

מנהל רפואה

חוזר מס' : 01/2008

ירושלים, י"ד שבט, תשס"ח
21 ינואר, 2008

תיק מס' : 4/1/14

אל: מיילדות מוסמכות
מנהלי בתי החולים הכלליים
מנהלי מחלקות יולדות ונשים
אחיות אחראיות חדרי לידה
מנהלי מחלקות ילודים וטיפול מיוחד בילוד
מנהלי האגפים הרפואיים – קופות החולים

הנדון: לידות בית (בבית היולדת)

בללו:

ככלל, יש להעדיף ביצוע לידות בחדרי לידה בבתי-חולים מוכרים ומורשים (חוזר המנהל הכללי מס' 14/2000 מיום 13.11.2000).

הגדרה: "לידת בית" - לידה בבית היולדת, בלבד, שאיננה מתבצעת בחדר לידה בבית חולים מוכר, לאחר תכנון והכנה מראש ומתוך בחירה של היולדת.

היה והתקיימה לידת בית בביתה של היולדת, יש לעודד את היולדות לפנות לבית-חולים לבדיקתן, בדיקת הילוד ורישום מסודר במהלך 24 השעות הראשונות לאחר הלידה.

בהתבסס על פקודת המיילדות 1929 ופקודת הרופאים (נוסח חדש) תשל"ז 1976, רשאית מיילדת מוסמכת או רופא לבצע 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".

לאור העובדה כי מתקיימות לידות בית בישראל לפי בחירה חופשית של האשה, ניתנות בזה הנחיות לביצוע לידות בית.
ההנחיות מבוססות על המלצות המועצה הלאומית לרפואת נשים, נאונטולוגיה וגנטיקה.

1. הגדרת המורשים לביצוע לידות בית:

- א. רק אלה מורשים לעסוק בקבלת לידת בית:
1. מיילדת הרשומה בפנקס המיילדות בישראל, בעלת וותק של שלוש שנות עבודה בחדר לידה מוכר בישראל.
 2. רופא מומחה ביילוד וגניקולוגיה, בעל רישיון ותעודת מומחה בישראל, העוסק או שעסק במיילדות בחדר לידה מוכר בישראל.
- ב. מי שעוסק בקבלת לידות בית חייב לעבור קורס החייואה של יילודים, ורענון אחת לשנתיים.
- ג. מי שעוסק בקבלת לידת בית חייב להיות בעל ביטוח אחריות מקצועית וביטוח צד ג'.

2. תנאים הכרחיים לביצוע לידות בית:

להלן מפורטים המצבים אשר רק בהתקיימם מותר להכניס 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 41 + 0 .
- 2.1.3 לידה בשבוע 41 + 1 עד שבוע 42 בתנאי שהפרופיל הביופיזי של העובר תקין [ובוצע לא מאוחר מ – 48 שעות לפני הלידה] .
- 2.1.4 משקל לידה מוערך של העובר בין 2500 ל 4000 גרם.
- 2.1.5 היולדת בריאה גופנית ונפשית, 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 יולדת במצב תזונתי תקין .
- 2.1.7 קיים תיעוד כתוב על ההיסטוריה הרפואית והמיילדותית של היולדת, על מהלך ומעקב ההריון הנוכחי.
- 2.1.8 מעקב בהריון הנוכחי בוצע על ידי רופא ומיילדת בהתאם להנחיות משרד הבריאות [חוזר שירותי בריאות הציבור מס' 1/2001: "נוהל טיפול באישה הרה", וחוזר מנהל רפואה מס' 26/98 : "פנקס מעקב הריון"] .

2.2 תנאים בסביבת היולדת:

2.2.1 יש לוודא מראש כי בית היולדת (מקום קבלת הלידה המתוכנן) מתאים ללידת בית, דהיינו יש בו מים זורמים חמים, חשמל, חימום, טלפון, והוא נקי.

2.2.2 מומלץ כי היולדת ובני הבית הנוספים המתכוונים להיות בלידה יעברו הכנה מתאימה.

2.2.3 רצוי שליוולדת יהיה סיוע בשבוע שלאחר הלידה, ובכל מקרה ב – 24 השעות הראשונות לאחר הלידה.

המלצת משרד הבריאות כי היולדת והיילוד יגיעו לבדיקה בבית חולים כללי במהלך 24 השעות הראשונות שלאחר הלידה.

2.3 הסכמה מדעת:

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

למרות האמור לעיל, משרד הבריאות קובע כי התנאים המיטביים ללידה בטוחה הינם בחדר לידה בבית חולים מוכר ומורשה.

2.4 מכשור וציוד הכרחיים ללידת בית:

תרופות:	<u>2.4.15</u>	ערכת קבלת לידה (לפחות 4 חיתולים חד פעמיים גדולים או מרפדים גדולים)	<u>2.4.1</u>
* מכווצי רחם [כגון: אוקסיטוצין, מטרגין]		ערכת הפרדה [2 קלמים, מספריים, קובר, תחבושות]	<u>2.4.2</u>
* Adrenalin		ערכת תפירה סטרילית חד פעמית	<u>2.4.3</u>
* משחת עיניים		כפפות סטריליות חד פעמיות	<u>2.4.4</u>
* VIT K		אמניוטום	<u>2.4.5</u>
אלכוהול	<u>2.4.16</u>	דופטון	<u>2.4.6</u>
פדים סטריליים	<u>2.4.17</u>	Suction נייד וציוד נלווה כולל קטרים לאם ולילוד או סקשן פה	<u>2.4.7</u>
מזרקים ומחטים להזרקה	<u>2.4.18</u>	Airway לאם ולילוד	<u>2.4.8</u>
סכין חיתוך	<u>2.4.19</u>	אמבו ומסיכה לאם ולילוד	<u>2.4.9</u>
מבחנות לבדיקות דם	<u>2.4.20</u>	חמצן + ציוד נלווה	<u>2.4.10</u>
מאזני שקילה לילוד	<u>2.4.21</u>	מד לחץ דם	<u>2.4.11</u>
מד חום	<u>2.4.22</u>	קטר לשלפוחית השתן למבוגר	<u>2.4.12</u>
		סט לעירווי וציוד נלווה לאם	<u>2.4.13</u>
		נוזלים, תמיסות לעירווי	<u>2.4.14</u>

ציוד לרופא בלבד:

לרינגוסקופ עם לשונית למבוגר ולילוד	<u>2.4.23</u>
סט עירווי לילוד וציוד נלווה	<u>2.4.24</u>
טובוסים מס' 3, 3.5, ולמבוגרים.	<u>2.4.25</u>
קטר טבורי מס' 5	<u>2.4.26</u>

התוויות נגד הן המצבים שבהתקיימם נוצר סיכון יתר בלידה, השולל אפשרות ללידת בית מתוכננת. מיילדת/רופא יסרבו לקבוע מראש לידת בית בהתקיים ולו אחת מהתוויות הנגד המפורטות להלן.

3.1 היסטוריה רפואית של היולדת:

א. מחלות לב וכלי דם:

- 3.1.1 מחלת לב.
- 3.1.2 מום לב.
- 3.1.3 DVT.
- 3.1.4 תסחיף ריאתי.

ב. דרכי נשימה:

- 3.1.5 מחלת ריאות כרונית או חריפה, למעט אסטמה קלה המטופלת במשאף לסרוגין.

ג. דרכי השתן:

- 3.1.6 מחלת כליות כרונית בדרגת חומרה בינונית או קשה.

ד. מחלות פסיכו-נוירולוגיות:

- 3.1.7 הפרעה קשה, או מחלת נפש, או שימוש בתרופות בגינן, למעט נשים המטופלות ומאוזנות במהלך ההריון, תוך תיאום עם המטפלים המקצועיים (פסיכיאטר/פסיכולוג). במידה וקיים טיפול תרופתי יש לדאוג לבדיקת רופא ילודים בטווח של 6 שעות מהלידה.
- 3.1.8 Epilepsy או פרכוסים לאחר גיל 10 המצריכות טיפול תרופתי.
- 3.1.9 מחלות נוירולוגיות כגון MS, אלא אם יש אישור בכתב ע"י נוירולוג.
- 3.1.10 אלכוהוליזם, צריכת סמים.

ה. זיהומים כרוניים:

- 3.1.11 שחפת.
- 3.1.12 סרולוגיה חיובית ל- HIV, HCV, HbSAg סיפליס. במקרים של HbSAg ו-HCV ניתן לקבל לידת בית בתנאי שהתינוק יועבר לבית החולים בסיום הלידה, לקבלת טיפול רפואי.

- ו. מחלות אנדוקריניות:
- 3.1.13 סוכרת המחייבת טיפול תרופתי.
- 3.1.14 חוסר איזון של בלוטת המגן.
- ז. מחלות המטולוגיות:
- 3.1.15 אנמיה חרמשית.
- ח. מחלות אחרות:
- 3.1.16 *Auto-Immune diseases* : SLE, APLA, RA, Crohn, Hashimoto במקרים של Crohn ו-SLE בהתאם לחומרת המחלה ובאישור בכתב של הרופא המטפל.
- 3.1.17 בעיות רפואיות קשות אחרות ובכללן נכות קשה של היולדת מסוג פאראפלגיה.
- 3.2 סיבוכים בעבר המיילדותי:
- 3.2.1 IUFD או תמותה ניאונטלית, אלא אם הסיבה אינה מיילדותית.
- 3.2.2 היפרדות שלייה, PPH.
- 3.2.3 לידה עם כליאת כתפיים, קרעים בצוואר הרחם או בתעלת הלידה בדרגה 3-4.
- 3.3 פגמים ברחם או בתעלת הלידה, מולדים או נרכשים:
- 3.3.1 רחם חד או דו קרני, רחם עם מחיצה, רחם כפול, נרתיק כפול, נרתיק עם מחיצה, הכל בהתאם לדרגה, הסטוריה מיילדותית ולייעוץ רפואי.
- 3.3.2 צלקת ניתוחית ברחם [ניתוח קיסרי, כריתת שרירנים, חבלה וניקוב], אחרי הפרדת הדבקויות תוך רחמיות, תפר צווארי שטרם הוסר.
- 3.3.3 עיוות אגן או עמוד שדרה, מולד או נרכש.
- 3.4 נתוני ההריון הנוכחי:
- 3.4.1 דימום ממקור רחמי בשליש שני או שלישי, יאושר לאחר קבלת יעוץ רפואי בכתב מרופא מומחה במיילדות וגינקולוגיה.
- 3.4.2 הקאת יתר מעבר לשליש שלישי.
- 3.4.3 מחלת לב שאובחנה בהריון.
- 3.4.4 *Morbid obesity*.
- 3.4.5 הריון ללא מעקב רפואי הולם.

- 3.4.6. ריגוש גורם RH בעבר או עדות למחלה המוליטית של העובר בהריון נוכחי.
- 3.4.7. IUGR.
- 3.4.8. הערכת משקל העובר מעל 4000 ג"ר.
- 3.4.9. הריון מרובה עוברים.
- 3.4.10. כל מצג שאיננו מצג ראש, רגיל.
- 3.4.11. שלית פתח, שלמה או חלקית.
- 3.4.12. חשד למום שעלול לגרום להפרעה תפקודית מיידית אצל היילוד.
- 3.4.13. PET או סימנים מחשידים לתסמונת אקלמפסיה.
- 3.4.14. Chronic Hypertension.
- 3.4.15. מיעוט או ריבוי מי שפיר.
- 3.4.16. מיעוט תנועות עובר או ירידה בעוצמת התנועות, אלא אם בוצע מבחן ביופיסיקלי מלא שהיה תקין ביממה האחרונה.
- 3.4.17. שינויים בדופק לב עובר לקראת הלידה.
- 3.4.18. אנמיה אימהית בהריון נוכחי [פחות מ- 10 גר' %]
- טרומבוציטופניה [פחות מ- 100,000], Thrombophilia מולדת או נרכשת ו/או הפרעות אחרות במנגנון קרישה.
- 3.4.19. זיהום בהריון – זיהום עוברי (או חשד מבוסס) TORCH, Paravirus .
בכל זיהום בהריון יש להתייעץ עם רופא (ילדים או גינקולוג).
Herpes – יולדת נשאית – יש לדאוג לאישור ללידה ואגינלית ע"י גינקולוג.
GBS- במידה והיולדת נשאית – ינתן טיפול בהתאם לפרוטוקול המומלץ. לאחר הלידה מעקב לילוד בשיתוף רופא ילדים.
HIV, Hepatitis B,C – במידה והיולדת נשאית, היילוד יופנה למחלקת ילדים.
- 3.4.20. זיהום עקשני בדרכי השתן, Pyelonephritis במשך ההריון או בזמן הלידה.
- 3.4.21. DVT, Erysipelas.
- 3.4.22. רחם עם שרירן גדול או שמיקומו מהווה Tumor previa בהריון נוכחי.
- 3.4.23. גוש בבטן או באגן בהריון נוכחי.

טרם קבלת החלטה על לידת בית יש לשקול ביצוע הלידה בחדר לידה מוכר, בהתאם להמלצת משרד הבריאות.

4. כללים לטיפול ביולדת ובילוד, רישום ודווח:

הטיפול ביולדת ובילוד לפני, במהלך ואחרי הלידה יבוצע בהתאם להנחיות משרד הבריאות, בנושאים הרלוונטיים ללידות בית המופיעים ב: חוזר מינהל הרפואה מס' 21/98 "הנחיות להפעלת חדרי לידה", חוזר מינהל הרפואה מס' 43/99 "הנחיות לשחרור יולדת וילוד", וחוזר מינהל הרפואה מס' 19/04 "טיפול למניעת דלקת עיניים גונוקוקית אצל ילודים" וכל הנחיה נוספת בתחומים אלה שתצא בעתיד.

4.1 המיילדת/רופא יגיעו אל היולדת תוך שעה מזמן הדווח על הופעת סימני לידה פעילה, וישהו עם היולדת לפחות שעתיים אחרי הלידה. מומלצת ביקורת של המיילדת/רופא יממה לאחר הלידה וביקורת או תקשורת ישירה במהלך הימים הבאים בתקופת משכב הלידה.

4.2 בדיקת הילוד והערכת מצבו יבוצעו מייד עם לידתו.

4.3 המיילדת/רופא יבצעו השגחה צמודה ומעקב אחר הילוד לפרק זמן של שעתיים לפחות.

4.4 רישום וסיכום מהלך הלידה:

כל הרישומים חייבים להתבצע תוך כדי ניהול הלידה וסיומה כמקובל וכנדרש בכל רשומה רפואית.

4.4.1 רישום מהלך הלידה.

4.4.2 סכום מהלך ומשכב הלידה (נספח ב').

4.4.3 רישום אומדן גופני של הילוד (נספח ג').

4.4.4 יש להשאיר העתק של כל רישום ודווח כנ"ל הן אצל היולדת והן אצל המיילדת.

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

4.5 בסיום לידת בית ללא סיבוכים תודרך האישה כי עליה לפנות עם הילוד לחדר-לידה לבדיקה ורישום תוך 24 שעות.

4.6 הוריות לטיפול ביילוד כאשר היולדת מסרבת להתפנות לחדר לידה:

(מבוסס על חוזרי מינהל הרפואה מס' 43/99 ומס' 19/04)

4.6.1 באחריות המיילדת / הרופא:

4.6.1.1 למרוח את עייני היילוד, מיד לאחר הלידה במשחת

אריטרומיצין 0.5% במתן חד פעמי.

4.6.1.2 להזריק ויטמין K ליילוד במינון של 0.5 מ"ג בסמוך

ככל האפשר ללידה.

4.6.1.3 באחריות המיילדת / הרופא להסביר להורים שלפי

המלצת משרד הבריאות יש לפנות לתחנת אם וילד

לקבלת חיסון היילוד נגד דלקת כבד נגיפית מסוג B

תוך 24 שעות מהלידה.

4.6.2 באחריות המיילדת / הרופא להביא ליריעת היולדת מידע

בנושאים הבאים:

4.6.2.1 בדיקת רופא ילדים הכרחית תוך 24 שעות מהלידה.

בהמשך מעקב שגרתי ליילוד במסגרת רפואית בתחנה לאם

ולילד או מעקב אצל רופא ילדים.

4.6.2.2 כאשר ליולדת סוג דם RH שלילי או במקרה

שבסרום האם נמצאו בעבר נוגדנים חיסוניים

לאנטיגנים של קבוצות הדם, יש לקחת בדיקת סוג

דם ליילוד, רמת המוגלובין ובילירובין בדם.

4.6.2.3 כאשר ליולדת סוג דם RH שלילי וליילוד סוג דם RH

חיובי, על היולדת לקבל חיסון של ANTI D.

4.6.2.4 יש לבצע דגימת דם של היילוד לפני לקטונוריה,

ולתפקודי בלוטת התריס, לכל המוקדם 36 שעות

לאחר הלידה ולא יאוחר מגיל 7 ימים.

4.6.2.5 הדרכה לטיפול בילוד הכוללת: הנקה, האכלה,

השכבה (תנוחות), החתלה, רחצה, ניגוב הפרשות,

טיפול בטבור, הלבשה, וויסות טמפרטורת החדר

בהתאם לעונת השנה.

4.6.2.6 חשיבות קשירת התינוק בכסא בטיחות ברכב.

4.6.3 רישום היילוד במשרד הפנים:

יש להפנות את היולדת לרישום היילוד במשרד הפנים

בצרוף תעודת רופא / תצהיר בהתאם לתיקון מס' 9 לחוק

מרשם האוכלוסין, המפורט בחוזרנו מס' 3/2006, סעיף ב'.

- כל מצב שיש בו חריגה ממהלך לידה תקין, כשהמיילדת/רופא אינם משוכנעים ביכולתם או באפשרותם לטפל כראוי, לצורך אבטחת בריאות היולדת והיילוד, מחייב העברתם לבית חולים.
- יש לכבד מידית 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 טרי בכמות רבה מהרגיל.

5.1.2 סימנים המחשידים להיפרדות שליה : כאב מתמשך בבטן תחתונה, טונוס 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. מחלת חום בלידה 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 90/140 בשתי מדידות בהפרש של שעה.

5.1.5 מי שפיר מקוניאליים או דמיים בשלב ראשון של הלידה, ו/או המדיפים ריח רע.

5.1.6 מהלך לידה פתולוגי דוגמת: עצירת לידה בשלב ראשון- Arrest of Dilatation למשך שעתיים, בנוכחות צירים סדירים. שלב שני של הלידה המתארך מעבר לשעתיים או עיכוב בירידת הראש [Arrest of descent].

5.1.7. שינויים ב-FHR כדוגמת:

- א. קצב לב בסיסי פחות מ- 110 או מעל 180 לדקה.
- ב. שינויים משמעותיים בדופק לב עובר.

5.1.8. PROM עם מים נקיים. במידה וידוע שהאישה אינה

נשאית ל- GBS ניתן להמתין עד 24 שעות לתחילת הלידה, תוך שמירת היגיינה והימנעות מבדיקות ואגינוליות שאינן הכרחיות ומעקב חום. לאחר 24 שעות, ביצוע NST וספירת דם תקינים, מאפשרים המתנה עד 36 שעות.

5.1.10. סימני דהרציה ביולדת דוגמת : מיעוט שתן, חום, שינוי במצב ההכרה ועוד.

5.2. הוריות להעברת יולדת לאחר הלידה:

5.2.1. אי היפרדות השליה מעבר ל 30 דקות. כאשר זמן הפינוי לחדר לידה הקרוב ביותר הוא עד 30 דקות, ניתן להמתין עד שעה מסיום לידת היילוד.

5.2.2. דימום מוגבר מהרגיל, לפני או אחרי היפרדות השליה .

5.2.3. שליה לא שלמה או חשד לאי שלמותה.

5.2.4. ירידה בל.ד. סיסטולי ב- 20 מ"מ כספית או יותר מהערך הבסיסי למשך 15 דקות ויותר.

5.2.5. קושי בנשימה.

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 חמורה בחיץ או בנרתיק או חשד לקרע בצוואר.

- 5.3. הוריות להעברת היילוד לבית חולים:
- 5.3.1. מצוקה נשימתית:
- א. מספר נשימות מעל 60 לדקה.
- ב. רתיעות בבית החזה.
- ג. נשימת כנפי אף ואנחות.
- ד. כאשר הסימנים נמשכים מעבר ל – 30 דקות לאחר הלידה.
- ה. כחלון או חיוורון.
- 5.3.2. צבע עור כחול/אפור, שמשתפר עם מתן חמצן ומתחדש לאחר הפסקתו [Hypoxia]. העברה לבית החולים תעשה באמצעות אמבולנס כאשר נותנים ליילוד חמצן.
- 5.3.3. צבע לא תקין של עור היילוד, חיוור, צהוב או אדום.
- 5.3.4. חום גוף מתחת 35.5°C , ב-2 מדידות שלא לאחר ניסיון של חימום היילוד.
- 5.3.5. אפגר 7 או פחות, לאחר 5 דקות מהלידה.
- 5.3.6. רעד, תנועות לא תקינות, פרכוסים.
- 5.3.7. סימני טראומה דוגמת ERB'S, שטפי דם תת-עוריים ועוד.
- 5.3.8. מום מולד משמעותי.
- 5.3.9. כשהיולדת נשאית של Hepatitis B & C.
- 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. יש למלא טופס העברת יולדת מלידת בית לבית-חולים (נספח ד').
- 5.4.4. המיילדת/הרופא ימסרו בבית החולים בע"פ או בכתב את כל הפרטים הקשורים ליולדת, להריון, להליך הלידה וליילוד כולל נספחים ב,ג,ד.
- 5.4.5. כאשר מתעורר צורך בהעברה דחופה של יולדת במהלך או לאחר לידת בית, על המיילדת להודיע למיילדת/רופא האחראים באותו זמן בחדר לידה על סיבות ההעברה ומצבם של היולדת והיילוד.

6. כללים לקבלת יולדת וילוד מלידת בית בבית-חולים:

- 6.1 בקבלת יולדת וילוד מלידת בית יבוצע הליך אשפוז כמקובל בחדר לידה.
- היולדת והילוד יעברו בדיקה והמשך טיפול בהתאם לנהלי משרד הבריאות ובית-החולים.
- בסיום הליך הקבלה והבדיקה יוצע ליולדת אשפוז. במידה ותסרב תשחרר ע"י רופא נשים בכיר.
- 6.2 במידה והאם מסרבת לאפשר מתן טיפול לילוד, יש לתעד זאת בטופס סירוב טיפול כמקובל בבית-החולים, בחתימת האחות, רופא הילדים והאם.
- 6.3 במידה ורצונה של האם להשתחרר שחרור מוקדם, על האחות:
- 6.3.1 לוודא ביצוע בדיקת ילוד ע"י רופא ילדים.
- 6.3.2 לוודא קבלת פנקס חיסונים.
- 6.3.3 להדריך את האם לשחרור הילוד והבדיקות הנוספות שיש לבצע - פניל קטונוריה ובילירובין. האחריות לביצוע הבדיקות היא על האם.
- 6.4.4 במידה והאם בעלת RH שלילי, יילקחו בדיקות דם לאם וילוד, והאם תתבקש להמתין לתשובת הבדיקה על מנת לקבל חיסון ANTI D במידת הצורך.

ברצוני לחזור ולהדגיש את המלצת משרד הבריאות כי לידות תתבצענה בחדר לידה בבי"ח מוכר ומורשה.

הואילו להעביר תוכן חוזר זה לידיעת כל הנוגעים בדבר במוסדכם.

ב ב ר כ ה
ד"ר חזי לוי
ראש מנהל רפואה

העתק : המנהל 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
יו"ר המועצה הלאומית לרפואת נשים, נאונטולוגיה וגנטיקה
ראש המינהל לטכנולוגיות רפואיות ותשתיות
נציב קבילות הציבור
נציב קבילות הציבור ע"פ חוק ביטוח בריאות ממלכתי
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
מנהל האגף לרפואה כללית
מנהל האגף למקצועות בריאות
מנהלת האגף להבטחת איכות
מנהל אגף ביקורת פנים
מנהלי האגפים הרפואיים – קופות החולים
מנהל המחלקה לרפואה קהילתית
מרכזת המועצות הלאומיות
מנהלת השרות הארצי לעבודה סוציאלית
הספרייה הרפואית
אחראית ארצית על הסיעוד – ברפואה כללית
אחראית ארצית על הסיעוד – בבריאות הציבור
אחות ראשית – קופ"ח הכללית
רופא ראשי – משרד העבודה והרווחה
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

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 ליולדות בריאות שאינן בסיכון, על פי הגדרה רפואית, המבקשות ללדת בבית בסיוע מיילדת מורשית או בסיוע רופא/ה מומחה/ית במיילדות וגינקולוגיה (להלן: "המיילדת"), ללא התערבות רפואית כמקובל בלידות רגילות בחדרי לידה, בתנאים ובסביבה אותם תבחר היולדת.

הובהר לי שלידת בית מנוהלת על ידי המיילדת/ת 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 המיילדת/ת המוסמך/כת ואני מצהירה ומאשרת בזאת שקיבלתי

הסבר מפורט בעל פה מהמיילדת/ת _____

שם פרטי

שם משפחה: _____ מס' רשיון: _____

על מהלך לידת הבית ועל יתרונותיה וסיכוניה לרבות כמפורט להלן, והסכמתי לפעול בהתאם להם.

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

הובהר לי שבלידת בית יתבצע ניטור העובר לסירוגין בהתאם לשלבי הלידה. הוסבר לי שמעקב אחר דופק העובר לסירוגין עלול לגרום לאיחור בזיהוי שינויים בדופק העובר שעלולים להיות אינדיקציה למצוקה עוברית. כמו כן 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 מצבים 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/ילוד. אני מודעת לכך כי עיכוב בהתערבות רפואית במצבים הנ"ל עלול לגרום לנזק קשה ובלתי הפיך לי או לעובר/ילוד.

הובהר לי שבמצבים של שינוי במצבי ו/או במצב העובר/הילוד, במהלך הלידה או לאחריה, על פי שיקול דעתה של המיילדת/ת, יהיה צורך במתן טיפול רפואי/תרופתי לי או לילוד, 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 המיילדת/ת תגיע לביתי תוך שעה מזמן ההודעה על הופעת סימני לידה פעילה ותשהה עמי משך הלידה כולה ולפחות שעתים לאחריה.

חתימת האישה

שעה

תאריך

אני מאשר/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.

חתימת המיילד/ת

שם המיילד/ת

תאריך: _____ שעה: _____

מס' רשיון

נספח ב' - טופס תיעוד לידת בית

הרינו מצהיר/ה שיולדתי את הגב' _____

מס ת.ז.: _____

ביום: _____

מקום הלידה: _____ כתובת: _____

היילוד: בן / בת בריא/ה 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 _____

ילוד _____

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 מהילוד כן/לא פרט _____

תאריך הלידה _____

שעת הלידה: _____

שם המיילדת/רופא _____

מס' רשיון _____

חתימה וחתימת _____

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.		חיר/שפה שסועה און, שינוי צורה ומיקום ממצא אחר
10		בכי / תגובה		אין / מוגבר / רפה
11		בטן		תפוחה, ממצא אחר
12		גב		מאלפורמציה, שיעור, המנגיומה, פילונדל 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		

◀ סמני V לתיאור מצב תקין.

◀ סמני עיגול סביב המילה המתארת את הממצא הלא תקין או תארו את הממצא.

תאריך _____

שם המיילדת/רופא _____

מס' רישיון _____

חתימה וחותמת _____

נספח ד' - טופס העברת יולדת וילוד 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 והילוד לבית החולים :

מצ"ב כרטיס מעקב הריון / לא מצ"ב

פרטי המיילדת/רופא

שם _____ מס' רישיון _____

כתובת _____

טלפונים _____

חתימה וחותמת _____