

תאריך: _____

לכבוד

הרופא המטפל

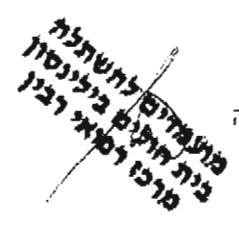
שלום רב,

הנדון: הכנה לתרומת כליה/ כבד

אבקש לבצע למר/וב' _____ את הבדיקות הבאות לבדיקת אפשרות לתרומת כליה:

1. סוג דם
2. כימיה: SMA הכולל תפקודי כליה וכבד
3. ספירת דם
4. בדיקת נשאות לנגיפי כבד: HIV, HCV, HBsAb, HbcAb, HBsAg
5. בדיקת אוזטרא-סאונד בטן (כבד וכליות)
6. בדיקת לחץ דם 3 X
7. בדיקת שתן לכללית ושתן לתרבית

בתודה על שיתוף הפעולה,



מרפאת מועמדים להשתלה
בי"ח בילינסון
מרכז רפואי רבין
03-9376528/6476

נא לשלוח את תוצאות הבדיקות לפקס מס': 03-9376473