



## טופס הסכמה: קבלת עירווי דם או מרכיביו

עירווי דם או חלק ממרכיביו כגון תרכיז תאים אדומים, פלזמה טרייה, תרכיז טסיות דם, אלבומין, אימונוגלובולינים וקריופריציפיטט ניתנים למטופל הזקוק לכך בעירווי לווריד, בעת ניתוח או טיפול רפואי אחר, עקב חסר דם או אחד ממרכיביו.

הדם ו/או מרכיביו המיועדים לעירווי נאספים ונבדקים בקפדנות בהתאם לנוהלי משרד הבריאות. כמו כן נבדקת התאמת העירווי לגוף המטופל המקבל.

עם זאת קיים סיכון קטן ביותר לאי התאמה בין הדם ו/או מרכיביו וגוף המטופל וכתוצאה מכך עלולה להתרחש תגובה המתבטאת בחום, פריחה או צמרמורת. בתגובות אלו ניתן לטפל בהצלחה. לעיתים נדירות מתרחשת תגובה המוליטית אשר עלולה להיות קטלנית.

כמו כן, למרות העובדה שהכנת הדם ובדיקתו בבנק הדם מתבצעת בשיטות העדכניות ביותר לאיתור וירוסים קיים סיכוי קטן לכך שהדם ו/או מרכיביו יכילו וירוס העלול לחדור לגוף המטופל מבלי שיזוהה כזיהום במהלך תקופה של חודשים או שנים. הסיכון להידבק בצהבת נגיפית (וירלית) בדרך זו והסיכוי להידבק בנגיף הכשל החיסוני – קיימים אך נדירים.

עם זאת, הסיכון שלא לקבל דם ו/או מרכיביו בזמן ניתוח או טיפול רפואי עולה בהרבה על הסיכון בקבלת הדם ו/או מרכיביו. שם המטופל:

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר: _____			
<b>שם משפחה</b> <b>שם פרטי</b>			
על הצורך בקבלת דם ו/או מרכיביו לרבות על התוצאות המקוות, על הסיכונים הסבירים ועל דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, לרבות הסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מתהליכים אלו. הוסבר לי הצורך לדווח לצוות הרפואי אם מופיעים סימנים חריגים כלשהם תוך כדי מתן העירווי ומהם סימנים אלו. כמו כן ניתנה לי האפשרות לשאול שאלות על מתן הדם ו/או מרכיביו.			
<b>* עירווי דם ו/או מרכיביו באשפוז ובמחלקה לרפואה דחופה:</b> הנני מסכים/ה לקבלת עירווי דם ו/או מרכיביו והסכמתי זו תשמש כהסכמה לקבלת עירווי דם ו/או מרכיביו עד תום האשפוז הנוכחי, במידה והדבר יידרש לטיפול בי. אני יודעת/ומסכים/ה, כי קבלת עירווי הדם ו/או מרכיביו ייעשה ע"י מי שהדבר הוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות משרד הבריאות ובכפוף לחוק.			
<b>* עירווי דם ו/או מרכיביו במרפאה – שירות אמבולטורי:</b> הנני מסכים/ה לקבלת עירווי דם ו/או מרכיביו והסכמתי זו תשמש כהסכמה לקבלת עירווי דם ו/או מרכיבים נוספים במשך _____.			
מתאריך החתימה הנוכחית, במידה והדבר יידרש לטיפול בי. אני יודעת/ומסכים/ה, כי קבלת עירווי הדם ו/או מרכיביו ייעשה ע"י מי שהדבר הוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות משרד הבריאות ובכפוף לחוק.			
<b>* לא ידוע למטפל על התנגדות המטופל/אפוטרופוס/בא כוח לקבלת עירווי דם ו/או מרכיביו.</b>			
<b>יסומן בתנאי שאין אפשרות לקבל את הסכמת המטופל/אפוטרופוס/בא כוח.</b>			
תאריך	שעה	חתימת המטופל	
שם האפוטרופוס (קירבה למטופל)		חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)	
שם הרופא/ה (חותמת)		חתימת הרופא/ה	תאריך ושעה