

**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: \_\_\_\_\_