



ז' ניסן תשפ"ג
29 מרץ 2023
סימוכין : 88017623

אל : רופאי המחוזות והנפות
מנהלים רפואיים קופות החולים
מנהלי בתי חולים כלליים

הנדון : הנחיות לחקירת חשד להדבקה בדלקת כבד נגיפית B או C במערכת רפואית

להלן הנחיות משותפות של היחידה הארצית למניעת זיהומים ושל האגף לאפידמיולוגיה, משרד הבריאות.

הקדמה :

פעולות רפואיות עלולות לחשוף מטופלים להדבקה במחוללי זיהום המועברים על ידי דם ונוזלי גוף. החשובים מבין מחוללים אלה בישראל הם נגיפי דלקת הכבד (HBV) hepatitis B virus ו- (HCV) hepatitis C virus. התוצאה של הדבקה עלולה להיות נשאות א-תסמינית של הנגיף, אך גם מחלה קלינית קשה וכן השלכות לטווח ארוך בהיבטים הן של תחלואה בנדבק והן של סיכון להדבקת אחרים. על אף שכל מטופל עלול להידבק בנגיפים אלה במהלך פעולה רפואית, אוכלוסיות בסיכון מוגבר להידבק כוללות, בין היתר, חולי דיאליזה וחולים השוהים במוסדות לאשפוז ממושך.

מטרת המסמך :

פירוט הליכי חקירה אפידמיולוגית במקרים בהם יש חשד להדבקה בדלקת כבד מסוג B או C במערכת הרפואית. במידה וקיים חשד להדבקה במחולל זיהום אחר המועבר ע"י דם ונוזלי גוף אחרים, החקירה תבצע על בסיס העקרונות בנוהל זה, עם התאמות נדרשות למחולל המדובר.

שלבי חקירה (ראו נספח 1):

1. שלב 1 – אבחון ודיווח על מחלה חדה

מרבית מקרי ההפטיטיס כתוצאה מהדבקה ב HBV או HCV מתבטאים כמחלה א-תסמינית. עם זאת, במקרים בהם ישנה מחלה חדה, היא מאופיינת בתמונה קלינית של צהבת, שתן כהה, בחילות והקאות, כאבי בטן, חוסר תאבון, חולשה וכאבי פרקים.

אבחון המחלה מתבצע על ידי שילוב של הסתמנות קלינית, בדיקות סרולוגיה, איסוף מידע מהרשומה הרפואית ותשאול הצוות המטפל והמטופל. איתור בדיקות סרולוגיה שליליות מהעבר יכול לסייע בקביעה שמדובר בהדבקה חדשה.

משך הדגירה בין החשיפה להתפתחות תסמינים/סימנים ו/או עדות סרולוגית להדבקה:

acute HBV : בין חודש ל- 6 חודשים

acute HCV : 2 שבועות ל- 6 חודשים

בדיקות אבחנתיות:

HBV - סרולוגיה אופיינית למחלה חדה: HBsAg+ / HBcAb IgM+

HCV - תוצאות של בדיקת נוגדנים anti-HCV אינה מאפיינת מחלה חדה לעומת מחלה כרונית. נוכחות של תסמינים/סימנים קליניים מאפיינת מחלה חדה אך במרבית המקרים החולה א-תסמיני. תיעוד של סרולוגיה שלילית בעבר עשוי לסייע באבחון של הדבקה לאחרונה.

דיווח:

באחריות הרופא המטפל והמעבדה הקלינית המאבחנת לדווח לשכת הבריאות המחוזית/נפתית על כל מקרה של דלקת כבד נגיפית חדה (ע"פ הרשימה המעודכנת של מחלות מחייבות הודעה על פיה יש לדווח לפי סעיף 11א' לפקודת בריאות העם, 1940 ראו [כאן](#)). לשכת הבריאות תדווח לאגף לאפידמיולוגיה.

2. שלב 2 - בירור גורמי סיכון להדבקה

באחריות לשכת הבריאות המחוזית/נפתית לבצע חקירה אפידמיולוגית לאפיון גורמי הסיכון לחשיפה. איסוף המידע לצורכי חקירה מתבצע על פי טופס מובנה (נספח 2).

במקרה של חשד להדבקה בהפטיטיס הקשורה לפעולה רפואית, באחריות לשכת הבריאות לדווח תוך 24 שעות באמצעות דואר אלקטרוני לגורמים הבאים: האגף לאפידמיולוגיה, חטיבת הרפואה והיחידה הארצית למניעת זיהומים. יש לסמן בגוף/כותרת המייל כי מדובר בחשד להדבקה נוזוקומיאלית.

3. שלב 3 – השלמת נתונים על חשיפות במוסדות בריאות

- 3.1. לאחר קבלת דיווח מלשכת הבריאות על מקרה של דלקת כבד נגיפית חדה החשוד כקשור לטיפול רפואי, באחריות היחידה הארצית למניעת זיהומים להשלים מידע רלוונטי נוסף ממוסדות רפואיים, כגון דוחות רפואיים, תאריכי ביקור במרפאות/מכונים או אשפוז. השלמת המידע תתבצע על ידי תשאול גורמים רלוונטיים מהמוסדות הרפואיים תוך התמקדות בפעולות אבחנתיות או טיפוליות חודרניות, כגון בדיקות דימות עם הזרקה, בדיקות פולשניות שונות, פרוצדורות בחדר ניתוח, טיפולי שיניים, דיקור ועוד.
- 3.2. היחידה הארצית למניעת זיהומים תפנה למוסדות רפואיים לקבלת רשימת שמות מטופלים בהתאם לקריטריונים שייקבעו ובמהלך פרק זמן שיוגדר בכל חקירה. הכנת רשימת מטופלים כרונולוגית עם מספר סידורי של מטופלים תכלול שעות ביקור לפני ואחרי מקרה האינדקס, במהלך יום הבדיקה ובימים שלפני, או בהתאם למקרה. הרשימה תכלול מספר תעודת זהות, סטטוס נשאות נגיפית ידוע של מטופלים, כתובות ומספרי טלפון/פרטי התקשרות.

4. שלב 4 – איתור מטופלים, הפניה לבדיקות ודיווח תוצאות

- 4.1. באחריות המוסד הרפואי לדווח ולזמן מטופלים לביצוע בדיקות סרולוגיה ולדווח על התוצאות למטופלים וליחידה הארצית למניעת זיהומים.
- 4.2. במקרים של חשיפה במוסדות ללא תשתיות לביצוע בדיקות הסרולוגיה (כגון, מכון רפואי פרטי)
 - 4.2.1. באחריות לשכת הבריאות באזור המוסד לאתר את המטופלים ולהפנות אותם לבדיקות הרלוונטיות.
 - 4.2.2. באחריות קופת החולים לבצע את הבדיקות ולדווח על התוצאות למטופלים.
 - 4.2.3. באחריות לשכת הבריאות לדווח על תוצאות הבדיקות ליחידה הארצית למניעת זיהומים.
- 4.3. בדיקות המעבדה הנדרשות

הפטיטיס B - HBsAg, HBsAb, HBcAb (IgM+IgG)

הפטיטיס C - HCV Ab

במקרים של חשיפה במהלך 60 יום לפני ביצוע החקירה יש לבצע גם בדיקת עומס נגיפי.

5. שלב 5 – בקרות במוסדות/אתרים רפואיים

- מטרה: הערכת תשתיות רפואיות והיענות להנחיות לצורך השלמת נתוני החקירה תתבצע בקרה באתר הרלוונטי במוסד הרפואי.
- בבתי החולים הבקרה תבוצע עלי ידי צוות מניעת זיהומים של המוסד, עם העברת סיכום בכתב ליחידה הארצית למניעת זיהומים בפרק זמן שייקבע על ידי היחידה הארצית. בקרה במרפאות/מכונים בקהילה או במוסדות פרטיים תתבצע באחריות לשכת הבריאות המחוזית, בהשתתפות היחידה הארצית למניעת זיהומים.

הבקרה תכלול:

- 5.1. איסוף מידע כללי על סוגי שירותים ופעולות הניתנים באתר הטיפולי, הדרכות איכות, בטיחות ומניעת זיהומים שעבר הצוות ופעילויות היחידה לבטיחות הטיפול והיחידה למניעת זיהומים
- 5.2. התמקדות בפעולות פולשניות, כגון הזרקות, מתן עירוי, דיקור עור עם מחט או פריט חד אחר, פעולות אנדוסקופיות וניתוחים
- 5.3. תצפית על טיפול במספר מטופלים, עדיפות לתצפית על הצוות שטיפל במקרה האינדקס
- 5.4. תצפית על היענות להנחיות להזרקה בטיחותית ושימוש במכשור משותף
הערה: במידה ובמהלך הביקור לא נצפו פעולות, יש לבצע תשאול של הצוות על שלבי הפעולה תוך הדגמת ביצוע.
- במידה ולא ניתן להשלים איסוף כל המידע הדרוש, יש לשלוח מכתב מעקב להנהלה הרפואית של האתר עם הנחייה לביצוע ההשלמות הדרושות.
- 5.5. הערכת סטטוס חיסוני של הצוות הרפואי הרלוונטי

6. שלב 6 - אפיון מולקולרי

במידה והחקירה תזהה נבדקים חיוביים נוספים, עם עומס נגיפי, יש לבצע בדיקת ריצוף גנטי של הנגיפים שבודדו. באחריות היחידה הארצית להנחות את מעבדות בתי החולים/קופות החולים להעביר את הדגימות למעבדת הייחוס הארצית להפטיטיס לצורך ריצוף.

7. שלב 7 – סיכום

בסיום החקירה היחידה הארצית תפיץ סיכום הממצאים ומסקנות ללשכת הבריאות, האגף לאפידמיולוגיה וחטיבת הרפואה.

הואילו להעביר לכל הנוגעים בדבר במוסדכם.

בברכה



פרופ' אמיליה אניס
מנהלת האגף לאפידמיולוגיה



פרופ' מיטשל שוואבר
מנהל היחידה הארצית למניעת זיהומים

נספח 1: שלבי חקירה עיקריים במקרה של חשד להדבקה ב-HCV/HBV במוסדות רפואה



משרד הבריאות, האגף לאפידמיולוגיה

נספח 2: שאלון חקירה אפידמיולוגית לחולה בדלקת כבד נגיפית חדה מסוג B או C

יש למלא בכתב קריא וברור ולהקפיד על הפרטים הנכונים.
יש לשלוח את השאלון המלא והמסמכים הנלווים לאגף לאפידמיולוגיה

שם ותפקיד ממלא השאלון: _____		שם משפחה: _____		תאריך ביצוע חקירה: _____ שנה חודש יום
מס' טלפון: _____		שם פרטי: _____		תאריך הדיווח ללשכה: _____ שנה חודש יום
דואר אלקטרוני: _____		מס' ת.ז. / דרכון (הקף): _____		שם הלשכה המדווחת: _____
<input type="checkbox"/> דלקת כבד נגיפית חדה B		<input type="checkbox"/> דלקת כבד נגיפית חדה C		המחלה המדווחת: _____
מס' ת.ז. / דרכון (הקף): _____		שם פרטי: _____		חלק א': פרטי המטופל
ארץ לידה הורים: אב _____ אם _____		שם פרטי: _____		תאריך לידה: _____ שנה חודש יום
מס' תאריך עליה: _____ שנה חודש יום		מקום עבודה: _____		או גיל: _____ <input type="checkbox"/> חודשים <input type="checkbox"/> שנים
עיסוק: _____		מגדר: <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה		דת/לאום: <input type="checkbox"/> יהודי <input type="checkbox"/> מוסלמי <input type="checkbox"/> דרוזי <input type="checkbox"/> נוצרי <input type="checkbox"/> חסר דת <input type="checkbox"/> אחר, פרט _____
חשיפה תעסוקתית* <input type="checkbox"/>		ארץ לידה: _____		כתובת מגורים
מיקוד: _____		רחוב ומס' הבית: _____		מס' נפשות בבית: _____
מס' טל בבית: _____		מס' חדרים בבית: _____		מס' נפשות בבית: _____
מס' טל נייד: _____		מס' טל נייד: _____		פרטי קשר עם החולה
רופא מטפל: _____		קופת חולים: <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> צה"ל <input type="checkbox"/> ללא ביטוח		קופת חולים
נייד רופא מטפל: _____		אחר, פרט: _____		
חלק ב': נתונים קליניים ורקע רפואי				
הרגשה כללית רעה <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	חום מעל 38°C <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	בחילה או הקאות <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	שלשולים או עצירות <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	ירידה במשקל <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
פריחה <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	כאבי ראש <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	שתן כהה <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	כאבי בטן <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	כאבי גרון <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
צהבת בעור / לחמיות העיניים / שניהם <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	כאבי שרירים <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	כאבי פרקים <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	כאבי בטן <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	כאבי שרירים <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
<input type="checkbox"/> אחר, פרט: _____				
מחלות רקע				
1. _____	2. _____	3. _____	4. _____	
האם קיבל עירוי דם לפני 1994? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> לא ידוע <input type="checkbox"/>				
האם חוסן בעבר נגד דלקת כבד נגיפית B? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> לא ידוע <input type="checkbox"/> אם כן, כמה מנות: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> , תאריך מנה אחרונה: _____ שנה חודש יום				
חלק ג': אשפוז ותוצא				
האם אושפז? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן (יש לצרף מכתב אשפוז או שחרור)				
תאריך אשפוז: _____ שנה חודש יום	שם בית החולים: _____	תוצאה: <input type="checkbox"/> החלים <input type="checkbox"/> נפטר, תאריך פטירה: _____ יש לצרף דו"ח פטירה ודו"ח נתיחה אם ישנו	מחלקה: _____	
חלק ד': סיבות לביצוע הבדיקה (יש לסמן את הסיבות המתאימות):				
<input type="checkbox"/> בדיקת סקירה לחולה א-תסמיני עם גורמי סיכון מדווחים				
<input type="checkbox"/> בדיקת סקירה לחולה א-תסמיני ללא גורמי סיכון מדווחים (לדוג' עפ"י בקשת המטופל)				
<input type="checkbox"/> בדיקת סקירה של תורם דם / איברים				
<input type="checkbox"/> בדיקה לאחר חשיפה למטופל ידוע כנשא/חולה דלקת כבד נגיפית, פרט: _____				
<input type="checkbox"/> אחר _____				

בדיקה כימית בדם (נא לציין את הערך)				חלק ה': תוצאות מעבדה			
אחר	Alk. Phos	LDH	ALT [SGPT]	AST [SGOT]	Bil. Total	Bil. Dir	תאריך
							שנה חודש יום
							שנה חודש יום
							שנה חודש יום
לא בוצע	שלילי	חיובי	תאריך		תוצאות בדיקות סרולוגיות בדם:		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	שנה חודש יום		HAV Ab IgM		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	שנה חודש יום		HAV Ab total		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	שנה חודש יום		HBsAb		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	שנה חודש יום		HBsAg		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	שנה חודש יום		HBcAb IgM		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	שנה חודש יום		HBcAb IgG		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	שנה חודש יום		HCV Ab		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	שנה חודש יום		Viral load via PCR (HBV/HCV *) (*בהתאם למקרה)		
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> לא ידוע <input type="checkbox"/> אם כן <input type="checkbox"/> שנה חודש יום				עבור מקרי HBV : האם קיימות בדיקות HBsAg עם תוצאה שלילית משנים קודמות? עבור מקרי HCV : האם קיימות בדיקות HCV Ab עם תוצאה שלילית משנים קודמות?			
חלק ו': חשיפות אפשריות במהלך 2 שבועות/ חודש* עד 6 חודשים שקדמו לתחילת המחלה**							
הגדרות: * Acute HBV : בין חודש ל-6 חודשים Acute HCV* : בין 2 שבועות ל-6 חודשים ** תחילת המחלה - התפתחות תסמינים/סימנים ו/או עדות סרולוגית להדבקה							
סיכונים בקהילה							
האם היה במגע עם נשא/חולה בדלקת כבד נגיפית? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> לא ידוע <input type="checkbox"/> אם כן, מתי: <input type="checkbox"/> שנה חודש יום אם כן, סוג מגע: <input type="checkbox"/> בני בית <input type="checkbox"/> מגע מיני <input type="checkbox"/> אחר							
האם החולה מתגורר בדיר מוגן או מוסד סיעודי? <input type="checkbox"/> כן, שם המוסד <input type="checkbox"/> לא							
האם ביקר בחו"ל? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> לא ידוע <input type="checkbox"/> אם כן, מקום הביקור: <input type="checkbox"/> מתי: <input type="checkbox"/> שנה חודש יום							
האם השתמש בסמים בהזרקה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> לא ידוע <input type="checkbox"/> אם כן, סוג הסם: <input type="checkbox"/> דרך שימוש: <input type="checkbox"/> תדירות:							
האם נדקר ממחט? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> לא ידוע <input type="checkbox"/> אם כן, מתי? <input type="checkbox"/> שנה חודש יום <input type="checkbox"/> באילו נסיבות?							
שותפים לפעילות מינית מחוץ למסגרת הזוגית? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> לא ידוע <input type="checkbox"/> אם כן, פרט: <input type="checkbox"/> האם פעילות מינית מוגנת? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא							
<input type="checkbox"/> שנה חודש יום				ביצוע פעולות פולשניות לא רפואיות: <input type="checkbox"/> פירסינג (מחטים, כולל אוזניים) <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> אם כן, מיקום:			
קעקוע <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> אם כן, מיקום: <input type="checkbox"/> שנה חודש יום							
פעולות קוסמטיות (איפור קבוע, מניקור/פדיקור, אפילציה וכו') <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> אם כן, מתי: <input type="checkbox"/> שנה חודש יום <input type="checkbox"/> ומקום:							
האם החולה טופל אי פעם למחלת מין? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> לא ידוע <input type="checkbox"/> אם כן, באיזו מחלה? <input type="checkbox"/> באיזו שנה היה הטיפול האחרון? <input type="checkbox"/>							
האם החולה שהה במעצר או בכלא יותר מ- 24 שעות? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> אם כן, שם המתקן							

סיכון תעסוקתי

האם עוסק במתן טיפול רפואי או ברפואת שיניים? לא אם כן, שם המוסד/מרפאה _____ טלפון _____ כתובת _____

האם מועסק במתקן כליאה או מעצר? לא אם כן, שם בית הסוהר _____ כתובת _____

סיכונים לאחר קבלת טיפול רפואי

עבר טיפול שיניים או ניתוח בחלל הפה? לא לא ידוע אם כן, סוג טיפול: _____ תאריך: _____
מקום ביצוע הטיפול: _____ שנה חודש יום

האם עבר המודיאליזה? לא לא ידוע אם כן, תאריך: _____ שם המוסד: _____
כתובת: _____ שנה חודש יום

האם אושפז בבית חולים? לא לא ידוע אם כן, תאריך: _____ שם בית החולים: _____

האם קיבל מנת דם? לא לא ידוע אם כן, תאריך: _____ מקום: _____
סיבה: _____ שנה חודש יום

האם עבר ניתוח? לא לא ידוע אם כן, סוג הניתוח? _____ תאריך: _____
שנה חודש יום

האם קיבל זריקות או עירוי? לא לא ידוע אם כן, תאריך: _____ סוג עירוי: _____
שם המוסד: _____ שנה חודש יום

האם עבר בדיקות הדמיה עם הזרקת חומר ניגוד תוך ורידי? לא לא ידוע אם כן, תאריך: _____ שם המוסד: _____
כתובת: _____ מאיזה סוג: MRI CT אנגיוגרפיה שנה חודש יום

האם עבר אנדוסקופיה? לא לא ידוע אם כן, שם המוסד: _____ תאריך: _____
כתובת: _____ שנה חודש יום

האם התגורר/מתגורר במוסד לאשפוז ממושך? אם כן, שם המוסד: _____ תאריך קבלה: _____
כתובת: _____ שנה חודש יום

חלק ז': פעולות הלשכה האם הופנו בני משפחה לבדיקות? כן לא לא רלוונטי

חלק ח': תוצאות בירור סרולוגי לבני משפחה ופרטנרים מיניים

הערות	Anti HCV	HBsAb	HBcAb (IgM/IgG)	HBsAg	קרבה

חלק ט': מתן חיסון למגעים של החולה (ציין את סוג החיסון שקיבלו בסביבת החולה)

בן/ בת זוג	כן <input type="checkbox"/>	פעיל B <input type="checkbox"/>	סביל B <input type="checkbox"/>	שניהם <input type="checkbox"/>	לא <input type="checkbox"/>
בן/ בת זוג	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
אב	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
אם	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
אחים / אחיות (ציין מס')	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ילדים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
אחר (כגון: בני כיתה, ילדים בגן וכו') (ציין מס')	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



העתקים :

מר מ. בר סימן טוב, מנכ"ל
ד"ר ס. מנדלוביץ, משנה למנכ"ל
ד"ר ש. אלרעי פרייס, ראש חטיבת בריאות הציבור
ד"ר ה. מזרחי, ראש חטיבת הרפואה
חברי הנהלה מורחבת, משרד הבריאות
ד"ר ש. גולדברג, אחות ראשית ארצית וראש מנהל הסיעוד
ד"ר ד. דגן, ראש חטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים
ד"ר רם שגיא, ראש אגף שירותי רפואה, חטיבת המרכזים הרפואיים
ד"ר ד. צימרמן, מנהלת המחלקה לאם, לילד ולמתבגר
ד"ר א. וינשטיין, סמנכ"ל וראש חטיבת בתי החולים, שירותי בריאות כללית
ד"ר א. פירוגובסקי, ראש אגף רפואה, חטיבת בתי חולים שירותי בריאות כללית
מר א. שלזינגר, ראש מטה בריאות הציבור
גב' א. גנס, אחות מפקחת ארצית, בריאות הציבור
גב' א. סטולרמן, מ"מ מפקחת ארצית בבריאות הציבור
ד"ר ר. ישי, מנהלת המחלקה למעבדות, בריאות הציבור
ד"ר י. לוסטיג, מנהל המעבדה המרכזית לנגיפים, בריאות הציבור
ד"ר נ. טיימן ירדן, סגנית מנהלת המחלקה למעבדות, בריאות הציבור
מר ר. רביע, ממונה מנהל שרותי בריאות הציבור
גב' ב. אלרון, ע/ מפקחת ארצית בבריאות הציבור
גב' י. יצחקי, אחראית ארצית תחום בקרה בריאות התלמיד
מגרי א. מרום, מ"מ מנהל אגף הרוקחות
ד"ר ע. אקסלרוד, מנהלת המכון לביקורת ותקינה של חומרי רפואה
גב' נ. חסדאי, מנהלת חמ"ל הבריאות הלאומי, אגף שע"ח
מר ר. אדלשטיין, מנהל מערך לוגיסטיקה, אגף שע"ח
מפקחות מחוזיות ונפתיות, לשכות הבריאות
אחיות אפידמיולוגיות, לשכות הבריאות
פרופ' י. כרמלי, מנהל המרכז הארצי למניעת זיהומים ועמידות לאנטיביוטיקה
פרופ' מ. שוואבר, מנהל היחידה הארצית למניעת זיהומים
ד"ר ש. יצחקי, מנהל המכון הביולוגי
ועדה מייצעת למחלות זיהומיות וחסוניהם
מרכזי אם וילד, לשכות הבריאות
דובר
גב' ט. דהן, מנהלת "קול הבריאות"
מר א. בין, מנכ"ל מד"א
ד"ר ר. סטרוגו, סמנכ"ל מד"א
גב' ג. שמחוני, מנהלת חטיבת התרופות, שראל
מנהלות השירות המונע, קופות החולים
גב' נ. רון, אחות מפקחת ראשית, אגף לרפואה ציבורית עירונית ת"א
גב' א. מנו בן יוסף, מנהלת אגף שרותי בריאות הציבור, עיריית ירושלים
מנהלות השירות המונע, עיריית ירושלים ותל-אביב
ד"ר ש. ארבל אלון, רופאה ראשית, משרד הרווחה
מר ד. סקאלנסקי, מנהל מרפאת פליטים
ד"ר א. צוואנג, מנהל רפואי, מרפאת פליטים
חברי האיגוד למחלות זיהומיות
חברי הוועדה המייצעת להעסקת עובדי בריאות נשאי דלקת כבד C ו B
ד"ר ב. לב, יו"ר הצט"מ
פרופ' חיים שירין, איגוד ישראלי לגסטרואנטרולוגיה ומחלות כבד
פרופ' ע. קליין קרמר, יו"ר החברה הישראלית לפדיאטריה קלינית (חיפ"ק)



ד"ר ש. ברק, יו"ר חיפ"א לפדיאטריה אמבולטורית
פרופ' צ. גרוסמן, יו"ר איגוד רופאי הילדים
ד"ר מ. שני, יו"ר איגוד רופאי משפחה
פרופ' ג. רהב, יו"ר האיגוד הישראלי למחלות זיהומיות
פרופ' א. אליס, יו"ר האיגוד לרפואה פנימית
פרופ' ר. מימון, יו"ר האיגוד למיילדות וגניקולוגיה
פרופ' נ. דוידוביץ, יו"ר פורום בריאות הציבור, הר"י
פרופ' ח. לוי, יו"ר איגוד רופאי בריאות הציבור
ד"ר ח. ציון, יו"ר ההסתדרות הרפואית
פרופ' א. שלומאי, יו"ר החברה הישראלית לחקר הכבד
פרופ' י. מאירוביץ, רופא ראשי, חטיבת בריאות חינוך והדרכה של נטלי
מר ד. קוטלר, סמנכ"ל תפעול רפואה, נטלי
גב' ר. סגל, אחות אפידמיולוגית, חטיבת בריאות חינוך והדרכה של נטלי
גב' ק. גליק, אחות אפידמיולוגית, חברת נטלי
גב' מ. תשובה, מנהלת שרותי בריאות התלמיד, פמי
גב' ר. אורן, פמי בריאות, אחות ראשית, שרותי בריאות התלמיד
גב' צ. לאור, פמי בריאות, אחות אפידמיולוגית, שרותי בריאות התלמיד
תת אלוף פרופ' אילון גלזברג, קצין רפואה ראשי, צה"ל
אל"מ ד"ר תומר קולר, סגן קרפ"ר, צה"ל
סא"ל ד. ויניצקי, רעיין הערכות בתי חולים, פקע"ר, צה"ל
ד"ר ר. אנקורי, ראש ענף בריאות הצבא, צה"ל
ד"ר ל. גרשוביץ, מר"פ העורף, צה"ל
ד"ר ר. לנדאו, ראש מדור אפידמיולוגיה, צה"ל
ד"ר ב. זיו, מ"מ קרפ"ר משטרת ישראל
גני"מ ל. גולדשטיין, קרפ"ר שירות בתי הסוהר