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** |
| **מס' ת. ז. / דרכון**        | **שם פרטי**  | **שם משפחה:**        |
| **תאריך לידה**     /    /     שנה חודש יום |  [ ]  **זכר**  [ ]  **נקבה** | **מין:**  |
| **מס' בית**:       | **רחוב:**       | **יישוב:**       | **כתובת מגורים:**  |
| **כמה זמן מתגורר בישוב:**        | **מס' טל נייד:**      -    | **מס' טל בבית:**           -   |
| [ ]  יהודי [ ]  לא יהודי [ ]  עובד זר [ ]  תייר [ ]  אחר |  | **לאום:** |
| **תאריך הגעה לישראל:**    /    /     שנה חודש יום | **ארץ לידה:**       |
| **עיסוק:**       | **טל' בעבודה:**      -    | ***למבוגרים:*** **מקום העבודה הנוכחי:** |
|  | ***לילדים*:** |
| [ ]  גן [ ]  בית ספר  **כתובת גן / בי"ס:**  | **מקומות שהייה מחוץ לבית במהלך היום:** |
| **מקומות אחרים עם שהייה ממושכת** (לדוגמא: שדה פתוח, גן משחקים)**:**       |  |
|  |  |
| **2. פרטי המחלה** |
|    /    /    שנה חודש יום | **תאריך תחילת המחלה:**  |
|  **מס' טל':**      -    |       | **שם הרופא המטפל:**  |
| **תאריך האשפוז:**  **מ**    /    /    **עד**    /    /     שנה חודש יום שנה חודש יום  | **אם אושפז בבית החולים:**  |
| [ ]  הבריא [ ]  הופיעו סיבוכים [ ]  נפטר, תאריך פטירה:    /    /     שנה חודש יום  **נא לצרף:** **1) הודעת פטירה ו-2) סיכום מחלה** | **מצב בשחרור:** |
|  | **3. סימנים קליניים:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **חום:**  | ערך (הגבוה ביותר) ב- 0C    .     | **למשך:**    ימים או    שבועות |
| **צמרמורת:**  | [ ]  כן | [ ]  לא | [ ]  לא ידוע |
| **חולשה:**  | [ ]  כן | [ ]  לא | [ ]  לא ידוע |
| **כאבי ראש:**  | [ ]  כן | [ ]  לא | [ ]  לא ידוע |
| **דלקת עיניים:**  | [ ]  כן | [ ]  לא | [ ]  לא ידוע |
| **כאבי שרירים:**  | [ ]  כן | [ ]  לא | [ ]  לא ידוע |
| **ממצא בשתן:**  | [ ]  כן | [ ]  לא | [ ]  לא ידוע |
| **צהבת:** | [ ]  כן | [ ]  לא | [ ]  לא ידוע |
| **אחרים:**  | [ ]  כן | [ ]  לא | [ ]  לא ידוע |
|  |  |  |  |
| **4. בדיקות עזר** |  |  |  |
| [ ]  **ספירת דם** |  |  |  |
| **תאריך**  | **WBC** | **Plt** | **Hgb** |
|    /    /    שנה חודש יום |       |       |       |
|    /    /    שנה חודש יום |       |       |       |
|  |  |  |  |
| [ ]  **ביוכימיה** |  |  |  |
| **תאריך**  | **Na** | **K** | **Urea** | **Creat** |
|    /    /    שנה חודש יום |       |       |       |       |
|    /    /    שנה חודש יום |       |       |       |       |
|  |  |  |  |  |
| [ ]  **תפקודי כבד** |  |  |  |  |
| **תאריך**  | **AST (SGOT)** | **ALT (SGPT)** | **GGT** | **Alk Phos** | **Bil** |
|    /    /    שנה חודש יום |       |       |       |       |       |
|    /    /    שנה חודש יום |       |       |       |       |       |
|  |
| **5. אבחון מעבדתי**  |  |  |  |

[ ]  **בידוד לפטוספירה**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **תאריך נטילת דגימה** | **סוג הדגימה** | **תוצאה** | **תאריך תשובה** | **שם המעבדה הראשונית** | **אימות במעבדת ייחוס** |
|    /    /    שנה חודש יום | דם  | [ ]  חיובי [ ]  שלילי |    /    /    שנה חודש יום |       | [ ]  כן [ ]  לא |
|    /    /    שנה חודש יום | נוזל חוט שדרה | [ ]  חיובי [ ]  שלילי |    /    /    שנה חודש יום |       | [ ]  כן [ ]  לא |

[ ]  **מיקרוסקופיה בשדה חשוך (Dark field microscopy)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **תאריך נטילת דגימה** | **סוג הדגימה** | **תוצאה** | **תאריך תשובה** | **שם המעבדה הראשונית** | **אימות במעבדת ייחוס** |
|    /    /    שנה חודש יום | דגימה קלינית  | [ ]  חיובי [ ]  שלילי |    /    /    שנה חודש יום |       | [ ]  כן [ ]  לא |

[ ]  **סרולוגיה**  (כייל נוגדנים גדול מ- 1:200)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **תאריך נטילת דגימה** | **סוג הדגימה** | **תוצאה** | **תאריך תשובה** | **שם המעבדה הראשונית** | **אימות במעבדת ייחוס** |
|    /    /    שנה חודש יום | נסיוב  | [ ]  חיובי [ ]  שלילי |    /    /    שנה חודש יום |       | [ ]  כן [ ]  לא |

[ ]  **כייל נוגדנים בשיטת MAT**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **תוצאה** | **אימות במעבדת ייחוס** |
| **תאריך נסיוב 1:**   /    /    שנה חודש יום | **תאריך נסיוב 2:**   /    /    שנה חודש יום | כייל 1 =       | כייל 2 =       | [ ]  כן [ ]  לא |
| (**הערה:** בדיקת נסיוב 2 תבוצע בהפרש של 14-21 ימים לאחר ביצוע נסיוב 1) | (**הערה:** אם ערך כייל 2 הוא לפחות פי 4 מערך כייל 1 משמעות התוצאה חיובית) |

[ ]  **PCR**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **תאריך נטילת דגימה** | **סוג הדגימה** | **תוצאה** | **תאריך תשובה** | **שם המעבדה הראשונית** | **אימות במעבדת ייחוס** |
|    /    /    שנה חודש יום | דגימה קלינית  | [ ]  חיובי [ ]  שלילי |    /    /    שנה חודש יום |       | [ ]  כן [ ]  לא |

|  |
| --- |
| **6. חשיפה משוערת (קריטריונים אפידמיולוגיים)** |
| 1**. חשיפה תעסוקתית** |
| 1. **האם את/ה מטפל בבע"ח?**
 | [ ]  כן | [ ]  לא  |  |
|  | **אם כן, האם היה לך מגע עם הפרשות בע"ח?** (מלבד רוק)[ ]  כן [ ]  לא |
|  | **אם כן,** | **באיזו תדירות?** [ ]  יומיומית [ ]  מזדמנת [ ]  לא ידוע |
|  | **האם את/ה משתמש במיגון אישי?** [ ]  כן [ ]  לא [ ]  באופן חלקי [ ]  לא ידוע |
|  | **אם כן, פרט:** [ ]  מגפי גומי [ ]  סינר [ ]  כפפות [ ]  משקפי מגן ניתן לסמן יותר מאפשרות אחת  |
| 1. **האם באת במגע עם מים מזוהמים כגון: מי ביוב, בריכות דגים, אגם, נהר?**
 | [ ]  כן [ ]  לא [ ]  לא ידוע  |
|  | **אם כן, מקור המים:** [ ]  ביוב [ ]  בריכות דגים [ ]  אגם [ ]  נהרניתן לסמן יותר מאפשרות אחת |
|  | **באיזו תדירות?** [ ]  יומיומית [ ]  מזדמנת [ ]  לא ידוע |
| 1. **(מיועד לעובדי בריאות):**

**האם אתה עובד ב:** | **-מעבדה מיקרוביולוגית** [ ]  כן [ ]  לא **-מחלקת אשפוז** [ ]  כן [ ]  לא **-תחזוקה במוסד רפואי** [ ]  כן [ ]  לא **-אחר** **פרט:**       |
|  |
|  |
| 1. **האם ידוע לך על אנשים אחרים בסביבת עבודתך שסובלים מתסמינים דומים לשלך?**
 | [ ]  כן, שם:       כתובת:      טל':      -     | [ ]  לא [ ]  לא ידוע  |
| **2. חשיפה למזון ומים** |
| 1. **האם בחודש האחרון אכלת מזון במקום ציבורי (כגון: מסעדה, דוכן לאוכל מהיר, פיקניק)**
 | [ ]  כן, בתאריך    /    /    [ ]  לא [ ]  לא ידוע שנה חודש יום **אם כן, באיזו תדירות?** [ ]  כל יום [ ]  באופן מזדמן  [ ]  אף פעם [ ]  לא ידוע  |
|  |
| 1. **האם בחודש האחרון שתית משקה קר מאריזות (כגון: בקבוקים, פחיות, קופסאות קרטון ו/או מיצי פירות וירקות טריים)?**
 | [ ]  כן, בתאריך    /    /    [ ]  לא [ ]  לא ידוע שנה חודש יום **אם כן, באיזו תדירות?** [ ]  כל יום [ ]  באופן מזדמן  [ ]  אף פעם [ ]  לא ידוע  |
| 1. **האם באת במגע עם מים (מתוקים) שלא נועדו לשתייה, שלא במסגרת העבודה (כגון: אגם / נהר / מי שיטפונות)?**
 | [ ]  כן, בתאריך    /    /    [ ]  לא [ ]  לא ידוע שנה חודש יום **אם כן, באיזו תדירות?** [ ]  כל יום [ ]  באופן מזדמן  [ ]  אף פעם [ ]  לא ידוע  |
| 1. **האם ידוע לך על אנשים אחרים שאכלו/שתו באותם מקומות וסובלים מתסמינים דומים לשלך?**
 | [ ]  כן, שם:       כתובת:      טל':      -     | [ ]  לא [ ]  לא ידוע  |
|  **7. חשיפה בחו"ל** |
| 1. **האם שהית בחו"ל בחודש האחרון**?
 | [ ]  כן, בתאריך    /    /    [ ]  לא [ ]  לא ידוע שנה חודש יום |
|  **אם כן, באיזו מדינה?**       |
|  | **לאיזו תקופה? למשך:**    ימים או    שבועות  |
|  | **האם באת במגע עם מים שלא נועדו לשתייה (כגון: מי אגם / נהר)?**[ ]  כן, בתאריך    /    /    [ ]  לא [ ]  לא ידוע שנה חודש יום |
|  | **האם היית במגע עם מי שיטפונות?** [ ]  כן, בתאריך    /    /    [ ]  לא [ ]  לא ידוע שנה חודש יום |
| 1. **האם במסגרת שהייתך בחו"ל השתתפת בפעילות ספורטיבית במים מתוקים (כגון: רפטינג, שיט בקנו או קייק, שחיה וכדומה)?**
 | [ ]  כן, בתאריך    /    /    [ ]  לא [ ]  לא ידוע שנה חודש יום  |
| 1. **האם היו איתך אנשים אחרים באותם אתרים אשר סובלים מתסמינים דומים לשלך?**
 | [ ]  כן, שם:       כתובת:      טל':      -     | [ ]  לא [ ]  לא ידוע  |

 **-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**