1. סימוכין

1.1. הדסה: נוהל שימוש וטיפול בחלב אם בבית החולים, מספר: 02-02-05-07.

1.2. הדסה: פרוטוקול קליני: הפחתת רעש בפגיה, מספר: 02-02-05-03.

2. נספחים

נספח 1: כרטיס מידע לאינקובטור.

נספח 2: רשימות תיוג: קבלת פג צעיר בפגיה.

נספח 3 : טיפול בפג שבוע 29-32.

נספח 4: טופס מילוי נתונים- דשבורד.

נספח 5 : דף תחקיר.

נספח 6: סולם להערכת כאב : N-PASS.

נספח 7: עדכוני הנוהל

3. מבוא

בשיטת הטיפול minimal handling המטרה היא לצמצם למינימום את הגירויים העלולים לגרום לשינויים בזרימות הדם ולהעלות את הסיכון לדמם תוך מוחי (IVH), כגון כאב.

דמם תוך מוחי מתרחש לרוב במהלך השבוע הראשון לחיים אך בעיקר בשלושת הימים הראשונים. אלה הממצאים גם ביחידות לטיפול נמרץ פגים בהדסה.

פרוטוקול זה אינו כולל את ההנחיות והגישות המקובלות טרם הלידה להפחתת דימום תוך מוחי, ביניהן מתן קורטיקוסטרואידים לאם, שמירה על נורמותרמיה וניתוק מושהה של חבל הטבור.

4. מטרה

להגדיר ולהטמיע הנחיות ועקרונות טיפול שימזערו היארעות של IVH חמור (דרגה 3-4) בימים הראשונים לחיים.

5. חלות

רופאים ואחיות המטפלים בפגים שנולדו בשבוע נמוך מ- 29 שבועות ומאושפזים ביחידה לטיפול נמרץ בפג ובילוד.

6. סמכות ואחריות

6.1. באחריות הצוות הרפואי והסיעודי לוודא שהפג יחשף למינימום גירויים מזיקים.

6.2. באחריות הצוותים המטפלים לספק מידע בנושא זה למשפחה.

6.3. באחריות הצוות המטפל להכין את הציוד לקבלת הפג בחדר לידה/בפגיה.

6.4. בסמכות הרופא המטפל להכניס צנטרים לטבור בעזרת איש צוות נוסף.

7. אוכלוסיית יעד

7.1. פגים הנולדים לפני שבוע 29 להריון.

7.2. הנחיות נוספות לתינוקות שנולדו בשבועות 29+1 ועד 31+6 נמצאות בנספח 3.

8. הגדרות

8.1. **קולוסטרום:** החלב הראשוני שנשאב לאחר הלידה בימים הראשונים לחיים.

8.2. **טיפול בוקלי בקולוסטרום:** ראה הנחיות מפורטות בסעיף 12.3.7.

9. התוויות

9.1. ההנחיות חלות על אוכלוסית הפגים שפורטה לעיל.

10. התוויות נגד

10.1. צורך בטיפול רפואי דחוף, לעולם גובר על שיקולי minimal handling.

11. שיטה

11.1. **עקרונות**

11.1.1. טיפולים ובדיקות יבוצעו כמתחייב ממצבו הרפואי של התינוק, תוך שאיפה למיזעור גירויים מפריעים וריכוז הטיפול.

11.1.2. יש לשאוף שהצוות הרפואי המטפל יהיה המיומן ביותר (בהתאם לנסיבות בהחלטת רופא בכיר עם הנחיות מתאימות למתמחה) והן מבחינת הסיעוד.

11.2. **ההליך**

11.2.1. עם קבלת הודעה על לידת תינוק צפוייה בשבוע 28+6 ומטה יש להתכונן כדלהלן:

11.2.1.1. הוצאת טפסים מתוך "תיק שומרי ראש" והדבקת מדבקת התינוק, הטפסים הנדרשים:

- פרוטוקול למניעת IVH בפגים (מסמך זה)
- כרטיס מידע לאינקובאטור (נספח 1)
- עם הגעת התינוק למחלקה באחריות האחות המקבלת להכניס הוראה למילוי רשימת תיוג "שומרי ראש" במטאוויז'ן שתופיע אחת למשמרת.

11.2.2. הכנת ציוד לקבלת הפג בחדר לידה. הציוד הנדרש:

- חדר מחומם ל25 מעלות
- אינקובאטור נייד מחומם
- בלוני אויר וחמצן
- מנשם/נאופף, טובוסים בגודל מתאים, מסיכות אנטומיות מתאימות, מוליך לטובוס

- Video Laryngoscope
- שקית פוליאתילן סטרילית לחימום
- מזרון חימום
- כובע
- סורפקטנט וקטטר למתן סורפקטנט
- ציוד לביצוע אינטובציה
- קבילון וקיבועים מתאימים לטובוס

11.2.3. הכנת ציוד לקבלת הפג בפגיה (נספח 2), הציוד הנדרש:

- חדר מחומם;
- אינקובטור שכוון מראש ל- 85%-90% לחות;
- מראשות האינקובטור מוגבהים בזווית של 30 לאחר שקילה ראשונה;
- כרטיס מידע לאינקובטור;
- חיתולי בד להכנת קן לשמירת תנוחת midline (ראש ושאר הגוף בקו אחד);
- מזרון חימום (לא להוציא מזרון עד תום הכנסת צנטרים לטבור וכשחום הגוף של התינוק תקין);
- הכנת ערכות לקטטרים טבוריים, IV פריפרי;

11.3. **עקרונות הטיפול בפג**

11.3.1. מזעור כאב וסטרס

11.3.1.1. השכבת הפג ב MIDPOSITION: הראש מוגבה עד 30 מעלות למשך 3 ימים.

11.3.1.2. שינוי תנוחה יעשה כאשר כל הגוף נמצא כיחידה אחת.

11.3.1.3. מתן ויטמין K יינתן IV לפי פרוטוקול מחלקתי: לתינוקות שנולדו בשבוע 28 + 6

- בתינוקות אלה שמשקלם בלידה < 1500 גרם יינתן- IV VITAMIN K 0.5 MG;
- בתינוקות אלה שמשקלם > 1500 גרם- יינתן IV VITAMIN K 1 MG;
- אין צורך בדילול;

11.3.1.4. מתן טיפות/משחת עיניים אנטיביוטית בעדינות.

11.3.1.5. מזעור טיפולים ובדיקות, יש לקבצם יחד ולקצרם ככל הניתן (רצוי לבצע תיאום פעולות הדורשות פתיחת אינקובאטור. למשל, הרופא יבדוק את הפג ובאותה הזדמנות האחות תקח סימנים ותטפל בתינוק). במהלך 3 הימים הראשונים לחיים לזכור שכל פעולה לרבות בדיקת רופא, שקילה, החלפת טיטול ושינוי תנוחה יעשו בארבע ידיים.

11.3.1.6. החלפת טיטול תעשה ע"י הרמת האגן והחלקת הטיטול מתחת לפג (אין להרים את רגלי התינוק לשם כך).

11.3.1.7. בכל משמרת, יש לבצע אומדן כאב לפחות פעם אחת או לפי הנדרש לפי סרגל NPASS (נספח 6) ורישום האומדן בדף הטיפול וברשימת התיוג.

11.3.2. <u>הכנסת צנטרים טבוריים/בדיקות דם/ מעקב לחץ דם/שתן</u>

11.3.2.1. הכנסת צנתרים לטבור על ידי 2 אנשי צוות (2 רופאים, או רופא ואחות) או בהתאם להחלטת רופא בכיר.

11.3.2.2. יש לתת משככי כאבים עם ההגעה לפגיה, לפני תחילת הפרוצדורה (PRECEDEX, NASAL FENTANYL).

11.3.2.3. השארת שקית פוליאתילן על התינוק עד כ 3 שעות לאחר הלידה במידה וכמות נוזלים לא מרובה (אין צורך להסיר את הניילון לשקילה).

11.3.2.4. הכנסת הצנתרים תבוצע בהתאם להנחיות הבאות:

- שימוש בכלורהקסידין 1% על בסיס מים לחיטוי העור בכל התינוקות כדי למזער נזקים לצנתר במגע עם אלכוהול;
- לפני חיתוך חבל הטבור יעשה ניקוי במשך 15 שניות. לאחר החיתוך ניקוי חוזר של הגדם במשך 15 שניות;
- ניתן להשתמש באפליקטורים סטריליים בפגים קטנים להגבלת אזור הניקוי;
- לפני הכנסת צנטרים לטבור מומלץ להסיר את חומר החיטוי במים סטריליים;
- במידה והקיבוע על עור הבטן רצוי למרוח קבילון, ולאחר מכן לקבע;

11.3.2.5. לפג עם UAC או AL אין למדוד באופן שגרתי לחץ דם ידני.

- במידה ונדרשת מדידת לחץ דם ידנית, יש להסיר מהגפה את השרוול בתום המדידה;
- לקיחת דם מ UAC או AL תבוצע באופן איטי והדרגתי, כך גם החזרת DEAD SPACE;
- לא יבוצע דיקור רוטיני של העקב;
- במידה ומוכנס IV פריפרי יש לחטא על פי נוהל את מקום ההחדרה עם אלכוהול+כלורהקסידין למשך 30 שניות, לא לחשוף אזור נרחב;
- ההחדרה על ידי 2 אנשי צוות;
- במידת האפשר, לא לקחת דמים מעירוי פריפרי;
- רצוי להימנע ממתן בולוסים של נוזלים, ובהתאם לשיקול קליני;

11.3.2.6. איסוף שתן כמותי יעשה על ידי שקילת טיטולים באופן שגרתי.

11.3.3. <u>מעקב חום</u>

11.3.3.1. חום גוף אקסילארי יימדד תוך 10 דקות מהכניסה לפגיה.

11.3.3.2. החום יימדד תוך שעה ושעתיים מהקבלה לפגיה.

11.3.3.3. אם חום הגוף נמוך מ 36.5 רצוי להמתין, במידה וניתן, עם פעולות כמו הכנסת צנטרים לטבור ולמזער אירועים של פתיחת אינקובאטור.

11.3.4. <u>פעולות חירום וטיפול בכאב</u>

11.3.4.1. אינטובציה תעשה על ידי רופא בכיר או בהתאם להחלטת רופא בכיר.

11.3.4.2. מומלץ מתן פרמדיקציה לפני ביצוע אינטובציה (פנטניל, פרסדקס, פרופופול), אלא אם מדובר במצב חירום.

11.3.4.3. יש להימנע מביצוע סקשן באופן רוטיני אלא לפי צורך.

11.3.4.4. יש לתת טיפול נוגד כאב לפני פרוצדורות חודרניות כגון: PICC , נקז חזה, אינטובציה. ניתן להיעזר בפרוטוקול כאב מחלקתי המתבסס על הנחיות כאב ארציות.

11.3.5. <u>שלמות העור</u>

11.3.5.1. שמירת העור (השארת טיטול פתוח, שימוש במסירי דבק, שימוש בקבילון- במיוחד באזורי הדבקת פלסטרים/מדבקות/אזור הגניטליה והישבן).

11.3.5.2. לא לרחוץ, אלא בהתוויה רפואית.

11.3.5.3. ניקוי העור בעת הצורך בלבד, באמצעות: קערה סטרילית, מים סטריליים חמים ובד רך/צמר גפן (לא גזה!) ולייבש מיד ובטפיחות ולא שפשוף.

11.3.5.4. החלפת מצעים רק בעת הצורך ולא כשגרה.

11.3.5.5. אחת למשמרת ב72 השעות הראשונות תעשה בדיקה לאיתור פצעי לחץ או נגעי עור אחרים כולל הגב. הטיה עדינה של התינוק תעשה כיחידה אחת בארבע ידיים.

11.3.6. <u>מדידות ראש/בטן/שקילה</u>

11.3.6.1. אין למדוד היקף ראש ובטן אלא בהתוויה רפואית. בכל מקרה אין להרים את הראש לשם המדידה. רצוי להשלים את מדידת היקף הראש עד תום השבוע הראשון.

11.3.6.2. הימנעות מניקור מותני אלא אם יש התוויה רפואית לכך.

11.3.6.3. בדיקת המרפס תתבצע בעדינות.

11.3.6.4. שקילה תעשה בארבע ידיים אחת ליממה.

11.3.6.5. יעשה מעקב שתן כמותי

11.3.7. <u>הדמיה</u>

11.3.7.1. סונר מוח יתבצע לאחר 72 שעות, אלא אם יש חשד קליני לדימום.

11.3.7.2. בעת צילום רנטגן, רק רופא או אחות רשאים לגעת או לטפל בפג (לא טכנאי רנטגן!).

11.3.7.3. יש להוציא את מזרון החימום בעת צילום רנטגן.

11.3.7.4. בדיקת אקו לב תתבצע אם יש צורך קליני.

11.3.7.5. בדיקות אולטרסאונד, יתואמו מראש, יבוצעו בארבע ידיים ותינתן הרגעה מראש על פי הצורך.

11.3.8. <u>מתן Colostrum</u>

11.3.8.1. קולוסטרום בוקאלי- מתן כמויות מינימליות של קולוסטרום וגירוי הרירית הבוקלית (ניתן להתחיל במידה וחום גוף התינוק יציב, הסתיימו פעולות דחופות של אינטובציה/החדרת צנטרים/נקזים, התינוק רגוע ויציב המודינמית והאם החלה לסחוט/ לשאוב חלב).

11.3.8.2. יש לשאוף למתן קולוסטרום בוקאלי תוך שעתיים מהלידה ולחזור על התהליך במידת האפשר כל 3-4 שעות עד להגעה להזנה אנטרלית מלאה.

11.3.8.3. יש להשתמש בקולוסטרום של אם הילוד. ניתן להשתמש בחלב תורמת לגירוי בוקאלי באישור ההורים.

11.3.8.4. סדר עדיפות בשימוש בקולוסטרום:

- קולוסטרום טרי
- קולוסטרום שאוחסן בקירור בהתאם להנחיות שימור ואחסון חלב אם
- חלב תורמת

הקולוסטרום ישאב במזרק של 1 מ"ל

11.3.8.5. כמות הקולוסטרום לטיפול פה (ע"י האחות המטפלת):

- פג במשקל נמוך מ1000 גרם שימוש ב 0.1 מ"ל קולוסטרום, 0.05 מ"ל לכל צד מצדי חלל הפה
- פג במשקל 1000-1500 גרם שימוש ב 0.2 מ"ל קולוסטרום, 0.1 מ"ל לכל צד מצדי חלל הפה

11.3.8.6. אופן המתן: יש להכניס את קצה המזרק לתוך פיו של היילוד, לכיוון האורופארינקס, להזריק באיטיות פנימה בחלל הבוקאלי את הנפח המתאים. יש לחזור על אותו הליך בצד השני.

11.3.8.7. לחלופין ניתן לעטות כפפות נקיות ולמרוח את מינון הקולוסטרום המתאים על האצבע ובעדינות להכניס את האצבע לתוך פיו של היילוד לצד ימין לכיוון האורופארינקס, לעסות את הקולוסטרום לרקמה הבוקאלית. לחזור על הפעולה בצד השמאלי. פעולה זו צריכה העשות בזהירות, במיוחד בתינוק עם טובוס.

11.3.9. <u>מזעור גירויים מפריעים</u>

11.3.9.1. מזעור רעשים ותאורה בחדר.

11.3.9.2. אין לדבר בקול רם על יד האינקובאטור, ולא לדבר בטלפון (להדריך גם הורים).

11.3.9.3. אין לטרוק את דלתות האינקובאטור.

11.3.9.4. אין להניח דבר על האינקובאטור למעט כיסוי בד או מכשיר פוטותרפיה בעת הצורך.

11.3.9.5. יש לעודד מגע ידיים של ההורים באינקובאטור.

11.3.10. <u>ביצוע הפעולות הבאות על ידי שני אנשי צוות</u>

11.3.10.1. כל שינוי תנוחה שעלול לערב שינוי של מיקום הראש.

11.3.10.2. שאיבת הפרשות (סקשן).

11.3.10.3. החלפת מצעים.

11.3.10.4. צילום רנטגן.

11.3.10.5. שקילה.

11.3.10.6. העברת התינוק.

11.3.10.7. הסרת/החלפת שקית החימום.

11.3.10.8. Skin to skin (במידה ואושר).

11.3.10.9. אומדן הגב כדי לבדוק שאין פצעי לחץ.

11.3.10.10. ביצוע בדיקות הדמיה

11.3.10.11. החלפת טיטול

11.3.10.12. בדיקת רופא

11.3.11. התייחסות לתינוקות שנולדו בשבועות 29+0 ועד שבוע 31+6

11.3.11.1. רוב כללי Minimal Handling יישומו גם כאן.

11.3.11.2. חלקם הגדול של תינוקות אלה יתמכו בהנשמה נזאלית וניתן להשכיבם על הבטן.

11.3.11.3. מילוי טופס התייחסות יומי ובו יוחלט ע"י הצוות המטפל (רופא ואחות) איזה קריטריונים נכונים בטיפול בתינוק הספציפי במהלך הביקור (נספח 3). על פי מצב התינוק הקריטריונים יכולים להשתנות.

11.3.12. איסוף נתונים ובקרה

11.3.12.1. רצוי לקיים תחקיר החייאה (נספח 5) על ידי רופא בכיר בסמוך ללידה ככל שניתן

11.3.12.2. התחקיר יתויק בקלסר ייעודי עם דפי התינוק ולא בגיליון היילוד.

11.3.12.3. טפסי תיוג ימולאו במטאוויז'ן על ידי האחיות ב 3 הימים הראשונים לחיים בתינוקות שנולדו לפני שבוע 29.

11.3.12.4. טופס דשבורד (נספח 4) ימולא על ידי רופא אחראי פרויקט/אטנדינג בתום 3 הימים הראשונים לחיים ויתויק בקלסר הייעודי.

11.3.12.5. בהתאם למסקנות התחקיר יש להוציא הנחיות נקודתיות: מיילדים, חדרי לידה, פגיה.

11.3.12.6. הכנסת נתונים ל REDCUP תעשה בתום 3 הימים הראשונים (קבלת מספר ממוחשב לתינוק) וסגירת הגיליון הממוחשב תעשה בעת שחרור התינוק/פטירתו. שנולדו בשבוע 24+0 ועד שבוע 28+6).

11.3.12.7. מקרים בהם עלו מסקנות משמעותיות בתחקיר יוצגו בישיבת צוותים מחלקתיים.

12. הכשרה והטמעה

12.1. הנוהל יופץ לעובדים באופן ישיר למייל האישי שלהם בהדסה ועל-ידי המנהלים הישירים.

12.2. העובדים ידרשו לחתום על קריאת הנוהל במערכת TEACH.

12.3. הדרכה בנוגע לנוהל זה תינתן בעת קבלת עובד חדש למחלקה.

12.4. באחריותם של מנהלי המחלקות והאחיות הראשיות להטמיע נוהל זה בקרב העובדים שלהם.

נספח 1: כרטיס מידע לאינקובטור

שומרי הראש

נולדתי בתאריך

בשעה

נא לעבוד בהתאם ל- IVH bundle
אשלים 72 שעות מהלידה

בתאריך_____ בשעה_____

המרכז הרפואי האוניברסיטאי הדסה
מיסודו של ארגון נשות הדסה

מרפאות הדסה חדשה

שומרי הראש

נספח 2: רשימות תיוג: לקבלת פג בשבוע צעיר

(מילוי טופס זה ע"י אחות בקבלה)

מדבקת שם התינוק

Minimal Handling (שבוע 24+0 – 29+0)

בקבלה לפגייה:

מקבלת התינוק: במידה ואפשר, אחות מנוסה עם קורס על בסיסי ט.נ.פגים

	כן / לא	הערות
צוות אחיות ידעו והתכוננו לקבלה מראש		הודעה מחדר לידה לפגיה הודעה מרופא ילדים לאחמ"ש
חדר מחומם 25°		
אינקובטור מחומם 34°		
אינקובטור עם לחות % 90 – 80%		
קן פרוס בתוך האינקובטור		
מדידת חום בבית שחי		
חום גוף בקבלה PA חום גוף שעה אחרי קבלה PA חום גוף שעתיים אחרי קבלה PA		
שקילה על ידי 2 אחיות (אפשר עם כובע, ושקית חימום)		אחות 1 _____ אחות 2 _____
הוצאת שקית חימום ע"י 2 אחיות (אם יש הרבה נוזלים)		אחות 1 _____ אחות 2 _____
מתן VITAMIN K בוריד		
מתן משחת עיניים בעדינות		
מריחת קווילון לפני הדבקות		
פרוב חום גוף נמצא בחזה/ גב (לא ברקטום)		
מתן פרמדיקציה / הרגעה לפני אינטובציה		
מתן פרמדיקציה / הרגעה לפני פרוצדורה (הכנסת ליינים)		
הוצאת מזרון חימום לאחר סיום פרוצדורות על ידי 2 אחיות		אחות 1 _____ אחות 2 _____
מזעור רעשים ותאורה בחדר		
תינוק שוכב אסוף, ראש קו אמצע מיטה 30 °		
פרוצדורות נעשו ע"י רופא בכיר (אינטובציה, IV, ליינים וכו)		רצוי, במידת האפשר
הכנסת ליינים ע"י 2 רופאים		רצוי, במידת האפשר

נספח 3: הנחיות לטיפול בילוד בשבוע 29+1-31+6

טיפול יומי בפגים שנולדו בשבוע 29+1 ועד 31+6
במהלך 72 השעות הראשונות לחיים

שם התינוק- מדבקה-
תז:

	כן	לא
1. שכיבה על הבטן		
2. שקילה ב 72 השעות הראשונות		
3. רחצת התינוק ב 72 השעות הראשונות		
4. המנעות מהרמת רגלים מעל גובה הראש		
5. מדידת לחץ דם ידנית (בסוף המדידה להסיר את השרוול)		
6. השארת טיטול פתוח		
7. הוצאה לקנגורו		
8. בדיקת סקר יילודים		

חתימת הרופא:

נספח 4 : טופס מילוי נתונים- דשבורד

פרוייקט "שומרי הראש" למניעת IVH בפגים

יש למלא עבור כל פג שנולד בגיל 6+28 ומטה

מדבקה

לפני הלידה ובחדר לידה

מאפיינים אישיים

- **לידה מספר** ○1 ○2 ○3 ○4 ○5 ○6 ○>6
- **מס' ילודים בלידה** ○1 ○2 ○3 ○4 ○5 ○<5
- **שבוע לידה (+יום)** _____+_____
- **מיקום לידה** ○ בבי"ח ○ מחוץ לבי"ח
- **משקל לידה** _____ גרם

מאפיינים אישיים, שמירה, אבחון

- **סטירואידים לפני הלידה**
  - ○ לא ניתן
  - ○ ניתן:
    - ☐ תוך 60 דקות מהקבלה
    - ☐ 2 מנות ב-24 שעות לפני הלידה
    - ☐ מנה 1 (___ שעות לפני הלידה)
    - ☐ מנת RESCUE
    - ☐ מגנזיום נירופרוטקטיבי (___ שעות לפני הלידה)
- **אנטיביוטיקה**
  - ○ לא ניתנה
  - ○ ניתנה: ___ שעות לפני הלידה
    - ☐ בחשד לכוריואמניוניטיס
    - ☐ בשל ירידת מים ממושכת
    - ☐ פרופילקטית ל- GBS
- **שיחות לפני הלידה**
  - ☐ צוות פגייה – משפחה
  - ☐ צוות פגייה – גניקולוגים
- **טמפ' חדר לידה/ניתוח** _____c > 24 מעלות: ○ כן ○ לא
- **סוג לידה** ○ וגינלית ○ קיסרית
- **ניתוק חבל טבור**
  - ○ מיידי
  - ○ DCC למשך ___ שניות
  - ○ milking (לא מומלץ)
- **אפגר 5** _____
- **תקשורת בין צוותית וחלוקת תפקידים**
  - ○ לא בוצע ○ גרוע
  - ○ ממוצע ○ טוב ○ מעולה
- **שהות עם הילוד בחדר לידה > 15 דקות** ○ כן ○ לא
- **המטפל הבכיר ביותר בצוות ילדים**
  - ○ אחות ○ מיילדת ○ סטאז'ר
  - ○ מתמחה ○ מתמחה-על
  - ○ רופא בכיר ○ אחר: _____

מאפיינים אישיים

- **טמפ' בקבלה לפגייה בטווח 36.0-37.5** ○ כן ○ לא
- **תמיכה נשימתית**
  - ☐ תמיכה נשימתית לא פולשנית
  - ☐ אינטובציה (מספר נסיונות ___)
  - ☐ הנשמה מבוססת נפח (VG)
  - ☐ הנשמה באוסילציה (HF)
  - ☐ ניתן סורפקטנט
  - ☐ בפרוטוקול MIST
- **אסטרופ טבורי**
  - ☐ pH טבורי > 7.2
  - ☐ pCO2 > mmHg40
  - ☐ pCO2 < mmHg60
- **אירועי חירום / טיפול תרופתי**
  - ☐ פניאומוטורקס
  - ☐ צורך בעיסויים
  - ☐ טיפול באדרנלין
  - ☐ בולוס NACL
  - ☐ מתן דם

קבלה לפגייה עד היום ה-3 לחיים

		יום 0 *	ימים 3-1
מאפיינים אישיים: [ ]	**טיפול לפי פרוטוקול minimal handling**	☐	☐ בוצעה בדיקה בסוף כל משמרת שהטיפול בוצ
			8/8 מתוך רשימת צ'ק ליסט בוצעו
			בוצעה הערכת כאב בכל המשמרות (NPASS)
		☐	☐ הערכת כאב מקסימלית (0-10)
		☐	☐
		___	___
מאפיינים אישיים: [ ]	**חלב אם**	☐	☐ מתן קולוסטרום על ריריות הפה
		☐	☐ חלב אם בארוחה ראשונה
	כלכלה אנטרלית		הותחלה ביום: ___ לחיים
			☐ עלייה בקצב 20 מ"ל\ק"ג\יממה או יותר ב-3
	כלכלה אנטרלית + פרה-אנטרלית	☐	☐ חלבון > 2.5 גרם\ק"ג\יממה
		☐	☐ שומן > 1 גרם\ק"ג\יממה
		☐	☐ קלוריות > 60 קק"ל\ק"ג\יממה
מאפיינים אישיים, שמירה, אבחון: [ ]	**תמיכה נשימתית**	☐	☐ תמיכה נשימתית לא פולשנית
		☐	☐ אינטובציה
		___	___ מספר נסיונות
		☐	☐ הנשמה מבוססת נפח (VG)
		☐	☐ הנשמה באוסילציה (HF)
		☐	☐ ניתן סורפקטנט
		☐	☐ בפרוטוקול MIST
	אסטרופ	☐	☐ pCO2 > mmHg40
		☐	☐ pCO2 < mmHg 60
	טיפול מיוחד	☐	☐ פניאומוטורקס
		☐	☐ צורך בעיסויים
		☐	☐ טיפול באדרנלין
		☐	☐ טיפול בפרסורים
		☐	☐ טיפול בהידרוקורטיזון
		☐	☐ בולוס NACL
		☐	☐ ביקרבונט
		☐	☐ מתן דם
	טיפול תרופתי	☐	☐ קפאין
		☐	☐ אנטיביוטיקה
			☐ תרביות דם שליליות ואנטיביוטיקה הופסקה
	Outcome בסוף יום 3 לחיים		○ בחיים
			○ הועבר לבי"ח אחר
	IVH מקסימלי ימין-		ביום ___ לחיים
	IVH מקסימלי שמאל-		○ נפטר ביום ___ לחיים
			○ נפטר בחדר לידה
	Outcome בסיום האשפוז (יום ___ לחיים)		○ שוחרר בחיים
			○ הועבר לבית חולים אחר
	IVH מקסימלי ימין-		○ נפטר בטיפול נמרץ
	IVH מקסימלי שמאל-		○ נפטר בחדר לידה
	VENTRICULOMEGALY כן/לא, PVL- כן/לא		

* עד חצות של היממה הראשונה לחיים

נספח 5 : דף תחקיר

תאריך ההחייאה:	מדבקת ילוד

טופס תחקיר החייאת ילוד והעברה לפגיה

התחקיר מתייחס לכל שלבי ההחייאה, במידה ולא נדרש - לא רלבנטי

צוות ההחייאה:
רופא ילדים-
רופא ילדים-
מיילדת 1-
מיילדת 2-
אחות פגיה-
אחר-

שעת לידה:_____ שעת כניסה לפגיה:_____ אפגר דקה 1: ____ אפגר דקה 5: ____

קיימות שאלות שהתשובה להן כן/לא /לר (לא רלבנטי)

לחלק מהשאלות תשובה בסולם 1-5

משתנה נבדק	סמן כן/לא או מספר	הערות/ נקודות לשיפור
מצב התינוק בעת סיום ההחיאה 1-תינוק נפטר, 2- תינוק מונשם, לאחר עיסויים תרופות/נפח 3 תינוק מונשם + עיסויים 4 תינוק מונשם 5 תינוק ללא הנשמה		
הכנה להחייאה לפי רשימת תיוג	כן / לא	
היתה חלוקת תפקידים	כן / לא	
היה תאום מהלכים עם מיילדים	כן / לא	
היתה שיחה עם ההורים	כן / לא	
היה תכנון DCC (תאום, הכנת ציוד, שעון)	כן / לא	האם נעשה נסיון? כן/לא משך הזמן? _____ שניות

משתנה נבדק	סמן כן/לא או מספר	הערות/ נקודות לשיפור
התינוק חובר למד סטורציה	כן / לא	
התינוק חובר למוניטור קרדיאלי	כן / לא	
הועבר מידע על קצב הלב של התינוק	כן / לא	
נעשתה הנשמה נאותה בנאופף, אמבו+מסיכה	כן / לא/ לר	
אינטובציה נעשתה באופן יעיל	כן / לא / לר	מספר נסיונות____
עיסוי לב נעשה ביעילות	כן / לא / לר	
הכנסת UV נעשתה ביעילות	כן / לא / לר	נלקחו בדיקות דם: כן/לא
תרופות הוכנו ונתנו במהירות	כן / לא / לר	
הזלפת נפח/דם ניתן במהירות	כן / לא / לר	
הכנסת נקז חזה נעשתה ביעילות	כן / לא / לר	
ציוד ומשאבים היו זמינים (טמפ. חדר, סגירת מזגן, שקית חימום, כובע, מזרון חימום, ציוד לכל תהליך ההחייאה)	כן / לא	
היו בהחייאה מנהיגות וניהול	כן / לא	
טיב תקשורת בהחייאה 1- לא טובה, 5 טובה מאוד		

נספח 6: סולם להערכת כאב : N-PASS

סולם הערכת כאב וסדציה לתינוקות ופגים: N-PASS [1/]

כלי הערכה	הערכת כאב			הערכת סדציה	
	2	1	0	1	2
בכי/אי שקט	בכי בקול גבוה, או שקט, מתמשך, לא נרגע,	אי שקט/ בכי לפרקים, ניתן להרגעה	ללא סמני כאב/ ללא סדציה	בוכה או מייבב מעט בתגובה לפעולה מכאיבה	אינו בוכה בתגובה לפעולה מכאיבה
מצב התנהגותי ושינה (STATE)	התקשתויות ובעיטות או לחילופין לא מתעורר/ זז (ללא סדציה)	אי שקט, מתפתל, יקיצות תכופות	ללא סמני כאב / ללא סדציה	תגובה מינימלית לגירוי, מיעוט תנועות ספונטאניות	אינו מתעורר לגירוי אין תנועות ספונט'
הבעות פנים	הבעות כאב מתמשכות	הבעות כאב לסרוגין	ללא סמני כאב / ללא סדציה	הבעה מינימלית כתגובה לגירוי	נטול הבעה
טונוס ותנועות גפיים	מתמשך: איגרוף/ פריסת אצבעות ובהונות. הגוף אינו נוקשה	לסרוגין: איגרוף/ פריסת אצבעות ובהונות. הגוף אינו נוקשה	ללא סמני כאב / ללא סדציה	רפלקס אחיזה חלש	ללא רפלקס אחיזה טונוס נמוך
סמנים חיוניים : דופק, נשימות, ל.דם, סטורציה	עליה של > 20% מבסיס ירידת סטורציה מעבר ל 75%, התאוששות איטית	עליה 10 -20% מבסיס ירידת סטורציה ל -76 85% התאוששות מהירה(<2ד')	ללא סמני כאב / ללא סדציה	<10% שינוי מבסיס בתגובה לגירוי	אין שינוי בתגובה לגירוי מיעוט נשימות עצמוניות -אפנאה

- בפגים <30 שב' יש להוסיף נקודה

הערכת כאב:

ניקוד מ 0 ועד 2+ לכל מדד,

לפגים ניתן ניקוד נוסף בשל יכולתם המוגבלת להראות סמני כאב התנהגותיים

סכום הניקוד נע בין 0 ל 11+

טיפול / התערבות מומלצים כשהתוצאה>3+

בטרם ביצוע פעולות מכאיבות מומלץ להתערב טרם ההגעה ל 3+

המטרה בעת ביצוע פעולה מכאיבה להגיע ל<3

המלצה להעלות תכיפות לכל 2-4 שעות בשימוש בסולם כאשר:

-המצאות נקז חזי העלול להוביל לכאב בעת תנועה,

- טיפול בסדציה או אנלגזיה

- 30-60 ד 'לאחר מתן אנלגזיה לכאב

- לאחר פעולה כירורגית

נספח 7: עדכוני הנוהל

מהדורת הנוהל	תאריך פרסום	עדכוני הנוהל
שניה	ינואר 2024	• עדכון פרק הכשרה והטמעה
		• עדכון נספחים

<u>היסטורית כתיבה ואישור הנוהל</u>

מהדורה	תאריך פרסום	כותבי ומעדכני הנוהל	אישורי הנוהל
מהדורה ראשונה	יולי 2020	פרופ' סמדר אבן טוב פרידמן מנהלת המחלקה לניאונטולוגיה הדסה	פרופ' סמדר אבן טוב פרידמן מנהלת המחלקה לנאונטולוגיה הדסה