



נספח 6 - שאלון חקירת מקרה COVID-19

גרסה 1 – מעודכנת ל- 23.1.20

<p>תאריך חקירה: _____ שנה חודש יום</p> <p>מקום ביצוע החקירה: <input type="checkbox"/> בית <input type="checkbox"/> בית-חולים <input type="checkbox"/> שדה תעופה <input type="checkbox"/> אחר _____</p> <p>שם ותפקיד מבצע החקירה: _____</p> <p>מס' טלפון: _____</p> <p>דואר אלקטרוני: _____</p> <p>חתימה: _____</p>	<p>תאריך הודעה: _____ שנה חודש יום</p> <p>גורם מדווח: <input type="checkbox"/> מעבדה <input type="checkbox"/> הודעה אינדיבידואלית</p> <p>פירוס: _____</p> <p>מס' טלפון: _____</p> <p>דואר אלקטרוני של המדווח: _____</p>
--	---

חלק א': פרטים אישיים			
שם פרטי: _____	שם משפחה: _____	מין: <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	מס' ת.ז. / דרכון: _____
_____	_____	אזרחות: <input type="checkbox"/> ישראלית <input type="checkbox"/> אחרת: _____	_____
במידה ומדובר בקטין:	שם האב: _____	שם האם: _____	תאריך לידה: _____ שנה חודש יום
דת/לאום: <input type="checkbox"/> יהודי <input type="checkbox"/> מוסלמי <input type="checkbox"/> נוצרי <input type="checkbox"/> אחר: _____			
קופ"ח: <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> אחר: _____	מרפאה: _____	שם הרופא המטפל: _____	
מס' טל: _____	כתובת מגורים: _____		
_____	ישוב: _____	רחוב ומס' הבית: _____	מס' נפשות בבית: _____
_____	מס' טל' בבית: _____	מס' טל' נייד: _____	_____
_____	עיסוק: <input type="checkbox"/> עובד בריאות <input type="checkbox"/> אחר _____		

חלק ב': פרטים קליניים			
_____		תאריך תחילת המחלה: _____ שנה חודש יום	
<p>סימפטומים</p> <p><input type="checkbox"/> חום: ערך מירבי: _____</p> <p><input type="checkbox"/> שיעול</p> <p><input type="checkbox"/> כאב גרון</p> <p><input type="checkbox"/> קוצר נשימה</p> <p><input type="checkbox"/> צמרמורת</p> <p><input type="checkbox"/> כאבי ראש</p> <p><input type="checkbox"/> כאבי שרירים</p> <p><input type="checkbox"/> כאבי בטן</p> <p>הקאות <input type="checkbox"/></p> <p>שלשולים <input type="checkbox"/></p> <p>אחר: _____</p>	<p>רקע רפואי</p> <p><input type="checkbox"/> מחלת לב</p> <p><input type="checkbox"/> סוכרת</p> <p><input type="checkbox"/> יתר לחץ דם</p> <p><input type="checkbox"/> הריון</p> <p><input type="checkbox"/> דיכוי חיסוני</p> <p>מחלת ריאות כרונית <input type="checkbox"/></p> <p>מחלת כבד כרונית <input type="checkbox"/></p> <p>אחר: _____</p>	<p>פרטים נוספים</p> <p><input type="checkbox"/> הפוקסיה (סטורציה באוויר חדר >94%)</p> <p><input type="checkbox"/> חיסון שפעת בחורף 2019/20</p> <p>ציילום חזה: <input type="checkbox"/> לא בוצע <input type="checkbox"/> בוצע וללא ממצא</p> <p><input type="checkbox"/> תסנינים (דלקת ריאות או RDS)</p>	<p>אשפוז:</p> <p><input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <p>ביה"ח: _____</p> <p>כניסה לאשפוז: _____ שנה חודש יום</p> <p>שחרור מאשפוז: _____ שנה חודש יום</p>
האם: <input type="checkbox"/> טפול נמרץ <input type="checkbox"/> הנשמה <input type="checkbox"/> ECMO <input type="checkbox"/> פטירה <input type="checkbox"/>			

חלק ג': פרטים על חשיפה אפשרית – שהיה בחו"ל בחודש האחרון

שהיה בחו"ל בחודש האחרון

מדינה וערים	תאריך כניסה	תאריך יציאה
1.	שנה חודש יום _____	שנה חודש יום _____
2.	שנה חודש יום _____	שנה חודש יום _____
3.	שנה חודש יום _____	שנה חודש יום _____

כניסה אחרונה לישראל: _____
שנה חודש יום

פרטי טיסה: _____

חשיפה ידועה לחולה או חשוד ל-COVID-19

האם חשיפה ידועה לחולה מאומת וחשוד למחלה: לא ידוע כן: נא לפרט -

תאריך החשיפה: _____ שם החולה: _____ ת.ז. _____
שנה חודש יום

כתובת: _____ טלפון: _____

מקור החשיפה: בן בית טיפול רפואי אחר: _____

סוג החשיפה: מגע יומיומי רגיל מגע עם הפרשות או נוזלי גוף מגע עם מת אחר: _____

חלק ד': תוצאות מעבדה

חומר וסוג הבדיקה	מעבדה מבצעת*	תוצאה:
_____	_____	תאריך: _____ שנה חודש יום
_____	_____	תוצאה:
_____	_____	תאריך: _____ שנה חודש יום
_____	_____	תוצאה:
_____	_____	תאריך: _____ שנה חודש יום
_____	_____	תוצאה:
1. המעבדה המרכזית לנגיפים	2. _____	תוצאה:

חלק ה': סיכום תוצאות החקירה

התאמה להגדרת המקרה העדכנית מאומת חשוד לא מתאים

האם קיימת אבחנה אלטרנטיבית לא כן: _____

הערות:

- תודה על מילוי השאלון -

יש לשלוח את השאלון המלא והמסמכים הנלווים לאגף לאפידמיולוגיה, שירותי בריאות הציבור, רח' ירמיהו 39, משרד הבריאות ירושלים

באמצעות הדואר האלקטרוני כמסמך סרוק לכתובת: epidemdiv@moh.health.gov.il

או לפקס: 02-5655950



נספח 8 - טופס הפניה לבדיקת נגיף קורונה SARS-CoV-2 2019

משרד הבריאות המעבדה המרכזית לנגיפים המרכז הרפואי שיבא, תל השומר		טלפונים 03-5302455 03-5302388 פקס 03-5302457	
פרטי החולה			
שם פרטי: _____ שם משפחה: _____		מס' ת.ז. / דרכון: _____ תאריך לידה: _____ שנה חודש יום גיל: _____ <input type="checkbox"/> בחודשים <input type="checkbox"/> שנים	
מין: <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה		ארץ לידה: _____	
מח/מרפאה: _____		קופ"ח/בי"ח/אחר _____	
כתובת: ישוב: _____ רחוב: _____ מס' בית _____			
תאריך תחילת המחלה: _____ שנה חודש יום		תאריך לקיחת דגימה: _____ שנה חודש יום	
תאריך אשפוז: _____ שנה חודש יום		שם וחתימת הרופא המטפל: שם _____ חתימה: _____	
סימפטומים / אבחנות			
1. סימנים כלליים		4. דרכי נשימה	
<input type="checkbox"/> 1.1 חום גבוה/ נמוך משך הזמן _____		<input type="checkbox"/> 4.1 URTI	
<input type="checkbox"/> 1.2 כאבי ראש		<input type="checkbox"/> Bronchitis/ Bronchiolitis 4.2	
<input type="checkbox"/> 1.3 כאבי שרירים		<input type="checkbox"/> Pneumonia 4.3	
<input type="checkbox"/> 1.4 כאבי פרקים		<input type="checkbox"/> ARDS 4.4	
<input type="checkbox"/> 1.5 הגדלת בלוטות		<input type="checkbox"/> SARS 4.5	
<input type="checkbox"/> 1.6 הגדלת כבד/טחול		<input type="checkbox"/> 4.6 אחר (פרט) _____	
<input type="checkbox"/> 1.7 צהבת		5. מערכת העצבים	
<input type="checkbox"/> 1.8 דלקת כבד		<input type="checkbox"/> Meningitis 5.1	
<input type="checkbox"/> 1.9 Parotitis		<input type="checkbox"/> Encephalitis 5.2	
<input type="checkbox"/> 1.99 אחר (פרט) _____		<input type="checkbox"/> 5.99 אחר (פרט) _____	
2. תפרחת		6. לב	
<input type="checkbox"/> 2.1 סוג _____		<input type="checkbox"/> Pericarditis 6.1	
3. דרכי עיכול		<input type="checkbox"/> Myocarditis 6.2	
<input type="checkbox"/> 3.1 כאבי בטן/ GIT		<input type="checkbox"/> Endocarditis 6.3	
<input type="checkbox"/> 3.2 שלשול		<input type="checkbox"/> 6.99 אחר (פרט) _____	
<input type="checkbox"/> 3.3 הקאה		7. עיניים	
<input type="checkbox"/> 3.4 Pancreatitis		<input type="checkbox"/> 7.1 אחר (פרט) _____	
<input type="checkbox"/> 3.99 אחר _____			
פרטי דגימה			
<input type="checkbox"/> 1. משטח אף-גרון - תאריך לקיחה: _____		<input type="checkbox"/> 8. נוזל פלוראלי - תאריך לקיחה: _____	
<input type="checkbox"/> 2. כיח (ליחה) - תאריך לקיחה: _____		<input type="checkbox"/> 9. ביופסיה (פרט) - תאריך לקיחה: _____	
<input type="checkbox"/> 3. N.S suction - תאריך לקיחה: _____		<input type="checkbox"/> 10. דם ללימפוציטים ml 8 - תאריך לקיחה: _____	
<input type="checkbox"/> 4. BAL - תאריך לקיחה: _____		<input type="checkbox"/> 11. ניסיון ml 5 מתחילת המחלה - תאריך לקיחה: _____	
<input type="checkbox"/> 5. צואה ml 10 - תאריך לקיחה: _____		<input type="checkbox"/> 12. ניסיון ml 3.5 שבי מתחילת המחלה - ת. לקיחה: _____	
<input type="checkbox"/> 6. שתן ml 50 - תאריך לקיחה: _____		<input type="checkbox"/> 13. אחר (פרט) _____ - תאריך לקיחה: _____	
<input type="checkbox"/> 7. נוזל פריקרדאלי - תאריך לקיחה: _____		<input type="checkbox"/> 14. דגימות מ-P.M (פרט) _____ - תאריך לקיחה: _____	
הערות: _____			