



חוזר המנהל הכללי

מס' 11/09 תאריך ה' אדר תשס"ט (1.3.09)

נושא: השתלות איברים מן החי - עדכון נוהל

בהמשך לחוזר מס' 2/97 מיום 7.1.97 וחוזר מס' 10/98 מיום 20.7.98, הננו להביא בזאת לידיעתכם נוסח מעודכן של ההנחיות בנושא תורם חי של איבר להשתלה.

חוזר זה מבטל את חוזר המנהל הכללי מס' 2/97 מיום 7.1.97.


בכבוד רב,
פרופ' אבי ישראלי

העתק: ח"כ יעקב בן יזרי, שר הבריאות
187454/סב

כללי :

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

1. מעגל התורמים :

תרומה תאושר לנמנים מבין 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. להלן: "תרומה מקרוב".

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

2. תרומות מיוחדות :

3.1 תורמים שאינם תושבי ישראל ;

3.2 תרומה שלא לנתרם מסוים ;

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)

4. ועדות הערכה : מקומית ומרכזית :

4.1 ועדת הערכה מקומית :

תרומת איבר מקרוב כאמור בסעיף 1(א) טעונה אישור ועדת הערכה מקומית, הפועלת במרכז הרפואי המורשה שבו מיועדת להתבצע נטילת האיבר והשתלת האיבר. להלן: "מרכז רפואי מורשה".

4.2 ועדת הערכה מרכזית :

תרומת איבר ממני שאינו קרוב, וכן תרומת איברים במקרים המפורטים בסעיף 2 טעונות אישור ועדת הערכה מרכזית.

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 ההערכה מקומית תכלול 5 חברים והם:

- רופא מומחה המכהן או שכיהן כמנהל מחלקה או יחידה שאינה עוסקת בהשתלת איברים - 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 בעניינו 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 ההערכה לא יהיו ממחלקת השתלות או ממחלקה נפרולוגית, או ממרפאות בהן מנוהל מעקב אחר ממתניים או מושתלים להשתלות השונות. כמו כן, הצוות המטפל בחולה, או מי שעשוי להיות בניגוד עניינים (לדג' קירבה משפחתית או הכרות עם התורם או לנתרם) לא יהיה נוכח או מעורב בדיון בוועדה, אלא אם כן זימנה הוועדה את הצוות המטפל כי יופיע בפניה.

5.4. ככלל, נדרשת נוכחותם של כל חברי הוועדה המפורטים בסעיף 5.2 לעיל. עם זאת, ניתן לקיים הדיון ולקבל החלטה בבקשה ללא נוכחות נציג ציבור ככול שנעשה מאמץ סביר לזמנו.

לא ניתן יהיה לקיים את הדיון ללא נוכחותו של נציג הציבור, במקרה שבו ביקש התורם מבעוד מועד, כי נציג הציבור שיישב בדיון בעניינו יהיה, בן אותה קבוצה דתית, חברתית או תרבותית, שאליה הוא משתייך.

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

6. בקשת תורם והכנתה לדיון בוועדה:

6.1. תורם המעוניין לתרום איבר מגופו לקרובו, יגיש בקשה לאישור נטילת איבר לוועדת הערכה מקומית במרכז הרפואי המורשה שבו מיועדת להתבצע נטילת האיבר 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 האיבר והשתלתו, בדיקות והערכות לתורם ולנתרם (לכל אחד בנפרד) שמטרתן לוודא שהתורם והנתרם כשירים לעבור ניתוח כריתה והשתלה בהתאמה. בדיקות אלה הכרחיות לדיון שיתקיים 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 שתבצע על ידי רופא פסיכיאטר או פסיכולוג בהתאם לטופס הערכה המפורט בנספח ג';

6.2.3. הערכה סוציאלית שתבצע על ידי עובד סוציאלי בהתאם לטופס הערכה המפורט בנספח ד';

6.3. לאחר ביצוע הבדיקות וההערכות יאשר המרכז הרפואי המורשה שבו מיועדת להתבצע נטילת האיבר 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. כן יצורפו הערכות המפורטות בסעיף 6.2.2 ו 6.2.3.

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

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 איבר 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 האיבר והשתלת האיבר, 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 האיבר, וכי הוא לא ישא 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, והכול ככל שהמידע נוגע לביצוע תפקידיה, וכן לזמן כל אדם, כפי שתמצא לנכון.

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 תוך התייחסות לתנאים המפורטים בסעיף 7. הפרוטוקול והחלטת הוועדה יהיו ערוכים לפי הטופס המצורף בנספח ו'.

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 על כל נספחיה וחלקיה.

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 האיבר ותמסור הודעה על כך לתורם ולנתרם.

9.2. שוכנעה הוועדה כי התקיימו התנאים המפורטים בסעיף 7.1, תאשר את הבקשה לנטילת האיבר 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 האיבר וימסור הודעה על כך לתורם ולנתרם; 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 האיבר והשתלתו, תוך 24 שעות מהמועד שבו נמסרה החלטת המנהל למנהל המרכז להשתלות. היה ולא ניתן לבצע את נטילת האיבר והשתלתו באותו מרכז רפואי מורשה, יקבע מנהל המרכז הלאומי להשתלות או מי שהוא הסמיך לכך, את המרכז הרפואי המורשה שבו תבוצע נטילת האיבר 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. תרומת איבר ממי שאינו קרוב וכן תרומות מיוחדות:

13.1. ועדת הערכה המרכזית:

תרומת איבר ממי שאינו קרוב וכן תרומות מיוחדות כמפורט בסעיף 2 לעיל, טעונות אישור ועדת הערכה המרכזית; הוועדה 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 איברים - 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 או מושתלים להשתלות השונות. כמו כן הצוות המטפל בתורם או מי שעשוי להיות בניגוד עניינים (לדג' קירבה משפחתית או הכרות עם התורם או לנתרם) לא יהיה שותף או מעורב בדיון בוועדה אלא אם כן זימנה הוועדה את הצוות המטפל כי יופיע בפניה.

13.4. ככלל נדרשת נוכחותם של כל חברי הוועדה המפורטים בסעיף 5.2. עם זאת ניתן לקיים הדיון ולקבל החלטה בבקשה ללא נוכחות נציג ציבור ככל שנעשה מאמץ סביר לזמנו. לא ניתן יהיה לקיים את הדיון ללא נוכחותו של נציג הציבור במקרה שבו ביקש התורם מבעוד מועד, כי נציג הציבור שיישב בדיון בעניינו יהיה, בן אותה קבוצה דתית, חברתית או תרבותית, שאליה 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 ההערכה המרכזית.

14.2. עם קבלת הבקשה, תתאם מרכזת ועדת ההערכה המרכזית אבחון פסיכו-דיאגנוסטי לתורם, במכון לאבחון, שאושר ע"י מנהל המרכז הלאומי להשתלות.

14.3. תוצאות האבחון 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 איבר 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 האיבר 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 והחזר הכספי בעד הוצאות לפי הוראות סעיף 22 לחוק;

- (ה) התורם מבין שיש באפשרותו לחזור בו מהסכמתו בכל עת עד לנטילת האיבר, וכי הוא לא ישא באחריות אזורית 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 ופסיכולוגית. הוועדה רשאית להסתפק לעניין זה בבדיקות שבוצעו ע"י המרכז הרפואי כמפורט בסעיף 6.2 ובאבחון 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, והכול ככל שהמידע נוגע לביצוע תפקידיה, וכן לזמן כל אדם, כפי שתמצא לנכון.
- 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 תוך התייחסות לתנאים המפורטים בסעיף 15.
- 16.5. על הוועדה לנמק בצורה מפורטת את החלטתה בתום הדיון.
- הפרוטוקול והחלטת הוועדה יהיו ערוכים לפי הטופס המצורף בנספח ו'
- 16.6. החלטות חברי 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 הועדה כי התקיימו התנאים המפורטים בסעיף 15 לעיל, כולם או חלקם, תדחה את הבקשה לנטילת האיבר ותמסור הודעה על כך לתורם ולנתרם.
- 17.2. שוכנעה הועדה כי התקיימו התנאים המפורטים בסעיף 15 לעיל, תאשר את הבקשה לנטילת האיבר 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 האיבר וימסור הודעה על כך לתורם ולנתרם. 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 האיבר 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.
- בכל מקרה, לא יימסר מידע לתורם אודות הנתרם ולהפך, אלא אם ניתנה לכך הסכמה מפורשת ובכתב ע"י הצד השני.
- 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 השווה ל-7.5% מה "תעריף הדיפרנציאלי" של ההשתלה (זהה לסכום המשולם במקרה של השתלת איבר מהמת).

25. עיבוד המידע :
 באחריות המרכז השותל לרכז את נתוני התורמים והנתרמים. נתוני ניתוחי השתלה והמעקב אחר הישרדות השתלים בהתאם לנוהלי המרכז הלאומי להשתלות.

ד. אמות מידה להשתלות איברים ע"פ סוג האיבר :

26. השתלות אונות ריאה מתורם חי :

26.1. פעולה זו תבצע רק במרכזים שקבלו אישור מהמנהל הכללי בלבד.

26.2. אמות מידה :

א. תורם :

1. מגיל 18.
2. סוג דם תואם לנתרם.
3. העדר מחלת ריאה או מחלה פעילה אחרת.
4. אינו מעשן לפחות 6 חודשים טרם ההשתלה ועישן פחות מ 20 שנות חפיסה.
5. תפקוד ריאתי תקין על בסיס צילומי חזה, תפקודי ריאה, גזים בדם עורקי, טומוגרפיה ממוחשבת של החזה ומבחן מאמץ לב ריאה.
6. תפקודי כבד, כליה, המטולוגיה תקינים. וסרולוגיה ל HIV ודלקת כבד נגיפית (הפטיטיס B,C) שליליים.
7. א.ק.ג יבוצע לכלל התורמים.
8. תורם פוטנציאלי מעל גיל 40 ותורמת פוטנציאלית מעל גיל 50 יבצעו בנוסף לכך אקו לב, מבחן מאמץ (ארגומטריה) או מיפוי לב עם הזרקת טליום. על מנת לשלול מחלה כלילית סמויה. תורמת פוטנציאלית מעל גיל 40 תבצע אקו לב בלבד. במקרים בהם קיים ממצא באחד מהמבחנים או קיים חשש לבעיה קרדיאלית יש להפנות את התורם להערכת קרדיולוג.

לא ייכללו :

- (1) תחלואה חריפה או כרונית.
- (2) היסטוריה של תחלואה פסיכיאטרית משמעותית.
- (3) העדר רקע ותמיכה פסיכו-סוציאלית הולמת.
- (4) סרולוגיה חיובית להפטיטיס ויראלית מסוג B או C וסרולוגיה חיובית ל - HIV.
- (5) נתוני שתל לא מתאימים.

ב. נתרם :

1. השתלה תבוצע למועמדים שלולא השתלה, סיכוייהם לחיות הם פחות מ - 6 חודשים.
2. המועמדים יהיו כל אלה שנמצאים ברשימה להשתלת ריאה מהמת.
3. קיימת התאמה בסוג דם וגודל לתורם על פי חישוב נפחים.

.27

השתלת אונת כבד מתורם חי :

27.1. פעולה זו תתבצע במרכזים שקיבלו את אישור המנהל הכללי בלבד :

27.2. אמות מידה :1. תורם :

- (1) מגיל 18 ;
- (2) התאמת סוג דם ;
- (3) העדר תחלואה משמעותית באנמנזה ובדיקה ;
- (4) תפקודי כבד, כליה, המטולוגיה תקינים. HIV ודלקת כבד נגיפית שליליים ;
- (5) תבחיני לימפוציטים מתאימים ;
- (6) ממצאי טומוגרפיה ממוחשבת, אנגיוגרפיה ומיפוי כבד התומכים באפשרות הטכנית של ביצוע ההתרמה.

לא ייכללו :

- (7) תחלואה חריפה או כרונית.
- (8) היסטוריה של תחלואה פסיכיאטרית משמעותית.
- (9) העדר רקע ותמיכה פסיכו-סוציאלית הולמת.
- (10) סרולוגיה חיובית להפטיטיס ויראלית מסוג B או C וסרולוגיה חיובית ל - HIV.
- (11) נתוני שתל לא מתאימים.
- (12) תבחיני למפוציטים לא מתאימים.
- (13) מיפוי פטולוגי הנתמך ע"י ביופסיית כבד המדגימה רקמת כבד לא תקינה.
- (14) תבנית אנגיוגרפית שאינה מאפשרת ביצוע הניתוח בתכונתו.

2. נתרם :

ייכלל כל מי שמועמד להשתלת כבד עפ"י אמות מידה להשתלת כבד.

.28

השתלת כליה מתורם חי :

פעולה זו תתבצע במרכזים שקיבלו את אישור המנהל הכללי בלבד :

אמות מידה :1. תורם :

- (1) מגיל 18 ;
- (2) התאמת סוג דם ; (במידה וקיימת תוכנית להכנת הנתרם יש מקום לאשר את ההשתלה גם בנוכחות אי התאמה).
- (3) לחץ דם מאוזן ;
- (4) העדר תחלואה משמעותית באנמנזה ובדיקה ;
- (5) תפקודי כבד, כליות, מדדים המטולוגיים תקינים בבדיקות דם. HIV ודלקת כבד נגיפית שליליים בבדיקות סרולוגיות
- (6) העדר ממצאים חולניים בבדיקת שתן והפרשה של פחות מ- 500 מ"ג חלבון באיסוף שתן של 24 שעות ;
- (7) תבחיני לימפוציטים מתאימים ;
- (8) העדר פגמים בכליות ובעורקי הכליות בסריקה על קולית ובאנגיוגרפיה של הכליות ;
- (9) א.ק.ג יבוצע לכלל התורמים.

תורם פוטנציאלי מעל גיל 40 ותורמת פוטנציאלית מעל גיל 50 יבצעו בנוסף לכך אקו לב, מבחן מאמץ (ארגומטריה) או מיפוי לב עם הזרקת טליום. על מנת לשלול מחלה כללית סמויה.
 תורמת פוטנציאלית מעל גיל 40 תבצע אקו לב בלבד.
 במקרים בהם קיים ממצא באחד מהמבחנים או קיים חשש לבעיה קרדיאלית יש להפנות את התורם להערכת קרדיולוג.
 (10) במקרה של תורמת מעל גיל 50, העדר ממצא בממוגרפיה.

לא ייכללו:

- (1) תחלואה חריפה או כרונית.
- (2) היסטוריה של תחלואה פסיכיאטרית משמעותית.
- (3) העדר רקע ותמיכה פסיכו-סוציאלית הולמת.
- (4) סרולוגיה חיובית להפטיטיס ויראלית מסוג B או C וסרולוגיה חיובית ל - HIV.
- (5) נתוני שתל לא מתאימים.
- (6) תבחיני לימפוציטים לא מתאימים.
- (7) תבנית אנגיוגרפיה שאינה מאפשרת את ביצוע הניתוח.

2. נתרם:

ייכלל כל מי שמועמד להשתלת כליה עפ"י אמות מידה להשתלת כליה.

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.

אני מאשר/ מאשרת כי מולאו כל הפרטים וצורפו כל המסמכים הנדרשים.

שם מתאמת המושתלים: _____ **חתימה:** _____ **תאריך:** _____

נספח ב'
טופס הערכה של מועמד לתרומת כליה מהחי

הערות : הטופס ישלח לוועדה המקומית או המרכזית לאחר הערכה ראשונית שכוללת : אנמנזה רפואית, בדיקות דם לכימיה, ספירת דם, סוג דם, סרולוגיה ל HIV והפטיטיס B ו C . 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.

בית חולים: -בחר-

מס סידורי:

פרטים על התורם			
	שם פרטי:		שם משפחה:
/ /	תאריך לידה:		מספר זהות:
-בחר-	מין:		שם האב:
	טלפון:		כתובת:
-בחר-	מוצא:	- בחר -	מצב משפחתי:
	שנת עליה:		ארץ לידה:
		- בחר -	ביטוח רפואי:

תרומה אלטרואיסטית טרם נקבע מועמד

פרטים על המקבל			
	שם פרטי:		שם משפחה:
/ /	תאריך לידה:		מספר זהות:
-בחר-	מין:		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 :
	-בחר-	13. הרגלים : א. אלכוהול
	-בחר-	ב. סמים
שנות קופסא :	-בחר-	ג. עישון

					בדיקה גופנית
תאריך :	תאריך :	תאריך :	תאריך :	תאריך :	1. לחץ דם X 5
/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	
/	/	/	/	/	2. דופק
					3. סדירות דופק -בחר-
					4. משקל
: BMI					5. גובה

תאריך : / /

שם :

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"/> <input type="checkbox"/>	15. אקו של הלב- תורמים מעל גיל 40.
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	16. מבחן מאמץ או מיפוי לב עם טליום- תורמים גברים מעל גיל 40, תורמים נשים 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 נשמתית
---------------------	-------	--------------

	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	17. צילום חזה (לכלל התורמים)
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	18. תפקודי ריאות- למעשנים

תאריך : / /

שם :

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 בחישוב תפקודי הכליות לפי נוסחת MDRD ויחס של חלבון קריאטנין, אלבומין קריאטנין)
	□□/□□/□□□□	23. סריקה על קולית של הבטן במידה וקיימים אבנים הפנייה לבירור
	□□/□□/□□□□	24. סריקה טומוגרפית ממוחשבת עם אנגיוגרפיה

תאריך : / /

שם :

תאריך		ערך II		תאריך		ערך I		בדיקות דם	
לצרף מסמך של בנק הדם בעת הרישום								-בחר-	סוג דם
								-בחר-	Rh
									HGB
									HCT
									WBC
									PLT
* במקרים בהם הדיפרנציאל לא תקין – לצרף 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

תאריך: / /

שם:

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

הערה: חלק זה ניתן למילוי לאחר הדפסת הטפסים

יב. 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 הני"ל נבדק על ידי, ונמצא מתאים לתרומת כליה.

שם: _____ תאריך: □□/□□/□□□□ חתימה וחותמת: _____

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

שם: _____ תאריך: □□/□□/□□□□ חתימה וחותמת: _____

נספח ב'1

פרטים על התורם

שם משפחה:	שם פרטי:		
מספר זהות:	תאריך לידה:	/ /	
שם האב:	מין:	-בחר-	
כתובת:	טלפון:		
מצב משפחתי:	מוצא:	-בחר-	- בחר -
ארץ לידה:	שנת עליה:		
ביטוח רפואי:			- בחר -

טופס הערכה של מועמד לתרומת אונת כבד מתורם חי

בית חולים: -בחר-

מס סידורי:

פרטים על המקבל

שם משפחה:	שם פרטי:		
מספר זהות:	תאריך לידה:	/ /	
שם האב:	מין:	-בחר-	

כתובת:	טלפון:		
--------	--------	--	--

▪ הקשר בין התורם למקבל: _____

שם : תאריך : / / פרט

א. להלן הבדיקות שיערכו בטרם הדיון בפני ועדת הערכה מקומית / מרכזית.

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 ראתית
	-בחר-	5. ממאירות
	-בחר-	6. מחלה נירולוגית
	-בחר-	7. מחלה כבדית
	-בחר-	8. מחלה כליתית
	-בחר-	9. ניתוחים
		10. אחר :
		11. אחר :
	-בחר-	12. אלרגיה :
	-בחר-	13. תרופות קבועות :
	-בחר-	14. הרגלים : א. אלכוהול
	-בחר-	ב. סמים
שנות קופסא:	-בחר-	ג. עישון

שם :

תאריך : / /

		בדיקה גופנית
	תאריך:	1. לחץ דם X 1
	תאריך:	
	/ /	
	/	2. דופק
	-בחר-	3. סדירות דופק
BMI:		4. משקל
		5. גובה

פרט		
	-בחר-	6. ראש-צוואר
	-בחר-	7. מערכת קרדיו-וסקולרית
	-בחר-	8. מערכת נשמתית
	-בחר-	9. בדיקת בטן
	-בחר-	10. בדיקה נוירולוגית
	-בחר-	11. נשים בגיל הפוריות בדיקת הריון
		12. אחר :
		13. אחר :

שם :

תאריך : / /

תוצאה (לצדף תוצאות)	תאריך	מערכת קרדיווסקולרית
	/ /	14. א.ק.ג. (לכלל התורמים)
	/ /	15. סריקה על קולית של הלב- תורמים מעל גיל .40
	/ /	16. מיפוי לב עם טליום או מבחן מאמץ - תורמים גברים מעל גיל 40. תורמים נשים מעל גיל .50 * על פי הערכת גורמי הסיכון הקרדיאליים.
* במקרים בהם יש ממצא באחד המבחנים או קיים חשש לבעיה קרדיאלית יש להפנות את התורם להערכת קרדיוולוג.		

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

תוצאה (לצדף תוצאות)	תאריך	
	/ /	19. שתן לכללית

	/ /	20. סריקה על קולית של הבטן – הדמיה של הכבד והמע' הבילארית (במידה ובוצע CT אנגיו ניתן לוותר על US)
	/ /	21. סריקה טומוגרפית ממוחשבת עם אנגיוגרפיה

תאריך	ערך II	תאריך	ערך I	בדיקות דם
לצרף מסמך של בנק הדם בעת הרישום			-בחר-	סוג דם
			-בחר-	Rh

				HGB
				HCT
				WBC
				PLT
* במקרים בהם הדיפרנציאל לא תקין – לצרף תשובה				
				GLU
				UREA / 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

שם : _____ תאריך : ____ / ____ / ____

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

הערה: חלק זה ניתן למילוי לאחר הדפסת הטפסים

י.ב. חתימות ואישורים

חתימת ההפתולוג: אני מאשר כי התורם הנ"ל נבדק על ידי, ונמצא מתאים לתרומת אונת כבד בהתאם לבדיקות הראשוניות שנעשו:

שם: _____ תאריך: ____/____/____ חתימה וחותמת: _____

כירורג שותל: אני מאשר כי התורם הנ"ל נבדק על ידי, ונמצא מתאים לתרומת אונת כבד בהתאם לבדיקות הראשוניות שנעשו.

שם: _____ תאריך: ____/____/____ חתימה וחותמת: _____

תורם - 1

מטרת טופס בדיקה זה הינו ליצור מבנה אחיד של טופס הבדיקה הפסיכיאטרית/פסיכולוגית אותו יעברו מועמדים המעוניינים לתרום איברים הינך מתבקש למלא טופס בדיקה זה למועמד לתרומת איברים בהתאם לסעיפים המפורטים. טופס זה ימולא ע"י פסיכאטר או פסיכולוג קליני.

הערכה פסיכיאטרית/פסיכולוגית 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/גרש/אלמן

מספר ילדים _____

קשר של התורם למקבל התרומה: משפחתי (פרט) _____ אחר (פרט) _____

פרטים כלליים על התורם

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

רקע רפואי (ימולא ע"י רופא) – (מחלות עבר, נטילת תרופות, אשפוזים)

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

שימוש בחומרים ממכרים - (סיגריות, אלכוהול, סמים)

רקע פלילי – (אלימות, מעצר , שהייה בכלא)

תורם - 2

אירועים משמעותיים- (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, קשר של תלות סמכות והשפעה כמו: מטפל מטופל, עובד מעביד, מורה רוחני ותלמיד)

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) _____

תורים - 3

סטאטוס נפשי 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 שווה 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: _____

מידת רציה העצמית: _____

מידת התלות: _____

הערות: _____

שם רופא/פסיכולוג: _____ חתימה וחותמת: _____

מקבל - 1

הערכה פסיכיאטרית / פסיכולוגית 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. טופס זה ימולא ע"י פסיכאטר או פסיכולוג קליני.

הערכה פסיכיאטרית/ פסיכולוגית 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- (מצב משפחתי, שנות לימוד, שרות צבאי, מקצוע, מקום עבודה)

רקע רפואי (ימולא ע"י רופא) – (מחלות עבר, נטילת תרופות, אשפוזים)

רקע נפשי – (טיפול אמבולטורי, אשפוז, נטילת תרופות) _____

מקבל - 2

שימוש בחומרים ממכרים - (סיגריות, אלכוהול, סמים) _____

מערכת יחסים של המקבל עם התורם

הקשר בין התורם למקבל – (משפחתי, רגשי, רמת ההכרות ביניהם, איכות הקשר, קשר של תלות סמכות והשפעה כמו: מטפל מטופל, עובד מעביד, מורה רוחני ותלמיד)

מי יזם את התרומה ובאיזה הקשר נעשתה הפניה- _____

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

סטאטוס נפשי 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)

מקבל - 3

חשיבה (קצב, מהלך, תוכן):

- קצב: תקין / לא תקין (פרט) _____
- מהלך: תקין / לא תקין (פרט) _____
- תוכן: קיומן של מחשבות שווה 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/פסיכולוג: _____ חתימה וחותמת: _____

תורם - 1

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: _____

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 משפחת התורם:

שם משפחה	שם פרטי	גיל	קירבה	כתובת	טלפון	עיסוק	הערות

תורם - 2

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

רקע רפואי- מחלות עבר, אשפוזים, נטילת תרופות באופן קבוע, -

שמוש בחומרים ממכרים- (סגריות, סמים, אלכוהול)-

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

מי יזם את התרומה ובאיזה הקשר נעשתה הפניה :

תורם – 3

כיצד הגיע להחלטה לתרום איבר :

מי היה שותף להחלטה :

מי שותף לידיעה על התרומה הצפויה :

מה עמדתם :

מערכות תמיכה :

האם הופעל עליו לחץ מגורם כל שהוא:

תורם - 4

כיצד הוא רואה את הקשרים שלו בעתיד עם המקבל ומשפחתו:

מה יקבל עבור התרומה (יחס, כסף, וכו'):

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

ממי קיבל הסבר על הניתוח-

האם ידוע לו על אפשרות לחזור בו מהחלטה תרום כל עת:

מה ידוע לו על מחלתו של המקבל

מה משמעות התרומה למקבל לדעתך:

תורם-5

האם מכיר/ה אנשים שתרמו איבר :

האם מעוניין לפגוש תורם :

כיצד יגיב על דחיית האיבר :

כיצד ישתנו חייו לאחר הניתוח :

סיכום-

חתימה : _____ תאריך : _____

מקבל – 1

הערכה פסיכו - סוציאלית לבדיקת כשירות

מקבל איברים

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ שם האב _____

מין: _____ גיל: _____ תאריך לידה: _____ ת.ז.: _____ - _____

ארץ לידה: _____ תאריך עליה: _____ מצב משפחתי: _____

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.

דיוור: בבעלות, שכירות, אחר: _____ רכב: יש / אין.

פרטים על בני משפחת המקבל:

שם משפחה	שם פרטי	גיל	קירבה	כתובת	טלפון	עיסוק	הערות

מקבל - 2

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

רקע רפואי –

מערכת היחסים של המקבל עם התורם –
מהות הקשר עם התורם- (משפחתי, רגשי, רמת ההכרות ביניהם, איכות הקשר)

מי יזם את ההצעה לתרום, כיצד נוצר הקשר בהקשר לתרומה – תאור התהליך:

כיצד ישתנו חייו לאחר הניתוח (צפיות מההשתלה)

מקבל-3

מערכות תמיכה-

סיכום-

חתימה : _____ תאריך : _____

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 מחלותי כני"ל ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש, ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהוא בקשר לני"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	מ.ס זהות
כתובת	מס רשיון	תאריך
חתימה	חותמת	

חוק השתלת אברים, התשס"ח-2008

פרק ד': השתלת אבר שניטל מתורם חי

בקשת תורם

13. (א) תורם המעוניין לתרום אבר מגופו לשם השתלתו בנתרם מסוים ומרכז רפואי מורשה מצא אותו מתאים, מבחינה רפואית, למתן תרומת האבר לאותו נתרם, יגיש בקשה לאישור נטילת אבר לפי הוראות סעיף זה.

(ב) בקשה לאישור נטילת אבר מגופו של תורם, לשם השתלתו בקרובו, תוגש לוועדת ההערכה המקומית שבמרכז הרפואי המורשה שבו מיועדות להתבצע נטילת האבר והשתלת האבר.

(ג) בקשה לאישור נטילת אבר מגופו של תורם, לשם השתלתו באדם שאינו קרובו וכן בקשה כאמור של תורם שאינו תושב ישראל, יוגשו לוועדת ההערכה המרכזית.

(ד) בקשה לפי סעיף זה תוגש בטופס שקבע השר.

(ה) בפרק זה, "קרוב" - קרוב, וכן גיס או גיסה.

ועדות הערכה

14. (א) מנהל מרכז רפואי מורשה ימנה, באישור מנהל המרכז להשתלות, ועדת הערכה מקומית בת חמישה חברים שתדון בבקשות לנטילת אבר מגופו של תורם שהוא תושב ישראל לשם השתלתו בקרובו, ותקבל החלטה לגביהן.

(ב) מנהל המרכז להשתלות, באישור המנהל, ימנה ועדת הערכה מרכזית בת חמישה חברים, שתדון בבקשות לנטילת אבר מגופו של תורם לשם השתלתו באדם שאינו קרובו, או בבקשות לנטילת אבר מגופו של אדם שאינו תושב ישראל, ותקבל החלטה לגביהן; המנהל ימנה ממלאי מקום קבועים לחברי ועדת ההערכה המרכזית.

(ג) ואלה חברי ועדת הערכה:

(1) רופא מומחה שהוא מנהל מחלקה או יחידה בבית חולים שאינה עוסקת בהשתלת אברים, והוא יהיה היושב ראש;

(2) רופא מומחה בפסיכיאטריה או פסיכולוג קליני בעל תואר מומחה לפי חוק הפסיכולוגים, התשל"ז-1977;

(3) עובד סוציאלי כהגדרתו בחוק העובדים הסוציאליים, התשנ"ו-1996;

(4) נציג ציבור; לבקשתו של התורם, נציג הציבור שיישב בדיון בעניינו יהיה, ככל הניתן, בן אותה קבוצה דתית, חברתית או תרבותית, שאליה משתייך התורם;

(5) עורך דין, הכשיר להתמנות שופט בית משפט מחוזי.

(ד) תקופת כהונתם של חברי ועדת הערכה תהיה ארבע שנים מיום מינוים, ובלבד שלא יכהנו בתפקידם יותר משלוש תקופות כהונה.

תנאים לאישור בקשת תורם

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

(1) 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;

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

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

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

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

(6) הנתרם נמצא מתאים מבחינה רפואית ונפשית להשתלה;

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

סמכויות ועדת הערכה

16. (א) ועדת הערכה תבקש מהתורם ומהנתרם, לשם בדיקת התקיימותם של התנאים המפורטים בסעיף 15, לעבור בדיקה רפואית ופסיכולוגית.

(ב) בלי לגרוע מהוראות סעיף קטן (א), רשאית ועדת הערכה לבקש מהתורם ומהנתרם לעבור בדיקה סוציאלית, 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.

(ג) טרם מתן החלטתה, תזמן ועדת הערכה את התורם והנתרם להופיע בפניה, ורשאית היא לזמן כל אחד מהם להופיע בפניה בנפרד.

(ד) החלטות ועדת ההערכה יתקבלו ברוב קולות החברים הנוכחים.

(ה) ועדת ההערכה תיתן את החלטתה בתוך שישים ימים לכל היותר ממועד הגשתה של בקשת התורם לפי סעיף 13.

(ו) ועדת ההערכה תקבע את סדרי דיוניה, לרבות לעניין מניין חוקי של חבריה, ככל שלא נקבעו בידי המנהל.

החלטות ועדת הערכה

17. (א) לא שוכנעה ועדת הערכה כי התקיימו התנאים המפורטים בסעיף 15, כולם או חלקם, תדחה את הבקשה לנטילת האבר ותמסור הודעה על כך לתורם ולנתרם.

(ב) (1) שוכנעה ועדת הערכה כי התקיימו התנאים המפורטים בסעיף 15, תאשר את הבקשה לנטילת האבר ותעבירה לאישור המנהל בצירוף נימוקיה וכל חומר אחר ששימש אותה לצורך קבלת ההחלטה.

(2) החליט המנהל לאשר את החלטת הוועדה, יודיע על כך למנהל המרכז להשתלות; לא שוכנע המנהל כי התקיימו התנאים המפורטים בסעיף 15, כולם או חלקם, ידחה את הבקשה לנטילת האבר וימסור הודעה על כך לתורם ולנתרם; החלטת המנהל תהיה מנומקת ותינתן בתוך שבעה ימים מהמועד שבו אישרה ועדת ההערכה את הבקשה.

(ג) קיבלה ועדת הערכה מקומית החלטה בבקשת תורם בניגוד לדעתו של אחד מחבריה, רשאי אותו חבר להביא את ההחלטה להכרעת ועדת ההערכה המרכזית; הובאה החלטה כאמור, לא יהיה תוקף להחלטת ועדת ההערכה המקומית.

(ד) קיבל מנהל המרכז להשתלות הודעה מהמנהל לפי הוראות סעיף קטן (ב) (2) על אישור החלטת ועדת הערכה מקומית, ייתן, הוא או מי שהוא הסמיך לכך, אישור למרכז הרפואי המורשה שאליו משתייכת ועדת ההערכה המקומית לבצע את נטילת האבר ואת השתלת האבר, בתוך 24 שעות מהמועד שבו נמסרה החלטת המנהל למנהל המרכז להשתלות; לא ניתן לבצע את נטילת האבר או את השתלת האבר באותו מרכז רפואי מורשה, יקבע מנהל המרכז להשתלות או מי שהוא הסמיך לכך, את המרכז הרפואי המורשה שבו תבוצע נטילת האבר או השתלת האבר.

(ה) קיבל מנהל המרכז להשתללות הודעה מהמנהל לפי הוראות סעיף קטן (ב)(2) על אישור החלטת ועדת ההערכה המרכזית, ייתן, הוא או מי שהוא הסמיך לכך, אישור למרכז רפואי מורשה לבצע את נטילת האבר ואת השתלת האבר, בתוך 24 שעות מהמועד שבו נמסרה החלטת המנהל למנהל המרכז להשתללות; בסעיף קטן זה, "מרכז רפואי מורשה" - המרכז הרפואי שביצע את נטילת האבר והמרכז הרפואי שיבצע את השתלת האבר.

הזכות לקבלת העתק ההחלטה

18. (א) התורם והנתרם רשאים, לפי בקשתם, לקבל העתק מממצאי בדיקות שנערכו להם לפי הוראות סעיף 16(א) ו-1(ב) וכן העתק מההחלטה של ועדת ההערכה והעתק מההחלטה המנומקת של המנהל, כאמור בסעיף 17(ב).

(ב) על אף הוראות סעיף קטן (א), רשאית ועדת הערכה 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; החליטה הוועדה שלא למסור את נימוקיה או את ממצאי הבדיקות האמורים, תמסור על כך הודעה למבקש.

עתירה מינהלית

19. על החלטת ועדת הערכה ועל החלטת המנהל לפי פרק זה ניתן לעתור לבית משפט לעניינים מינהליים.

הוראות לעניין נטילת אבר מקטין או מחסוי

20. (א) הוראות פרק זה לא יחולו על תורם שהוא קטין או חסוי.

(ב) נטילת אבר מגופו של קטין או של חסוי, בחייו, לשם השתלתו באחר, תיעשה בהתאם להוראות חוק הכשרות המשפטית והאפוטרופסות, התשכ"ב-1962, בבקשה שתוגש לבית משפט לענייני משפחה; בית המשפט לענייני משפחה לא יחליט בעניין כאמור, אלא לאחר שקיבל את חוות דעתה של ועדת ההערכה המרכזית.

תרומה שלא לנתרם מסוים

21. הוראות פרק זה יחולו גם לגבי תורם המוכן לתרום אבר מאבריו, בחייו, לשם השתלתו שלא בנתרם מסוים, בשינויים המחויבים ובשינויים אלה:

(1) הבקשה לאישור נטילת האבר תוגש לוועדת ההערכה המרכזית;

(2) ועדת ההערכה המרכזית לא תאשר את הבקשה לנטילת האבר אלא אם כן ניתן לה אישור מאת המרכז להשתללות כי קיים נתרם המתאים מבחינה רפואית להשתלת האבר; המרכז להשתללות יאתר נתרם כאמור מתוך מאגר המידע, ויחולו לעניין זה הוראות סעיף 26(ב), בשינויים המחויבים.

תשלום והחזר כספי בעד הוצאות

22. (א) השר, בהסכמת שר האוצר ובאישור ועדת העבודה הרווחה והבריאות של הכנסת, יקבע תשלום אחיד שתשלם המדינה לכל תורם כפיצוי בשל ההפסד הכספי הנובע באופן סביר מהפעולות הכרוכות בנטילת אבר, וכן כללים ותנאים לעניין החזר כספי בעד הוצאות שהוציא התורם בעבור אלה -

(1) רכישת ביטוח רפואי פרטי, או תכנית לשירותי בריאות נוספים לפי הוראות סעיף 10 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 (בחוק זה - חוק ביטוח בריאות ממלכתי), רכישת ביטוח מפני פגיעה בכושר עבודה או מפני אבדן כושר השתכרות, וכן רכישת ביטוח חיים, והכל לתקופה ובסכום שיקבע בדרך האמורה;

(2) טיפול פסיכולוגי, בתנאים, לתקופה ובסכום שיקבע בדרך האמורה;

(3) חופשת החלמה, סמוך לאחר נטילת האבר, בתנאים, לתקופה ובסכום שיקבע בדרך האמורה.

(ב) תשלום והחזר כספי בעד הוצאות לפי סעיף זה ישולמו לתורם באמצעות המרכז להשתלות, לאחר נטילת האבר, ובלבד שהנתרם הוא תושב ישראל, ויש בידי התורם תעודה מאת המרכז להשתלות המעידה כי תרם מאבריו לשם ריפוי של אחר.

(ג) על אף הוראות סעיף קטן (א), רשאי השר, בהסכמת שר האוצר ובאישור ועדת העבודה הרווחה והבריאות של הכנסת, לקבוע החזר כספי בעד אבדן השתכרות, שאינו אחיד לכל התורמים.

(ד) בלי לגרוע מהוראות סעיפים קטנים (א) עד (ג), לעניין סעיף 8(א1)(2)(ג)(6) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, יראו תורם כחולה במחלה כרונית.

(ה) תשלום והחזר כספי בעד הוצאות לפי סעיף זה אינם ניתנים להעברה, לשעבוד או לעיקול.

הוקרה לתורם

23. (א) השר יעניק לתורם תעודת הוקרה בנוסח שיקבע.

(ב) תורם יהיה פטור מתשלום דמי כניסה לגנים לאומיים ולשמורות טבע כהגדרתם בחוק גנים לאומיים, שמורות טבע, אתרים לאומיים ואתרי הנצחה, התשנ"ח-1998, ולמקום מוסדר כהגדרתו בסעיף 42 לחוק העתיקות, התשל"ח-1978.