חלק זה מיועד לרופא המטפל

הרופא המטפל

הנדון: **גמלה לשמירת היריון**

על פי חוק המוסד לביטוח לאומי, מבוטחת (עובדת שכירה או עובדת עצמאית) זכאית, בתנאים מסוימים, לקבלת גמלה לשמירת היריון.

שמירת היריון מוגדרת כהיעדרות מעבודה בתקופת ההיריון, המתחייבת בשל:
1. מצב רפואי הנובע מההיריון והמסכן את האישה או את עוברה
2. סכנה הנובעת ממקום העבודה או סוג העבודה

הכול בהתאם לאישור רפואי בכתב.

המוסד לביטוח לאומי אינו מתיימר לבקר החלטות מקצועיות של רופאי נשים. עם זאת, יש להבהיר למטופלת כי החלטת הרופא לפסוק הפסקת עבודה אינה מזכה אוטומטית בגמלה לשמירת היריון.

הפסקת עבודה יכולה להינתן גם במסגרת ימי מחלה או הגבלה במקום העבודה. רופא מטעם המוסד לביטוח לאומי יבחן את הבקשה ויחליט אם קיימת התוויה לגמלה.

לא כל מנוחה והפסקת עבודה מזכה בגמלה. רק מצבים שנובעים ישירות מההיריון ומסכנים את האישה יידונו במסגרת זו.

אני מבקש להדגיש כי כל בקשה לגמלה ובמיוחד בגמלאות ארוכות מחייבת תיעוד רפואי לצורך גיבוי.

בכל בקשה נא להתייחס ולנמק מדוע המצב מסכן את האישה או את עוברה ולגבות זאת בתיעוד פרוספקטיבי ורלוונטי לבקשה. להלן פירוט תיעוד רפואי (מסמכים רפואיים), הנדרש לפי סיבת שמירת ההיריון:
1. הקאות יתר – תיעוד למתן נוזלים, ביקור במיון או במרפאה.
2. דימום – תיעוד לביקור בחדר מיון או במרפאה לסיבוכי היריון או תיעוד של רופא על דימום.
3. כאבי גב, סימפיזיוליזיס או בעיות אורטופדיות – חוות דעת מקצועית של רופא אורטופד.
4. כאבי ראש – חוות דעת מקצועית של רופא נוירולוג.
5. בעיה נפשית – חוות דעת של רופא פסיכיאטר.
6. בעיה לבבית – חוות דעת של רופא קרדיולוג.
7. סביבת עבודה מסכנת: חוות דעת של רופא תעסוקתי.

התיעוד חייב להיות רלוונטי לתקופת שמירת ההיריון. תיעוד חלקי יאפשר מתן גמלה לתקופת התיעוד בלבד.

בסיבות שאינן מילדותיות, אין הרופא היועץ רשאי להמליץ על גמלה, אלא רק לציין את המגבלות, ורופא מומחה נשים הוא שימליץ על השמירה, בכפוף לחוות הדעת.

בברכה,

מומחה גינקולוג – יועץ רפואי

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

חותמת קבלה	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
	מס' זהות / דרכון סוג המסמך **05** דפים

אישור רפואי לעניין גמלה לשמירת היריון או המשך שמירת היריון

אישור הרופא המטפל אינו קובע זכאות לגמלה לשמירת היריון אלא אם רופא המוסד חווה דעתו ואישר בכתב את הוראת הרופא המטפל

1 פרטי התובעת

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב

הגב' נמצאת בטיפול מיום: ____ ____ ____ (יום / חודש / שנה)

2 היריונות קודמים

היסטוריה מילדותית קצרה: _____

_____

_____

3 היריון נוכחי – יש לצרף תיעוד רפואי רלוונטי

תאריך מחזור אחרון	תאריך לידה משוער
____ ____ ____ (יום / חודש / שנה)	____ ____ ____ (יום / חודש / שנה)

☐ היריון לאחר הפריה חוץ גופית (IVF) ☐ היריון רב-עוברי

א. **בעיות רפואיות כלליות:** _____

_____

ב. **הסיבות לשמירת ההיריון:** _____

_____

ג. **בדיקות עזר רלוונטיות שנערכו לנבדקת:**

	בדיקה	תאריך (יום / חודש / שנה)
1.		
2.		

ד. **נבדקה על ידי לקביעת הצורך בשמירת היריון בתאריכים המפורטים להלן:**

1. _____ 2. _____ 3. _____

ה. **אושפזה בשל שמירת היריון בתקופות המפורטות להלן:** *חובה לצרף מסמכי אשפוז

1.	מתאריך _____	עד תאריך _____
2.	מתאריך _____	עד תאריך _____

4 אישור

בהתאם לעמדתי המקצועית, הריני מאשר בזאת כי בשל מצבה של הנבדקת:

- ❑ הנובע מן ההיריון והמסכן אותה ו/או את עוברה
- ❑ הנובע ממקום העבודה או סוג העבודה והמהווה סכנה לה או לעוברה

עליה להפסיק את עבודתה ולהיות בשמירת היריון מתאריך: _____ עד תאריך: _____

אישור זה ניתן למוסד לביטוח לאומי לעניין תשלום גמלה לשמירת היריון.

תאריך סיום היריון, אם חל לפני תאריך לידה משוער: _____

אישור זה ניתן לאחר שקראתי את ההנחיות בעמ' 1 והנני מצהיר בזאת שאין מדובר בחופשת מחלה רגילה.

שם הרופא למחלות נשים ולידה: _____ מס' רישיון: _____

כתובת המרפאה: _____ טלפון: _____

פרטי הרופא המאשר, לצורך התקשרות:

שם _____ כתובת _____

טלפון _____

תאריך_____ חתימה וחותמת ✕_____

רופא נשים נכבד: לפני מילוי הטופס, אנא קרא בעיון מכתב נלווה לטופס זה.

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד