי. אני מסכים/ה לאבחון סוג הדם המלא ואיפיון הטיות שלי, כולל באמצעות בדיקה גנטית מד.נא (DNA) שיופק מהדיגומות הנלוות לתרומה, כמסוּבֵר בדף המידע, ולצורך האמור בלבד. ידוע לי שחל חיסיון על הפרטים שמסרתי. תוצאות חריגות של בדיקות המעבדה שתבוצענה במנה בהתאם לנהלי משרד הבריאות, תובאנה לידיעתי ולא תועברנה לגורם אחר אלא אם העברה זו נדרשת על פי דין, ו/או במקרה של צורך רפואי לגורם רפואי, על פי כללי הסודיות הרפואית לפי החלטת הנהלת שירותי הדם, והמנה תושמד. ידוע לי שיתכן ושירותי הדם ייצרו עימי קשר לצורך בירור או ביצוע בדיקות נוספות. **לאנשי צבא:** אני מסכים/ה להעברת תוצאות בדיקות המעבדה למקרה/י או לגורם רפואי שהוסמך על יד.

**תאריך:** \_\_\_\_\_ **חתימת התורם:** \_\_\_\_\_

**5.0 הסכמה מודעת לשימוש בדיגומת דם או במרכיבי דם שאינם מתאימים ו/או נדרשים לטיפול בחולים:** לצרכי מחקר: ידוע לי, כי לאחר ביצוע הבדיקות, דיגומת הדם שנלקחו ממני מיועדות להשמדה, אך ייתכן ששארית מהן, בכמות של מ"ל בודדים או איזה ממרכיבי המנה שתומתי עשויים לשמש למחקר רפואי. במקרה כזה: \_\_\_\_\_

**א. אני מסכים/ה ששארית מדיגומת הדם שלי, או איזה ממרכיבי המנה שתומתי, ישמשו לכל מחקר רפואי שיאושר כדן או תחליכי פיתוח (חתימה)**

**ב. אינני מסכים/ה ששארית מדיגומת הדם שלי, או איזה ממרכיבי המנה שתומתי, ישמשו למחקר רפואי או תחליכי פיתוח (חתימה)**

**תלמידים, מחנכים, הורים.**

אנו פונים אליכם בקריאה להצטרף לשורות תורמי הדם בישראל. ערויי הדם הם מרכיב חיוני ברפואה המודרנית. צריכת הדם בבתי החולים בישראל עולה בהתמדה בשנים האחרונות, הן בעקבות גידול האוכלוסייה, והן בשל התפתחות שיטות חדשות ברפואה היכולות להציל חיים ולשפר את איכותם, והמותנות בעירווי דם ומרכיביו. מקור הדם בישראל הוא מתרומות הדם הניתנות **בהתנדבות בלבד**. שירותי הדם של מד"א מתרימים כ-260,000 מנות דם בשנה, אולם גם כמות זו אינה מספקת את הדרישות ההולכות וגדלות. אדם בריא יכול לתרום דם 3-4 פעמים בשנה. לדאבונו לא כל האוכלוסייה המסוגלת לתרום דם עושה זאת, וכתוצאה מכך אנו נתקלים בקשיים גדולים בהשגת כמויות הדם הנדרשות למערכת הבריאות בישראל, ברגיעה ובשעת חרום.

במסגרת מאמצינו לגיוס תורמי דם ולהגברת תודעת תרומת הדם בציבור בישראל, ובעקבות יוזמה ראשונית של **עמותת ארגון תורמי דם מתנדבים**, אנחנו פונים למורי ולתלמידי כיתות י"ב בבתי הספר התיכוניים, בברכת משרד החינוך, להצטרף למאמץ ההומנטרי. יכולים לתרום דם תלמידים מגיל 17 ומעלה, כאשר עד גיל 18 דרושה הסכמת ההורים. תרומת הדם מאפשרת לנו להציל חיי חולים הזקוקים לו, וגם מקנה לתורם ולמשפחתו ביטוח דם מלא לשנה. זכאים להיכלל בביטוח-הורים, סבא וסבתא, אחים ואחיות עד גיל 18 (וכן בן/בת זוג, וילדים עד גיל 18 אם התורם הוא בעל משפחה).

**דוגמת שאלון לתורם הדם נמצאת מעבר לדף לעיונכם.**

נציין שמנות ודגימות מתורמים מתחת לגיל 18 לא תיועדנה למחקר רפואי. תרומת דם תתבצע במסגרת ביה"ס בעתיד הקרוב.

**מחנכים ותלמידים - אנא, ראו בתרומת הדם משימה הומנטרית והצטרפו למעגל תורמי הדם!** ההורים - אנו מבקשים את אישורכם לתרומת הדם של בן/בת הרוצים בכך והם למטה מגיל 18. אנו מזמינים גם אתכם להצטרף אל מעגל תורמי הדם, ונשמח לראותכם, אם תוכלו, תורמים בביה"ס יחד עם ילדכם. או בכל מועד אחר הנוח לכם בנקודות התרומת הדם של מד"א הפועלות בסניפי מד"א השונים. מקומות ושעות - ניתן לברר בטלפון: 03-5300400, בקו "הירוק": 1-800-400-101, באתר מגן דוד אדום: [www.mdais.org](http://www.mdais.org) ובאפליקציית מד"א בטלפונים חכמים. **ביום התרומה יש להצטייד בתעודה מזהה הכוללת מספר תעודת זהות ותמונה.** אנו מודים על הענותכם

בברכה  
פרופ' אילת שנער  
מנהלת שרותי הדם

**אישור ההורים**

לכבוד  
מרכז שרותי הדם  
מגן דוד אדום בישראל

אני, גב' /מר \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

אם/אב התלמיד \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

שנולד בתאריך \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

מאשר(ת) שבני/בתי בריא(ה) ומסכים(ה) שיתרום/תתרום דם בהתנדבות.

ידוע לי שלתרומת הדם יכולות להיות תופעות לוואי (כגון התעלפות או שטף דם מוגבל באזור הדקירה) בשכיחות נמוכה.

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_