



כ"ה אב, תשע"ג  
1 אוגוסט, 2013  
מס': 10/13

## הנושא: השתלות אברים מן החי – עדכון נוהל

בהמשך לחוזרנו מס': 11/2009 מיום: 1.3.09, הננו להביא בזאת לידיעתכם נוסח מעודכן של ההנחיות בנושא השתלות איברים מתורם חי.

בכבוד רב,

פרופ' רוני גמזו

העתק: ח"כ יעל גרמן, שרת הבריאות  
מא/44146713

1. כללי:

ביום 1 במאי 2008 נכנס לתוקפו חוק השתלת אברים, התשס"ח-2008 (להלן: "החוק"). מטרת חוזר זה לפרט את העקרונות והכללים הנוגעים להליכי אישור בקשות לתרומת אברים מן החי, בהתאם לפרק ד' לחוק (מצ"ב נוסח החוק).

2. מעגל התורמים:

תרומה תאושר לנמנים בין אלה:

(א) מיחיד לקרובו שהוא "בן זוג" (לרבות ידוע בציבור), הורה, בן או בת, אח או אחות, סבא או סבתא, נכד או נכדה, דוד או דודה, דודן או דודנית, אחיין או אחיינית, גיס או גיסה חתן או כלה חם או חמות. להלן: "תרומה מקרוב".

(ב) מיחיד לאדם שאינו קרובו. להלן: "תרומה שאינה תרומת קרוב".

3. תרומות מיוחדות:

3.1. תורמים שאינם תושבי ישראל;

3.2. תרומה שלא לנתרם מסויים;

3.3. השתלה מוצלבת (בהתאם לחוזר המנהל הכללי מס' 6/98 " התוכנית להשתלת כליה מוצלבת מן החי ע"ש ד"ר ש. שמואלי ז"ל).

3.4. השתלה מוצלבת במסגרת שיתופי פעולה בין מדינות, כאשר ההצלבה נעשית בין זוג ישראלי לבין תורם ונתרם ממאגר זוגות ממדינה או מדינות אחרות.

4. ועדות הערכה: מקומית ומרכזית:

4.1. ועדת הערכה מקומית:

תרומת אבר מקרוב כאמור בסעיף 2(א) טעונה אישור ועדת הערכה מקומית, הפועלת במרכז הרפואי המורשה שבו מיועדת להתבצע נטילת האבר והשתלת האבר. להלן "מרכז רפואי מורשה".

4.2. ועדת הערכה מרכזית:

תרומת אבר ממי שאינו קרוב, וכן תרומת אברים במקרים המפורטים בסעיף 3, טעונות אישור ועדת הערכה מרכזית, למעט מצבים בהם ההשתלה המוצלבת לפי סעיף 3.3 ו 3.4 נעשית בין זוגות שהם קרובי משפחה, ("תרומה מקרוב") כמפורט בסעיף 2.א.

## א. וועדת הערכה מקומית

### 5. תרומה מקרוב:

5.1. תרומות איבר מקרוב, טעונה אישור ועדת הערכה מקומית כאמור לעיל; הועדה תמונה ע"י מנהל המרכז הרפואי המורשה, באישור מנהל המרכז הלאומי להשתלות.

5.2. ועדת הערכה מקומית תכלול 5 חברים והם:

- רופא מומחה המכהן או שכיהן כמנהל מחלקה או יחידה שאינה עוסקת בהשתלת אברים - יו"ר;
- רופא מומחה בפסיכיאטריה או פסיכולוג קליני בעל תואר מומחה לפי חוק הפסיכולוגים, התשל"ז-1977;
- עובד סוציאלי, כהגדרתו בחוק העובדים הסוציאליים, התשנ"ז-1996;
- נציג ציבור; לבקשתו של התורם, נציג הציבור שיישב בדיון בענינו יהיה, ככל הניתן, בן אותה קבוצה דתית, חברתית או תרבותית, שאליה משתייך התורם;
- עורך דין, הכשיר להתמנות שופט בית משפט מחוזי (בהתאם לחוק בתי המשפט [נוסח משולב], התשמ"ד כשיר להתמנות שופט מחוזי- מי שרשום, ומי שזכאי להיות רשום, בפנקס חברי לשכת עורכי הדין, ועסק, ברציפות או לסירוגין, לא פחות משבע שנים, מהן לפחות שלוש שנים בארץ, בעריכת דין או בשפיטה או תפקיד משפטי אחר בשירות מדינת ישראל או הוראת משפטים באוניברסיטה או בבית ספר גבוה למשפט.

5.3. חברי ועדות הערכה לא יהיו ממחלקת השתלות או ממחלקה נפרולוגית, או ממרפאות בהן מנוהל מעקב אחר הממתינים להשתלות או המושתלים. כמו כן, הצוות המטפל בחולה לא יהיה נוכח או מעורב בדיון בוועדה אלא אם כן זימנה הוועדה את הצוות המטפל להופיע בפניה.

5.4. ככלל, נדרשת נוכחותם של כל חברי הוועדה המפורטים בסעיף 5.2. לעיל. עם זאת ניתן לקיים את הדיון ולקבל החלטה בבקשה ללא נוכחות נציג ציבור, בתנאי שנעשה מאמץ סביר לזמנו. לא ניתן יהיה לקיים את הדיון ללא נוכחותו של נציג הציבור במקרה שבו ביקש התורם מבעוד מועד, שנציג הציבור שיישב בדיון העיניינו יהיה, בן אותה קבוצה דתית, חברתית או תרבותית, אליה הוא משתייך.

5.5. תקופת כהונתם של חברי ועדת הערכה תהיה ארבע שנים מיום מינויים, ובלבד שלא יכהנו בתפקידם יותר משלוש תקופות כהונה.

### 6. בקשת תורם והכנתה לדיון בוועדה:

6.1. תורם המעוניין לתרום אבר מגופו לקרובו, יגיש בקשה לאישור נטילת אבר לוועדת הערכה מקומית במרכז הרפואי המורשה שבו מיועדת להתבצע נטילת האבר והשתלתו. הבקשה תוגש על גבי טופס המצורף בנספח א'.

6.2. בדיקות והערכות לתורם ולנתרם: עם הגשת הבקשה, או בסמוך לאחריה, יבצע המרכז הרפואי המורשה שבו מיועד להתבצע הליך נטילת האבר והשתלתו, בדיקות והערכות לתורם ולנתרם (לכל אחד בנפרד) שמטרתן לוודא שהתורם והנתרם כשרים לעבור ניתוח כריתה והשתלה בהתאמה. בדיקות אלה הכרחיות לדיון שייתקיים בוועדת ההערכה המקומית.

להלן פירוט הבדיקות וההערכות הנדרשות:

6.2.1 בדיקות התאמה רפואיות בהתאם לסוג איבר הנתרם כמפורט בנספח ב';

6.2.2 הערכה פסיכיאטרית/פסיכולוגית שתתבצע על ידי רופא פסיכיאטר או פסיכולוג בהתאם לטופס הערכה המצורף בנספח ג';

6.2.3 הערכה סוציאלית שתתבצע על ידי עובד סוציאלי לטופס הערכה המפורט בנספח ד';

6.3 לאחר ביצוע הבדיקות וההערכות יאשר המרכז הרפואי המורשה שבו מיועדת להתבצע נטילת האבר והשתלתו על גבי הטופס המפורט בנספח א' כי התורם והנתרם נמצאו מתאימים רפואית, בהתאם לבדיקות שנערכו כמפורט בסעיף 6.2.1, לעבור את תהליך התרומה וההשתלה בהתאמה. כמו כן יבהיר הצוות הרפואי לתורם והנתרם את הסיכונים הסיבוכים והסיכונים הכרוכים בהליך ניתוח ההשתלה והתרומה ויחתים את התורם והנתרם על טופס הסכמה (לפי סוג האיבר) בהתאם לטפס ההסכמה לתורם המצורף ומסומן בנספח ה'

6.4 בנוסף לכך, תחתים מתאמת המושתלים את התורם על כתב ויתור סודיות בהתאם ל"כתב ויתור סודיות" המצורף בנספחו', המאפשר לחברי הועדה לקבל לידיהם את כל החומר הרפואי הנוגע לתורם, לרבות מידע אודות מצבו הנפשי ובכלל זה מידע על אשפוזים במחלקות פסיכיאטריות.

6.5 לאחר מילוי הבקשה (נספח א'), על כל חלקיה ונספחיה, תועבר הבקשה, על ידי מתאמת המושתלים לוועדת ההערכה המקומית.

7. תנאים לאישור בקשת תורם ע"י ועדת הערכה מקומית:

7.1 ועדת הערכה לא תאשר בקשה לנטילת אבר מגופו של תורם, אלא אם כן שוכנעה כי התקיימו כל אלה:

(א) התורם מתאים מבחינה רפואית ונפשית למתן התרומה, ואין במצבו הרפואי והנפשי משום חשש לסיכון בריאותו או לפגיעה בתפקודו, עקב התרומה, החורגים מן הסיכון הרגיל בפעולות מסוג זה;

(ב) התורם נתן את הסכמתו לתרומה מרצון חופשי ומתוך דעה צלולה, ושלא מתוך לחץ משפחתי, חברתי, כלכלי או אחר;

(ג) התורם והנתרם נתנו את הסכמתם מדעת לפעולות הרפואיות הקשורות בביצוע נטילת האבר והשתלת האבר, כנדרש לפי הוראות סעיף 13 לחוק זכויות החולה;

(ד) התורם לא נתן את הסכמתו כנגד תמורה או הבטחה לתמורה, שקבלתה או נתינתה אסורות לפי הוראות סעיף 3 לחוק, או לצורך קבלת התשלום והחזר הכספי בעד הוצאות לפי הוראות סעיף 22 לחוק;

(ה) התורם מבין שיש באפשרותו לחזור בו מהסכמתו בכל עת עד לנטילת האבר, וכי הוא לא יישא באחריות אזרחית או פלילית בשל חזרתו כאמור;

(ו) הנתרם נמצא מתאים מבחינה רפואית ונפשית להשתלה;

(ז) אין מניעה אחרת לאישור הבקשה, לרבות לעניין מצבו המשפחתי של התורם.

#### 8. סמכויות ותפקידי ועדת הערכה מקומית:

8.1 ועדת הערכה תוודא קיומו של קשר משפחתי בין התורם לנתרם כפי שהוצהר ע"י התורם בטופס הבקשה בנספח א'

8.2 ועדת הערכה תבקש מהתורם ומהנתרם, לשם בדיקת התקיימותם של התנאים המפורטים בסעיף 7 לעיל לעבור בדיקה רפואית, פסיכולוגית הוועדה רשאית להסתפק לעניין זה בבדיקות שבוצעו ע"י המרכז הרפואי כמפורט בסעיף 6.2.

8.3 כמו כן, הוועדה רשאית לעיין בכל חומר רפואי, פסיכולוגי וסוציאלי הנוגע לתורם ולנתרם ובכל חומר נוסף שהועבר אליה מכל אדם אחר, והכל ככל שהמידע נוגע לביצוע תפקידיה, וכן לזמן כל אדם, כפי שתמצא לנכון, וככל שהדבר דרוש לה לשם ביצוע תפקידיה.

8.4 טרם מתן החלטתה, תזמן ועדת הערכה את התורם והנתרם להופיע בפניה, ביחד או בנפרד.

8.5 על הוועדה לנהל פרוטוקול מסודר של דיוניה.

8.6 על הוועדה לנמק בצורה מפורטת את החלטתה בתום הדיון.

8.7 החלטות ועדת הערכה יתקבלו ברוב קולות החברים הנוכחים.

8.8 ועדת הערכה תיתן את החלטתה בתוך שישים ימים לכל היותר ממועד הגשתה של בקשת התורם לפי סעיף 6.5 לעיל.

8.9 ועדת הערכה תקבע את סדרי דיוניה בהיבטים שלא נקבעו בחוק ובחוזר זה.

#### 9. החלטת ועדת הערכה מקומית:

9.1 לא שוכנעה הוועדה כי התקיימו התנאים המפורטים בסעיף 7.1, כולם או חלקם, תדחה את הבקשה לנטילת האבר ותמסור הודעה על כך לתורם ולנתרם.

9.2 שוכנעה הוועדה כי התקיימו התנאים המפורטים בסעיף 7.1, תאשר את הבקשה לנטילת האבר ותעבירה לאישור המנהל הכללי של משרד הבריאות או מי שהוא הסמיכו לכך (להלן: "המנהל"), באמצעות המרכז הלאומי להשתלות, בצירוף נימוקיה וכל חומר אחר ששימש אותה לצורך קבלת ההחלטה.

9.3. קיבלה הוועדה החלטה בבקשת תורם בניגוד לדעתו של אחד מחבריה, רשאי אותו חבר להביא את ההחלטה להכרעת ועדת ההערכה המרכזית; הועברה ההחלטה כאמור, לא יהיה תוקף להחלטת ועדת ההערכה המקומית.

#### 10. החלטת המנהל:

החליט המנהל הכללי של משרד הבריאות או מי שהוא הסמיכו לכך לאשר את החלטת הוועדה, יודיע על כך למנהל המרכז להשתלות. באם לא שוכנע המנהל כי התקיימו התנאים המפורטים בסעיף 7 לעיל, כולם או חלקם, ידחה את הבקשה לנטילת האבר וימסור הודעה על כך לתורם ולנתרם באמצעות המרכז הרפואי בו נרשם להשתלה; החלטת המנהל תנומק ותינתן בתוך שבעה ימים מהמועד שבו אישרה ועדת ההערכה את הבקשה.

#### 11. אישור ביצוע ההשתלה בהתאם להחלטת המנהל:

קיבל מנהל המרכז הלאומי להשתלות הודעה מהמנהל על אישור החלטת ועדת הערכה מקומית, ייתן, הוא או מי שהוא הסמיך לכך, אישור למרכז הרפואי המורשה אליו משתייכת ועדת ההערכה המקומית, לבצע את נטילת האבר והשתלתו, תוך 24 שעות מהמועד שבו נמסרה החלטת המנהל למנהל המרכז להשתלות. היה ולא ניתן לבצע את נטילת האבר השתלתו באותו מרכז רפואי מורשה, יקבע מנהל המרכז הלאומי להשתלות או מי שהוא הסמיך לכך, את המרכז הרפואי המורשה שבו תבוצע נטילת האבר או השתלתו.

#### 12. בדיקות התאמה רפואיות משלימות:

אישור הוועדה, אישור המנהל ואישור מנהל המרכז להשתלות כפופים לביצוע בדיקות התאמה רפואיות משלימות כמפורט בנספח ב'.

## ב. וועדת הערכה מרכזית:

### 13. תרומה איבר ממי שאינו קרוב וכן תרומות מיוחדות:

13.1 ועדת הערכה המרכזית:  
תרומת אבר ממי שאינו קרוב וכן תרומות מיוחדות כמפורט בסעיף 3 לעיל למעט "תרומה מקרוב" (כמפורט בסעיף 2.א) בתכנית ההצלבות, טעונות אישור ועדת הערכה המרכזית; הועדה תמונה ע"י מנהל המרכז הלאומי להשתלות באישור המנהל.  
כמו כן ימונו ממלאי מקום קבועים לחברי ועדת הערכה המרכזית.

### 13.2 ועדת ההערכה המרכזית תכלול 5 חברים והם:

- (1) רופא מומחה המכהן או שכיהן כמנהל מחלקה או יחידה שאינה עוסקת בהשתלת אברים - יו"ר;
- (2) רופא מומחה בפסיכיאטריה או פסיכולוג קליני בעל תואר מומחה לפי חוק הפסיכולוגים, התשל"ז-1977;
- (3) עובד סוציאלי, כהגדרתו בחוק העובדים הסוציאליים, התשנ"ז-1996;
- (4) נציג ציבור; לבקשתו של התורם, נציג הציבור שיישב בדיון בענינו יהיה, ככל הניתן, בן אותה קבוצה דתית, חברתית או תרבותית, שאליה משתייך התורם;
- (5) עורך דין, הכשיר להתמנות שופט בית משפט מחוזי. (בהתאם לחוק בתי המשפט [נוסח משולב], התשמ"ד כשיר להתמנות שופט מחוזי- מי שרשום, ומי שזכאי להיות רשום, בפנקס חברי לשכת עורכי הדין, ועסק, ברציפות או לסירוגין, לא פחות משבע שנים, מהן לפחות שלוש שנים בארץ, בעריכת דין או בשפיטה או תפקיד משפטי אחר בשירות מדינת ישראל או הוראת משפטים באוניברסיטה או בבית ספר גבוה למשפט.

13.3 חברי ועדות ההערכה לא יהיו ממחלקת השתלות או ממחלקה נפרולוגית, או ממרפאות בהן מנוהל מעקב אחר ממתנינים להשתלות או מושתלים. כמו כן, הצוות המטפל בתורם לא יהיה שותף או מעורב בדיון בוועדה אלא אם כן זימנה הוועדה את נצוות המטפל להופיע בפניה.

13.4 ככלל, נדרשת נוכחותם של כל חברי הוועדה המפורטים בסעיף 5.2 לעיל. עם זאת ניתן לקיים את הדיון ולקבל החלטה בבקשה ללא נוכחות נציג ציבור, בתנאי שנעשה מאמץ סביר לזמנו. לא ניתן יהיה לקיים את הדיון ללא נוכחותו של נציג הציבור במקרה שבו ביקש התורם מבעוד מועד, שנציג הציבור שיישב בדיון העיניינו יהיה, בן אותה קבוצה דתית, חברתית או תרבותית, אליה הוא משתייך.

13.5 תקופת כהונתם של חברי ועדת הערכה תהיה ארבע שנים מיום מינויים ובלבד שלא יכהנו בתפקידים יותר משלוש תקופות כהונה.

**14. בקשת תורם והכנתה לדיון בוועדה:**

בקשת תורם לוועדת הערכה מרכזית תהיה ערוכה לפי הכללים האמורים בסעיף 6.1-6.4. לעיל.

- 14.1. לאחר גמר מילוי הבקשה (נספח א'), תועבר הבקשה על ידי מתאמת המושתלים של המרכז הרפואי המורשה לידי מרכזת ועדת הערכה המרכזית, לבקשה יצורף סיכום מחלה עדכני של התורם.
- 14.2. עם קבלת הבקשה, תתאם מרכזת ועדה הערכה המרכזית בדיקה פסיכודיאגנוסטית לתורם, במכון לאבחון, שאושר ע"י המנהל.
- 14.3. תוצאות האיבחון הפסיכו-דיאגנוסטי ובקשת התורם על נספחיה (נספח א') יועברו לידי חברי הוועדה, ע"י מרכזת הוועדה.

**15. תנאים לאישור בקשת תורם ע"י ועדת הערכה המרכזית:**

- ועדת הערכה לא תאשר בקשה לנטילת אבר מגופו של תורם, אלא אם כן שוכנעה כי התקיימו כל אלה:
- (א) התורם מתאים מבחינה רפואית ונפשית למתן התרומה, ואין במצבו הרפואי והנפשי משום חשש לסיכון בריאותו או לפגיעה בתפקודו, עקב התרומה, החורגים מן הסיכון הרגיל בפעולות מסוג זה;
  - (ב) התורם נתן את הסכמתו לתרומה מרצון חופשי ומתוך דעה צלולה, ושלא מתוך לחץ משפחתי, חברתי, כלכלי או אחר;
  - (ג) התורם והנתרם נתנו את הסכמתם מדעת לפעולות הרפואיות הקשורות בביצוע נטילת האבר והשתלתו, כנדרש לפי הוראות סעיף 13 לחוק זכויות החולה;
  - (ד) התורם לא נתן את הסכמתו כנגד תמורה או הבטחה לתמורה, שקבלתה או נתינתה אסורות לפי הוראות סעיף 3 לחוק, או לצורך קבלת התשלום וההחזר הכספי בעד הוצאות לפי הוראות סעיף 22 לחוק;
  - (ה) התורם מבין שיש באפשרותו לחזור בו מהסכמתו בכל עת עד לנטילת האבר, וכי הוא לא יישא באחריות אזורחית או פלילית בשל חזרתו כאמור;
  - (ו) הנתרם נמצא מתאים מבחינה רפואית ונפשית להשתלה;
  - (ז) אין מניעה אחרת לאישור הבקשה, לרבות לעניין מצבו המשפחתי של התורם.

**16. סמכויות ותפקידי ועדת הערכה המרכזית:**

- 16.1. ועדת הערכה תבקש מהתורם ומהנתרם, לשם בדיקת התקיימותם של התנאים המפורטים בסעיף 15 לעיל, לעבור בדיקה רפואית, פסיכולוגית. הוועדה רשאית להסתפק לעניין זה בבדיקות שבוצעו ע"י המרכז הרפואי כמפורט בסעיף 6.2 וכן באבחון הפסיכו-דיאגנוסטי כמפורט בסעיף 14.3.
- 16.2. כמו כן הוועדה רשאית לעיין בכל חומר רפואי, פסיכולוגי וסוציאלי הנוגע לתורם ולנתרם ובכל חומר נוסף שהועבר אליה מכל אדם אחר, והכל ככל שהמידע נוגע לביצוע תפקידיה, וכן לזמן כל אדם, כפי שתמצא לנכון, וככל שהדבר דרוש לה לשם ביצוע תפקידיה.
- 16.3. טרם מתן החלטתה, תזמן ועדת הערכה את התורם והנתרם להופיע בפניה, ביחד או בנפרד.



16.4. על הוועדה לנהל פרוטוקול מסודר של דיוניה.

16.5. על הוועדה לנמק בצורה מפורטת את החלטתה בתום הדיון.

16.6. החלטות ועדת הערכה יתקבלו ברוב קולות החברים הנוכחים.

16.7. ועדת הערכה תיתן את החלטתה בתוך שישים ימים לכל היותר ממועד הגשתה של בקשת התורם לפי סעיף 14.1 לעיל.

16.8. ועדת הערכה תקבע את סדרי דיוניה, בהיבטים שלא נקבעו בחוק ובחוזר זה.

#### 17. החלטת ועדת הערכה המרכזית:

17.1. לא שוכנעה הוועדה כי התקיימו התנאים המפורטים בסעיף 15 לעיל, כולם או חלקם, תדחה את הבקשה לנטילת האבר ותמסור הודעה על כך לתורם ולנתרם באמצעות המרכז הרפואי שבו נרשם להשתלה.

17.2. שוכנעה הוועדה כי התקיימו התנאים המפורטים בסעיף 15 לעיל, תאשר את הבקשה לנטילת האבר ותעבירה לאישור המנהל בצרוף נימוקיה וכל חומר אחר ששימש אותה לצורך קבלת ההחלטה.

#### 18. החלטת המנהל:

החליט המנהל לאשר את החלטת הוועדה, יודיע על כך למנהל המרכז הלאומי להשתלות. באם לא שוכנע המנהל כי התקיימו התנאים המפורטים בסעיף 15 לעיל, כולם או חלקם, ידחה את הבקשה לנטילת האבר וימסור הודעה על כך לתורם ולנתרם באמצעות המרכז להשתלות והמרכז הרפואי בו נרשם להשתלה. החלטת המנהל תנומק ותינתן בתוך שבעה ימים מהמועד שבו אישרה ועדת הערכה את הבקשה.

#### 19. אישור ביצוע ההשתלה בהתאם להחלטת המנהל:

קיבל מנהל המרכז הלאומי להשתלות הודעה מהמנהל לפי הוראות סעיף 18 על אישור החלטת ועדת הערכה המרכזית, ייתן, הוא או מי שהוא הסמיך לכך, אישור למרכז הרפואי המורשה שבו אמור להתבצע הליך נטילת האבר והשתלתו, בתוך 24 שעות מהמועד שבו נמסרה החלטת המנהל למנהל המרכז הלאומי להשתלות.

#### 20. בדיקות התאמה רפואיות משלימות:

אישור הוועדה, אישור המנהל ואישור מנהל המרכז להשתלות כפופים לביצוע בדיקות התאמה רפואיות משלימות כמפורט בנספח ב'

**ג. הוראות כלליות:**

**21. הזכות לקבלת העתק החלטות ועדות הערכה (לכל סוגי הוועדות):**

21.1. התורם והנתרם רשאים לקבל, על פי בקשתם, העתק החלטה מנומקת של וועדת הערכה וממצאי בדיקות שנערכו להם, אלא אם כן החליטה הוועדה שלא למסור את נימוקיה או את ממצאי הבדיקות שנערכו לתורם או לנתרם, כולם או חלקם אם קבעה כי טעמים של טובת התורם או הנתרם מחייבים זאת.

21.2. החליטה הוועדה שלא למסור את נימוקיה או ממצאי הבדיקות, תמסור על כך הודעה למבקש.

**22. מקרים בהם הבקשה לא תובא לדיון בפני וועדות:**

22.1. לא יובא בפני הוועדה שוהה בלתי חוקי בארץ.

22.2. לא יובא בפני הוועדה אזרח חוץ שתוקף אשרת השהיה שלו בארץ קצרה משלושה חודשים שספירתם תחל מיום הופעתו בפני הוועדה.

**23. הודעה על ביצוע השתלה:**

מחובתו של המרכז השותל להעביר הודעה למרכז הלאומי להשתלות, על ביצוע השתלה עד שבוע מיום ביצועה.

**24. תשלום למרכז הלאומי להשתלות:**

המרכז השותל יעביר למרכז הלאומי להשתלות עבור כל תרומת איבר מתורם חי, סכום זהה לסכום המשולם עבור השתלת איבר מהמת מתוך ה"תעריף הדיפרנציאלי" של ההשתלה, כפי שנקבע באגף התקציבים של משרה"ב.

**25. עיבוד המידע:**

באחריות המרכז השותל לרכז את נתוני התורמים והנתרמים. נתוני ניתוחי ההשתלה והמעקב אחר הישרדות השתלים בהתאם לנהלי המרכז הלאומי להשתלות.

#### ד. אמות מידה להשתלות אברים ע"פ סוג האבר:

26. השתלות מתורם חי:

26.1. פעולה זו תתבצע במרכזים שקבלו אישור מהמנהל הכללי בלבד.

26.2. אמות מידה: בהתאם לאמות המידה המקובלות בספרות המדעית, עבור

תורם ונתרם, בהתייחס להשתלת איבר ספציפי כמו כליה, אונת כבד,

אונת ראה.

26.3. מידע ופרטים נוספים ניתן לקבל במרכזים השותלים הבאים:

#### רשימת מרכזים שותלים

המרכז	האיבר	טל' מחלקת השתלות
בילינסון	כליות	03-9376472
	אונת כבד	03-9376528
		03-9376476
	אונת ריאה	03-9242091
		03-9377224
שניידר	כליות	03-9253673
	אונת כבד	03-9376528
הדסה	כליות	02-6776881/2
רמב"ם	כליות	04-8542118
סורוקה	כליות	08-6403253
תל-אביב (איכילוב)	כליות	03-6974408
	אונת כבד	

**טופס בקשה לתרומת איבר מתורם חי - נספח א'**

תאריך: \_\_\_\_\_

**הצהרת קירבה והסכמה מדעת לביצוע תרומת איבר**

פרטי התורם:

שם: \_\_\_\_\_ מס' זהות: \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_ תאריך לידה: \_\_\_\_\_ מין: ז/נ

מועמד / ת לתרום תרומת כליה / אונת כבד / ריאה

פרטי הנתרם:

שם: \_\_\_\_\_ מס' זהות: \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_ תאריך לידה: \_\_\_\_\_ מין: ז/נ

יחס הקרבה של התורם לנתרם: \_\_\_\_\_

מצהיר / ה בזאת כי:

1. הנני מסכים/ה לתרום כליה / אונת כבד/ ריאה לחולה הנ"ל.
  2. דרגת הקרבה שלי לחולה הינה כפי שהצהרתי בטופס זה.
  3. הוסברו לי כל המשמעויות של הניתוח לרבות הסיכונים והסיכויים שבו.\*
  4. לא הופעל עלי כל לחץ שהוא לביצוע הניתוח, והוא נעשה מתוך בחירה ורצוני החופשי.
  5. ידוע לי כי אוכל לחזור בי מהחלטתי זו בכל עת עד למועד נטילת האיבר.
  6. לא קבלתי ולא אקבל כל תמורה כספית /תגמול אחר / טובת הנאה עבור הסכמתי זו.
- \* להצהרה זו יהיה תוקף רק אם צורף לה טופס הסכמה מדעת לניתוח (בהתאם לסוג האבר) של בית החולים חתום ע"י המועמד.

שם מלא: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

אני מאשר שהתורם והנתרם נמצאו כשרים רפואית לתרומה בהתאם לבדיקות הראשוניות שנערכו (נספח ב' לנוהל), כמו כן הוסברו לתורם ולנתרם הסיכונים והסיכויים לניתוח התרומה וההשתלה.

שם הרופא: \_\_\_\_\_ מס' רישיון: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

- טופס זה ישלח למרכז הלאומי להשתלות /ועדת הערכה מקומית בצירוף המסמכים הבאים:
- בדיקת הערכה פסיכיאטרית / תורם נתרם.  בדיקת הערכה סוציאלית / תורם נתרם.
- כתב ויתור סודיות חתום ע"י התורם.

<b>נספח ב'</b>
<b>טופס הערכה של מועמד לתרומת כליה מהחי</b>

הטופס ישלח לוועדה המקומית או המרכזית לאחר הערכה ראשונית שכוללת: אנמנזה רפואית, בדיקות דם לכימיה, ספירת דם, סוג דם, סרולוגיה ל HIV והפטיטיס C ו B. שלוש מדידות לחץ דם, שתן לכללית, איסוף שתן לחלבון וסריקה על קולית של הכליות. בתום הערכה ראשונית יחתום הרופא הבודק כי הינו מאשר את התורם בהסתמך על הבדיקות הראשוניות שבוצעו. לאחר אישור הוועדה יבוצעו שאר הבדיקות, וימולא הטופס בהתאם.

מס סידורי: \_\_\_\_\_ בית חולים: -בחר-

<b>פרטים דמוגרפיים</b>			
	שם פרטי:		שם משפחה:
/ /	תאריך לידה:		מספר זהות:
-בחר-	מגדר:		שם האב:
	טלפון:		כתובת:
-בחר-	מוצא:	- בחר -	מצב משפחתי:
	שנת עליה:		ארץ לידה:
		- בחר -	ביטוח רפואי:

תרומה אלטרואיסטית טרם נקבע מועמד

<b>פרטים על הנתרם</b>			
	שם פרטי:		שם משפחה:
/ /	תאריך לידה:		מספר זהות:
-בחר-	מגדר:		שם האב:
	טלפון:		כתובת:

תאריך: / /

שם:

פרט		אנמנזה רפואית
	בחר-	1. סכרת (במקרים שיש חשד לסכרת – העמסת סוכר ובדיקת דם HbA1C)
	בחר-	2. יתר לחץ דם
	בחר-	3. מחלת לב
	בחר-	4. מחלה ריאתית
	בחר-	5. מחלה כליתית
	בחר-	6. מחלה נירולוגית
	בחר-	7. ממאירות
	בחר-	8. ניתוחים
		9. אחר:
		10. אחר:
	בחר-	11. אלרגיה:
	בחר-	12. תרופות קבועות:
שנות קופסא:	בחר-	13. הרגלים: א. אלכוהול
	בחר-	ב. סמים
	בחר-	ג. עישון

					<b>בדיקה גופנית</b>
תאריך: / /	תאריך: / /	תאריך: / /	תאריך: / /	תאריך: / /	1. לחץ דם 5 X
/	/	/	/	/	
					2. דופק
					3. סדירות דופק
					4. משקל
: BMI					5. גובה

שם: / / תאריך: / /

פרט		
	-בחר-	6. ראש-צוואר
	-בחר-	7. מערכת קרדיו-וסקולרית
	-בחר-	8. מערכת נשמתית
	-בחר-	9. בדיקת בטן
	-בחר-	10. בדיקה נוירולוגית
		11. נשים מעל גיל 50 ממוגרפיה
		12. אחר:
		13. אחר:

תוצאה (לצדף תוצאות)	תאריך	מערכת קרדיווסקולרית
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	14. א.ק.ג (לכלל התורמים)
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	15. אקו של הלב-
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	16. מבחן אקו במאמץ או מיפוי לב עם טליום- מעל גיל 50.
<p>הערה: בכל המקרים בהם יש ממצא באחד מהמבחנים או קיים חשש לבעייה קרדיאלית יש להפנות את התורם להערכת קרדיולוג</p>		

תוצאה (לצדף תוצאות)	תאריך	מערכת השתן
	□□/□□/□□□□	19. שתן לכללית (אם קיימים ממצאים לבירור נוסף)
	□□/□□/□□□□	20. תרבית שתן
	□□/□□/□□□□	21. PSA לגברים מעל גיל 50
	□□/□□/□□□□	22. איסוף שתן של 24 שעות לחלבון כמותי, אלבומין כמותי, ופינוי קריאטנין (ניתן להשתמש ביחס של חלבון קריאטנין, אלבומין קריאטנין)
	□□/□□/□□□□	23. סריקה על קולית של הבטן במידה וקיימים אבנים הפנייה לבירור
	□□/□□/□□□□	24. סריקה טומוגרפית ממוחשבת עם אנגיוגרפיה

שם : תאריך : / /

תוצאה (לצדף תוצאות)	תאריך	מערכת נשמתית
	□□/□□/□□□□	17. צילום חזה (לכלל התורמים)
	□□/□□/□□□□	18. תפקודי ריאות-למעשנים



תאריך	ערך II	תאריך	ערך I	בדיקות דם
לצורך מסמך של בנק הדם בעת הרישום				סוג דם
				Rh
				HGB
				HCT
				WBC
				PLT
				נקרים בהם הדיפרנציאל לא תקין – לצורך תשובה
				GLU
				<input type="checkbox"/> UREA <input type="checkbox"/> BUN
				CREAT
				NA
				K
				CL
				CA
				P
				UR.AC
				TP
				ALB
				CHOL
				HDL
				LDL
				TG
				GPT/ALT
				GOT/AST
				ALK P.
				GGT
				BIL.T
				LDH
				CPK
				A1C
				(INR)
				%
				Tsec

וירוסים:			
- בחר-	Anti HCV Ab	- בחר-	Anti HBs Ab
- בחר-	Anti CMV IgG	- בחר-	HBs Ag
- בחר-	Anti HIV Ab	- בחר-	Anti HBc Ab

סיכום קצר, המנמק את כשרותו או אי כשרותו של התורם:

הערה: חלק זה ניתן למילוי לאחר הדפסת הטפסים

**י.ב. חתימות ואישורים**

חתימת נפרולוג/ כירורג : אני מאשר שהתורם נמצא כשיר רפואית לתרומה בהתאם לבדיקות הראשוניות שנערכו.  
שם: \_\_\_\_\_ תאריך: □□/□□/□□□□ חתימה וחותמת: \_\_\_\_\_

**\* חתימת הרופאים המטפלים לאחר ביצוע כל בדיקות ההתאמה**  
חתימת הנפרולוג: אני מאשר כי התורם הנ"ל נבדק על ידי, ונמצא מתאים לתרומת כליה.

שם: \_\_\_\_\_ תאריך: □□/□□/□□□□ חתימה וחותמת: \_\_\_\_\_

חתימת הכירורג שותל: אני מאשר כי התורם הנ"ל נבדק על ידי, ונמצא מתאים לתרומת כליה.

שם: \_\_\_\_\_ תאריך: □□/□□/□□□□ חתימה וחותמת: \_\_\_\_\_

**הערכה פסיכיאטרית לבדיקת כשירות לתורם ולמקבל האיברים**

מטרת טופס בדיקה זה הינו ליצור מבנה אחיד של טופס הבדיקה הפסיכיאטרית אותו יעברו מועמדים המעוניינים לתרום איברים. הינד מתבקש למלא טופס בדיקה זה למועמד לתרומת איברים בהתאם לסעיפים המפורטים.

**הערכה פסיכיאטרית לבדיקת כשירות תורם איברים**

תאריך: \_\_\_\_\_

שם משפחה: \_\_\_\_\_ שם פרטי: \_\_\_\_\_ שם האב \_\_\_\_\_

מין: \_\_\_\_\_ גיל: \_\_\_\_\_ תאריך לידה: \_\_\_\_\_ ת.ז.: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

ארץ לידה: \_\_\_\_\_ תאריך עליה: \_\_\_\_\_ מצב משפחתי: רווק/נשוי/גרוש/אלמן

מספר ילדים \_\_\_\_\_

קשר של התורם למקבל התרומה: משפחתי (פרט) \_\_\_\_\_ אחר (פרט) \_\_\_\_\_

**פרטים כלליים על התורם**

רקע אישי- (שנות לימוד, שרות צבאי, מקצוע, מקום עבודה)

---



---



---



---



---

רקע רפואי – (מחלות עבר, נטילת תרופות, אשפוזים)

---



---



---



---

רקע פסיכיאטרי – (טיפול אמבולטורי, אשפוז, נטילת תרופות)

---



---



---



---

שימוש בחומרים ממכרים- (סיגריות, אלכוהול, סמים)

---

---

רקע פלילי – ( אלימות, מעצר, שהייה בכלא)

---

---

---

---

אירועים חשובים- (פרדות או מחלות של דמויות חשובות)

---

---

---

---

---

**מערכת יחסים של התורם עם המקבל והסיבה להחלטה**

הקשר בין התורם למקבל – (משפחתי, רגשי, רמת ההכרות ביניהם, איכות הקשר)

---

---

---

---

---

מה המניע לתרומה :

---

---

---

---

---

היחס לתהליך- ( רמת מודעות לסיכונים והסיבוכים בניתוח, פחדים חרדות)

---

---

---

---

---

הצפיות מהתרומה- (קשר קרוב עם המקבל , עם משפחתו, כבוד, כסף

---

---

---

---

מי יזם את התרומה ובאיזה הקשר נעשתה הפניה-

---

---

---

---

---

כיצד ישתנו חייו לאחר הניתוח :

---

---

---

---

כיצד יגיב על דחיית האיבר :

---

---

---

---

מערכות תמיכה- (מי יודע על התרומה ותגובתו

---

---

---

---

---

## סטאטוס פסיכיאטרי וקוגניטיבי

התרשמות כללית מהנבדק (הופעה, לבוש, מראה חיצוני, מבנה גוף)

התמצאות: בזמן כן / לא במקום כן/לא בסיטואציה כן/ לא שיתוף פעולה בעת הבדיקה כן /לא (נא ציין אם קיים רושם של הסתרת מידע)

חשיבה (קצב, מהלך, תוכן):

קצב: תקין / לא תקין (פרט):

מהלך: תקין / לא תקין (פרט):

תוכן: קיומן של מחשבות שווא לא / כן (פרט):

מחשבות אובדן כן / לא

פרספציה: תקין / לא תקין (פרט)

**אפקט:**

זיכרון: לטווח קצר: תקין / לא תקין (פרט)

לטווח ארוך: תקין / לא תקין (פרט)

ריכוז: תקין / לא תקין (פרט)

**אינטליגנציה:**

שיפוט:

תובנה:

הערות:

שם הרופא: \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת: \_\_\_\_\_

**הערכה פסיכיאטרית לבדיקת כשירות למקבל האיברים**

מטרת טופס בדיקה זה הינו ליצור מבנה אחיד של טופס הבדיקה הפסיכיאטרית אותו יעברו מועמדים המעוניינים לקבל איברים. הינך מתבקש למלא טופס בדיקה זה למועמד לקבלת איבר בהתאם לסעיפים המפורטים.

**הערכה פסיכיאטרית לבדיקת כשירות מקבל איברים**

תאריך: \_\_\_\_\_

שם משפחה: \_\_\_\_\_ שם פרטי: \_\_\_\_\_ שם האב \_\_\_\_\_

מין: \_\_\_\_\_ גיל: \_\_\_\_\_ תאריך לידה: \_\_\_\_\_ ת.ז.: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

ארץ לידה: \_\_\_\_\_ תאריך עליה: \_\_\_\_\_ מצב משפחתי: רווק/נשוי/גרוש/אלמן

מספר ילדים \_\_\_\_\_

קשר של התורם למקבל התרומה: משפחתי (פרט) \_\_\_\_\_ אחר (פרט) \_\_\_\_\_

**פרטים כלליים על המקבל**

רקע אישי- (שנות לימוד, שרות צבאי, מקצוע, מקום עבודה)

---

---

---

---

---

רקע רפואי – (מחלות עבר, נטילת תרופות, אשפוזים)

---

---

---

---

רקע פסיכיאטרי – (טיפול אמבולטורי, אשפוז, נטילת תרופות)

---

---

---

---

שימוש בחומרים ממכרים- (סיגריות, אלכוהול, סמים)

---

---

---

מערכת יחסים של המקבל עם התורם

התרשמות כללית מהנבדק- (הופעה, לבוש, מראה חיצוני, מבנה גוף )

---

---

---

מי יזם את התרומה ובאיזה הקשר נעשתה הפניה

---

---

---

היחס לתהליך- ( רמת מודעות לסיכונים והסיבוכים בניתוח, פחדים חרדות)

---

---

---

כיצד ישתנו חייו לאחר הניתוח (צפיות מההשתלה):

---

---

---

כיצד יגיב על דחיית האיבר :

---

---

---

מערכות תמיכה

---

---

---



**סטאטוס פסיכיאטרי וקוגניטיבי**

התרשמות כללית מהנבדק (הופעה, לבוש, מראה חיצוני, מבנה גוף)

התמצאות: בזמן כן / לא במקום כן/לא בסיטואציה כן/ לא שיתוף פעולה בעת הבדיקה כן /לא (נא ציין אם קיים רושם של הסתרת מידע)

חשיבה (קצב, מהלך, תוכן):

קצב: תקין / לא תקין (פרט):

מהלך: תקין / לא תקין (פרט):

תוכן: קיומן של מחשבות שווא לא / כן (פרט):

מחשבות אובדן כן / לא

פרספציה: תקין / לא תקין (פרט)

**אפקט:**

זיכרון: לטווח קצר: תקין / לא תקין (פרט)

לטווח ארוך: תקין / לא תקין (פרט)

ריכוז: תקין / לא תקין (פרט)

**אינטליגנציה:**

שיפוט:

תובנה:

הערות:

שם הרופא: \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת: \_\_\_\_\_

**נספח ד**  
**הערכה פסיכו - סוציאלית לבדיקת כשירות לתורם ולמקבל האיברים**

**הערכה פסיכו - סוציאלית לבדיקת כשירות תורם איברים**

שם משפחה: \_\_\_\_\_ שם פרטי: \_\_\_\_\_ שם האב \_\_\_\_\_  
 מין: \_\_\_\_\_ גיל: \_\_\_\_\_ תאריך לידה: \_\_\_\_\_ ת.ז.: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 ארץ לידה: \_\_\_\_\_ תאריך עליה: \_\_\_\_\_ מצב משפחתי: \_\_\_\_\_  
 כתובת: \_\_\_\_\_ טלפון \_\_\_\_\_

**הכנסות:** עצמאי, שכיר, עובד יומי, לא עובד, פנסיה, פנסיה מוקדמת, ביטוח לאומי - נכות כללית,

קצבת זקנה, הבטחת הכנסה, אבטלה, אחר: \_\_\_\_\_

**קופ"ח:** כללית, מכבי, לאומית, מאוחדת, אחר: \_\_\_\_\_ לא ידוע.

**דיור:** בבעלות, שכירות, אחר: \_\_\_\_\_ **רכב:** יש / אין.

קירבה למושתל: \_\_\_\_\_

**פרטים על בני המשפחה מדרגה ראשונה (בגיר בעל משפחה: בן זוג וילדים, קטין או בגיר ללא ילדים הורים/אחים):**

שם משפחה	שם פרטי	גיל	קירבה	כתובת	טלפון	עיסוק	הערות

המטפל העיקרי לאחר התרומה ( שיסעד את התורם לאחר ניתוח התרומה -בביתו)

שם: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_

רקע אישי ומשפחתי : ( שנות לימוד, שרות צבאי, מקצוע, היסטוריה של תעסוקה, מידע על משפחת המוצא).

---

---

---

---

---

התמודדות לאורך החיים : איך התמודדת עם מעברים, שינויים, משברים -

---

---

---

---

---

שמוש בחומרים ממכרים : האם השתמשת בחומרים ממכרים כמו סגריות, סמים, אלכוהול, בעבר או בהווה (לדווח גם על שתיה חברתית או התנסות בסמים).

---

---

---

---

---

---

מאפייני קבלת החלטות אצל התורם : מה מאפיין אותך בתהליכי קבלת החלטות חשובות בחיך (מחליט מייד, מהסס, שוקל וכד')

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

מערכת יחסים של התורם עם המקבל והסיבה להחלטה

הקשר בין התורם למקבל: מה הקשר שלך למקבל התרומה (מבחינה משפחתית, רגשית) וכיצד תתאר את איכות הקשר (רמת ההכרות, תכיפות הקשר/מפגש, סגנון הקשר)

מי יזם את רעיון התרומה, כיצד נבחרת להיות התורם? האם היו עוד מועמדים?

כיצד הגעת להחלטה לתרום איבר: כיצד נודע לך על האפשרות לתרום (מהתקשורת, מהחולה, מבן משפחה אחר, יוזמה אישית...)

איך היית מגדיר את התקשורת במשפחה שלכם? (פתוחה, סגורה, משתפת, הדדית, ממדרת, שומרת סוד)

מי שותף לידיעה על התרומה הצפויה:

---

מהי עמדתם של בני משפחה אחרים כלפי החלטתך לתרום?

---

---

---

---

מערכות תמיכה : מי הן מערכות התמיכה שלך בהחלטה על התרומה? מה הציפיות שלך מהם? ומהם להערכתך הקשיים הצפויים בקשר לתמיכה

---

---

---

---

האם הופעל עליך לחץ מגורם כל שהוא :

---

---

---

---

כיצד אתה רואה את הקשרים שלך בעתיד עם המקבל ומשפחתו :

---

---

---

---

בתחושה האישית שלך ובראייה הכללית – מה אתה מרגיש שתקבל עבור התרומה (יחס, יוקרה, מעמד במשפחה, משמעות, הוקרה, העצמה אישית, מילוי מצווה, כסף, מתנות...) או מה משמעות התרומה עבורך?

---

---

---

---

היחס לתהליך – (רמת מודעות לסיכונים והסיבוכים בניתוח, פחדים, חרדות)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

ממי קיבלת הסבר על הניתוח- (לברר עד כמה חשוב נושא הצלקת, הכאב.. דימוי גוף..).

---

האם ידוע לך על אפשרות לחזור בך מהחלטה לתרום בכל עת:

---

מה ידוע לך על מחלתו של המקבל

---

מה משמעות התרומה למקבל לדעתך:

---

האם אתה מכיר/ה אנשים שתרמו איבר:

---

האם אתה מעוניין לפגוש תורם:

---

כיצד תגיב על דחיית האיבר או על כשלון ניתוח ההשתלה חלילה:

---

כיצד ישתנו חיך לאחר הניתוח:

---

סיכום- התרשמות מההופעה בכלל, מהמסרים המילוליים והלא מילוליים ומשפת הגוף, התייחסות לתקשורת בינאישית במשפחה ועם התורם, למערכת התמיכה האם קיימת ובאיזו מידה – לפני ואחרי התהליך. התייחסות למידת המודעות והידע באשר לפרוצידורה הניתוחית: סיכויים וסיכונים.

---

חתימה: \_\_\_\_\_

**הערכה פסיכו - סוציאלית לבדיקת כשירות למקבל איברים**

שם משפחה: \_\_\_\_\_ שם פרטי: \_\_\_\_\_ שם האב \_\_\_\_\_

מין: \_\_\_\_\_ גיל: \_\_\_\_\_ תאריך לידה: \_\_\_\_\_ ת.ז.: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

ארץ לידה: \_\_\_\_\_ תאריך עליה: \_\_\_\_\_ מצב משפחתי: \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_ טלפון \_\_\_\_\_

**הכנסות:** עצמאי, שכיר, עובד יומי, לא עובד, פנסיה, פנסיה מוקדמת, ביטוח לאומי - נכות כללית,

קצבת זקנה, הבטחת הכנסה, אבטלה, אחר :

\_\_\_\_\_

**קופ"ח:** כללית, מכבי, לאומית, מאוחדת, אחר : \_\_\_\_\_ לא ידוע.

**דיור:** בבעלות, שכירות, אחר : \_\_\_\_\_

**פרטים על בני המשפחה:** מדרגה ראשונה (בגיר בעל משפחה: בן זוג וילדים, קטין או בגיר ללא ילדים הורים/אחים):

שם משפחה	שם פרטי	גיל	קירבה	כתובת	טלפון	עיסוק	הערות

רקע כללי : (שנות לימוד, שרות צבאי, מקצוע, מקום עבודה, מצב משפחתי וכו)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

מערכת היחסים של המקבל עם התורם –  
תאר את הקשר שלך לתורם (מבחינה משפחתית, רגשית) וכיצד תתאר את איכות הקשר ( רמת ההכרות,  
תכיפות הקשר/מפגש, סגנון הקשר)

---

---

---

---

---

---

---

---

כיצד נבחר התורם : מי יזם את ההצעה לתרום, באיזה הקשר והאם היו עוד מועמדים לתרום - תיאור  
התהליך :  
מה היתה תגובתך להצעה של התורם לתרום לך?  
מי היה שותף לתהליך קבלת ההחלטה?  
כאשר התרומה במשפחה : איך מתקבלות החלטות בחלטות במשפחה שלכם, והאם הצעת התרומה מאפיינת דרך זו.

---

---

---

---

---

---

---

---

היחס לתהליך ההשתלה – (רמת מודעות לסיכונים והסיבוכים בניתוח, פחדים, חרדות)

---

---

---

---

---

---

---

---



---

כיצד ישתנו חייו לאחר הניתוח (ציפיות מההשתלה)

---

---

---

כצד יגיב על דחית האיבר או כשלון ההשתלה?

---

---

---

מערכות תמיכה- מי יתמוך בך ובתורם לפני ואחרי ההשתלה? אילו קשיים אתה צופה?

---

---

---

---

סיכום:

---

---

---

---

---

---

---

---

חתימה: \_\_\_\_\_

**טופס הסכמה: לניתוח הוצאת کلیה מתורם חי לצורך השתלה באחר**  
**Informed consent for the removal of a kidney from a**  
**live donor for transplantation in a recipient**

בניתוח מוצאת کلیה אחת מתורם, לצורך השתלתה בחולה הסובל מאי ספיקה כלייתית סופנית, ונוזקק או יזדקק בקרוב לטיפול בדיאליזה לכל חייו. מטרת ההשתלה לאפשר לנתרם לחיות ללא צורך בדיאליזה. סיכויי קליטת הכליה המושתלת גבוהים, אך יש לדעת שתיתכן דחייה של הכליה המושתלת או תפקוד לקוי שלה.

הכליה הנותרת בתורם, צפויה להגביר את תפקודה בהדרגה, עד לתפקוד קרוב מאד (כ- 80%) לזה של שתי הכליות, ללא השפעה ארוכת טווח על איכות החיים או תוחלת החיים של התורם.

הניתוח להוצאת הכליה לתרומה מתבצע לרוב כניתוח לפרוסקופי סגור, אך יכול גם להתבצע בשיטה הפתוחה, דרך הבטן או המותן, על פי שיקולי המנתח. בשתי השיטות מבוצע הניתוח בהרדמה כללית.

שם תורם/ת הכליה: \_\_\_\_\_  
 שם משפחה                      שם פרטי                      שם האב

ת.ז.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מדרי': \_\_\_\_\_  
 שם משפחה

שם פרטי

על ניתוח הוצאת הכליה מגופי לצורך השתלתה באחר כתרומה (להלן: "הניתוח העיקרי").

הוסבר לי, והבנתי את משמעות הוצאת הכליה מגופי, ואת ההשלכות הצפויות על מצבי הרפואי, ואני מסכים בזאת לניתוח העיקרי.

אני מאשר בזאת שהוסברו לי תופעות הלוואי של הניתוח העיקרי, לרבות אי נוחות וכאבים שיחלפו תוך מספר ימים. הבנתי שתיתכן אפשרות שניתוח לפרוסקופי סגור יהפוך לניתוח פתוח, על פי שיקולי המנתח.

אני מאשר בזאת כי הוסברו לי הסיבוכים האפשריים של הניתוח העיקרי, כמו זיהום ו/או דימום באזור הניתוח, וסיבוכים נדירים יותר כמו פגיעה באברי הבטן ו/או בכלי דם הסמוכים למקום הניתוח, והוסברה לי האפשרות שיהיה צורך בניתוח נוסף לתיקונם.

הוסבר לי כי תיתכן הפרשה מוגברת של חלבון בשתן היכולה להימשך שנים מספר, שאינה דורשת טיפול, ואין לה בדרך כלל השלכות על המצב הבריאותי. בחלק קטן מהתורמים תיתכן עליה בלחץ הדם, בה יהיה צורך לטפל בעזרת תרופות.



הוסבר לי והבנתי שבמקרים נדירים מאד יתכן מוות בעקבות הניתוח העיקרי.

אני נותן בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי כמו כן אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה כי קיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי או אחריו יהיה צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט הליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותן כעת בוודאות או במלואן, אך משמעותן הובהרה לי. לפיכך אני מסכים גם לאותה הרחבה, שינוי, או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות, שלדעת המנתח יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי או אחריו.

הובהר לי שהניתוח מתבצע בהרדמה כללית וכי הסבר על ההרדמה ינתן לי על ידי מרדים.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, התאם לנהלים ולהוראות של המוסד וכי למעט בניתוח פרטי, לא הובטח לי שייעשו, כולם או חלקם, בידי כירורג מסוים ובלבד שייעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

הוסבר לי והבנתי את הצורך במעקב רפואי שנתי קבוע לאחר הניתוח, ובשמירה על אורח חיים בריא בהתאם להמלצות הרופא.

אני מצהיר ומאשר כי הכליה מיועדת להשתלה (סמן את האפשרות הנכונה ומחק המיותר):

בחולה: \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ שקרבתו/ה המשפחתית אלי היא: \_\_\_\_\_

כתרומה אלטרואיסטית, בחולה: \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ שאינו קרובת/ת משפחתי.

כתרומה אלטרואיסטית, בחולה שייבחר ע"י מרכז ההשתלות הארצי.

תאריך \_\_\_\_\_ שעה \_\_\_\_\_ חתימת המנותח/ת התורם \_\_\_\_\_

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לתורם/ת את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסבריי במלואם.

חתימה

מספר רישיון

שם הרופא/ה



**כתב ויתור על סודיות רפואית- נספח ו'**

לכבוד: \_\_\_\_\_ המוסד הרפואי: \_\_\_\_\_

אני החתום מטה נותן בזה רשות למוסד רפואי ו/או לעובדיכם ו/או לכל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם למסור ל: \_\_\_\_\_

להלן "המבקש" את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל, על מצב בריאותי, ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר, ו/או שהנני חולה בה כעת, לרבות מידע על טיפולים פסיכיאטרים או נפשיים אחרים שקבלתי (מחק את המיותר)

או פרטים על \_\_\_\_\_ ובאופן שידרש על ידי המבקש, והנני משחרר אתכם ו/או את עובדיכם ו/או את כל מי שפועל מטעמכם בשליחותכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחליתי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש, ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהוא בקשר לנ"ל. לרבות טענות מכוח חוק הגנת הפרטיות ו/או חוק זכויות החולה לעניין סודיות רפואית ו/או כל דין אחר.

פרטי המטופל: (במקרה של קטין או חסוי יש לוודא שהחותם הינו האפוטרופוס החוקי):

שם משפחה	שם פרטי	מ.ס זהות
----------	---------	----------

כתובת	תאריך	חתימה
-------	-------	-------

פרטי העד לחתימה: עו"ד, רופא, עו"ס, אחות, פסיכולוג, מורשה חתימה בבנק, סוכן ביטוח

שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות
----------	---------	----------

כתובת	מס' רשיון	תאריך
-------	-----------	-------

חתימה	חותמת
-------	-------