

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה

בקשה לאישור הפסקת הריון

משרד הבריאות

ע"פ חוק העונשין תשלי"ז-1977 ותקנות העונשין (הפסקת הריון) תשלי"ח-1978

מספר סידורי

שנה חודש יום

מקור זה (לכן) ישאר
בידי הועדה המחליטה.
העוקים יועברו בהתאם
להחיות

טופס זה מיועד לועדה להפסקת הריון כדי לקבל את החלטתה.
יש לדייק במילוי הפרטים. נא להשתמש בעט כדורי.

שם המוסד

פרטים אישיים של המונה:

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות/דרכון - לחסרות ת. אחת (מיקום את המארח)	ישו בנארים	רצוב	תאריך הפניה

יש להקיף בעגול סביב הספרה במשבצת משמאל לתשובה הנכונה, או לרשום במשבצת מספר, או לפרט במילים על הקו, לפי הצורך.

14. מדוע לא השתמשם באמצעים/שיטות למניעת הריון?
1. סיבה דתית/מסורתית
 2. הריון רצוי
 3. סיבה רפואית
 4. הפסקה בשימוש באמצעים/שיטות
 5. שיכחה/הזנחה
 6. חוסר ידע
 7. במקרה ההפך
 8. אחר, פרט

כן לא

הריונות, לידות, ילדים

15. שכנו הריון לפי המחזור האחרון

16. האם הריון זה הוא הראשון שלך?

17. כמה הריונות קודמים היו לך?

18. פרטי נא את תוצאות הריונות הקודמים:

18א. בכמה מהריונותיך נולדו ילדים חיים?

18ב. כמה מהריונותיך הסתיימו בלידת מת?

18ג. כמה מהריונותיך הסתיימו בהפלות טבעיות (כולל הריון מחוץ לרחם)?

18ד. כמה הפלות מלאכותיות היו לך?

18ה. תוצאות הריון האחרון (לפני הנכחי)

1. לידת חי

2. לידת מת

3. הפלה טבעית, הריון מחוץ לרחם

4. הפלה מלאכותית

19. האם היו כעבר הריונות שהסתיימו בלידת תאומים, שלישייה וכיו?

20. כמה מילדיך חיים היום?

שנה חודש יום

21. תאריך לידת הילד (נחה) הצעיר ביותר

22. האם עברת אי פעם ניתוח קיסרי?

כן לא

23. אם כן, כמה ניתוחים קיסריים עברת?

24. האם הלידה האחרונה הייתה בניתוח קיסרי?

25. האם פנית בעבר, לפני הריון הבכור, לאחת מועדות להפסקת הריון?

26. כמה פעמים פנית בעבר?

1. קופת חולים בה את מבוטחת:

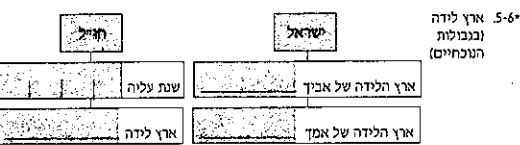
1. כללית
2. מכבי
3. מאוחדת
4. לאומית
5. צה"ל
6. אחר
7. אין

שנה חודש יום

2. תאריך לידה

למטרות סטטיסטיות בלבד

- 3* מצב משפחתי
1. רווקה
 2. נשואה
 3. חיה במגרד
 4. נרשעה
 5. אלמנה
 6. אחר, פרט



- 7* האם את
1. יהודיה
 2. מוסלמית
 3. נוצרית
 4. דרזית
 5. אחר

8* מספר שנות לימוד מכיתה א'

- 9* עיסוק נוכחי עיקרי
1. לומדת
 2. עובדת
 3. עסקת בית
 4. חיילת
 5. מובטלת
 6. אחר, פרט

10. האם המחזור סדיר בדרך כלל?

שנה חודש יום

11. תאריך תחילת המחזור האחרון

12. האם מצא המחזור האחרון השתמשם את או הגבר באמצעים/שיטות למניעת הריון?

13. באילו אמצעים/שיטות למניעת הריון השתמשם?

1. גלולה
2. התקן תוך רחמי
3. דיאפרגמה
4. קונדום
5. משגל נסוג ("טבעי")
6. "הגבר נזהר"
7. אחר

27. באיזה תאריך היתנה הפנית האחרונה? _____
28. לאיזה ועדה פנית במעט האחרונה? _____
- מריטם לפוחים על המונה
29. האם פנית בבקשה להפסקת ההריון הטבעי לעדה אחרת אם כן, תאריך הפניה _____
30. האם היו סיבוכים לאחר לידתה אם כן, מריטם _____
31. האם היו סיבוכים לאחר הפלה ספונטנית או מלאכותית אם כן, מריטם _____
32. האם היו לך לידות חי מוקדמות, לידות מת מוקדמות או לידות חי עם טרום מולד? אם כן, מריטם _____
33. מהו גובהך? _____ משקלך? _____ האם עליה במשקל בששת החודשים האחרונים? _____
34. האם את משתמשת בסמים או בתרופות באופן קבוע? אם כן, מריטם _____
35. האם עברת ניתוח או יצינו לך לעובר ניתוח? אם כן, מריטם _____
36. האם קיבלת בעבר או מקבלת היום טיפול בהקרנת רנטגן, רדיום או קובלט? אם כן, תאריך טיפול אחרון _____
37. האם נבדקת לאחרונה באק.ג. ואם כן, מתי? _____ הסיבה _____
38. האם אישפת או היית בטיפול בבית גולים? אם כן, מתי? _____ הסיבה _____
39. מתי נבדקת לאחרונה עיי הרופא המטפל? תאריך _____ סיבה _____
40. האם עברת בדיקת מי שפוי או CVS? כי לא אם כן מה הממצאים? _____
41. האם הוק סוגלת מן טחלת דם/ הפרעות בקרישת דם/ מחלת לב/ סכרת? יתן לך דם טחלת כליות/ מחלתגשש/ מידול/ מחלת ריאה/ צהבת/ מחלת כבד/ אחר _____
42. טונוס _____ גורם RH חובכי שלילה לא ידוע _____
- הטרות _____

הצהרת הפונה (למי תקנה 13)

אני מצהירה בזה כי תשובתי על כל השאלות על פי תוק הן אמיתיות ומלאות וכי הפרטים שמסרתם בשאלות אלה נתנו לכם קבלת אישור להמשיך ההריון. הנינו נותנת בזה דעות למסד הרפואי המטפל הקבוע שלי, על כל שבועי ולכל רואה שהייתי בטפול, במפורש לעיל ולכל מוסד רפואי אחר שסיפל בי למסור לחברי העדה המוכרת לעיל, את כל הפרטים בזה צורה חרוש, על מצב בריאותי וכל כל מילה שחלמתי בה בעבר או שהני ורלה בה צורה חרוש שמחזרת את כל הגורמים לעיל מחובת שמירת הטריות הרפואית כלפי העדה האמורה.

תאריך _____

החתימה הפונה _____

43. הטרות המבד/ת שהוצגו/ת _____

בדיקה גינקולוגית (למילוי על ידי הרופא)

44. אי גיל העובר כסופוט למי בדיקת אלטרוא-סאונד _____

44. ב. מספר העוברים למי בדיקת אלטרוא-סאונד _____

45. ממצאים אחרים (תאריך מכן הריק חיובי, מות, צאד, הרחם, דחל, נדל, תוחת, טמלות ואן) _____

שם הרופא המרדק _____

החתימה _____

הסכמת הפונה להפסקת ההריון (למי תקנה 13 ד')

לאחר שדירי _____ המבכי לי בתאריך _____ את הסיבוכים הכרוכים בהפסקת ההריון ותוצאותיה האפשריות של הפסקת ההריון, ולאחר שהבנתי סיבוכים ותוצאות אלה אני מסכימה להפסקת ההריון ומבקשת לנכניה.

תאריך _____ מקום _____ החתימה האישיה _____

עד לחתימה: _____ שם העד _____ מסי.ת.ג. _____ תאריך לידה _____ מקצוע _____ משע _____ החתימה העד _____

46. החלטת היעדה: 1. הבקשה אפשרה _____ לעגור ל-50ב' _____
2. הבקשה נדחתה _____
3. טרם התקבלה החלטה (להשלים טופס זה לאחר קבלת החלטה-ראת החיות)
47. הנישואים בופן החלטה בהתאם הסעיף הרק:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

48. סמנאים מתלוננים או מחלת נגיפות שנמצאים בעובר-מלא אתו או יותר

1. הפרעת כרומוזומלית שחוכחה בבדיקת מי שפוי, CVS, או דם עוברי. מריטם _____

2. מחלה נגיפת שאובתה בבדיקות ביוכימיות או בבדיקות זריא. מריטם _____

3. מום מבני (גטרולוגי) שהוכח באולטרא-סאונד או באק. מריטם _____

4. סכנות נגדה למום מבני או לפגיעה בעובר שהתעלנה באולטרא-סאונד או באק. מריטם _____

5. מחלה, טיפול תרופתי או טיפול אחר שקבלה האם (בללא השיגה סביבתית) שעלול לגרום לפגיעה בעובר. מריטם _____

6. סיכון למום נפשי בילוד. מריטם _____

7. מצב ארה. מריטם _____

49. האם סובלת מהמיה דילול עברים, נא טמן X במשבצת _____ מספר סיודורי _____

אישור לביצוע הפסקת הריון (במוסד מורשה בלבד)

עייפ חוק העונשין תשל"ז-1977 ותקנות העונשין (הפסקת הריון) תשל"ח-1978

50. אי אישור זה ניתן בתאריך _____ למי החלטת הועדה שלח _____ שם המוסד _____ למי סעיף חוק _____

50. ב. הבקשה נדחתה בתאריך _____ למי החלטת הועדה שלח _____ שם המוסד _____

גמידה והבקשה נדחתה יש להעביר קו על הספה לאחר החתימת חברי הועדה

51. שם _____ קויד _____ חבר _____ עובדת סוציאלית _____

מסי רשיון _____

מומחיות _____

מסי מומחה _____

חתימה _____

קפניה על ידי הועדה

52. קפניה לביצוע הפסקת הריון במוסד זה _____ במוסד מורשת אחר _____

לצרכים סטטיסטיים בלבד בהתאם לפקודת הסטטיסטיקה

לשילוי עיי הרופא המבצע: מקור האישור ישאר כבדי הועדה, שתקי האישור (תחוב והורוח) יועברו למסד המבצע. להספה תחוב וחוור ללישכה המרכזית לסטטיסטיקה ת.ד. 13015, רופמה, ירושלים 91130, לאחר ביצוע הפסקת הריון.

גהלך הפסקת הריון _____

1. האם בוצעה הפסקת הריון? כן _____ לא _____

תאריך ביצוע הפסקת הריון _____

שם הוסד המבצע _____ שם רוחשת הרופא האיראי _____ מספר סיודורי _____