

שאלון לתורם/ת כליה

מילוי שאלון זה בדיוקנות יסייע בעזרת השם בהצלחת התהליך, **סודיות מובטחת!**

פרטים

שם פרטי _____ שם משפחה _____ ת.ז. _____
 כתובת _____ עיר _____ טלפון _____
 נייד _____ בעבודה _____ פקס _____
 דואר אלקטרוני _____ עיסוק _____
 שנת לידה _____ אזרחות _____ מצב משפחתי _____

מידע רפואי

סוג דם _____ האם הנך בריא/ה באופן כללי? _____
 האם את/ה סובלת/ת מאחת מהמחלות הבאות?:
 סוכרת _____ לחץ דם גבוה _____ עודף משקל גדול _____
 מחלות כליה _____ אחר _____
 האם הנך נוטלת/ת תרופות באופן קבוע? פרט _____
 באיזו קופת חולים הנך חברה/ה _____ גובה _____ משקל _____
 הערות ובקשות מיוחדות _____

ברצוני להיבדק לתרומה לורד סמית

הצהרה

הנני מאשר/ת כי מועמדותי לתרום נעשתה בשיקול דעת אישי וללא לחצים חיצוניים משום גורם אחר.
 הנני מצהיר/ה בזאת שאינני מבקש/ת ואינני מקבל/ת ושאינן בכוונתי לבקש או לקבל שום תמורה כספית או שווה כסף בעד תרומת הכליה, (למעט כיסוי הוצאות בהתאם ובכפוף לחוק ההשתלות) תרומתי היא אלטרואיסטית להצלת חיים.

חתימה _____ תאריך _____

כיצד הגעת ל"מתנת חיים"?

תאריך: _____

שלום רב,

אנו מודים לך על נכונותך להתחיל בתהליך לקראת תרומת כליה.
תרומת כליה אפשרית רק לאנשים בריאים מאוד וזאת על מנת שתרומת הכליה תהיה בסיכון המינימלי האפשרי.

על מנת לראות אם הנך יכול להתחיל בתהליך ההכנה נבקשך למלא את השאלון הקצר:

שם _____
קופת חולים מבטחת _____

1. גיל: _____
2. מין: זכר/נקבה
3. גובה: _____
4. משקל: _____
5. שנות לימוד: _____
6. השכלה: _____
7. האם סבלת בעבר ממחלות כליה (כגון דם בשתן, חלבון בשתן)? : לא/כן,
פרט: _____
8. האם היו לך אבנים בכליות? : לא/כן,
פרט: _____
9. האם אושפזת בבית חולים? : לא/כן,
פרט: _____
10. האם עברת ניתוחים בעבר? : לא/כן,
פרט: _____
11. האם יש לך ליקוי בתפקוד הלב או הריאות? : לא/כן,
פרט: _____
12. האם אתה סובל ממחלה כלשהיא אחרת? : לא/כן,
פרט: _____
13. האם אתה לוקח תרופות? : לא/כן,
פרט: _____
14. האם אתה אלרגי? : לא/כן,
פרט: _____

15. האם אתה מעשן?: לא/כן, כמה שנים? _____ מספר סיגריות ליום? _____

16. האם עישנת בעבר?: לא/כן, כמה שנים? _____ מספר סיגריות ליום? _____

17. האם יש לך בני משפחה הסובלים מסכרת?: לא/כן,

פרט: _____

18. האם יש לך בני משפחה הסובלים ממחלת כליות?: לא/כן,

פרט: _____

19. האם יש בני משפחה עם בעיות קרישה(חסימת ורידים ברגליים/הפלות חוזרות, צורך במדללי דם)?

לא/כן, פרט: _____

20. האם יש בני משפחה עם אבנים בכליות? לא/כן,

פרט: _____

21. האם נולדת לפני שבוע 36 של ההיריון? לא/כן, אם כן באיזה שבוע של ההיריון?

אבקש להיבדק לתרומה לורד סמית

תודה על שיתוף הפעולה.

את השאלון שלחו חזרה ל"מתנת חיים"

פקס. 0722-555-757 דוא"ל tormim.mc@gmail.com

בס"ד

כתב ויתור על סודיות רפואית

לכבוד

מרכז ההשתלות

א.ג.ג.

אני החתום מטה, מס' ת"ז: _____ נותן בזה רשות למרכז ההשתלות ו/או לעובדיכם ו/או לכל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם למסור לעמותת "מתנת חיים" (להלן: "המבקש"), את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל, על מצב בריאותי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר, או שאני חולה בה כעת, לרבות מידע על טיפולים פסיכיאטריים או נפשיים אחרים שקבלתי (מחק את המיותר) או פרטים על _____ ובאופן שיידרש על ידי המבקש. הנני משחרר אתכם ו/או את עובדיכם ו/או את כל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותיי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש, ולא תהיה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל, לרבות טענות מכוח חוק הגנת הפרטיות ו/או חוק זכויות החולה לעניין סודיות רפואית ו/או כל דין אחר. כתב ויתור סודיות זה יעמוד בתוקף עד לאחר ההשתלה.

פרטי המטופל (במקרה של קטין או חסוי יחתום על המסמך האפוטרופוס החוקי):

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ ת"ז: _____

שם האב: _____

כתובת: _____ עיר: _____ מיקוד: _____

תאריך: _____ חתימה: _____

לכבוד

הרופא המטפל

שלום רב

הנדון: הכנה לתרומת כליה

אבקש לבצע למר/ גב' _____ את הבדיקות הבאות, לבדיקת אפשרות לתרומת כליה.

1. סוג דם.
2. כימיה: SMA הכולל תפקודי כליה וכבד, HbA1C
3. ספירת דם.
4. בדיקת נשאות לנגיפי כבד: HIV HCV HBsAb HbcAb HBsAg
5. בדיקת שתן לכללית ושתן לתרבית.
6. בדיקת אולטרה סאונד כליות.
7. מדידת לחץ דם אצל האחות

בתודה על שיתוף הפעולה

מרפאת מועמדים להשתלה

בי"ח בלינסון

מרכז רפואי רבין

03-9376528/6476

נא לשלוח את התוצאות ל"מתנת חיים" לפקס. 0722-555757

או במייל matnatc@gmail.com