



**שאלון תורם**

**תורם/ת נכבד/ה!**

אנו מודים לך על נכונותך לתרום טסיות.

תרומת הטסיות עשויה להציל חיי אדם, אם מצב בריאותך תקין.

כל תרומה עוברת בדיקות קפדניות כדי לשלול נוכחות זיהומים, אולם לא תמיד ניתן לזהות זיהומים מסוימים כמו איידס או דלקת כבד ("צהבת") בשלב מוקדם של ההדבקה. אם נחשפת לזיהומים מסוג זה בדרך כלשהי, דמך עלול לפגוע 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 מילוי לא יאפשר לנו לקבל את תרומתך. על המידע שתמסור/י, כמו גם על תוצאות הבדיקות שיבוצעו במנה חל חיסיון רפואי מלא והם לא יועברו לגורם אחר אלא אם העברה זו נדרשת על פי חוק, ו/או במקרה של צורך רפואי. אם ברצונך לבדוק חשיפה לאיידס, פנה/י לאחד המרכזים, לוועד למלחמה באיידס או לרופא המשפחה, ואל תתרום/י טסיות.

הטסיות נאספות מהדם של התורם על ידי המפרזיס. זהו תהליך שבוצרנו ניתן לאסוף מרכיב רצוי ממחזור הדם מבלי לפגוע במרכיבים אחרים. ניתן לאסוף טסיות דם (טרומבוציטים), פלסמה וכדוריות דם אדומות. מטרת התרומה היא איסוף הטסיות, אך עם זאת, בהתאם לשיקולי הצוות המתרים ובאישור התורם בלבד, יתכן בנוסף איסוף של פלסמה (נוזל הדם) ו/או כדוריות דם אדומות.

לצורך ביצוע התהליך יש להחדיר מחט לווריד. מחט זו מחוברת למערכת סגורה, סטרילית וחד פעמית. התרומה מתבצעת בעזרת מכשיר אשר שואב דם, ובהתאם לצורך, אוסף לשקית ייעודית את המרכיבים הנדרשים. שאר מרכיבי הדם מוחזרים לתורם דרך אותה המחט.

על מנת למנוע את קרישת הדם במערכת, יתווסף למערכת נוגד קרישה. כתוצאה מכך ייתכנו מספר תופעות לוואי כגון הרגשת נימול בפה, בלשון או באצבעות. במהלך התרומה יינתנו לתורם כדורי סידן למציצה על מנת למנוע תופעות אלו. תופעות לוואי נוספות אך נדירות כוללות: בחילות, הקאות, צמרמורת, התעלפות, התכווצויות, שטף דם (המטומה), או תופעות בלתי צפויות. יתכן שיהיה צורך בהזלפת נוזלים או מתן תרופות (נדיר).

בסוף התהליך נשארת במחזור הדם של התורם כמות טסיות ברמה תקינה. בכל שלב תוכל/י לידע את אנשי הצוות על רצונך להפסיק את התרומה, שלא יעשה שימוש במנה שתרתם או על כל שינוי במצב בריאותך לאחר התרומה במספר הטלפון: 08-6400138, 08-6400333.

**לידיעתך, תהליך התרומה כולו אורך כשעתיים**

**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 מרכיבי דם**

א. הרגשה לא טובה ב 3 – הימים האחרונים.	ו. משקל מתחת ל 50 – ק"ג.
ב. מחלות לב, מחלות ממאירות, סכרת המטופלת באינסולין, המופיליה ו/או מחלת הנפילה.	ז. טיסה/עיסוק בספורט אתגרי מתוכנן ב 12 - השעות שלאחר ההתרמה.
ג. תרומת דם בשלושת החודשים האחרונים.	ח. נהגים ברכב ציבורי/מנופאים/עובדים בגובה ב 12 - השעות שלאחר ההתרמה.
ד. השתלת שיניים בשלושת החודשים האחרונים.	ט. נשים: הריון/לידה ב 6 – חודשים אחרונים.
ה. טיפול שיניים נרחב בשבעת הימים האחרונים ו/או שיננית ביממה האחרונה.	

**מצבים בהם יש לפנות לייעוץ לאחר/ית ההתרמה:**

א. נטילה כעת או בעבר של אחת מן התרופות הבאות: פרופסיה, פרואבניר, פרו קיור, פינסטרייד (פינסטרייד), אבודרט, דואודרט (דוטסטרייד), קיורטן, רואקוטן (איזוטרטניואין), ג'יאוטג'אזון (אציט'רטין), טגיסון (אטרטינט).
ב. הנך צמחוני/ית או טבעוני/ת.



**הנחיות לאחר התרומה**

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

**חלק א' – פרטים אישיים**

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 / ת.ד. ומס' בית / ד.ג.	1.9 מיקוד	1.10 עיר/ישוב								
1.11 טלפון בבית	1.12 טלפון בבית	1.13 טלפון נייד								
1.14 e-mail / דוא"ל	1.15 מסכים לזימון לתרום טסיות בעתיד כן / לא									
1.16 ארץ לידה	1.17 שנת עליה/הגעה לישראל	1.18 ארץ לידת אב	1.19 ארץ לידת אם							

**חלק ב' – מצבים שבהם אסור להשתמש במנת הדם**

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

2.1 קבלת טיפול בהורמון גדילה ממקור אנושי או עברת השתלת קרומי מוח או קרנית, ממקור אנושי.	2.5 אתה/ה או בן/ בת זוגך נבדקתם ונמצאתם חיוביים לנוכחות נוגדנים לנגיף האיידס (HIV).
2.2 במשפחתך הקרובה יש מחלה עצבים בשם: " קרויצפלד- יעקב" או נאמר לך שבמשפחתך קיים סיכון למחלה זו.	2.6 אתה/ה חולה המופיליה.
2.3 שהייה בבריטניה בפרק זמן מצטבר של 6 חודשים בן השנים 1980-1996 או קבלת עירוני דם / ניתוח בבריטניה מאז 1980.	2.7 הזרקת תרופות ללא מרשם רופא (כולל סטרואידים אנבוליים).
2.4 קבלת תשלום עבור יחסי מין.	2.8 שימוש בסמים בהזרקה או ב"הסנפה".
2.10 האם אחד מהמצבים המפורטים בסעיפים 2.1-2.9 חל עליך? כן / לא	2.9 אתה/ה נשא/ית של דלקת כבד ( הפטיטיס – "צהבת") מסוג B או C.
2.11 שהיה מעל שנה בארץ בה שכיחות האיידס גבוהה וטרם עברו 12 חודשים מאז עזיבת האזור האנדמי.	
2.12 קיום יחסי מין בין גברים ב-12 החודשים האחרונים.	
2.13 האם אחד מהמצבים המפורטים בסעיף 2.1-2.12 חל עליך, או קיימת יחסי מין ב-12 החודשים האחרונים עם אנשים שהאמור בסעיפים 2.5-2.17 חל עליהם? כן / לא	



**2.14. 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 לצרכי עירוי. זכאותך לביטוח דם תישמר, כמקובל.**

**חלק ג' - פרטים רפואיים**

תאריך			תאריך		
כן	לא		כן	לא	
		3.11. אני סובלת/מגדלת בלוטות, הזעת לילה, איבוד משקל, חום.			3.1. אני בריאה/חשה בטוב היום
		3.12. ביקרתי בחו"ל ב- 12 חודשים האחרונים? פרטי/ באלו ארצות: _____			3.2 קיבלתי עירוי דם/ מרכיבי דם ב- 6 חודשים אחרונים, הסיבה: _____
		3.13. גרתי מעל 6 חודשים בארץ נגועת מלריה או חליתי במלריה ב- 3 השנים האחרונות.			3.3. נטלתי תרופות בחודש האחרון (כולל משככי כאבים, אספירין, ברזל וויטמינים). פרטי: _____
		3.14. סבלתי ממחלה רצינית בעבר כגון גידול ממאיר, נטייה לדמם וכו'.			3.4 קיבלתי חיסונים בחודש אחרון פרטי: _____
		3.15. אני חולה בסוכרת, מחלת לב או אפילפסיה.			3.5 עברתי טיפול שיניים נרחב ב- 7 הימים האחרונים
		3.16. עברתי ניתוח כלשהו פרטי: _____			3.6 קיבלתי טיפול נגד זיבה ו/או עגבת ב- 12 החודשים האחרונים
		3.17. יש/היתה לי בעיה בריאותית אחרת (חריפה או כרונית)? פרטי: _____			3.7 גרתי במחיצת חולה בדלקת כבד חריפה (צהבת) ב- 6 החודשים האחרונים
		3.18. נשכתי על ידי בע"ח זר ב- 2 החודשים האחרונים.			3.8 חליתי בדלקת כבד( צהבת). פרטי/ איזה? _____
		3.19. ביקרתי בחו"ל ב- 28 הימים האחרונים? פרטי/ באלו ארצות: _____			3.9 חליתי בשחפת/ברוצלוזיס בשנתיים האחרונות.
		3.20. לנשים: האם היית בהריון?			3.10 עשיתי כתובת קעקע, בדיקה אנדוסקופית עם ביופסיה, דיקור סיני, איפור קבוע, עגיל בגוף, אפילציה או נדקרתי במחט מזרק משומשת ב- 6 החודשים האחרונים.
		3.21. לנשים: האם היית בהריון מאז התרומה הקודמת?			

**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 בבנק הדם סורוקה. אני מסכים/ה לבדיקת ההמוגלובין ולתרומת מוצרי הדם ומודעות/ 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 בנק הדם, בהתאם לנדרש ולדף המידע שנמסר לי. אני מסכים/ה לאבחון סוג הדם המלא ואפיון הטסיות שלי, כולל באמצעות בדיקה גנטית מד.נ.א (DNA) שיופק מהדגימות הנלוות לתרומה, 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 שיתכן ושירותי הדם ייצרו עמי 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:** \_\_\_\_\_

**4.1. 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. איני מסכים/ה** ששארית מדגימת הדם שלי, או איזה ממרכיבי המנה שתרמתי, ישמשו למחקר רפואי או תהליכי פיתוח.  
**חתימה:** \_\_\_\_\_

