מידע לתורמי/ות הדם

תורם/ת יקר/ה – תודה שבאת

לידיעתך, תהליך התרומה כולו אורך כ-30 דקות.

להלן תשובות למספר שאלות שכיחות:

כמה ולמה?

- כדי לעמוד בדרישות הגוברות של מערכת הבריאות בישראל, נדרשות כ-1000 מנות דם בכל יום מתורמי/ות מתנדבים/ות.
- התרמות הדם בישראל מבוצעות ע"י שירותי הדם של מד"א, במטרה לספק לכלל בתי החולים בארץ ולצה"ל את כל מרכיבי הדם הדרושים לטיפול בחולים ובפצועים, בשיגרה ובחירום.
- לא ניתן עדיין לייצר דם במעבדה ולכן לדם אין תחליף, כך שרק תרומת דם מאדם אחד יכולה להציל אדם אחר.

למה חשובה התרומה בהתנדבות?

- להגברת בטיחות ואיכות מנות הדם חשוב מאד שתרומת הדם תינתן בהתנדבות, וללא כל תמורה כספית. תורמים מתנדבים מוסרים מידע אמין על הרגלי חייהם ועל בעיות רפואיות העלולות להזיק לבריאותם של המטופלים ומקבלי העירוי.
חשוב לדעת שחל חיסיון מלא על המידע שתמסור/י, כמו גם על תוצאות הבדיקות שיבוצעו במנה.
בבקשה אל תתרום/י כדי להיבדק לאיידס!

מי?

- כל אדם בריא, מגיל 17, במשקל 50 ק"ג ומעלה יכול לתרום מנת דם, ללא כל חשש לבריאותו. בגילאים 17-18 נדרש אישור הורים. מעל גיל 60 בתרומה ראשונה וגיל 65 בתרומה חוזרת - נדרש אישור שנתי מהרופא המטפל.
- ניתן לתרום דם כל 3 חודשים ללא כל סיכון לבריאות התורם.
- ** קיום יחסי מין בסיכון גבוה: יחסים אנאליים, ו/או בהשפעת סמים, עם שותף/ה חדש/ה או שותפים מרובים, שיכולים לגרום להדבקות בנגיפים או בחיידק העגבת, ועלולים לעבור בעירוי.
- מי שמקיים יחסי מין בסיכון גבוה כמפורט למעלה יכול לתרום דם גם בטרם חלפו 3 חודשים מקיום היחסים. מנת הפלסמה תוקפא ותישמר.
במידה ויתרום דם שוב בתום 3 חודשים, ותוצאות כל הבדיקות לזיהוי מחלות העלולות לעבור בעירוי תהיינה שליליות, תסופק מנת הפלסמה הקפואה לטיפול בחולים.
כדי להשתתף בתהליך זה יש לענות בחיוב על שאלה 2.18A בשאלון תורם הדם. חוסר התייחסות לשאלה יחשב כסירוב.

מהו תהליך ההתרמה?

- בשלב הראשון תאושר התאמתך לתרום - בהסתמך על תרומותיך בעבר, באמצעות בדיקת קובץ התורמים.
- לאחר מילוי שאלון התורם, תיערך עימך שיחת תישאול בפרטיות ע"י המתרים/מה.
- לכל תורם/ת בודקים לחץ דם ולתורמות גם רמת המוגלובין.
- לאחר הרישום תופנה/י לתרום דם בערכה סטרילית חד-פעמית.
- לאחר התרומה יש לשתות ולנוח באתר ההתרמה 10 דקות לפחות.

מה עושים בדם?

בדיקות למנות:

- כל מנה נבדקת לקביעת סוג הדם ולאיתור גורמים למחלות העלולות לפגוע במקבל הדם (כגון דלקת כבד נגיפית, איידס ועגבת).
- תורמים שבדמם מתגלה עדות ברורה לחשיפה לאחד הגורמים מקבלים על כך הודעה, עשויים להקרא לבדיקות נוספות, ומופנים לקבלת טיפול רפואי, והמנה שנתרמה מושמדת. על מידע זה חל חיסיון רפואי מלא, עפ"י דין.
- הודעה נשלחת גם לתורמים שהתגלו כבעלי תת-סוג דם נדיר. חלק מבדיקות אלו מתבצעות באמצעות בדיקה גנטית מד.נ.א (DNA) שיופק מהדגימות הנלוות לתרומה. בבדיקה הגנטית אנו בודקים אך ורק תת קבוצות של סוגי הדם והטסיות, במטרה להתאים מנות ומרכיבי דם עבור מטופלים ו/או לקבוע תת קבוצת דם נדירה לתורם.
בדיקות אלו אינן משמשות לזיהוי מחלות או נשאות של מחלה.
- לעיתים עלולים מקבלי הדם לפתח תגובה קשה לעירוי, שמתבטאת בפגיעה ריאתית, מסכנת חיים. בין הגורמים לתגובה זאת יכולים להיות נוגדנים נגד תאי הדם הלבנים בגוף, השכיחים יותר בנשים שהיו בהריון. לכן נוספו לשאלון שאלות 3.20-3.21. מנות אלו יבדקו לנוכחות anti-HLA.

הכנת מרכיבי דם-שימוש נכון במנה שתרמת:

- נפח מנת הדם שתרמת הוא כ-1/2 ליטר. כל מנה מופרדת למספר מרכיבים, ולכל מרכיב יש "זמן חיי מדף" וטמפרטורת אחסון שונים. כל חולה יקבל את המרכיב הדרוש לו להצלת חייו, כמקובל ברפואה המודרנית.

המרכיב	"זמן חיים"	התוויה לשימוש
כדוריות דם אדומות	35-42 יום	חוסר דם (אנמיה)
טסיות	5 ימים	דימומים
פלסמה	מספר חודשים	הפרעות בקרישה
תאי דם לבנים	24 שעות	טיפול בזיהומים

שימוש למחקר ופיתוח:

- מרכיבים שאינם מתאימים ו/או נדרשים לטיפול בחולים ודגימות דם שהטיפול בהן הסתיים עשויים לשמש לצורכי מחקר ופיתוח.
- במהלך הכנת מרכיבי הדם נוצרים עודפי פלסמה ומרכיבים אחרים שניתן לנצלם להפקת מספר רב של תרופות חיוניות להצלת חיים ולהקלה בטיפול בחולים, במפעלי תרופות שהתמחותם בכך.
- באם מנת הפלסמה שתרמת לא תידרש ע"י בתי החולים בארץ, היא תסופק למפעל בינלאומי לפרקציונציה (הפרדת פלסמה), שם יפיקו ממנה, באמצעות ידע וטכנולוגיה מתקדמים, תרופות שונות ותוצרים נוספים שבעזרתם ניתן יהיה לטפל ולהציל חיי אלפי חולים נוספים.

תודה מכל הלב

- תרומת דם היא מעשה נאצל של עזרה לזולת. בעזרת עירוי מרכיבי הדם ניתן להציל באופן מיידי חייהם של חולים רבים.
- נשמח אם תתמיד/י ותתרום/מי דם מספר פעמים בשנה, כולל בשבוע שחל בו יום הולדתך, תרומת דם למען יקיריך ולמען כל הנזקקים לדם ומרכיביו.

תוך 48 שעות מנת הדם שתרמת תגיע חיים!

www.mdais.org

מידע לפני תרומה

תורם/ת דם נכבד/ה!

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, כגון HIV (איידס) או דלקת כבד ("צהבת"), וחיידק העגבת, שעלולים לעבור בעירוי ושלא תמיד ניתן לזהותם בבדיקות בשלב מוקדם של ההדבקה. אם נחשפת לנגיפים/חיידקים כאלה 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 אמין כדי להגן על בריאותך ועל בריאות מקבלי המנה. אין חובה להשיב על השאלות בשאלון, אך אי מילויו 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 ליידע את שירותי הדם על רצונך 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.

לידיעתך, תהליך התרומה כולו אורך כ - 30 דקות.

מומלץ לאכול משהו קל ולשתות לפני תרומת הדם.

לפני תרומת הדם חובה להציג תעודה מזהה, הכוללת מספר תעודת זהות ותמונה

נדרשים גם אישור הורים או אפוטרופוס חוקי לכל תורם בגיל 17-18

ואישור רפואי בעת תרומה ראשונה לתורם מעל גיל 60 ולכל תורם מעל גיל 65

מצבים בהם אי אפשר לתרום דם

א. הרגשה לא טובה ב– 3 הימים האחרונים.	ה. משקל מתחת ל – 50 ק"ג.
ב. מחלות לב, מחלות ממאירות, סכרת המטופלת באינסולין, המופיליה ו/או מחלת הנפילה (אפילפסיה).	ו. טיסה/עיסוק בספורט אתגרי מתוכנן ב - 12 השעות שלאחר ההתרמה.
ג. תרומת דם בשלושת החודשים האחרונים או תרומת פלסמה או טסיות, בשיטת אפרזיס, בחודש האחרון.	ז. נהגים ברכב ציבורי/מנופאים/עובדים בגובה ב-12 השעות שלאחר ההתרמה.
ד. השתלת שיניים בחודש האחרון, או טיפול שיניים נרחב בשבעת הימים האחרונים ו/או שיננית ביממה האחרונה.	ח. **נשים**: הנך בהריון או ילדת ב – 6 החודשים האחרונים.

מצבים בהם יש לפנות לייעוץ לאחראי/ת ההתרמה:

א. נטילה כעת או בעבר של אחת מן התרופות הבאות: פינסטרייד (פרופסיה, פרואבניר, פרו-קיור, פינסטרייד), איזוֹטְרֶטִינוֹאין (קיורטן, רואקוטן), דוטסטרייד (אבודרט, דואודרט, ערמוניה, דוטאסטמד), אַציטְרֶטִין (נְיאוֹטִיגאזון), אטרטינט (טגיסון).
ב. לגברים: הנך צמחוני או טבעוני.

הנחיות לאחר התרומה

מה לעשות בסיום התרומה	מה אסור לעשות בסיום התרומה
א. לאחר הוצאת המחט מהוריד יש ללחוץ על מקום הדקירה ולהרים את היד ישר וגבוה למשך 2 דקות. לאחר מכן יש לכופף אותה למשך 10 דקות נוספות.	א. אין לעשן ולשתות משקאות אלכוהוליים במשך שעתיים לאחר התרומה.
	ב. יש להמנע מלבצע פעילות מאומצת במשך 8 שעות לפחות.
ב. חשוב לשתות ולנוח בישיבה בחדר ההתרמה במשך כ – 10 דקות לפני צאתך לדרך ולהרבות בשתייה במהלך 24 השעות שלאחר התרומה.	ג. בשעתיים הבאות אין להרים משאות כבדים ולבצע פעילות מאומצת ביד בה בוצעה התרומה.
ג. באם את/ה חש/ה ברע דווח/י מיד לאחד מאנשי הצוות במקום ההתרמה.	
ד. נא לקבל אישור מאנשי הצוות לפני עזיבת מקום ההתרמה.	

מק"ט 044-0-5366 גירסה: 01/23 'מידפס'

מס' מנה:

שאלון תורם מנות ומרכיבי דם

MAGEN DAVID ADOM IN ISRAEL
מגן דוד אדום בישראל
שירותי הדם

לשימוש אנשי הצוות בלבד

אתר ההתרמה: _____ קוד אתר: _____ תאריך ההתרמה: _____ אישור בכתב בשל

סוג התרמה *: שעת התרמה: _____ גיל: * כן / לא

1. דם מלא 2. פרזיס 3. עצמית משך ההתרמה: ☐ עד 12דק' ☐ מעל 12 דק' ☐ מעל 15 דק' מאשר: _____

*** נא להקיף בעיגול.**

חלק א' – פרטים אישיים

ס.ב.

1.1 מס ת.ז מלא בלבד	1.2 שם משפחה:	1.3 שם פרטי:
1.4 מין: * זכר / נקבה	1.5 תאריך לידה / / שנה חודש יום	1.6 גיל / 1.7 שם קודם פרטי: משפחה:
1.8 רחוב ומס' בית / ת.ד / ד.נ	1.9 מיקוד	1.10 עיר/ישוב
1.11 טלפון בבית 0 -	1.12 טלפון נוסף 0 -	1.13 טלפון נייד 0 -
1.14 e-mail/ דוא"ל		
1.15 חבר ארגון תורמי דם * כן / לא	1.16 יעוד התרומה: * 1. ביטוח אישי 2. עבור חולה	1.17 מסכים לזימון לתרום דם בעתיד * כן / לא
1.18 ארץ לידה	1.19 שנת עליה/הגעה לישראל	

חלק ב' – המצבים שבהם אסור להשתמש במנת הדם:

אם אחד המצבים המפורטים מטה חל עליך, **אל תתרום/י דם** או ציין/י בסעיף 2.19 שהמנה **לא לעירוי**.
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 * **כן / לא**	2.8	את/ה חולה המופיליה.
2.2	במשפחתך הקרובה יש מחלת עצבים בשם: "קרויצפלד-יעקב" או נאמר לך שבמשפחתך קיים סיכון למחלה זו. * **כן / לא**	2.10	הזרקת תרופות ללא מרשם רופא (כולל סטרואידים אנבולים).
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 B או C.
2.13	**האם אחד מהמצבים המפורטים בסעיפים 2.12 – 2.1 חל עליך ?**	*** כן / לא**	
2.17	לאחר קיום יחסי מין בסיכון גבוה** עם שותף/ה חדש/ה או שותפים מרובים, יש להמתין 3 חודשים עד תרומת הדם הבאה. ** כמפורט בפרק "מי"? בדף המידע שקראתי. 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 2.5-2.17 חל עליהם?	*** כן / לא**	
2.18A	**במידה וסעיף 2.17 חל עליך:** אני מסכים להשתתף בפרויקט הקפאת פלסמה, כמפורט בפרק "מי?" בדף המידע שקראתי	*** כן / לא**	
2.19	**אם קיימות סיבות אישיות או אחרות, שבגללן לא ניתן להשתמש במנת הדם שתתרום לעירוי לחולה, נא סמן/י במשבצת לא לעירוי.**	**לא לעירוי ----->** ☐	

אם אחד מהמצבים המפורטים בחלק ב' חל עליך, המנה שתרמת לא תשמש לצורכי עירוי.
זכאותך לביטוח דם תישמר, כמקובל.

MAGEN DAVID ADOM IN ISRAEL
מגן דוד אדום בישראל
שירותי הדם

שאלון תורם מנות ומרכיבי דם

לשימוש אנשי הצוות בלבד

3.A האם קיימים פרטים רפואיים חריגים.*	לא	כן	סעיפים: _____
3.B האם קיים אישור להתרמה.*	לא	כן	שם מאשר: _____

* חלק ג' – פרטים רפואיים

			תאריך				תאריך
3.1 אני בריא/ה וחש/ה בטוב היום.	לא	כן		3.11 אני סובל/ת מהגדלת בלוטות, הזעת לילה, איבוד משקל, חום.	לא	כן	
3.2 קיבלתי עירוי דם/מרכיבי דם ב – 4 החודשים האחרונים. הסיבה: _____	לא	כן		3.12 ביקרתי/שהיתי בחו"ל ב-12 החודשים האחרונים. פרט/י באלו ארצות: _____	לא	כן	כשיר
3.3 נטלתי תרופות בחודש האחרון (כולל משככי כאבים, אספירין, ברזל וויטמינים). פרט/י: _____	לא	כן		3.13 גרתי / שהיתי מעל 6 חודשים בארץ נגועת מלריה או חליתי במלריה ב-3 השנים האחרונות.	לא	כן	
3.4 קיבלתי חיסונים בחודש האחרון. פרט/י: _____	לא	כן		3.14 סבלתי ממחלה רצינית בעבר כגון גידול ממאיר, נטייה לדמם וכו'.	לא	כן	
3.5 עברתי טיפול שיניים בחודש האחרון. פרט/י: _____	לא	כן		3.15 אני חולה בסכרת, מחלת לב או אפילפסיה.	לא	כן	
3.6 קיבלתי טיפול נגד זיבה ו/או עגבת ב – 12 החודשים האחרונים.	לא	כן		3.16 עברתי ניתוח כלשהו. פרט/י: _____	לא	כן	
3.7 גרתי במחיצת חולה בדלקת כבד חריפה (צהבת) ב-6 החודשים האחרונים.	לא	כן		3.17 יש/היתה לי בעיה בריאותית אחרת (חריפה או כרונית). פרט/י: _____	לא	כן	
3.8 חליתי בדלקת כבד (צהבת). פרט/י איזה? _____	לא	כן		3.18 ננשכתי על ידי בע"ח זר בחודשיים האחרונים.	לא	כן	
3.9 חליתי בשחפת/ברוצלוזיס בשנתיים האחרונות.	לא	כן		3.19 האם שהית בבריטניה בפרק זמן מצטבר של 6 חודשים בין השנים 1996-1980 או קבלת שם עירוי דם?	לא	כן	
3.10 עשיתי כתובת קעקע, קולונוסקופיה / גסטרוסקופיה עם ביופסיה, דיקור סיני, איפור קבוע, עגיל בגוף, אפיליציה או נידקרתי במחט מזרק משומשת ב – 4 החודשים האחרונים.	לא	כן		3.20 לנשים: האם היית אי פעם בהריון?	לא	כן	
				3.21 לנשים: האם היית בהריון מאז התרומה הקודמת?	לא	כן	

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 במד"א. 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 ובדגימות שתרמתי יהיה על פי שיקולי הנהלת שירותי הדם, בהתאם לנדרש ולדף המידע שנמסר לי. אני מסכים/ה לאבחון סוג הדם המלא ואיפיון הטסיות שלי, כולל באמצעות בדיקה גנטית מד.נ.א (DNA) שיופק מהדגימות הנלוות לתרומה, כמוסבר בדף המידע, ולצורך האמור בלבד. ידוע לי שחל חיסיון על הפרטים שמסרתי. תוצאות חריגות של בדיקות המעבדה שתבוצענה במנה בהתאם לנוהלי 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 שייתכן ושירותי הדם ייצרו עימי קשר לצורך בירור או ביצוע בדיקות נוספות.
לאנשי צבא: אני מסכים/ה להעברת תוצאות בדיקות המעבדה למקרפ"ר או לגורם רפואי שהוסמך על ידו.

תאריך: _____ **חתימת התורם/ת:** _____

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

א. אני מסכים/ה ששארית מדגימת הדם שלי, או איזה ממרכיבי המנה שתרמתי, ישמשו לכל מחקר רפואי שיאושר כדין או תהליכי פיתוח _____(חתימה)

ב. אינני מסכים/ה ששארית מדגימת הדם שלי, או איזה ממרכיבי המנה שתרמתי, ישמשו למחקר רפואי או תהליכי פיתוח _____(חתימה)

חלק ד' - לשימוש אנשי הצוות בלבד

לחץ דם: _____ דופק: _____ סדיר: * כן / לא
בודק לחץ דם: * מתרים / אחות/ חובש/ מתנדב/ ש"ל / פרמדיק/ רופא
שם בודק לחץ דם: _____ *המוגלובין: _____
שם מאשר התרמה: _____
ניתן מכתב על תוצאת המוגלובין נמוכה. חתימת התורם/ת _____
תגובה חריגה: * כן / לא
* הרגשה לא טובה / התעלפות / חבלה / המטומה / הפסקת זרימה / אחר _____
פונה לבי"ח: * כן / לא על ידי מד"א: * כן / לא סירב פינוי: * כן / לא

הערות מתרים/מתשאל: **האם קיימות הערות מתרים:** * כן / לא

מנה לא לטרומבוציטים:	כן ☐	מבחנת NAT ריקה:	כן ☐	דיווח מתרים לחלק ב':	כן ☐
דם מיוחד להקפאה:	כן ☐	מבחנה לספירה:	כן ☐	דיווח מתרים לחלק ג':	כן ☐
שקית ריקה:	כן ☐	עשיר בנוגדנים:	כן ☐	סעיף (חלק ג'): _____	
מנה לא סטרילית:	כן ☐	סוג נוגדן: _____		לברור:	כן ☐
מבחנות ריקות:	כן ☐	שהייה בבריטניה/שושנת ירחו	כן ☐	פרט: _____	

* סוג השקית: 3. משולשת 4. פלסמהפרזיס 5. טרומבופרזיס 9. כפולה ב- SAGM + פילטר ☐	משקל מנה: _____	בודק/ת המוגלובין: שם: קוד:	כשירות: שם: קוד: / מתשאל: שם: קוד:

הערות: _____ מתרים: _____ שם: _____ קוד: _____