



**שרותי בריאות הציבור**  
**המעבדה הארצית לבריאות הציבור**  
**The National Public Health Laboratory**

תאריך \_\_\_\_\_

אל: המרכז הארצי לטוקסופלסמוזיס

**טופס בקשה לבצוע בדיקה לאבחון הדבקה בטוקסופלסמוזיס**

**השולח:** \_\_\_\_\_ המוסד: \_\_\_\_\_ המחלקה/ המעבדה / הרופא \_\_\_\_\_

כתובת למשלוח התשובה \_\_\_\_\_ טלפון לברורים \_\_\_\_\_

**הנבדק:** שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

תאריך לידה \_\_\_\_\_ מין - ז / נ

**פרטי דגימה:** סוג \_\_\_\_\_

- |                                   |                                  |                                  |
|-----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> נזל שדרה | <input type="checkbox"/> דם      | <input type="checkbox"/> נסיוב   |
| <input type="checkbox"/> בלוטה    | <input type="checkbox"/> נזל עין | <input type="checkbox"/> מי שפיר |
| <input type="checkbox"/> מוח עצם  | <input type="checkbox"/> מוח     | <input type="checkbox"/> שריר    |

אחר: \_\_\_\_\_

תאריך נטילת הדגימה: \_\_\_\_\_ מס' במעבדה שלכם: \_\_\_\_\_

בדיקה חוזרת: לא/ כן מס' בדיקה קודמת: \_\_\_\_\_ תאריך בדיקה קודמת: \_\_\_\_\_

תוצאת בדיקה קודמת: שלילי / חיובי פרוט: \_\_\_\_\_

**סימנים קליניים**

- |                                           |                                                      |                                           |
|-------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> חום              | <input type="checkbox"/> בלוטות נפוחות               | <input type="checkbox"/> דלקת עיניים      |
| <input type="checkbox"/> הריון שבוע _____ | <input type="checkbox"/> התפתחות בלתי תקינה של העובר | <input type="checkbox"/> הפלה בשבוע _____ |
| <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/> פיגור            |

לנבדק/ת מערכת אימונית מוחלשת: **לא / כן** פרט: \_\_\_\_\_

האם קיבל עירו/מוצרי דם בחודשים האחרונים **לא / כן**

תאריך הופעת הסימנים הקליניים: \_\_\_\_\_

**טיפול:** לא קיבל / קיבל אם כן - איזה? \_\_\_\_\_ ממת? \_\_\_\_\_

**הבדיקה הנדרשת:**

- ניפוי (Screening)
- אימות חשד להדבקה בטוקסופלסמה (Confirmation of suspected Toxoplasmosis infection)
- שינוי בכייל הנוגדנים (Dynamics of Anti-Toxoplasma antibody titer)
- בדיקת Sabin-Feldman  IgM-ISAGA  IgG-Avidity  PCR
- אבקש לשלוח תשובה בפקס. קבלת התוצאות בפקס ושמירת המידע אצלי ממועד קבלתו הינן על אחריותי.
- שם מלא: \_\_\_\_\_ תפקיד: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_ מספר פקס: \_\_\_\_\_