

בטמפרטורה גבוהה (71°C) עם תכשיר משחרר כלור לפי הוראות יצרן ציוד

הכביסה או הנחיית הצוות המקומי למניעת זיהומים.

6.1.3.2. הטיפול בחומר הנ"ל יבוצע ע"י צוות מחוסן בלבד.

6.1.3.3. כל כביסה של ציוד מזוהם יבוצע בביה"ח.

6.1.3.4. ציוד רב פעמי יעוקר באוטוקלב.

6.1.3.5. אם לא ניתן לכבס בביה"ח הנגוע יש לקנות שרותי כביסה מבי"ח סמוך ולהימנע

מהעברת הכביסה למכבסות אזרחיות.

6.2. בידוד חולים

6.2.1. כללי

כאמור, הבידוד האופטימלי עבור חולי אבו"ש צריך למנוע אפשרות להעברה במגע, העברה טיפתית והעברה אוירוסולית. ברמת הקהילה, דהיינו במרפאות בהן עלולים להבדק חולים ובבתים בהם מתגוררים החולים, לא קיימת אפשרות טכנית לבידוד כזה ולכן יש להקטין ככל האפשר את שהות החולים מחוץ לבתי החולים, תוך שימוש באמצעי המיגון והבידוד המקומיים הטובים ביותר האפשריים.

בידוד מיטבי בבתי החולים מצריך שימוש בתשתיות, שזמינותן מוגבלת במדינת ישראל. אי לכך תוכנית בידוד החולים בבתי החולים מדורגת לפי מימדי ההתפרצות.

6.2.2. מדרגי הבידוד:

תוכנית האשפוז לחולי אבו"ש הנה מדרגית, בהתאם למספר החולים:

6.2.2.1. חולים בודדים - כלל בתי החולים, עקב העובדה שהחולים הלא מאובחנים

הראשונים יפנו לבית החולים הקרוב לאזור מגוריהם. בהתאם להנחיות צוות חדרי בידוד של משהב"ר 2004, כל בית חולים כללי יקיים יכולת אשפוז בתנאי בידוד למניעת העברת זיהום אוירוסולי לחולים בודדים.

6.2.2.2. חולים בודדים עד עשרות - ע"פ החלטת מנכ"ל משהב"ר יוכרזו בתי"ח

מסויימים כבתי חולים ייעודיים, אליהם יופנו החולים החשודים באבו"ש. קיימים ארבעה בתי החולים ייעודיים מוגדרים מראש: באיזור הדרום - סורוקה; באיזור המרכז - אסה"ר; באיזור הצפון - בני ציון; באיזור ירושלים - שערי צדק. ההכוונה תבוצע ע"י מתן הנחייה לרופאי בתי"ח והקהילה וכן פנייה לציבור באמצעי התקשורת. היתרונות בריכוז החולים בבתי החולים הייעודיים כוללים:

6.2.2.2.1. פינוי בתי החולים הגדולים מחולי אבו"ש, כך שיוכלו להמשיך

ולעסוק בפעילות רפואית אחרת.

6.2.2.2.2. ריכוז ידע ויכולות במספר מצומצם של מוסדות.

החולים בבתי החולים הייעודיים יאושפזו בחדרי בידוד בתת לחץ. במידת הצורך, יתוגברו בתי החולים בחדרי בידוד ניידים ע"י האגף לשע"ח של משהב"ר.

6.2.2.3. מעבר לספיקת חדרי אשפוז בתת-לחץ בבתי החולים - הסתייעות במתקן

אשפוז בתת-לחץ בבית חולים "שמואל הרופא" (בתלות בפינוי חולי השחפת

המאושפזים בו) והסתייעות בחדרי בידוד ניידים שיחולקו לבתי החולים ע"י משרד הבריאות.

6.2.2.4. במקרה של התפרצות רחבת היקף מעבר לכל יכולות הבידוד בתת-לחץ במדינת ישראל יש לבודד חולים במבנים נפרדים (להלן מתקן לבידוד חולי אבו"ש), בעדיפות בבתי"ח הייעודיים, גם אם אינם מכילים מערכת לתת-לחץ, ובלבד שלא יהיה מעבר אוויר באמצעות מערכות מיזוג או חימום בין מבנים אלו למבנים אחרים. יש להעדיף שמבנים אלו יהיו מרוחקים כ- 100 מ' ממבנים מיושבים אחרים.

6.2.3. בידוד חולים בחדרי בידוד בבתי"ח כלליים בעת התפרצות בקנה-מידה קטן

6.2.3.1. יש לתכנן מסלול להעברת החולה לחדר בידוד בתוך ביה"ח. שיקולים בקביעת הדרך: אורכה, ריחוק מאנשים. אם משתמשים במעלית, יש לדאוג שמעלית זו תנותק ממערכת האיוורור.

6.2.3.2. יש לפנות אנשים מהדרך ולחסום את הגישה אליה בטרם הובלת החולה.

6.2.3.3. הובלת חולה תהיה בעדיפות בעזרת אלונקת הובלה בתת לחץ (הובת"ל), הקיימת בבתי החולים.

6.2.3.4. במידה שלא ניתן להסתייע במערכת הובת"ל יש לכסות את החולה בסדין ולחבוש את פניו במסכה כירורגית.

6.2.3.5. יש לשים את החולה בחדר בידוד עם לחץ אוויר שלילי עם תנאי בידוד אוירוסולי.

6.2.3.6. על הנכנסים לחדר, כולל צוות רפואי, פרה-רפואי ועובדי מנהלה שונים, להיות ממוגנים בהתאם למצבם החיסוני.

6.2.3.7. ביציאה מהחדר יש לשים את כל ציוד המיגון בשקית "ביוהארד" ייעודית ולחטא את הידיים.

6.2.3.8. במהלך האשפוז בביה"ח יש לנקוט בכללי מיגון בפני הדבקה במגע והדבקה אוירוסולית ע"מ למנוע את הפצת הזיהום למאושפזים אחרים.

6.2.3.9. יתר הכללים זהים לכללי בידוד החולים בבתי"ח ייעודיים – ראה להלן.

6.2.4. בידוד חולים בהתפרצות גדולה - מתקן לבידוד חולי אבו"ש

6.2.4.1. מטרתו: בידוד חולי האבו"ש המדבקים ובכך מזעור חשיפתם של מגעים לסכנת הדבקה.

6.2.4.2. המתקן מיועד לאשפוז ולבידוד חולי אבו"ש מאושרים, אפשריים וחשודים, כמו-גם למגעים, שתוך כדי הניטור פיתחו חום ותפרחת.

6.2.4.3. מתקן כזה יכול להיות על בסיס מבנה נפרד בבית החולים או קומה נפרדת מתוך מבנה שהוקצתה למטרה זו.

6.2.4.4. מתקן הבידוד יעמוד בדרישות הבאות:

6.2.4.4.1. היעדר מערכת אוורור, מיזוג או חימום משותפת עם מתקנים נוספים.

6.2.4.4.2. גישה נשלטת למתקן, שתמנע כניסתם של אנשים לא מחוסנים.

6.2.4.4.3. אספקת מים, חשמל, חימום/קירור ואוורור תוך הקפדה על חלונות סגורים, כך שתתאפשר פעילות חיים יומיומית תקינה וכן טיפול רפואי נאות.

6.2.4.4.4. מערכת תקשורת בתוך ומחוץ למתקן.

6.2.4.4.5. יכולת טיפול רפואי, הכולל יכולת מתן טיפול תוך ורידי, טיפולי עור,

מתן חמצן, ניטור סימנים חיוניים, ציוד הנשמה והחייאה, אמצעי מעבדה בסיסיים ודימות.

6.2.4.4.6. כל הנכנסים למתקן זה, כולל צוות רפואי, פרה-רפואי ועובדי מנהלה

שונים, חייבים להיות מחוסנים, או להתחסן באופן מיידי. כמו כן יחוסנו כל החולים שיאושפזו במתקן, שכן תיתכנה טעויות באבחון. אנשים בעלי התוויות נגד לחיסון לא יוכלו לעבוד במתקן זה.

6.2.4.4.7. יש להכין רשימה של כל הרשאים להיכנס למתקן. על הרשימה

להיות מצומצמת ככל הניתן. למתקן יוכלו להיכנס רק בעלי האישורים המתאימים, המופיעים ברשימה זו, ובתנאי שחוסנו.

6.2.4.4.8. יש לבצע ניטור חום של הצוות במתקן כל 12 שעות, גם בימים בהם

הם מחוץ למתקן, עד אשר אושר אצלם חיסון מוצלח. אח"כ עליהם לדווח במידה ומופיעים סימני תחלואה כל שהם.

6.2.4.4.9. אמצעי המיגון האישיים של הצוות מתוארים בסעיף 6.1.

6.2.4.4.10. אשפה תאוחסן בשקי פלסטיק ייעודיים ותעבור אוטוקלביזציה לפני

השלכתה, או שריפה. כביסה תטופל במקום ע"י צוות עובדים מחוסן או תעבור אוטוקלביזציה לפני הוצאתה מהמתקן.

6.2.4.4.11. מזון יובא ויינתן במידת האפשר בכלים חד-פעמיים. כל הכלים שאינם ח"פ יעברו אוטוקלביזציה לפני הוצאתם מהמתקן.

6.2.4.4.12. זמן האשפוז במתקן:

6.2.4.4.12.1. חולה אבו"ש מוכח – ישוחרר מהמתקן לאחר נשירת הגלדים (מוערך ב- 3-4 שבועות).

6.2.4.4.12.2. אם אובחנה בחולה לבסוף אבחנה אחרת – ישוחרר מהמתקן לאחר וידוא חיסון.

6.2.4.4.12.3. שחרור חולה ייעשה אך ורק באישור צוות אפידמיולוגי של בית החולים.

6.2.4.4.13. ב"ח ייעודי יעבור הדרכה ותרגול צוות באמצעי מיגון למניעת העברה אוירוסולית וטיפול בחולי אבו"ש אחת לשלוש שנים.

6.2.5. מבקרים

6.2.5.1. ככלל, מומלץ להמנע מהכנסת מבקרים לאיזורי הבידוד של חולי האבו"ש.

6.2.5.2. יורשו להכנס רק מבקרים שחוסנו בהצלחה.

6.2.5.3. במקרים חריגים (לדוגמא – ילד עם אבו"ש, שהוריו חוסנו רק לאחרונה) יורשו להכנס מבקרים שחוסנו אך טרם פיתחו take, תוך שימוש במיגון אישי בדומה לצוות המטפל. בשום אופן לא יוכנסו מבקרים עם הוריות נגד לחיסון.

7. חולים ראשוניים עם חשד או אבחנה של אבו"ש (שלב

"הגילוי") – הערכות בית החולים והפעלתו

7.1. הכנות טרם אירוע

7.1.1. מאחר שבמתאר טרור "שקט" יתגלה האירוע רק בעקבות הופעת החולים הראשוניים, ורק לאחר תקופת התארגנות שתארך זמן מסוים ייפתחו מתקני האשפוז הייעודיים, יש להיערך מראש לטיפול במקרי האבו"ש הראשוניים במסגרות הקיימות. לפיכך על כל בתי"ח הכלליים להיות בעלי תשתית מתאימה לטיפול בחולי אבו"ש טרם פתיחת המתקנים, דהיינו קיום חדרי בידוד מתאימים.

7.1.2. כנגזרת מהסעיף הקודם, על כל בתי"ח מוטלת החובה להעניק לצוותיהם הדרכה מעמיקה בנושא נהלי אבו"ש, ולוודא כי הללו אכן יודעים כיצד ליישם. על אוכלוסיית הרופאים הפנימיים, רופאי הילדים, רופאי העור, רופאי המלר"ד והמומחים למחלות זיהומיות לעבור הדרכה בנושא ההסתמנות הקלינית של מחלת האבו"ש, אבחונה, אמצעי המיגון והחיסון, וזאת אחת ל- 3 שנים.

7.1.3. בבית חולים בו לא קיימים חדרי בידוד בתת לחץ יש להגדיר מראש חדרי לאשפוז חולי אבו"ש וחשודים לאבו"ש טרם אבחנה ודאית. על חדרי אלו להיות מבודדים (ככל האפשר) עם אפשרות לנתקם בעת הצורך ממערכת מיזוג האוויר הכללית של ביה"ח.

7.1.4. אבחנת מקרי האבו"ש הראשוניים תתבצע עוד טרם פתיחת בתי"ח הייעודיים, ולכן על בתי"ח הכלליים להיערך לתרחיש בו עלולים הם להידרש, ללא התרעה מראש, לשנות מיידית את דפוסי פעולתם, תוך מעבר למצב בו ביה"ח (או חלק ממנו) נגוע במחלה מידבקת ביותר, וייתכן כי חלק מהצוות, מהמאושפזים ומהמבקרים אינו מחוסן.

7.1.5. תפעול בתי החולים במצב זה יהיה ע"פ נוהל משהב"ר / האגף לשע"ח – "התמודדות מערכת הבריאות עם אירוע ביולוגי חריג – השעות הראשונות", אוגוסט 2008.

7.1.6. סדר הפעולות במקרה של חשד לאבו"ש בבית חולים יהיה:

7.1.6.1. העלאת חשד קליני ואימותו מול יועצים מומחים בתוך בית החולים.

7.1.6.2. פעולות הכלה כולל מיגון הצוות, בידוד החולה.

- 7.1.6.3 דיווח לרופא המחוזי של משרד הבריאות
- 7.1.6.4 בקשה להעברת דגימות למעבדת הייחוס – מול הרופא המחוזי של משהב"ר.
- 7.1.6.5 העברת דגימות למעבדת הייחוס.
- 7.1.6.6 קבלת אבחנה סופית.
- 7.1.6.7 התארגנות לשלב ההתפרצות.

7.1.7 מהעלאת חשד לאבו"ש ועד לקבלת אבחנה ודאית צפויות לחלוף מספר שעות לפחות (בתלות בזריזות סדר הפעולות בבית החולים ובתלות בזמן ביצוע הבדיקות במעבדה).

7.1.8 מאחר שהחולים הראשונים יגיעו למלר"דים של בתי"ח כלליים ויאובחנו שם או באחת המחלקות, יוגדרו מלר"דים/מחלקות אלו כמתקנים ייעודיים זמניים ("מחלקות מגלות"), וישמשו בייעוד זה עד להשלמת הערכות בתי החולים הייעודיים. בתי"ח הכלליים, אליהם הגיעו חולי האבו"ש הראשונים יגדירו לעצמם אתרי מיון חליפיים.

7.2 הגישה האבחונית והדיווח בהופעת החולים הראשונים

- 7.2.1 הקריטריונים והאלגוריתם לאבחנת החולים הראשונים מפורטים בפרק 4.1.
- 7.2.2 בהעלאת חשד לאבו"ש יש לזמן מומחה למחלות זיהומיות, אשר יקבע האם יש יסוד לחשד זה.
- 7.2.3 האבחון הקליני של המקרים הראשונים של אבו"ש יבוצע רק ע"י מומחה למחלות זיהומיות, ובאישור מומחה נוסף למחלות זיהומיות ורופא עור.
- 7.2.4 דיווח על העלאת חשד קליני לאבו"ש יועבר מהמומחה למחלות זיהומיות אל מנהל ביה"ח, וממנו מיידית אל הרופא המחוזי בלשכת הבריאות המחוזית ואל מנכ"ל משרד הבריאות.
- 7.2.5 אימות החשד הקליני ייעשה ע"י נטילת דגימות מתאימות מהחולה ושליחתן למעבדת הייחוס הלאומית לאחר קבלת אישור מנכ"ל משהב"ר, ועפ"י הנהלים המפורטים בפרק 8.8.1.
- 7.2.6 נושא נטילת הדגימות ושליחתן למעבדת הייחוס הוא קריטי ודחוף, מאחר שמתנה את כלל פעילות מערכת הבריאות בהקשר של אבו"ש. אי לכך על בית החולים לבצע פעולה זו בזריזות וביסודיות המירביים, תוך הצמדות לנהלים הכתובים. על הנהלת בית החולים להיות מעורבת בצורה הדוקה בפעילות זו.

7.2.7. אבחון ודאי של המקרים הראשונים של אבו"ש הינו בסמכות מעבדת הייחוס הלאומית בלבד.

7.2.8. הצוות הרפואי יחתור להשגת סיפור מחלה, מפורט ככל האפשר, מן החולים הראשונים על מנת לסייע בחקירה האפידמיולוגית. בית החולים יסייע לשירותי בריאות הציבור (לשכות הבריאות) בביצוע תחקיר אפידמיולוגי מקיף ומעמיק ככל האפשר על מנת לקדם את איתור מוקדי הפיזור ולסייע בחיזוי התפשטות המחלה.

7.3. הכללה:

7.3.1. צעדים להכלת האירוע יינקטו מיד עם העלאת החשד לאבו"ש ע"פ נוהל משהב"ר האגף לשע"ח – "התמודדות מערכת הבריאות עם אירוע ביולוגי חריג – השעות הראשונות", אוגוסט 2008. אלו יכללו התמגנות הצוות הרפואי, בידוד החולה החשוד, איתור ורישום מגעים מקרב אנשי הצוות, המלווים, המבקרים והחולים האחרים בבית החולים, דיווח ללשכת הבריאות.

7.3.2. מיגון אנשי צוות יהיה בפני העברה במגע, טיפית ואירוסולית – כמתואר בפרק 6.1.

7.3.3. החולים החשודים יבודדו בתנאי בידוד אירוסולי – כמתואר בפרק 6.2.

7.3.4. יש להתחיל באופן מיידי בביצוע חקירה אפידמיולוגית בתוך ביה"ח ולאחר מגעים של החולים המאושפזים. פורמט החקירה ע"פ נספח א.

7.3.5. יש לבצע רישום לכל מי שהיה במבנים בהם שהה החולה החשוד לאבו"ש (צוות, מטופלים, מלווים ומבקרים), ולחסום את הכניסה אליהם מרגע העלאת החשד ועד לשלילתו או עד לאימותו וטיהור המבנים (ראה פרק 13). לצורך זה "מבנה" מוגדר ככלל האתרים שמערכת זרימת האוויר בהם מאפשרת הגעה של אוויר מהאיזור בו שהה החולה.

7.3.6. יש לאתר את כלל המטופלים שבאו במגע אפשרי עם החולה. יש לבדוק אותם לנוכחות חום, פריחה או כל תסמין מחשיד אחר. במידה שאינם מציגים הסתמנות חשודה לאבו"ש, ניתן לנהוג בהם כמגעים (ראה פרק 12), ובאופן עקרוני אפשר לשחררם לביתם לאחר רישומם ודיווח ללשכת הבריאות. כל מגע פוטנציאלי שישוחרר מבית החולים יצויד בדפי הסבר מתאימים (ראה נספחים ב, ג – דפי הסבר למגע של חולה אבו"ש) ויחוסן כנגד אבו"ש.

7.3.7. יש לבצע "סריקה לאחור" בקרב כלל המאושפזים לאיתור חולים נוספים, תוך שימוש בהגדרות המקרה הכתובות בפרק 4.2. יש לסרוק לאחור גם מקרים של פטירה ב-3 השבועות האחרונים, תוך מתן תשומת לב גם לאפשרות של ביטויים לא טיפוסיים של אבו"ש (flat and hemorrhagic types). המקרים שנמצאים בסריקה לאחור מובילים לחקירה אפידמיולוגית נוספת לאיתור מגעיהם.

7.3.8. ממצאי החקירה והסריקה כולל הפרטים של כל המגעים מקרב אנשי הצוות, החולים, המלווים והמבקרים – יועברו מיידית ללשכת הבריאות המחוזית לצורך מעקב, חיסון ובקרה.

7.3.9. באחריות בית החולים להתחיל בניטור אקטיבי (פעמיים ביממה) של הסגל הרפואי שנחשף והחולים האחרים שנחשפו ועדיין מאושפזים להופעת חום ופריחה.

7.3.10. באתרים בהם טופלו חולי אבו"ש טרם אבחנתם יש לבצע טיהור יסודי – ע"פ ההנחיות בפרק 13.

7.4 תפעול בתי חולים אחרים בתקופת "הגילוי"

7.4.1. העלאת חשד למקרי אבו"ש בבית חולים אחד או יותר בארץ מחייבת הודעה לכלל בתי החולים (באחריות משהב"ר – ראש מנהל הרפואה) והתארגנות בהם שתכלול:

7.4.1.1. סריקה לאחור לחיפוש אקטיבי אחר מקרים חשודים.

7.4.1.2. פתיחת "מיון ביולוגי" (עפ"י נוהל משהב"ר, וראה בהמשך) בציפייה להופעת חולים חשודים לאבו"ש בהמשך.

7.4.1.3. חיסון אנשי הצוות – כמתואר בהמשך.

8. תפעול בית החולים עם קבלת אישור על אבחנת אבו"ש

(שלב ההתפרצות):

8.1 כללי

8.1.1. בשל אופייה המגפתי של מחלת האבו"ש ובשל חומרתה הקלינית, כל החולים שיהיו חשודים במחלה יאושפזו בבית חולים עד לשלילת מחלה זו או עד להחלמתם.

8.1.2. יעודם של בתי החולים שיטפלו בחולי אבו"ש הוא:

8.1.2.1. מתן טיפול מיטבי בחולים.

8.1.2.2. בידוד הולם של החולים לצורך הכללת ההתפרצות.

8.1.2.3. הגנה על הצוות המטפל מהדבקה.

8.1.3. הנחות העבודה לגבי הופעת החולים באבו"ש במקרה של התפרצות הן:

8.1.3.1. המקרים הראשוניים יגיעו לבית החולים בהפתעה ואף ייתכן שיאובחנו מאוחר יותר לאחר ששהו באשפוז זמן מה ואף לאחר שנפטרו. אי לכך יש להערך לאפשרות של הדבקת אנשי צוות.

8.1.3.2. היקף הנפגעים תלוי בגורמים שונים וביניהם סוג האירוע, אופן הפיזור, מספר המוקדים, עיתוי הפיזור, רמת המוכנות של האוכלוסייה ושל מערכות התגובה, שיעור המחוסנים באוכלוסייה ויעילות החיסון, תכונות הנגיף (אלימותו, עמידות בתנאי סביבה) ואינטנסיביות הצעדים להכללת ההתפרצות.

8.1.3.3. היקף הנפגעים הראשוניים באירוע טרור יכול לנוע מנפגעים בודדים ועד מאות ואלפים.

8.1.4. כאמור בפרק 6.2.2, מדרג הבידוד ייקבע ע"פ היקף החולים בהתפרצות, החל מאשפוז בחדרי בידוד בכל בתי החולים הכלליים שיאבחנו חולים, וכלה בפתיחת מתקני אשפוז לאבו"ש בבתי חולים ייעודיים. פרק זה מתאר את עקרונות העבודה בבית חולים כללי "רגיל" ובבית חולים שיוכרז עם פרוץ האירוע כבי"ח "ייעודי" לחולי אבו"ש.

8.1.5. לאחר קבלת הודעה על מקרה אבו"ש ראשון בארץ, ייערכו כל בתי החולים לקליטת חולים חשודים באבו"ש (עד לפתיחת בתי"ח הייעודיים).

8.1.6. מערך ההסברה ינחה את האזרחים לא לפנות ישירות אל המלר"דים. אנשים עם חשד לאבו"ש יונחו לפנות לבתי החולים הייעודיים. אנשים הזקוקים לחיסון

יופנו לתחנות החיסון. אנשים הזקוקים לבדיקת take או שסובלים מתופעת
לוואי של החיסון יופנו למרפאות קופ"ח. על בתיה"ח להיערך לכשל הסברתי
ולאפשרות שעליהם יהיה לטפל בחולים, במגעים, במפתחי חום מכל סיבה
שהיא, בסובלים מסיבוכי התרכיב וב"מודאגים בריאים".

8.2

חיסון אנשי הצוות והחולים

8.2.1 יש לחסן בהקדם האפשרי את כלל צוות בית החולים. מבצע החיסון יאורגן בצורה מרכזית ע"י משרד הבריאות, כאשר כל בית חולים ינהל מבצע פנימי זריז לחיסון כלל עובדיו בתוך 24 שעות.

8.2.2 דגשים לגבי העברת החיסון ואחסנתו:

8.2.2.1 את החיסון לאבו"ש יש לשמור בהקפאה עמוקה (70- מעלות צלזיוס).

8.2.2.2 העברת החיסון תעשה עם קרח יבש ובפרק זמן קצר על מנת שלא לפגום ביעילותו.

8.2.2.3 בית החולים ייערך לקבלת מלאי חיסונים ממש"ב"ר ולאחסנתו במקפיא (70- מעלות).

8.2.2.4 בית החולים ינהל את מלאי החיסון שברשותו תוך הוצאת מנות מדודות לחיסון עובדים ומטופלים מידי יום ושמירתן במקרר. אין להשתמש בחיסון שהוצא מהקפאה ונשמר בקירור לאחר יותר מ- 24 שעות ואין להקפיא מחדש חיסון שהופשר.

8.2.3 הנחיות מפורטות לגבי נוהל מתן החיסון נמצאות בפרק 3.9.

8.2.4 על בית החולים לקיים תוכנית מעקב על קליטת החיסון (take) ורישום הולם.

8.2.5 אנשי צוות עם הורית נגד לחיסון – יש לבחון היטב ובעדיפות ע"י גורם מומחה לנושא את הבעיות הרפואיות המהוות הורית נגד. אי חיסונו של איש צוות עלול להסתיים בהדבקתו באבו"ש, מאחר שעבודתו מעלה את סיכוייו להחשף לחולים מדבקים. לא יחוסנו אנשי צוות רק אם סובלים מכשל חיסוני משמעותי או ממחלת עור פעילה ומשמעותית (ראה סעיף **שגיאה! מקור ההפניה לא נמצא.**). אנשים אלו לא כמובן יטפלו בחולי אבו"ש, ובמידת האפשר יורחקו מבית החולים, או לפחות יעבדו באתרים בהם לא מטפלים בחולי אבו"ש.

8.2.6 אנשי צוות עם הורית נגד לחיסון, אשר נחשפו לחולי אבו"ש בצורה ודאית, צריכים לקבל את החיסון כטיפול לאחר-חשיפה גם במחיר של הופעת תופעות לוואי. כאמור בפרק 3.9 ניתן להפחית סיכון זה תוך שימוש ב-VIG ובתרופות אנטי ויראליות. מקרים אלו ייבחנו באופן פרטני ע"י מומחה למחלות זיהומיות בבית החולים או בהתייעצות עם לשכת הבריאות המחוזית.

8.2.7. יש לחסן את כלל החולים בבית החולים, בדגש על חולים עם חשיפה פוטנציאלית לחולי האבו"ש.

8.2.8. בנתי חולים ייעודיים:

8.2.8.1. ככלל, במתקנים הייעודיים לחולי אבו"ש במהלך התפרצות יורשו לעבוד רק אנשים מחוסנים.

8.2.8.2. יש לדאוג לציוות שמיי מראש של כל המתוכננים לעבוד בזמן חרום בטיפול בחולי אבו"ש, וליידעם על כך. יש לנהל רישום מקדים של חיסון קודם של האנשים המצוותים.

8.2.8.3. יש לדאוג לקיום רשימה לחיסון מיידי בהתאם לציוות.

מטה בית החולים .8.3

מטה החרום יפעל בהתאם לתורה ולנהלי ההפעלה של בית החולים במצבי החרום השונים. נושאים ודגשים לטיפול המטה במתאר אבו"ש:

8.3.1 ביה"ח צריך להיערך לתרחיש המחמיר, דהיינו הגעת חולי אבו"ש נוספים,

עליה בפניות בגין מחלות חום, תפרחת, פניות של מודאגים בריאים וטיפול במאושפזים הרגילים.

8.3.2 עדכון והדרכת צוותי בית החולים (כולל פארא-רפואיים ועובדי המעבדות) לגבי הקליטה והטיפול בחולי אבו"ש ונהלי בידודם.

8.3.3 ביסוס נהלי הדיווח לגורמי משהב"ר: לשכת הבריאות המחוזית ו/או מטה הטיפול במגיפה שיוגדר ע"י משהב"ר.

8.3.4 קביעת מתכונת התארגנות והפעלת בית החולים לקליטת נפגעי אבו"ש, כולל צוות כוח אדם בהתאם למטלה הצפויה.

8.3.5 על בתי"ח להכין רשימת תיוג של הפעולות הנדרשות בכל רמה ורמה של ביה"ח (ביטחון, מזכירות, עובדי משק, אחיות, רופאים, זיהומאים, הנהלה וכו') מרגע העלאת חשד לאבו"ש ולאחר אבחון המקרה הראשון של אבו"ש בביה"ח.

8.3.6 קביעת אתר לפתיחת "מיון ביולוגי" וצוות כ"א אליו (פירוט בסעיף 1.4.8).

8.3.7 קביעת אתרי האשפוז לחולי אבו"ש ולחשודים במחלה בבית החולים. אלו יכולים להיות חדרי בידוד בתת-לחץ הקיימים בבית החולים, אגף נפרד בבית החולים הייעודי, או כלל בית החולים, אם הונחה על כך ע"י משהב"ר.

8.3.8 מעקב אחר קצב הגעת הנפגעים אל בית החולים, מספר המתאשפזים ומספר המשתחררים להמשך מעקב ו/או טיפול בקהילה.

8.3.9 הבטחת חיסון לסגל בית החולים, למאושפזים ולמבקרים בהתאם להנחיות משהב"ר.

8.3.10 וידוא כי הכניסה לאזור בו מצויים חשודים או חולי אבו"ש תותר רק לבעלי חסינות מוכחת או אנשי צוות ממוגנים, וכי לא תותר כניסה של יותר ממלווה אחד לחולה. מעקב ורישום הנכנסים והיוצאים מהאזור החשוד כנגוע.

- 8.3.11** הקמת צוות לניטור חוס בקרב עובדי בית החולים ומעקב אחר קליטת החיסון.
- 8.3.12** מעקב אחר הדגימות הנשלחות מבתי החולים למעבדת הייחוס.
- 8.3.13** הבטחת טיפול תומך, תרופות וציוד לטיפול בחולים.
- 8.3.14** דאגה לטיפול וסעד נפשי ראשוני ל"מודאגים הבריאים" וטיפול נפשי תומך, המלווה בהסברים מתאימים, למשפחות החולים ולצוות המטפל.
- 8.3.15** תכנון תגבור המעבדות בכ"א ובציוד.

8.4 פעילות המחלקה לרפואה דחופה ואשפוז חולים

8.4.1 הקמת מיון ביולוגי

8.4.1.1 יעוד המיון הביולוגי הוא:

- 8.4.1.1.1** הפרדת החולים החשודים לאבו"ש מכלל פוני השגרה למלר"ד.
- 8.4.1.1.2** החלטה על אשפוז או שחרור של חולים ע"פ הסבירות לאבו"ש.
- 8.4.1.1.3** חיסון כלל הפונים שלא אובחנו כחולים באבו"ש, בין אם משתחררים או מתאשפזים.
- 8.4.1.1.4** ייצוב מצבו הרפואי של החולה.
- 8.4.1.1.5** המיון הביולוגי לא יעסוק בביצוע הבירור הרפואי המלא, כולל שליחת דגימות מעבדה לאבו"ש.
- 8.4.1.2** מיון ביולוגי ראשוני יוקם במקום שייבחר ע"י הנהלת ביה"ח (בעדיפות בסמוך למלר"ד), ויאויש בצוות הכולל מומחים במחלות זיהומיות, פנימאים, רופאי ילדים צוות סעודי ופארא-רפואי.
- 8.4.1.3** החל משלב זה יהיה המנחה המקצועי המקומי המומחה למחלות זיהומיות בבית החולים.
- 8.4.1.4** מבנה ואיוש אתר המיון ייקבעו ע"י מנהל ביה"ח. מנהל האתר יהיה פנימאי בכיר, ויהיו בו פנימאים, רופאי ילדים, רופאי עור, פסיכיאטרים, מרדים לסיוע באינטובציה ומומחה למחלות זיהומיות.

8.4.1.5. כל אנשי הצוות יחוסנו טרם התחלת עבודתם באתר המיון או במהלך היממה הראשונה. רצוי כי אנשי הצוות יהיו אלו שקבלו בעבר חיסון לאבו"ש.

8.4.1.6. יש להקים נקודת טריאז' עם אנשי צוות ממוגנים, בה ימוינו הפונים למלר"ד ע"פ קריטריונים קליניים (קיום חום ופריחה) ואפידמיולוגיים (קשר לחולה אבו"ש או חשיפה לפיזור של אבו"ש) – לפונים חשודים לאבו"ש (שיופנו למיון הביולוגי) ופוני שגרה (שיופנו למיון "הרגיל").

8.4.1.7. לאחר פתיחת מתקני אשפוז בבתי חולים ייעודיים –

8.4.1.7.1. יוותר מיון ביולוגי בביה"ח הייעודי.

8.4.1.7.2. בשאר בתי החולים יש להותיר נקודת טריאז' בלבד לטובת סינון מקרים חשודים לאבו"ש והעברתם לבי"ח ייעודי (באמצעות מד"א).

8.4.2. הנחיות לגבי אשפוז או שחרור של חולים מהמיון

8.4.2.1. תהליך קבלת ההחלטות במיון הביולוגי הראשוני יתבסס על הסיפור הקליני, על קריטריונים של חום ותפרחת ועל הסיפור האפידמיולוגי.

8.4.2.2. הוריות לאשפוז:

8.4.2.2.1. כלל החולים עם חשד קליני לאבו"ש – מאושר (confirmed), אפשרי (probable) או חשוד (suspected).

8.4.2.2.2. למען הסר ספק, הופעת חום בלבד לאחר קבלת חיסון ב-vaccinia, גם לאחר מגע ידוע עם חולה אבו"ש, אינה מהווה הורייח לאשפוז (אלא אם כן יש צורך בכך מבחינת מצבו הרפואי של החולה).

8.4.2.3. יעד האשפוז:

8.4.2.3.1. חדר בידוד בביה"ח בו הם נמצאים כרגע

8.4.2.3.2. מתקן אשפוז לחולי אבו"ש בבי"ח ייעודי – אם כבר נפתח

8.4.2.4. תהליך האשפוז והעברת החולים מהמיון למחלקת האשפוז

8.4.2.4.1.1. לחולה תושם מסכת פה-אף (מסיכת חדר ניתוח). (במידת הנדרש יינתן טיפול בחמצן בצנרת נזאלית תוך כסוי הפה במסכה כאמור).

8.4.2.4.1.2. בגדי החולה יוחלפו בבגדים של בית החולים, ייסגרו בשקית ניילון ויועברו לשריפה או לאוטוקלביזציה.

8.4.2.4.1.3. יורכב עירוני, יילקחו בדיקות דם:

8.4.2.4.1.3.1. בדיקות רוטיניות מחוייבות הנלקחות לחולים מאושפזים ע"פ נהלי בית החולים. מומלץ כי בדיקות אלו יכללו ספירת דם, בדיקת כימיה רוטינית ובדיקת תפקודי קרישה. יש לצמצם ככל הניתן בבדיקות לא חיוניות.

8.4.2.4.1.3.2. בדיקות אבחנתיות לאבו"ש – במידה שיש צורך, יילקחו במחלקת האשפוז.

8.4.2.4.1.3.3. את הבדיקות יש לסמן כ- biohazard ולטפל בהן כפי שמתואר בפרק 8.8.1.

8.4.2.4.1.4. אחות אפידמיולוגית תמלא טופס חקירה אפידמיולוגית (ראה נספח א). הטפסים ירוכזו על ידה ועדכון יועבר למטה החירום של ביה"ח וללשכת הבריאות המחוזית – בפקס או בדוא"ל.

8.4.2.4.1.5. החולה יועבר למחלקת האשפוז באלונקת תת-לחץ הקיימת בבית החולים. במידה שהדבר לא יהיה אפשרי, יש להעבירו כשהוא מכוסה היטב, כולל כיסוי הפה והאף.

8.4.2.4.1.6. יש לתכנן את מסלול העברת החולה כך שלא יעבור בקרבת חולים, מבקרים ואנשי צוות לא קשורים במסדרונות או מעליות.

8.4.2.5. הוריות לשחרור מהמלר"ד

8.4.2.5.1. חולים עם חום וללא תפרחת וכן ללא סיבה אחרת לחום אשר מצדיקה אשפוז, יופנו בשלב זה לביתם, ויונחו להמשיך למדוד חום פעמיים ביום ולעקוב אחר הופעת תפרחת. במקרה בו מתפתחת תפרחת יונחו לפנות לבי"ח ייעודי. יש לוודא כי כל בני ביתם של אנשים אלו מחוסנים או מתחסנים בהקדם האפשרי.

8.4.2.5.2. מגעים / נחשפים ללא חוס יישלחו לבתיחם ויונחו לבצע מדידת חוס דו-יומית ולדווח למוקד הטלפוני של לשכת הבריאות המחוזית. יש לציידם במכתב הסבר למגע (נספח ג', או ד'). עם שחרורם ביה"ח יעביר דיווח מפורט ללשכת הבריאות המחוזית – ראה נספח ה' (טבלא 2).

8.4.2.5.3. "מודאגים בריאים" ישוחררו לביתם לאחר שיחה עם צוות ברה"ן, אם יש בכך צורך ובמידת האפשר, וקבלת דפי הסבר על המחלה והסתמנותה.

8.4.2.5.4. לא ישוחררו מהמיון הביולוגי פונים ללא קבלת חיסון לאבו"ש או הסדרת קבלת החיסון בתחנת חיסון במקרה בו טרם הגיעה אספקת החיסון לבית החולים.

8.4.2.5.5. כל שחרור ייעשה בתוספת דפי הסבר מתאימים (ראה נספח ב').

8.4.2.6. דגשים נוספים

8.4.2.6.1. מלווים – ככלל יש לאסור על כניסת מלווים למיון הביולוגי. במידה שהדבר הכרחי, יש למגן את המלווים בצורה דומה לזו של הצוות המטפל.

8.5. נהלי העבודה במחלקות האשפוז

8.5.1. כללי

8.5.1.1. בית החולים ייערך לאשפוז של החולים לפרק זמן של מספר ימים, עד לפתיחת מתקנים ייעודיים. ייתכן מצב בו החולים הקשים, ובעיקר המונשמים, יצטרכו להישאר בביה"ח עקב קשיים בהעברתם למתקן ייעודי.

8.5.1.2. פיזור החולים במחלקות האשפוז יהיה לפי שיקולי מנהל בית החולים בהתאם לנתוני תשתית, כוח אדם ואמצעים. ילדים יאושפזו במחלקות ילדים או באתרים מיוחדים שיוקצו לכך. בית החולים יתכנן פתיחת אתרי אשפוז בנוסף למחלקות על מנת לתת מענה לעלייה בעומס.

8.5.1.3. לאחר פתיחת המתקנים הקבועים על ביה"ח להיערך להעביר אליהם בצורה ממוגנת ובטוחה את כל החולים המסוגלים לעמוד בהעברה זו.

8.5.2. נהלי בידוד החולים ומיגון הצוות

8.5.2.1. במהלך כל תקופת האשפוז יהיו החולים בחדרי בידוד ייעודיים.

8.5.2.2. על בתי"ח להגדיר מראש חדרי בידוד לאשפוז חולי אבו"ש וחשודים לאבו"ש טרם אבחנה ודאית, עפ"י הקריטריונים של משהב"ר בדבר חדרי בידוד בתת-לחץ. אם לא ניתן להגדיר חדרים כאלו תנותק מערכת מיזוג האוויר, והחשודים יאושפזו בחדר הקרוב למקום בו נבדקו.

8.5.2.3. מיגון הצוות המטפל ייעשה בהתאם לכללי המיגון להדבקה במגע והדבקה אוירוסולית נוסף על אמצעי המיגון הסטנדרטיים. לאחר חיסון הצוותים המטפלים ואישור קליטת החיסון (ראה סעיף 3.9.7) ניתן להפחית את מידת מיגון אנשי הצוות המחוסנים ע"פ ההנחיות בסעיף 6.1.

8.5.2.4. יש ליצור תחנת כניסה ויציאה לחדר בו נמצא החולה, בה מתמגן הצוות טרם כניסה ופושט מיגון ושוטף ידיים לאחר היציאה.

8.5.2.5. יש לדאוג לשימוש בציוד חד-פעמי עד כמה שניתן, כולל כלי אוכל.

8.5.2.6. מכונות הנשמה יצוידו במסנן מתאים (מסנן ויראלי) שיחובר ביציאת צנרת ההנשמה מן החולה לכיוון המכונה, על מנת להפחית את הסיכון לזיהום המכונה.

8.5.2.7. הנחיות לגבי ניקיון, כביסה – ראה סעיף 13.

8.5.3. טיפול וייעוץ:

8.5.3.1. הייעוץ המקצועי לצוות המטפל יינתן ע"י היחידה למחלות זיהומיות של בית החולים. הייעוץ המקצועי לבית החולים יינתן ע"י הצט"מ באמצעות מנהל בית החולים ובמידת הצורך היועץ למחלות זיהומיות. ייעוץ ארגוני יינתן ע"י ענף היערכות בתי"ח בפקע"ר.

8.5.3.2. אמצעים לטיפול בחולי אבו"ש (צר"פ, מכשור רפואי וציוד משקי) יידחפו לביה"ח הייעודיים באחריות האגף לשע"ח במשרד הבריאות.

8.5.3.3. טיפול בתרופות ניסיוניות (ראה פרק 3.8.2.2) יינתן בהתאם להנחיות משהב"ר. פרוטוקול הטיפול והתכשירים יופצו ע"י משהב"ר.

8.5.4. נהלי העברת חולים בתוך בית החולים

8.5.4.1. ככלל, יש להמנע ככל הניתן מהוצאת החולים מחדרי הבידוד. העברת חולה מאתר לאתר תעשה רק במקרים מחוייבים ולאחר אישור הנהלת בית החולים.

8.5.4.2. החולה יועבר באלונקת תת-לחץ הקיימת בבית החולים. במידה שהדבר לא יהיה אפשרי, יש להעבירו כשהוא מכוסה היטב, כולל כיסוי הפה והאף.

8.5.4.3. יש לתכנן את מסלול העברת החולה כך שלא יעבור בקרבת חולים, מבקרים ואנשי צוות לא קשורים במסדרונות או מעליות.

8.5.5. שחרור חולים מבית החולים

8.5.5.1. בתי"ח הייעודיים ייערכו לאשפוז של החולים לפרק זמן של 3-4 שבועות שהוא משך הזמן עד להחלמה מלאה, המתבטאת בנשירת הגלדים. אם במהלך האשפוז תימצא אבחנה אחרת, ישוחררו החולים לבי"ח רגיל או להמשך מעקב בקהילה לאחר וידוא קליטת החיסון.

- 8.5.5.2. חולה אבו"ש ישוחרר מבית חולים ייעודי לאחר נשירת כל הגלדים.
- 8.5.5.3. החולה יצויד במכתב שחרור והנחיות להמשך מעקב בקהילה. אין צורך בבידוד נוסף או בהשגחה מיוחדת לאחר השחרור.
- 8.5.5.4. בהתאם להיקף ההתפרצות ומספר חולי אבו"ש המאושפזים בבית החולים, תישקל אפשרות של שחרור חולי אבו"ש במצב קליני טוב לביתם, טרם נשירת כל הגלדים, אך לאחר סיום השבוע הראשון למחלתם (תקופת הזמן המדבקת ביותר), וזאת בתנאי שכל בני הבית של החולה חוסנו כנגד אבו"ש ופיתחו תגובה מוצלחת לחיסון. במקרה זה ישאר החולה בבידוד בביתו ויאסר עליו לקבל מבקרים עד נשירת כל הגלדים. החלטה זו תהיה בסמכות משהב"ר וע"פ המלצת הצט"מ.

8.6. בתי חולים ייעודיים

8.6.1. כללי:

- 8.6.1.1. הגדרה: בי"ח ייעודי - מתקן שמטרתו היא טיפול בחולי האבו"ש המדבקים, תוך שמירה על בידודם ומניעת הדבקות נוספות.
- 8.6.1.2. בעת הכרזה על אירוע אבו"ש ייפתחו בתי חולים ייעודיים באופן מיידי, בהוראת משהב"ר.
- 8.6.1.3. מיקום בתי החולים הייעודיים הוגדר מראש ע"י משהב"ר:
- 8.6.1.3.1. באיזור הצפון - בני ציון.
 - 8.6.1.3.2. באיזור הדרום - סורוקה.
 - 8.6.1.3.3. באיזור המרכז - אסה"ר.
 - 8.6.1.3.4. באיזור ירושלים - שערי צדק.
 - 8.6.1.3.5. ביה"ח שמואל הרופא מהווה מתקן עתודה, בתנאי שיפנוו המתקנים לאשפוז חולי השחפת בו מחוליהם.
- 8.6.1.4. פריסה זו זהה לפריסת בתי החולים הייעודיים ל-SARS, זאת כדי לצייד את בית החולים בצידוד הנדרש למניעת הדבקה אוירוסולית ולהעלות את רמת מוכנות הצוותים לטיפול בחולים מדבקים.

- 8.6.1.5. עם הכרזה על מקרה אבו"ש מאובחן ראשון, יינקטו באופן מהיר צעדים לפתיחת מתקני האשפוז בבתי החולים הייעודיים האזוריים. במקביל, תחל הסברה שתכוון את האזרחים הסוברים כי חלו באבו"ש להגיע לבתי חולים אלו.
- 8.6.1.6. הרשות העליונה לאשפוז היא הגוף הרשאי להורות על סגירת מתקני האשפוז הייעודיים והחזרתם לתפקוד שגרתו.
- 8.6.1.7. הנהלות בתי"ח הייעודיים תהינה אחראיות לשמירת כשירות חדרי האשפוז והצוותים בעת שגרה.
- 8.6.1.8. יש להגדיר מראש להיכן יפוננו המאושפזים השוהים בביה"ח הייעודי בעת שיוחלט על פתיחתו.
- 8.6.1.9. פתיחת בי"ח ייעודי תלווה בהכרזה פומבית בתקשורת והנחייה, כי חולים עם מחלה חשודה לאבו"ש יגיעו אך ורק לאתרים אלו.

8.6.2. הקמת מתקן האשפוז לחולי אבו"ש בביה"ח הייעודי

- 8.6.2.1. יש לשלט את הגישה למתקן ואת המתקן עצמו, כך שיהיה ברור מהם הגבולות בתוכם מותר למלווים בריאים להימצא, והיכן מותרת השהיה רק למחוסנים או לחולים.
- 8.6.2.2. באופן אופטימלי מתקנים אלו יהיו בעלי יכולת בידוד חולים בתת-לחץ. במידה שהדבר לא אפשרי, החולים יהיו מאושפזים באתר סגור ומבודד משאר בית החולים, בעל מערכת אוורור נפרדת.
- 8.6.2.3. יש לוודא כי באזור בו יאושפזו החולים קיימים ציוד למתן טיפול תוך ורידי, יכולת לטיפול עורי, חמצן, ציוד ניטור, ציוד הנשמה והחייאה.
- 8.6.2.4. יש לוודא ציוד המתקן הייעודי ביכולות מעבדה בסיסיות (יכולת ביצוע ספירת דם, כימיה בסיסית, תפקודי קרישה וגזים) על מנת שלא להוציא דגימות דם ממנו.
- 8.6.2.5. יש לוודא ציוד המתקן ביכולת דימות בסיסית – צילומי חזה על בסיס יחידה ניידת וטכנאי צמוד.
- 8.6.2.6. יש לוודא כי מערכת הטיפול בכביסה עובדת (ראה פרק 13.3).

- 8.6.2.7 יש לוודא קיום מערכת אוטוקלביזציה תקינה.
- 8.6.2.8 בעת קבלת ההנחיה לאשפוז חולי אבו"ש בבתי"ח ייעודיים על הנהלות בתי"ח אלה לדאוג לפינוי מיידי של המאושפזים, להעברת מלאי ציוד מספיק למתקנים, ליידוע הצוותים ולתגבורם במידת הצורך.

8.7. דיווח

8.7.1. דיווחים מיוחדים שעל בית החולים להפיק ולהעביר ללשכת הבריאות

המחוזית מידי יום:

- 8.7.1.1 טופס תחקיר חולה אבו"ש עפ"י הנחיית שרותי בריאות הציבור – עבור כל חולה המתאשפז בבית החולים (ראה נספח א').
- 8.7.1.2 רשימה יומית של כלל החולים עם אבו"ש מאובחן או חשודים לאבו"ש המאושפזים בבית החולים (ראה נספח ה' – טבלא 1).
- 8.7.1.3 דיווח על מגע (עם או ללא חום) המשתחרר מחדר המיון לביתו (ראה נספח ה' – טבלא 2).
- 8.7.1.4 ממצאי ניטור התחלואה בקרב סגל בית החולים (ראה נספח ה' – טבלא 3).
- 8.7.1.5 דו"ח מצב התחסנות צוות בית החולים – עד לסיום חיסון כלל אנשי הצוות.

8.7.2. דיווחים מיוחדים שעל בית החולים להפיק ולהעביר לאגף שע"ח של

משהב"ר מידי יום:

- 8.7.2.1 מספר פונים לאתר המיון
- 8.7.2.2 מספר חולי האבו"ש המתאשפזים בבית החולים
- 8.7.2.3 מספר אשפוזים ביחידות לטיפול נמרץ - ילדים ומבוגרים.
- 8.7.2.4 מספר הנפטרים ביממה. מתוכם (בבתי"ח כללי) מספר הנפטרים עקב אבו"ש.
- 8.7.2.5 סטטוס המלאים המתייחס במיוחד ל:
- 8.7.2.5.1 תרכיב חיסון
- 8.7.2.5.2 ציוד נלווה לביצוע ההרכבה

ציוד מיגון .8.7.2.5.3

תרופות אנטי ויראליות, במידה שהוחלט להשתמש בהן ע"י משהב"ר .8.7.2.5.4

8.8. בדיקות מעבדה

פרק זה עוסק בבדיקות המעבדה לחולי אבו"ש, כולל בדיקות מיקרוביולוגיות לאבחנת אבו"ש, נהלי העברתן למעבדת הייחוס, ובדיקות מעבדה כלליות לחולים המאושפזים.

8.8.1. בדיקות אבחנתיות:

8.8.1.1. הוריות לנטילת בדיקות אבחנתיות לאבו"ש

8.8.1.1.1. חשד בסיכון גבוה לאבו"ש בחולה ראשון / חולים ראשונים (ראה סעיף 4.1).

8.8.1.1.2. חשד בסיכון בינוני/נמוך לאבו"ש בחולה ראשון / חולים ראשונים לאחר שלילת אבחנות סבירות אחרות.

8.8.1.1.3. לאחר אבחנה של התפרצות אבו"ש אין צורך לבצע בדיקות מעבדה אבחנתיות לכלל החולים:

8.8.1.1.3.1. חולים עם הסתמנות קלינית אופיינית לאבו"ש – האבחנה תקבע ללא הוכחה מעבדתית.

8.8.1.1.3.2. חולים עם הסתמנות לא טיפוסית או אי ודאות אחרת לגבי האבחנה – יש לשלוח בדיקות אבחנתיות.

8.8.1.2. הנחיות כלליות לגבי נטילת הדגימות

8.8.1.2.1. נטילת דגימות לחולים ראשונים חשודים לאבו"ש תהיה רק לאחר קבלת אישור מנכ"ל משהב"ר לנטילת הבדיקה והעברתה למעבדת הייחוס.

8.8.1.2.2. נטילת הדגימות תהיה ע"י איש צוות מוגן ככל הניתן:

8.8.1.2.2.1. בחולים הראשונים – במידה שניתן לאתר איש צוות שחוסן בעבר.

8.8.1.2.2.2. איש הצוות יהיה ממוגן בצורה מקסימלית (ראה סעיף 6.1).

8.8.1.2.2.3. לאחר תחילת ההתפרצות – נטילת דגימות תהיה רק במחלקות אשפוז בהן מטפלים בחולי אבו"ש וע"י אנשי צוות מחוסנים.

8.8.1.2.3. במעבדת בית החולים לא יבוצעו כל תהליכי עיבוד לדגימות בחשד לאבו"ש. הדגימות תועברנה למעבדה המיקרוביולוגית לצורך אריזתן

והעברתן למעבדת הייחוס. בייחוד אין לזרוע את הדגימות על תרבויות תאים במטרה לבודד את הנגיף.

8.8.1.2.4 קבלת הדגימות ואריזתן במעבדה המיקרוביולוגית תעשה ברמת בטיחות BSL-2 לפחות.

8.8.1.3 פירוט הדגימות המתאימות וצורת לקיחתן:

8.8.1.3.1 משטח לע (בכל החולים) – נטילה ע"י מטוש סטרילי ויראלי מאיזור השקדים. את המטוש יש להכניס לתוך מבחנת פלסטיק ריקה (ולא מבחנה עם חומר שימור נוזלי או מוצק), לשבור את המקל במידה שיש צורך בכך ולפקוק את המבחנה.

8.8.1.3.2 וסיקולות או פוסטולות –

8.8.1.3.2.1 השתמש בסקלקפל או מחט 26G לפתוח ולהסיר את החלק העליון של השלפוחית. הכנס את החומר שהוסר למבחנת פלסטיק ריקה עם פקק מתברג ואטום אותה.

8.8.1.3.3 גרד את בסיס השלפוחית עם מטוש סטרילי ויראלי. את המטוש יש להכניס לתוך מבחנת פלסטיק ריקה (ולא מבחנה עם חומר שימור נוזלי או מוצק), לשבור את המקל במידה שיש צורך בכך ולפקוק את המבחנה.

8.8.1.3.4 Punch biopsy – רצוי כי נטילת הדגימות בשיטה זו תעשה ע"י רופא עור מיומן בלבד. דגום 2 ביופסיות של שלפוחיות בקוטר של 3.5-4 מ"מ כל אחת באמצעות ערכת punch biopsy. אין להוסיף כל נוזל שימור למבחנה.

8.8.1.3.5 גלדים – השתמש בסקלקפל או במחט להסרת מס' גלדים (לפחות 4). הכנס כל 2 גלדים למבחנת פלסטיק עם פקק מתברג.

8.8.1.3.6 דם – טול דגימה של 10 מ"ל דם במבחנה המכילה ציטראט (3) מבחנות של תפקודי קרישה, כ"א 3 מ"ל – פקק כחול. אין לקחת דם במבחנה ללא אנטיקואגולנט. אין לקחת דם במבחנה עם EDTA (מבחנת ספירת דם – פקק סגול) או עם הפריין (מבחנת כימיה דחופה – פקק ירוק).

8.8.1.3.7 רקמה מנתיחה שלאחר המוות –

8.8.1.3.7.1 דגימות רקמה לאבחנה של אבו"ש מרקמה יש להקפיד (משלוח

בקרר יבש), כולל עור, כבד, טחול, ריאות, קשרי לימפה וכליות.

8.8.1.3.7.2 יש לשלוח את הדגימות ללא פורמלין.

8.8.2 נוהל העברת הדגימות

8.8.2.1 דגימות אבחנתיות לאבו"ש יועברו למעבדת הייחוס ע"פ "נוהל העברת דגימות

באירוע ביולוגי חריג" / משהב"ט 2008.

8.8.2.2 מעבדת הייחוס לגבי אבחנת מחלת האבו"ש היא המעבדה המרכזית של

המכון למחקר ביולוגי בנס-ציונה.

8.8.3 בדיקות דם כלליות (לא-מיקרוביולוגיות)

8.8.3.1 כללי

8.8.3.1.1 בדיקות דם שונות משמשות ככלי להערכה וטיפול בחולים, וגם

במהלך התפרצות של אבו"ש יהיה צורך לבצען. בדיקות אלו כוללות, בין השאר, ספירת דם, בדיקות כימיות שונות, בדיקת תפקודי קרישה, בדיקת גזים בדם, בדיקות שתן ועוד. מאידך, נזולי הגוף של החולים מהווים סיכון אפשרי לעובדי המעבדה.

8.8.3.1.2 ככלל, יש להמעיט בנטילת בדיקות דם ושתי לחולי אבו"ש, אא"כ

הדבר נדרש מבחינה קלינית. מומלץ, כי נטילת בדיקות תהיה ע"פ החלטה של רופא בכיר.

8.8.3.1.3 הסיכון העיקרי להדבקה לגבי עובד מעבדה המטפל בדגימות

ביולוגיות הוא מגע ישיר של נוזל הגוף המזוהם (דם או שתן) עם ריריות חשופות או עם עור בלתי שלם, וזאת בדרך של מגע ישיר או נתז.

8.8.3.1.4 פעולות מסויימות במעבדה עלולות לגרום ליצירת אוירוסול של

המחולל מתוך הדגימה הקלינית ובכך לגרום להדבקת עובדי המעבדה.

פעולות עיקריות כוללות פיפטציה, ריסוק, צנטריפוגציה שאינה self

contained, סוניקציה, ערבוב ע"י וורטקס.

8.8.3.1.5 נוהל זה מפרט את דרכי ההעברה של הדגימות והטיפול בהן

במעבדה.

8.8.3.1.6 כל הכללים מתייחסים למעבדות אשר מקבלות ומבצעות בדיקות בנוזלי גוף של חולים חשודים או מאובחנים עם אבו"ש, כולל מוקד המעבדות הכללי, המעבדות ההמטולוגיות, הביוכימיות, הסרולוגיות, פרמקולוגיה קלינית, אנדוקרינולוגיה, מעבדת שתן וכיוב'.

8.8.3.2 סימון והעברה של דגימות מחולי אבו"ש

- 8.8.3.2.1 כל הבדיקות שיינטלו מחולי אבו"ש יסומנו בהתאם כ- biohazard, כולל הדבקת מדבקה מתאימה, ויארזו בתוך מיכל עם פקק מתברג ושקית ניתנת לסגירה אוטמת, טרם שינועם למעבדה.
- 8.8.3.2.2 לא יהיה שימוש במערכת הפנאומטית לצורך העברת דגימות למעבדה. כל הדגימות יועבדו בצורה ידנית.
- 8.8.3.2.3 תהיה הקפדה יתרה על נהלי הבטיחות השגרתיים (standard precautions).

8.8.3.3 הטיפול בדגימות במעבדה

- 8.8.3.3.1 תהיה הקפדה יתרה על נהלי הבטיחות השגרתיים (standard precautions), כולל, אך לא רק:
- 8.8.3.3.1.1 אין לבצע פיפטציה באמצעות הפה בשום אופן.
- 8.8.3.3.1.2 אין להשתמש במחטים לשאיבה או ערבוב של דגימות.
- 8.8.3.3.1.3 אין לאכול, לעשן או להתאפר במעבדה.
- 8.8.3.3.2 צנטריפוגציה:
- 8.8.3.3.2.1 צנטריפוגציה של מבחנות דם או שתן תתבצע עם מבחנות פקוקות ובתוך מנשא עם פקק אוטם (contained centrifuge).
- 8.8.3.3.2.2 לאחר סיום הצנטריפוגציה יש להמתין 5 דקות עד לפתיחתה (ע"מ לאפשר לאוירוסולים שנוצרו לשקוע).
- 8.8.3.3.2.3 במידה שמכשיר הצנטריפוגה כולל רוטורים פקוקים, הניתנים לפירוק ונשיאה בקלות – יש להעבירם כמו שהם לתוך מנדף ביולוגי (ראה בהמשך) ולפתוח אותם בתוכו. במידה שלא – יש לפתוח את המכשיר ולהעביר את המבחנות בזהירות לתוך מנשא יציב.

- 8.8.3.3.2.4 בכל מקרה לאחר סיום עבודת הצנטריפוגה יש להתבונן היטב במבחנות. במקרה של שבירה או פתיחה של מבחנה במהלך הצנטריפוגציה, יועבר המנשא כולו לתוך מנדף ביולוגי ויטופל בתוכו.
- 8.8.3.3.3 פעולות אשר עלולות ליצור אורוסולים יבוצעו בתוך מנדפים ביולוגיים (biological safety cabinets), מנדפים יונקי אוויר עם זרימה למינרית ופליטת האוויר דרך מסננים ביולוגיים). פעולות אלו כוללות, בין השאר אך לא בלבד:
- 8.8.3.3.3.1 פתיחה ידנית של מבחנות דם ושתן. לאחר הפתיחה והמתנה של 5 דקות ניתן יהיה להוציא את המבחנה הפתוחה ולהעבירה אל מכשיר המעבדה המתאים, כאשר היא מוחזקת בתוך מנשא המיוצב בכלי בטוח.
- 8.8.3.3.3.2 פעולות מיהול וערבוב ידניות של נוזלי גוף לצורך הכנת הדגימה לבדיקה ע"י מכשיר. ככלל יש להמנע מפעולות אלו אם הן אינן מחוייבות.
- 8.8.3.3.3.3 הוצאה של טיפת דם ממזרק סודיום הפארין טרם ביצוע בדיקת גזים בדם.
- 8.8.3.3.3.4 כל פעולה אחרת שכוללת ערבוב, פיפטציה, שאיבה או כל מניפולציה משמעותית אחרת של נוזלי גוף.
- 8.8.3.3.4 טיפול בפסולת:
- 8.8.3.3.4.1 פסולת שבאה במגע עם חומר מזוהם מחולים חשודים תזרק בשלב ראשון לתוך מיכלים מלאים בתמיסת היפוכלורייט = אקונומיקה. מיהול התמיסה – אקונומיקה בייתית (3.5%) מהולה במים ביחס 1:6 או אקונומיקה טכנית (מרוכזת, 11%) ביחס 1:10.
- 8.8.3.3.4.2 לאחר סיום ביצוע בדיקות המעבדה הנדרשות על דגימה יש להשליך את הדגימה לתוך מיכל הפסולת. לא יישמרו דגימות מחולים חשודים כמזוהמים באופן רוטיני. שמירה של דגימות לצרכים ספציפיים (למשל סרולוגיה בהמשך וכיוב') תעשה באופן ממוקד לאחר אישור מנהל המעבדה ובצורה בטוחה.
- 8.8.3.3.4.3 הפסולת שנזרקה תעבור עיקור טרם השלכתה. העיקור יוכל להתבצע באמצעות אוטוקלב בבית החולים, במידה שקיימת הערכות

- לכך, או באמצעות חברות קבלניות מורשות לפעולה זו. במקרה האחרון יש לדאוג לאגירה והובלה בטוחות של הפסולת.
- 8.8.3.3.5 טיפול בשפך של חומר ביולוגי מחולה חשוד:
- 8.8.3.3.5.1 יתבצע ע"י עובד ממוגן נשימתית ועם כפפות (לגבי המיגון ראה סעיף נפרד בהמשך).
- 8.8.3.3.5.2 יש להניח בעדינות חומר סופג בכמות מספקת על השפך.
- 8.8.3.3.5.3 יש לשפוך תמיסת אקונומיקה (מהולה ע"פ ההנחיות בסעיף 8.8.3.3.4.1) מסביב לשפך ואז בעדינות על פני החומר הסופג ולהמתין 20 דקות.
- 8.8.3.3.5.4 יש להרים בזהירות את החומר הסופג ולהשליך אותו יחד עם שאר הפסולת הביולוגית.
- 8.8.3.3.5.5 לאחר מכן יש לחזור על פעולות אלו (הנחת חומר סופג, שפיכת תמיסת חיטוי והשלכת החומר הסופג) פעם נוספת.
- 8.8.3.3.5.6 במידה שמעורבים בשפך שברים חדים יש לנקוט זהירות רבה באיסופם ובהשלכתם למיכל מתאים לחפצים חדים מזוהמים.
- 8.8.3.3.6 במקרה של תקלה במכשיר מעבדה שבו נעשתה בדיקה מדגימה חשודה כמזוהמת – בטרם יתבצעו פעולות על המכשיר לטיפול בתקלה יבוצע חיטוי ע"י הזרמת תמיסת חיטוי לפי הוראות היצרן.
- 8.8.3.3.7 מערכות אוורור ומיזוג –
- 8.8.3.3.7.1 במעבדות בהן מערכת האוויר והמיזוג של המעבדה מבודדת מחללים אחרים בבית החולים ומבצעת טיהור למחוללים ביולוגיים (סינון במסנני HEPA), אפשר להמשיך בהפעלתה ללא שינוי.
- 8.8.3.3.7.2 במידה שמערכת האוורור של המעבדה אינה עצמאית ואוויר הנפלט ממנה עובר לתחומים אחרים בבית החולים בטרם עבר טיהור למחוללים ביולוגיים (סינון HEPA), תופסק פעילות מערכת האוורור.
- 8.8.3.3.8 יוגדר קצין בטיחות מקרב אנשי המעבדה, אשר תפקידו היחיד יהיה בקרה ואכיפה של נהלי הבטיחות.
- 8.8.3.3.9 הכניסה למעבדה תסגר ותוגבל לעובדי מעבדה בלבד, באכיפת קצין הבטיחות.
- 8.8.3.4 ציוד מיגון אישי וחיסון לעובדי המעבדה:

- 8.8.3.4.1. עובדי המעבדה יתמגנו בציווד מיגון אישי בהתאם להנחיות עבור הצוות הרפואי בחדר המיון (כולל מסיכת N95 ומשקף מגן, כפפות, ביגוד חד פעמי).
- 8.8.3.4.2. כל עובדי המעבדה יחוסנו כנגד אבו"ש. לאחר הוכחה של חיסון מוצלח יהיה אפשר להוריד את רמת המיגון של העובדים המטפלים בדגימות מחולי אבו"ש לשימוש בחלוק חד-פעמי, כפפות, משקף מגן ומסיכת פה-אף.
- 8.8.3.4.3. בכל מקרה של קרע בכפפה על העובד לחטא את ידיו בתמיסת חיטוי וללבוש כפפה חדשה.
- 8.8.3.4.4. לאחר סיום העבודה – יש לחטא ידיים בתמיסת חיטוי.

8.9. שונות:

8.9.1. ניתוחים - התנהגות הצוות והטיפול בחדר ניתוח בחולי אבו"ש יהיו על פי הנהלים למניעת זיהומים בחדרי ניתוח של משרד הבריאות ויבוצעו ע"י צוות מחוסן בלבד.

8.9.2. שינוע חולים לבדיקות בבית החולים

8.9.2.1. ככלל, יש להמנע ככל הניתן מהוצאת חולי האבו"ש מחדרי הבידוד ומהמתקנים הייעודיים. יש להגביל את יציאתם לצרכים חיוניים בלבד.

8.9.2.2. במהלך שינועם בבית החולים יש לשאוף לשימוש באלונקות הובלה בתת לחץ הקיימות בבית החולים. במידה שהדבר אינו אפשרי, יש להוביל את החולה עטוף היטב בסדינים, עם מסיכת פה-אף.

8.9.2.3. יש להמנע מקרבה לחולים אחרים, מבקרים או אנשי צוות במהלך שינוע החולים.

8.9.2.4. הבדיקה תבוצע ע"י אנשי צוות מחוסנים וממוגנים כראות.

8.9.2.5. לאחר ביצוע בדיקה כלשהי (לדוגמא – CT, מיפוי וכיוב') יש לוודא חיטוי יסודי של החדר והמכשור טרם הכנסת חולים אחרים.

8.9.3. טיפול בכביסה ונהלי חיטוי וטיפול בנפטרים- בפרקים 13 ו-14 בהתאמה.

9. מבצע החיסון הלאומי

9.1. כללי

9.1.1. חיסון כלל תושבי מדינת ישראל הוא הכלי החשוב והיעיל ביותר לבלימת התפרצות של אבו"ש.

9.1.2. על מבצע החיסון להיות מהיר וכללי. יש לחסן אחוז גבוה ביותר של האוכלוסייה על מנת למנוע את המשך העברת המחלה בקרבה.

9.1.3. על אף שמבצע החיסון כולל את כל תושבי המדינה בפרק זמן קצר, עדיין קיימת חשיבות לאיתור וחיסון מהיר של מגעים של חולי אבו"ש. זאת לשם הגנה על אנשים אלו מפני הופעתה של מחלה קשה וגם לשם מניעת התרחבות מעגלי ההדבקה.

9.1.4. החיסון לאבו"ש הוא החיסון היחיד שהיה ניתן באופן מנדטורי ע"פ פקודת בריאות העם. במקרה הצורך אפשר יהיה להפעיל מחדש נהלים אלו על מנת לחייב את האוכלוסייה להתחסן. בכל מקרה, אנשים שלא יחוסנו, בין אם בשל הוריית נגד רפואית או בשל סירוב, יישארו בסגר בביתם ("סגר מרצון") עד לירידת הסיכון להדבקה (קרוב לוודאי עד לאחר חלוף תקופת הדגירה של גל ההדבקה הראשון – 19 ימים).

9.1.5. השיטה לביצוע חיסון לאומי מפורטת בפקודה ייעודית של משהב"ט, ולא תפורט במסמך זה, אלא באופן כללי בלבד.

9.2. השיטה

9.2.1. מבצע החיסון יבוצע כמשימה לאומית, תוך הרתמות כלל הגופים במדינה.

9.2.2. הגופים העיקריים שישתתפו במבצע הם:

9.2.2.1. משרד הבריאות כולל מערך לשכות הבריאות

9.2.2.2. משרד הבטחון

9.2.2.3. צה"ל ובכללו חיל הרפואה ופיקוד העורף

9.2.2.4. קופות החולים

9.2.2.5. המשטרה

9.2.3. במהלך המבצע תשותק פעילות במשק באופן חלקי ולא יופעלו בתי ספר.

9.2.4. שלבי המבצע יהיו:

- 9.2.4.1. הערכות לוגיסטית ומקצועית, כולל הקמת תחנות חיסון בפריסה ארצית, גיוס וארגון צוותים לתחנות והדרכתם המקצועית.
- 9.2.4.2. חיסון כלל הכוחות הפועלים במבצע
- 9.2.4.3. חיסון כלל תושבי המדינה

9.3 תחנות החיסון

- 9.3.1. תחנות החיסון יוקמו במבני ציבור שונים.
- 9.3.2. הפעילות בתחנה תהיה על פי הסדר הבא:
 - 9.3.2.1. קליטה ורישום של הפונים
 - 9.3.2.2. ראיון קצר וממוקד לאיתור הוריות נגד לחיסון
 - 9.3.2.3. ביצוע ההרכבה בקבוצות
 - 9.3.2.4. המתנה לאחר ההרכבה תוך קבלת הסבר על הטיפול במקום ההרכבה
 - 9.3.2.5. קבלת אישור על ביצוע ההרכבה ושחרור
- 9.3.3. התחנות לא יעסקו באבחנת חולי אבו"ש, טיפול בהם, או בטיפול בתופעות לוואי של החיסון.
- 9.3.4. במקרים מיוחדים, בהם תתקבל החלטה על מתן חיסון יחד עם VIG (ראה סעיף 3.9.9.3.1.4), החיסון יבוצע במסגרת בית חולים ייעודי.
- 9.3.5. אנשים שיאותרו ע"י מערכת בריאות הציבור כמגעים של חולי אבו"ש, יקבלו אישור כתוב על כך ויטופלו בתחנת החיסון עם קדימות על שאר הפונים.
- 9.3.6. הנוהל הטכני לביצוע ההרכבה מפורט בסעיף 3.9 ובפקודה המבצעית.

9.4 אנשים עם הוריות נגד לחיסון

- 9.4.1. במקרה של התפרצות אבו"ש המחלה עלולה לשוב ולהפוך אנדמית בארץ ו/או בחלקים אחרים של העולם. מצב זה יחייב לשוב להתמודדות שהיתה נהוגה טרם הארדיקציה של המחלה, דהיינו חיסון גורף של כלל האוכלוסייה באופן מתמשך. אנשים הסובלים מבעיות רפואיות שמהוות הוריות נגד לחיסון ולא יחוסנו יישארו בלתי מוגנים.

9.4.2. לאור זאת יש לבחון היטב כל מקרה לגופו ולהחליט על הוריית נגד אך ורק במקרים הקיצוניים בהם קיים סיכון גבוה מקבלת החיסון.

9.4.3. בכל אופן אנשים עם הוריית נגד לחיסון להם היה מגע עם חולה אבו"ש יחוסנו, גם תוך סיכון לתופעות לוואי (ראה סעיף 12.3.3 לגבי חיסון מגעים).

9.4.4. אנשים שלא יחוסנו במבצע החיסון הלאומי צריכים להמנע ככל הניתן מחשיפה לחולי אבו"ש. כמו כן אנשים אלו ימצאו בסיכון להדבקה ב-vaccinia משאר האוכלוסייה שתתחסן באותו הזמן. עליהם להשאר בביתם – "סגר מרצון" למעט פעילויות בלתי נמנעות (לדוגמא טיפול רפואי שלא ניתן להמנע ממנו). במיוחד מומלץ להמנע מביקורים בלתי נדרשים במוסדות רפואיים, כולל מרפאות בקהילה ובתי חולים.

9.5. מעקב אחר התחסנות

9.5.1. מעקב אחר התחסנות יבוצע רק עבור מתחסנים נאיביים (שלא חוסנו בעבר לאבו"ש). אלו שחוסנו בעבר ייחשבו כמחוסנים 7 ימים לאחר החיסון ללא קשר לתגובה לחיסון.

9.5.2. המעקב אחר ההתחסנות יבוצע בדר"כ באופן עצמוני על ידי המתחסן על פי דף הסבר עם תמונות (ראה נספח ו').

9.5.3. בדיקת ה-take תבוצע בימים 7-9 לחיסון.

9.5.4. במידה שמתחסן נאיבי לא יפתח take יהיה עליו לפנות בשנית לתחנת החיסון לביצוע הרכבה חוזרת.

9.5.5. במידה שמתחסן לא יוכל להחליט בעצמו על קיומו של take יוכל לפנות למרפאת הקהילה, שם ייבדק ע"י רופא או אחות.

10. עקרונות הרפואה בקהילה

10.1. הערכות

- 10.1.1.** ההערכות הלאומיות להתפרצות של אבו"ש מתבססת על אשפוז החולים בבתי החולים. ברם, למערך הרפואה בקהילה מס' תפקידים חשובים:
- 10.1.1.1.** מוכנות לזיהוי החולים החשודים הראשונים, דיווח עליהם והעברתם הבטוחה לבית החולים.
- 10.1.1.2.** אבחון חשד לאבו"ש לכל אורך ההתפרצות והעברת החולה החשוד לבית החולים.
- 10.1.1.3.** סיוע למבצע החיסון הלאומי.
- 10.1.1.4.** סיוע למעקב אחר התחסנות האוכלוסייה.
- 10.1.1.5.** טיפול בסיבוכים קלים של החיסון.
- 10.1.2.** ההערכות לגילוי חולים ראשונים וזיהוי חולים מאוחר יותר בשלב ההתפרצות מתבססת על נוהל משהב"ר – "הערכות מערכת הבריאות לאירוע ביולוגי חריג – השעות הראשונות", משהב"ר 2008 (הפק"ל הגנרי).
- 10.1.3.** מיד עם אבחנת התפרצות אבו"ש יחל מבצע חיסון לאומי לכלל תושבי המדינה.
- 10.1.3.1.** קופות החולים צריכות להערך לכך, שחלק ניכר מהסגל הרפואי (רופאים, אחיות, רוקחים) יגויסו לטובת מבצע זה. יש לתכנן את מתן שירותי רפואת השגרה בקהילה לתקופת זמן זו (לפחות כשבוע) כמצומצמים מאוד.
- 10.1.3.2.** בדיקת מעקב אחר קליטת החיסון (take) תבוצע באופן עצמוני על ידי המתחסנים הנאיביים בחלוף 7-9 ימים מהחיסון. במקרים בהם לא יוכלו להחליט, מעקב זה יתבצע במסגרת מרפאות הקהילה.
- 10.1.3.3.** סגלי הרפואה בקהילה צריכים להתחסן בעצמם מיד עם תחילת מבצע החיסון.

10.2. נהלי בידוד חולים והתמגנות בקהילה

10.2.1. חולים ראשונים

10.2.1.1. במידה שהחולים הראשונים יתגלו במרפאה בקהילה, יש לנהוג ע"פ הרשום בפק"ל הגנרי של משהב"ר לאירוע ביולוגי חריג מבחינת התמגנות, בידוד החולה, דיווח, חקירה ופינוי החולה.

10.2.2. במהלך ההתפרצות

10.2.2.1. חולים חשודים לאבו"ש יונחו לפנות ישירות לבתי החולים הייעודיים, ולא למרפאות בקהילה, ע"י מערך ההסברה בזמן התפרצות אבו"ש.

10.2.2.2. יש להערך לכך שעדיין יגיעו חולים בהיקף מצומצם לבדיקה במרפאה. חולים אלו עלולים לסכן את שאר המבקרים, כולל כאלו שלא חוסנו עקב הוריות נגד. לאור זאת על מערך הרפואה בקהילה לנסות ולהמנע ככל הניתן משהות חולים חשודים לאבו"ש בתחומן:

10.2.2.2.1. על ידי הצבת שילוט והסבר

10.2.2.2.2. על ידי הסברה בכלי התקשורת השונים

10.2.2.2.3. על ידי תשאול פונים בעמדות הקבלה, במידה שהדבר ניתן

10.2.2.2.4. על ידי זיהוי חולים חשודים ע"י רופאים ואחיות בעת בדיקתם והפנייתם המיידית לבית החולים.

10.2.2.3. הגדרת המקרה לחולים החשודים לאבו"ש עבור מערך הרפואה בקהילה היא:

10.2.2.3.1. מחלת חום **וגם** קשר ישיר למקרה אבו"ש מאובחן.

א

10.2.2.3.2. מחלת חום עם הופעה של פריחה.

חולה שיענה על הגדרת מקרה זה יופנה לחדר מיון של בית חולים ייעודי לחולי אבו"ש, ורצוי שלא ייבדק למרפאה. במקרה שמצבו אינו מאפשר להגיע עצמאית לביה"ח (ולא בתחבורה ציבורית), יוזמן עבורו אמבולנס.

10.2.2.4. במהלך התפרצות אבו"ש המרפאות בקהילה יקיימו מערכת ניטור תחלואה, אשר תבדוק אקטיבית את כלל אנשי הצוות לנוכחות חום ופריחה, תוך דיווח יומי על התחלואה ללשכת הבריאות המחוזית.

10.3 . מעורבות הרפואה בקהילה בחיסון לאבו"ש

10.3.1 . חיסון עובדי הרפואה בקהילה

10.3.1.1 . כלל עובדי הבריאות נדרשים להתחסן מיד עם תחילתה של ההתפרצות.

10.3.1.2 . עובדי רפואה עם הוריות נגד לחיסון (ראה סעיף שגיאה! מקור ההפניה לא נמצא. לגבי הוריות נגד לחיסון)

10.3.1.2.1 . הוריות נגד חמורות (דיכוי חיסוני ניכר, מחלות עור ממושטות

ופעילות) - מאחר שהסבירות גבוהה, כי עובדי בריאות יפגשו פנים-אל-פנים עם חולי אבו"ש פעילים ו/או אנשים שחוסנו ב- vaccinia המפרישים את הנגיף, לא ניתן לאפשר עבודה של אנשי צוות עם הוריות נגד חמורות לחיסון. עובדים אלו ישוחררו מעבודתם או תמצא להם עבודה ללא מגע עם חולים.

10.3.1.2.2 . אזהרות (הריון, הנקה, מגורים עם בעל הוריית נגד חמורה, שימוש בטיפות סטרואידים לעיניים, רגישות יתר למרכיב חיסון, מחלת עור לא פעילה וכו') – עובדים אלו יחוסנו.

10.3.2 . מעורבות במבצע החיסון הלאומי

10.3.2.1 . מבצע חיסון כלל תושבי מדינת ישראל מתבסס על סד"כ גדול של אנשי רפואה, שאחד ממקורותיו העיקריים הוא מערך הרפואה בקהילה.

10.3.2.2 . קופות החולים יתכננו את הקצאת הסגל הרפואי לטובת משהב"ר בתיאום איתו.

10.3.3 . מעקב אחר קליטת החיסון

10.3.3.1 . כלל המתחסנים הנאיביים יתבקשו לבדוק בעצמם את מקום החיסון לבחינת קליטתו 7-9 ימים לאחר קבלת החיסון ע"פ דף הסבר ייעודי (ראה נספח ו'). מתחסנים נאיביים שלא יזהו קליטה מוצלחת (take) יודרכו להגיע לתחנת חיסון להתחסנות מחודשת.

10.3.3.2 . במקרה בו מתחסן נאיבי לא יהיה מסוגל לבצע בדיקה עצמית לקליטת החיסון או במקרה בו לא יהיה ברור כיצד לסווג את מקום החיסון, יפנה המתחסן למרפאת קופ"ח. אתר החיסון ייבדק ע"י איש סגל רפואי – רופא או אחות – לנוכחות take (ראה סעיף שגיאה! מקור ההפניה לא נמצא. –מעקב אחר התחסנות).

10.3.3.3 . במקרה של תוצאה חיובית (קיום תגובה הולמת לחיסון, take) – ישוחרר המתחסן.

10.3.3.4 . במקרה של תוצאה שלילית (העדר take) – יוודא רופא כי למתחסן אין עדות קלינית ברורה לכשל חיסוני שגרם לאי הופעת take, ויפנה אותו לקבלת חיסון נוסף בתחנת החיסון.

10.3.4 . טיפול בסיבוכי החיסון.

10.3.4.1 . במהלך התפרצות של אבו"ש יתכן, כי יהיו יותר חולים עם סיבוכים שונים של החיסון מאשר חולי אבו"ש.

10.3.4.2 . סיבוכי החיסון מתוארים בפרק **שגיאה! מקור ההפניה לא נמצא.**

10.3.4.3 . במקרה של קושי באבחנה בין סיבוך חיסון לבין אבו"ש (כמו למשל הופעה של generalized vaccinia במגע של חולה אבו"ש לאחר התחסנותו) – יש להפנות את החולה לחדר מיון בב"ח ייעודי לבדיקה.

10.3.4.4 . הסיבוכים הבאים מחייבים הפניית החולה לב"ח ייעודי בשל הסיכון הגבוה או בשל הצורך בטיפול ב-VIG, אשר יינתן רק במסגרת ב"ח:

10.3.4.4.1 . eczema vaccinatum

10.3.4.4.2 . progressive vaccinia

10.3.4.4.3 . severe ocular vaccinia

10.3.4.4.4 . severe generalized vaccinia

10.3.4.4.5 . encephalopathy / encephalitis

10.3.4.5 . סיבוכים קלים יטופלו ע"י הרופא בקהילה:

10.3.4.5.1 accidental inoculation – הופעה של נגע נוסף של vaccinia בשל

העברת הנגיף בטעות מאתר החיסון. תופעה זו לרוב אינה מצריכה טיפול מיוחד אלא טיפול בנגע השניוני באותה דרך כמו בראשוני (שמירה על ניקיון, כיסוי). במקרה של תופעות קשות כמו שיכולות להיות במקרה של מערבות עיניים ופרינאום – יש להפנות לבי"ח ייעודי לטיפול ב-VIG.

10.3.4.5.2 חום לאחר חיסון – מצריך טיפול סימפטומטי בלבד, אולם מחייב

ערנות לגבי הופעה של סימנים לאבו"ש (הופעה של נגעים בחלל הפה ונגעים עוריים בהמשך).

10.3.4.5.3 תופעות אלרגיות שונות.

10.3.4.5.4 תגובה דומה לצלוליטיס באתר החיסון – טיפול סימפטומטי בלבד.

ברם, יש לעקוב אחר החולה לסימנים של זיהום משני אמיתי, שאינו שכיח.

11. עבודת מד"א באירוע אבו"ש

11.1. כללי

- 11.1.1. מד"א אחראים על העברת חולים חשודים לאבו"ש לבתי החולים.
- 11.1.2. מד"א אחראים על העברת חולי אבו"ש מבי"ח אחד למשנהו, כאשר מחליטים לרכז חולי אבו"ש בבתי"ח ייעודיים.
- 11.1.3. מד"א אחראים על התרמת דם לפני חיסון במהלך מבצע החיסון הלאומי, על מנת לאפשר מאגרי מוצרי דם ללא חשש לזיהום ב-vaccinia.
- 11.1.4. שירותי הדם של מד"א אחראים על איסוף פלזמה ממתחסנים כנגד אבו"ש לטובת הפקת VIG, אשר ישמש לטיפול בסיבוכי חיסון.

11.2. עקרונות בידוד חולים ומיגון הצוות

- 11.2.1. באופן מיטבי יש לשאוף להובלת חולי אבו"ש באופן מבודד תוך שימוש במערכות הובלה בתת לחץ (הובת"ל). הדבר ישים כאשר מדובר בחולים בודדים.
- 11.2.2. במקרה שהדבר אינו מתאפשר יש להקפיד על עטיפת החולה וכיסוי פניו במסיכת פה-אף (חדר ניתוח).
- 11.2.3. אנשי צוות המובילים חולה חשוד לאבו"ש יתמגנו במיגון אוירוסולי מלא (ראה סעיף 6.1). לאחר הוכחה של חיסון מוצלח המיגון יוכל להיות מיגון מגע וטיפתי בלבד (ראה פרק 6.1.2.8).
- 11.2.4. כלל סגל מד"א יתחסן עם תחילת ההתפרצות.
- 11.2.5. אנשי צוות עם הוריות נגד לחיסון:
- 11.2.5.1. הוריות נגד (דיכוי חיסוני ניכר, מחלות עור פעילות ומפושטות) - מאחר שהסבירות גבוהה, כי עובדי בריאות יפגשו פנים-אל-פנים חולי אבו"ש פעילים ו/או אנשים שחוסנו ב-vaccinia המפרישים את הנגיף, לא ניתן לאפשר עבודה של אנשי צוות עם הוריות

נגד חמורות לחיסון. עובדים אלו ישוחררו מעבודתם או תמצא להם עבודה ללא מגע עם חולים.

11.2.5.2. אזהרות (כשל חיסוני קל, מחלת עור לא פעילה, הריון, הנקה,

מגורים עם בעל הוריית נגד חמורה, שימוש בטיפות סטרואידים לעיניים, רגישות יתר למרכיב חיסון) – עובדים אלו יחוסנו.

11.2.6. במהלך התפרצות אבו"ש מד"א יקיים מערכת ניטור תחלואה, אשר

תבדוק באופן פעיל את כלל אנשי הצוות לנוכחות חום ופריחה, תוך דיווח יומי על התחלואה ללשכת הבריאות המחוזית.

11.2.7. טיהור אמבולנסים:

11.2.7.1. לאחר הובלת חולה עם אבו"ש או חשוד לאבו"ש אין להשתמש

באמבולנס עד לטיהורו.

11.2.7.2. טיהור האמבולנס יבוצע באמצעים הסטנדרטיים המשמשים לניקוי

וחיטוי האמבולנסים ביומיום.

11.2.7.3. הטיהור יבוצע ע"י אנשי הצוות.

11.2.7.4. אין צורך בטיהור האוויר שבחלל האמבולנס או שיטות טיהור

מתוחכמות אחרות, כל עוד נשמרים כללי הזהירות שתוארו (ראה פרק 13.5

לגבי חיטוי וטיהור).

12. מגעים ונחשפים

12.1. הגדרת מגעים (contacts):

אדם שהיה במגע עם מקרה מאושר, אפשרי או חשוד של אבו"ש, החל ממועד הופעת החום. הסיכון להדבקה עולה בחשיפה קרובה (מתחת ל- 2 מ'), במשך חשיפה ארוך ותלוי בחומרת המחלה של החולה. בהתאם לכך יסווגו המגעים לשלוש דרגות סיכון לפתח מחלה:

12.1.1. מגעים בסיכון גבוה (אפשרות להעברה טיפית ובמגע):

- 12.1.1.1. אנשים שבאו במגע של פחות מ- 2 מטר עם החולה, החל מהופעת החום.
- 12.1.1.2. אנשים ששהו זמן ממושך (למעלה מ- 3 שעות) באותו חדר עם החולה, החל מהופעת החום.
- 12.1.1.3. עובדי מעבדה שעבדו עם דגימות מדביקות של חולה ללא מיגון מתאים.
- 12.1.1.4. אנשים שנגעו באופן לא מוגן בבגדי החולה, מצעיו או חפציו האישיים.
- 12.1.1.5. אנשים שבאו במגע ישיר עם גופה של חולה אבו"ש.

12.1.2. מגעים בסיכון בינוני (העברה אוירוסולית):

- 12.1.2.1. אנשים ששהו זמן ממושך (מעל 3 שעות) באותו בניין עם החולה, כאשר קיימת תנועת אויר בין חדרי הבניין השונים.
- 12.1.2.2. אנשים שנסעו באותו קרון בתחבורה ציבורית או במטוס שקיימת בו מערכת איזורור עם סירקולציה של האויר.

12.1.3. מגעים בסיכון נמוך:

- 12.1.3.1. אנשים שבאו במגע לזמן קצר ולא קרוב עם חולה אבו"ש (שהייה קצרה באותו חדר או שהייה באותו בניין או בתחבורה ציבורית בהם אין סירקולציה של אויר במרחק גדול מ- 2 מטרים).
- 12.1.3.2. צוות רפואי מטפל שנקט באמצעי המיגון הדרושים.

12.1.4. מגעים ראשוניים:

אנשים שבאו במגע עם חולה אבו"ש מוכח או אפשרי או עם חשוד לחולה.

12.1.5. מגעים שניוניים:

בני בית של המגעים הראשוניים (אך לא של החולים) או אנשים העובדים במגורי המגעים הראשוניים.

12.2. הגדרת נחשפים (exposed)

הגדרה זו רלוונטית במקרה של פיזור נגיפי אבו"ש כחלק מאירוע טרור ביולוגי, כאשר חקירה משטרתית, אפידמיולוגית ומעבדתית מצביעות על המקום בו פוזר המחולל והזמן בו פוזר המחולל (להלן "המקום והזמן הקובעים").
אדם יוגדר כנחשף אם היה נוכח במקום ובזמן הקובעים.
הנחיות הטיפול בנחשפים יהיו זהות לטיפול במגעים.

12.3. עקרונות הטיפול במגעים ובנחשפים

12.3.1. כללי

12.3.1.1. באופן אופטימלי לטובת הכלת ההתפרצות, כדאי לבודד את המגעים באופן אבסולוטי משאר הקהילה עד חלוף התקופה שבמהלכה עלולה להופיע המחלה (19 ימים).

12.3.1.2. מאידך, בידוד מלא וממושך של מגעים במקרה של התפרצות במימדים גדולים עלולה לגרום לבעייה תפקודית, במיוחד מאחר שחלק ניכר מהמגעים צפויים להיות בעלי תפקידים חשובים בהתמודדות עם ההתפרצות (רופאים ואחיות בחדר מיון ומחלקות אשפוז, צוותי מד"א, עובדי מעבדות מיקרוביולוגיות ועוד).

12.3.1.3. אי לכך יוגדרו 2 דרגות למימדי ההתפרצות עם הנחיות שונות לגבי שיטת הבידוד:

12.3.1.3.1. התפרצות במימדים קטנים – עד עשרה חולים (ולכן עד מאות בודדות של מגעים).

12.3.1.3.2. התפרצות במימדים גדולים – מעל עשרה חולים.

ההחלטה על קביעת מימדי ההתפרצות תלקח ע"י משהב"ר במהלך האירוע, ולאחר התייעצות עם הצט"מ.

12.3.1.4. אחריות המעקב אחר המגעים של חולי אבו"ש במהלך התפרצות "קטנה" תוטל על לשכות הבריאות המחוזיות. כך ניתן יהיה למנוע קרבה בין המגעים ולבין אנשים עם הוריות נגד לחיסון, שעלולים להיות נוכחים במרפאות הקהילה. אחריות זו תכלול:

12.3.1.4.1. מעקב טלפוני יומיומי אחר המגעים על מנת לבדוק את שלומם והאם הופיע חום במעקב העצמאי שמנהלים.

12.3.1.4.2. מעקב אחר הופעת take מהחיסון.

12.3.1.4.3. מעקב בביתם במקרה של הופעת תסמינים חשודים לאבו"ש (שאינם חום), כגון פריחה, לטובת החלטה על אשפוז.

12.3.1.5. במקרה של התפרצות "גדולה" ניהול המגעים יתבסס על מתן הנחיות כתובות ועל הנחיות שיופצו בתקשורת. המגעים יבצעו מעקב עצמי אחר הופעת חום ותסמינים אחרים ויונחו לפנות לבית חולים ייעודי במקרה של חשש מהתפתחות מחלת אבו"ש.

12.3.2. יש לציין, כי ע"פ פקודת בריאות העם במצב של סיכון לבריאות הציבור בסמכות מנכ"ל משהב"ר לחייב אדם לשהות בבידוד.

12.3.3. חיסון מגעים

ראה גם תרשים 2

12.3.3.1. כל המגעים יחוסנו מיידית.

12.3.3.2. מגעים עם מצבים רפואיים, המהווים אזהרות לחיסון – יחוסנו.

12.3.3.3. מגעים בסיכון גבוה ובינוני עם הוריות נגד – יחוסנו ויהיו במעקב להופעת תופעות לוואי. במקרים מסויימים, ולא בצורה גורפת, ניתן לשקול מתן VIG באופן מניעתי יחד עם החיסון.

12.3.3.4. מגעים בסיכון נמוך עם הוריות נגד – לא יחוסנו, אך יישארו במעקב. כללי הבידוד מפורטים בהמשך.

12.3.3.5. יש להנחות על חיסון בני הבית של המגעים מיידית.

תרשים 2 – אלגוריתם לחיסון מגעים של חולי אבו"ש

12.3.4 שיטת בידוד המגעים בהתפרצות במימדים קטנים (עד 10 חולים)

ראה גם תרשים 3

12.3.4.1 בידוד המגעים בביתם – סגר בית:

דף הסבר למגע בסגר בביתו בהתפרצות קטנה (תנאי סגר מחמירים) – ראה נספח ג'.

12.3.4.1.1 כל המגעים יונחו להכנס לסגר בביתם. במשך תקופת הבידוד אסור יהיה עליהם לצאת מביתם לחלוטין.

12.3.4.1.2 משך זמן הסגר יהיה 19 ימים מהמגע האחרון הידוע עם חולה אבו"ש או 14 יום מיום חיסון (רק במידה שהחיסון נקלט), המוקדם מבין השניים.

12.3.4.1.3 במהלך תקופת הסגר על המגע להמנע מקבלת אורחים.

12.3.4.1.4 במהלך תקופת הסגר ימדוד המגע חום פעמיים ביום וידווח ללשכת הבריאות המחוזית על הופעה של חום, פריחה או כל תסמין בעייתי אחר.

12.3.4.1.5 כל עוד אין בעייה רפואית מיוחדת (חום, פריחה וכיוב') אין צורך לנקוט פעולות הגנה נוספות כלשהן כלפי בני הבית או ע"י בני הבית, מאחר שהמגע אינו מדבק כל עוד נמצא בתקופת הדגירה.

12.3.4.1.6 במידה שיופיעו חום או פריחה – ראה סעיף 12.3.4.3.

12.3.4.2 בידוד מגעים במתקן רפואי

12.3.4.2.1 במהלך התפרצות אבו"ש על משהב"ר לשקול פתיחת מתקנים ייעודיים לבידוד מגעים.

12.3.4.2.2 הוריות להכנסת מגע לסגר במתקן ייעודי:

12.3.4.2.2.1 מגע שאינו מסוגל לשמור על כללי הסגר בביתו.

12.3.4.2.2.2 מגע שאינו משתף פעולה עם הנחיות הסגר – במקרה זה יהיה צורך להפעיל אמצעים חוקיים כלפיו לאשפוז כפוי.

12.3.4.2.2.3 מגע שמישהו מבני ביתו עם הוריית נגד לחיסון אבו"ש.

12.3.4.2.3. מתקני הסגר אינם בתי חולים, ואינם מיועדים לטיפול בחולי אבו"ש.

מתקנים אלו צריכים לספק את הדרישות הבאות:

12.3.4.2.3.1. יכולת הלנה, הזנה וסיפוק צרכים אחרים של המגעים.

12.3.4.2.3.2. מניעת צפיפות, שתגרום להתפרצות מחלות אחרות.

12.3.4.2.3.3. ניטור פעמיים ביום של חום והופעה של פריחה או נגעים בפה-לע

– ע"י איש צוות רפואי.

12.3.4.3. הגישה למגעים המפתחים חום במהלך הסגר:

דף הסבר למגע – ראה נספח ג'.

12.3.4.3.1. הסיבות האפשריות להופעת חום במגעים הן:

12.3.4.3.1.1. הופעת פרודרום המחלה (אבו"ש) – במקרה זה צפוי כי המגע

יהפוך תוך זמן קצר (בדר"כ כיומיים, ולא יותר מ- 5 ימים) למדבק

ואז יפתח פריחה אופיינית. מאחר שהמגע יחוסן במהלך תקופת

הדגירה, קיימת סבירות שהמחלה שתפתח תהיה קלה יותר

(modified smallpox).

12.3.4.3.1.2. חום שנגרם מהחיסון (vaccinia).

12.3.4.3.1.3. חום מסיבה לא קשורה.

12.3.4.3.2. מגע שיפתח חום ידווח על כך ללשכת הבריאות המחוזית וימשיך

להיות במעקב הדוק.

12.3.4.3.3. מגע שיפתח חום יישאר באתר הסגר (בית או מתקן סגר ייעודי)

ויהיה במעקב להופעת פריחה או סימנים נוספים. במקרה שיופיעו פריחה או

סימנים מחשידים אחרים לאבו"ש (ע"פ שיקול דעת קליני של הרופא המבצע

את המעקב) יאושפו בבית חולים ייעודי.

12.3.4.3.4. מרגע עליית החום יינקטו צעדי הגנה נוספים באתר הסגר (בית או

מתקן סגר ייעודי):

12.3.4.3.4.1. שמירה על מרחק של יותר מ- 2 מ' מבני בית אחרים.

12.3.4.3.4.2. שינה בנפרד משאר בני הבית.

12.3.4.3.4.3 .המנעות משימוש בחפצים משותפים (לדוגמא מגבות או כלי אוכל).

12.3.4.3.4.4 .שימוש במסיכת פה אף כאשר באותו חדר עם בני בית נוספים.

12.3.4.3.4.5 .רחצת ידיים תכופה.

12.3.4.3.4.6 .כיסוי הפה והאף בעת שיעול / התעטשות.

12.3.5. שיטת בידוד המגעים בהתפרצות במימדים גדולים (מעל 10 חולים)

ראה גם תרשים 3.

12.3.5.1. המגעים יוכלו להמשיך בחייהם כרגיל ללא צורך בבידוד כלשהו, כל עוד לא יפתחו תסמינים, כולל מגע עם בני משפחתם והמשך עבודה.

12.3.5.2. ההנחיות למגעים יהיו באמצעות דפי הסבר (ראה נספח ד') ובאמצעות התקשורת.

12.3.5.3. המגעים ימדדו חום פעמיים ביום למשך 19 ימים מהמגע האחרון הידוע עם חולה אבו"ש או 14 יום מיום חיסון (רק במידה שהחיסון נקלט), המוקדם מבין השניים.

12.3.5.4. במקרה של הופעת אחד מהתסמינים הבאים ייכנס המגע מיידית לסגר בביתו:

12.3.5.4.1. חום מעל 37.8 מעלות במדידה יחידה.

12.3.5.4.2. כאב ראש חזק.

12.3.5.4.3. כאב גב חזק.

12.3.5.4.4. כאבי גרון.

12.3.5.5. תסמינים הקשורים בבירור לחיסון שקבל המגע (כאב מקומי, שלפוחית מקומית, אודם מקומי וכיוב') – אינם מהווים סיבה להכנסה לסגר.

12.3.5.6. מאחר שלא ניתן להבדיל בתחילה בין תופעות מערכתיות הקשורות במחלת האבו"ש לבין תופעות הנגרמות ע"י החיסון (חום, הרגשה כללית רעה וכיוב') – יש להתייחס לחומרה בכל תופעה כזו ולהכניס את המגע לסגר בביתו.

12.3.5.7. נהלי הסגר יהיו כמפורט בסעיף 12.3.4.1.

12.3.5.8. מגעים עם הענות לקוייה למעקב הרפואי יוכנסו לסגר במתקן ייעודי ללא קשר להופעה של חום או תסמין אחר. במקרה זה יהיה צורך להפעיל אמצעים חוקיים כלפיו לאשפוז כפוי.

12.3.5.9. מגעים שמישהו מבני ביתם עם הוריית נגד לחיסון – במקרה זה יש להפריד בין המגע לאותו בן בית למשך 19 ימים מהתאריך האחרון לחשיפתו של המגע. במקרה שלא יימצא פתרון במסגרת המשפחה – יוכנס המגע לסגר במתקן ייעודי.

12.3.5.10 . מגעים עם חום שיפתחו פריחה תוך כדי המעקב העצמי – עליהם לפנות לחדר

המיון של בית החולים הייעודי הקרוב למקום מגוריהם. במידת הצורך יסתייעו

במד"א לפינאי, ובשום אופן לא יגיעו לבית החולים בתחבורה ציבורית.

תרשים 3: שיטת בידוד המגעים והטלת סגר

13. פסולת, חיטוי וטיהור

13.1. כללי

13.1.1. פרק זה יפרט את עקרונות הטהור והטיפול בסביבת החולה.

עקרונות אלו נכונים לגבי כל מקום בו ניתן טיפול לחולה אבו"ש: בתי חולים, מרפאות, תחנות לבריאות המשפחה, משק וכביסה, מרכזים לטיפול בפסולת רפואית, קברנים, מד"א.

13.1.2. ככלל, כל העובדים בקבוצות המצוינות יהיו עובדים מחוסנים בלבד!

13.2. טיהור ועיקור

13.2.1. נגיפים בעלי מעטפת עליהם נמנים הוריולה והוקצינייה רגישים ביותר לאמצעי טהור כימיים ופיסקליים עקב המרכיב השומני של המעטפת.

13.2.2. ברשות האמריקאית להגנת הסביבה (EPA) לא רשום כל חומר שנבדקה לגביו יעילות לטהור נגיף הוריולה. עם זאת, מספר חומרים נבדקו ונמצאו יעילים לטהור נגיפי אורתופוקס בעלי תכונות ביופיזיקאליות וביוכימיות זהות, בהם וקצינייה.

חומר	ריכוז תמיסה מינימלי להשגת אינאקטיבציה של נגיפי אורתופוקס במשטחי עבודה – לגבי כולם ההתייחסות היא למשך זמן אינאקטיבציה של 15-20 דקות
Ethyl alcohol	40%
Isopropyl alcohol	30%
Benzalkonium chloride	100 ppm*
Sodium hypochlorite	200 ppm
Ortho-phenylphenol **	0.12%
Iodophor	75 ppm

* ppm: parts per million

** החומר אינו בשימוש שגרתי בבתי החולים

13.2.3. כל הריכוזים המצוינים בטבלה נמוכים מהריכוזים המומלצים ע"י

היצרנים לעיקור שגרת במרפאות ובבתי החולים, ועל כן החומרים השגרתיים

צפויים להיות יעילים לטיהור משטחים בסביבתו של חולה אבו"ש.

13.2.4. כל שיטות העיקור המאושרות למכשירים רפואיים יעילות לעיקור

נגיפי אורתופוקס.

13.3 .כביסה:

13.3.1. מצעים, מגבות וביגוד של חולי אבו"ש ומגעים ישירים צריכים להיות מטופלים בזהירות כדי להקטין למינימום את פיזור הנגיף לאוויר ולמשטחי סביבה.

13.3.2. אותם כללים חלים גם על בגדי עבודה של צוותים רפואיים ואחרים שבאים במגע ישיר עם חולי אבו"ש. אמנם כללי המיגון מחייבים עבודה עם ביגוד חד פעמי, אולם מומלץ כי העובדים שבאים במגע ישיר עם חולים ילבשו מתחת לבגד המיגון בגדי עבודה, אותם יפשטו בסוף היום.

13.3.3. יש לארוז את הכביסה בשקית אטומה (רצוי אטומה לנוזלים) מיד בתום השימוש בהם, בחדר בו טופל החולה. אין למיינה שוב לפני הכנסתה למכונת הכביסה. כביסה רטובה יש לארוז רק בשקית אטומה לנוזלים או להכניס את השקית למיכל אטום לנוזלים טרם העברתה להמשך טיפול.

13.3.4. יש לסמן באופן ברור את שקיות הכביסה ולהעבירן לטיפול של צוות מחוסן וממוגן כנדרש בלבד.

13.3.5. ככל הניתן, יש להשתמש בפרטי לבוש חד פעמיים ולהעבירם להשמדה בתום השימוש (בעיקר מדים חד פעמיים של הצוות המטפל).

13.3.6. כביסה של חולה אבו"ש תטופל במתקן האשפוז עצמו ולא תועבר החוצה.

13.3.7. החדר בו מטופלת כביסה של חולי אבו"ש צריך להיות בעל מערכת אוורור ומיזוג עצמאית ונפרדת מהאזור בו כביסה נקיה מיובשת מקופלת ונארזת למשלוח.

13.3.8. ניתן לכבס את הבגדים בפרוטוקול מניעת זיהומים הרגיל של בית החולים: כביסה בטמפ' גבוהה- 71°C עם חומר משחרר כלור ויבוש באוויר חם. אין צורך בפרוטוקול כביסה מיוחד.

13.4 .ציוד רפואי ופסולת מזוהמת:

13.4.1. עיקור של ציוד רב פעמי יעשה ע"פ פרוטוקול העיקור השגרתי של בית החולים בהנחיית הצוות למניעת זיהומים.

13.4.2. ציוד רפואי חד פעמי ייארז ויסולק בהתאם לפרוטוקול הטיפול השגרתי בפסולת מזוהמת. אם לבית החולים יש יכולת עצמאית לטפל בפסולת רפואית יש להעדיף זאת על פני העברתה למתקן חיצוני.

13.5. משטחי סביבה:

13.5.1. חיטוי משטחים בהם יש מגע ידיים של חולה או מטפלים יעשה ע"י חומרי החיטוי האנטי בקטריאליים השגרתיים (ראה טבלה). ניקוי משטחים גדולים כקירות ורצפה ייעשה ע"י דטרגנטים רגילים. אין תיעוד של העברת וריולה במגע ממשטחים חלקים, לכן חיטוי של דפנות אמבולנס לדוגמא אינו דורש שימוש בחומרי חיטוי מיוחדים.

13.5.2. אין מניעה משימוש בחדרים בהם שהו חולי אבו"ש, כל עוד מחטאים אותם היטב לאחר מכן.

13.5.3. שטיחים וריפודים שזוהמו ע"י החולה – ניקויים ע"י שאיבת אבק מצריך ציוד ומיומנות שאינם ישימים בדר"כ במערכת הבריאות. במידה שניתן לשפוך עליהם חומרי חיטוי (מהרשימה שצויינה) – יש לבצע זאת. במידה שלא – יש לארוז אותם בשקית סגורה או למנוע גישה אליהם למשך 14 ימים, לאחריהם מניחים כי לא יוותרו נגיפים ויאביליים יותר.

13.6. טהור חללי אוויר במתקני אשפוז ואמבולנסים:

13.6.1. אין אינדיקציה לטיהור חללי חדרים או רכבים בהם שהו חולי אבו"ש ע"י פומיגציה. מחקרים הדגימו כי הנגיף אינו שורד היטב בסביבה ועובר אינאקטיבציה בתוך שעות ספורות.

14. נתיחה לאחר המוות וטיפול בנפטרים

(נכתב על בסיס המלצות ועדה מקצועית בנושא נהלי הטיפול בחללי אירוע ביולוגי בשנת 2002 ועדכון הנחיות לטיפול בנפטרים באירוע ביולוגי ע"י ענף רפואת אב"ך במקרפ"ר והאגף לשע"ח במשהב"ר משנת 2010).

14.1. נתיחה לאחר המוות

- 14.1.1.** ככלל, נתיחת חולה עם חשד לאבו"ש תתבצע אך ורק באישור מנכ"ל משהב"ר, ולאחר התייעצות עם מומחים לנושא (הצט"מ).
- 14.1.2.** יש לצמצם ככל הניתן את מספר הנתיחות המבוצעות בחולים ובחשודים כחולים ולמקדן בעיקר למקרים הראשוניים או למקרים בעלי הסתמנות אטיפית בהם לא הושגה אבחנה טרם התמותה ולאבחנה יש חשיבות אפידמיולוגית. לאור זאת- צפויות נתיחות בודדות בלבד.
- 14.1.3.** מהלך הנתיחה יוגבל לפעולות הכרחיות בלבד בכדי לצמצם אירועי נתז ורסס (דהיינו המנעות מניסור עצמות לדוגמא).
- 14.1.4.** הנתיחה עדיף שתבצע ע"י צוות מחוסן (TAKE חיובי בשלוש השנים האחרונות). בהעדר צוות כנ"ל יש לבחור אנשי צוות שאינם בעלי הורית נגד לחיסון ולחסנם מיידית.
- 14.1.5.** יש לצמצם את מספר המשתתפים בנתיחה לאנשי מקצוע חיוניים בלבד.
- 14.1.6.** הנתיחות יבוצעו רק באתר המספק בידוד הולם, כולל תת-לחץ ושימוש בסינון האוויר הנפלט דרך מסנני HEPA.
- 14.1.7.** הנתיחה תבוצע ע"י צוות מיומן מהמכון הפתולוגי.
- 14.1.8.** צוות המכון הפתולוגי יחוסן מראש ויבצע רענון ותרגול שימוש באמצעי מיגון למניעת הדבקה אוירוסולית באופן תקופתי.
- 14.1.9.** טרם ביצוע הנתיחה הראשונה יתודרך הצוות ע"י גורם מקצועי שייבחר ע"י משהב"ר.
- 14.1.10.** במקרה של צורך בהעברת הגופה, הגופה תועבר לאתר הנתיחה לאחר עטיפתה בשני שקי פלסטיק בלתי חדירים לנוזלים ואטומים. ההעברה תבוצע ע"י אמבולנס ייעודי להעברת חולי אבו"ש המאווש ע"י צוות מחוסן ומתודרך.

- 14.1.11.** צוות נתיחה, ללא קשר למידת חסינותו, יתמגן באמצעים למניעת העברה אוירוסולית בתנאי נתון. במקרה זה יוחלף המיגון הנשימתי לברדס אקטיבי (Powered Air Purifying Respirator- PAPP).
- 14.1.12.** בנוסף על הצוות המנתח להתמגן עם: ביגוד חד פעמי עמיד לנוזלים, 2 זוגות כפפות שביניהם כפפות עשויות מחומר עמיד לחיתוך בסכין, כובע חד פעמי, ערדליים.
- 14.1.13.** בדיקות אבחנתיות לבידוד הנגיף או זיהוי יבוצעו ע"י מעבדת הייחוס הלאומית בלבד. העברת הדגימות מהמכון למעבדת הייחוס תעשה בהתאם לנוהל העברת דגימות מבתי החולים הייעודיים.
- 14.1.14.** כל הציוד החד פעמי יועבר בסיום הנתיחה להשמדה כ- Biohazard. ציוד רב פעמי יעוקר.
- 14.1.15.** לפני העברה לקבורה יש לעטוף את הגופה שוב בעטיפה כפולה של שקי פלסטיק בלתי חדירים ולאטום בסרט איטום דביק.

14.2. הטיפול בנפטרים בבית החולים:

- 14.2.1.** הטיפול בגופת הנפטר יבוצע על ידי צוות המחלקה בבית החולים.
- 14.2.2.** אין סיבה מהותית שלא להסיר צנרת רפואית או כל אביזר פולשני אחר.
- 14.2.3.** הטיפול בגופה יתבצע על גבי כיסוי הניילון הפנימי אשר ישמש לעטיפתו של הנפטר ולקבורתו. בהתאם, הפרשותיו ונוזלי הגוף יעברו הכלה.
- 14.2.4.** הנפטר לא יעבור טיהור (דקונטמינציה) או שימור (ע"י הזרקת חומרים) משום סוג שהוא.
- 14.2.5.** הציוד הרפואי שיוצא מגופת הנפטר יסולק כפסולת רפואית ללא שינוי מהתייחסות הסגל לציוד זה בעוד החולה בחיים.
- 14.2.6.** חפצים יקרי-ערך יוסרו מהנפטר, כמומלץ בעת הקבלה השגרתית לאשפוז של מטופל בבית חולים, ויעברו חיטוי באלכוהול או באקונומיקה. אם לא ניתן לחטא את החפצים, אזי יש להשמיד את החפצים כפסולת ביולוגית.
- 14.2.7.** יש לתעד אילו חפצים הוסרו מהנפטר לאחר פטירתו.
- 14.2.8.** זיהוי הנפטר טרם עטיפתו:

14.2.8.1. יש לשאוף לזיהוי הנפטר על יד קרוב משפחה טרם עטיפתו. קרוב

המשפחה ימוגן באותה רמת מיגון כמו הסגל המטפל בשלב הזיהוי.

14.2.8.2. **לא תותר התייחדות של בני משפחה עם נפטר שאינו עטוף.**

14.2.8.3. בהעדר קרובי משפחה, יצולם הנפטר באופן דיגיטאלי על ידי צלם

רפואי ממוגן (באותה רמת מיגון כמו הסגל הרפואי) במספר זוויות צילום,

בדגש על סמנים מיוחדים על פני הפנים או הגוף. הצילומים ישמרו בצמוד

לתיק הרפואי בבית החולים לצורך סיוע בזיהוי מאוחר באחריות המשטרה

או גורם לא רפואי אחר.

14.2.9. עטיפת הנפטר:

14.2.9.1. הנפטר ייעטף הרמטית בשני שקי פוליאאתילן ייעודיים (רצוי עם חלון

שקוף לזיהוי) סמוך ככל הניתן למועד פטירתו, כאשר גופו מכוסה בסדין,

ופניו מגולות לצורך זיהוי.

14.2.9.2. העטיפה תתבצע במחלקת האשפוז ע"י הצוות הרפואי. העטיפה

הראשונה תתבצע במיטת החולה. העטיפה השנייה תתבצע בשאיפה על

מיטה או אלונקה נקיות.

14.2.9.3. השק החיצוני יסומן באות "ב".

14.2.9.4. הצוות העוטף את הנפטר ירחץ את ידיו במים ובסבון, ויחליף בגדים

וכפפות בין שתי השכבות ולאחר השכבה השנייה.

14.3. מיגון המטפלים בגופה:

14.3.1. כהנחת יסוד: תוגדרנה מראש חברות-הקדישא שתעסוקנה בקבורת

נפטרים באירוע ביולוגי. אם יוחלט לחסן סגלי רפואה מראש (טרום-אירוע),

יחוסנו אף עובדיהן.

14.3.2. **בתהליך הטיפול בגופה, הלוויה והקבורה קיימים שני מעגלים:**

14.3.2.1. מעגל פנימי: אנשים המטפלים בגופה באופן ישיר, לדוגמא:

קברנים, נהגים. חיסון מקדים עם פרוץ המגיפה הינו **חובה למעגל**

הפנימי בלבד.

14.3.2.2. מעגל חיצוני: אנשי "מעטפת", שאינם נוגעים בגופה, ואינם

שוהים בקרבתה, לדוג': מלווים. **אנשים אלו אינם זקוקים לאמצעי מיגון**

מיוחדים.

14.3.3. מיגון אנשי המעגל הפנימי בלבד:

- כפפות חד פעמיות
- משקפי מגן
- סינר פלסטיק/ סרבול נייר חד-פעמי/ חלוק
- כובע חדר-ניתוח
- מגפי גומי הדוקים אטומים מלמעלה
- מיגון נשימתי – במקרה שלא קיימים אנשי צוות מחוסנים מראש, יש לחסן את אנשי הצוות ולהמתין להוכחה על חיסון מוצלח (הופעה של סימן עורי מתאים, על פי ההנחיות הרפואיות שיפורסמו. האישור צפוי להיות כשבוע לאחר החיסון). עד לאישור על הצלחת החיסון על איש הצוות לגלח את זקנו ולהתמגן במסיכת N95. לאחר חיסון מוצלח יוכל איש הצוות להתמגן במסיכת פה אף כירורגית בלבד.

14.3.4. על ציוד המיגון (כולל השקים לנפטרים) להרכש כבר עתה, בנוסף לציוד שנרכש לצוותי בטיה"ח.

14.3.5. מתחת לבגדי המגן ילבשו אנשי המעגל הפנימי בגדי עבודה פשוטים. בסיום כל משמרת, בגדים אלו יעברו כביסה רגילה, בדומה לנוהלי הכביסה בבתי החולים. בכל מקרה, יש לפעול לפי הנחיות משהב"ר בתוקף.

14.3.6. השמדת ציוד מיגון משומש או כביסת בגדי העבודה שנלבשו מתחת למיגון תתבצע בסיום כל משמרת ע"פ הנוהל הבא:

14.3.6.1. ציוד המיגון המשומש ייארז בשקיות לפסולת זיהומית, המסומנות ב"סכנה ביולוגית" – "Biohazard". בגדי העבודה ייארזו אף הם בשקיות לפסולת זיהומית.

14.3.6.2. שקיות הפסולת להשמדה תועברנה באוטוקלאב, תישרפנה או תיגרסנה בחומר כימי. שינוע השקיות להשמדה מבתי-הקברות יבוצע ע"י החברה שתבצע זאת מבתי-החולים, באותו אופן, ובאותה תדירות. ייכתב נוהל לקבלני השינוע, אשר יכלול בתוכו את שיטת השינוע, שיטת הטיפול בפסולת, סדרי העבודה, תדירות פינוי הפסולת, הציוד, מיגון (מגע+טיפתי), חומרי חיטוי וכו'. שינוע השקיות לכביסת בגדי העבודה שנלבשו מתחת למיגון אינו מצריך נוהל מיוחד.

14.3.6.3. כביסת בגדי העבודה תבוצע ע"י קבלנים חיצוניים, אשר מבצעים בשגרה את שירותי כביסה עבור בתי החולים. ההתקשרות בין חברות הקבורה לקבלנים תעשה באופן ישיר.

14.4 . בטיחות

14.4.1. על כל גוף המשתתף בטיפול בנפטרים למנות קצין בטיחות שתפקידו

יהיו:

1. **14.4.1.1.** בטיחות בהתמגנות ובהתפשטות מציוד המיגון.

2. **14.4.1.2.** ניטור של נטילת טיפול מונע / התחסנות ע"י הסגל בארגון.

3. **14.4.1.3.** ניטור יזום של תחלואה ובירור סיבות היעדרות בקרב הסגל.

4. **14.4.1.4.** הכרת נוהלי תפעול תקלות בטיחות.

14.4.2. במהלך העבודה על הצוות המטפל לרחוץ ידיים בקפדנות במים

ובסבון בסיום כל התעסקות עם כל גופה, לפני אכילה ולפני עישון. ניתן להמיר

את רחיצת הידיים בשטיפתן בתמיסת חיטוי ידיים על בסיס אלכוהול (לאחר

הדרכה מתאימה).

14.4.3. בסיום המשמרת, עם הסרת הביגוד וטרם לבישת בגדים חדשים, על

כל אנשי המעגל הפנימי להתקלח במים ובסבון. **באחריות הגורמים הרלוונטיים**

לדאוג להקמת מקלחות בכל בית קברות בו עשויים להיקבר נפטרים באירוע

ביולוגי.

14.4.4. יוגדרו אזורים נפרדים להסרת ביגוד העבודה וללבישת הבגדים

הנקיים.

14.4.5. הסמכות הרפואית המגבה היא לשכת הבריאות המחוזית, אשר

תתוודך מראש ותפקידיה בהיבט זה יכללו הדרכת הקבוצות המטפלות (נהגים,

קברנים וכו'), טיפול בהופעת תחלואה ובתקלת בטיחות וכו'.

14.4.6. כגורמים מייעצים לסמכות הרפואית המגבה ישמשו ענף רפואת אב"ך

במקרה"ר והמכון הביולוגי.

14.4.7. **חומרי טיהור ותקלות בטיחות:**

14.4.7.1. חומר טיהור מסוג אקונומיקה ישמש לצורך מקרה בו שרוול

הפוליאטילן נפתח או שהגופה נפגעה. במקרה של שפך סביבתי (לא על בני

אדם) כתוצאה מפתיחת שרוולי הפוליאטילן או כל סיבה אחרת יש לחטא

ע"פ ההנחיות הבאות:

- פעולות החיטוי והניקוי יבוצעו ע"י עובד ממוגן.

- תמיסת החיטוי תהיה אקונומיקה (אקונומיקה ביתית בריכוז התחלתי 3.5% במיהול 1:6 עם מים או אקונומיקה טכנית בריכוז התחלתי 11% במיהול 1:10 עם מים).
- יש להניח בעדינות על השפך חומר סופג.
- יש לשפוך בעדינות תמיסת חיטוי מסביב לחומר הסופג ואז עליו.
- לאחר המתנה של 20 דקות יש לאסוף בזירות את החומר הסופג ולהשליכו למיכל לאיסוף פסולת ביולוגית.
- יש לחזור על פעולות אלו (הנחת חומר סופג, שפיכת חומר חיטוי, המתנה ואיסוף) פעם נוספת.

14.4.7.2. תמיסת חיטוי על בסיס יוד או כלורוקסידין 4% תשמש לטיפול

באנשי צוות להם ארעה תקלת בטיחות, ע"פ המפורט להלן:

14.4.7.3. קרע בכפפת המטפל או דקירתה. הסרת הכפפות ורחיצה טובה וממושכת (2 דקות) בתרחיץ חיטוי. לאחר מכן יש ללבוש כפפות חדשות.

14.4.7.4. בגד שהתלכלך מהגופה. הסרתו המיידית, ומקלחת במים ובסבון.

14.4.7.5. התזת חומר חשוד לעיניים. שטיפה מיידית של העיניים בכמות גדולה של מים.

14.4.7.6. התזת חומר חשוד על העור. רחיצת המקום למשך דקה בתמיסת חיטוי.

14.4.7.7. התזת חומר חשוד לפה. שטיפה מיידית בכמות גדולה של מים.

14.4.8. בכל מקרה של תקלת בטיחות יש לדווח ללשכת הבריאות המחוזית.

14.4.9. ניטור תחלואת סגל יזומה על ידי קצין הבטיחות תבוצע על פי

הנחיות לשכת הבריאות המחוזית. בכל מקרה של תחלואת סגל יש לדווח מיידית ללשכת הבריאות המחוזית, אשר תחליט אם לפתוח בחקירה אפידימיולוגית ותעביר הנחיות פרטניות בהתאם. חקירה זו תברר בין היתר:

14.4.10. האם איש הצוות טיפל בתקופה האחרונה בנפטר שסבל ממחלה העשוייה לגרום לתסמינים כמו אלו שהופיעו.

14.4.11. האם קרתה תקלת בטיחות.

14.4.12. האם ייתכן כי אנשי צוות אחרים נחשפו גם-כן.

14.4.13. האם הופיעה מחלה בקרב בני-משפחתו של איש הצוות.

14.5. הובלת הנפטרים מבית החולים:

14.5.1. הובלת הנפטרים ממקומות פטירתם לבתי העלמין תבצע ע"י חברת

אמבולנסים פרטית, שתרוקן בצוים לשע"ח.

14.5.2. נהגי האמבולנסים ומלוויהם (לצורך נשיאת האלונקה וכד'), אם יש

צורך בכך) ינהגו ע"פ הכללים האמורים לגבי אנשי המעגל הפנימי (סעיפים ה'-

ו': כולל רמת ביגוד המגן, מקלחת, החלפת בגדים, **חיסון מקדים** וכו').

14.5.3. לא תותר עלייה לאמבולנס של בן-משפחה או מלווה לא מקצועי אחר.

14.5.4. האמבולנסים יסומנו בסימון המעיד על "סכנה זיהומית" עפ"י התקן

הבינלאומי.

14.5.5. בכל אמבולנס יותקן אמצעי קשר קבוע או נייד.

14.5.6. אין סיבה מהותית למנוע הפעלת אוורור/ חימום/ מיזוג באמבולנס.

הנפטר העטוף אינו מהווה סיכון ממשי לסביבתו אלא במקרה של פריצת

העטיפה. לעומת זאת, שהייה בבגדי מיגון לאורך זמן קשה אפילו במזג אוויר

נוח, לא כל שכן במזג אוויר חם, אשר עלולה להוביל לרישול בנקיטת המיגון

האישי.

14.5.7. האמבולנס ינוקה ביסודיות בסיום כל משמרת בבית-הקברות במים

ודטרגנט. אם יקרה זיהום גס מנוזלי גופה, יש לפעול ע"פ כללי השפך – ראה

סעיף 14.4.7

14.6. טהרה וזיהוי:

14.6.1. אין לבצע תהליכי טהרה כלל, משום שהללו עלולים לגרום לפריצת

ההכלה של הזיהום ולסכן את הסביבה והסגלים.

14.6.2. ניתן לעטוף את הנפטרים בתכריכים מחוץ לשכבת הפוליאתיילן

החיצונית.

14.6.3. זיהוי הנפטר יהיה מהיר ככל הניתן, וייעשה ע"י בן משפחה אחד

בלבד, ללא פתיחת שרוולי הפוליאתיילן. ניתן להסתפק במיגון המזהה במסכת

פה-אף בלבד, משום שפרק הזמן הדרוש לזיהוי הוא שניות בודדות ואינו מצריך מגע כלשהו עם הגופה.

- 14.6.4.** בחדר הטהרה תמצאנה תמיסות חיטוי כמתואר בסעיף 14.4.7.
- 14.6.5.** ישנה חשיבות עקרונית להתחסנות בני המשפחה, כולל בן המשפחה המזוהה, לאור ההסתברות הגבוהה לחשיפה לנפטר בעודו בחיים, או לחשיפה לחולים אחרים בנסיבות של אירוע ביולוגי. ברם, אין הדבר מתנה את פעולת הזיהוי, ובן המשפחה יוכל להתחסן גם מיד לאחר מכן.

14.7. לוויה והתייחסות למלווים:

- 14.7.1.** חל איסור על המלווים לגעת בגופה. אין סיבה מהותית למנוע מהמלווים לשהות בסמוך לגופה עטופה כנדרש.
- 14.7.2.** אין צורך להתנות את ההשתתפות בלוויה בחיסון מקדים של המלווים. ההתחסנות של המלווים כנגד אבו"ש היא חיונית, אולם לא מטעמי הגנה על המלווים מכיוון הנפטר, אלא מתוקף נסיבות האירוע הביולוגי בכלל.
- 14.7.3.** ייתכן כי במועד הלוויה משהב"ר יתקן תקנות המונעות התקהלות בציבור כחלק מאמצעי ההכלה של המגיפה. במצבים כאלו הלוויות תהיינה מצומצמות קהל, בהשתתפות מניין כמינימום ומשפחה קרובה וחברים ספורים כמקסימום.
- 14.7.4.** אין צורך בהגבלת המרחק בין המלווים לגופה העטופה.

14.8. הקבורה:

- 14.8.1.** אין צורך בקבורת הנפטרים בחלקות נפרדות.
- 14.8.2.** הנפטרים ייקברו בעומק של מטר ביחידת קבורה בעלת שכבת בטון היקפית (קבר סטנדרטי).
- 14.8.3.** כל גופה (המגיעה כבר עטופה בשני שרוולי פוליאטילן), תיעטף ביריעה נוספת שבתוכה יושמו 10 ק"ג סיד. מחוץ לגופה, בתוך חלקת הקבר, יש לשפוך 20 ק"ג סיד נוספים.
- 14.8.4.** באחריות חברה-קדישא לנהל מעקב רישומי קבורה ביומן בית-העלמין. ברישום יצויין סוג המחלה (אבו"ש).
- 14.8.5.** יותר לפתוח קברי אחים של נפטרים מאבו"ש כעבור שנה.

14.8.6. נפטרים מאבו"ש שנקברו שלא ע"פ הנהלים (הן מאחר שבעת פטירתם לא היתה ידועה סיבת המוות, והן מסיבות אחרות) לא יוצאו מקבריהם, אולם קברים אלו יסומנו ברישומי החברה-קדישא ובית העלמין כקברים בהם נטמנו נפטרים באירוע ביולוגי. במידה שהקברים אינם מבוטנים אין לתפור קבר חדש בטווח של 10 מטר מהקבר לכל כיוון.

נספח א – שאלון אפידמיולוגי לחולה חשוד לאבו"ש

הטופס ימולא ע"י צוות לשכת הבריאות ויועבר אל האגף לאפידמיולוגיה במשהב"ר

בפקס 02-6706876

נתונים מזהים:

1. שם משפחה: _____ שם פרטי: _____
2. מס' תעודת זהות / דרכון (הקף בעיגול): _____
3. כתובת – רחוב _____ עיר _____
4. טלפון בבית _____ טלפון נייד _____
5. קופ"ח _____ רופא מטפל _____ טלפון _____

נתונים הקשורים לחשיפה:

6. האם נחשפת ב- 4 השבועות האחרונים לאדם חולה (חום, פריחה, שיעול, כאבי ראש או גב חזקים, הקאות...)? יש לציין את מידת הקרבה הגופנית.

7. במה אתה עוסק בעבודתך? היכן מקום עבודתך / לימודיך?

8. האם באת במגע כלשהו עם בע"ח ב- 4 השבועות האחרונים? (במיוחד לפרט

לגבי קופים ומכרסמים)

9. האם היית בחו"ל ב- 4 השבועות האחרונים? אם כן – יש לפרט את כל הארצות, מועדי השהות, האתרים בהם היה ומגע עם חולים ובע"ח שם.

נתונים לגבי המחלה

יש לפרט האם סובל מהתסמינים / סימנים הבאים ומתי הופיע כל אחד מהם:

מס"ד	תסמין/סימן	קיים? (הקף)	מתי הופיע?
10	חום	כן / לא	
11	כאב ראש	כן / לא	
12	כאב גב	כן / לא	
13	כאב גרון	כן / לא	
14	כאב בטן	כן / לא	
15	שלשול	כן / לא	
16	הקאה	כן / לא	
17	בלבול	כן / לא	
18	פרכוסים	כן / לא	

19	פצעים בפה	כן / לא
20	פריחה - כתמים	כן / לא
21	פריחה – שלפוחיות	כן / לא
22	פריחה – גלדים	כן / לא
23	דימומים (עור, ריריות, דימומים פנימיים כלשהם)	כן / לא

24. במידה שהופיעה פריחה – יש לתאר את מהלכה (היכן הופיעה בתחילה ולאן

התפשטה)

היסטוריה חיסונית

25. האם חוסנת בעבר כנגד אבו"ש? כן / לא

26. אם כן, מתי חוסנת לאבו"ש?

26.1. בתור ילד. שנה _____

26.2. בגיוס לצבא. _____

26.3. במבצע החיסון ב- 2001/2002

26.4. במועד אחר. _____

27. האם חלית בעבר באבעבועות רוח? כן / לא פרט:

28. האם חוסנת כנגד אבעבועות רוח? כן / לא פרט:

מגעים

29. מאז שנהיית חולה (מאז תחילת עליית החום) – עם מי באת במגע ובאיזו קרבה? יש

להתייחס לבני משפחה, חברים לעבודה, מגעים אקראיים אחרים וצוות רפואי

מטפל.

שם: _____ סוג המגע:

שם: _____ סוג המגע:

שם: _____ סוג המגע:

שם: _____ סוג המגע:

שם: _____ סוג המגע:

שם: _____ סוג המגע:

שם: _____ סוג המגע:

שם: _____ סוג המגע:

שם: _____ סוג המגע:

שם: _____ סוג המגע:

שם: _____ סוג המגע:

פרטי המתחקר

שם משפחה _____ שם פרטי _____ לשכה _____

טלפון _____ חתימה _____

נספח ב' - דף מידע על אבעבועות שחורות

מחלת האבעבועות השחורות הינה מחלה חמורה, מדבקת ולעיתים גורמת למוות. המחלה מאופיינת בתפרחת ממושטת על הגוף המופיעה לאחר מספר ימים של חום גבוה. לא קיים טיפול ספציפי למחלה, והדרך הטובה ביותר למניעת המחלה היא חיסון.

התפרצויות טבעיות של המחלה הופיעו מעת לעת במשך אלפי שנים, אך המחלה הוכחדה כליל לאחר שארגון הבריאות העולמי ניהל מבצע ביעור עולמי מוצלח. מקרה המחלה הטבעי האחרון היה ב-1977 באפריקה ובישראל היה המקרה האחרון בשנות ה-50. עקב הכחדת המחלה נגמר הצורך בחיסון שגרתי של האוכלוסייה. בישראל הופסק החיסון השגרתי כנגד אבעבועות שחורות בשנת 1979.

המחלה

המחלה נגרמת על ידי נגיף הוריולה. קיימות שתי צורות התבטאות למחלה: הצורה שהיתה השכיחה ביותר היא הצורה החמורה, המאופיינת בתפרחת ממושטת וחום גבוה והצורה הקלה יותר ששכיחותה היתה נמוכה יותר.

סימני מחלה מופיעים 7 עד 19 ימים לאחר חשיפה לנגיף. בתקופה זו (תקופת הדגירה) לנדבק אין סימני מחלה והוא מרגיש היטב. בתקופה זו אין חום והאנשים אינם מדבקים.

לאחר תקופה זו מופיע השלב המוקדם של המחלה. סימני המחלה הראשונים כוללים: חום גבוה, עייפות, כאבי ראש, כאבי גב וכאבים בכל הגוף, לעיתים הקאות. החום בד"כ גבוה בטווח $38.5-40^{\circ}\text{C}$. שלב זה נמשך 2-4 ימים ולאחריו מופיעה התפרחת. החולים עשויים להיות מדבקים רק לאחר עליית החום.

התפרחת מתחילה ככתמים אדומים קטנים על הלשון ובתוך הפה. כתמים אלו מתפתחים לפצעים שנפתחים ומפזרים כמות רבה של נגיף בחלל הפה ובגרון. בשלב זה החולים הינם המדבקים ביותר.

התפרחת על העור מתחילה בפנים ומתפשטת לידיים ולרגליים ולאחר מכן לכפות הידיים והרגליים. בדרך כלל התפרחת מתפשטת לכל שאר חלקי הגוף בתוך 24 שעות. עם הופעת התפרחת החום יורד ולעיתים החולה מרגיש טוב יותר.

בימים לאחר מכן משתנה התפרחת במספר שלבים: נגעים שטוחים, נגעים מורמים, שלפוחיות קשות למגע עם נוזל עכור בתוכן שבמרכזן שקיעה (צורת "טבור") עם גבול חד מהעור סביב. בשלב האחרון

השלפוחיות מתייבשות והנגעים מתכסים בגלדים שנושרים. במקום הנגעים נשארות צלקות שקועות. הזמן מתחילת התפרחת ועד לנשירת כל הגלדים נמשך כשלושה שבועות ובכל התקופה הזו החולה הינו מדבק. לאחר נשירת כל הגלדים החולה אינו מדבק.

דרכי ההדבקה

בדרך כלל נחוץ מגע ישיר או קירבה ממושכת פנים אל פנים עם החולה כדי להדבק במחלה. המחלה יכולה לעבור גם על ידי מגע ישיר עם נוזלי גוף של החולה או עצמים מזוהמים כגון כלי מיטה או בגדים. לעיתים נדירות המחלה מועברת בדרך האויר בחללים סגורים כגון מבנים, אוטובוסים ורכבות.

בני אדם הם המאכסנים הטבעיים היחידים של הנגיף. המחלה אינה מועברת על ידי חרקים או בעלי חיים.

חולה באבעבועות שחורות לעיתים מדבק עם הופעת החום (השלב המוקדם), אך החולה הוא הכי מדבק עם התחלת התפרחת. בשלב זה החולה בדרך כלל מרגיש מאוד חולה ואין ביכולתו לנוע בחופשיות. כאמור, החולה מפסיק להיות מדבק רק לאחר נשירת כל הגלדים.

נספח ג'- דף הדרכה למגע של חולה אבעבועות שחורות (התפרצות קטנה, תנאי סגר ממחמירים)

תושב/ת יקר/ה

התברר כי נחשפת לאדם החולה או חשוד כחולה במחלת האבעבועות השחורות.

חשוב לדעת !

- מחלת האבעבועות השחורות הינה מחלה מדבקת המועברת מאדם לאדם בעיקר במגע קרוב.
- הטיפול באנשים הנחשפים לנגיף מחולל המחלה הינו חיסון, אותו יש לקבל מוקדם ככל שניתן.
- עליך ועל בני משפחתך להגיע כעת אל תחנת החיסון הקרובה למקום מגוריך על מנת להתחסן כנגד המחלה. בהגיעך לתחנת החיסון, הצג את כרטיס החיסון המהיר אותו קיבלת.
- לאחר קבלת החיסון עליך להשאר בסגר בביתך במהלכו תהיה נתון במעקב של לשכת הבריאות. משך הסגר והמעקב הינו עד ליום ה- 19 מיום החשיפה האחרון לחולה או עד היום ה-14 מקבלת חיסון שגרם לתגובה מוצלחת במקום החיסון, המוקדם מביניהם. אורך הסגר יקבע ע"י לשכת הבריאות.
- במהלך תקופת הסגר יש לנקוט בצעדים הבאים:
 - אין לצאת מהבית.
 - המנע מלקבל מבקרים בביתך.
 - מדוד חום פעמיים ביום, בוקר וערב, ושים לב להופעת תפרחת על העור או כל הרגשה חריגה אחרת.
- אם במהלך תקופה זו לא הופיעו חום או תפרחת ניתן להפסיק את המעקב.
- יש לשים לב להופעת תגובה מוצלחת במקום החיסון בהתאם למופיע בגלויית המעקב שקיבלת. אם לא הופיעה התגובה הרצוייה, יש לדווח על כך למוקד המעקב ולקבל את הנחיותיו.

- כל עוד לא הופיע חום מעל 38 מעלות בשתי מדידות שונות עוקבות:
- אין צורך בנקיטת אמצעים מיוחדים מצידך או מצד בני ביתך כגון חבישת מסיכה, ארוחות נפרדות וכו'.

- **במידה שמופיע חום מעל 38 מעלות בשתי מדידות שונות עוקבות:**
 - הסיבות להופעת חום שונות, כולל חום שנגרם מהחיסון שקבלת, חום כתוצאה מהתפתחות מחלה לא קשורה (כגון שפעת) או כתוצאה מהתפתחות מחלת האבעבועות השחורות.
 - עלך לדווח זאת למוקד המעקב בטלפון _____ באופן מידי.
 - אין צורך בבידוד או סגר של שאר בני הבית כל עוד כולם מחוסנים וללא סימני מחלה.
 - יש לחבוש מססת פה – אף בעת שהות באותו חדר עם בן בית אחר.
 - יש לישון בחדר נפרד.
 - יש להימנע משימוש משותף בחפצים אישיים כגון: מגבות, ציוד היגיינה ומלי אוכל.
 - יש לרחוץ ידיים לעיתים תכופות.
- אם מתפתחת תפרחת במשך תקופת המעקב, עלך לפנות לחדר המיון של בית החולים **הייעוץ** הקרוב למקום מגורך. במידת הצורך יש להסתייע במד"א לק, ובשום אופן אין להגיע לבית החולים בתחבורה ציבורית (אוטובוס, מונית או רכבת)
- אם לא הופיעה תפרחת לאחר 5 ימים והחום חלף או אומץ כנובע מהחיסון או מסיבה אחרת, תדרש להמשיך בסגר בביתך עד להשלמת 19 יום מאז המגע האחרון עם החולה או 14 יום לאחר חיסון מוצלח.

□ ניתן לפנות למוקד המעקב לקבלת סיוע בכל שאלה שתתעורר. מס' הטלפון של מוקד המעקב הוא:

נספח ד' - דף הדרכה למגע של חולה אבעבועות שחורות (התפרצות גדולה, תנאי סגר מקלים)

תושב/ת יקר/ה

התברר כי נחשפת לאדם החולה או חשוד כחולה במחלת האבעבועות השחורות.

חשוב לדעת !

- מחלת האבעבועות השחורות הינה מחלה מדבקת המועברת מאדם לאדם בעיקר במגע קרוב.
- הטיפול באנשים הנחשפים לנגיף מחולל המחלה הינו חיסון, אותו יש לקבל מוקדם ככל שניתן.
- עליך ועל בני משפחתך להגיע כעת אל תחנת החיסון הקרובה למקום מגוריך על מנת להתחסן כנגד המחלה. בהגיעך לתחנת החיסון, הצג את כרטיס החיסון המהיר אותו קיבלת.
- לאחר קבלת החיסון תוכל להמשיך בחייך הרגילים, כולל מגע עם בני משפחתך והגעה למקום העבודה.
- עליך למדוד חום פעמיים ביום ולהיות ערני להופעת תסמיני מחלה כולל: כאבי ראש, כאבי גרון, כאבי גב, כאבי בטן, שלשול, הקאה, פריחה. הופעה של חום עם אחד מהתסמינים הנ"ל עלול להעיד על תחילתה של מחלת האבו"ש, תגובה לחיסון שקבלת או מחלה אחרת.
- אם יופיעו חום ותסמינים עליך להשאר בסגר בביתך ולפעול ע"פ ההנחיות הכתובות בהמשך.
- משך הסגר והמעקב יהיה 5 ימים מרגע הופעת החום.
- אם במהלך תקופה זו לא הופיעה תפרחת ניתן להפסיק את המעקב.
- במידה ובמהלך תקופה זו מופיעה תפרחת או כל תופעה חריגה אחרת, עליך לפנות לחדר המיון בבית החולים הייעודי הקרוב למקום מגוריך. במידת הצורך יש להסתייע במד"א לכך, ובשום אופן אין להגיע לבית החולים בתחבורה ציבורית (אוטובוס, מונית או רכבת).
- יש לשים לב להופעת תגובה מוצלחת במקום החיסון בהתאם למופיע בגלויית המעקב שקיבלת. במידה ולא הופיעה התגובה הרצוייה, יש לפנות בשנית לתחנת החיסון.
- ניתן לפנות למוקד הטלפוני של קופת החולים שלך לקבלת סיוע ומידע בכל שאלה שתתעורר.

במהלך תקופת הסגר יש לנקוט בצעדים הבאים:

- אין לצאת מהבית.
- המנע מלקבל מבקרים בביתך.
- מדוד חום פעמיים ביום, בוקר וערב, ושים לב להופעת תפרחת על העור או כל הרגשה חריגה אחרת.
- אין צורך בבידוד או סגר של שאר בני הבית כל עוד כולם מחוסנים וללא סימני מחלה.
- יש לחבוש מסכת פה – אף בעת שהות באותו חדר עם בן בית אחר.
- יש לישון בחדר נפרד.
- יש להימנע משימוש משותף בחפצים אישיים כגון: מגבות, ציוד היגיינה ומלי אוכל.
- יש לרחוץ ידיים לעיתים תכופות.



נספח ו' – דף הסבר למתחסן לאבו"ש בפעם הראשונה

- הערה: כל האמור בדף הסבר זה מתייחס רק לאנשים שמתחסנים לאבו"ש בפעם הראשונה בחייהם. באנשים שחוסנו בעברם לפחות פעם אחת (כולל באופן עקרוני את כל ילדי ישראל שטולדו לפני 1978) אין צורך לבצע בדיקה של אתר החיסון.

זה עתה חוסנת כנגד מחלת האבעבועות השחורות. החיסון שקבלת יעיל ביותר, במידה שנקלט בהצלחה.

כדי לדעת האם החיסון נקלט בהצלחה יש לבדוק בקפידה את מקום החיסון בימים 7-9 ליום החיסון.

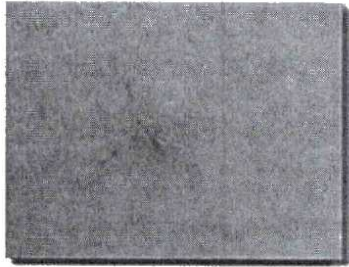
אין להחליט על קליטת החיסון לפני יום 7 או לאחר יום 9!

יש לבדוק האם קיימים במקום החיסון שלפוחית, כיב, מוגלה, גלד, אודם או נפיחות.

חיסון שנקלט בהצלחה ייראה כשלפוחית, כיב (פצע), מוגלה או גלד, המוקפים בנפיחות ו/או אודם.

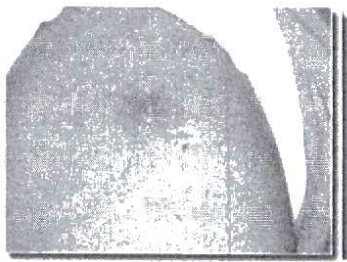
נפיחות או אודם בלבד אינם נחשבים לחיסון מוצלח.

השווה את צורת מקום החיסון לתמונות המצורפות:

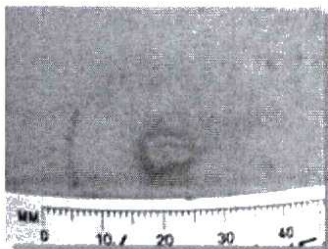


3

במידה שמקום החיסון נראה כמו תמונות 1-3, החיסון לא נקלט בהצלחה ועליך לפנות בהקדם לתחנת חיסון לקבלת חיסון חוזר.



6



במידה שמקום החיסון נראה כמו תמונות 4-7, החיסון נקלט בהצלחה ואינך צריך לעשות דבר.
במידה שאינך מסוגל לבצע בדיקה עצמית למקום החיסון או במידה שאינך בטוח בקליטת החיסון, עליך לפנות לרופא
המשפחה או לאחות במסגרת קופת החולים בימים 7-9 לבדיקה מקצועית. אין להתעכב בפנייה מעבר ליום 9!