



ט' באייר, התשע"ו

17 מאי 2016

מס' חוזר: 6/2016

הנדון: התפרצות מחלת נגיף הזיקה - עדכון

1. רקע

מחלת נגיף הזיקה ממשיכה להתפשט בעולם. כמו כן, המידע אודות המחלה מתרחב במהירות. בימים אלה הוכרע ע"י גופים בינלאומיים מובילים כי קיים קשר סיבתי בין הדבקה בנגיף הזיקה בהריון לבין מומים של מערכת העצבים המרכזית, ובכללם מיקרוצפליה.

מאז תחילת 2015, 42 מדינות חוו התפרצות ראשונה של מחלת נגיף הזיקה. ב-13 מדינות נוספות הופיעה התפרצות לפני 2015, והעברה פעילה נמשכת גם כיום. העברה מאדם לאדם של נגיף הזיקה מתועדת בעוד 9 מדינות, ככל הנראה עקב העברה מינית. עדויות לקשר בין הדבקה בנגיף הזיקה לבין מומים נוירולוגיים הגיעו מברזיל, כף ורדה, קולומביה, מרטיניק, פולינזיה הצרפתית ופנמה. 13 מדינות או אזורים דיווחו על עליה בשיעור תסמונת גיאן-ברה (Guillain-Barre) בהקשר של נגיף הזיקה. בקהילה המדעית מוסכם היום כי נגיף הזיקה גורם למיקרוצפליה ולתסמונת גיאן-ברה. עקיצות יתושים במדינות עם העברה פעילה של הנגיף הן הדרך העיקרית להדבקה.

רשימה מעודכנת של אזורים ומדינות בהם מתרחשת העברה פעילה של זיקה באמצעות יתושים, כולל חודש הופעת הדבקה ראשונה, נמצאת בקישור:

<http://www.health.gov.il/Subjects/disease/zika/Pages/default.aspx>

מאחר וכ-80% מהנדבקים בנגיף הזיקה לא יפתחו סימנים קליניים, כל אדם ששהה במדינה/אזור בו מתרחשת העברה פעילה של נגיף הזיקה מאז החלה ההעברה באותה המדינה/אזור ייחשב נחשף לזיקה.

בישראל אומתו עד היום 8 מקרים של מחלת נגיף הזיקה. כולם נדבקו במדינות עם העברה פעילה של הנגיף, ולא דווח אף מקרה חדש מאז סוף חודש פברואר. בהערכת סיכונים שביצע ארגון הבריאות העולמי-אזור אירופה, הוברר כי לישראל סיכון "בינוני" להעברה מקומית של נגיף הזיקה. משרד הבריאות, יחד עם המשרד להגנת הסביבה, מקדמים החלטת ממשלה אשר תסדיר ניטור והדברה של יתושים, שיפור יכולות מעבדה והסברה כנגד האפשרות של העברה מקומית של נגיף הזיקה.

בישראל קיים שיתוף פעולה הדוק בין משרד הבריאות לבין המשרד להגנת הסביבה במטרה למנוע העברה של נגיף הזיקה על ידי יתושים בישראל. פירוט על פעילות זו יבוא בנפרד.

2. קישורים לחוזר: חוזר זה מחליף את חוזר ראש השירות מס' 3/2016 מתאריך 11.2.16.

3. הגדרות המקרה:

3.1 נחשף

גבר או אישה שביקרו במדינה בה התרחשה העברה פעילה של נגיף הזיקה*, החל מהחודש הקובע** לגבי אותה המדינה.

או

קיימו יחסי מין אוראליים, אנאליים או וגינאליים הכוללים קבלת זרע מאדם שביקר במדינה שבה התרחשה העברה פעילה של נגיף הזיקה, החל מהחודש הקובע לגבי אותה המדינה, ובמשך:

- במידה ולא סבל מסימפטומים של זיקה, במשך 8 שבועות מאז עוזבו אזור נגוע או,
- במידה וסבל מסימפטומים של זיקה, במשך 6 חודשים מהופעת הסימפטומים

3.2 מקרה חשוד

עונה על הגדרת "נחשף" ובנוסף, הופיע אצל/ה לפחות סימן אחד קליני מתוך הסימנים הבאים: חום, פריחה, כאבי פרקים, דלקת עיניים (עיניים אדומות).

3.3 מקרה מאומת

אדם עם בדיקת מעבדה חיובית לנגיף הזיקה.

*- אזורים מעל 2000 מטר גובה מעל פני הים לא ייחשבו כמקומות עם העברה פעילה של נגיף הזיקה. לפיכך, אדם שחזר מנסיעה למדינות אלו, ושהה אך ורק במקומות מעל 2000 מ', לא ייחשב נחשף לנגיף הזיקה.

**- חלו עדכונים ב"חודש הקובע" והוא מותאם כעת לנתוני ארגון הבריאות העולמי.

4. הנחיות למניעה ולהתמודדות עם הדבקה או חשד להדבקה בנגיף הזיקה

4.1 נסיעה למדינה עם העברה פעילה של נגיף הזיקה:

א. לנשים הרות או שמתכננות הריון בתקופה הקרובה, מומלץ לדחות נסיעה לאזור בו מתרחשת העברה פעילה של נגיף הזיקה. המלצה זו אינה חלה על שהייה שמתוכננת להיות רק במקומות שגובהם 2000 מטר ומעלה מעל פני הים.

- ב. לנוסעים למדינות עם העברה פעילה של נגיף הזיקה, מומלץ להשתמש באמצעים לצמצום הסיכון לעקיצת יתושים, הן בשעות היום והן בשעות הלילה:
- 1) מריחה של חומר דוחה יתושים.
 - 2) לבוש ארוך: חולצה עם שרוולים ארוכים, מכנסיים ארוכים, כובע.
 - 3) לינה בחדרים מוגנים מפני יתושים: רשתות תקינות וסגורות בחלונות ובדלתות, והם מרוססים נגד יתושים או תחת כילה מרוססת בקוטל יתושים, או בחדר ממוזג.
- ג. לאישה המבקרת באחת המדינות שברשימה - מומלץ להימנע מלהרות במהלך ביקורה וכן במשך 8 שבועות לאחר חזרתה.
- ד. לגברים שביקרו במדינות אלו ולא סבלו מסימפטומים של זיקה, מומלץ להימנע מקיום יחסי מין או להשתמש בקונדום באופן תקין (מין מוגן) בעת כל סוג של מגע מיני במשך 8 שבועות מעת חשיפתם האחרונה. המלצה זו תקפה לכל בת זוג, בכל גיל, ובלי קשר להריון. מומלץ שגברים המקיימים יחסי מין עם גברים ישקלו גם כן המלצה זו.
- ה. לגברים שביקרו במדינות אלו וסבלו מסימפטום אחד לפחות של מחלת נגיף הזיקה או אובחנו מעבדתית עם זיקה (ראה סעיף 3.2), מומלץ להימנע מקיום יחסי מין או להשתמש בקונדום באופן תקין בעת כל סוג של מגע מיני במשך 6 חודשים מעת חשיפתם האחרונה. המלצה זו תקפה לכל בת זוג, בכל גיל. אם בת הזוג בהריון, יש להתמיד באמצעי זהירות אלה עד סוף ההריון.
- ו. תרשימי זרימה המבהירים את הנחיות ג'- ה' מובאים בנספח 1.

5. אוכלוסיות מיוחדות

למעט סיבוכים נוירולוגיים נדירים, מחלת נגיף הזיקה הינה מחלה קלה. רוב החשש ממחלה זו נובעת מהשפעתה על נשים הרות ועובריהן, ולכן, תהיה התייחסות מיוחדת לזיקה הקשורה לאישה ההרה ולילוד.

5.1 נשים הרות

יש להציע לכל אישה הרה העונה על הגדרת מקרה של נחשף, חשוד או מאומת, לבצע, בנוסף לבדיקות מעקב הריון המקובלות כשגרה בארץ, גם סקירה מכוונת למוח העובר משבוע 16 ואילך. על בדיקה זו לכלול מדידת היקף הגולגולת וסקירה מכוונת לאברי המוח. במידה ואין ממצאים חריגים יש לחזור על הבדיקה פעמיים נוספות במרווחים של 4-6 שבועות, בהתאם לגיל ההריון (ראה תרשים זרימה 1 ב' בנספח 1). לפי הצורך, ניתן להיעזר באמצעי דימות נוספים דוגמת MRI. במידה שיימצא ממצא מחשיד, מומלץ להפנות את האישה למרפאה להריון בסיכון גבוה. על מנת לקבל מידע על בדיקות אבחון נוספות, זמינותן ומשמעותן, רופא מרפאה להריון בסיכון גבוה יכול לפנות למרכז הארצי לנגיפים זואונוטיים במעבדה המרכזית לנגיפים בתה"ש.

ככלל, אין לבצע אבחון תוך רחמי לזיקה בנשים הרות. אם על דעת רופא מרפאה להריון בסיכון גבוה קיים צורך אמיתי בבדיקה, חובה עליו ליצור קשר עם המעבדה המרכזית לנגיפים לפני ביצוע הבדיקה לצורך קבלת הסברים על מגבלות הבדיקות ולתיאום קבלת הדגימות.

אישה הרה שאינה עונה על הגדרת מקרה של נחשף, חשוד או מאומת, אינה נדרשת לביצוע פעולות מעבר למעקב הריון שגרתי.

5.2 יילודים

בתינוקות שנולדו לאם שנבדקה בנגיף הזיקה במהלך הריונה קיים סיכון למומים מולדים כגון מיקרוצפליה, הסתיידויות תוך גולגולתיות וליקויים בהתפתחות המוח. בנוסף, דווח על ליקויים בראייה ובשמיעה. הסיכון הגבוה ביותר לפגיעה בילוד הוא כאשר האם נדבקה במהלך הטרימסטר הראשון להריון, אך תיתכן פגיעה גם כאשר ההדבקה היא בשלב מאוחר יותר.

לכל תינוק הנולד לאשה חשופה, חשודה או עם זיקה מאומתת (על פי הגדרות אשר בסעיף 3) מומלץ לבצע בדיקות מעבדה להמצאות נגיף הזיקה, מוקדם ככל האפשר אחרי הלידה, ובמיוחד אם אובחנה אצלם מיקרוצפליה או הסתיידויות תוך גולגולתיות בבדיקות אולטראסאונד בהריון.

5.3 אנשים עם סיפור חשיפה ותלונות נזירולוגיות

אדם שנחשף לזיקה (סעיף 3.1) והופיעו אצלו תסמינים נזירולוגיים כגון שיתוק או נימול, צריך לפנות לרופא המטפל תוך ציון מהות החשיפה החשודה. רופא מטפל ישקול ביצוע בדיקות מעבדה לאבחון זיקה על פי שיקול דעתו המקצועית. ניתן להתייעץ עם המעבדה המרכזית לנגיפים.

6. בדיקות מעבדה

במעבדה המרכזית לנגיפים מבוצעות בדיקות משני סוגים:

א. בדיקה מולקולרית real time PCR (RT-PCR) מדגימת דם ושתן מזהה הדבקה לאחרונה (עד שבועיים - שלושה לאחר הידבקות) בנגיף הזיקה.

ב. בדיקות סרולוגיות לזיהוי נוגדני IgM ו-IgG בשיטת ELISA מזהות הדבקה בעבר והדבקה לאחרונה. רגישות הבדיקות הסרולוגיות הינה מוגבלת. מאחר ומדובר בבדיקה המכוונת כנגד חלבון NS1 ולא כנגד חלבון המעטפת, בדיקה זו היא ספציפית מאד ואינה יוצרת תגובה צולבת עם נוגדנים כנגד נגיפי פלבי אחרים כגון דנגה, קדחת צהובה וקדחת מערב הנילוס.

הבדיקות המולקולריות והסרולוגיות לזיקה משלימות אלה את אלה ולכן יש צורך לבצע את שתי סוגי הבדיקות על מנת לקבל מהימנות מקסימלית. ככלל, רצוי לשלוח בדיקות מוקדם ככל האפשר מחשיפה או מהופעת סימני מחלה. ככל שזמן לקיחת הדגימה יהיה קרוב לתחילת הופעת התסמינים, כך הסיכוי טוב יותר לזיהוי הנגיף במידה וקיים. במקרה של חשד קליני גבוה לזיקה ותשובות ראשוניות שליליות, ניתן לשלוח בדיקה חוזרת בהקדם האפשרי.

פירוש תוצאות (על פי המידע הקיים היום):

תוצאה חיובית באחת משלוש הבדיקות מצביעה על חשיפה לנגיף במהלך החודשים שקדמו לבדיקה. אם יש תוצאה חיובית לנוגדני IgM או ב- RT-PCR יש סבירות גבוהה להדבקה במהלך השבועות/החודשים שקדמו לבדיקה. תוצאה שלילית בכל הבדיקות אינה שוללת הדבקה.

חשוב להדגיש כי לא ניתן לשלול באופן מוחלט הדבקה בנגיף הזיקה, גם בקבלת תוצאות שליליות בכל הבדיקות אשר נשלחו.

ג. הנחיות ללקיחת דגימות:

יש לשלוח עבור כל נבדק שלוש דגימות: **דם מלא, סרום ושתן.**

טבלה: נטילה, שמירה ושליחה של דגימות נגיף הזיקה

אתר דגימה	עיתוי	מבחנה	נפח הדגימה	הנחיות שמירה ושינוע
דם מלא	מוקדם ככל האפשר מחשיפה או הופעת סימני מחלה	מבחנה לספירות דם (עם הפרין או EDTA, מכסה סגול או ירוק)	4 מ"ל	יש לשמור את הדגימות בקירור (-4°C) ולהעבירן למעבדה בקירור (קררור) בתוך כלי סגור באריזה משולשת עם סימון ביוהזרד בתוך 24 שעות מלקיחת הדגימה
		מבחנה לבדיקה סרולוגית (מכסה צהוב).	4 מ"ל	
		כוסית או מבחנה סטרילית	5 מ"ל	

יש לצרף טופס הפניה ייעודי לזיקה (נספח 2), וכן העתק של טופס החקירה האפידמיולוגית של החולה הנבדק אם קיים.

יש לצרף התחייבות כספית (טופס 17) לביצוע הבדיקות.

הקודים להזמנת בדיקות הם:

קוד 87250 (בידוד נגיף לרבות זיהוי על ידי PCR)

קוד 86790 (כייל וסוג נוגדנים נגד נגיפים) 2X (בנפרד לבדיקת IgG ולבדיקת IgM)

הבדיקות לזיקה אינן בדיקות דחופות ותבוצענה רק בימי חול בשעות העבודה הרגילות.

אנשי הקשר במעבדה לצורך תיאום העברת דגימה מעובר :

משרד קבלת דגימות- 03-530-2388

גב' נאוה צורי טל' 03-530-7803

ד"ר יניב לוסטיג טל' 03-530-5268

ד"ר דנית סופר טל' 03-530-7073

7. דיווח

על פי החלטת שר הבריאות, המחלות :

Zika virus infection

זיהום בנגיף זיקה

Congenital zika virus syndrome

תסמונת זיהום בנגיף הזיקה ביילוד

התווספו לתוספת ב' לפקודת בריאות העם, 1940¹, בחלק ב', ברשימת מחלות המחייבות הודעה אינדיבידואלית מיידיית. לפיכך, מחלות אלו מחייבות הודעה מיידיית ללשכת הבריאות.

8. החקירה האפידמיולוגית

חקירה אפידמיולוגית תתבצע על גבי טופס ייעודי (נספח 3) על ידי אחות לשכת הבריאות. הקבוצות שיש לחקור :

- 1) כל חולה העונה להגדרת מקרה חשוד או מאומת.
- 2) כל אישה הנושאת עובר או ילדה תינוק המגלה סימנים אופייניים לתסמונת זיהום בנגיף הזיקה ביילוד.

את טפסי החקירה יש להעביר לאגף לאפידמיולוגיה בפקס 02-5655950 או במייל epidemdiv@moh.gov.il

9. תרומות דם

לעניין תרומות דם, יש לפנות למידע המסופק על ידי מגן דוד אדום, בקישור - <https://www.mdais.org> שאלות-ותשובות-שירותי-הדם/מי-יכול-לא-יכול-לתרום-דם

¹ ק"ת התש"ס, עמ' 49 ועמ' 730; התשע"א, עמ' 268.

10. דוברות

בכל מקרה חשוד או מאומת של תחלואה בנגיף או פגיעה בעובר, ייצאו הודעות רק בתאום עם דוברות משרד הבריאות.

הנחיות נוספות תועברנה בהתאם לצורך וכתלות בהתפתחויות.

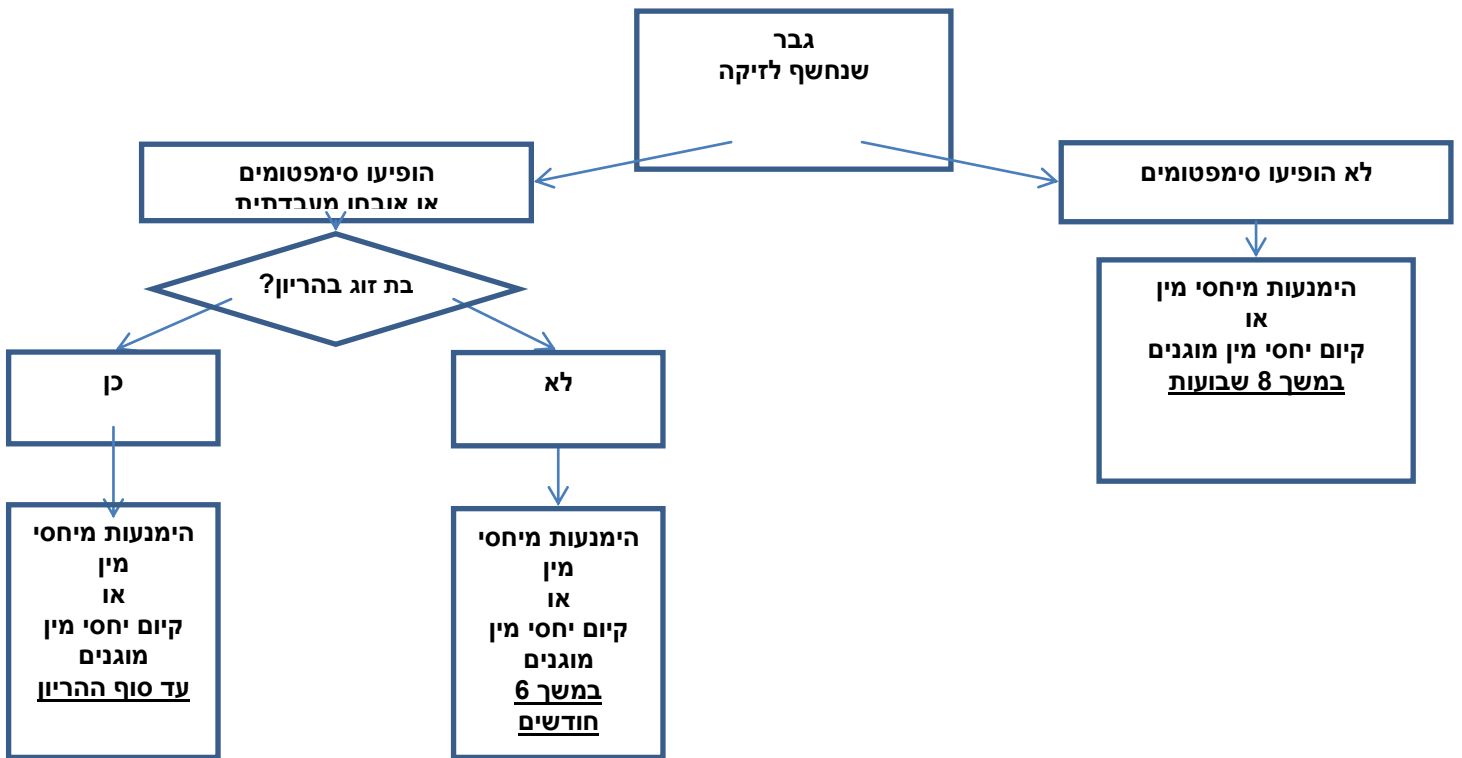
בכבוד רב,



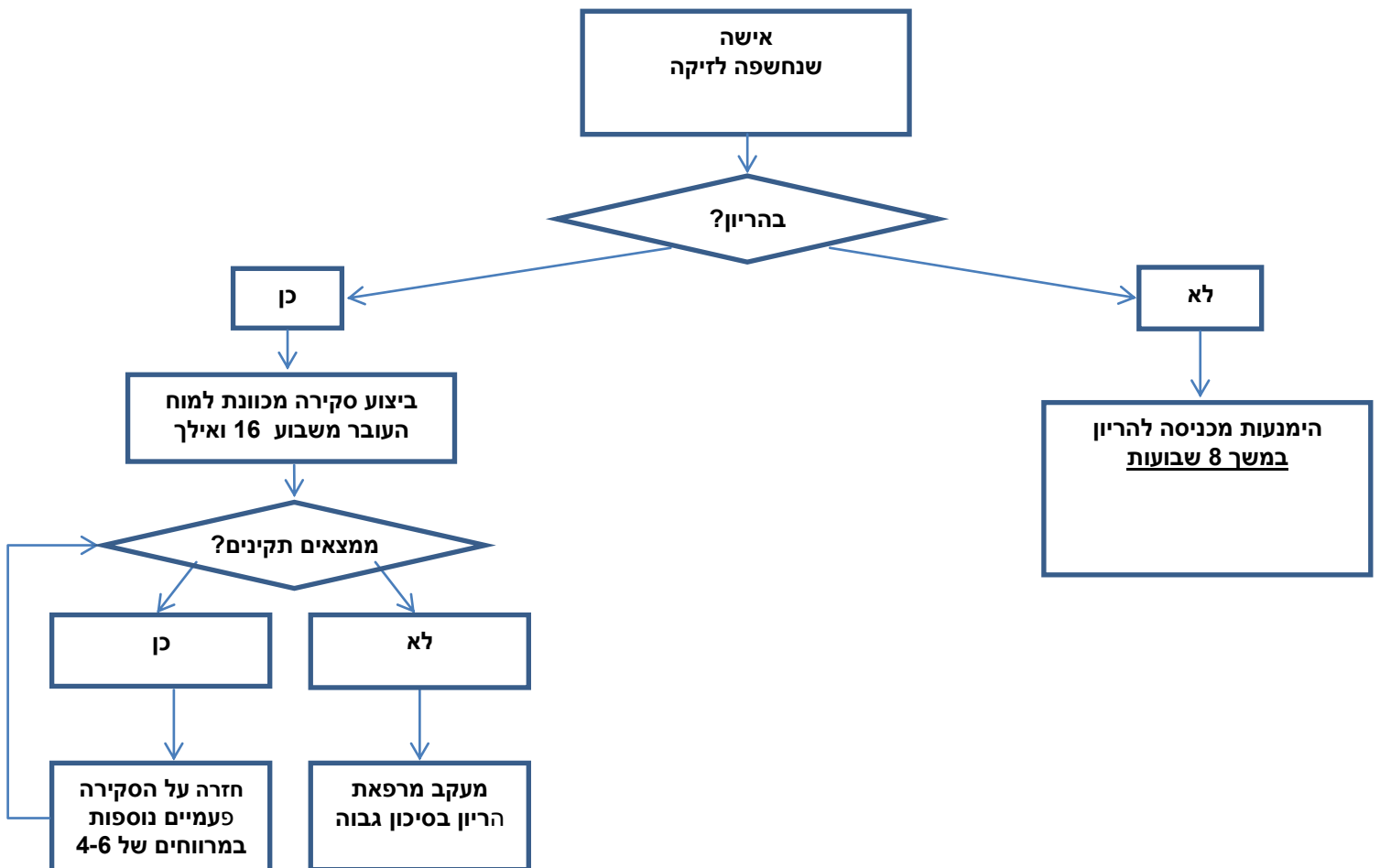
פרופ' איתמר גרוטו
ראש שרותי בריאות הציבור

נספח 1 - תרשימי זרימה

תרשים זרימה 1א' – הנחיות לגבר שנחשף לזיקה



תרשים זרימה 1ב' – הנחיות לאשה שנחשפה לזיקה



נספח 2 - טופס משלוח דגימת מעבדה

עמוד : 1 מתוך : 1	תחולה : 7/2/16	הפניה לבדיקת נגיף זיקה	DVQ-9/9
-------------------	----------------	------------------------	---------

אושר על ידי: ד"ר יניב לוסטג בתאריך 7/2/16

מס' מרכזי המעבדה לנגיפים	מס' פנימי מדורי	משרד הבריאות המעבדות לבריאות הציבור המעבדה המרכזית לנגיפים טופס הפניה לבדיקת נגיף זיקה	לשימוש פנימי: בדיקות נדרשות
-----------------------------	--------------------	---	-----------------------------

התקבל בתאריך	שם / חותמת הרופא השולח	פרטי החולה שם _____ משפחה _____ פרטי _____ מס' ת.ז. _____ תאריך לידה _____ מח" / מרפאה _____ בי"ח / קופ"ח _____ מין: ז / נ _____ תאריך לקיחת הדגימה _____ כתובת למשלוח תשובה _____
חותמת יש / אין / פטור	טלפון _____	

<input type="checkbox"/> P.M .9 <input type="checkbox"/> Other .10	<input type="checkbox"/> Amniotic fluid .5 <input type="checkbox"/> Cord Blood .6 <input type="checkbox"/> Placenta .7 <input type="checkbox"/> Biopsy .8	<input type="checkbox"/> Serum .1 <input type="checkbox"/> Whole blood .2 <input type="checkbox"/> Urine .3 <input type="checkbox"/> CSF .4
---	--	--

פרטי הדגימה

סימנים קליניים: <input type="checkbox"/> חום <input type="checkbox"/> פריחה <input type="checkbox"/> כאבי פרקים <input type="checkbox"/> דלקת עיניים <input type="checkbox"/> אחר (פרט) _____	תאריך תחילת המחלה _____
--	-----------------------------------

פרטים על היריון			
שבוע היריון נוכחי [] [] []	שבוע היריון בזמן המחלה: [] [] []	תאריך וסת אחרון: [] [] [] []	חודש יום
פרטים על החשיפה			
תאריך יציאה	תאריך כניסה	ארץ הדבקה	
			.1
			.2
			.3

המרכז הרפואי ע"ש חיים שיבא, תל השומר, מיקוד 5265601, טל': 03-530-2388, פקס: 03-530-2457

נספח 3 - טופס חקירת מקרה זיקה

תאריך הודעה: _____ שנה חודש יום		תאריך מילוי השאלון: _____ שנה חודש יום	
דווח ע"י: _____ מס' טלפון: _____ דואר אלקטרוני: _____		שם ותפקיד ממלא השאלון: _____ מס' טלפון: _____ דואר אלקטרוני: _____	
חלק א: פרטים מזהים			
שם פרטי: _____ שם משפחה: _____	מס' ת.ז. / דרכון _____ אם חייל, מס' אישי: _____	תאריך לידה _____ שנה חודש יום אר: _____ גיל: _____ <input type="checkbox"/> בחודשים <input type="checkbox"/> שנים	
מין: <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה דת/לאום: <input type="checkbox"/> יהודי <input type="checkbox"/> מוסלמי <input type="checkbox"/> נוצרי אחר, פירוט: _____	מס' נפשות בבית: _____		
ארץ לידה: _____ תאריך עליה: _____ שנה חודש יום			
כתובת מגורים _____ ישוב: _____ רחוב: _____ מס' בית: _____			
במידה ומדובר בקטין: _____ שם האב: _____ שם האם: _____			
פרטי קשר עם החולה מס' טל בבית: _____ מס' טל נייד: _____			
חלק ב: פרטים על היריון			
תאריך וסת אחרון: _____ חודש יום	שבוע היריון בזמן המחלה: _____	שבוע היריון נוכחי _____	
ממצאים באולטראסאונד עוברי: _____			
חלק ג: פרטים על החשיפה			
ארץ הדבקה _____	תאריך כניסה _____	תאריך יציאה _____	
1.			
2.			
3.			
שימוש באמצעי מניעת עקיצות: _____ <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	אם כן: <input type="checkbox"/> תכשירים דוחי יתושים <input type="checkbox"/> לבוש ארוך		

האם נעקץ במהלך הביקור? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא		אם כן, פרט: _____	
האם קיימה יחסי מין עם גבר שנחשף <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא		אם כן, מתי _____	
ארץ השיפה _____			
חלק ד: פרטי המחלה			
תאריך הופעת הסימנים: _____ שנה חודש יום		<input type="checkbox"/> חום <input type="checkbox"/> דלקת עיניים <input type="checkbox"/> כאבי שרירים <input type="checkbox"/> כאבי פרקים מעלות <input type="checkbox"/> פריחה <input type="checkbox"/> אחר, פירוט: _____	
האם הבריאה/ה <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא		נא לפרט: _____	
האם אושפז? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא		אם כן, שם ביה"ח: _____	
		מחלקה: _____	
תאריך כניסה לאשפוז: _____ שנה חודש יום		תאריך שחרור: _____ שנה חודש יום	
האם נפטר <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא		אם כן, תאריך פטירה: _____ שנה חודש יום	
סיבת פטירה (לפי הודעת פטירה): _____			
חלק ה: אבחנה מעבדתית			
אם בדיקת PCR: _____		שם המעבדה שבה בוצע האבחון: _____ <input type="checkbox"/> המעבדה המרכזית לנגיפים, תל-השומר <input type="checkbox"/> אחר, פירוט: _____	
המעבדה המבצעת: _____		אם בדיקה סרולוגית: _____	
בדיקה		אתר דגימה	
PCR	1.	<input type="checkbox"/> שתן <input type="checkbox"/> CSF <input type="checkbox"/> נסיוב <input type="checkbox"/> דם עוברי <input type="checkbox"/> דם <input type="checkbox"/> דם טבורי	<input type="checkbox"/> סיסי שליה <input type="checkbox"/> מי שפיר <input type="checkbox"/> אחר, פירוט: _____
	2.	<input type="checkbox"/> שתן <input type="checkbox"/> CSF <input type="checkbox"/> נסיוב <input type="checkbox"/> דם עוברי <input type="checkbox"/> דם <input type="checkbox"/> דם טבורי	<input type="checkbox"/> סיסי שליה <input type="checkbox"/> מי שפיר <input type="checkbox"/> אחר, פירוט: _____
	3.	<input type="checkbox"/> שתן <input type="checkbox"/> CSF <input type="checkbox"/> נסיוב <input type="checkbox"/> דם עוברי <input type="checkbox"/> דם <input type="checkbox"/> דם טבורי	<input type="checkbox"/> סיסי שליה <input type="checkbox"/> מי שפיר <input type="checkbox"/> אחר, פירוט: _____
		תוצאה:	תאריך: _____ שנה חודש יום
		תוצאה:	תאריך: _____ שנה חודש יום
		תוצאה:	תאריך: _____ שנה חודש יום

תוצאה:	תאריך: שנה חודש יום □□□□□□	<input type="checkbox"/> שתן <input type="checkbox"/> CSF <input type="checkbox"/> סיסי שליה <input type="checkbox"/> נסיוב <input type="checkbox"/> דם עוברי <input type="checkbox"/> מי שפיר <input type="checkbox"/> דם <input type="checkbox"/> דם טבורי <input type="checkbox"/> אחר, פירוט: _____	.1	סרולוגיה
	דגימה ראשונה _____ IgM _____ Neut	דגימה שניה _____ IgM _____ Neut		
תוצאה:	תאריך: שנה חודש יום □□□□□□	<input type="checkbox"/> שתן <input type="checkbox"/> CSF <input type="checkbox"/> סיסי שליה <input type="checkbox"/> נסיוב <input type="checkbox"/> דם עוברי <input type="checkbox"/> מי שפיר <input type="checkbox"/> דם <input type="checkbox"/> דם טבורי <input type="checkbox"/> אחר, פירוט: _____	.2	
	דגימה ראשונה _____ IgM _____ Neut	דגימה שניה _____ IgM _____ Neut		
תוצאה:	תאריך: שנה חודש יום □□□□□□	<input type="checkbox"/> שתן <input type="checkbox"/> CSF <input type="checkbox"/> סיסי שליה <input type="checkbox"/> נסיוב <input type="checkbox"/> דם עוברי <input type="checkbox"/> מי שפיר <input type="checkbox"/> דם <input type="checkbox"/> דם טבורי <input type="checkbox"/> אחר, פירוט: _____	.1	אחר, פירוט: _____
	תוצאה:	תאריך: שנה חודש יום □□□□□□		
אם כן, מתי: □□□□ שנה	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא פרט: _____	האם נחשף בעבר לנגיף פלבי אחר (דגה, קדחת מערב הנילוס, חיסון לקדחת צהובה, חיסון לדלקת מוח יפנית)?		
חלק ו': סיכום תוצאות החקירה				
<input type="checkbox"/> מקרה חדש מקומי <input type="checkbox"/> מקרה חוזר <input type="checkbox"/> מקרה מיובא				
מקום ההדבקה המשוער: _____				
הערות:				

תודה על שיתוף הפעולה