

**תלמידים, מחנכים, הורים.**

אנו פונים אליכם בקריאה להצטרף לשורות תורמי הדם בישראל. ערויי הדם הם מרכיב חיוני ברפואה המודרנית. צריכת הדם בבתי החולים בישראל עולה בהתמדה בשנים האחרונות, הן בעקבות גידול האוכלוסייה, והן בשל התפתחות שיטות חדשות ברפואה היכולות להציל חיים ולשפר את איכותם, והמותנות בעירוי דם ומרכיביו.

מקור הדם בישראל הוא מתרומות הדם הניתנות **בהתנדבות בלבד**. שירותי הדם של מד"א מתרימים כ-260,000 מנות דם בשנה, אולם גם כמות זו אינה מספקת את הדרישות ההולכות וגדלות. אדם בריא יכול לתרום דם 3-4 פעמים בשנה. לדאבונו לא כל האוכלוסייה המסוגלת לתרום דם עושה זאת, וכתוצאה מכך אנו נתקלים בקשיים גדולים בהשגת כמויות הדם הנדרשות למערכת הבריאות בישראל, ברגיעה ובשעת חרום.

במסגרת מאמצינו לגיוס תורמי דם ולהגברת תודעת תרומת הדם בציבור בישראל, ובעקבות יוזמה ראשונית של **עמותת ארגון תורמי דם מתנדבים**, אנחנו פונים למורי ולתלמידי כיתות י"ב בבתי הספר התיכוניים, בברכת משרד החינוך, להצטרף למאמץ ההומנטרי.

יכולים לתרום דם תלמידים מגיל 17 ומעלה, כאשר עד גיל 18 דרושה הסכמת ההורים. תרומת הדם מאפשרת לנו להציל חיי חולים הזקוקים לו, וגם מקנה לתורם ולמשפחתו ביטוח דם מלא לשנה. זכאים להיכלל בביטוח-הורים, סבא וסבתא, אחים ואחיות עד גיל 18 (וכן בן/בת זוג, וילדים עד גיל 18 אם התורם הוא בעל משפחה).

דוגמת שאלון לתורם הדם נמצאת מעבר לדף לעיונכם.

נציין שמנות ודגימות מתורמים מתחת לגיל 18 לא תיועדנה למחקר רפואי. תרומת דם תתבצע במסגרת ביה"ס בעתיד הקרוב.

מחנכים ותלמידים - אנא, ראו בתרומת הדם משימה הומנטרית והצטרפו למעגל תורמי הדם! ההורים - אנו מבקשים את אישורכם לתרומת הדם של בן/בת הרוצים בכך והם למטה מגיל 18. אנו מזמינים גם אתכם להצטרף אל מעגל תורמי הדם, ונשמח לראותכם, אם תוכלו, תורמים בביה"ס יחד עם ילדכם. או בכל מועד אחר הנוח לכם בנקודות התרמת הדם של מד"א הפועלות בסניפי מד"א השונים. מקומות ושעות - ניתן לברר בטלפון: 03-5300400, בקו "הירוק": 1-800-400-101, באתר מגן דוד אדום: www.mdais.org ובאפליקציית מד"א בטלפונים חכמים. **ביום התרומה יש להצטייד בתעודה מזהה הכוללת מספר תעודת זהות ותמונה.** אנו מודים על הענותכם

בברכה

פרופ' אילת שנער
מנהלת שרותי הדם**אישור ההורים**

לכבוד

מרכז שרותי הדם

מגן דוד אדום בישראל

אני, גב' /מר _____ ת.ז. _____

אם/אב התלמיד _____ ת.ז. _____

שנולד בתאריך _____ / _____ / _____

מאשר(ת) שבני/בתי בריא(ה) ומסכים(ה) שיתרום/תתרום דם בהתנדבות.

ידוע לי שלתרומת הדם יכולות להיות תופעות לוואי (כגון התעלפות או שטף דם מוגבל באזור הדקירה) בשכיחות נמוכה.

תאריך: _____ חתימה: _____