תעודת לידת חי - נוסח סטנדרטי של ארה"ב

מס' תיק מקומי

מספר לידה:

הילד/ה

1. שם הילד/ה (פרטי, אמצעי, משפחה, סיומת)	2. שעת הלידה (24 שעות)	3. מין	4. תאריך הלידה (חודש/יום/שנה)
5. שם המוסד (אם אינו מוסד, יש לציין רחוב ומספר)	6. עיר, יישוב או מקום הלידה		7. מחוז (County) הלידה

האם

8a. השם החוקי הנוכחי של האם (פרטי, אמצעי, משפחה, סיומת)	8b. תאריך הלידה (חודש/יום/שנה)
8c. שם האם לפני נישואיה הראשונים (פרטי, אמצעי, משפחה, סיומת)	8d. מקום הלידה (מדינה בארה"ב, טריטוריה או מדינה זרה)

9a. מדינת (State) המגורים של האם	9b. מחוז (County)	9c. עיר, יישוב או מקום
9d. רחוב ומספר	9e. מס' דירה	9f. מיקוד / 9g. בתוך גבולות העיר? ☐ כן ☐ לא

האב

10a. השם החוקי הנוכחי של האב (פרטי, אמצעי, משפחה, סיומת)	10b. תאריך הלידה (חודש/יום/שנה)	10c. מקום הלידה (מדינה בארה"ב, טריטוריה או מדינה זרה)

המאשר/ת

11. שם המאשר/ת: _____ תואר: ☐ DO ☐ MD ☐ מנהל/ת בית חולים ☐ CNM/CM ☐ מיילד/ת אחר/ת ☐ אחר (פרט/י) _____	12. תאריך האישור _____ / _____ / _____ חודש יום שנה	13. תאריך התיוק אצל הרשם/ת _____ / _____ / _____ חודש יום שנה

מידע לשימוש מנהלי

האם

14. כתובת הדואר של האם: ☐ זהה לכתובת המגורים, או: מדינה (State): _____ עיר, יישוב או מקום: _____ רחוב ומספר: _____ מס' דירה: _____ מיקוד: _____

15. האם נשואה? (בעת הלידה, בעת ההתעברות או בכל עת שביניהן) ☐ כן ☐ לא אם לא, האם נחתמה בבית החולים הכרה באבהות? ☐ כן ☐ לא	16. האם התבקש מספר ביטוח לאומי (Social Security) עבור הילד/ה? ☐ כן ☐ לא	17. מזהה המוסד (NPI)
18. מספר הביטוח הלאומי (Social Security) של האם:	19. מספר הביטוח הלאומי (Social Security) של האב:	

מידע למטרות רפואיות ובריאותיות בלבד

האם

20. השכלת האם (יש לסמן את התיבה המתארת בצורה הטובה ביותר את התואר או רמת הלימודים הגבוהים ביותר שהושלמו במועד הלידה) ☐ כיתה ח' או פחות ☐ כיתות ט'-י"ב, ללא תעודת סיום ☐ בוגר/ת תיכון או השלמת GED ☐ נקודות זכות אקדמיות, ללא תואר ☐ תואר אסוציאייט (למשל AA, AS) ☐ תואר ראשון (למשל BA, AB, BS) ☐ תואר שני (למשל MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA) ☐ דוקטורט (למשל PhD, EdD) או תואר מקצועי (למשל MD, DDS, DVM, LLB, JD)	21. האם ממוצא היספני? (יש לסמן את התיבה המתארת בצורה הטובה ביותר אם האם ספרדית/היספנית/לטינית. יש לסמן "לא" אם האם אינה ספרדית/היספנית/לטינית) ☐ לא, אינה ספרדית/היספנית/לטינית ☐ כן, מקסיקנית, מקסיקנית-אמריקאית, צ'יקאנה ☐ כן, פוארטוריקנית ☐ כן, קובנית ☐ כן, ספרדית/היספנית/לטינית אחרת (פרט/י) _____	22. גזע האם (יש לסמן גזע אחד או יותר, לפי האופן שבו האם רואה את עצמה) ☐ לבן/ה ☐ שחור/ה או אפרו-אמריקאי/ת ☐ אינדיאני/ת אמריקאי/ת או יליד/ת אלסקה (שם השבט הרשום או העיקרי) _____ ☐ הודי/ת אסייתי/ת ☐ סיני/ת ☐ פיליפיני/ת ☐ יפני/ת ☐ קוריאני/ת ☐ וייטנאמי/ת ☐ אסייתי/ת אחר/ת (פרט/י) _____ ☐ יליד/ת הוואי ☐ גואמי/ת או צ'מורו ☐ סמואי/ת ☐ יליד/ת איי האוקיינוס השקט אחר/ת (פרט/י) _____ ☐ אחר (פרט/י) _____

האב

שם האם: _____ מס' הרשומה הרפואית של האם: _____

23. השכלת האב (יש לסמן את התיבה המתארת בצורה הטובה ביותר את התואר או רמת הלימודים הגבוהים ביותר שהושלמו במועד הלידה) ☐ כיתה ח' או פחות ☐ כיתות ט'-י"ב, ללא תעודת סיום ☐ בוגר/ת תיכון או השלמת GED ☐ נקודות זכות אקדמיות, ללא תואר ☐ תואר אסוציאייט (למשל AA, AS) ☐ תואר ראשון (למשל BA, AB, BS) ☐ תואר שני (למשל MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA) ☐ דוקטורט (למשל PhD, EdD) או תואר מקצועי (למשל MD, DDS, DVM, LLB, JD)	24. האב ממוצא היספני? (יש לסמן את התיבה המתארת בצורה הטובה ביותר אם האב ספרדי/היספני/לטיני. יש לסמן "לא" אם האב אינו ספרדי/היספני/לטיני) ☐ לא, אינו ספרדי/היספני/לטיני ☐ כן, מקסיקני, מקסיקני-אמריקאי, צ'יקאנו ☐ כן, פוארטוריקני ☐ כן, קובני ☐ כן, ספרדי/היספני/לטיני אחר (פרט/י) _____	25. גזע האב (יש לסמן גזע אחד או יותר, לפי האופן שבו האב רואה את עצמו) ☐ לבן/ה ☐ שחור/ה או אפרו-אמריקאי/ת ☐ אינדיאני/ת אמריקאי/ת או יליד/ת אלסקה (שם השבט הרשום או העיקרי) _____ ☐ הודי/ת אסייתי/ת ☐ סיני/ת ☐ פיליפיני/ת ☐ יפני/ת ☐ קוריאני/ת ☐ וייטנאמי/ת ☐ אסייתי/ת אחר/ת (פרט/י) _____ ☐ יליד/ת הוואי ☐ גואמי/ת או צ'מורו ☐ סמואי/ת ☐ יליד/ת איי האוקיינוס השקט אחר/ת (פרט/י) _____ ☐ אחר (פרט/י) _____

26. המקום שבו התרחשה הלידה (יש לסמן אחד) ☐ בית חולים ☐ מרכז לידה עצמאי ☐ לידת בית: האם תוכננה לידה בבית? ☐ כן ☐ לא ☐ מרפאה/משרד רופא ☐ אחר (פרט/י) _____	27. שם המיילד/ת המלווה, תוארו/ה ומספר NPI שם: _____ NPI: _____ תואר: ☐ CNM/CM ☐ DO ☐ MD ☐ מיילד/ת אחר/ת ☐ אחר (פרט/י) _____	28. האם הועברה לצורך הלידה מסיבות רפואיות אמהיות או עובריות? ☐ כן ☐ לא אם כן, יש לציין את שם המוסד שממנו הועברה האם: _____

מהדורה 11/2003

האם

29a. תאריך ביקור הטיפול הטרום-לידתי הראשון
_____ / _____ / _____
חודש יום שנה
☐ לא התקבל טיפול טרום-לידתי

29b. תאריך ביקור הטיפול הטרום-לידתי האחרון
_____ / _____ / _____
חודש יום שנה

30. מספר ביקורי הטיפול הטרום-לידתי הכולל בהריון זה
_____ (אם לא היו, יש לרשום "0")

31. גובה האם
_____ (רגל/אינץ')

32. משקל האם לפני ההריון
_____ (ליברות)

33. משקל האם בעת הלידה
_____ (ליברות)

34. האם קיבלה האם מזון מתוכנית WIC עבורה במהלך הריון זה? ☐ כן ☐ לא

35. מספר לידות חי קודמות (לא כולל ילד/ה זה/ו)

35a. חיים כיום: מספר _____
☐ אין

35b. נפטרו: מספר _____
☐ אין

36. מספר תוצאות הריון אחרות (הפלות טבעיות או יזומות, או הריונות מחוץ לרחם)

36a. תוצאות אחרות
מספר _____
☐ אין

37. עישון סיגריות לפני ההריון ובמהלכו
לגבי כל תקופה, יש לרשום את מספר הסיגריות או את מספר חפיסות הסיגריות שעשנו. אם לא היה עישון, יש לרשום "0".
מספר ממוצע של סיגריות או חפיסות ליום:

	מס' סיגריות	מס' חפיסות
שלושה חודשים לפני ההריון	_____	או _____
שלושת חודשי ההריון הראשונים	_____	או _____
שלושת חודשי ההריון השניים	_____	או _____
השליש השלישי של ההריון	_____	או _____

38. מקור התשלום העיקרי עבור לידה זו
☐ ביטוח פרטי
☐ Medicaid (ביטוח בריאות ממשלתי)
☐ תשלום עצמי
☐ אחר (פרט/י) _____

35c. תאריך לידת החי האחרונה
_____ / _____ / _____
חודש שנה

36b. תאריך תוצאת ההריון האחרת האחרונה
_____ / _____ / _____
חודש שנה

39. התאריך שבו החל הווסת התקין האחרון
_____ / _____ / _____
חודש יום שנה

40. מספר הרשומה הרפואית של האם

מידע רפואי ובריאותי

41. גורמי סיכון בהריון זה (יש לסמן את כל המתאים)
סוכרת
☐ טרום-הריונית (אובחנה לפני הריון זה)
☐ הריונית (אובחנה בהריון זה)
יתר לחץ דם
☐ טרום-הריוני (כרוני)
☐ הריוני (PIH, רעלת הריון)
☐ אקלמפסיה
☐ לידה מוקדמת קודמת
☐ תוצאת הריון קודמת לקויה אחרת (לרבות מוות סב-לידתי, לידת תינוק קטן לגיל ההריון/עם האטה בגדילה תוך-רחמית)
☐ ההריון הושג בעקבות טיפולי פוריות - אם כן, יש לסמן את כל המתאים:
☐ תרופות להגברת פוריות, הזרעה מלאכותית או הזרעה תוך-רחמית
☐ טכנולוגיית רבייה מסייעת (למשל הפריה חוץ-גופית (IVF), העברת גמטות לחצוצרה (GIFT))
☐ לאם ניתוח קיסרי קודם
אם כן, כמה: _____
☐ אף אחד מהנ"ל

42. זיהומים שהיו קיימים ו/או טופלו במהלך הריון זה (יש לסמן את כל המתאים)
☐ זיבה
☐ עגבת
☐ כלמידיה
☐ דלקת כבד B
☐ דלקת כבד C
☐ אף אחד מהנ"ל

43. פעולות מיילדותיות (יש לסמן את כל המתאים)
☐ תפר צווארי (Cerclage)
☐ טוקוליזה (עיכוב צירים)
היפוך חיצוני של העובר:
☐ הצליח
☐ נכשל
☐ אף אחד מהנ"ל

44. תחילת הלידה (יש לסמן את כל המתאים)
☐ ירידת מים מוקדמת (ממושכת, 12 שעות ומעלה)
☐ לידה מהירה (פחות מ-3 שעות)
☐ לידה ממושכת (20 שעות ומעלה)
☐ אף אחד מהנ"ל

45. מאפייני הצירים והלידה (יש לסמן את כל המתאים)
☐ השראת לידה
☐ האצת לידה
☐ מצג שאינו מצג קודקוד
☐ סטרואידים (גלוקוקורטיקואידים) להבשלת ריאות העובר, שניתנו לאם לפני הלידה
☐ אנטיביוטיקה שניתנה לאם במהלך הלידה
☐ דלקת קרומי שליה (כוריואמניוניטיס) קלינית שאובחנה במהלך הלידה, או חום אמהי של 38°C (100.4°F) ומעלה
☐ הכתמה בינונית/כבדה של מי השפיר במקוניום
☐ מצוקה עוברית במהלך הלידה שבעקבותיה ננקטה אחת או יותר מהפעולות הבאות: פעולות החייאה תוך-רחמיות, הערכה עוברית נוספת או לידה ניתוחית
☐ הרדמה אפידורלית או ספינלית במהלך הלידה
☐ אף אחד מהנ"ל

46. אופן הלידה
A. האם נעשה ניסיון ללידה במלקחיים שלא צלח?
☐ כן ☐ לא
B. האם נעשה ניסיון ללידה בוואקום שלא צלח?
☐ כן ☐ לא
C. מצג העובר בלידה
☐ ראש (קודקוד)
☐ עכוז
☐ אחר
D. דרך ואופן הלידה הסופיים (יש לסמן אחד)
☐ וגינלית/ספונטנית
☐ וגינלית/מלקחיים
☐ וגינלית/ואקום
☐ ניתוח קיסרי
אם בניתוח קיסרי, האם נעשה ניסיון ללידה רגילה?
☐ כן
☐ לא

47. תחלואה אמהית (יש לסמן את כל המתאים)
(סיבוכים הקשורים לצירים וללידה)
☐ עירוי דם לאם
☐ קרע חיץ מדרגה שלישית או רביעית
☐ קרע ברחם
☐ כריתת רחם לא מתוכננת
☐ אשפוז ביחידה לטיפול נמרץ
☐ פעולה לא מתוכננת בחדר ניתוח לאחר הלידה
☐ אף אחד מהנ"ל

היילוד/ה

מס' הרשומה הרפואית של האם: _____ שם האם: _____

מידע על היילוד/ה

48. מספר הרשומה הרפואית של היילוד/ה

49. משקל הלידה (עדיף בגרמים, יש לציין יחידה)
_____
☐ גרם ☐ ליברות/אונקיות

50. הערכה מיילדותית של גיל ההריון:
_____ (שבועות מלאים)

51. ציון אפגר:
ציון לאחר 5 דקות: _____
אם הציון לאחר 5 דקות נמוך מ-6,
ציון לאחר 10 דקות: _____

52. ריבוי עוברים - יחיד, תאומים, שלישייה וכו'
(פרט/י) _____

53. אם אין זו לידת יחיד - נולד/ה ראשון/ה, שני/ה, שלישי/ת וכו' (פרט/י) _____

54. מצבים חריגים של היילוד/ה (יש לסמן את כל המתאים)
☐ נדרשה הנשמה מסייעת מיד לאחר הלידה
☐ נדרשה הנשמה מסייעת למשך יותר משש שעות
☐ אשפוז בפגייה/טיפול נמרץ יילודים (NICU)
☐ ניתן ליילוד/ה טיפול תחליפי בסורפקטנט
☐ ניתנה ליילוד/ה אנטיביוטיקה בשל חשד לאלח דם (ספסיס) של היילוד
☐ פרכוס או הפרעה נוירולוגית חמורה
☐ פגיעת לידה משמעותית (שבר/י שלד, פגיעה בעצב היקפי ו/או דימום ברקמה רכה/באיבר מוצק המחייב התערבות)
☐ אף אחד מהנ"ל

55. מומים מולדים של היילוד/ה (יש לסמן את כל המתאים)
☐ אננצפליה (העדר מוח)
☐ מנינגומיאלוצלה/שדרה שסועה (Spina bifida)
☐ מחלת לב מולדת כחלונית
☐ בקע סרעפתי מולד
☐ בקע טבורי (Omphalocele)
☐ גסטרוסכיזיס (חסר בדופן הבטן)
☐ חסר בגפה (למעט קטיעה מולדת ותסמונות גמדות)
☐ שסע שפה, עם או בלי שסע חך
☐ שסע חך בלבד
☐ תסמונת דאון
☐ קריוטיפ מאושר
☐ קריוטיפ ממתין לתוצאה
☐ חשד להפרעה כרומוזומלית
☐ קריוטיפ מאושר
☐ קריוטיפ ממתין לתוצאה
☐ היפוספדיאס
☐ אף אחד מהמומים המפורטים לעיל

56. האם התינוק/ת הועבר/ה בתוך 24 שעות מהלידה? ☐ כן ☐ לא
אם כן, שם המוסד שאליו הועבר/ה:
_____

57. האם התינוק/ת בחיים במועד הדיווח?
☐ כן ☐ לא ☐ התינוק/ת הועבר/ה, מצב לא ידוע

58. האם התינוק/ת יונק/ת בעת השחרור?
☐ כן ☐ לא

מהדורה 11/2003

הערה: תעודת לידה סטנדרטית מומלצת זו היא תוצאה של תהליך הערכה מקיף. מידע על התהליך ועל ההמלצות שנבעו ממנו, וכן על תוכניות לפעילות עתידית, זמין באינטרנט בכתובת: http://www.cdc.gov/nchs/vital_certs_rev.htm.