

## שאלון לתורם צואה

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	שם האב
מיין	ארץ לידה	מס' טלפון	תאריך מילוי שאלון
משקל	גובה	BMI	

\*פרטי משקל; גובה; BMI יושלמו ע"י המראיין

אמות מידה להכללה ולאי הכללת תורמים:

הערות	תשובה (כן/לא)	כללי קבלה
		גיל בין 18-60 שנים
		BMI בין 18-25 שנים

<u>הערות</u>	<u>תשובה</u>	<u>אמות מידה לאי הכללה</u>
מתי? _____ ובאיזו מדינה בוצע הקעקוע? _____	כן/לא	(1) האם ביצעת קעקועים/ פירסינג ב-6 חודשים האחרונים?
פירוט:	כן/לא	(2) האם אתה חולה או חלית בשבוע האחרון במחלה זיהומית חיידקית או וירלית כלשהי?
פירוט:	כן/לא	(3) *האם שהיית במקומות אנדמיים למחלות זיהומיות בחצי שנה האחרונה? (כפרים בדרום מזרח אסיה, הודו, אפריקה, ג'ונגלים דרום ומרכז אמריקה וכו') (לא כולל שהות בבתי מלון בערים גדולות)
פירוט:	כן/לא	(4) האם אתה סובל ממחלה אוטואימונית/ פרוגרסיבית של כליות, כבד, מחלה המטולוגית, מחלה מטבולית, מחלה אנדוקרינית, מחלת לב, מחלת ריאות או מחלה נוירולוגית? (להחריג השימוטו)
פירוט:	כן/לא	(5) שימוש בסמים - האם אי פעם השתמשת בסמים בהזרקה לוריד?
פירוט:	כן/לא	(6) האם אי פעם הסנפת סמים?
פירוט:	כן/לא	(7) האם אתה סובלת מתחלואת רקע - בעיה גסטרואינטסטינלית? (כולל IBS-תסמונת המעי הרגיז, ייצור גז מוגבר, עצירות כרונית, קוליטיס לימפוציטי, IBD- מחלות מעי דלקתיות- קרוהן או קוליטיס כיבית, צליאק, ניתוחי מעי, מחלת כבד כרונית וערכים פתולוגיים של קלפטרוטקטין בצואה.
פירוט:	כן/לא	(8) האם אתה משתמשת בתרופות מדכאות מערכת חיסון כגון - exogenous glucocorticoids, biologic ?calcineurin inhibitors, agents, etc.

<u>הערות</u>	<u>תשובה</u>	<u>אמות מידה לאי הכללה</u>
פירוט:	כן/לא	9) האם קיים חשד לקיום מחלות מדבקות נוכחיות? (מחלת חום, סיפיליס, זיבה)
פירוט:	כן/לא	10) האם אתה נשאית של CRE, VRE, MRSA?
מתי? היכן? בישראל / בחו"ל פרט:	כן/לא	11) האם קיבלת עירוני דם בששת החודשים האחרונים?
	כן/לא	12) האם היית תושב בריטניה בין השנים 1980-1996?
	כן/לא	13) האם אי פעם קיבלת טיפול בהורמון גדילה?
איזה?	כן/לא	14) האם אי פעם עברת ניתוח כמו השתלת רקמה? (לדוגמה: קרנית) או השתלת שיער?
באיזו שנה?	כן/לא	15) האם סבלת ממחלת המלריה?
איזה מהן?	כן/לא	16) האם אי פעם הייתה לך מחלה זיהומית נדירה? (לדוגמה: טריפנוזומיאזיס, שחפת, אחרת).
	כן/לא	17) האם קיימת יחסי מין לא מוגנים (מזדמנים) במהלך שלושת החודשים האחרונים?
	כן/לא	18) האם היה לך מגע מיני עם מישהו שמשתמש בסמים בהזרקה?
	כן/לא	19) האם אי פעם קיימת יחסי מין עם מישהו שקיבל ממך כסף? האם עבדת בזנות?
	כן/לא	20) האם קיימת יחסי מין עם מישהו שהתברר שהנו נגוע ב-HTLV (human t-lymphotropic virus), HIV צהבת או עגבת ב-6 חודשים אחרונים?
	כן/לא	21) האם אתה סובלת משלשול?
	כן/לא	22) האם אתה סובלת מעצירות או קושי בהתרוקנות?
	כן/לא	23) האם אתה סובלת מכאבי בטן?
	כן/לא	24) האם יש לך נטייה לדימום ממערכת העיכול?
	כן/לא	25) האם אתה סובלת מאירועים חוזרים של מחלת חום?
מתי?	כן/לא	26) האם נזקקת לטיפול בתכשירים לטיפול בעצירות או בשלשול יותר מ-3 שבועות ברצף?
פירוט:	כן/לא	27) האם אתה סובלת מהפרעה נוירולוגית כגון פרקינסון, אוטיזם, הפרעת קשב וריכוז?
פירוט:	כן/לא	28) האם אתה סובלת מהפרעה אוטו-אימונית כגון MS, פסוריאזיס, וסקוליטיס, מחלות רקמת חיבור, מחלה ראומטולוגית או אינפלמטורית?
פירוט:	כן/לא	29) האם אתה סובלת ממחלה אוטופית כגון אסטמה, אקזמה, מחלות אאוטונופיליות של מערכת העיכול?
פירוט:	כן/לא	30) האם אתה סובלת מתסמונות כאב כרוניות כגון פיברומיאלגיה או תסמונת עייפות כרונית?

פירוט:	כן/לא	31 האם קיים מצב של ממאירות בהווה או בעבר, כולל ממאירויות שפירות של מערכת העיכול ופוליפוזיס?
פירוט:	כן/לא	32 האם קיבלת או מקבלות טיפול בכימותראפיה בהווה או בעבר?
פירוט:	כן/לא	33 האם קיבלת חיסון חי מוחלש בשלושת החודשים האחרונים?
פירוט:	כן/לא	34 האם ביקרת במדינות אנדמיות לטפילי מעיים ולשלשול מטיילים בששת החודשים האחרונים?
<u>הערות</u>	<u>תשובה</u>	<u>אמות מידה להכללה</u>
פירוט:	כן/לא	35 האם ידוע לך אם חלית בעבר ב EBV? (אפשטיין בר וירוס) (יוכל לתרום רק לחולים חיוביים לזיהומים אלה) בשלב זה ישמש לתיעוד בלבד
פירוט:	כן/לא	36 האם ידוע לך אם חלית בעבר ב CMV (יוכל לתרום רק לחולים חיוביים לזיהומים אלה) או CMV שלילי ב PCR
פירוט:	כן/לא	37 האם סבלת משלשול משני לזיהום במערכת העיכול בשלושה חודשים אחרונים?
פירוט:	כן/לא	38 האם השתמשת באנטיביוטיקה סיסטמית בשלוש החודשים האחרונים?
פירוט:	כן/לא	39 האם השתמשת בפרוביוטיקה בשלושת החודשים האחרונים?
פירוט:	כן/לא	40 האם אתה מקבלת טיפול תרופתי כרוני?
פירוט:	כן/לא	41 האם היית באשפוז במהלך השנה האחרונה?
פירוט:	כן/לא	42 האם התגוררת מחוץ לישראל במשך יותר מ- 5 שנים?
פירוט:	כן/לא	43 האם אי פעם נידחת כתורם דם? אם כן, למה?
פירוט:	כן/לא	44 האם אי פעם תרמת דם? אם כן מתי? והיכן?
פירוט:	כן/לא	45 האם ביקרת מומחה רפואי בששת החודשים האחרונים?
פירוט:	כן/לא	46 האם אי פעם נבדקת לסוכרת?
פירוט:	כן/לא	47 האם באת במגע עם דם כמו פציעה ממחט או מכשיר חד שנגוע בדם?
פירוט:	כן/לא	48 האם ידוע לך על מחלות רקע כלשהן?
פירוט:	כן/לא	49 האם עברת ניתוחי מעי?
פירוט:	כן/לא	50 האם ידוע לך על קרוב משפחה שלקה במחלה ע"ש יעקב קרוויצפלד?
פירוט:	כן/לא	51 האם עברת טיפול בדיקור סיני (אקופונקטורה)?
פירוט:	כן/לא	52 האם עברת טיפול רפואי בתנאים שאינם היגיניים כפי שמקובל במדינות מערביות?
פירוט:	כן/לא	53 האם ביקרת במדינה טרופית או מדינה מתפתחת

		בשנים האחרונות?
	כן/לא	54) לגברים- האם אי פעם היה לך מגע מיני עם גבר?
	כן/לא	55) לנשים- האם אי פעם היו לך מגע מיני עם גבר דו מיני או הומוסקסואל?
	כן/לא	56) האם אי פעם סבלת ממחלת מין מדבקת?
איזה?	כן/לא	57) האם יש מחלות תורשתיות במשפחה שלך?
מספר פעמים		58) בממוצע, כמה יציאות יש לך ביום?
פירוט:	כן/לא	59) האם סבלת מחום ב-6 חודשים אחרונים?
קרבה משפחתית: _____ מחלה: _____	כן/לא	60) האם יש לך קרובי משפחה עם מחלות מעיים?
קרבה משפחתית: _____ מחלה: _____	כן/לא	61) האם יש לך בני משפחה עם סרטן או פוליפים במעי?
פירוט:	כן/לא	62) האם התגוררת מחוץ לישראל במשך יותר מ- 5 שנים? אם כן, מתי והיכן?
פירוט:	כן/לא	63) האם ידוע לך על מחלות חדשות כלשהן? (ב-6 חודשים אחרונים) אם כן, פרט.

שהיה בארץ מתפתחת לתקופה של פחות מ- 4 שבועות- פוסלת תרומת צואה למשך חודש, שהיה לתקופה עולה על 4 שבועות- פוסלת תרומת צואה למשך 6 חודשים.