

תאריך: _____

שאלון לתורם

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 מטה:

שם _____ טלפון _____

קופת חולים מבטחת _____

מייל _____

1. גיל: _____
2. מין: זכר/נקבה
3. גובה: _____
4. משקל: _____
5. סוג דם: _____
6. מצב משפחתי: _____
7. מספר וגיל הילדים: _____
8. שנות לימוד: _____
9. השכלה: _____
10. למי אתה מעוניין לתרום כליה?: _____
11. האם סבלת בעבר ממחלות כליה (כגון: דם בשתן, חלבון בשתן)? : לא/כן, פרט: _____
12. האם היו לך: **אבנים בכליות?** : לא/כן **סכרת:** לא/כן **לחץ דם:** לא/כן **סרטן:** לא/כן פרט: _____
13. **לנשים** שילדו- האם היה **סכרת בהריון:** לא/כן **לחץ דם בהריון:** לא/כן
14. האם אושפזת בבית חולים?: לא/כן, פרט: _____
15. האם עברת ניתוחים בעבר?: לא/כן, פרט: _____
16. האם יש לך ליקוי בתפקוד הלב?: לא/כן, פרט: _____
17. האם אתה סובל ממחלת ריאות (אסתמה, דום נשימה, שימוש ב-CPAP) : לא/כן

18. האם אתה סובל ממחלה כלשהיא אחרת? : לא/כן,
פרט: _____
19. האם נולדת לפני שבוע 36 של ההיריון? לא/כן ,
אם כן באיזה שבוע של ההיריון? _____ משקל לידה _____
20. האם נזקקת לטיפול פסיכולוגי? לא/כן
21. האם אתה לוקח תרופות? : לא/כן,
פרט: _____
22. האם אתה אלרגי? : לא/כן,
פרט: _____
23. האם אתה מעשן? : לא/כן, כמה שנים? _____ מספר סיגריות ליום? _____
24. האם עישנת בעבר? : לא/כן, כמה שנים? _____ מספר סיגריות ליום? _____
25. האם יש לך בני משפחה הסובלים מסכרת? : לא/כן,
פרט: _____
26. האם יש לך בני משפחה הסובלים ממחלת כליות או לחץ דם? : לא/כן,
פרט: _____
27. האם יש בני משפחה עם בעיות קרישה (חסימת ורידים ברגליים/הפליות חוזרות, צורך במדללי דם)? לא/כן,
פרט: _____
28. האם יש בני משפחה עם אבנים בכליות? לא/כן,
פרט: _____
29. מחלות סרטן במשפחה? פרט _____
30. **מכתב מסכם מרופא משפחה**

בתודה על שיתוף הפעולה,

מרפאת מועמדים להשתלה

בית חולים בילינסון

טלפון: 03-9376528

פקס: 03-9376473

BI2030078@clalit.org.il