



חלק זה מיועד לרופא המטפל

הרופא המטפל

הנדון: גמלה לשמירת הריון

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

"שמירת הריון" מוגדרת כהיעדרות מעבודה בתקופת ההריון, המתחייבת בשל:

1. מצב רפואי הנובע מההריון והמסכן את האישה או את עובריה

2. סכנה הנובעת ממקום העבודה או סוג העבודה

הכל 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 הריון.

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 מההריון 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 עובריה ולגבות זאת בתיעוד פרוספקטיבי ורלוונטי לבקשה. להלן פירוט תיעוד רפואי (מסמכים רפואיים), הנדרש לפי סיבת שמירת הריון:

1. הקאות יתר – תיעוד למתן נוזלים, ביקור במיון או במרפאה
2. דימום – תיעוד לביקור בחדר מיון או במרפאה לסיבוכי הריון 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 נירולוג.
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 ההריון. תיעוד חלקי יאפשר מתן גמלה לתקופת התיעוד בלבד.

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

בברכה

מומחה גינקולוג- יועץ רפואי

מִסְפֵּר זְהוּת / דְּרִכּוֹן _____		לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
סוג המסמך 0 5	דפים _____	

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות



**אישור רפואי לעניין גמלה
לשמירת הריון או המשך
שמירת הריון**

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

מספר זהות מ"ב _____	שם פרטי _____	1 פרטי התובעת שם משפחה _____
הגב' נמצאת בטיפול מיום: _____		

2 הריונות קודמים

היסטוריה מילדותית קצרה: _____

3 הריון נוכחי – יש לצרף תיעוד רפואי רלוונטי	
תאריך לידה משוער _____	תאריך מחזור אחרון _____
<input type="checkbox"/> היריון לאחר הפריה חוץ גופית – IVF <input type="checkbox"/> היריון רב עוברי	
א. בעיות רפואיות כלליות: _____	
ב. הסיבות לשמירת ההריון: _____	
ג. בדיקות עזר רלוונטיות שנערכו לנבדקת:	
תאריך _____	בדיקה _____
_____	_____
ד. נבדקה על ידי לקביעת הצורך בשמירת הריון בתאריכים המפורטים להלן: 1. _____ 2. _____ 3. _____	
ה. אושפזה בשל שמירת הריון בתקופות המפורטות להלן: - חובה לצרף מסמכי אשפוז	
1 מתאריך _____ עד תאריך _____	_____
2 מתאריך _____ עד תאריך _____	_____

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

הנובע מן ההריון והמסכן אותה ו/או את עובריה

הנובע ממקום העבודה או סוג העבודה והמהווה סכנה לה או לעובריה

עליה להפסיק את עבודתה ולהיות בשמירת הריון מתאריך: _____ עד: _____
 אישור זה ניתן למוסד לביטוח לאומי לעניין תשלום גמלה לשמירת הריון
 תאריך סיום הריון 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