

הסכמה מדעת של התורם:

אנו מודים לך על נכונותך לתרום צואה. תרומת הצואה מצילה חיי אדם ועשויה לעזור למספר חולים אם מצב בריאותך תקין.

כל אדם בריא, מגיל 18, עם BMI בין 18 ל-25 יכול לתרום צואה.

יש להעביר את תרומת הצואה בכלי הייעודי למרכז הרפואי תוך 4 שעות מעת מתן הצואה. יש להקפיד על שמירת הצואה בטמפרטורה של בין 4 מעלות צלסיוס עד 25 מעלות צלזיוס עד הבאתו למרכז המטפל.

כל מנות הצואה עוברות בדיקות קפדניות בבנק ההצואה כדי לשלול נוכחות נגיפים, אולם לא תמיד ניתן לזהות חיידקים ונגיפים מסויימים כמו איידס או דלקת כבד ("צהבת") בשלב מוקדם של ההדבקה.

אם נחשפת לנגיפים, חיידקים או פטריות הגורמים למחלות, בדרך כלשהי, הצואה שלך עלולה להעביר מחלות ולפגוע בחולים שיקבלו את התרומה. לפיכך, חשוב מאד שתקרא/י בעיון את המידע הבא לפני שאת/ה עונה על השאלון הרפואי, כדי שהמידע שתמסור/י בו יהיה אמין ויגן על בריאותך ועל בריאות מקבלי התרומה.

אין חובה להשיב על השאלות בשאלון, אך אי מילוי לא יאפשר לנו להתרים אותך.

המידע שתמסור/י הוא מידע אישי, ועליו ועל תוצאות הבדיקות שיבוצעו לך (בדיקות צואה ודם) ובתרומה – חלה סודיות רפואית. מידע זה יעבור לרשם השתלות הצואה במלב"ם, ולא יועבר לגורם אחר אלא אם העברה זו נדרשת על פי דין, ו/או במקרה של צורך רפואי, או בהסכמתך.

בכל שלב תוכל/י ליידע את המוסד הרפואי בו תרמת על רצונך להפסיק את השימוש בתרומה, או שלא יעשה בתרומה שנתת שימוש נוסף וכן נבקש להודיע על כל שינוי במצב בריאותך לאחר התרומה למוסד הרפואי בו תרמת.

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 הצואה בבית החולים.

ידוע לי שהשימוש במנה ובדגימות שתרמתי הנו למשך שנתיים לפחות, ויהיה על פי שיקולי הנהלת שירותי מאגר הצואה, בהתאם לנדרש ויכול לעבור לשימוש במוסד רפואי אחר.

ידוע לי שחלה סודיות רפואית 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 או בהסכמתי, על פי כללי הסודיות הרפואית לפי החלטת הנהלת מאגר הצואה. אם יוחלט לא לעשות שימוש בצואה לתרומה עקב ממצאים הבדיקות – התרומה תושמד.

ידוע לי שייתכן והמוסד הרפואי ייצור עימי קשר לצורך בירור או ביצוע בדיקות נוספות, ואני מסכים לכך.

תאריך: _____ חתימת התורם/ת: _____

מסכים לזימון לתרום צואה בעתיד: כן / לא

=====

בקשה להסכמה לשימוש מחקרי

הסכמה מדעת לשימוש בדגימות צואה או במרכיבי צואה שאינם מתאימים ו/או נדרשים לטיפול בחולים, לצרכי מחקר:

ידוע לי, כי לאחר ביצוע הבדיקות, ייתכן ששארית מדגימות הצואה, בכמות של מ"ל בודדים או איזה ממרכיבי המנה שתרמתי עשויים לשמש למחקר רפואי. במקרה כזה;

[] אני מסכים/ה ששארית מדגימות הצואה שלי, או איזה ממרכיבי המנה שתרמתי, ישמשו לכל מחקר רפואי שיאושר כדין או תהליכי פיתוח.

תאריך: _____ חתימת התורם/ת: _____

מסכים לזימון לתרום צואה בעתיד: כן / לא