



שאלון אנמנזה רפואית לבנק דם טבורי ציבורי

תאריך _____ בדוק ע"י _____

מדבקת אשפוז

מדבקת ברקוד אדום

תולדות ההיריון

מס' הריונות (כולל הנוכחי): _____ מס' לידות (עובר חי): _____ מס' הפלות: _____ מס' לידות של עובר מת: _____

האם עברת הפלה בשל תוצאות בדיקה טרום לידתית לא תקינה: ☐ לא ☐ כן

אם כן, איזה הבדיקה לא היתה תקינה? _____

האם תרמת דם טבורי בעבר? ☐ כן ☐ לא ☐ לא בטוחה אם כן, מתי? _____

האם בצעת מעקב הריון? ☐ כן ☐ לא אם כן, ע"י: ☐ רופא פרטי ☐ שם המרפאה _____ שם הרופא: _____

האם אובחן זיהום? ☐ כן ☐ לא אם כן, מה הייתה האבחנה? _____

האם סבלת מסכרת הריון? ☐ כן ☐ לא ☐ בהריון הנוכחי ☐ בהריון קודם הטיפול: _____

בדיקה על-קולית (U.S.) ☐ כן ☐ לא אם כן, תאריך: _____ עובר אחד ☐ תאומים ☐ יותר

בדיקות עובריות ☐ לא ☐ דיקור מי שפיר ☐ ביופסיה, CT שלייה סיבת ביצוע הבדיקה _____

האם נטלת תרופות, מלבד ויטמינים, במהלך ההיריון? _____

הערות: _____

שם רופא הילדים (של התינוק)/קופ"ח וסניף: _____ מס' טל': _____

נתונים דמוגרפיים

שם האם _____ שם משפחה: _____ ת.ז. _____

כתובת _____

תאריך לידה _____ מס' טלפון _____

היסטוריה רפואית של האם

- האם תרמת אי פעם או התכוונת לתרום דם טבורי והשתמשת בשמן הנוכחי, או בשם אחר, לבנק דם טבורי זה או אחר? ☐ כן ☐ לא
- האם נדחת כתורמת אי פעם או שנאמר לך לא לתרום דם מכל סיבה שהיא? ☐ כן ☐ לא
א. אם כן, מדוע? _____
- האם השתמשת באחת או יותר מהתרופות הבאות?
א. אינסולין המופק מבקר (פרה, שור) מאז 1980. ☐ כן ☐ לא
ב. גדילה היפופיזיארית אי פעם. ☐ כן ☐ לא
ג. חיסון נגד כלבת בשנה האחרונה. ☐ כן ☐ לא
- ב-8 השבועות האחרונים, האם קיבלת זריקות או חיסונים כלשהם? ☐ כן ☐ לא
א. אם כן, נא פרטי: _____
- ב-12 השבועות האחרונים, האם באת במגע עם אדם שחוסן נגד אבעבועות שחורות? (דוגמאות של מגע כוללות אינטימיות פיזית, מגע עם מקום החיסון, מגע עם תחבושות או כיסוי של מקום החיסון, או טיפול בלבוש או במצעים שבאו במגע עם מקום חיסון בלתי חבוש)
☐ כן ☐ לא
- ב-4 החודשים האחרונים, האם חווית אחד או יותר מהבאים: חום ($>100.5^{\circ}\text{F}$ or 38.0°C), כאב ראש, חולשת שרירים, פריחה בעור, בלוטות לימפה נפוחות? ☐ כן ☐ לא
אילו סימפטומים ומתי? _____
- האם לקית אי פעם בכל סוג של סרטן, כולל לויקמיה? ☐ כן ☐ לא



שאלון אנמנזה רפואית לבנק דם טבורי ציבורי

8. ב-5 השנים האחרונות, האם סבלת מבעיית דימום, כגון המופיליה או חסרים אחרים בפקטורי קרישה, וטופלת בגורמי קרישה מרוכזים שמקורם מאדם? _____	כן ☐ לא ☐
9. האם לקית בקדחת הנילוס במהלך הריוןך? _____	כן ☐ לא ☐
10. האם אובחנת כבעלת הפטיטיס ויראלית לאחר גיל 11 שנים? _____	כן ☐ לא ☐
11. האם לקית אי פעם במחלת Babesiosis, Chagas או Leishmaniasis? _____	כן ☐ לא ☐
12. האם את או מישוה מבני משפחתך (קרבת דם) אובחן אי פעם כסובל מ- (CJD) Creutzfeldt-Jakob Disease, דמנציה או האם יש לך מחלה ניוונית של מערכת העצבים שסיבתה לא נקבעה? _____	כן ☐ לא ☐
13. האם מישוה מבני משפחתך (קרבת דם) אובחן אי פעם כסובל מ- (CJD) Creutzfeldt-Jakob Disease או שנאמר לך שלמשפחתך סיכון גבוה ל- CJD? _____	כן ☐ לא ☐
14. האם קיבלת אי פעם שתל של קרום הדורה (ציפוי של המוח)? _____	כן ☐ לא ☐
15. האם קיבלת אי פעם שתל או עברת תהליך רפואי שכלל חשיפה לתאים חיים, רקמות או איברים מחיה? _____	כן ☐ לא ☐
16. האם גרת או באת במגע מיני עם מישהו שעבור השתלה או תהליך רפואי אחר שכלל חשיפה לתאים חיים, רקמות או איברים מחיה? _____	כן ☐ לא ☐
17. ב-3 השנים האחרונות, האם לקית במלריה? _____	כן ☐ לא ☐
18. ב-3 השנים האחרונות, האם עזבת את גבולות ישראל? _____	כן ☐ לא ☐
א. אם כן, תארי לאן, מתי ולכמה זמן: _____	
19. ב-12 החודשים האחרונים, האם קיבלת עירוי דם? _____	כן ☐ לא ☐
20. ב-12 החודשים האחרונים, האם עברת השתלה או השתלת רקמה כגון: השתלת איבר, מוח עצם, תאי אב, רשתית, עצמות או רקמה אחרת? _____	כן ☐ לא ☐
21. ב-12 החודשים האחרונים, האם עשית קעקוע או ניקוב (פירסינג) באוזן, בעור או בגוף? _____	כן ☐ לא ☐
22. האם נעשה שימוש במכשירים, מחטים או דיו לא סטריליים? _____	כן ☐ לא ☐
23. ב-12 החודשים האחרונים, האם נדקרת בטעות ממחט או באת במגע עם דם של אדם אחר דרך פצע פתוח, עור לא מחובר, או ממברנה מוקזית (לדוגמה, עם העיניים שלך, הפה וכו')? _____	כן ☐ לא ☐
24. ב-12 החודשים האחרונים, האם טופלת במחלה המועברת מינית, כולל סיפיליס? _____	כן ☐ לא ☐
25. ב-12 החודשים האחרונים, האם נתת כסף, סמים או תשלום אחר למישהו שיקיים איתך יחסי מין? _____	כן ☐ לא ☐
26. ב-12 החודשים האחרונים, האם קיימת יחסי מין עם מישהו שקיבל כסף, סמים או תשלום אחר בתמורה למין ב-5 השנים האחרונות? _____	כן ☐ לא ☐
27. ב-12 החודשים האחרונים, האם באת במגע מיני או גרת עם אדם שלקה בהפטיטיס ויראלי כרוני? _____	כן ☐ לא ☐
28. ב-12 החודשים האחרונים, האם באת במגע מיני, אפילו פעם אחת, עם אדם הצורך סמים, סטרואידים, או כל דבר אחר ע"י שימוש במחטים שלא עפ"י מרשם רופא ב-5 השנים האחרונות? _____	כן ☐ לא ☐
29. ב-12 החודשים האחרונים, האם באת במגע מיני עם גבר שבא במגע מיני עם גבר אחר, אפילו פעם אחת, ב-5 השנים האחרונות? _____	כן ☐ לא ☐
30. ב-12 החודשים האחרונים, האם באת במגע מיני, אפילו פעם אחת, עם אדם שטופל בגורמי קרישה מרוכזים שמקורם באדם בשל בעיות קרישה כגון המופיליה ב-5 השנים האחרונות? _____	כן ☐ לא ☐
31. ב-12 החודשים האחרונים, האם באת במגע מיני, אפילו פעם אחת עם אדם החולה באיידס או נשא חיובי של וירוס האיידס? _____	כן ☐ לא ☐
32. ב-12 החודשים האחרונים, האם האת במעצר או בכלא במשך יותר מ-72 שעות ברציפות? _____	כן ☐ לא ☐
33. ב-5 השנים האחרונות, האם קיבלת כסף, סמים או תשלום אחר עבור מין? _____	כן ☐ לא ☐
34. ב-5 השנים האחרונות, האם השתמשת במחט, אפילו פעם אחת, על מנת להזריק סמים, סטרואידים, או כל דבר אחר ללא מרשם רופא? _____	כן ☐ לא ☐
35. האם את חולה באיידס או נשאת חיובית לוורוס האיידס (כולל בדיקות סריקה)? _____	כן ☐ לא ☐



שאלון אנמנזה רפואית לבנק דם טבורי ציבורי

36. האם יש לך אחד מהבאים:

א. הזעה לא מוסברת בלילה? ☐ כן ☐ לא

ב. כתמים כחולים או סגולים על או מתחת לעור או לריריות? ☐ כן ☐ לא

ג. ירידה לא מוסברת במשקל? ☐ כן ☐ לא

ד. שלשול קבוע מסיבה לא ידועה? ☐ כן ☐ לא

ה. שיעול או קוצר נשימה לא מוסברים? ☐ כן ☐ לא

ו. עליית חום לא מוסברת מעל ל- 38°C ל- 10 ימים או יותר? ☐ כן ☐ לא

ז. כתמים לבנים או פצעים בפה שאינם מוסברים? ☐ כן ☐ לא

ח. גושים בצוואר, בבית השחי או במפשעה הנמשכים יותר מחודש? ☐ כן ☐ לא

ט. זיהומים כלשהם בזמן ההריון? ☐ כן ☐ לא

37. האם אובחנת פעם כנשאית חיובית לוורוס ה- HTLV (כולל בדיקות סריקה) או שסבלת מחולשה בלתי מוסברת (שיתוק חלקי בגפיים התחתונות)? ☐ כן ☐ לא

38. האם את מודעת לעובדה שאם יש לך איידס, יש ביכולתך להעביר את הנגיף, גם אם את מרגישה טוב וגם אם יש לך תשובה שלילית לבדיקת איידס? ☐ כן ☐ לא

39. מאז 1980, האם אי פעם גרת או טיילת בארצות הנחשבות לבעלות סיכון הדבקה במחלת (Creutzfeldt-Jakob Disease) (CJD) (ראי טבלת ארצות מטה)? ☐ כן ☐ לא

40. בין השנים 1980 עד 1996, האם בילית יותר מ- 3 חודשים בבריטניה (אנגליה, צפון אירלנד, סקוטלנד, וילס, איי התעלה, גיברלטר, איי פוקלנד או the Isle of Man)? ☐ כן ☐ לא

41. מאז 1980, האם קיבלת עירוי דם או מוצרי דם בזמן שהותך בבריטניה או בצרפת? ☐ כן ☐ לא

42. מאז 1980, האם בילית יותר מ- 5 שנים בבריטניה, כולל הזמן שבין השנים 1980 ו- 1996, באחת מארצות הנחשבות לבעלת סיכון הדבקה במחלת (Creutzfeldt-Jakob Disease) (CJD) (ראי טבלת ארצות מטה)? ☐ כן ☐ לא

43. בין השנים 1980 עד 1990, האם שירתת או היית שכירה או בצבא ארצות הברית? ☐ כן ☐ לא

44. בין השנים 1980 עד 1990, האם בילית יותר מ- 6 חודשים בבסיס צבאי בבלגיה, הולנד, או גרמניה? ☐ כן ☐ לא

45. בין השנים 1980 עד 1996, האם בילית יותר מ- 6 חודשים בבסיס צבאי בספרד, פורטוגל, טורקיה, איטליה או יוון? ☐ כן ☐ לא

46. האם נבדקת למחלת ה- HIV1/2+0? ☐ כן ☐ לא

47. מאז 1977, האם נולדת, גרת או טיילת באחת מהמדינות האפריקאיות המצויות למטה? ☐ כן ☐ לא

48. במהלך שהותך באחת מהמדינות האפריקאיות המצויות למטה, האם קיבלת עירוי דם או טיפול רפואי אחר הכולל מוצרי דם? ☐ כן ☐ לא

49. מאז 1977, האם קיימת מגע מיני עם אדם אשר נולד או גר במדינה אפריקאית? ☐ כן ☐ לא

הפניה לשאלות 39 & 42: מדינות המוגדרות כאירופה		
אלבניה	אירלנד	ספרד
אוסטריה	איטליה	שוודיה
בלגיה	ליכטנשטיין	שווייץ
בוסניה-הרצגובינה	לוקסמבורג	
בולגריה	מקדוניה	בריטניה (אנגליה, צפון אירלנד, סקוטלנד, וילס, איי התעלה, גיברלטר, איי פוקלנד או the Isle of Man)
קרואטיה	הולנד	יוגוסלביה (רפובליקה פדרלית של קוסובו), מונטנגרו, סרביה
צ'כיה	נורבגיה	
דנמרק	פולין	
פינלנד	פורטוגל	
צרפת	רומניה	
גרמניה	סאן מרינו	
יוון	סלובקיה	
הונגריה	סלובניה	

הפניה לשאלות 47-49: מדינות אפריקאיות		
קמרון	קונגו	ניג'ר
הרפובליקה המרכז אפריקאית	גינאה	ניגריה
צ'אד	גאבון	סנגל
בנין	זמביה	טוגו
		קניה



שאלון אנמנזה רפואית לבנק דם טבורי ציבורי

היסטוריה משפחתית	
1. האם את ו/או אבי התינוק מאומצים?	כן ☐ לא ☐
א1. אם כן, האם ההיסטוריה המשפחתית עבורך ו/או עבור אבי התינוק זמינה?	כן ☐ לא ☐
2. האם את ואבי התינוק קרובי משפחה שלא עפ"י נישואים (כולל דודים מדרגה ראשונה)?	כן ☐ לא ☐
3. האם ההיריון הנוכחי הוא תוצאה של תרומת ביצית או זרע?	כן ☐ לא ☐
א3. אם כן, האם השאלון עם ההיסטוריה הרפואית זמינה עבור התורם?	כן ☐ לא ☐
4. האם הייתה לך בדיקה טרום לידתית בלתי תקינה (בדיקת מי שפיר, בדיקות דם, אולטראסאונד)?	כן ☐ לא ☐
א4. אם כן, מהי הבדיקה הלא תקינה?	_____
ב4. מה הייתה התוצאה של הבדיקה הלא תקינה?	_____
ג4. מהו האבחון שהתקבל (פרטי)?	_____
5. האם אחד מילדיך נפטר לפני גיל 10?	כן ☐ לא ☐
א5. אם כן, מה הייתה הסיבה?	_____
6. האם נולד לך פעם עובר מת?	כן ☐ לא ☐
א6. אם כן, מה הייתה הסיבה?	_____
7. האם את, אבי התינוק, או האחים של התינוק לוקים באחד מסוגי הסרטנים או הלוקמיות המצוינים מטה?	כן ☐ לא ☐
אם כן, נא פרטי.	_____
אם לא, דלגי לשאלה 8.	
סרטן מערכת העצבים או המוח	כן ☐ לא ☐
סרטן עצמות או מפרקים	כן ☐ לא ☐
סרטן כליה (כולל סרטן שקשור לכליות)	כן ☐ לא ☐
סרטן בלוטת התריס	כן ☐ לא ☐
לימפומה ע"ש הודג'קין	כן ☐ לא ☐
לימפומה שלא הודג'קין	כן ☐ לא ☐
לויקמיה מיילואאידית / מיילוגנית אקוטית או כרונית	כן ☐ לא ☐
לויקמיה לימפוציטית / לימפובלסטית אקוטית או כרונית	כן ☐ לא ☐
סרטן עור	כן ☐ לא ☐
סרטן אחר / לויקמיה (צייני סוג במקרה וידוע)	כן ☐ לא ☐
האם את, אבי התינוק או קרובי משפחה מדרגה ראשונה של התינוק לוקים במחלת דם (כולל מחלות של כדוריות הדם האדומות, מחלות של כדוריות הדם הלבנות, חסרים אימוניים, ו/או מחלות של טסיות)?	כן ☐ לא ☐
אם כן, נא פרטי.	_____
8. מחלות על רקע פגיעה בכדוריות האדומות	
תסמונת ע"ש בלקפנד דיאמונד	כן ☐ לא ☐
אליפטוציטוזיס	כן ☐ לא ☐
G6PD או כל פגם אנזימי אחר של כדוריות הדם האדומות	כן ☐ לא ☐
ספרוציטוזיס	כן ☐ לא ☐
9. מחלות על רקע פגיעה בכדוריות הלבנות	
מחלה גרנולומטוטית כרונית (CGD)	כן ☐ לא ☐
סינדרום קוסטמן	כן ☐ לא ☐
סינדרום שבצ'מן – דיאמונד	כן ☐ לא ☐
חסר באדהזיית לויקוציטים (LAD)	כן ☐ לא ☐
10. מחלות על רקע כשל חיסוני	
כשלון חיסוני משולב על רקע מחסור באנזים ADA או PNP	כן ☐ לא ☐



שאלון אנמנזה רפואית לבנק דם טבורי ציבורי

כשלון חיסוני משולב (CID), מחלת כשל חיסוני נפוצה (CVID)	☐ כן ☐ לא
תסמונת ע"ש דיג'ורג	☐ כן ☐ לא
לימפומהיסטיוציטוזיס המופאוגציטי תורשתי (HLH) או FEL	☐ כן ☐ לא
היפוגלובולינמיה	☐ כן ☐ לא
תסמונת ע"ש נולדוף	☐ כן ☐ לא
כישלון חיסוני משולב חמור (SCID)	☐ כן ☐ לא
תסמונת ע"ש ויסקוט - אלדריץ'	☐ כן ☐ לא
11. מחלות על רקע פגיעה בטסיות	
טרומבוציטופניה אמגהקריטית	☐ כן ☐ לא
מחלה ע"ש גלנזמן	☐ כן ☐ לא
טרומבוציטופניה תורשתית	☐ כן ☐ לא
מחלה של מאגר טרומבוציטים	☐ כן ☐ לא
Thrombocytopenia with absent radii (TAR)	☐ כן ☐ לא
אטקסיה - טלנגיאקטסיה	☐ כן ☐ לא
אנמיה ע"ש פנקוני	☐ כן ☐ לא
12. מחלות או הפרעות דם אחרות	☐ כן ☐ לא
13. האם את, אבי התינוק או קרובי משפחה מדרגה ראשונה של התינוק לוקים במחלת חרמש, כגון אנמיה חרמשית או טלסמיה חרמשית?	☐ כן ☐ לא
14. האם את, אבי התינוק או קרובי משפחה מדרגה ראשונה של התינוק לוקים בטלסמיה, כגון אלפא טלסמיה או בטא טלסמיה?	☐ כן ☐ לא
15. האם את, אבי התינוק או קרובי משפחה מדרגה ראשונה של התינוק לוקים במחלה מטבולית / מחלת אגירה?	☐ כן ☐ לא
אם כן, נא פרטי. אם לא, דלגי לשאלה 16.	
סינדרום הרלר (MPS I)	☐ כן ☐ לא
סינדרום הרלר - שאייה	☐ כן ☐ לא
סינדרום הנטר (MPS II)	☐ כן ☐ לא
סינדרום סאן - פיליפו (MPS III)	☐ כן ☐ לא
סינדרום מורקווי (MPS IV)	☐ כן ☐ לא
סינדרום מרוטאקס - למי (MPS VI)	☐ כן ☐ לא
סינדרום סלי (MPS VII)	☐ כן ☐ לא
מחלת I Cell	☐ כן ☐ לא
לויקודיסטרופיה גלובויידית (מחלת קרבה)	☐ כן ☐ לא
לויקודיסטרופיה מטכרומטית (MLD)	☐ כן ☐ לא
אדרנולויקודיסטרופיה (ALD)	☐ כן ☐ לא
מחלת סנדהוף	☐ כן ☐ לא
מחלת טיי - זקס	☐ כן ☐ לא
מחלת גאוצ'ר	☐ כן ☐ לא
מחלת ניימן - פיק	☐ כן ☐ לא
פורפיריה	☐ כן ☐ לא
מחלות מטבוליות / אגירה אחרות	☐ כן ☐ לא
16. האם לך, לאבי התינוק או לאחים של התינוק יש HIV / AIDS?	☐ כן ☐ לא
17. האם את לוקה בהפרעה אוטואימונית חמורה?	☐ כן ☐ לא
אם כן, נא פרטי. אם לא, דלגי לשאלה 18.	
מחלת קרון או קוליטיס כיבי	☐ כן ☐ לא
לופוס	☐ כן ☐ לא
טרשת נפוצה (MS)	☐ כן ☐ לא



שאלון אנמנזה רפואית לבנק דם טבורי ציבורי

ארטריטיס ראומטואידי	☐ כן ☐ לא
18. האם את, אבי התינוק או האחים של התינוק לוקים בהפרעה אחרת של מערכת החיסון?	☐ כן ☐ לא
19. האם את, אבי התינוק או קרובי משפחה מדרגה ראשונה של התינוק היו זקוקים אי פעם לעירוי דם כרוניים?	☐ כן ☐ לא
20. האם את, אבי התינוק או קרובי משפחה מדרגה ראשונה של התינוק לקו אי פעם באנמיה המוליטית?	☐ כן ☐ לא
21. האם את, אבי התינוק או קרובי משפחה מדרגה ראשונה של התינוק עברו הסרת טחול במטרה לטפל בהפרעת דם?	☐ כן ☐ לא
22. האם את, אבי התינוק או קרובי משפחה מדרגה ראשונה של התינוק עברו הסרת כיס מרה לפני גיל 30?	☐ כן ☐ לא
23. האם את, אבי התינוק או קרובי משפחה מדרגה ראשונה של התינוק לקו אי פעם במחלת קרויצפלד – יעקוב?	☐ כן ☐ לא
24. האם את, אבי התינוק או קרובי משפחה מדרגה ראשונה של התינוק לקו אי פעם במחלה חמורה אחרת מסכנת חיים המשפיעה על המשפחה? אם כן, נא פרטי את חברי המשפחה שהושפעו וסוג המחלה:	☐ כן ☐ לא
25. בהיענותך על שאלות אלה, האם ענית גם לגבי משפחתך וגם לגבי משפחת אבי התינוק?	☐ כן ☐ לא

מוצא - רקע אתני

קוד הארץ	שם הארץ	מוצא האב	מוצא האם	סב (מצד האב)	סבתא (מצד האב)	סב (מצד האם)	סבתא (מצד האם)
אשכנזים							
01	אמריקה						
02	אירופה						
03	רוסיה אירופאית						
04	אוסטרליה						
05	דרום אפריקה						
צפון אפריקה							
06	לוב						
07	מרוקו						
08	אלגיריה						
09	טוניסיה						
10	מצרים						
מזרח הקרב							
11	עירק						
12	פרס/אפגניסטן/בוכרה						
13	סוריה/לבנון						
ספרדים אחרים							
14	איטליה						
15	ספרד						
16	יוון						
17	בולגריה						
18	טורקיה						
19	רוסיה-אסיה (גרזיה/קווקז/אסיה אחר)						
אחרים							
20	הודו						
21	תימן						
22	אתיופיה						
23	לא ידוע						

במקרה של הופעת מחלה היכולה לפגוע במערכת האימונית או מחלת דם אחרת, נא טלפן אל בנק הדם הטבורי 5305780 – 03, היות והמחלה עלולה לפגוע בילד המקבל את הדם הטבורי בהשתלה.

תאריך _____ חתימה _____