עדכון אחרון: מרץ 2024

הוועדה לאישור הסכמים לנשיאת עוברים

דרישות רפואיות ממועמדת להיות פונדקאית

סעיף 5(א) לחוק הסכמים לנשיאת עוברים קובע כי הוועדה רשאית לאשר הסכם לנשיאת עוברים אם שוכנעה כי התקיים התנאי "לא קיים חשש לפגיעה בבריאות הפונדקאית או בשלום הילד שיוולד".

התנאים הנדרשים על ידי הוועדה בהיבט הרפואי

1. **גיל המועמדת להיות פונדקאית:** לא יהיה פחות מ- 22 שנים בעת הגשת המסמכים ולא יעלה על 39 שנים במועד החתימה על הסכם בפני הועדה.
2. הפונדקאית רשאית לעבור **עד 3** הליכים לנשיאת עוברים.
   הפונדקאית אינה רשאית לעבור הליך נשיאת עוברים שלישי אם שני הליכי נשיאת עוברים קודמים הסתיימו באחד משלושת המצבים המנויים להלן:
   א. שני הליכים הסתיימו בלידה.
   ב. אחד מההליכים הסתיים בלידה והשני במיצוי 6 החזרות.
   ג. שני ההליכים מוצו ובכל אחד בוצעו 6 החזרות.
3. מצבה הבריאותי תקין, עברה עד 4 לידות ללא סיבוכים, הלידות במועד והילודים במשקל לידה תקין לגיל ההיריון.
4. הפונדקאית נמצאת לפחות **שנה** ממועד הלידה האחרון כאשר הלידה היתה לידה וגינלית או **שנה וחצי** לאחר לידה שעברה בניתוח קיסרי.
5. כל הבדיקות הרפואיות תקינות ע"פ דרישת הוועדה.
6. הבדיקות הרפואיות של בן זוגה של הפונדקאית תקינות.

מצבים בהם **לא תאושר** מועמדת להיות פונדקאית

1. עברה 5 לידות או יותר.
2. עברה שתי לידות או יותר בניתוחים קיסריים.
3. הלידה האחרונה הייתה מוקדמת – לפני שבוע 35 או שהילוד היה במשקל נמוך לגיל ההריון (IUGR).
4. עברה בלידה קרע של פי הטבעת בדרגה 3 ויותר (כאשר קרע דרגה 3A יאושר ו3B לא יאושר).
5. עברה הריון חוץ רחמי, בין אם לפני תהליך פונדקאות ובין אם במהלך תהליך פונדקאות שהחלה כשנמצאה כשירה לעבור.

משרד הבריאות
ת.ד. 1176 ירושלים 91010
טלפון: 02-5080301, פקס: 02-5655957
pundekaut@moh.gov.il

Ministry of Health
P.O.B 1176 Jerusalem 91010
Tel: 02-5080301, Fax: 02-5655957
pundekaut@moh.gov.il

קול הבריאות *5400

הוועדה לאישור הסכמים לנשיאת עוברים

6. עברה ניתוחים שעלולים להיות להם השלכות על בריאותה ועל מהלך הריון עתידי. הניתוח ותוצאותיו יבחנו לגופו של עניין.
7. עברה ניתוח בריאטרי ולא ילדה לאחריו לפחות פעם אחת. במקרה שילדה - כל מקרה יבחן לגופו.
8. עברה הפלה עם סיכון לאי ספיקת צוואר הרחם.
9. סובלת ממחלה כרונית העלולה לסכן אותה או את העובר.
10. להוריה יש סוכרת TYPE 2 ותוצאת בדיקת העמסת סוכר 75 גר' היא פתולוגית.
11. סבלה מסוכרת הריונית או יתר לחץ דם באחד או יותר מהריונותיה.
12. סובלת או סבלה בעבר מיתר לחץ דם.
13. עברה רעלת הריון בהריון שני או אחריו. ככל שמדובר בהריון ראשון כל מקרה יבדק לגופו.
14. סובלת מהשמנת יתר - BMI מעל 30.
15. סובלת מהרפס גניטלי, קונדילומה, אקומינטה או HPV.
16. שינויים חריגים בתאי צוואר הרחם.
17. עברה קוניזציה.
18. מועמדת שבמשפחתה הקרובה היסטוריה של מחלת סרטן השד או השחלה (סבתא / סבא / אם / אב או אח / אחות) או שהיא נשאית brca בעצמה.
19. סוג דם שלילי ל-RH עם COOMBS חיובי.
20. מעשנת או משתמשת בסמים ואלכוהול.
21. סובלת מהפרעת אישיות או מחלת נפש ו/או עברה אשפוזים פסיכיאטריים או נמצאת בעיצומו של טיפול פסיכיאטרי.
22. סבלה מדיכאון בעבר, לפני או לאחר לידה.

רשימת המסמכים הנדרשים עבור המועמדת להיות פונדקאית

1. **סיכום מידע רפואי מרופא משפחה** – אישור על מצב בריאות תקין ושלילת מצב תחלואה היכול לפגוע באם ובעובר (ניתוחים, אשפוזים, טיפולים תרופתיים ואחרים, עישון, עודף משקל, סמים ואלכוהול).

2. **חוות דעת מרופא נשים מומחה הכוללת (חוות דעת זו היא בנוסף לטופס מספר 8)**

משרד הבריאות
ת.ד. 1176 ירושלים 91010
טלפון: 02-5080301, פקס: 02-5655957
pundekaut@moh.gov.il

Ministry of Health
P.O.B 1176 Jerusalem 91010
Tel: 02-5080301, Fax: 02-5655957
pundekaut@moh.gov.il

קול הבריאות *5400

הוועדה לאישור הסכמים לנשיאת עוברים

- סיכום היסטוריה מיילדותית, הריונות, לידות, הפלות ומצבי סיכון בהריונות קודמים ושמירת הריון בלידות קודמות: אם היו נא לציין את הסיבה ומשך זמן שמירת ההריון ולצרף תיעוד רלוונטי.
- **בדיקה קלינית** הכוללת אולטרסאונד של האגן הקטן **וציון עובי רירית הרחם** [תקין מ- 7 מ"מ ויותר, מומלץ לבצע את הבדיקה בתקופת הביוץ], לשלילת פתולוגיה של הרחם כגון מומים מולדים, אי ספיקת צוואר הרחם או שרירנים העלולים להפריע למהלך הריון.

3. **מהלך וסיכומי לידות** ומכתבי שחרור (העתק)
4. **סיכומי הפסקות הריון**: יזומות וטבעיות (העתק)
5. **סיכומי מחלה, ניתוחים ואשפוז** במידה והיו (העתק)
6. **אישור רפואי** לגבי משקל, גובה, דופק ולחץ דם
7. **בדיקת שד ע"י רופא כירורג ו- us שד**
8. **בדיקות מעבדה**:
   - סוג דם + RH
   - ספירת דם
   - קריאטינין
   - סוכר בצום
   - בדיקת אנטיגן לדלקת כבד מסוג B ו-C
   - בדיקת HIV (איידס)
   - VDRL (TPHA)
   - בדיקת PT ו-PTT
   - בדיקת נוגדנים לאדמת – RUBELLA
   - בדיקת משטח צוואר רחם – פאפ (PAP)

9. **הצהרת רופא מומחה במיילדות וגינקולוגיה (טופס מס' 8)**

כי ניתן הסבר לפונדקאית על ההליכים, ההשלכות והמשמעויות של הטיפולים, עם דגש על הטיפולים ההורמונליים שתצטרך לעבור במסגרת תהליך נשיאת עוברים והתאמתה לתהליך.

בטופס זה יתייחס הרופא בהסבריו גם לנתונים הספציפיים של ההורים המיועדים ששמם מוזכר בטופס:

משרד הבריאות
ת.ד. 1176 ירושלים 91010
טלפון: 02-5080301, פקס: 02-5655957
pundekaut@moh.gov.il

קול הבריאות *5400

Ministry of Health
P.O.B 1176 Jerusalem 91010
Tel: 02-5080301, Fax: 02-5655957
pundekaut@moh.gov.il

הוועדה לאישור הסכמים לנשיאת עוברים

- גיל האם המיועדת כאשר התהליך יבוצע ע"י ביציות שלה.
- תרומת ביצית, PGD.
- אופן ביצוע ההליך: IVF, IVM.
- אופן הפקת הביציות מהאם המיועדת באמצעות גירוי הורמונלי או במחזור טבעי.
- סיכויים, סיבוכים וסיכונים בתהליך (כגון רעלת הריון, סוכרת) וביצוע בדיקות פולשניות במהלך התהליך (כגון: בדיקת מי שפיר ודילול עוברים).
- הסבר על מקרה של הריון תאומים מפיצול עובר המהווה הריון בסיכון גבוה מאוד.

10. **פונדקאית נשואה או שיש לה בן/בת זוג יש להמציא**:
- חוות דעת פסיכולוגית עבור בן/בת הזוג.
- סיכום מידע רפואי מרופא המשפחה
- בדיקת HIV (איידס).
- בדיקת אנטיגן לדלקת כבד מסוג B ו-C.
- בדיקת VDRL (TPHA).
- בן/בת זוגה יאשרו ויחתמו על טופס 8 כי קיבל/ה הסבר על התהליך הרפואי, משמעותו והשלכותיו.

משרד הבריאות
ת.ד. 1176 ירושלים 91010
טלפון: 02-5080301, פקס: 02-5655957
pundekaut@moh.gov.il

Ministry of Health
P.O.B 1176 Jerusalem 91010
Tel: 02-5080301, Fax: 02-5655957
pundekaut@moh.gov.il

קול הבריאות *5400