

**Yitzhak Katz, MD, 13756**  
Medical Consulting & Expert Medical  
Services  
Dubnov St. 10, Tel-Aviv  
Appointments 035117001

E mail – ykatz49@gmail.com

**פרופ' יצחק כץ מ.ר. 13756**  
שירותי רפואה, יעוץ וחוות דעת  
פ.פ. 514310440  
רח' דובנוב 10, תל אביב  
טלפון לזימון תורים 035117001

## לכל מאן דבעי\*

### אישור על אלרגיה מסכנת חיים למזון והנחיות לטיפול

.....נבדקה על ידי ב \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_ [תקף רק בצירוף סיכום בדיקה חתום  
על ידי, ותאריך עד שנה] ונמצאה סובל/ת מאלרגיה לחלב/בוטנים/אגוזים/ביצה/דגים/שומשום  
/ (ראה סיכום ביקור/מחלה).  
אלרגיה מסוג זה מתווכת ע"י נוגדן IgE, ז"א מדובר באלרגיה מסכנת חיים בפוטנציה.  
בחשיפה למזון האלרגני עלולה להתפתח תגובה מיידית, בתוך שניות עד שעה-שעתיים.  
מאפייני התגובה הם:

- ❖ בעור וריריות: פריחה, בצקת, אודם.
- ❖ מערכת הנשימה: דמעת, נזלת, שיעול, קושי נשימה, חנק עד איבוד הכרה.
- ❖ מערכת קרדיו וסקולרית (לב): דופק מהיר, הפרעות קצב, ירידת לחץ דם, כחלון
- ❖ מערכת עיכול: הקאה, כאבי בטן, שלשול.
- ❖ במקרים קשים יכול להתפתח כשל רב מערכתי עד כדי אבוד הכרה ומוות.

**גורמי סיכון: א. גיל – ככל שעולה גובר הסיכון ב. אסתמה.**  
**הטיפול בעת חשיפה:** החשוב ביותר מניעת אכילת המזון האלרגני. חובת המערכת

לדאוג לכך.

היה ונחשף למזון האלרגני ויש תגובה: במקרים הקלים ביותר ניתן להסתפק טיפול  
אנטיהיסטמיני כגון פניסטיל – 1 טיפה ל 1 קילוגרם משקל גוף] או אנטיהיסטמין אחר במינון לפי  
ההנחיות]. טיפול זה מקל אבל אינו מציל חיים!  
במקרים קשים יותר יש להזריק אדרנלין – דרך מזרק אוטומטי – "אפיפן".  
מינון: עד 15-17 ק"ג מזרק ירוק (0.15 מ"ג) ומעל למשקל זה, מזרק כתום (0.3 מ"ג).  
במקרה ספק יש ללכת לחומרה ולהזריק. עדיף לתת מינון יתר מאשר להמנע מלטפל.  
אין לאבד זמן.

ההזרקה תיעשה לשריר – רצוי לשריר הירך ולהחזיק במקום למשך לפחות 10 שניות.  
אין צורך להפשיט או לחטא.

כאשר יש קושי נשימה יש לתת משאף מרחיב סימפונות – ונטולין או בריקלין. זאת  
בנוסף לאפיפן.

לאחר הטיפול הראשוני יש לפנות לחדר מיון/מוקד כדי לוודא שההתקף חלף.  
ההזרקה עצמה אינה טומנת בחובה סכנה. מטרת הפניה לחדר מיון/מוקד היא לתת טיפול  
נוסף במקרים הנדירים בהם ההתקף לא חלף לאחר הזריקה.

בברכה

פרופ' יצחק כץ (סיכום ביקור חתום על ידי מהווה אישור חתימה).

תאריך: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\* אישור זה תקף לכל המקרים ומטרתו לתת מענה לכל המוסדות המבקשים מההורים  
"אישורים" שונים.

#### Mail address

Isrel Idud st. 10/24  
Petach –Tikva, 4970709, Israel

#### כתובת למשלוח דואר:

רח' ישראל עידוד 10/24  
פתח תקווה, 4970709