

שאלון חקירה אפידמיולוגית – לפטוספירוזיס

תאריך מילוי השאלון: / / שנה חודש יום שם ותפקיד ממלא השאלון:	תאריך הודעה: / / שנה חודש יום שם הלשכה המדווחת:
-------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------

1. פרטים דמוגרפיים	
שם משפחה:	שם פרטי
מס' ת.ז. / דרכון	
מין:	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
תאריך לידה: / / שנה חודש יום	
כתובת מגורים:	יישוב: _____ רחוב: _____ מס' בית: _____
מס' טל בבית:	מס' טל נייד: _____ כמה זמן מתגורר בישוב: _____
לאום:	<input type="checkbox"/> יהודי <input type="checkbox"/> לא יהודי <input type="checkbox"/> עובד זר <input type="checkbox"/> תייר <input type="checkbox"/> אחר
ארץ לידה:	תאריך הגעה לישראל: / / שנה חודש יום
מבוגרים: מקום העבודה הנוכחי:	טל' בעבודה: _____ עיסוק: _____
ילדים: מקומות שהייה מחוץ לבית במהלך היום:	<input type="checkbox"/> גן <input type="checkbox"/> בית ספר כתובת גן / בי"ס: _____ מקומות אחרים עם שהייה ממושכת (לדוגמא: שדה פתוח, גן משחקים): _____

2. פרטי המחלה	
תאריך תחילת המחלה:	/ / שנה חודש יום
שם הרופא המטפל:	מס' טל': _____
אם אושפז בבית החולים:	תאריך האשפוז: / / מ שנה חודש יום עד / / שנה חודש יום
מצב בשחרור:	<input type="checkbox"/> הבריא <input type="checkbox"/> הופיעו סיבוכים <input type="checkbox"/> נפטר, תאריך פטירה: / / שנה חודש יום נא לצרף: (1) הודעת פטירה ו-(2) סיכום מחלה

3. סימנים קליניים:

חום:	ערך (הגבוה ביותר) ב- ⁰ C	למשך:	ימים	או	שבועות
צמרמורת:	כן <input type="checkbox"/>	לא <input type="checkbox"/>			לא ידוע <input type="checkbox"/>
חולשה:	כן <input type="checkbox"/>	לא <input type="checkbox"/>			לא ידוע <input type="checkbox"/>
כאבי ראש:	כן <input type="checkbox"/>	לא <input type="checkbox"/>			לא ידוע <input type="checkbox"/>
דלקת עיניים:	כן <input type="checkbox"/>	לא <input type="checkbox"/>			לא ידוע <input type="checkbox"/>
כאבי שרירים:	כן <input type="checkbox"/>	לא <input type="checkbox"/>			לא ידוע <input type="checkbox"/>
ממצא בשתן:	כן <input type="checkbox"/>	לא <input type="checkbox"/>			לא ידוע <input type="checkbox"/>
צהבת:	כן <input type="checkbox"/>	לא <input type="checkbox"/>			לא ידוע <input type="checkbox"/>
אחרים:	כן <input type="checkbox"/>	לא <input type="checkbox"/>			לא ידוע <input type="checkbox"/>

4. בדיקות עזר

ספירת דם

Hgb	Plt	WBC	תאריך
			/ / שנה חודש יום
			/ / שנה חודש יום

ביוכימיה

Creat	Urea	K	Na	תאריך
				/ / שנה חודש יום
				/ / שנה חודש יום

תפקודי כבד

Bil	Alk Phos	GGT	ALT (SGPT)	AST (SGOT)	תאריך
					/ / שנה חודש יום
					/ / שנה חודש יום

5. אבחון מעבדתי

בידוד לפטוספירה

אימות במעבדת ייחוס	שם המעבדה הראשונית	תאריך תשובה	תוצאה	סוג הדגימה	תאריך נטילת דגימה
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>		/ / שנה חודש יום	חיובי <input type="checkbox"/> שלילי <input type="checkbox"/>	דם	/ / שנה חודש יום
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>		/ / שנה חודש יום	חיובי <input type="checkbox"/> שלילי <input type="checkbox"/>	נוזל חוט שדרה	/ / שנה חודש יום

מיקרוסקופיה בשדה חשוך (Dark field microscopy)

אימות במעבדת ייחוס	שם המעבדה הראשונית	תאריך תשובה	תוצאה	סוג הדגימה	תאריך נטילת דגימה
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>		/ / שנה חודש יום	חיובי <input type="checkbox"/> שלילי <input type="checkbox"/>	דגימה קלינית	/ / שנה חודש יום

סרולוגיה (כייל נוגדנים גדול מ- 1:200)

אימות במעבדת ייחוס	שם המעבדה הראשונית	תאריך תשובה	תוצאה	סוג הדגימה	תאריך נטילת דגימה
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>		/ / שנה חודש יום	חיובי <input type="checkbox"/> שלילי <input type="checkbox"/>	נסיוב	/ / שנה חודש יום

כייל נוגדנים בשיטת MAT

אימות במעבדת ייחוס	תוצאה		תאריך נטילת דגימה	
	כייל 2 =	כייל 1 =	תאריך נסיוב 2:	תאריך נסיוב 1:
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>			/ / שנה חודש יום	/ / שנה חודש יום
	(הערה: אם ערך כייל 2 הוא לפחות פי 4 מערך כייל 1 משמעות התוצאה חיובית)		(הערה: בדיקת נסיוב 2 תבוצע בהפרש של 14-21 ימים לאחר ביצוע נסיוב 1)	

PCR

אימות במעבדת ייחוס	שם המעבדה הראשונית	תאריך תשובה	תוצאה	סוג הדגימה	תאריך נטילת דגימה
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>		/ / שנה חודש יום	חיובי <input type="checkbox"/> שלילי <input type="checkbox"/>	דגימה קלינית	/ / שנה חודש יום

שירותי בריאות הציבור – האגף לאפידמיולוגיה
(אוגוסט 2018)

6. חשיפה משוערת (קריטריונים אפידמיולוגיים)

1. חשיפה תעסוקתית	
	א. האם את/ה מטפל בבע"ח?
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
אם כן, האם היה לך מגע עם הפרשות בע"ח? (מלבד רוק) <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
אם כן, באיזו תדירות? <input type="checkbox"/> יומיומית <input type="checkbox"/> מזדמנת <input type="checkbox"/> לא ידוע	
האם את/ה משתמש במיגון אישי?	
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> באופן חלקי <input type="checkbox"/> לא ידוע	
אם כן, פרט: <input type="checkbox"/> מגפני גומי <input type="checkbox"/> סינר <input type="checkbox"/> כפפות <input type="checkbox"/> משקפי מגן	
ניתן לסמן יותר מאפשרות אחת	
	ב. האם באת במגע עם מים מזוהמים כגון: מי ביוב, בריכות דגים, אגם,
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> לא ידוע	
אם כן, מקור המים: <input type="checkbox"/> ביוב <input type="checkbox"/> בריכות דגים <input type="checkbox"/> אגם <input type="checkbox"/> נהר	
ניתן לסמן יותר מאפשרות אחת	
באיזו תדירות? <input type="checkbox"/> יומיומית <input type="checkbox"/> מזדמנת <input type="checkbox"/> לא ידוע	
	ג. (מיועד לעובדי בריאות): האם אתה עובד ב:
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	-מעבדה מיקרוביולוגית
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	-מחלקת אשפוז
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	-תחזוקה במוסד רפואי
-אחר פרט:	
	ד. האם ידוע לך על אנשים אחרים בסביבת עבודתך שסובלים מתסמינים דומים לשלך?
<input type="checkbox"/> כן, <input type="checkbox"/> לא	שם: _____
	כתובת: _____
	טל': _____

2. חשיפה למזון ומים

	א. האם בחודש האחרון אכלת מזון במקום ציבורי (כגון: מסעדה, דוכן לאוכל מהיר, פיקניק)
<input type="checkbox"/> כן, בתאריך / / שנה חודש יום	
אם כן, באיזו תדירות? <input type="checkbox"/> כל יום <input type="checkbox"/> באופן מזדמן <input type="checkbox"/> אף פעם <input type="checkbox"/> לא ידוע	
	ב. האם בחודש האחרון שתית משקה קר מאריזות (כגון: בקבוקים, פחיות, קופסאות קרטון ו/או מיצי פירות וירקות טריים)?
<input type="checkbox"/> כן, בתאריך / / שנה חודש יום	
אם כן, באיזו תדירות? <input type="checkbox"/> כל יום <input type="checkbox"/> באופן מזדמן <input type="checkbox"/> אף פעם <input type="checkbox"/> לא ידוע	
	ג. האם באת במגע עם מים (מתוקים) שלא נועדו לשתיה, שלא במסגרת העבודה (כגון: אגם / נהר / מי שיטפונות)?
<input type="checkbox"/> כן, בתאריך / / שנה חודש יום	
אם כן, באיזו תדירות? <input type="checkbox"/> כל יום <input type="checkbox"/> באופן מזדמן <input type="checkbox"/> אף פעם <input type="checkbox"/> לא ידוע	
	ד. האם ידוע לך על אנשים אחרים שאכלו/שתו באותם מקומות וסובלים מתסמינים דומים לשלך?
<input type="checkbox"/> כן, <input type="checkbox"/> לא	שם: _____
	כתובת: _____
	טל': _____

שירותי בריאות הציבור – האגף לאפידמיולוגיה
(אוגוסט 2018)

7. חשיפה בחו"ל	
<input type="checkbox"/> כן, בתאריך / / שנה חודש יום <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> לא ידוע	א. האם שהית בחו"ל בחודש האחרון?
אם כן, באיזו מדינה?	
לאיזו תקופה? למשך: ימים או שבועות	
האם באת במגע עם מיים שלא נועדו לשתייה (כגון: מי אגם / נהר)?	
<input type="checkbox"/> כן, בתאריך / / שנה חודש יום <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> לא ידוע	
האם היית במגע עם מי שיטפונות?	
<input type="checkbox"/> כן, בתאריך / / שנה חודש יום <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> לא ידוע	
<input type="checkbox"/> כן, בתאריך / / שנה חודש יום <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> לא ידוע	ב. האם במסגרת שהייתך בחו"ל השתתפת בפעילות ספורטיבית במים מתוקים (כגון: רפטינג, שיט בקנו או קייק, שחיה וכדומה)?
<input type="checkbox"/> כן, <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> לא ידוע	ג. האם היו איתך אנשים אחרים באותם אתרים אשר סובלים מתסמינים דומים לשלך?
<input type="checkbox"/> כן, <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> לא ידוע	שם: _____ כתובת: _____ טל': _____

-תודה על מילוי השאלון-

יש לשלוח את השאלון המלא והמסמכים הנלווים לאגף לאפידמיולוגיה, שירותי בריאות הציבור, רח' ירמיהו 39, משרד הבריאות, ירושלים

באמצעות הדואר כמסמך אלקטרוני או סרוק לכתובת: epidemdiv@moh.health.gov.il או לפקס: 02-5655950