



ברקוד:

טופס הצטרפות

חשוב: ההצטרפות למאגר לתורמי מח-עצם הינה חד-פעמית. אם נבדקת בעבר וחתמת על טופס הצטרפות אין להיבדק שנית!
ההצטרפות מוגבלת לגילאי **18-50** שנה בלבד.

חלק II : רקע רפואי

במידה ואחת התשובות לשאלות הבאות היא חיובית לא תוכלי, לצערנו, להצטרף למאגר לתורמי מח-עצם.

- האם נתת בעבר דגימת דם לצורך הצטרפות למאגר מח עצם?
 כן לא
- האם אתה חולה המופיליה או ידוע לך שאת/ה נשא של הגן?
 כן לא
- האם השתמשת בסמים בהזרקה, אפילו פעם אחת?
 כן לא
- האם חלית בצהבת בשנה האחרונה או שחלית בעבר בצהבת מסוג B או C (שאינה זיהומית)?
 כן לא
- האם סבלת מדיכאון או מחלת נפש שחייבו אשפוז?
 כן לא
- האם חלית אי פעם במחלה רצינית כמו: אדיסון, לופוס, תסמונת מרפן, טרשת נפוצה, מחלת קרון, אפילפסיה שאינה מאוזנת בכדורים, אמפיזמה, ראומטואיד ארטריטיס או פסוריאזיס קשה במיוחד?
 כן לא
- האם אתה סובל מאסטמה כרונית הדורשת טפול קבוע בתרופות?
 כן לא
- האם סבלת בעבר מכל סוג שהוא של סרטן? (למעט נגעים סרטניים בעור שהוצאו במלואם).
 כן לא
- האם סבלת בעבר משטף דם במוח (CVA), או שהנך משתמש באופן קבוע בתרופות נוגדות קרישה כמו: קומדין?
 כן לא
- האם אתה מטופל קבוע באינסולין?
 כן לא
- האם יש לך AIDS או שאתה נשא?
 כן לא
- האם עברת השתלת איבר כלשהו?
 כן לא
- האם עברת אירוע לבבי ומטופל בתרופות באופן קבוע?
 כן לא

חלק I : פרטים אישיים

שם משפחה _____
שם פרטי _____
שם באותיות לועזיות _____
אזרחות _____
מס' זהות | ____ / ____ / ____ | _____
כתובת _____
עיר _____ מיקוד _____
טלפון _____
נייד _____
טלפון נוסף לאיתור (חשוב) _____
דוא"ל (Email) _____
תאריך לידה (שנה/חודש/יום) _____ / _____ / _____
מין: זכר נקבה משקל: _____
מקום העבודה/לימודים _____
ארץ מוצא האב _____
ארץ מוצא האם _____
כתובת נוספת לאיתור: (חשוב ביותר) _____
שם _____
טלפון _____
כתובת _____

I. הנני מאשר/ת שהמידע שסיפקתי מדויק כמיטב ידיעתי.

II. הנני מסכים שתוצאות סווג הרקמות שלי יועברו למאגר תורמי מח-עצם ב"אורנית - עזר מציון" ולהוות תורם מח-עצם לכל אדם.

III. הריני מתיר לפנות לרשם האוכלוסין כדי לאתר או לעדכן את כתובתי בעתיד.

חתימה

תאריך

שם התחנה