

אל: סמכות רפואית בשירותי הדם, מד"א
 מס. פקס: 03-5300500

דיווח על חשד לזיהום נגיפי (PTI) Post Transfusion Infection לאחר עירוי

רופא/ה נכבד/ה,

עפ"י נהלי משרד הבריאות חובה לדווח לשירותי הדם של מד"א על כל מקרה של חשד לזיהום נגיפי לאחר עירוי. אנא הקפד/י למלא את כל הסעיפים שבטופס. במידה והתשובה אינה ידועה יש לסמן את הסעיף "אינו ידוע" או לציין זאת בכתב. שים/י לב: יש לדווח גם על טיפולים עירוים שניתנו לחולה במסגרת מוסדות רפואיים אחרים!

1. הגורם: HBV HCV HIV HTLV WNV אחר _____

2. פרטי החולה (מדבקה)

1. שם החולה _____ 2. מספר ת.ז. _____
 3. תאריך לידה _____ 4. ארץ לידת ההורים _____
 5. מקום מגורים _____

3. מועד קבלת העירוי: _____

4. איבחון זיהום לאחר עירוי:

בדיקות סרולוגיות שבוצעו:

לא בוצעו כל בדיקות לפני קבלת העירוי בוצעו הבדיקות הנ"ל (סמן את הבדיקה המתאימה ורשום תאריך)

| בדיקות לאחר העירוי | | | | בדיקות לפני העירוי | | | | גורם |
|--------------------|-------|-------|-------|--------------------|-------|-------|-------|----------------|
| ערך | חיובי | שלילי | תאריך | ערך | חיובי | שלילי | תאריך | |
| | | | | | | | | HBsAg |
| | | | | | | | | Anti HBc – IgM |
| | | | | | | | | Anti HBc – IgG |
| | | | | | | | | HBe Ag |
| | | | | | | | | Anti HBe |
| | | | | | | | | Anti HBs |
| | | | | | | | | HBV-DNA |
| | | | | | | | | Anti HCV |
| | | | | | | | | ALT |
| | | | | | | | | HCV-RNA |
| | | | | | | | | Anti HIV |
| | | | | | | | | P24 |
| | | | | | | | | HIV-RNA |
| | | | | | | | | Anti HTLV |
| | | | | | | | | אחר |
| | | | | | | | | אחר |



5. בירור סיבות אחרות אפשריות להזדבקה אצל המטופל:

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> כן | <input type="checkbox"/> לא | 1. צריכת סמים / תרופות ללא מרשם |
| <input type="checkbox"/> כן | <input type="checkbox"/> לא | 2. קיום יחסי מין לא מוגנים עם אדם החשוד כנשא |
| <input type="checkbox"/> כן | <input type="checkbox"/> לא | 3. מגע קרוב (לא יחסי מין) עם נשא |
| <input type="checkbox"/> כן | <input type="checkbox"/> לא | 4. עיסוק במקצועות הרפואה |
| <input type="checkbox"/> כן | <input type="checkbox"/> לא | 5. קעקוע/ Piercing |
| <input type="checkbox"/> כן | <input type="checkbox"/> לא | 6. טיפולי שיניים אצל גורמים לא מוסמכים |
| <input type="checkbox"/> כן | <input type="checkbox"/> לא | 7. טיפולי דיאליזה |
| <input type="checkbox"/> כן | <input type="checkbox"/> לא | 8. אחר _____ |

6. מקום ההזדבקה המשוער:

שם המוסד הרפואי _____ שם המחלקה _____

7. מחלות רקע עיקריות:

האבחנה שבעטייה ניתן העירוני: _____
 רשימת אבחנות נוספות: _____

 תאריך הפנייה לרופא לשם אבחנה זיהום נגיפי: _____

8. מאפיינים קליניים של החולה:

- | | | | |
|--------------------------|---------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | טיפול כרוני בעירוים | <input type="checkbox"/> | טיפול אימונוסופרסיבי/כימו/רדיותרפיה |
| <input type="checkbox"/> | הנשמה מלאכותית | <input type="checkbox"/> | אשפוז ביחידה לטיפול נמרץ/פגיה |
| <input type="checkbox"/> | המודיאליזה | <input type="checkbox"/> | טראומה |
| <input type="checkbox"/> | ניתוחים: פרט _____ | | |

9. פירוט מרכיבי הדם שעוררו לחולה: (אם העירוני ניתן במוסד אחר, יש לציין זאת בהערות)

| מרכיב | תאריך העירוני | מס' מנה | מרכיב | תאריך העירוני | מס' מנה |
|-------|---------------|---------|-------|---------------|---------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

10. המוסד המדווח:

שם המוסד המדווח _____ שם ממלא הטופס _____
 תאריך מילוי הטופס _____
 הערות: _____

לשימוש שירותי הדם:

התקבל בתאריך _____ מקרה מס' _____