

נוהל מס': 1.2.3.1	
שם הנוהל: טיפול בנפלים, עוברים מתים ותינוקות רכים	
JCI CODE	



רמב"ם הקריה הרפואית לבריאות האדם

נספח מספר 4

העברת עובר/תינוק רך שנפטר

הטופס ימולא ב- 4 העתקים: המקור - יישאר בתיק המטופלת, חדר נפטרים, למשפחה, ולחברה המטפלת בקבורה

חלק א': ימולא ע"י המחלקה

שם בית החולים:	מחלקה / מכון:
שם עובד המחלקה/המכון המוסר:	חתימה:

פרטי העובר/תינוק רך	פרטי ההורים:
שם העובר: _____ (אם ניתן)	שם האם: _____
ת.ז.: _____ (אם ניתן)	ת.ז.: _____
מועד הפטירה: _____	שם האב (אם ידוע): _____
	ת.ז.: _____
	טלפון: _____

בקשת המשפחה:

- ☐ משפחה מעוניינת בנתיחה P.M.
- ☐ המשפחה אינה מעוניינת לקחת חלק בסידורי הקבורה ובהליך הקבורה עצמו ומבקשת כי בית החולים יטפל בקבורה מול החברה לענייני קבורה.
- ☐ המשפחה מעוניינת לקחת חלק פעיל בסידורי הקבורה ולהשתתף אך ורק בהליך "פרידה" בבית החולים קודם לקבורה (אך לא בבית העלמין).
- ☐ המשפחה מעוניינת לקחת חלק בכל הליך הקבורה - להשתתף בלוויה ובקבורה בבית העלמין.

חלק ב': ימולא ע"י עובד חדר נפטרים

חברה לענייני קבורה { חלק זה ימולא ע"י נציג החברה לענייני קבורה }	
שם נציג החברה לענייני קבורה:	_____
שם החברה:	_____
בית העלמין בו תבוצע הקבורה:	_____
שם עובד ביה"ח המוסר את עובר המת/ תינוק רך	_____
חתימה:	_____ תאריך ההעברה: _____
חתימת הנציג המקבל את העובר/ תינוק רך:	_____

ת.ד. 9602, חיפה 31096
טל': 7772653\04-7772382
פקס: 04-7772612 מזכ'י

רמב"ם - הקריה הרפואית לבריאות האדם

מח' נשים ויולדות
מנהל: פרופ' זאב וינר



בתאריך:

העברת נפל

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996 וחוק חגנת הפרטיות, תשמ"א-1981 ואין למסור אותו ו/או את תוכנו ו/או איזה פרט שהוא ממנו לכל אדם ו/או גוף אלא בהתאם להוראות החוק. מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלה, מהווה עבירה.
מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא המטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי.



הערות		
		משפחה מעוניינת בקבורה פרטית
		משפחה מעוניינת בקבורה במסגרת בית החולים
		משפחה מעוניינת בבדיקה פתולוגית

חתימת האם

חתימת אלונקאי

חתימת האחיות

חלק ב': ימולא על ידי חדר נפטרים

חברה לעיניני קבורה:

טלפון חברת קדישא חיפה:

טלפון ועד הנאמנים לקבורה:

שם נציג החברה לעיניני קבורה:

שם החברה:

בית העלמין בו תתבצע הקבורה:

שם עובד ביה"ח המוספר את הנפל:

חתימה:

תאריך העברה:

חתימת הנציג המקבל את הנפל:

חתום ע"י: