

## תעודת לידת חי - נוסח סטנדרטי של ארה"ב

מספר לידה:

|                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                      |  |                                                                               |  |                               |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------|--|
| 1. שם הילדה (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                                                        |  |                               |  |
| 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 המגורים של האם (State)                                                                                                                                                                                            |  | 9b. מחוז (County)                                    |  | 9c. עיר, יישוב או מקום                                                        |  | 9d. רחוב ומספר                |  |
| 9e. מס' דירה                                                                                                                                                                                                                |  | 9f. מיקוד                                            |  | 9g. בתוך גבולות העיר? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא |  |                               |  |
| 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)                         |  |                               |  |
| 11. שם המאשרת: <input type="checkbox"/> MD <input type="checkbox"/> DO <input type="checkbox"/> מנהל/ת בית חולים <input type="checkbox"/> CNM/CM <input type="checkbox"/> מיילדת/ת אחרת <input type="checkbox"/> אחר (פרטי) |  | 12. תאריך האישור: _____ / _____ / _____ שנה          |  | 13. תאריך התיקון אצל הרשם: _____ / _____ / _____ שנה                          |  |                               |  |

## מידע לשימוש מנהלי

|                                                                                                                                                                        |                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 14. כתובת הדואר של האם: <input type="checkbox"/> זהה לכתובת המגורים, או: _____ (State): _____ עיר, יישוב או מקום: _____ רחוב ומספר: _____ מס' דירה: _____ מיקוד: _____ |                                                                                                                      |
| 15. האם נשואה? (בעת הלידה, בעת ההתעברות או בכל עת שבניהן) <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא                                                      | 16. האם התבקש מספר ביטוח לאומי (Social Security) עבור הילדה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא |
| 17. מזהה המוסד (NPI)                                                                                                                                                   | 18. מספר הביטוח הלאומי (Social Security) של האב: _____                                                               |

## מידע למטרות רפואיות ובריאותיות בלבד

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 20. השכלת האם (יש לסמן את התיבה המתארת בצורה הטובה ביותר את התואר או רמת הלימודים הגבוהים ביותר שהושלמו במועד הלידה)<br><input type="checkbox"/> כיתה ח' או פחות<br><input type="checkbox"/> כיתות ט'-י"ב, ללא תעודת סיום<br><input type="checkbox"/> בגרות/תוכן או השלמת GED<br><input type="checkbox"/> נקודות זכות אקדמיות, ללא תואר<br><input type="checkbox"/> תואר אסוציאטי (למשל AA, AS)<br><input type="checkbox"/> תואר ראשון (למשל BA, AB, BS)<br><input type="checkbox"/> תואר שני (למשל MA, MS, MEd, MSW, MBA)<br><input type="checkbox"/> 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)<br><input type="checkbox"/> לא, אינה ספרדית/היספנית/לטינית<br><input type="checkbox"/> כן, מקסיקנית, מקסיקנית-אמריקאית, צ'קאנה<br><input type="checkbox"/> כן, פוארטוריקנית<br><input type="checkbox"/> כן, קובנית<br><input type="checkbox"/> כן, ספרדית/היספנית/לטינית אחרת (פרטי) _____ |  | 22. גזע האם (יש לסמן גזע אחד או יותר, לפי האופן שבו האם רואה את עצמה)<br><input type="checkbox"/> לבנה<br><input type="checkbox"/> שחורה או אפרו-אמריקאית<br><input type="checkbox"/> אינדיאנית אמריקאית או ילידת אלסקה (שם השבט הרשום או העיקרי)<br><input type="checkbox"/> הודית אסייתית<br><input type="checkbox"/> סינית<br><input type="checkbox"/> פיליפינית<br><input type="checkbox"/> יפנית<br><input type="checkbox"/> קוריאנית<br><input type="checkbox"/> וייטנאמית<br><input type="checkbox"/> אסייתית אחרת (פרטי) _____<br><input type="checkbox"/> ילידת הוואי<br><input type="checkbox"/> גואמית או צ'מורו<br><input type="checkbox"/> סמואית<br><input type="checkbox"/> ילידת איי האוקיינוס השקט אחרת (פרטי) _____<br><input type="checkbox"/> אחר (פרטי) _____ |  |
| 23. השכלת האב (יש לסמן את התיבה המתארת בצורה הטובה ביותר את התואר או רמת הלימודים הגבוהים ביותר שהושלמו במועד הלידה)<br><input type="checkbox"/> כיתה ח' או פחות<br><input type="checkbox"/> כיתות ט'-י"ב, ללא תעודת סיום<br><input type="checkbox"/> בגרות/תוכן או השלמת GED<br><input type="checkbox"/> נקודות זכות אקדמיות, ללא תואר<br><input type="checkbox"/> תואר אסוציאטי (למשל AA, AS)<br><input type="checkbox"/> תואר ראשון (למשל BA, AB, BS)<br><input type="checkbox"/> תואר שני (למשל MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA)<br><input type="checkbox"/> 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 ספרדית/היספנית/לטינית)<br><input type="checkbox"/> לא, אינו ספרדית/היספנית/לטינית<br><input type="checkbox"/> כן, מקסיקני, מקסיקני-אמריקאי, צ'קאנה<br><input type="checkbox"/> כן, פוארטוריקני<br><input type="checkbox"/> כן, קובני<br><input type="checkbox"/> כן, ספרדית/היספנית/לטינית אחר (פרטי) _____       |  | 25. גזע האב (יש לסמן גזע אחד או יותר, לפי האופן שבו האב רואה את עצמו)<br><input type="checkbox"/> לבנה<br><input type="checkbox"/> שחורה או אפרו-אמריקאית<br><input type="checkbox"/> אינדיאנית אמריקאית או ילידת אלסקה (שם השבט הרשום או העיקרי)<br><input type="checkbox"/> הודית אסייתית<br><input type="checkbox"/> סינית<br><input type="checkbox"/> פיליפינית<br><input type="checkbox"/> יפנית<br><input type="checkbox"/> קוריאנית<br><input type="checkbox"/> וייטנאמית<br><input type="checkbox"/> אסייתית אחרת (פרטי) _____<br><input type="checkbox"/> ילידת הוואי<br><input type="checkbox"/> גואמית או צ'מורו<br><input type="checkbox"/> סמואית<br><input type="checkbox"/> ילידת איי האוקיינוס השקט אחרת (פרטי) _____<br><input type="checkbox"/> אחר (פרטי) _____ |  |
| 26. המקום שבו התרחשה הלידה (יש לסמן אחד)<br><input type="checkbox"/> בית חולים<br><input type="checkbox"/> מרכז לידה עצמאי<br><input type="checkbox"/> לידת בית: האם תוכננה לידה בבית? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא<br><input type="checkbox"/> מרפאה/משרד רופא<br><input type="checkbox"/> אחר (פרטי) _____                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | 27. שם המיילדת/המלווה, תואר/ה ומספר NPI<br>שם: _____ NPI: _____<br>תואר: <input type="checkbox"/> MD <input type="checkbox"/> DO <input type="checkbox"/> CNM/CM <input type="checkbox"/> מיילדת/ת אחרת <input type="checkbox"/> אחר (פרטי) _____                                                                                                                                         |  | 28. האם הועברה לצורך הלידה מסיבות רפואיות אמהיות או עובריות? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא<br>אם כן, יש לציין את שם המוסד שממנו הועברה האם: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |

מס' הרשומה הרפואית של האם:

שם האם:

|                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>האם</b><br>29a. תאריך ביקור הטיפול הטרומ-לידתי הראשון _____ / _____ / _____<br>חודש יום שנה<br><input type="checkbox"/> לא התקבל טיפול טרומ-לידתי                  |                                                                                                                                            | 29b. תאריך ביקור הטיפול הטרומ-לידתי האחרון _____ / _____ / _____<br>חודש יום שנה<br>30. מספר ביקורי הטיפול הטרומ-לידתי הכולל בהריון זה _____<br>(אם לא היו, יש לרשום "0")                                                                                                                                                                                      |
| 31. גובה האם _____<br>(רגל/אינץ')                                                                                                                                     | 32. משקל האם לפני ההריון _____<br>(ליברות)                                                                                                 | 33. משקל האם בעת הלידה _____<br>(ליברות)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 35. מספר לידות חי קודמות (לא כולל ילד/ה זה/ה)<br>35a. חיים כיום: מספר _____<br><input type="checkbox"/> אין<br>35b. נפטרו: מספר _____<br><input type="checkbox"/> אין | 36. מספר תוצאות הריון אחרות (הפלות טבעיות או יזומות, או הריונות מחוץ לרחם)<br>36a. תוצאות אחרות מספר _____<br><input type="checkbox"/> אין | 37. עישון סיגריות לפני ההריון ובמהלכו לגבי כל תקופה, יש לרשום את מספר הסיגריות או את מספר חפיסות הסיגריות שעשונן. אם לא היה עישון, יש לרשום "0".<br>מספר ממוצע של סיגריות או חפיסות ליום: _____<br>מס' סיגריות _____<br>שלושה חודשים לפני ההריון _____<br>שלושת חודשי ההריון הראשונים _____<br>שלושת חודשי ההריון השניים _____<br>השליש השלישי של ההריון _____ |
| 35c. תאריך לידת החי האחרונה _____ / _____ / _____<br>חודש יום שנה                                                                                                     | 36b. תאריך תוצאת ההריון האחרת האחרונה _____ / _____ / _____<br>חודש יום שנה                                                                | 39. התאריך שבו החל הווסת התקין האחרון _____ / _____ / _____<br>חודש יום שנה                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 40. מספר הרשומה הרפואית של האם _____                                                                                                                                  |                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>מידע רפואי ובריאותי</b><br>41. גורמי סיכון בהריון זה (יש לסמן את כל המתאים)<br><input type="checkbox"/> סוכרת<br><input type="checkbox"/> טרומ-הריונית (אובחנה לפני הריון זה)<br><input type="checkbox"/> הריונית (אובחנה בהריון זה)<br><input type="checkbox"/> יתר לחץ דם<br><input type="checkbox"/> טרומ-הריוני (כרוני)<br><input type="checkbox"/> הריוני (PIH), רעלת הריון<br><input type="checkbox"/> אקלמפסיה<br><input type="checkbox"/> לידה מוקדמת קודמת<br><input type="checkbox"/> תוצאת הריון קודמת לקויה אחרת (לרבות מוות סב-לידתי, לידת תינוק קטן לגיל ההריון/עם האטה בגדילה תוך-רחמית)<br><input type="checkbox"/> ההריון הושג בעקבות טיפולי פוריות - אם כן, יש לסמן את כל המתאים:<br><input type="checkbox"/> תרופות להגברת פוריות, הזרעה מלאכותית או הזרעה תוך-רחמית<br><input type="checkbox"/> טכנולוגיית רבייה מסייעת (למשל הפריה חוץ-גופית (IVF), העברת גמטות לחצוצרה (GIFT))<br><input type="checkbox"/> לאם ניתוח קיסרי קודם<br>אם כן, כמה: _____<br><input type="checkbox"/> אף אחד מהנ"ל |  | 43. פעולות מיילדותיות (יש לסמן את כל המתאים)<br><input type="checkbox"/> תפר צווארי (Cesarean)<br><input type="checkbox"/> טוקליזה (עיכוב צירים)<br><input type="checkbox"/> הפיך חיצוני של העובר:<br><input type="checkbox"/> הצליח<br><input type="checkbox"/> נכשל<br><input type="checkbox"/> אף אחד מהנ"ל<br>44. תחילת הלידה (יש לסמן את כל המתאים)<br><input type="checkbox"/> ירידת מים מוקדמת (ממושכת, 12 שעות ומעלה)<br><input type="checkbox"/> לידה מהירה (פחות מ-3 שעות)<br><input type="checkbox"/> לידה ממושכת (20 שעות ומעלה)<br><input type="checkbox"/> אף אחד מהנ"ל<br>45. מאפייני הציירים והלידה (יש לסמן את כל המתאים)<br><input type="checkbox"/> השראת לידה<br><input type="checkbox"/> האצת לידה<br><input type="checkbox"/> מצג שאינו מצג קודקוד<br><input type="checkbox"/> סטרואידיים (גלוקוקורטיקואידים) להבשלת ריאות העובר, שניתנו לאם לפני הלידה<br><input type="checkbox"/> אנטיביוטיקה שניתנה לאם במהלך הלידה<br><input type="checkbox"/> דלקת קרום שליה (כוריאמניוניטיס) קלינית שאובחנה במהלך הלידה, או חום אמתי של $38^{\circ}\text{C}$ ( $100.4^{\circ}\text{F}$ ) ומעלה<br><input type="checkbox"/> הכתמה בינונית/כבדה של מי השפיר במקוונים<br><input type="checkbox"/> מצוקה עוברית במהלך הלידה שבעקבותיה ננקטה אחרת או יותר מהפעולות הבאות: פעולות החייאה תוך-רחמיות, הערכה עוברית נוספת או לידה ניתוחית<br><input type="checkbox"/> הרדמה אפידורלית או ספינלית במהלך הלידה<br><input type="checkbox"/> אף אחד מהנ"ל |
| 42. זיהומים שהיו קיימים ו/או טופלו במהלך ההריון זה (יש לסמן את כל המתאים)<br><input type="checkbox"/> זיהב<br><input type="checkbox"/> עגבת<br><input type="checkbox"/> כלמדיה<br><input type="checkbox"/> דלקת כבד B<br><input type="checkbox"/> דלקת כבד C<br><input type="checkbox"/> אף אחד מהנ"ל                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | 46. אופן הלידה<br>A. האם נעשה ניסיון ללידה במלקיים שלא צלח? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא<br>B. האם נעשה ניסיון ללידה בוואקום שלא צלח? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא<br>C. מצג העובר בלידה<br><input type="checkbox"/> ראש (קודקוד)<br><input type="checkbox"/> עכוז<br><input type="checkbox"/> אחר<br>D. דרך ואופן אופן הלידה הסופיים (יש לסמן אחד)<br><input type="checkbox"/> וגינלית/ספונטנית<br><input type="checkbox"/> וגינלית/מלקיים<br><input type="checkbox"/> וגינלית/ואקום<br><input type="checkbox"/> ניתוח קיסרי<br>אם בניתוח קיסרי, האם נעשה ניסיון ללידה רגילה?<br><input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא<br>47. תחלואה אמיתית (יש לסמן את כל המתאים) (סיבוכים הקשורים לציירים וללידה)<br><input type="checkbox"/> עירוי דם לאם<br><input type="checkbox"/> קרע חיצן מדרגה שלישית או רביעית<br><input type="checkbox"/> קרע ברחם<br><input type="checkbox"/> כריתת רחם לא מתוכננת<br><input type="checkbox"/> אשפוז ביחידה לטיפול נמרץ<br><input type="checkbox"/> פעולה לא מתוכננת בחדר ניתוח לאחר הלידה<br><input type="checkbox"/> אף אחד מהנ"ל                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>היילוד/ה</b><br>48. מספר הרשומה הרפואית של היילוד/ה _____<br>49. משקל הלידה (עדיף בגרמים, יש לציין יחידה) _____<br><input type="checkbox"/> גרם <input type="checkbox"/> ליברות/אונקיות<br>50. הערכה מיילדותית של גיל ההריון: _____<br>(שבועות מלאים)<br>51. ציון אפגר: _____<br>ציון לאחר 5 דקות: _____<br><b>אם הציון לאחר 5 דקות נמוך מ-6,</b><br>ציון לאחר 10 דקות: _____<br>52. ריבוי עובריים - יחיד, תאומים, שלישיה וכו' (פרט/י): _____<br>53. אם אין זו לידת יחיד - נולדה/ראשונה, שני/ה, שלישית וכו' (פרט/י): _____ |  | 54. מצבים חריגים של היילוד/ה (יש לסמן את כל המתאים)<br><input type="checkbox"/> נדרשה הנשמה מסייעת מיד לאחר הלידה<br><input type="checkbox"/> נדרשה הנשמה מסייעת למשך יותר משש שעות<br><input type="checkbox"/> אשפוז בפג'י/טיפול נמרץ יילודים (NICU)<br><input type="checkbox"/> ניתן ליילוד/ה טיפול תחליפי בסורפקנט<br><input type="checkbox"/> ניתנה ליילוד/ה אנטיביוטיקה בשל חשד לאלח דם (ספסיס) של היילוד<br><input type="checkbox"/> פרכוס או הפרעה נוירולוגית חמורה<br><input type="checkbox"/> פגיעת לידה משמעותית (שבר/י שלד, פגיעה בעצב היקפי ו/או דימום ברוקמה ו/או רכה/באבר מוצק המחייב התערבות)<br><input type="checkbox"/> אף אחד מהנ"ל | 55. מומים מולדים של היילוד/ה (יש לסמן את כל המתאים)<br><input type="checkbox"/> אננצפליה (העדר מוח)<br><input type="checkbox"/> מנינגואלולציה/שדרה שסועה (Spina bifida)<br><input type="checkbox"/> מחלת לב מולדת כחלונית<br><input type="checkbox"/> בקע סרעפתי מולד<br><input type="checkbox"/> בקע טבורי (Omphalocele)<br><input type="checkbox"/> גסטרוסקיזיס (חסר בדופן הבטן)<br><input type="checkbox"/> חסר בגפה (למעט קטיעה מולדת ותסמונות גמדות)<br><input type="checkbox"/> שסע שפה, עם או בלי שסע חך<br><input type="checkbox"/> שסע חך בלבד<br><input type="checkbox"/> תסמונת דאון<br><input type="checkbox"/> קריוטיפ מאושר<br><input type="checkbox"/> קריוטיפ ממתיין לתוצאה<br><input type="checkbox"/> חשד להפרעה כרומוזומלית<br><input type="checkbox"/> קריוטיפ מאושר<br><input type="checkbox"/> קריוטיפ ממתיין לתוצאה<br><input type="checkbox"/> היפוספדיאס<br><input type="checkbox"/> אף אחד מהמומים המפורטים לעיל |
| 56. האם התינוק/ה הועברה/ה בתוך 24 שעות מהלידה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא<br>אם כן, שם המוסד שאליו הועברה/ה: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | 57. האם התינוק/ה בחיים במועד הדיווח? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא<br>אם כן, האם התינוק/ה הועברה/ה, מצב לא ידוע <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 58. האם התינוק/ה יונק/ת בעת השחרור? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | 59. האם התינוק/ה הועברה/ה, מצב לא ידוע <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> 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](http://www.cdc.gov/nchs/vital_certs_rev.htm)