

חוזר מינהל הרפואה



משרד הבריאות

חוזר מס': 17/2012

ירושלים, ג' סיון, תשע"ב
24 מאי, 2012

תיק מס': 4/1/14

אל: מנהלי בתי החולים הכלליים
מנהלי מחלקות יולדות ונשים
אחיות אחראיות חדרי לידה
מנהלי מחלקות ילודים וטיפול מיוחד ביילוד
מנהלי האגפים הרפואיים – קופות החולים
יו"ר ארגון המיילדות בישראל
יו"ר ארגון מיילדות הבית

הנדון: לידות בית
סימוכין: חוזר מס' 1/2008 מיום: 21.1.08

מצ"ב נוסח מעודכן לחוזרנו שבסימוכין המחליף ומבטל אותו.

חוזר זה מתייחס לרופא/ה מיילדת/ת (להלן: רופא) וכן למיילדת/ת (להלן: מיילדת).

בללי:

משרד הבריאות מכבד את הזכות והחופש של כל אשה לבחור היכן ללדת. עם זאת, כאחראי על בריאות הציבור רואה המשרד כחובתו המקצועית והמוסרית, להדגיש כי לידות בחדרי לידה מוכרים ומורשים, הן בטוחות יותר ליולדת וליילוד.

לאור העובדה שבישראל מתקיימות לידות בית, ניתנות בזה הנחיות לביצוען, תוך קביעת איזון בין חופש הבחירה של היולדת לבין הצורך לשמור על בטיחות היולדת והיילוד (שאינו נהנה מחופש בחירה).

הגדרה:

"לידת בית" - לידה בבית היולדת, לאחר תכנון והכנה מראש ומתוך בחירה של היולדת. בהתבסס על פקודת המיילדות, 1929 ופקודת הרופאים (נוסח חדש), תשל"ז 1976, רשאים מיילדת מוסמכת או רופא לקבל לידות בית בבית היולדת.

הננו להבהיר כי, אין איסור על יולדת ללדת בביתה ללא סיוע של איש מקצוע, אולם, חל איסור על מי שאינה מיילדת או רופא לקבל לידה כ"עיסוק".

חל איסור על הפעלת מקום המיועד לקבל לידות, שאינו מוסד רפואי מורשה.

1. הגדרת המורשים לביצוע לידות בית:

- 1.1. רק אלה מורשים לעסוק בקבלת לידת בית:
- א. מיילדת הרשומה בפנקס המיילדות בישראל, בעלת וותק של שלוש שנות עבודה בחדר לידה מוכר בישראל על פי תקנות בריאות העם, לאחר שהתנסתה ב- 10 לידות בית בהן נכחה מיילדת בית מנוסה.
- ב. רופא מומחה ביילוד וברפואת נשים בעל רישיון ותעודת מומחה בישראל, העוסק או שעסק במיילדות בחדר לידה מוכר בישראל במשך 3 שנים (להלן: הרופא).
- 1.2. מי שעוסק בקבלת לידות בית חייב לעבור קורס החייאה ברמת BLS לפחות, לרבות קורס החייאת יולדים (NRP- RESUSCITATION NEONATAL PROGRAM) הניתן על ידי האיגוד הישראלי לנאונטולוגיה, באחריותו לשמור על התעודה המעידה על ביצוע הקורס. לאחר ביצוע הקורסים יבוצע רענון אחת לשנה.
- 1.3. באחריות העוסקים בלידות בית להתעדכן באופן שוטף, בהנחיות והחוזרים הרלוונטים באתר משרד הבריאות – WWW.HEALTH.GOV.IL.
- 1.4. מי שעוסק בקבלת לידת בית ראוי שיהיה מבוטח בביטוח אחריות מקצועית. אם מקבל הלידה אינו מבוטח כאמור, באחריותו וחובתו ליידע את היולדת על כך בעוד מועד, להבהיר את ההשלכות של היעדר ביטוח, לוודא שהיולדת הבינה זאת ומסכימה לכך - ולתעד זאת.

2. תנאים הכרחיים לביצוע לידות בית:

להלן פירוט המצבים אשר רק בהתקיימם מותר לתכנן מראש ולבצע לידות בית.

2.1 תנאים מיילדותיים וגופניים:

- 2.1.1 הריון עם עובר יחיד במצג ראש.
- 2.1.2 לידה בשבוע הריון 37 עד שבוע 42.
- 2.1.2 החל מארבעים ואחת (40+6) שבועות הריון, יש לוודא ציון ביופיזיקלי תקין לא יאחר משלושה ימים לפני הלידה.
- 2.1.3 משקל העובר המוערך הינו בין 2500 ל 4000 גרם.
- 2.1.4 היולדת מצהירה על מצבה הבריאותית. אם למיילדת יש ספק לגבי כשירותה הבריאותית של היולדת לעמוד בלידת בית (כפי שיפורט בהמשך), יש לדרוש אישור על כך מהרופא המטפל.
- 2.1.5 היולדת מעל גיל 18 (בין גיל 17-18 מותנה בהסכמה וחתומה של ההורים), כשירה משפטית ויכולה לקבל החלטה מתוך רצון חופשי ואי תלות.
- 2.1.6 קיים תיעוד כתוב על ההיסטוריה הרפואית והמיילדותית של היולדת.

2.1.7 קיים תיעוד מעקב בהריון הנוכחי, שבוצע על ידי רופא ומיילדת בהתאם להנחיות משרד הבריאות.

2.1.8 בוצעה סקירת מערכות במהלך ההריון וקיים לכך תיעוד.

2.1.9 נשללה סוכרת הריון וקיים לכך תיעוד.

2.2 תנאים בסביבת היולדת:

2.2.1 יש לוודא מראש כי בית היולדת מתאים ללידת בית - יש בו מים זורמים חמים, חשמל, חימום, טלפון, והוא נקי.

2.2.2 יש לוודא כי החדר בבית היולדת בו מתוכננת להתבצע הלידה מתאים בגודלו לפעילות הנדרשת (לא פחות מ-10 מ"ר).

2.2.3 קיימת אפשרות הגעה לבית חולים אשר בו חדר לידה מאושר, תוך 30 דקות מקבלת ההחלטה על העברה לבית החולים.

2.3 הסכמה מדעת:

יש לקבל הסכמה מדעת של היולדת בכתב, על גבי טופס "בקשה והסכמת האישה ללידת בית" (נספח א'), וזאת לאחר מתן הסבר מפורט מהמיילדת / הרופא המטפלים, הכולל לפחות את כל המידע הכלול בטופס האמור.

2.4 מכשור וציוד הכרחיים ללידת בית:

2.4.1 ערכת קבלת לידה (לפחות 4 מרפדים גדולים);

2.4.2 ערכת הפרדה (2 קלמים, מספריים, קוכר, תחבושות);

2.4.3 ערכת תפירה סטרילית;

2.4.4 כפפות סטריליות חד פעמיות;

2.4.5 אמניוטום;

2.4.6 דופטון;

2.4.7 Suction נייד וציוד נלווה כולל צנתרים לאם וליילוד, או סקשן פה;

2.4.8 Airway לאם וליילוד;

2.4.9 אמבו ומסיכה לאם וליילוד;

2.4.10 חמצן + ציוד נלווה;

2.4.11 מד לחץ דם;

2.4.12 צנתר לשלפוחית השתן למבוגר;

2.4.13 סט לעירווי וציוד נלווה לאם;

2.4.14 נוזלים, תמיסות לעירווי;

2.4.15 תרופות: מכווצי רחם [כגון: אוקסיטוצין, מטרגין]

אדרנלין

משחת / טיפות עיניים (לפי המקובל באותה העת בישראל)

VIT K

2.4.16 אלכוהול;

2.4.17 פדים סטריליים;

2.4.18 מזרקים ומחטים להזרקה;

2.4.19 מספריים;

2.4.20 מבחנות לבדיקות דם;

2.4.21 מאזני שקילה לילוד;

2.4.22 מד חום.

3. התוויות נגד לביצוע לידת בית:

3.1. אם, לאור המידע הרפואי שמסרה היולדת או המפורט ברשומה הרפואית שלה, יש ספק לגבי כשירותה הבריאותית לעמוד בלידת בית, יש לדרוש ממנה להציג אישור מהרופא המטפל בה, כתנאי לקבלת הלידה בבית.

להלן יפורטו המצבים בהם תמיד נדרש אישור רופא מטפל:

3.1.1 מחלות כרוניות ומוגבלויות העלולות להשפיע על מהלך הלידה ו/או היילוד.

3.1.2 מחלה זיהומית פעילה של היולדת.

3.2 אין לקבל לידת בית אם היולדת משתמשת בסמים, או בתרופות לגמילה מסמים.

3.3 סיבוכים בעבר המיילדותי המהווים התוויית נגד ללידת בית:

אין לקבל לידת בית אם בהריונות קודמים אירע אחד מאלה:

3.3.1 תמותת עובר ברחם או בלידה, מסיבה מיילדותית ידועה שעלולה להשפיע על מהלך ההריון הנוכחי או על מהלך הלידה.

3.3.2 היפרדות שלייה שלא על רקע טראומה.

3.3.3 לידה עם כליאת כתפיים.

3.3.4 קרע בפרינאום בדרגה 3-4 או קרע בצואר הרחם.

3.3.5 דמם חריג לאחר לידה (post partum hemorrhage).

3.3.6 יילוד קודם שחלה במחלה מוקדמת ב- GBS.

3.4 פגמים ברחם או בתעלת הלידה, מולדים או נרכשים המהווים התוויית נגד ללידת בית:

אין לקבל לידת בית אם מתקיים אחד מצבים אלה:

- 3.4.1 רחם חדר או דו קרני, רחם עם מחיצה, רחם כפול, נרתיק כפול, נרתיק עם מחיצה, רחם עם שרירן גדול או שמהווה tumor previa בהריון הנוכחי, הכל בהתאם להסטוריה המיילדותית ולתיעוד רפואי.
- 3.4.2 צלקת ניתוחית ברחם [ניתוח קיסרי, כריתת שרירנים, חבלה וניקוב], אחרי הפרדת הדבקות תוך רחמיות.
- 3.4.3 עיוות אגן או עמוד שדרה, מולד או נרכש.
- 3.5 בעיות בהריון הנוכחי המהווים התוויית נגד ללידת בית:
- אינן לקבל לידת בית אם מתקיים אחד מצבים אלה:
- 3.5.1 הריון של יותר מעובר אחד;
- 3.5.2 כל מצג שאיננו מצג ראש;
- 3.5.3 מחלות מערכתיות כרוניות או חריפות שאובחנו בהריון לרבות מחלות לב, סוכרת (כולל סוכרת הריונית), ומחלות אוטואימוניות ותרומבופיליות;
- 3.5.4 יתר לחץ דם;
- 3.5.5 דלקת כליות או זיהום בדרכי השתן שאינו מגיב לטיפול אנטיביוטי במהלך ההריון;
- 3.5.6 GBS bacteriuria במהלך ההריון;
- 3.5.6 קרישיות תוך וורידית (DVT);
- 3.5.7 השמנת יתר חמורה (Morbid Obesity) לקראת מועד הלידה;
- 3.5.8 אנמיה אימהית בהריון נוכחי (פחות מ- 10 ג' Hgb לדציליטר). טרומבוציטופניה (פחות מ- 100,000 למיקרוליטר), על פי ספירת דם עדכנית בטווח של שבועיים לפני הלידה ו/או הפרעות אחרות במנגנון הקרישה מולדות או נרכשות לרבות טיפול נוגד קרישה בהריון הנוכחי;
- 3.5.9 זיהום בהריון – זיהום עוברי (או חשד מבוסס), מבחן חיובי ל- TORCH, וכן נשאות למחלות זיהומיות כגון: הרפס גניטלי, HIV, GBS, צהבת B,C;
- 3.5.10 סימנים המחשידים לרעלת הריון;
- 3.5.11 תפר צוואר הרחם, שטרם הוסר;
- 3.5.12 מצב ידוע של ריגוש כנגד גורם RH;
- 3.5.13 דימום ממקור רחמי בשליש שני או שלישי;
- 3.5.14 הריון בו לא בוצעה סקירת מערכות ולא נשללה סוכרת הריון;
- 3.5.15 חשד למום העלול לגרום להפרעה תפקודית מיידית אצל היילוד;
- 3.5.16 הפרעת קצב עוברית או דפוס פתולוגי אחר של דופק העובר סמוך ללידה;
- 3.5.17 פיגור בגדילה התוך רחמית (IUGR);
- 3.5.18 הערכת משקל העובר סמוך ללידה - מעל 4000 גרם או קטן מ- 2500 גרם;
- 3.5.19 שליית פתח, שלמה או חלקית או שלייה נמוכה;

3.5.20 מיעוט או ריבוי מי שפיר;

3.5.21 מיעוט תנועות עובר;

3.5.22 חום אמהי 37.8 ומעלה, בסמוך לפני הלידה.

4. כללים לטיפול ביולדת וביילוד, רישום ודווח:

הטיפול ביולדת וביילוד לפני, במהלך ואחרי הלידה יבוצע בהתאם להנחיות משרד הבריאות והוראות כל דין.

4.1 המיילדת / רופא ידריכו את היולדת בעוד מועד באשר לסימני לידה פעילה.

4.2 המיילדת / רופא יגיעו אל היולדת תוך שעה מהודעתה כי הופיעו סימני לידה פעילה.

4.3 המיילדת / רופא ישהו עם היולדת מתחילתה של לידה פעילה ולפחות שעתיים אחרי הלידה.

4.4 יש לבצע מעקב אחר סימנים חיונים אצל היולדת לפחות פעם בשעה.

4.5 יש לבצע האזנה לקצב לב העובר לפחות אחת לחצי שעה בשלב ראשון של הלידה, וכל 5-10 דקות בשלב שני של הלידה.

4.6 יש לבצע בדיקה של היילוד והערכת מצבו מייד עם לידתו.

4.7 המיילדת/רופא יבצעו השגחה צמודה ומעקב אחר היילוד לפרק זמן של שעתיים לפחות אחרי הלידה.

4.8 על המיילדת / רופא לערוך ביקור חוזר אצל היולדת והיילוד יממה לאחר הלידה.

4.9 המיילדת / רופא יציידו את היולדת במידע על דרכי התקשרות אליהם בתקופת משכב הלידה.

4.10 רישום וסיכום מהלך הלידה:

4.10.1 מיילדת / רופא ינהלו ארכיב מסודר ע"פ החוקים והתקנות, לתיעוד לידות הבית שנעשו על ידם.

4.10.2 יש לתעד בצורה מסודרת את המידע שנמסר ליולדת, את הסימנים החיוניים, קצב לב העובר, ממצאי בדיקת היילוד ואת מהלך הלידה - תוך כדי ניהול הלידה ובסמוך לאחר סיומה כמקובל וכנדרש בכל רשומה רפואית.

4.10.3 על הרישום לכלול :

רישום מהלך הלידה לרבות נתונים על הניטור שנעשה במהלכה ליולדת וליילוד;

סכום מהלך הלידה (נספח ב');;

רישום אומדן גופני של היילוד (נספח ג').

4.10.4 יש למסור העתק של כל רישום ודווח כנ"ל ליולדת ולשמור את המקור אצל המיילדת / רופא.

4.10.5 פרק הזמן המינימלי לשמירת הדוחות והטפסים הנלווים ע"י המיילדת הוא 25 שנה (לכל הפחות).

4.10.6 המסמכים יהיו קריאים וזמינים לבקרה של משרד הבריאות כאשר תבצע.

4.11 בסיום לידת בית ללא סיבוכים יש לידע את היולדת שבתוך יממה מהלידה על היילוד להיבדק על ידי רופא ילדים. יש לעודד את היולדת לפנות לבית-חולים לבדיקתה, לבדיקת היילוד, וכן לרישומו באופן מסודר תוך עשרים וארבע שעות מהלידה.

5. כללים להעברת היולדת והיילוד מלידת בית לבית-חולים:

- | |
|--|
| - כל מצב של חריגה ממהלך לידה תקין, ו/או כשהמיילדת/רופא אינם משוכנעים ביכולתם או באפשרותם לטפל כראוי, לצורך הבטחת בריאות היולדת והיילוד, מחייב העברתם לבית חולים. |
| - יש לכבד מיידי כל בקשה של יולדת לעבור לבית חולים, בכל שלב בלידה. |

די בהתרחשותו של אחד המקרים או הסיבוכים הבאים על מנת להוות הוריה רפואית להעברת היולדת לבית חולים. על המיילדת/הרופא חלה החובה להבהיר ליולדת כי עליה להתפנות לבית חולים בהקדם/בדחיפות לפי העניין:

5.1 הוריות להעברת יולדת לבית חולים במהלך לידה:

- 5.1.1 דימום בכמות רבה מהרגיל.
- 5.1.2 סימנים המחשידים להיפרדות שלייה: כאב מתמשך בבטן תחתונה, טנוס רחמי מוגבר, שינויים בדופק העובר המעידים על מצוקה, דימום, ירידה בלחץ הדם ללא דימום חיצוני.
- 5.1.3 צניחת חבל הטבור, חבל טבור מקדים או Occult.
- 5.1.4 שינויים משמעותיים בסימנים חיוניים אצל היולדת דוגמת:
 - א. עליית חום במהלך הלידה מעל $38^{\circ}C$;
 - ב. דופק גבוה מ- 120 לדקה במשך 15 דקות ויותר;
 - ג. ירידה בלחץ דם סיסטולי ב- 20 מ"מ כספית מהערך הבסיסי למשך 15 דקות ויותר;
 - ד. לחץ דם מעל 140 / 90 בשתי מדידות בהפרש של שעה.
- 5.1.5 מי שפיר מקוניאלים או דמיים בשלב ראשון של הלידה.
- 5.1.6 מהלך לידה פתולוגי דוגמת:
 - 5.1.6.1 עצירת לידה בשלב ראשון- Arrest of Dilatation למשך שעתיים, בנוכחות צירים סדירים.
 - 5.1.6.2 שלב שני של הלידה המתארך מעבר לשלוש שעות במבכירה או שעתיים בלידה חוזרת, ובתנאי שאין עיכוב בירידת הראש (Arrest of descent).
 - 5.1.7 שינויים פתולוגיים בקצב לב העובר (FHR) לרבות: קצב לב בסיסי פחות מ- 110 או מעל 160 לדקה.
 - 5.1.8 עיכוב בהתפתחות לידה פעילה, 12 שעות לאחר ירידת מים נקיים. תוך שמירה על תנאי הגיינה נאותים, ומעקב אחרי סימני התפתחות כוריואמניוטיס.
 - 5.1.9 סימני תת נפחיות (היפוולמיה) ביולדת.

5.2. הוריות להעברת יולדת לבית חולים לאחר הלידה:

- 5.2.1 אי יציאת השליה לאחר שעה מיציאת העובר.
- 5.2.2 דימום מוגבר, לפני או אחרי היפרדות השליה.
- 5.2.3 שלייה לא שלמה או חשך לאי שלמותה.
- 5.2.4 שינויים פתולוגיים בלחץ הדם האמהי לרבות:
ירידה בל.ד. סיסטולי ב- 20 מ"מ כספית או יותר מהערך הבסיסי-למשך 15 דקות ויותר, או לחץ דם מעל 140/90.
- 5.2.5 מצוקה נשימתית.
- 5.2.6 בלבול, אי שקט ו/או שינוי במצב ההכרה של היולדת.
- 5.2.7 קושי בתפירת קרעים או אפיזיוטומיה.
- 5.2.8 הופעת המטומה בתעלת הלידה או בפות לאחר לידה.
- 5.2.9 קרעים בדרגה 3,4 בחיץ או בנרתיק או חשך לקרע בצוואר הרחם.
- 5.2.10 סימנים נפשיים פתולוגיים של היולדת.

5.3 הוריות להעברה מיידית של היילוד לבית חולים:

- 5.3.1 תינוק שמשקלו נמוך מ- 2500 גרם או גדול מ- 4000 גרם.
- 5.3.2 סימנים המחשידים למצוקה נשימתית
 - א. מספר נשימות מעל 60 לדקה.
 - ב. רתיעות בבית החזה.
 - ג. נשימת כנפי אף ואנחות.
 - ד. כחלון או חיוורון.
- 5.3.3 צבע עור כחול/אפור, שמשתפר עם מתן חמצן ומתחדש לאחר הפסקתו (Hypoxia). העברה לבית החולים תעשה באמצעות אמבולנס כאשר נותנים ליילוד חמצן.
- 5.3.4 צבע לא תקין של עור היילוד, חיוור, צהוב או אדום.
- 5.3.5 חום גוף מתחת ל- $35.5^{\circ}C$, ב-2 מדידות שלא לאחר ניסיון של חימום היילוד.
- 5.3.6 אפגר 7 או פחות, לאחר 5 דקות מהלידה.
- 5.3.7 רעד, תנועות לא תקינות, פרכוסים.
- 5.3.8 סימני טראומה לרבות סימני שיתוק, שטפי דם תת-עוריים.
- 5.3.9 מום מולד.

5.4 העברת יולדת ויילוד לבית-חולים:

- 5.4.1 אופן העברת היולדת (באמצעות אמבולנס או רכב אחר) יקבע ע"י המיילדת/רופא.
- 5.4.2 העברת יולדת תלווה תמיד ע"י המיילדת / הרופא.
- 5.4.3 על המיילדת / רופא להודיע למיילדת אחראית המשמרת / רופא בביה"ח הייעודי על ההעברה לחדר הלידה, ולמסור מידע רפואי רלוונטי.

5.4.4. טופס מלא של "העברת יולדת מלידת בית לבית-חולים" (נספח ד') יועבר עם היולדת והיילוד.

5.4.5. המיילדת/הרופא ימסרו בבית החולים בע"פ ובכתב את כל הפרטים הקשורים ליולדת, להריון, למהלך הלידה וליילוד כולל נספחים ב,ג,ד.

6. הנחיות לטיפול ביולדת וביילוד לאחר הלידה (אם היולדת בוחרת לא לפנות לבית

חולים תוך 24 שעות מהלידה):

באחריות המיילדת / הרופא:

- 6.1 לתת ליילוד טיפול עיניים מניעתי לפי הנחיות משרד הבריאות.
- 6.2 להזריק ויטמין K ליילוד במינון של 0.5 מ"ג בסמוך ככל האפשר ללידה.
אם ההורים מסרבים לאופן המתן בזריקה, ניתן לתת ויטמין K פומי לפי הפרוטוקול הבא:
מנה ראשונה – 2 מ"ג תוך 6 שעות מהלידה, כאשר התינוק מסוגל לינוק;
המשך טיפול: מנה של 2 מ"ג בגיל שבוע ובגיל שבועיים;
לתינוק שפלט את הוויטמין תוך שעה מהמתן יש לחזור על מתן המנה.
- 6.3 כאשר ליולדת סוג דם RH שלילי או במקרה שבסרום האם נמצאו בעבר נוגדנים חיסוניים לאנטיגנים של קבוצת הדם, יש לקחת בדיקת סוג דם ליילוד, ורמת המוגלובין ובילירובין בדם.
- 6.4 כאשר ליולדת סוג דם RH שלילי וליילוד סוג דם RH חיובי, על היולדת לקבל חיסון של ANTI D.
- 6.5 לבצע דגימת דם של היילוד למחלות המטבוליות עבורן נבדקים יילודים בבתי החולים, לרבות לפני לקטונוריה ולתפקודי בלוטת התריס, לכל המוקדם 48 שעות לאחר הלידה ולא יאוחר מגיל 7 ימים, וכן לבצע בדיקת שמיעה.
- 6.6 לתת הדרכה לגבי הטיפול ביילוד הכוללת: הנקה, האכלה, השכבה (תנוחות), החתלה, רחצה, ניגוב הפרשות, טיפול בטבור, הלבשה, וויסות טמפרטורת החדר בהתאם לעונת השנה, חשיבות קשירת התינוק בכסא בטיחות ברכב, ע"פ הנחיות משרד הבריאות והוראות כל דין.
- 6.7 ליידע את היולדת שבדיקת רופא ילדים הכרחית תוך 24 שעות מהלידה. בהמשך יתבצע מעקב שגרתי ליילוד במסגרת רפואית בתחנה לאם וליילוד או מעקב אצל רופא ילדים.
- 6.8 ליידע את היולדת שלפי המלצת משרד הבריאות יש לפנות לתחנת אם וילד לחיסון היילוד נגד דלקת כבד נגיפית מסוג B תוך 24 שעות מהלידה.
- 6.9 להפנות את היולדת לרישום היילוד במשרד הפנים בצרוף תעודת רופא / תצהיר בהתאם לתיקון מס' 9 לחוק מרשם האוכלוסין, המפורט בחוזר משרד הבריאות מס' 3/2006, סעיף ב'.

7. כללים לקבלת יולדת ויילוד מלידת בית בבית-חולים:

- 7.1 בקבלת יולדת ויילוד מלידת בית יבוצע הליך אשפוז כמקובל בחדר לידה. יש לבצע קבלה רפואית וסיעודית מלאים. העתק של טופס רישום מהלך הלידה יצורף לתיק הרפואי.

- 7.2 היולדת והיילוד יעברו בדיקה והמשך טיפול בהתאם לחוזרים ולנהלים של משרד הבריאות ובית- החולים, כולל ביצוע בדיקת סקר למחלות מטבוליות ליילוד ובדיקת שמיעה.
- 7.3 בסיום הליך הקבלה והבדיקה יוצע ליולדת אשפוז. אם תסרב תשחרר ע"י רופא הנשים הבכיר במשמרת.
- 7.4 בדרך כלל ישוחררו האם והיילוד לביתם בו זמנית, למעט במצבים רפואיים בהם קיימת הוראה להשאיר את היילוד באשפוז לאחר שחרור היולדת לביתה. (חוזר מינהל הרפואה מס' 43/99).
- 7.5 אם היולדת מסרבת לאפשר מתן טיפול ליילוד, יש לתעד זאת בטופס סירוב טיפול כמקובל בבית- החולים, בחתימת האחות, רופא הילדים והאם.
- 7.6 אם היולדת מבקשת להשתחרר שחרור מוקדם, על האחות:
- 7.6.1 לוודא ביצוע בדיקת היילוד ע"י רופא ילדים בטרם השחרור.
- 7.6.2 לוודא קבלת פנקס חיסונים.
- 7.6.3 להדריך את האם/ההורים לגבי הבדיקות הנוספות שיש לבצע ליילוד: סקר למחלות מטבוליות, מעקב בילירובין לפי הצורך ובדיקת שמיעה - האחריות לביצוע הבדיקות היא על האם/ההורים.
- 7.6.4 אם היולדת היא בעלת RH שלילי, יילקחו בדיקות דם לאם וליילוד, והאם תבקש להמתין לתשובת הבדיקה על מנת לקבל חיסון ANTI D במידת הצורך.

הואילו להעביר תוכן חוזר זה לידיעת כל הנוגעים בדבר במוסדכם.

ב ב ר כ ה,



פרופ' ארנון אפק
ראש מינהל הרפואה

העתק: המנהל הכללי

המשנה למנהל הכללי
 ס/מנכ"ל בכיר למידע ומחשוב
 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 הסיעוד
 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 לרפואה כללית
מנהל האגף לרפואה קהילתית
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
מנהלת האגף לאפדמיולוגיה
מנהל המחלקה למעבדות
מרכזת המועצות הלאומיות
הספרייה הרפואית
אחראית ארצית על הסיעוד – ברפואה כללית
אחראית ארצית על הסיעוד – ברפואה קהילתית
אחראית ארצית על הסיעוד – בבריאות הנפש
אחראית ארצית על הסיעוד – בבריאות הציבור
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 – "הדסה"
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

סימוכין : 24863912

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

נספח א' - בקשה והסכמת האישה ללידת בית

הלידה בבית מיועדת לילודות בריאות שאינן בסיכון, על פי הגדרה רפואית, המבקשות ללדת בבית בסיוע מייולדת מורשית או בסיוע רופא/ה מומחה/ית במיילדות וגניקולוגיה (להלן: "המייולדת" או "הרופא"), ללא התערבות רפואית כמקובל בלידות רגילות בחדרי לידה, בתנאים ובסביבה אותם תבחר היולדת.

הובהר לי שלידת בית מנוהלת על ידי מייולדת/ת או רופא/ה המוסמך/כת בהתאם לחוק ועל פי הנהלים המקצועיים.

שם האם: _____ ת.ז.: _____
שם פרטי _____ שם משפחה _____

שם האב: _____ ת.ז.: _____
שם פרטי _____ שם משפחה _____

אני הח"מ מבקשת ללדת בבית בסיוע המייולדת/ת או רופא/ה המוסמך/כת ואני מצהירה ומאשרת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מהמייולדת/ת או הרופא/ה _____ שם משפחה: _____ מס' רשיון: _____ על מהלך לידת הבית ועל יתרונותיה וסיכונה לרבות כמפורט להלן, והסכמתי לפעול בהתאם להם.

הובהר לי כי אם יהיה שינוי במצבי ו/או במצב העובר/היילוד במהלך הלידה או לאחריה, על פי שיקול דעתה של המייולדת/ת או הרופא/ה, תידרש העברה במהירות האפשרית לבית-חולים.

הובהר לי שבלידת בית יתבצע ניטור העובר לסירוגין בהתאם לשלבי הלידה. הוסבר לי שבלידת בית, כמו בלידה במסגרת חדר לידה, עלולים להתרחש קשיים וסיכונים לא צפויים אשר מצריכים התערבות רפואית כמו למשל, דימומים (כתוצאה מהפרדות שליה או קרע ברחם), קושי בחילוץ העובר, ובמקרים נדירים הפרעות בקרישת הדם ותסחיף מי שפיר שהם מצבנים מסכני חיים. הובהר לי כי במצבים המפורטים לעיל יש חשיבות לבצע התערבות רפואית מהירה במסגרת בית-חולים ולפיכך זמן ההעברה לבית-חולים עלול להיות משמעותי לי או לעובר / יילוד. אני מודעת לכך כי עיכוב בהתערבות רפואית במצבים הנ"ל עלול לגרום לנזק קשה ובלתי הפיך לי או לעובר/יילוד.

הובהר לי שבמצבים של שינוי במצבי ו/או במצב העובר/היילוד, במהלך הלידה או לאחריה, על פי שיקול דעתה של המייולדת/ת או הרופא/ה, יהיה צורך במתן טיפול רפואי/תרופתי לי או ליילוד, שאינו במסגרת ההסכם על לידה טבעית.

הוסבר לי שבלידת בית יילקחו בדיקות דם לי וליילוד וינתן לי וליילוד טיפול תרופתי הניתן באופן שיגרתי בבית חולים, למעט חיסונים.

הוסכם כי המייולדת/ת או הרופא/ה תגיע / יגיע לביתי תוך שעה מזמן ההודעה על הופעת סימני לידה פעילה ותשהה / ישהה עמי משך הלידה כולה ולפחות שעתיים לאחריה.

תאריך _____ שעה _____ חתימת האישה _____

אני מאשרת/ת כי הסברתי בעל פה לאישה את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי היא חתמה על הסכמה בפני, לאחר ששוכנעתי כי הבינה את הסברי במלואם.

שם המייולדת/ת / רופא/ה _____ חתימת המייולדת/ת / רופא/ה _____

תאריך: _____ שעה: _____ מס' רשיון _____

נספח ב' - טופס תיעוד לידת בית

הריני מצהיר/ה שיילדתי את הגב' _____

מס ת.ז.: _____ ביום: _____

מקום הלידה: _____ כתובת: _____

היילוד: בן / בת _____ בריא/ה / אחר (פרט): _____ ציון אפגר 5 דקות: _____

משקל היילוד: _____ שבוע ההריון: _____

שעת פקיעת מי השפיר: _____ פקיעה עצמונית: כן / לא

אפיון מי השפיר: צלולים / עכורים / מקוניאליים

משך השלב הראשון: _____ שעת סיומו: _____

משך השלב השני: _____ שעת הלידה: _____

משך השלב השלישי: _____ שעת סיומו: _____

אופן יציאת השליה: _____

Suction לילוד כן / לא

תרופות שניתנו במהלך הלידה ומייד לאחריה:

יולדת _____

יילוד _____

לחץ דם אימהי בסיום הלידה: _____ / מתן שתן: _____

רחם מכווץ: _____

הערכת כמות דמם אימהי בלידה: _____ cc

סוג דם האם _____ Rh _____

נלקחו בדיקות מעבדה מהיולדת כן/לא _____ פרט _____

נלקחו בדיקות מעבדה מהיילוד כן/לא _____ פרט _____

תאריך הלידה: _____

שעת הלידה: _____

שם המיילד/ת / רופא: _____

מס' רשיון: _____

חתימה וחותמת: _____

מס סידורי	שעה	האברים / המשתנים	תקין	לא תקין
1		צבע העור		כחול, צהוב, אדום, חיוור, ממצא אחר
2		נשימה		קצב, כנפי אף, גניחה, רתיעה, ממצא אחר
3		חום גוף		טמפרטורה
4		טונוס שרירים		רפה, מוגבר
5		טבור		דימום, קלם פתוח, ממצא אחר
6		פי הטבעת		סגור, ממצא אחר
7		ראש		בצקת, פצעים, כתמי לידה, מרפסים, ממצא אחר
8		עיניים		חסר
9		א.א.ג.		חיך/שפה שסועה און, שינוי צורה ומיקום ממצא אחר
10		בכי / תגובה		אין / מוגבר / רפה
11		בטן		תפוחה, ממצא אחר
12		גב		מאלפורמציה, שיעור, המנגיומה, פילונידל סינוס ממצא אחר
13		גפיים		דפורמציות, ממצא אחר
14		עור		כתמי לידה, פצעים, שלפוחיות, ממצא אחר
15		אברי מין		הידרוצלה, היפוספדיאס, קליטוריס מוגדל, מ. אחר
16		ממצאים אחרים		

◀ סמן/י V לתיאור מצב תקין.

◀ סמן/י עיגול סביב המילה המתארת את הממצא הלא תקין או תאר/י את הממצא.

תאריך _____

שם המיילד/ת/רופא _____

מס' רישיון _____

חתימה וחותמת _____

נספח ד' - טופס העברת יולדת ויילוד בלידת בית לבית חולים

אל חדר לידה בית-חולים _____

שם היולדת _____

מס ת.ז. _____

עבר מיילדותי / גינקולוגי : תקין / לא תקין פירוט: _____

סוג דם האם _____ Rh _____

סיבת העברת היולדת והיילוד לבית החולים :

מצ"ב כרטיס מעקב הריון / לא מצ"ב

פרטי המיילדת/רופא

שם _____ מס' רישיון _____

כתובת _____

טלפונים _____

חתימה וחותמת _____