



## עירוי דם – עלון למטופל

עירוי דם הינו תהליך של מתן דם (כדוריות דם אדומות) למטופלים הסובלים מירידה בריכוז ההמוגלובין בדם (אנמיה). כמו בכל הליך רפואי אחר, מקפיד בית החולים הרצליה מדיקל סנטר על סטנדרט טיפול גבוה, בהתאם להנחיות משרד הבריאות ובשיתוף עם בנק הדם.

### עירוי דם מהו? ומה מטרתו?

הדם, נוזל החיים, מורכב מ-99% תאי דם אדומים, אלה נותנים לו את צבעו האדום והמוכר, ומכילים את אחד החלבונים החשובים לקיומו של כל אדם: ההמוגלובין נושא את החמצן שאנו שואפים ולמעשה מאפשר את העברתו דרך מחזור הדם אל כל חלקי הגוף. הדם מכיל מרכיבים נוספים המעורים לעיתים למטופל במצב קליני שונה על פי החלטת הרופא.

ערכי המוגלובין תקינים בדמו של גבר הם 12-18 גרם לדציליטר, ואילו בדמה של אישה – 12-16 גרם לדציליטר. ירידה בערכים אלו אל מתחת לרמה התקינה, עשויה לגרום למספר תופעות בריאותיות אשר נכללות כולן תחת הגדרה אחת: **אנמיה**. בין התסמינים העיקריים של האנמיה ניתן למנות עייפות תמידית, כאבי ראש, סחרחורות, חיוורון ועוד.

כאשר ערכי ההמוגלובין יורדים מתחת ל-10 גרם לדציליטר, יש לעיתים צורך בהתערבות רפואית או במילים אחרות: יש לבצע עירוי דם. עירוי מעשיר את הדם בכדוריות דם אדומות, וכך מסייע להעלאת ערכי ההמוגלובין לרמה תקינה.

### כיצד מתבצע העירוי בפועל?

לאחר חתימתך המתבקשת על טופס הסכמה לביצוע עירוי הדם ובהתאם לתוצאות בדיקת ההמוגלובין והחלטת הרופא, יוחל תהליך עירוי הדם.

אל אחד הורידים הנגישים בגוף (לרוב הוריד שבאזור קפל המרפק) תוחדר מחט דקה וחלולה, דרכה יוזרם הדם אל הגוף משקית העירוי, בהדרגה ובזהירות.

יש לציין כי מנות הדם הניתנות במהלך העירוי מגיעות ממאגר של תרומות דם, אשר נקרא בנק הדם. כל מנה כזו נלקחת ונבדקת בהתאם להוראות משרד הבריאות, הן מבחינת התאמתה לסוג הדם של המטופל והן מבחינת איכותה.

### הערה:

הצוות הרפואי ישגיח על התהליך, אך חשוב לדווח אם את/חש/ה ברע או כאשר מופיע אחד מהתסמינים הבאים:

- כאב חד במקום כניסת המחט.
- חום.
- צמרמורות.
- הופעת סומק.
- כאבי גב.
- כאבים בבית החזה.
- פריחה בעור.

הופעת אחד מהתסמינים הללו יביא להפסקה מיידית של העירוי. בהתאם לבדיקה שיבצע הרופא, יוחלט כיצד לפעול בהמשך והאם לחדש.



הרצליה  
מדיקל  
סנטר

מדבקה

## טופס הסכמה לקבלת עירוי דם

עירוי דם או חלק ממרכיביו, כגון: תרכיז תאים אדומים, פלזמה טריה, תרכיז טסיות דם, אלבומין, אימונוגלובולינים וקריופריציפיטט ניתנים למטופל הזקוק לכך בעירוי לוריד, בעת ניתוח או טיפול רפואי אחר, עקב חוסר דם או אחד ממרכיביו.

הדם ו/או מרכיביו המיועדים לעירוי, נאספים ונבדקים בקפדנות בהתאם לנוהלי משרד הבריאות. כמו כן, נבדקת התאמת העירוי 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 אלה ניתן לטפל בהצלחה. לעתים 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. הסיכוי להידבק בצהבת נגיפית (ויראלית) 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:

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ שם האב \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת המטופל: \_\_\_\_\_

אני מצהיר/ה ומאשר/ת באמצעות טופס זה כי קראתי בעיון את המסמך המפורט, קיבלתי והבנתי את ההסבר המפורט בע"פ מד"ר / איש הצוות הרפואי:

שם הרופא/ איש הצוות הרפואי: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_



-2-

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 אלה. הוסבר לי, הצורך לדווח לצוות הרפואי אם מופיעים סימנים חריגים כלשהם, תוך כדי מתן העירו ומהם סימנים אלה, כמו כן ניתנה לי האפשרות לשאול שאלות על מתן הדם ו/או מרכיביו.

עירו דם ו/או מרכיביו במחלקות אשפוז, חדר ניתוח והתאוששות :

הנני מסכים/ה לקבלת עירו דם ו/או מרכיביו והסכמתי זו תשמש כהסכמה לקבלת עירו דם ו/או מרכיביו עם תום האשפוז הנוכחי. אני יודעת/ת ומסכים/ה, כי קבלת עירו הדם ו/או מרכיביו יעשה ע"י מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות של בית החולים ובכפוף לחוק. וכי האחראי יהיה ד"ר:

שם הרופא

X	09:33	12/03/2017
חתימה	שעה	תאריך
חתימת האפוטרופוס ( במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש )	קרבת האפוטרופוס	שם האפוטרופוס

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה / לאפוטרופוס של החולה\* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא / איש הצוות הרפואי: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

- טופס זה הינו חלק מעלון הסבר בנושא עירו דם, שנשאר בידי המטופל.