

נוהל מס': 003.14
שם הנוהל: הפעלת לידה
התחום באקרידיטציה: לא רלבנטי



רמב"ם הקריה הרפואית
לבריאות האדם

תפוצה	תחום הנוהל: מיילדות		תאריך פרסום: יולי 2014
	שם הנוהל: הפעלת לידה		מהדורה: 2
מחלקת נשים ויולדות	כותב הנוהל: דר' רויטל לינדר, פרופ' דרוגן עדכון ינואר 2018: דר' נדיר גאנם, דר' רגדה זידאן		תאריך עדכון: ינואר 2018
	האחראי על ביצוע הנוהל: פרופ' זאב וינר	מאשר הנוהל: פרופ' זאב וינר	נספחים: 1. אבחנות להפעלת לידה 2. תעוד הפעלה בגיליון היולדת 3. טופס הסכמה: השראת לידה באמצעות פרוסטגלנדין E
מס' דפים: 11	על החתום:		על החתום:

תוכן העניינים

<u>העמוד</u>	<u>הנושא</u>
2	1. רקע
2	2. מטרות הנוהל
2	3. הגדרות ומונחים
3	4. סמכות ואחריות
3-9	5. עקרונות הנוהל
10	6. דיווח ותיעוד
10	7. סימוכין (אסמכתאות)
10-11	8. נספחים

נוהל מס': 003.14
שם הנוהל: הפעלת לידה
התחום באקרידיטציה: לא רלבנטי



1. רקע

השראת לידה הנה התערבות לגרימת יילוד בהעדר צירים עצמוניים ספונטניים של היולדת. בבסיס ההחלטה להשראת לידה עומדת ההכרה כי הסיכון בהמשך ההיריון והמתנה להתפתחות לידה עצמונית גדול מהסיכונים העובריים והאימהיים הכרוכים בהקדמת הלידה. בעולם, השכיחות של הפעלת לידה הנה 10%-44% מכלל הלידות (5). בארץ, השכיחות של השראת לידה הנה כ 16% (5).

מטרת הנוהל הנה לסכם את ההתוויות השונות להפעלת לידה, דרכי ההפעלה הנהוגות במחלקתינו את היתרונות והחסרונות בכל אחת מהשיטות ואת התוויות הנגד.

הסיכונים האימהיים קשורים בעיקר לשכיחות עולה של ניתוחים קיסריים (פי שניים), והארכה של השלב הלטנטי. (בהשראת לידה השלב הלאטנטי יכול להתארך ל- 12-18 שעות עד להחלטה של כשלון).

העלייה בשכיחות הניתוחים הקיסריים קשורה בעיקרה להפעלת לידה טרם שבוע 39 בנוכחות תנאים צוואריים שאינם נאותים (ערך בישופ >7). לידה נרתיקית בעבר מפחיתה במעט סיכון זה. הסיכונים העובריים נובעים בעיקרם מהפעלת לידה טרם המועד וטרם הגעה לבשלות.

2. מטרות הנוהל:

1. הגדרת הצורך בהפעלת לידה
2. האפשרויות השונות להפעלת לידה אשר נהוגות במחלקתנו.
3. השיקולים בבחירת אופן הפעלת הלידה.

3. הגדרות ומונחים:

- הפעלת לידה - השראת לידה היא הפעלת לידה באופן מלאכותי
- השראת לידה נחוצה כשיש צורך רפואי לסיים את ההיריון בגלל מצב שקשור באם או בעובר,

התוויות אפשריות להפעלת לידה – כל מצב שמצריך את סיום ההיריון ויילוד, באינדיקציה אימהית או עוברית.

נוהל מס': 003.14
שם הנוהל: הפעלת לידה
התחום באקרידיטציה: לא רלבנטי



רמב"ס הקריה הרפואית
לבריאות האדם

התוויות נגד להפעלת לידה – כל מצב שבו לידה נרתיקית אינה בטוחה.

4. סמכות ואחריות

ההחלטה על ביצוע הפעלת לידה ודרך ההפעלה הנבחרת חייבת באישורו של רופא בכיר או תורן אחראי

5. עקרונות הנוהל:

השראת לידה ניתנת לביצוע באחת משתי דרכים עיקריות:

1. השראת לידה תרופתית – פיטוצין ופרוסטגלנדינים לסוגיהם השונים
2. השראת לידה מכנית – בלון תוך צווארי לסוגיו השונים, פקיעת מים יזומה.

בחירת השיטה המועדפת להפעלת הלידה תקבע תוך התייחסות לסיבה בגינה הוחלט על הפעלת

הלידה, היסטוריה מיילדותית ובשלות הצוואר בהתאם ל – Bishop score

Bishop score

Cervix	Modified Score			
	0	1	2	3
Position	Posterior	Midposition	Anterior	---
Consistency	Firm	Medium	Soft	---
Effacement (%)	0-30	40-50	60-70	>80
Dilation (cm)	Closed	1-2	3-4	>5
Station	-3	-2	-1	+1, +2
Length (cm)	4<	2-4	1-2	1-2

נוהל מס': 003.14
שם הנוהל: הפעלת לידה
התחום באקדמיזציה: לא רלבנטי



רמב"ם הקריה הרפואית
לבריאות האדם

בכל מצב בו Bishop score < 6 קיימת עדיפות להשראת לידה באמצעות פיטוצין / פקיעת קרומים

אורך צוואר הרחם נמצא בעבודות שונות כבעל כושר ניבוי להצלחה של הפעלת לידה. עם זאת עדיין לא נקבעו קריטריונים ברורים להכללה.

טרם הפעלת הלידה יש לוודא:

❖ **קבוצת הסיכון אליה שייכת היולדת:**

- א. יולדות בקבוצת סיכון מוגבר (HR) - לידה שישית ומעלה, ניתוח קיסרי קודם, תאומים, עובר שמשקלו מוערך כגדול מ 4000 גר', ריבוי מי שפיר.
- ב. יולדות בקבוצת סיכון נמוכה (LR) - יולדות שלא נכללו בקבוצת HR

❖ **קבלה רפואית מפורטת של היולדת הכוללת:**

- א. גיל הריון מדויק (ו.א במידה וסדירה ו/או בדיקת US מוקדמת > ל- 20 שבועות)
- ב. היסטוריה מיילדותית
- ג. היסטוריה רפואית רלוונטית

❖ **בדיקת US הכוללת:**

- א. מנח ומצג של העובר
- ב. הערכת משקל
- ג. מיקום שלייה
- ד. כמות מי שפיר

❖ **בדיקה נרתיקית – יש לפרט את פתיחת צוואר הרחם, מחיקה, מיקום צוואר קדמי או אחורי, מקום הראש באגן**

❖ **בדיקה פיסיקאלית כללית**

❖ **ניטור עוברי**

❖ **בדיקות מעבדה כולל סוג דם, וספירת דם**

יש לתעד בגיליון היולדת את הנימוקים בעטיים הוחלט על הפעלת הלידה כולל אישור רופא בכיר / אחראי תורנות. יש לתעד בגיליון כי ניתן הסבר ליולדת על הסיבות שהובילו להחלטה, אופן ההשראה המומלץ, והסיכונים הכרוכים בתהליך. (נספח 2)

הניטור העוברי במהלך תהליך הבשלת צוואר הרחם:

1. הפעלת לידה באמצעות פיטוצין מחייבת ניטור רציף.

נוהל מס': 003.14
שם הנוהל: הפעלת לידה
התחום באקרידיטציה: לא רלבנטי



רמב"ם הקריה הרפואית לבריאות האדם

2. בהפעלת לידה באמצעות פרוסטגלנדינים או בלון אקסטרא אמניוטי
 - א. ניטור ראשוני יתבצע טרם תחילת הליך הבשלת הצוואר.
 - ב. יש לבצע ניטור רציף חצי שעה עד שעתיים מתחילת ההפעלה (ACOG)
3. בכל תלונות של היולדת לצירים, ירידת מים או דימום יש לבצע ניטור עוברי (טרם או במקביל להערכת רופא)

ביצוע OCT טרם הפעלת לידה

- אין חובה לבצע מבחן אוקסיטוצין (OCT) טרם הפעלת לידה. אם זאת, יש לשקול לבצע OCT כאשר יש חשד לאי ספיקה שלית, כמו במקרים הבאים:
1. יולדת עם מיעוט מי שפיר
 2. יולדת עם עובר הקטן לגיל ההריון IUGR
- באם בוצע OCT יש להמתין עד החלשות הצירים או לפחות כשעתיים טרם תחילת ביצוע הפעלת לידה בשיטות אחרות.

הפעלת לידה תרופתית:

הפעלת לידה באמצעות פיטוצין

- קיימת עדיפות להפעלת לידה באמצעות פיטוצין במקרים בהם Bishop score < 6, וביולדות הנמצאות בקבוצת הסיכון המוגבר (שאינן LR).
- הפעלת הלידה באמצעות פיטוצין **תבוצע בחדר לידה בלבד** באופן הבא:
1. מתן פיטוצין ינתן באמצעות סופר טיפות אלקטרוני.
 2. כל משך ההשראה יבוצע ניטור התכווצויות ודופק לב העובר.
 3. יש להפסיק / להוריד מינון פיטוצין במקרים הבאים:
 - א. תדירות הצירים < 5 ל 10- דק'.
 - ב. בחשד להתכווצות טטנית.
 - ג. בהתאם לשיקול רופא אחראי במופע חוזר של האטות

המלצות כלליות למתן פיטוצין:

1. בשלב האקטיבי של הלידה או לאחר פקיעת קרומים יזומה ניתן להוריד את מינון הפיטוצין בשליש על פי שיקול קליני.
2. לאחר 8 שעות של צירים טובים וחוסר שינוי בממצא הצווארי יש להתייעץ עם רופא בכיר. אם המצב מאפשר, כדאי להפסיק מתן הפיטוצין ל 8-12 שעות ולחדשו לאחר מכן לפי הצורך.

נוהל מס': 003.14
שם הנוהל: הפעלת לידה
התחום באקדמיטיות: לא רלבנטי



רמב"ם הקריה הרפואית
לבריאות האדם

אופן מתן פיטוצין

הכנת התמיסה (ב-Ringer או Normal Saline):

1. סט לעירוי בן 20 טיפות = 1 סמ"ק.
א. 10 יח' פיטוצין ב-1000 סמ"ק סליין.
ב. (1 סמ"ק = 10 MU, 1 טיפה = 0.5 MU).
2. שינוי קצב המתן יתבצע במרווחי זמן של 20 דק', והוא יצוין על תרשים הניטור.

סיכון נמוך - ההחלטה להשראת לידה תתקבל על ידי רופא אחראי משמרת.

- א. התחלה בקצב של 2 טיפות לדקה (1 MU/MIN).
- ב. לאחר 20 דק' עולים ל-5 טיפות לדקה (2.5 MU/MIN).
- ג. בהמשך עולים בקצב של 5 טיפות כל 20 דק' עד לקצב מרבי של 40 טיפות לדקה.
- ד. באישור אחראי תורנות ולאחר רישום בדף המעקב, ניתן לעלות במינון עד 65 טיפות.

סיכון גבוה - ההחלטה להשראה על ידי רופא אחראי משמרת.

אין להעלות המינון מעל 40 טיפות ללא אישור רופא בכיר.

מקרים חריגים - החלטה למתן פיטוצין על ידי אחראי חדר לידה או כונן.

קצב עליה 2 טיפות כל 30 דק' עד לקצב מרבי של 20 טיפות.

השראת לידה באמצעות פרוסטגלנדינים

בשנים האחרונות הפך השימוש בתכשירים מקבוצת הפרוסטגלנדינים ככלי עקרי לצורך השראת לידה.

התוויות נגד לשימוש בפרוסטגלנדינים

1. כל התוויות הנגד ללידה נרתיקית
2. רגישות יתר ידועה לפרוסטגלנדינים
3. ניתוח קיסרי בעבר
4. מצוקה עוברית
5. דימום חריג המחשיד להפרדות שלייה
6. וולדנות - מעל ל-5 לידות
7. הריון תאומים
8. נוכחות צירים תכופים המורגשים על ידי היולדת

נוהל מס': 003.14
שם הנוהל: הפעלת לידה
התחום באקרידיטציה: לא רלבנטי



רמב"ם הקריה הרפואית
לבריאות האדם

ירידת מים אינה מהווה הוראת נגד למתן פרוסטגלנדינים

PgE₂ נרתיקי – Dinoprostone Vaginal Insert 10mg - פרופס

תכשיר Dinoprostone הינו vaginal insert slow release למשך 12-24 שעות.

1. השראת הלידה ע"י פרופס תתבצע במחלקת יולדות בסיכון
2. טרם השמת התכשיר יש להחתים את היולדת על טופס החתמה ייעודי (מצורף בניספח)
3. טרם השמת התכשיר יש לוודא ניטור עוברי תקין, העדר צירים תכופים המורגשים ע"י היולדת, מצג עובר וממצא בבדיקה PV.
4. יש להדריך את היולדת לדווח לאחות מחלקה עם תחילתם של צירים, דימום או ירידת מים.
5. התכשיר ימוקם בפורניקס האחורי.
6. יש לתעד הפעולה בגיליון מעקב ולהכניס אבחנה של הפעלת לידה בגיליון (73406R) נספח 2
7. יש לבצע ניטור חוזר לאחר 30 דקות ועד שעתיים מרגע הכנסת התכשיר ובעת דיווח היולדת על תחילתם של צירים
8. הערכת רופא חוזרת תתבצע כ-12 שעות ו-24 שעות לאחר השמת התכשיר תוך תיעוד בגיליון. לאחר 24 שעות יש להוציא את התכשיר מהנרתיק ולשקול המשך ילוד בהתאם לתנאי צוואר הרחם.
9. יש להוציא את התכשיר בעת כניסה ללידה פעילה, תנאי בישופ מעל 7, הפרסטימולציה, ניטור עוברי חשוד, או במקרי דימום חריג.
10. טרם מתן פיטוצין יש להמתין 30 - 60 דקות מרגע הוצאת התכשיר.

PgE₂ ג'ל נרתיקי - Dinoprostone (מינונים של 1 ו-2 מ"ג)

1. השראת לידה ע"י ג'ל PgE₂ תתבצע באשפוז.
2. טרם השמת התכשיר יש להחתים את היולדת על טופס החתמה ייעודי (מצורף בניספח)
3. טרם החדרת התכשיר יש לוודא ניטור עוברי תקין, העדר צירים תכופים המורגשים ע"י היולדת, מצג עובר וממצא בבדיקה PV.
4. יש להחתים את היולדת על טופס החתמה ייעודי (ראה ניספח מצורף)
5. יש לתעד הפעולה בגיליון מעקב ולהכניס אבחנה של הפעלת לידה בגיליון (73406R)
6. יש להדריך את היולדת לדווח לאחות מחלקה עם תחילתם של צירים, דימום או ירידת מים.

נוהל מס': 003.14
שם הנוהל: הפעלת לידה
התחום באקרידיטציה: לא רלבנטי



7. הג'ל יוכנס לפורניקס האחורי מתחת לצוואר הרחם. לאחר החדרת התכשיר על היולדת להשאר שכובה למשך 45 דקות.
8. יש לבצע ניטור חוזר לאחר 30 דקות ועד שעתיים מרגע הכנסת התכשיר ובעת דיווח היולדת על תחילתם של צירים.
9. ניתן לחזור על מתן PgE_2 עד 3 מנות. טרם מתן כל מנה יש לבצע הערכה חוזרת כולל ניטור עוברי ובדיקת מחיקה / פתיחה של צוואר הרחם.
10. במידה וקיימים צירים בלתי סדירים, ניתן לשקול שימוש במינון מופחת של הג'ל PgE_2 - 1 מ"ג וזאת בהתאם לשיקול דעת קליני.
11. יש להמתין לפחות 6 שעות מרגע מתן מנת הג'ל האחרונה ועד למתן פיטוצין.

הפעלת לידה באמצעות ציטוטק (Misoprostol –synthetic PGE1)

- כדורי ציטוטק קיימים במינון של 100/200 מיקרוגרם. לא נמצא מחקרית סיכון לטווח ארוך לאם ולעובר בשימוש. רוב התופעות לוואי (טכיסטולה עם/בלי האטות, קרע של הרחם) מתחסות לשימוש במינון הגבוה מ- 25 מיקרוגרם. (הוכח שיש סיכוי גבוה יותר למקוניום וקרע של הרחם בשימוש בציטוטק מאשר בסוגי הפעלות אחרות ולכן מומלץ לשקול היטב שימוש בציטוטק)
1. השראת לידה ע"י ציטוטק תבצע במחלקת הריון בסיכון (יולדות א').
 2. טרם החדרת התכשיר יש לוודא ניטור ראקטיבי, העדר צירים תכופים המורגשים ע"י היולדת ו-Bishop score.
 3. יש לתעד הפעולה בגיליון מעקב רופא ולהכניס אבחנה של הפעלת לידה בגיליון (73406R)
 4. יש להדריך את היולדת לדווח לאחות מחלקה עם תחילתם של צירים, דימום או ירידת מים.
 5. התכשיר ינתן במינון של 25 מיקרוגרם פומי או גינאלי. לאחר החדרת התכשיר על היולדת להשאר שכובה למשך 45 דקות.
 6. יש לבצע ניטור חוזר לאחר 30 דקות ועד שעתיים מרגע הכנסת התכשיר ובעת דיווח היולדת על תחילתם של צירים.
 7. ניתן לתת מינון של 50 מיקרוגרם באישור רופא בכיר או תורן אחראי במנה שנייה בלבד.
 8. התכשיר ינתן בהפרשים של 3-6 שעות. טרם מתן כל מנה יש לבצע הערכה חוזרת כולל ניטור עוברי ובדיקת Bisop score. ניתן לחזור על מתן PGE1 עד 6 מנות.
 9. יש להמתין לפחות 4 שעות מרגע מתן מנת הציטוטק האחרונה ועד למתן פיטוצין.

נוהל מס': 003.14
שם הנוהל: הפעלת לידה
התחום באקרידיטציה: לא רלבנטי



PgE1 נרתיקי – מיסודל:

מינון של 200 מק"ג.

1. השראת הלידה ע"י מיסודל תבצע במחלקת יולדות בסיכון
2. טרם השמת התכשיר יש לוודא ניטור עוברי תקין, העדר צירים תכופים המורגשים ע"י היולדת, מצג עובר וממצא בבדיקה PV.
3. יש להדריך את היולדת לדווח לאחות מחלקה עם תחילתם של צירים, דימום או ירידת מים.
4. התכשיר ימוקם בפורניקס האחורי.
5. יש לתעד הפעולה בגיליון מעקב ולהכניס אבחנה של הפעלת לידה.
6. יש לבצע ניטור חוזר לאחר 30 דקות ועד שעתיים מרגע הכנסת התכשיר ובעת דיווח היולדת על תחילתם של צירים
7. הערכת רופא חוזרת תבצע כ-12 שעות ו-24 שעות לאחר השמת התכשיר תוך תיעוד בגיליון. לאחר 24 שעות יש להוציא את התכשיר מהנרתיק ולשקול המשך ילוד בהתאם לתנאי צוואר הרחם.
8. יש להוציא את התכשיר בעת כניסה ללידה פעילה, ציון בישופ מעל 7, היפרסטימולציה, ניטור עוברי חשוד, או במקרי דימום חריג.
9. טרם מתן פיטוצין יש להמתין 4 שעות מרגע הוצאת התכשיר.

הפעלת לידה באמצעות קטטר דו בלוני (קטטר אטד)

קטטר דו בלוני (קטטר אטד) הנו קטטר הממוקם בצוואר הרחם וגורם להרחבתו באופן מכני. מלבד ההרחבה המכאנית נמצא כי בעצם ההליך מופרשים פרוסטגלנדינים המסייעים להבשלת הצוואר ולהפרשה של פיטוצין. השימוש בבלון אקסטרא-אמניוטי קשור בשיעור נמוך יותר של היפרסטימולציה ביחס לשימוש בפרוסטגלנדינים.

- נוכחות GBS חיובי, אינה משנה את הגישה וההתוויות של שימוש בבלון.
- שימוש בבלון בנוכחות ניתוח קיסרי בעבר, אינו מעלה הסיכון לקרע רחמי.
- בלון אינו מעלה סיכון לזיהום אמהי ועוברי. (SOGC)

התוויות להפעלת לידה באמצעות קטטר אטד:

נוהל מס': 003.14
שם הנוהל: הפעלת לידה
התחום באסרדיטציה: לא רלבנטי



1. יולדות להן ניתוח קיסרי בעברן הנדרשות להפעלת לידה מעוניינות בניסיון לידה נרתיקת. (TOLAC).
2. יולדות הנדרשות להפעלת לידה ומצויות בקבוצת החריגים או הסיכון הגבוה.
3. יולדות הנדרשות להפעלת לידה ואינן מעוניינות בהתערבות תרופתית.
4. יולדות שאינן יכולות להיות מופעלות באמצעות פרוסטגלנדינים בשל מחלות רקע.

התוויות נגד לקטטר דו בלוני מסוג אטד:

- שלייה נמוכה מהווה התוויות נגד מוחלטת
- דימום נרתיקי מהווה התוויות נגד יחסית
- ירידת מים מהווה התוויות נגד יחסית
- LOW TRACT GENITAL INFECTION מהווה התוויות נגד יחסית (SOGC).
- מצג עוברי שאינו יציב

אופן החדרת קטטר דו בלוני (קטטר אטד)

1. החדרת הקטטר תבוצע בחדר לידה / מיון יולדות
2. טרם החדרת הקטטר יש לבצע ניטור עוברי ולוודא העדר צירים תכופים המורגשים ע"י היולדת, מצג העובר ומחיקה / פתיחה של צוואר הרחם.
3. יש לתעד הפעולה בגיליון מעקב רופא ולהכניס אבחנה של הפעלת לידה בגיליון (731).
4. יש להדריך את היולדת לדווח לאחות מחלקה עם תחילתם של צירים, דימום או ירידת מים.
5. היולדת תושכב בתנוחת ליטוטומי, בעזרת ספקולום יש לחשוף את צוואר הרחם ולחטא את הנרתיק והצוואר.
6. הקטטר יוכנס לצוואר הרחם כך שקצהו מעבר לפה הפנימי. בהמשך יש למלא קודם את הבלון הפנימי, למשוך את הקטטר לכוון הנרתיק ואז למלא את הבלון הצווארי, עד ל-80 מ"ל של NS. המילוי יעשה בהדרגה באמצעות מזרק של 20 סמ"ק.
7. יש להדריך את היולדת לדווח לאחות מחלקה עם תחילתם של צירים, דימום או ירידת מים.
8. יש לבצע ניטור חוזר לאחר 30 דקות ועד שעתיים מרגע הכנסת הבלון ובעת דיווח היולדת על תחילתם של צירים.
9. לאחר 12 שעות יש להוציא את הבלון (אם טרם נפלט עצמונית) ולהעביר את היולדת לחדר לידה להמשך יילוד באמצעות פיטוצין / פקיעת מי שפיר.
10. יש לציין בגיליון את שעת יציאת הבלון וממצאי הבדיקה PV באותו הזמן.

נוהל מס': 003.14
שם הנוהל: הפעלת לידה
התחום באקרידיטציה: לא רלבנטי



רמב"ם הקריה הרפואית
לבריאות האדם

סטריפינג:

- מעלה סיכוי ללידה נרתיקית ספונטנית ב 48 שעות, ומפחית שיעור האינדוקציות.
- COCHRANE 2005 - מראה שסטריפינג לאחר שבוע 38, מפחית הריונות ממושכים לאחר שבוע 41-42.
- ניתן להציע אופציה זו לאישה, לאחר מתן הסבר, ולאחר הסכמה.

שילוב קטטר ופיטוצין:

ניתן לאפשר שילוב של בלון ופיטוצין ע"פ שיקול דעת.

דיווח ותיעוד:

כפי שמתואר בעקרונות הנוהל יש להחתים את היולדת ולתעד כל הפעלת לידה בגיליון (7301) כולל אבחנה (ראה נספח 1).

נוהל מס': 003.14
שם הנוהל: הפעלת לידה
התחום באקרדיטציה: לא רלבנטי



רמב"ם הקריה הרפואית
לבריאות האדם

6. סימוכין:

1. ACOG Practice Bulletin vol 114 no 2 August 2009
2. Maternal and Neonatal Outcomes of Elective Induction of Labor Prepared for: Agency for Healthcare Research and Quality U.S. Department of Health and Human Services
3. Methods of induction of labour: a systematic review, Mozurkewich et al. BMC Pregnancy and Childbirth 2011, 11:84
4. Obstetrics –Normal and problem Pregnancies –Chapter 14 , 287-306
5. נייר עמדה במיידות וגניקולוגיה- השראת לידה והבשלת צוואר הרחם – עודכן ב2013
6. SOGC Clinical Practice Guideline- No. 296, September 2013 (Replaces No. 107, August 2001).
7. Uptodate ; Techniques for ripening the unfavorable cervix prior to induction ; dec 2017.

7. נספחים:

נספח 1- אבחנות להפעלת לידה

אמניוטומיה	7301
פיטוצין	73401R 73405R
PROPESS / 2PGE	73406R
הפעלה בקטטר דו בלוני האבחנה היא: SURGICAL INDUCTION OF LABOR NEC בהערות יש לכתוב: CERVICAL RIPENING BALOON	731

נספח 2 – תעוד הפעלה בגיליון היולדת.

עקב..... ולאחר התייעצות עם תורן /רופא בכיר הוחלט על הפעלת לידה ע"י..... . נלקחה
אנמנזה מפורטת ובוצע US. נמצאו תנאים המתאימים להפעלה. היולדת קיבלה הסבר על הפעולה
המיועדת וחתמה על הסכמה. בוצעה הפעלה במהלך תקין.

נוהל מס': 003.14
שם הנוהל: הפעלת לידה
התחום באקרידיטציה: לא רלבנטי



רמב"ם הקריה הרפואית
לבריאות האדם

טופס הסכמה: השראת לידה באמצעות פרוסטגלנדין E 2INDUCTION OF LABOR BY PGE

פרוסטגלנדין E2 הינו תכשיר הניתן באמצעות כדורים, ג'ל נרתיקי או תמיסה לצורך גרימת צירי לידה במקרים בהם לא מתפתחת לידה באופן טבעי.

מדבקת פרטי היולדת:

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי קיבלתי הסבר בעל פה מד"ר

שם פרטי

שם משפחה

על השראת לידה באמצעות פרוסטגלנדין E2 (להלן: "הטיפול העיקרי").

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי ניתן לי הסבר על דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, תופעות הלוואי שלהן והסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה.

הוסבר לי שמטרת הטיפול העיקרי הוא ריכוך צוואר הרחם ויצירת צירים אך קיימת גם אפשרות של כשלון בהשראת הלידה.

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי האפשריות של הטיפול העיקרי לרבות: בחילות, הקאות, שלשול, כאבי ראש, ירידת לחץ דם ועוית סימפונות (ברונכוספאזם). כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיכונים האפשריים לרבות: הופעת התכווצויות תכופות וחזקות של הרחם שיצריכו טיפול תרופתי; שינויים בדופק העובר; תגובה של רגישות יתר לפרוסטגלנדינים המתבטאת בשינויים בלחץ דם ודיכוי נשימתי. הוסברה לי האפשרות הנדירה לקרע של הרחם שיצריך ניתוח קיסרי לחילוץ העובר ותיקון הקרע ובמקרים נדירים אף כריתת רחם. הוסבר לי שקרע של הרחם עלול לגרום ללידת עובר פגוע או למות העובר.

אני נותנת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

רמב"ם הינו בית חולים אוניברסיטאי ועל כן מתקיימת בו הוראת סטודנטים במקצועות הבריאות השונים. במהלך הטיפול יהיו מעורבים סטודנטים, הפועלים תחת פיקוח תוך שמירה קפדנית על פרטיותך ועל כבודך. הכשרת צוות רפואי וסיעודי היא התרומה שלנו לדורות הבאים.

אני יודעת/ומסכים/ה לכך שהטיפול העיקרי וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

חתימת היולדת

שעה

תאריך

חתימת האפוסטרופוס
(במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

שם האפוסטרופוס
(קירבה)

אני מאשרת/ כי הסברתי בעל פה לידולדת / לאפוסטרופוס של היולדת* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

חותמת / מספר רישיון

שם הרופא/ה