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  נהר  ניתן 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](mailto:epidemdiv@moh.health.gov.il) **או לפקס: 02-5655950**