

טופס הסכמה לתורם: השתלת צואה Fecal microbial transplantation

מס' ת.ז. של התורם: _____

שם התורם: _____
כתובת: _____

השתלת צואה הינה פעולה בה מוזלף נוזל אשר הופק מצואה של אדם בריא (על פי שאלון סקר ובדיקות דם וצואה) אל מערכת העיכול העליונה או התחתונה של אדם חולה. הפעולה נערכת בעזרת אנדוסקופיה של מערכת העיכול או על ידי חוקן או זונדה.

מטרות הטיפול עבור הנתרם: להעביר אוכלוסיית מיקרואורגניזמים (חיידקים, וירוסים, פטריות וכד') מאדם בריא בכדי לשפר את בריאות האדם אשר בו מבצעים את הפעולה. ספציפית, הטיפול מאושר כיום לטיפול בזיהום עקשני של חיידק הקלוסטרידיום דיפצילה, אשר לא הגיב לטיפול אנטיביוטי חוזר. בנוסף, יעילות הטיפול נבחנת במחקרים בקבוצות חולים הסובלים ממחלות מעי דלקתיות, השמנה וסכרת ובמחלות רבות אחרות.

כתורם- תמלא שאלון לגבי מצב בריאותך, הרגלי חיים, יחסי מין בסיכון, נסיעות לחו"ל, שימוש בתרופות, והיסטוריה משפחתית של מחלות וכל מצב העשוי להשפיע על מצב בריאותך. במידה ותמצא מתאים, תעבור ראיון קצר על ידי רופא ולאחר מכן יינטלו בדיקות דם ובדיקות צואה המיועדות לאתר מצבים זיהומיים כגון- זיהומים במערכת העיכול, HIV, ודלקת של הכבד וכן מחלות מטבוליות כגון סכרת ומחלות אימוניות. במידה ותמצא מתאים- תתבקש להביא צואה טרייה בכלי אשר יסופק על ידנו במשך לפחות 10 ימים.

אם במהלך היותך תורם צואה- יחול שינוי במצב בריאותך או תחל לקחת תרופה חדשה כגון אנטיביוטיקה או פרוביוטיקה או תרופות נגד כאבים או תסע לחו"ל- עליך ליידע מיד את צוות השירות לבקטריותרפיה בכדי למנוע העברת מחלה למטופלים.

אני מסכים לתת תרומת צואה לשם שימוש בו כמפורט מטה.
אני מסכים בזה ומצהיר כי לא אהיה זכאי לקבל פרטים על זהות הנתרם/ים, וזהותו/ם תשאר חסויה.
כמו-כן שמי וזהותי או כל פרט אודותי לא יימסר לאף אדם וישאר חסוי אף הוא, למעט הצלבת נתונים אלה עם מרכז רישום ארצי של תורמים, באם תדרש.

לפי מיטב ידיעתי אני במצב בריאות תקין, אין לי כל מחלה מדבקת, אינני סובל מנכות פיזית או נפשית כלשהי, בין מורשת ובין כתוצאה ממחלה.

אני מוכן לעמוד בכל בדיקה רפואית הדרושה לשם קביעה אם ניתן להשתמש בצואתי כמפורט מטה. אני מוותר על הסודיות הרפואית כדי שהמרכז הרפואי סוראסקי תל אביב - המכון למחלות דרכי העיכול והכבד יוכל לעיין בכל חומר רפואי שלי.

אני מסכים לתת תרומת צואה לשימושים הבאים (יש לסמן את השימושים הנבחרים):

- ☐ במסגרת רפואית לטיפול בנתרם בלבד.
- ☐ במסגרת מחקרית למחקר שיאושר ע"י ועדת הסינטי של המרכז הרפואי סוראסקי תל אביב ו/או במוסד בו מבוצע המחקר.



○ לשימוש מסחרי עפ"י שיקול דעת המרכז הרפואי סוראסקי תל אביב, כלומר למכירה של התרומה או מקצתה למוסדות רפואיים אחרים או חברות מסחריות באופן אנונימי וללא שום אפשרות לזהות אותי.

אני מבין שמתן תרומת הצואה, ואף מתן תרומות חוזרות, אינו כרוך מבחינתי בשום סיכון או תופעת לוואי. במסגרת היותי תורם צואה לצורך טיפול במטופלים הסובלים מזיהום החיידק קלוסטרידיום דיפצילה, הוסבר לי, כי אתבקש לעבור, טרם מתן התרומה, תשאול ע"י רופא גסטרואנטרולוג, למלא שאלון סקר בריאות אחת לחודש כל עוד ממשיך לתרום צואה, ולעבור בירור מעבדתי הכולל בדיקות דם וצואה הבדוקות:

הפרעות באנזימי כבד ומזהמים שונים כגון וירוס HIV, צהבת, ג'יאורדיה וזיהומי מעיים נוספים או פרזיטים. בהתאם לנאמר לעיל הנני מתחייב להצהיר ולדווח על כל שינוי רלוונטי במצב בריאותי או בהרגליי בהתאם לשאלות המופיעות בסקר, כל עוד אני משמש כתורם צואה. הוסבר לי שעפ"י נהלי משרד הבריאות, תוצאה חיובית בבדיקת HIV או צהבת מחייבת דיווח למשרד הבריאות.

אני מצהיר/ה בזאת כי הוסבר לי ע"י ד"ר _____ כי אני חופשי/יה לבחור להפסיק את השתתפותי כתורם צואה בכל עת.

אני מצהיר כי ניתנה לי האפשרות לשאול שאלות וכי כל שאלותיי נענו.

תאריך	שעה	חתימת התורם

אני מאשר/ת שהסברתי בעל פה לתורם את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה מס' רישיון	חתימת הרופא/ה

תאריך: _____ מקום: _____ שעה: _____

חתימת תורם הצואה