

י"א בתשרי, התשפ"א

29/09/2020

אסמכתא : 122383103520

(במענה נא ציינו אסמכתא)

**לכבוד
מנהלי בתי החולים**

שלום רב,

הנדון: פרוטוקול מתן טיפול בפלזמה ממחלימי CoVID-19 – עדכון 29.9.2020

לאור הגידול מתמיד במספר החולים הפעילים במהלך החודשים האחרונים ובמספר המאושפזים בבתי החולים בשבועות האחרונים ברצוני לרענן ולעדכן את נוהל מתן פלסמת מחלימי CoVID-19.

לאור המשך אי זמינותם של חיסונים מוכחים בשלב זה, שימוש בפלזמה של מחלימים או בתכשיר שמכיל נוגדנים, אשר הופקו מפלזמה של מחלימים, ממשיכה להיות אסטרטגיה טיפולית רלוונטית. בטיחות המוצר גבוהה מאד. עד כה טופלו **1131 חולים** במערכת הבריאות בישראל במוצר זה ב-20 מרכזים רפואיים שונים.

הטיפול זמין במסגרת של שני מסלולים: 1. טיפול חמלה או 2. במסגרת מחקר ארצי רב מרכזים.

להלן מספר עקרונות לניהול התהליך:

- איסוף מרוכז של פלזמת המחלימים ימשיך להיות מבוצע רק באמצעות שירות הדם של מד"א למטרת ייצור פלזמה טיפולית. טופס הזמנת מנות פלסמת מחלימים – נספח א'.
- כל מרכז המבקש לתת פלסמה בכל אחד משני המסלולים מחויב בהגשת בקשה למוקד ייעודי במייל matanelle.s@moh.gov.il – באחריות ד"ר מתנאל סלמה, משרד הבריאות. טופס בקשה מעודכן למתן פלסמת מחלימים – נספח ב'.

- אחראית על מחקר ארצי רב מרכזים והקמת מאגר ומעקב נתוני מטופלים - ד"ר יסמין מאור, מנהלת יחידת המחלות הזיהומיות בית החולים "וולפסון".
- ועדת היגוי משרד הבריאות – פרופ' אורן צמחוני ד"ר עופרה אקסלרוד, ד"ר בועז לב.
- בכל מקרה יש להחתיים את החולה על הסכמתו לקבל את הטיפול הן במסלול החמלה והן במסלול המחקרי.



ד"ר ורד עזרא

ראש חטיבת הרפואה

העתקים :

פרופ' חזי לוי – מנכ"ל
ד"ר אסנת לוקסנבורג – ראש חטיבת הטכנולוגיות הרפואיות, מידע ומחקר
ד"ר סיגל ליברנט טאוב- ראש אגף רפואה כללית
ד"ר ארז און – ראש חטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים
ד"ר בעז לב – נציב קבילות הציבור למקצועות הרפואה ויו"ר הצט"מ
פרופ' אהוד דוידסון, מנכ"ל שירותי בריאות כללית
ד"ר אורלי וויינשטיין – ראש חטיבת בתי החולים, שירותי בריאות כללית
פרופ' איילת שנער – מנהלת שירותי דם, מד"א



נספח א' - טופס הזמנת מנות פלסמה ממחלימים מ-COVID 19 משירותי הדם של מד"א

לאחר מילוי הטופס ע"י רופא המטפל – יש להעבירו לבנק הדם של בית החולים

תאריך _____

	שם בית החולים
	פרטי המטופל
	שם ושם משפחה
	מס' ת.ז.
	תאריך לידה
	תאריך אשפוז
	תאריך תוצאת PCR חיובית
	מין
	מצב קליני
	מס' מנות נדרש
דחוף (תוך 4 שעות) / בהקדם (תוך 24 שעות) / רגיל	דחיפות ההזמנה

הרופא המטפל : חתימה וחותמת: _____ טלפון: _____

למילוי ע"י בנק הדם של בית החולים

סוג הדם _____ שם ותחילת המזמין מבנק הדם של ביה"ח _____

את טופס ההזמנה יש לשלוח ליחידת המשלוחים לפקס **03-5350042** ולוודא קבלת ההזמנה באחד ממספרי הטל' הבאים: 03-5300436, 03-5300437, 03-5300511.
הערה – במידה והפלסמה ניתנה לחולה אחר יש למלא טופס הזמנה חדש עם עדכון פרטי החולה.

לשימוש שירותי הדם

ההזמנה אושרה ע"י _____
ההזמנה נמסרה להקמה במערכת ה-PROGESA ל _____ תאריך _____ שעה _____


נספח ב' – טופס בקשה לקבלת טיפול בפלסמה

שם החולה	ת.ז.	בית חולים	
שם הרופא המטפל	טל. נייד	כתובת מייל	
גיל (שנים)			
מין	זכר	נקבה	
משקל (ק"ג)			
BMI			
גר במוסד	כן	לא	
סיעודי	כן	לא	
תאריך תחילת המחלה	___/___/___		
תאריך אבחון המחלה בבדיקת PCR מדרכי הנשימה	___/___/___		
מחלות רקע:			
סוכרת	כן	לא	
יתר לחץ דם	כן	לא	
מחלת לב איסכמית	כן	לא	
אי ספיקת לב	כן	לא	NYHA _____
אי ספיקת כליות כרונית	כן	לא	קראטינין _____
דיאליזה	כן	לא	
מחלת ראות כרונית (אסטמה, COPD, מחלת ראות אחרת)	כן	לא	
מחלה ממארת	כן	לא	
סוג הגידול			
גרורות	כן	לא	
תאריך טיפול כימי אחרון	___/___/___		
תאריך טיפול ביולוגי אחרון	___/___/___		
טיפול קבוע בסטרואידים	כן	לא	מינון _____
HIV	כן	לא	CD4 _____
דיכוי חיסוני אחר	כן	לא	
שחמת כבד בדרגת Child Pugh C	כן	לא	
מחלת ראות עם צורך בחמצן קבוע			



(לאחר מילוי לשלוח למייל matanelle.s@moh.gov.il או להתקשר במקרים דחופים (054-7873939)

				מצב נוכחי			
	דיאסטולי _____	סיסטולי _____		לחץ דם			
	לא	כן		האם נתמך המודינמי			
				מצב נשימתי בחולה לא מונשם			
מספר נשימות _____	לא	כן		קוצר נשימה			
				סטרוציה באוויר חדר			
ליטר חמצן _____				סטרוציה במתן חמצן			
מתאריך _____/____/____	לא	כן		האם החלה מונשם			
RR _____	FIO ₂ _____	PEEP _____		מדדי הנשמה			
PCO ₂ _____	PO ₂ _____	PS _____					
ציון במדד MEWS SCORE _____ על פי הטבלה:							
	+3	+2	+1	0	+1	+2	+3
Respiratory rate	≤8		9-11	12-20		22-24	≥25
Oxygen saturation	≤91%	92-93%	94-95%	≥96%			
Any supplemental oxygen				No		Yes	
Temperature	≤35°C		35.1-36°C	36.1-38°C	38.1-39°C	≥39.1°C	
Systolic Blood pressure	<90	91-100	101-110	111-219			≥220
Heart rate	≤40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥131
	לא		כן		כשל של 3 מערכות גוף		
			מתאריך _____/____/____		צילום חזה / CT חזה		
					תיאור הממצאים		
	QTc		מתאריך _____/____/____		אק"ג		
					בדיקות דם:		
			Creatinine _____		CCT _____		
AST _____	ALT _____		LDH _____		Bilirubin _____		
Albumin _____	CPK _____		Troponin _____		CRP _____		
Procalcitonin _____	Di-dimer _____		Ferritin _____		IL-6 _____		
Hb _____	WBC _____		Neutrophils abs. _____		Lymphocytes abs. _____		
Platelates _____							
	לא		כן		תרביית דם חיובית לפתוגן אחר בשבוע האחרון (לא)		



חטיבת הרפואה

Medical Directorate

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

			נכללים קונטמיננטים על פי הגדרות ה-CDC)
--	--	--	--

Medical Directorate
Ministry of Health
39 Yirmiyahu St.
P.O.B 1176
9101002 Jerusalem
Medical.directorate@moh.gov.il
Tel: 02-5080731 Fax: 025655955

חטיבת הרפואה
משרד הבריאות
רחוב ירמיהו 39
ת.ד. 1176
ירושלים 9101002
Medical.directorate@moh.gov.il
טלפון: 02-5080731 פקס: 02-5655955