

נספח 6 - שאלון חקירת מקרה COVID-19

גרסה 1 – מעודכנת ל- 23.1.20

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

חלק א': פרטים אישיים			
שם פרטי: _____	שם משפחה: _____	מין: <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	מס' ת.ז. / דרכון: <u> </u>
במידה ומדובר בקטין:		שם האב: _____	שם האם: _____
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: _____			
כתובת מגורים		ישוב: _____ רחוב ומס' הבית: _____ מס' נפשות בבית: <u> </u>	
פרטי קשר עם החולה		מס' טל' בבית: <u> </u> מס' טל' נייד: <u> </u>	
עיסוק <input type="checkbox"/> עובד בריאות <input type="checkbox"/> אחר _____			

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