

זיהום פולשני* הנגרם ע"י Haemophilus influenzae b

טופס חקירה

לשכת הבריאות _____ תאריך הדו"ח _____
שנה | חודש | יום

שם משפחה _____ שם פרטי _____ ת.ז. _____

כתובת _____ מס. טלפון _____

תאריך לידה _____ מין: ז / נ לאום: יהודי / לא יהודי
שנה | חודש | יום

ארץ לידה _____ ארץ לידת האב _____ שנת עליה של המשפחה _____

מס' בני המשפחה הגרים בדירה _____ מס' הילדים עד גיל 4 שנים _____ מס' חדרים בדירה _____

מוסד חינוכי** _____

1. נתונים אפידמיולוגיים:

תאריך התחלת המחלה _____ תאריך האישפוז*** _____
שנה | חודש | יום | שנה | חודש | יום

שם בית החולים _____ מהלך המחלה: הבריא _____ נפטר**** _____

תאריך הפטירה _____ האם בוצע נתיחה אחרי המוות: כן / לא
שנה | חודש | יום

אבחנה בשיחורר _____

האם קיבל חיסון נגד Hib: כן / לא
אם כן, מספר מנות _____ תאריכים _____

2. נתוני מעבדה:

מקור גילוי החיידק: נוזל חוט השדרה _____ דם _____ אחר _____

רגישות לאנטיביוטיקה: כן / לא
אם כן, פרט שם התרופה _____

* כגון: דלקת עוצבה חדה, אלח, אפיגלוטיטיס, לרינגיטיס, דלקת ראות, צוליטיס

** לילדים המבקרים במעונות/ גני ילדים

*** יש לשלוח סיכום מחלה

**** יש לצרף העתק תעודת פטירה

3. רקע רפואי של החולה*:

משקל לידה _____

מספר שבוע הריון בלידה _____

מחלות רקע (לסמן ב - V):

הערות	לא ידוע	לא	כן	מחלות רקע של החולה**
				ליקוי במערכת החיסון***
				מחלה כרומוסומלית / תורשתית
				הפרעות במערכת העצבים
				פיגור בהתפתחות****
				מחלה ממאירה
				מחלה אחרת

* לחולים שקיבלו 2 מנות או יותר של חיסון נגד Hib ולא לה שחלו בזיהום פולשני חוזר.

** נא, לציין בעמודה "הערות" את האבחנה המדויקת.

*** ליקוי במערכת החיסון כגון: חסר אימונוגלובולינים מסוג IgA, IgM, IgG (IgG₁, IgG₂).

**** כולל פיגור בהתפתחות ללא סיבה מוגדרת.

4. טיפול מונע למגעים:

א. טיפול תרופתי מונע (נא לציין את שם התרופה): _____

גיל (שנים) מקבלי הטיפול							סה"כ מקבלי הטיפול	מקום מתן הטיפול
18+	5-17	4	3	2	1	0		
								משפחה
								מעון, משפחתון, גן
								אחר

ב. מתן חיסון נגד זיהום הנגרם ע"י Hib למגעים:

גיל (שנים) מקבלי החיסון							סה"כ מקבלי החיסון	מקום מתן החיסון
18+	5-17	4	3	2	1	0		
								משפחה
								מעון, משפחתון, גן
								אחר

5. האם במשך 30 יום לאחר אבחון החולה, הופיע מקרה משנה עם זיהום פולשני ע"י Hib בין המגעים: כן / לא

אם כן:

שם	כתובת	גיל	תאריך התחלת המחלה	אבחנה	האם קיבל טיפול תרופתי מונע אחרי המגע	האם קיבל חיסון אחרי המגע

שם החוקר _____

תאריך החקירה _____