

אל: סמכות רפואית בשרותי 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 להדבקה אצל המטופל:

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

6. מקום ההדבקה המשוער:

שם המוסד הרפואי _____ שם המחלקה _____

7. מחלות רקע עיקריות:

האבחנה שבעטייה ניתן העירו: _____

רשימת אבחנות נוספות: _____

תאריך הפנייה לרופא לשם אבחנה זיהום נגיף: _____

8. מאפיינים קליניים של החולה:

- ☐ טיפול כרוני בעירוים ☐ טיפול אימונוסופרסיבי/כימו/רדיותרפיה
- ☐ הנשמה מלאכותית ☐ אשפוז ביחידה לטיפול נמרץ/פגיה
- ☐ המודיאליזה ☐ טראומה
- ☐ ניתוחים: פרט _____

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

מרכיב	תאריך העירו	מס' מנה	מרכיב	תאריך העירו	מס' מנה

10. המוסד המדווח:

שם המוסד המדווח _____ שם ממלא הטופס _____

תאריך מילוי הטופס _____

הערות: _____

לשימוש שירותי הדם:

התקבל בתאריך _____ מקרה מס' _____