

מדינת ישראל – משרד הבריאות
החטיבה לעניני בריאות

מנהל רפואה

חוזר מס': 2/2010

ירושלים, כ' שבט, תש"ע
4 פברואר, 2010

תיק מס': 4/10

אל: מנהלי בתי החולים הכלליים
מנהלי האגפים הרפואיים – קופות חולים

הנדון: הודעה על עובר מת – ערכון הטופס לדרווח
סימוכין: חוזרנו מס' 124/84 מיום: 9.11.84

בהמשך לחוזרנו שבסימוכין הננו להביא בזאת לידיעתכם טופס מעודכן של "הודעה על לידת עובר מת" (מצ"ב).

1. בללי: משרד הבריאות מחייב הודעה על כל לידת עובר מת.
2. הגדרה: "עובר מת" נחשב כל עובר אשר מותו קרה בטרם היפרד העובר מאמו.
3. הנחיות:
 - 3.1 יש לדרווח על כל לידת עובר מת במשקל 500 גר' ויותר ו/או מהריון בשבוע 22 ומעלה המחושב מתאריך הווסת האחרון.
 - 3.2 בהריון מרובה עוברים יש למלא תעודה נפרדת עבור כל עובר מת שנולד.
 - 3.3 את הדרווח יש להעביר על גבי הטופס המעודכן המצ"ב.
 - 3.4 יש להקפיד למלא את כל סעיפי הטופס.
 - 3.5 בהעדר סיבה ידועה למוות, יש לציין זאת במקום המתאים.

- 3.6. יש להקפיד להדביק מדבקה גדולה של האם על גבי כל הודעה.
- 3.7. בבתי חולים בהם מוציאים רשיונות קבורה יש להקפיד למלא מספר רשיון קבורה בטופס.
- 3.8. את ההודעה על עובר מת יש להעביר ללשכת הבריאות המחוזית. עותק נוסף יועבר ללשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

ניתן להוריד את הטופס מאתר האינטרנט של המשרד.

הואילו להעביר תוכן חוזר זה לידיעת כל הנוגעים בדבר במוסדכם.

ב ב ח כ ה,
 ד"ר חזי לוי
 ראש מינהל הרפואה

העתק : המנהל הכללי

- המשנה למנהל הכללי
- ס/מנכ"ל בכיר למנהל ולמשאבי אנוש
- ס/מנכ"ל בכיר לתכנון ובינוי מוסדות רפואה
- ס/מנכ"ל לכלכלת בריאות
- ס/מנכ"ל לתכנון תיקצוב ולתימחור
- ס/מנכ"ל קופות חולים
- ס/מנכ"ל להסברה ויחסים בינלאומיים
- ראש המינהל לטכנולוגיות רפואיות ותשתיות
- נציב קבילות הציבור
- נציב קבילות הציבור ע"פ חוק ביטוח בריאות ממלכתי
- חשב המשרד
- היועצת המשפטית
- אחות ראשית ארצית וראש מינהל הסייעוד
- ראש שרותי בריאות הציבור
- רופאי מחוזות – לשכות בריאות מחוזיות
- מנהל האגף למדיניות טכנולוגיות רפואיות
- מנהל אגף רישוי מוסדות ומכשירים
- ראש שרותי בריאות הנפש
- מנהל האגף לגריאטריה
- מנהל האגף לרפואה כללית
- מנהל האגף לרפואה קהילתית
- מנהל אגף בכיר ביטחון
- מנהל אגף בריאות השן
- מנהל אגף הרוקחות
- מנהל האגף לשרותי מידע ומחשוב
- מנהלת תחום רישום ומידע רפואי
- מנהל המרכז הלאומי לבקרת מחלות

מנהל האגף לשעת חרום
מנהל האגף למקצועות בריאות
מנהלת האגף להבטחת איכות
מנהל אגף ביקורת פנים
פסיכולוגית ראשית ארצית
פיזיותרפסטית ראשית
מפקחת ארצית ריפוי בעיסוק
מנכ"ל קופות החולים
מנהלי האגפים הרפואיים – קופות החולים
מנהל המחלקה לאבזורים ומכשירים רפואיים
מנהל תחום מינהל ומשק
מנהל המחלקה לאפדמיולוגיה
מנהל המחלקה למעבדות
מרכזת המועצות הלאומיות
מנהלת השרות הארצי לעבודה סוציאלית
הספרייה הרפואית
אחראית ארצית על הסיעוד – ברפואה כללית
אחראית ארצית על הסיעוד – בבריאות הנפש
אחראית ארצית על הסיעוד – בבריאות הציבור
אחראית ארצית על הסיעוד – בגריאטריה
אחות ראשית – קופ"ח הכללית
הרופא הראשי האגף לטיפול במפגר - משרד הרווחה
קרפ"ר – צ.ה.ל
רע"ן רפואה- מקרפ"ר
קרפ"ר – שרות בתי הסוהר
קרפ"ר – משטרת ישראל
מנכ"ל הסתדרות מדיצינית – "הרסה"
רכז הבריאות , אגף תקציבים – משרד האוצר
יו"ר ההסתדרות הרפואית בישראל
יו"ר ארגון רופאי המדינה
יו"ר המועצה המדעית – ההסתדרות הרפואית
מנכ"ל החברה לניהול סיכונים ברפואה
בית הספרים הלאומי והאוניברסיטאי
ארכיון המדינה
מנכ"ל חברת ענבל
מנהלת המחלקה לניהול סיכונים - חברת ענבל

כתובת אתר האינטרנט בו מפורסמים חוזרי מינהל הרפואה וחוזרי
מנכ"ל היא: - www.health.gov.il

סימוכין : 22676709

הדרכה למילוי הודעה על לידת עובר מת

עובר מת נחשב כל עובר אשר מותו קרה בטרם היפרד העובר מאמו. יש לדווח על לידת עובר מת במשקל 500 גרם ויותר ו/או משבוע הריון 22 שבועות ומעלה.

1. פרטים על הילוד – לסמן במקומות המתאימים.

2. פרטים על ההריון: חובה לציין תשובה גם במקרה של "לא ידוע" או "לא בוצע"

תאריך וסת אחרון: תאריך היום הראשון של המחזור האחרון לחישוב גיל הריון.

גיל הריון בשבועות וימים - מתחיל באופן רשמי ביום הראשון של המחזור האחרון, 40 שבועות נחשב כהריון מלא.

אומת ב-US: לסמן אם גיל ההריון אומת בבדיקת אולטרה-סאונד.

מעקב טרום לידתי – לרשום שבוע ההריון לפי החישוב המקובל בעת תחילת המעקב

סקירת מערכות: בדיקת אולטרה-סאונד של אברי העובר שבוצעה בכל שלב של ההריון:

בדיקות סקר: בדיקות סקר ביוכימי ומשולב לתסמונות כרומוזומליות/NTD- סקר שלישי ראשון: תבחין משולש, תבחין מרובע, integrated test ושקיפות עורפית.

הריון בסיכון: גורמי סיכון קשורים לעברה הרפואי של האישה, במשפחה, לבן זוגה או בסביבה (לדוגמא, סוכרת נעורים, יתר לחץ דם, אפילפסיה, מחלות לב וכלי דם, אי ספיקה כלייתית, עבר של הפלות חוזרות, גיל 40 ומעלה או מתחת לגיל 18. הריון רב-עוברי, זיהום ויראלי או בקטרי, רעלת הריון או סוכרת הריונית).

טיפול פוריות להריון זה:

IVF הפריה חוץ גופית

תרופות משרות ביוץ בלבד:

קבוצה 1: שם גנרי: איקקלומין ודומיו.

קבוצה 2: שם גנרי: גונדוטרופינם ודומיו

קבוצה 3: שם גנרי: ברומוקריפטין

תוצאות הריונות קודמים:

לא כולל את ההריון הנוכחי.

3. מצבים/מחלות בעובר: חובה לציין תשובה גם אם אין מידע לסמן "לא ידוע"

ליקוי כרומוזומלי: חריגה במספר ו/או מבנה הכרומוזומים, שאובחנה בבדיקת סיסי שליה, מי שפיר או דם טבורי במהלך ההריון.

מום מולד: פגם מבני שקיים בלידה כולל מומים שאובחנו בהריון בבדיקת אולטרה-סאונד

מומים חיצוניים: מומים הנראים לעין בעת בדיקת העובר.

מחלות גנטיות/מטובלית: אובחנו בבדיקה ביוכימית או מטבולית של העובר לא כולל ליקוי כרומוזומלי, כגון: סיסטיק פיברוזיס, מחלת טאי-זקס.

בעיות גדילה SGA/IUGR: משקל העובר מתחת לעשירון התחתון בעקומה שבשימוש.

לא ידוע: אין מידע לגבי מצבים או מחלות בעובר.

4. נסיבות הלידה: לסמן במקומות המתאימים. הפסקת הריון יזומה - כולל כל הפסקת הריון.

5. פרטים על ההורים: חובה לציין תשובה. אם אין מידע לסמן "לא ידוע"

דת: יהודי/מוסלמי/נוצרי/דרוזי/אחר

מספר שנות לימוד: מספר

מצב משפחתי: נשואי/ה / גרוש/ה / רווקה / אלמנה

6. גורמי סיכון של האם: חובה לציין תשובה. אם אין מידע לסמן "לא ידוע"

יתר לחץ דם: לציין את הערך החריג.

זיהום: אלח דם, STDs, חום בלידה מעל 38°C, UTI

משקל: $BMI \geq 30$ = מדד מסת הגוף בדרגת השמנה 1.

עישון: מעשנת/לא מעשנת

7. מצבים/מחלות אם: חובה לציין תשובה. אם אין מידע לסמן "לא ידוע"

PROM: פגיעה של שק השפיר לפני תחילת תהליך הלידה.

הפרדות שליה: השלייה נפרדת מדופן הרחם במהלך ההריון ובלידה.

CHORIOAMNIONITIS: דלקת קרומי השיליה אובחן על ידי בדיקת תרבית או משטח

רעלת הריון: עליה בלחץ דם ו/או פגיעה בתפקוד איברים שונים בגוף כגון הכבד והכליות כתוצאה מתהליך זה, החל משבוע 20 להריון.

סיבוך חבל הטבור: לדוגמא, חבל טבור כרוך סביב הצוואר או הרגל, צניחת חבל הטבור

סיבוך מיילדותי אחר: סיבוך אמהי אחר שהשפיע על תוצאות ההריון.

אחר, פרט: מחלות אמהיות שאינן נובעות מההריון אבל השפיעו על תוצאותיו.

לא ידוע: אין מידע לגבי מצבים או מחלות באם שהביאו למות העובר.

8. הופנה לניתוח לאחר המוות: מאחר ובזמן מילוי הטופס אין מידע על תוצאות הנתיחה, יש לציין אם היתה הסכמה והפניה.

9. חתימת הרופא שאישר את המוות: חתימה של הרופא שמילא את הטופס. השדה מחייב את חותמת הרופא הכולל את מספר הרישיון של הרופא.

10. הנפקת רישיון קבורה: לסמן במקומות המתאימים.

יש למלא הודעה נפרדת לכל עובר מת:

עובר מת נחשב כל עובר אשר מותו קרה בטרם היפרד העובר מאמו. יש לדווח על לידת עובר מת במשקל 500 גרם ויותר ו/או משבוע הריון 22 שבועות ומעלה.

מדבקה גדולה חובה

5. פרטים על ההורים

אם שם פרטי: _____ שם משפחה: _____
כתובת: _____ יישוב: _____

מספר ת"ז									
----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ארץ לידה: _____ תאריך לידה: ____/____/____
דת: _____ מצב משפחתי: נ / ג / ר / א מס' שנות לימוד: _____

אב שם פרטי: _____ שם משפחה: _____
כתובת: _____ יישוב: _____

מספר ת"ז									
----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ארץ לידה: _____ תאריך לידה: ____/____/____
דת: _____ מצב משפחתי: נ / ג / ר / א מס' שנות לימוד: _____

6. גורמי סיכון של האם לא ידועים

פירוט	לפני ההריון	תוך כדי ההריון
יתר לחץ דם		
סוכרת		
זיהום, פרט		
משקל		
עישון (כן/לא)		
אחר, פרט		

7. מצבים / מחלות אם

לא ידוע

PROM

הפרדות שליה

Chorioamnionitis

רעלת הריון

סיבוך חבל הטבור, פרט

סיבוך מיילדותי אחר, פרט

אחר, פרט

8. הופנה לניתוח לאחר המוות: כן / לא / לא ידוע

9. חתימת הרופא שאישר את המוות:

תאריך: _____


10. לשימוש לשכת הבריאות / בית חולים מורשה להנפקת רישיון קבורה

מספר רישיון קבורה: _____ תאריך: _____

חתימת הלשכה:


1. פרטים על הילוד

נולד בבית החולים: _____
 בתאריך: _____ בשעה: _____
 משקל לידה בגרמים: _____ מין: זכר / נקבה / לא מוגדר
 לידת יחיד לידה מרובת עוברים
 מספר עוברים בלידה: _____ מהם: לידות חי / לידות מת

2. פרטים על ההריון

תאריך וסת אחרון: _____
 גיל הריון בשבועות וימים: _____ + _____ אומת ב US: כן / לא
 שבוע הריון בתחילת המעקב: _____ / ללא מעקב / לא ידוע
 סקירת מערכות: תקין / לא תקין / לא בוצע
 פרט: _____
 בדיקות סקר לתסמונות כרומוזומליות/NTD: תקין / לא תקין / לא בוצע
 פרט: _____
 הריון בסיכון: כן / לא אם כן, פרט: _____

טיפול פוריות להריון זה: IVF תרופות משרות ביוץ בלבד
 אחר, פרט: _____

תוצאות הריונות קודמים:

סך הכל מספר הריונות בעבר _____
 מספר לידות חי _____ מספר לידות מת _____
 מספר הפלות טבעיות _____ מספר הפלות יזומות _____
 מספר ילדים חיים כיום _____ לידות במשקל פחות מ 2500 גר' _____

3. מצבים / מחלות בעובר

לא ידוע

ליקוי כרומוזומלי, פרט

מום מולד, פרט

נראו מומים חיצוניים: כן / לא – אם כן, פרט _____

מחלה גנטית / מטבולית, פרט _____

זיהום תוך רחמי של העובר, פרט _____

בעיות גדילה SGA/IUGR, פרט _____

אחר, פרט _____

4. נסיבות הלידה

הפסקת הריון יזומה לפי סעיף _____

גרימת לידה עקב מות עובר ספונטני ברחם

לידה עצמונית של עובר מת

זמן משוער של מות העובר:

לפני תחילת הלידה תוך כדי תהליך הלידה

צורת הלידה: וגינלית / ניתוח קיסרי / מלקחיים / ואקום