

# טופס רישום יולדת - מרכז לידה

## הצהרת בריאות עצמאית למרכז לידה טבעי



חסוי לאחר מילוי / חסוי ביותר לאחר מילוי  
 תאריך מילוי הטופס: \_\_\_\_\_

**פרטים אישיים**

שם משפחה: \_\_\_\_\_ שם פרטי: \_\_\_\_\_ ת.ז.: \_\_\_\_\_

מקצוע האישה: \_\_\_\_\_ שם הבעל / בן הזוג: \_\_\_\_\_ מקצוע: \_\_\_\_\_

**תאריך לידה משוער:** \_\_\_\_\_**תולדות עבר**

מחלה כרונית: **כן / לא** \_\_\_\_\_

סכרת: **כן / לא** יתר לחץ דם: **כן / לא** אחר: \_\_\_\_\_

ניתוחים: **כן / לא** \_\_\_\_\_

תרופות קבועות: **כן / לא** \_\_\_\_\_

רגישות לתרופות: **כן / לא** \_\_\_\_\_

מחלות במשפחה: **כן / לא** \_\_\_\_\_

בעיות פריון: **כן / לא** תקופת עקרות: \_\_\_\_\_ טיפול: \_\_\_\_\_ מס' הפלות: \_\_\_\_\_

**הרינונות קודמים:**

מס'	שנת לידה	מהלך הריון		סיום ההריון			הילוד		מהלך לאחר לידות קודמות
		תקין / סיבוכים וטיפול	שבי	לידה רגילה / ניתוח קיסרי / לידה מכשירנית	מין	משקל	מצב בריאותי תקין / אחר	דימום מוגבר לאחר לידה / קבלת מרכיבי דם / קרע דרגה גבוהה 3-4 / הוצאה ידנית של השליה / שארית שליה / זיהום	

**הערות:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

חתימת היולדת: \_\_\_\_\_

שם מלא: \_\_\_\_\_