

## התוכנית לטיפול באלרגיה למזון במרכז הרפואי שמיר – דף מידע

### הטיפול באלרגיה למזון

המרפאה לטיפול באלרגיה למזון, הפועלת במסגרת המכון, הוקמה בשנת 2010. במרפאה מטופלים ילדים ומבוגרים עם אלרגיות לחלב, בוטנים, ביצים, שומשום ואגוזים. הטיפול הינו אישי ומותאם לכל מטופל. הטיפול מבוסס על חשיפה הדרגתית של המטופל למזון האלרגני במינונים עולים על מנת לייצר דה-סנסיטיזציה (תהליך יצירת עמידות) למזון האלרגני. הטיפול מתבצע באמצעות סדרה של מפגשים במכון לאלרגיה בהן נעשות העלאות מינון, כאשר ביניהן נדרש המטופל לצרוך מינון קבוע של המזון האלרגני בבית לפי הנחיות. אלה כוללות השגחה בבית לאחר נטילת מנה והימנעות מפעילות גופנית מחצי שעה ועד שעתיים לאחר נטילת המנה. המטרה הראשונית של התכנית היא להביא את המטופל לצריכת מנה קבועה של המזון האלרגני שתגן עליו במקרה של חשיפות אקראיות. אנו מעריכים שכמות של 300 מ"ג חלבון מספקת הגנה זו במרבית המזונות. המטרה בהמשך היא להגיע לעמידות מלאה בה המטופל יכול לצרוך את המזון האלרגני באופן חפשי. אחוזי ההצלחה בטיפול הם גבוהים – כ- 88% מגיעים למנה "מגינה" ולמעלה - 70% מגיעים לצריכה חופשית של המזון האלרגני. הטיפול עלול להיות כרוך בתגובות, כולל תגובות אנאפילקטיות. כל מטופל מקבל הדרכה כיצד להפחית סיכון לתגובות ואיך לטפל בתגובה במידה ומתרחשת. לחלק מהילדים יש קושי בנטילת המנה היומית הביתית.

חשוב להכין את הילד על מנת שיהיה מוכן לדרישות ולמגבלות הטיפול. מידע אודות התוכנית קיים באתר האינטרנט של המרכז הרפואי שמיר.

הטיפול הינו בתשלום – תשלום התומך בהחזקת כוח האדם המיומן (רופאים, אחיות, דיאטניות וצוות מעבדה) הנדרשים לטיפול.

הטיפול אינו כלול בסל הבריאות או ממומן ע"י הביטוחים המשלימים

**עלות טיפול ראשון - 10.000 ₪.**

**טיפול נוסף / בן משפחה נוסף מדרגה ראשונה - 20% הנחה**

כדי להיכנס לרשימת ההמתנה יש לשלוח:

**מכתב עדכני מרופא אלרגולוג וכן למלא את הטופס הרצ"ב.**

עם כניסתכם לרשימת ההמתנה, ישלח אליכם אישור במייל.

## רישום לתכנית לטיפול באלרגיה למזון

תאריך: \_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_

שם הילד/ה: \_\_\_\_\_ מין:  זכר  נקבה

תאריך לידה: \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

קופ"ח: \_\_\_\_\_ כתובת מגורים: \_\_\_\_\_

סובל מאלרגיה ל: חלב  ביצה  בוטנים  שומשום  אגוזים  (נא לסמן)

מבקש/ת להתחיל טיפול ב: חלב  ביצה  בוטנים  שומשום  אגוזים  (נא

לסמן)

במקרה של טיפול באגוזים נא לפרט: לוז/ מלך / קשיו / פיסטוק / פקאן

סובל מאסתמה:  לא  כן  (נא לסמן)

מקבל טיפול קבוע לאסתמה:  לא  כן  נא לפרט: \_\_\_\_\_

הורה 1: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_

דוא"ל: \_\_\_\_\_

הורה 2: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_

דוא"ל: \_\_\_\_\_

יש למלא את הטופס ולשלוח חזרה או בפקס 08-9779821 / 08-9247124

או חזרה במייל דוא"ל [foodallergyait@gmail.com](mailto:foodallergyait@gmail.com)