התוכנית הלאומית למדדי איכות בבתי חולים כלליים

מדדי איכות לשנים 2013-2025

גרסה 115-2024-12

אגף בכיר איכות ובטיחות
משרד הבריאות
quality@moh.health.gov.il

הקדמה

מטרת התוכנית הלאומית למדדי איכות הינה לתרום לשיפור האיכות במערכת הבריאות בנושאים מרכזיים ונבחרים בעזרת תהליך של מדידת איכות הטיפול, הובלת תהליכי שיפור בכל הרמות ופרסום התוצאות לציבור. הנושאים במיקוד התוכנית נבחרים בקפידה על ידי צוות התוכנית בשיתוף פעולה עם המועצות הלאומיות והאיגודים המקצועיים ומאושרים בוועדה המייעצת למדדי האיכות.

גם השנה צוות התוכנית עסק בעבודה רוחבית מאומצת מול כלל נותני השירות וגורמים נוספים במערכת הבריאות על מנת לטייב ולשפר את הגדרות המדדים הקיימים. העדכון מבוסס על מכלול שיקולים לרבות מחקרים עדכניים, הנחיות מקצועיות, היבטים מתודולוגיים והיתכנות המדידה הממוחשבת.

מוגשת לכם בזאת חוברת מדדי איכות לשנת המדידה 2025, אשר כוללת ארבעה מדדים חדשים: שני מדדי איכות ומדד בטיחות אחד שיתחילו להימדד בשנת המדידה 2025, וכן מדד איכות אשר יתחיל להימדד בשנת 2026 (2025 תהיה שנת היערכות).

המדדים מפורסמים בחוברת זו בפורמט הכולל רציונל למדד, קריטריונים להוצאה ולהכללה, הגדרות המונה והמכנה וכן הגדרת המשתנים הנדרשים לצורך המדידה. לכל מדד נבנה אלגוריתם אחיד אשר מוטמע בקרב כל נותני השירות על מנת להבטיח את אחידות המדידה.
מדדים אשר הגיעו ליעד מיטבי הוקפאו. הם ימשיכו להיות מדווחים אך לא יפורסמו ברמה פרטנית. אם תהיה ירידה בעמידה במדד לאורך זמן, תישקל החזרתו למתודולוגיית מדידה רגילה ולפרסום. מדדים שהיו מוקפאים במשך 3 שנים ושמרו על עמידה יציבה במדד ייגרעו מהתוכנית.
ועדת ערר, הדנה בהשגות נותני השירות לגבי כל מדד ומדד, ממשיכה את פעילותה. כתובת האי-מייל הייעודית של ועדת הערר: npqm@moh.health.gov.il
השגות פרטניות ברמת מקרה ניתן להגיש במעמד דיווח קובץ המדד לתוכנית הלאומית למדדי איכות. ההנחיות להגשת בקשה להשגה פרטנית מפורסמות באתר משרד הבריאות. לא ניתן להגיש השגה פרטנית במדדים מוקפאים, מלבד עבור מדד ביצוע PCI תוך 90 דקות מההגעה לבית חולים במטופלים עם STEMI.

אנו מוקירים ומעריכים את שיתוף הפעולה של כל הגורמים העובדים עם התוכנית, במיוחד בתקופה מורכבת זו של מלחמת "חרבות ברזל", המאתגרת את הצוותים הרפואיים ברחבי המדינה.
שיתוף פעולה זה הינו רכיב חיוני להצלחת התוכנית ולשיפור איכות טיפול הרפואי במדינת ישראל.

צוות התוכנית – אגף בכיר איכות ובטיחות (2024)

ד"ר יפעת ארליך שהם, סמנכ"לית בכירה איכות ובטיחות

ד"ר לימור פרידנזון, מנהלת האגף להבטחת איכות

גב' אולגה ברונשטיין, מנהלת תחום בכירה מערך איכות ובקרה

ד"ר מיכאל קוניאבסקי, מנהל תחום מחקר

ד"ר אלכסנדר קונסון, מנהל תחום מחקר

גב' ילנה מעוז, מנהלת תחום מחקר

מר נתנאל גולדשמיט, מנהל תחום סטטיסטיקה

גב' שיר פרי, מידענית

גב' חנה רוזנפלדר, מידענית

גב' חנה מהלא גרשי, מידענית

צוות מפקחים/ות איכות ובקרה (לפי א-ב)

גב' מליסה טוביאס – מרכזת בכירה

גב' אילנה שזר

גב' אלוירה גבריאלי

גב' ברכה גרינברג

ד"ר חאלד עואודה

גב' מירי ליפשיץ

גב' נטליה בק

גב' עדנה מלכה

גב' פייגא אידלמן

גב' רונית גונן

גב' תמרה קושניר

תוכן העניינים

מספר מדד	שם מדד	תחילת מדידה	עמוד
מניעת זיהומים			
01-13-2-01-001	מתן טיפול אנטיביוטי מניעתי נאות סביב ניתוח קולון ו/או רקטום – **המדד מוקפא החל משנת 2025**	1.1.2013	**12-16**
01-14-1-02-002	מתן טיפול אנטיביוטי מניעתי נאות סביב ניתוח לתיקון שבר בצוואר הירך	1.1.2014	**17-21**
01-14-1-05-001	מתן טיפול אנטיביוטי מניעתי נאות סביב ניתוח קיסרי – **המדד נגרע בשנת 2025**	1.1.2014	
01-23-1-02-001	מתן טיפול אנטיביוטי מניעתי נאות סביב ניתוח החלפת מפרק ברך או ירך	1.1.2023	**22-26**
01-23-1-03-001	זמן חציוני מקבלה למלר"ד עד למתן טיפול אנטיביוטי לחולה עם אבחנה של ספסיס	1.1.2023	**27-31**
שברים בצוואר הירך			
01-13-1-02-001	שברים בצוואר הירך – מנותחים תוך 48 שעות – **המדד מוקפא החל משנת 2022**	1.1.2013	**32-35**
01-22-1-02-001	בדיקת רמת ויטמין D למטופלים שעברו ניתוח שבר צוואר ירך	1.1.2022	**36-40**
בקע מפשעתי			
01-24-1-01-001	ביצוע ניתוח לתיקון בקע מפשעתי כלוא (הרניה כלואה) תוך 6 שעות מהכניסה למלר"ד	1.1.2024	**41-45**
אירוע חד בלב			
01-13-1-03-001	**ביצוע PCI** תוך 90 דקות מההגעה לבית חולים במטופלים עם **STEMI** – **המדד מוקפא החל משנת 2023**	1.1.2013	**46-50**
01-17-1-11-001	המלצה לטיפול אינטנסיבי בסטטינים לחולים עם תסמונת לב כלילית חדה – **המדד נגרע בשנת 2025**	1.1.2017	
01-22-1-11-001	מתן המלצה לטיפול אינטנסיבי בסטטינים במכתב שחרור למטופלים שעברו ניתוח מעקפים (**CABG**) – **המדד מוקפא החל משנת 2025**	1.1.2022	**51-55**
01-22-1-11-002	מתן המלצה לשיקום לב למטופלים לאחר התערבות לבבית	1.1.2022	**56-60**
אירוע חד במוח			
01-13-1-03-002	זמן חציוני מהכניסה לבית חולים ועד לביצוע **CT/MRI** ראש בחולים עם אירוע חד במוח	1.1.2013	**61-65**

01-14-1-03-003	מתן טיפול טרומבוליטי תוך-ורידי (**IV rtPA**) ו/או ביצוע צנתור מוחי לאחר שבץ מוח איסכמי חד	1.1.2014	**66-71**
01-15-1-04-004	ביצוע בדיקת דופלקס עורקי צוואר תוך 3 יממות מהקבלה למלר"ד לחולים עם אבחנה של **TIA**	1.1.2015	**72-76**
01-16-3-04-001	ביצוע הערכת סיכון לאירוע איסכמי חד במוח לחולים עם פרפור פרוזדורים	1.7.2016	**77-81**
01-25-1-03-001	מתן טיפול טרומבוליטי תוך-ורידי (IV rtPA) בשבץ מוח איסכמי חד תוך 60 דקות מהקבלה למלר"ד	1.1.2025	**82-86**
01-25-1-03-002	ביצוע צנתור דחוף תוך 90 דקות במטופלים שהתקבלו למלר"ד עם שבץ מוח איסכמי חד	1.1.2025	**87-93**
מניעת פקקת ורידים			
01-14-1-05-002	מתן טיפול אנטי-טרומבוטי פרופילקטי סביב ניתוח כריתת רחם – **המדד מוקפא החל משנת 2025**	1.1.2014	**94-98**
מלר"ד (מחלקות לרפואה דחופה)			
01-16-1-03-002	פניות חוזרות למלר"ד תוך 48 שעות – **המדד יפורסם על סמך נתוני אגף המידע**	1.1.2016	**99-103**
01-16-1-03-001	זמן מהגעה למלר"ד ועד ביצוע טריאז' קליני – **המדד מוקפא החל משנת 2024**	1.1.2016	**104-108**
הערכת כאב			
01-16-1-07-001	שיעור המנותחים שבעת השחרור מחדר התאוששות דווח להם ציון הערכת כאב של 3 או פחות – **המדד נגרע בשנת 2025**	1.1.2016	
הרדמה			
01-17-1-07-002	שיעור המנותחים שעם כניסתם לחדר התאוששות (בתוך כ-15 דקות מסיום ההרדמה) נמדדה להם טמפרטורת גוף של 35.5°C לפחות במדידה פריפריאלית – **המדד מוקפא החל משנת 2025**	1.1.2017	**109-113**
היריון ולידה			
01-23-4-05-001	שיעור לידות יחיד בהפריה חוץ גופית	1.1.2023	**114-117**
נאונטולוגיה			
01-16-1-05-002	מתן קורס סטרואידים קדם-לידתיים לאישה בסיכון ללידה מאיימת (בין שבוע 24 ו-0 ימים ועד שבוע 34 ו-0 ימים) – **המדד נגרע בשנת 2025**	1.1.2016	
01-17-1-08-001	שיעור הפגים שבקבלתם לפגייה חום גופם עמד על 36°C לפחות	1.1.2017	**118-122**
01-20-1-08-001	שיעור ביצוע US מוח תוך 7 ימים מכניסה לפגייה בקרב פגים שנולדו בין השבועות 24.0-28.6	1.1.2020	**123-127**

01-23-1-14-001	שיעור היילודים שניזונו מהנקה בלעדית במהלך אשפוזם שלאחר לידה	1.1.2023	128-133
01-26-1-08-001	שיחה עם הורי פג מורכב לקראת שחרור	1.1.2026	134-138
דיאליזה			
01-17-1-10-001	הלימות דיאליזה: מנת הדיאליזה לדיאליזה בודדת (Kt/V) שווה או גדולה מ-1.2 או URR שווה או גדול מ-65%	1.1.2017	139-143
01-24-1-10-001	מתן טיפול נאות לאנמיה על ידי אריתרופויטין אקסוגני למטופלי המודיאליזה	1.1.2024	144-148
קולונוסקופיה			
01-21-1-12-001	שיעור קולונוסקופיות בהן אותר לפחות פוליפ אחד	1.1.2021	149-154
אונקולוגיה			
01-22-1-13-001	מתן טיפול כימותרפי משלים למטופלים עם אבחנת סרטן המעי הגס שלב 3	1.1.2022	155-159
01-23-2-13-001	אפיון מולקולרי של סרטן ריאה גרורתי (מסוג NSCLC) תוך חודשיים מתאריך קבלה למכון או מתאריך אבחון מחלה גרורתית – המאוחר מביניהם	1.1.2023	160-165
סוכרת			
01-22-1-01-001	ייעוץ רופא כלי דם טרום ניתוח קטיעה בכף רגל סוכרתית	1.1.2022	166-169
01-24-1-04-001	טיפול באינסולין למטופלים עם היפרגליקמיה משמעותית	1.1.2024	170-174
בטיחות			
01-24-1-01-002	שיעור ביצוע סיווג Clavien-Dindo למטופלים לאחר ניתוחים במחלקת כירורגיה כללית (שיעור התייחסות לסיבוכים)	1.1.2024	175-179
01-25-1-06-001	ביצוע מדידת לחץ בלונית לטובוס / טרכאוסטום תוך שעתיים מההנשמה הפולשנית או מהקבלה למחלקה המאשפזת הראשונה	1.1.2025	180-184
נספחים			185-205

עדכון מדדים בתי חולים כלליים – גרסה 115-2024-12

מדדי 2013

מתן טיפול אנטיביוטי מניעתי נאות סביב ניתוח קולון ו/או רקטום (01-13-2-01-001)

גרסה	עדכון	פירוט	תאריך עדכון
115	מדד	המדד מוקפא החל משנת 2025	12.2024

מדדי 2014

מתן טיפול טרומבוליטי תוך-ורידי (IV rtPA) ו/או ביצוע צנתור מוחי לאחר שבץ מוח איסכמי חד (01-14-1-03-003)

גרסה	עדכון	פירוט	תאריך עדכון
115	יעד לשנת 2025	25%	12.2024

מתן טיפול אנטיביוטי מניעתי נאות סביב ניתוח קיסרי (01-14-1-05-001)

גרסה	עדכון	פירוט	תאריך עדכון
115	מדד	המדד נגרע בשנת 2025	12.2024

מתן טיפול אנטי-טרומבוטי פרופילקטי סביב ניתוח כריתת רחם (01-14-1-05-002)

גרסה	עדכון	פירוט	תאריך עדכון
115	מדד	המדד מוקפא החל משנת 2025	12.2024

מדדי 2016

מתן קורס סטרואידים קדם-לידתיים לאישה בסיכון ללידה מאיימת (בין שבוע 24 ו-0 ימים ועד שבוע 34 ו-0 ימים) (01-16-1-05-002)

גרסה	עדכון	פירוט	תאריך עדכון
115	מדד	המדד נגרע בשנת 2025	12.2024

שיעור המנותחים שבעת השחרור מחדר התאוששות דווח להם ציון הערכת כאב של 3 או פחות (01-16-1-07-001)

גרסה	עדכון	פירוט	תאריך עדכון
115	מדד	המדד נגרע בשנת 2025	12.2024

ביצוע הערכת סיכון לאירוע איסכמי חד במוח לחולים עם פרפור פרוזדורים (01-16-3-04-001)

גרסה	עדכון	פירוט	תאריך עדכון
115	יעד לשנת 2025	95%	12.2024

מדדי 2017

שיעור המנותחים שעם כניסתם לחדר התאוששות (בתוך כ-15 דקות מסיום ההרדמה) נמדדה להם טמפרטורת גוף של 35.5°C לפחות במדידה פריפריאלית (01-17-1-07-002)

גרסה	עדכון	פירוט	תאריך עדכון
115	מדד	המדד מוקפא החל משנת 2025	12.2024

המלצה לטיפול אינטנסיבי בסטטינים לחולים עם תסמונת לב כלילית חדה (01-17-1-11-001)

גרסה	עדכון	פירוט	תאריך עדכון
115	מדד	המדד נגרע בשנת 2025	12.2024

מדדי 2022

ייעוץ רופא כלי דם טרום ניתוח קטיעה בכף רגל סוכרתית (01-22-1-01-001)

גרסה	עדכון	פירוט	תאריך עדכון
115	יעד לשנת 2025	70%	12.2024
115	קודי אבחנה של ICD-9 להכללה	נוספו הקודים: 362.01-362.07	12.2024
115	הוספת משתנה	תאריך ייעוץ על ידי רופא כלי דם מתמחה טרום ניתוח (Foot_DateRecommend_Int)	12.2024
115	הערות	• שהייה **במחלקת כלי דם** אינה מהווה ייעוץ. במקרה כזה יש לדווח על ביצוע ביקור רופא מומחה בכלי דם, דבר שיהווה מצב שווה ערך לביצוע ייעוץ. דיווח זה ייבדק במעמד התיקוף • ניתן להגיש השגה פרטנית במקרים בהם בוצעה קטיעה דחופה בגין ספסיס	12.2024

בדיקת רמת ויטמין D למטופלים שעברו ניתוח שבר בצוואר הירך (01-22-1-02-001)

גרסה	עדכון	פירוט	תאריך עדכון
115	יעד לשנת 2025	85%	12.2024

מתן המלצה לטיפול אינטנסיבי בסטטינים במכתב שחרור למטופלים שעברו ניתוח מעקפים (CABG) (01-22-1-11-001)

גרסה	עדכון	פירוט	תאריך עדכון
115	מדד	המדד מוקפא החל משנת 2025	12.2024
115	יעד לשנת 2025	95%	12.2024

מתן המלצה לשיקום לב למטופלים לאחר התערבות לבבית (01-22-1-11-002)

גרסה	עדכון	פירוט	תאריך עדכון
115	יעד לשנת 2025	80%	12.2024
115	הערות	*יש לדווח מקרי השתלת דפיברילטור בלבד לפי קודי הפרוצדורות הנכללות במדד	12.2024

מתן טיפול כימותרפי משלים למטופלים עם אבחנת סרטן המעי הגס שלב 3 (01-22-1-13-001)

גרסה	עדכון	פירוט	תאריך עדכון
115	תאריך קובע לגזירת המדד	גזירה לפי חודש קלנדרי. עבור 2025 זיהוי האוכלוסייה יבוצע לפי טווח התאריכים כדלקמן: רבעון 1 – תאריכי גזירה למדד 01/11/24 – 31/01/25 רבעון 2 – תאריכי גזירה למדד 01/02/25 – 30/04/25 רבעון 3 – תאריכי גזירה למדד 01/05/25 – 31/07/25 רבעון 4 – תאריכי גזירה למדד 01/08/25 – 31/10/25	12.2024

מדדי 2023

שיעור היילודים שניזונו מהנקה בלעדית במהלך אשפוזם שלאחר לידה (01-23-1-14-001)

גרסה	עדכון	פירוט	תאריך עדכון
115	הערות	הזנה באמצעות חלב אם תיחשב כהנקה	12.2024
115	הסבר למשתנה	תאריך מתן תמ"ל: יש לדווח את התאריך הראשון. **כלכלת יילוד תיגזר רק ממחלקות האשפוז (לא מחדר לידה)**	12.2024
115	הוספת משתנה	שעת לידת התינוק (Birth_Time)	12.2024
115	הוספת משתנה	שעת שחרור ממחלקת יילודים (Discharge_Time)	12.2024
115	הוספת משתנה	מספר הפעמים בהם תועדה הזנה לתינוק במהלך האשפוז (Feed_Num)	12.2024

אפיון מולקולרי של סרטן ריאה גרורתי (מסוג NSCLC) תוך חודשיים מתאריך קבלה למכון או מתאריך אבחון מחלה גרורתית – המאוחר מביניהם (01-23-2-13-001)

גרסה	עדכון	פירוט	תאריך עדכון
115	הסבר למשתנה	תאריך קבלה ראשונה למכון אונקולוגי: תאריך המגע הראשון של החולה עם המכון האונקולוגי **עם אבחנת סרטן ריאה**	12.2024
115	הסבר למשתנה	תאריך אבחנת סרטן ריאה גרורתי: תאריך תיעוד ראשון של סרטן ריאות שלב מחלה 4 ע"י אונקולוג	12.2024

מדדי 2024

טיפול באינסולין למטופלים עם היפרגליקמיה משמעותית (01-24-1-04-001)

גרסה	עדכון	פירוט	תאריך עדכון
115	הערות	**יחושב על פי יום קלנדרי (תאריך בלבד)	12.2024

מתן טיפול נאות לאנמיה על ידי אריתרופויטין אקסוגני למטופלי המודיאליזה (01-24-1-10-001)

גרסה	עדכון	פירוט	תאריך עדכון
115	הוספת משתנה	מינון EPO (חודש ראשון) (EPO_Dose1)	12.2024
115	הוספת משתנה	מינון EPO (חודש שני) (EPO_Dose2)	12.2024
115	הוספת משתנה	מינון EPO (חודש שלישי) (EPO_Dose3)	12.2024
115	שם משתנה	תוצאת בדיקת המוגלובין (גר/דל) (חודש ראשון-חודש שלישי)	12.2024
115	קידוד משתנה	תוצאת בדיקת המוגלובין (גר/דל) (חודש ראשון-חודש שלישי): דצימל	12.2024

מדדי 2025

מתן טיפול טרומבוליטי תוך-ורידי (IV rtPA) בשבץ מוח איסכמי חד תוך 60 דקות מהקבלה למלר"ד (01-25-1-03-001)

גרסה	עדכון	פירוט	תאריך עדכון
115	הוספת משתנה	תאריך שחרור מבית החולים (Discharge_Date)	12.2024

ביצוע מדידת לחץ בלונית לטובוס / טרכאוסטום תוך שעתיים מההנשמה הפולשנית או מהקבלה למחלקה המאשפזת הראשונה (01-25-1-06-001)

גרסה	עדכון	פירוט	תאריך עדכון
115	הוספת משתנה	שעת העברה למחלקה אחרת (OtherDep_Time)	12.2024

נספחים

גרסה	עדכון	פירוט	תאריך עדכון
115	טבלה 08.4	נוספו תתי-קודים עבור Diabetic retinopathy (362.0): 362.01-362.07	12.2024

מדדים חדשים לשנת 2025:

- **מתן טיפול טרומבוליטי תוך-ורידי (IV rtPA) בשבץ מוח איסכמי חד תוך 60 דקות מהקבלה למלר"ד (01-25-1-03-001)**
- **ביצוע צנתור דחוף תוך 90 דקות במטופלים שהתקבלו למלר"ד עם שבץ מוח איסכמי חד (01-25-1-03-002)**
- **ביצוע מדידת לחץ בלונית לטובוס / טרכאוסטום תוך שעתיים מההנשמה הפולשנית או מהקבלה למחלקה המאשפזת הראשונה (01-25-1-06-001)**

מדד חדש לשנת 2026:

- **שיחה עם הורי פג מורכב לקראת שחרור (01-26-1-08-001)**

שם המדד	מתן טיפול אנטיביוטי מניעתי נאות סביב ניתוח קולון ו/או רקטום
מספר המדד	**01-13-2-01-001**
תיאור המדד	שיעור המטופלים שעברו ניתוח קולון אלקטיבי וקיבלו טיפול אנטיביוטי מניעתי בחלון הזמן של שעה לפני ביצוע החתך הניתוחי הראשון, ושהטיפול הופסק עד 24 שעות לאחר הניתוח **(ראו נספח 01.2)**
הרציונל לבחירת המדד	זיהום באתר הניתוח (surgical site infection, SSI) הוא אחד הסיבוכים הקשים והשכיחים ביותר שמתרחשים לאחר ניתוח.[2,1] סיבוך זה גורם לעלייה בשיעורי התמותה, למשך אשפוז ארוך יותר, לאשפוזים ולניתוחים חוזרים, ובכך מהווה נטל כלכלי על הפרט ועל מערכת הבריאות. שיעור הזיהומים לאחר ניתוח קולון הוא גבוה משמעותית משיעורי הזיהומים לאחר ניתוחים אחרים, כ-9.5% לעומת 1.9% בניתוח מעקפים ו-1.3% בניתוח קיסרי באירופה.[3] הטיפול האנטיביוטי נועד לגרום לרוויה אנטיביוטית של הרקמות המנותחות לפני ביצוע החתך הניתוחי ובמהלך הניתוח עצמו, ובכך להגן עליהן מהתפתחות זיהום לאחר סיום הניתוח.[4] נמצא שיש קשר ישיר מובהק בין מתן אנטיביוטיקה מניעתית דרך הווריד ובין הפחתת שיעור הזיהומים באתר הניתוח ב-30 הימים הראשונים שלאחר הניתוח.[8,7,6,5] מתן טיפול אנטיביוטי מניעתי בניתוח קולורקטלי, מוריד את הסיכון לזיהום ב-75%.[9] לפי ההנחיות הקליניות של ארגון הבריאות העולמי, לא מומלץ לתת אנטיביוטיקה מניעתית מעבר לסיום הניתוח, ובכלל יש להפסיק את הטיפול האנטיביוטי עד 24 שעות לאחר הניתוח.[10] מתן אנטיביוטיקה מניעתית לפני ניתוח קולון ו/או רקטום הינו בהתאם לחוזר מינהל הרפואה.[11]
סוג המדד	תהליך (process)
מכנה	כל המטופלים שעברו ניתוח קולון ו/או רקטום אלקטיבי
מונה	כל המטופלים שעברו ניתוח קולון ו/או רקטום אלקטיבי וקיבלו אנטיביוטיקה מניעתית בחלון הזמן של שעה לפני הניתוח* והטיפול הופסק עד 24 שעות מתחילת הניתוח
תאריך קובע לגזירת המדד	תאריך תחילת הניתוח
קריטריונים להכללה	כל המטופלים שעברו ניתוח קולון ו/או רקטום באשפוז **אלקטיבי** או **סמי-אלקטיבי** שיש להם **לפחות אחת מהפרוצדורות** של ICD-9 לניתוחי קולון ורקטום (ראו קודי פרוצדורות של ICD-9 בנספחים, טבלה 01.1) **על פי הקידוד בחדר ניתוח** **וגם** כל המטופלים בני 18 ומעלה ביום הניתוח
קריטריונים להוצאה	מטופלים שעברו ניתוח קולון ו/או רקטום באשפוז דחוף **(לא ידווח)** מטופלים מתחת לגיל 18 **(לא ידווח)**

מקור המידע	**מערכות המחשוב המנהלי בבית החולים** מספר קבלה/אשפוז ת"ז **(מוצפנת)** GIS **(אזור סוציו-אקונומי של המטופל על פי כתובתו המלאה)** תאריך כניסה לבית חולים תאריך שחרור מבית חולים תאריך פטירה שנת לידה מין קוד מחלקה מנתחת גורם מבטח	**מערכות המחשוב הקליני בבית החולים** תאריך תחילת ניתוח שעת תחילת ניתוח תאריך סיום ניתוח שעת סיום ניתוח שעת תחילת הרדמה תאריך תחילת הרדמה שעת סיום הרדמה תאריך סיום הרדמה קודי פרוצדורות ICD-9 תאריך מתן אנטיביוטיקה מניעתית לפני הניתוח שעת מתן אנטיביוטיקה מניעתית לפני הניתוח תאריך סיום מתן אנטיביוטיקה מניעתית שעת סיום מתן אנטיביוטיקה מניעתית שם האנטיביוטיקה המניעתית בהתחלה שם האנטיביוטיקה המניעתית בסיום
יעד לשנת 2025	95%	
תקופת דיווח	אחת לרבעון	
תחילת הפקת המדד	רבעון שני של שנת 2013	
הערות	*במקרים שבהם ניתנת אנטיביוטיקה מסוג Vancomycin או Fluoroquinolone, המאושפזים יקבלו אותה בחלון זמן של שעתיים לפני הניתוח. **על פי ההנחיות הקליניות של ה-ASHP מ-2013,[12] סוגי האנטיביוטיקה המומלצים בדרגה A לניתוח זה הם Cefazolin כבחירה המומלצת ביותר ו-Clindamycin, Vancomycin כחלופות אפשריות.	

[1] Magill, S. S., Edwards, J. R., Bamberg, W., Beldavs, Z. G., Dumyati, G., Kainer, M. A., Lynfield, R., Maloney, M., McAllister-Hollod, L., Nadle, J., Ray, S. M., Thompson, D. L., Wilson, L. E., Fridkin, S. K., & Emerging Infections Program Healthcare-Associated Infections and Antimicrobial Use Prevalence Survey Team. (2014). Multistate point-prevalence survey of health care-associated infections. *The New England Journal of Medicine*, *370*(13), 1198–1208. https://doi.org/10.1056/NEJMoa1306801

[2] Magill, S. S., Hellinger, W., Cohen, J., Kay, R., Bailey, C., Boland, B., Carey, D., de Guzman, J., Dominguez, K., Edwards, J., Goraczewski, L., Horan, T., Miller, M., Phelps, M., Saltford, R., Seibert, J., Smith, B., Starling, P., Viergutz, B., … Fridkin, S. (2012). Prevalence of healthcare-associated infections in acute care hospitals in Jacksonville, Florida. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, *33*(3), 283–291. https://doi.org/10.1086/664048

[3] ECDC. (2023). *Annual Epidemiological Report for 2018–2020 Healthcare-associated infections: surgical site infections*. European Centre for Disease Prevention and Control. https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Healthcare-associated%20infections%20-%20surgical%20site%20infections%202018-2020.pdf

[4] Bratzler, D. W., Dellinger, E. P., Olsen, K. M., Perl, T. M., Auwaerter, P. G., Bolon, M. K., Fish, D. N., Napolitano, L. M., Sawyer, R. G., Slain, D., Steinberg, J. P., & Weinstein, R. A. (2013). Clinical practice guidelines for antimicrobial prophylaxis in surgery. *American Journal of Health-System Pharmacy*, *70*(3), 195–283. https://doi.org/10.2146/ajhp120568

[5] המחלקה לחקר שירותי רפואה. (2011). *הפרויקט הלאומי של משרד הבריאות למדדי איכות בבתי חולים. סקר עומק של ניתוחי מעי גס*. משרד הבריאות.

[6] Sanford, J. P., & Gilbert, D. N. (2010). *The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy: 2010*. Antimicrobial Therapy. ISBN-13: 978-1930808607

[7] Fry, D. E. (2011). Colon preparation and surgical site infection. *American Journal of Surgery*, *202*(2), 225–232. https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2010.08.038

[8] Eskicioglu, C., Forbes, S. S., Fenech, D. S., McLeod, R. S., & Best Practice in General Surgery Committee. (2010). Preoperative bowel preparation for patients undergoing elective colorectal surgery: a clinical practice guideline endorsed by the Canadian Society of Colon and Rectal Surgeons. *Canadian Journal of Surgery. Journal Canadien de Chirurgie*, *53*(6), 385–395.

[9] Nelson, R. L., Gladman, E., & Barbateskovic, M. (2014). Antimicrobial prophylaxis for colorectal surgery. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *2014*(5), CD001181. https://doi.org/10.1002/14651858.CD001181.pub4

[10] *Global guidelines for the prevention of surgical site infection*. (2018). World Health Organization. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/277399/9789241550475-eng.pdf

[11] מינהל הרפואה. (2017). *הנחיות למתן אנטיביוטיקה מונעת (פרופילקסיס) לפני ניתוח*. חוזר מס' 23/2017. משרד הבריאות. https://www.gov.il/BlobFolder/policy/mr23-2017/he/files_circulars_mr_mr23_2017.pdf

[12] Bratzler, D. W., Dellinger, E. P., Olsen, K. M., Perl, T. M., Auwaerter, P. G., Bolon, M. K., Fish, D. N., Napolitano, L. M., Sawyer, R. G., Slain, D., Steinberg, J. P., & Weinstein, R. A. (2013). Clinical practice guidelines for antimicrobial prophylaxis in surgery. *American Journal of Health-System Pharmacy*, *70*(3), 195–283. https://doi.org/10.2146/ajhp120568

מדד 01-13-2-01-001 **<u>מתן טיפול אנטיביוטי מניעתי נאות סביב ניתוח קולון ו/או רקטום</u>**

תיאור המדד: שיעור המטופלים שעברו ניתוח קולון אלקטיבי וקיבלו טיפול אנטיביוטי מניעתי בחלון הזמן של שעה לפני ביצוע החתך הניתוחי הראשון, ושהטיפול הופסק עד 24 שעות לאחר הניתוח (ראו נספח 01.2)

קריטריונים להכללה:

כל המטופלים שעברו ניתוח קולון ו/או רקטום באשפוז **אלקטיבי** או סמי-אלקטיבי
כל המטופלים **בני 18 ומעלה ביום הניתוח**
שיש להם **לפחות אחת מהפרוצדורות** של ICD-9 לניתוחי קולון ורקטום (ראו קודי פרוצדורות של ICD-9 בנספחים, טבלה 01.1) **על פי הקידוד בחדר ניתוח:**

כל קבלה דרך מלר"ד תיקרא "דחוף", כל קבלה אחרת תיקרא "אלקטיבי"

P17.31, 17.32, 17.33, 17.34, 17.35, 17.36, 17.39, 45.52, 45.7, 45.71, 45.72, 45.73, 45.74, 45.75, 45.76, 45.79, 45.8, 45.81, 45.82, 45.83, 45.90, 45.92, 45.93, 45.94, 45.95, 46.03, 46.04,48.4, 48.40, 48.41, 48.42, 48.43, 48.49, 48.5, 48.50, 48.51, 48.52, 48.59, 48.6, 48.61, 48.62, 48.63, 48.64, 48.65, 48.69

הרחבות אפשריות לקודי פרוצדורה:
בתי חולים שמשתמשים בהרחבות נוספות יכללו את הקודים הרלוונטיים

הערה: להלן דוגמאות של הרחבות. כל בית חולים שמשתמש בהרחבות נוספות רלוונטיות, יש לכלול אותן בקטגוריה זו

17.31, 17.32, 17.33, 17.34, 17.35, 17.36, 17.39, 45.52, 45.52.02 - 45.52.07, 45.7, 45.71, 45.71.01 - 45.71.05, 45.72, 45.72.01 - 45.72.04, 45.73, 45.73.01 - 45.73.06, 45.73.08 - 45.73.10, 45.74, 45.74.01 - 45.74.05, 45.75, 45.75.01 - 45.75.06, 45.75.08 - 45.75.10, 45.76, 45.76.01 - 45.76.04, 45.76.05 - 45.76.08, 45.79, 45.79.01 - 45.79.02, 45.79.04 - 45.79.06, 45.79.08, 45.79.10, 45.79.12, 45.79.14, 45.79.16, 45.81, 45.82, 45.82.01 - 45.82.06, 45.83, 45.9, 45.90., 45.90.02 - 45.90.03, 45.92, 45.93, 45.93.02 - 45.93.04, 45.93.06, 45.93.09, 45.94, 45.94.02, 45.94.05, 45.94.08, 45.95, 45.95.01 - 45.95.03, 46.03.01 - 46.03.03, 46.03.06, 46.04, 46.04.01 - 46.04.02, 46.10.01 - 46.10.03, 46.11.01, 46.13.02, 46.20.02, 46.22.01, 46.22.02, 46.23.01, 48.4, 48.40, 48.41, 48.41.02, 48.42, 48.43, 48.49, 48.49.01 - 48.49.06, 48.5, 48.50, 48.51, 48.51.01, 48.52, 48.52.01, 48.52.08, 48.59, 48.6, 48.61, 48.61.01, 48.62, 48.62.01 - 48.62.03, 48.63, 48.63.01 - 48.63.05, 48.63.07, 48.64, 48.65, 48.65.01 - 48.65.04, 48.69, 48.69.01 - 48.69.05, 48.69.08 - 48.69.09, 48.75.02, 48.75.08

קריטריונים להוצאה:

מטופלים שעברו ניתוח קולון ו/או רקטום באשפוז דחוף **(לא ידווח)**
מטופלים מתחת לגיל 18 **(לא ידווח)**

תקופת דיווח: אחת לרבעון

תאריך קובע לגזירת האוכלוסייה למדד: תאריך תחילת הניתוח

עבור אוכלוסייה זו, המשתנים שיועברו על ידי בתי החולים הם:

משתנה	שמות שדה	סוג משתנה	קידוד	הסבר
קוד מדד	Measurment_ID	טקסט (14)		קוד המדד הוא: 01-13-2-01-001
קוד בית חולים	Hospital_ID	טקסט (10)		על פי הקידוד המקובל של משרד הבריאות
ת.ז. מוצפנת	Patient_ID	טקסט (256)		**ת.ז. תועבר בצורה מוצפנת בשיטה המקובלת**
ת.ז.- ספרת ביקורת	Patientbikoret_ID	טקסט (1)		**רק** ספרת הביקורת של ת.ז.
סוג תעודה	ID_Types	טקסט (1)		תעודת זהות - 1, דרכון - 2, זמני - 3, ת.ז. פלסטינית - 4
מספר אשפוז/ מספר מקרה/ מספר קבלה	Case_Number	טקסט (50)		המספר שבית החולים מקצה לחולה כאשר הוא מתקבל לאשפוז
קוד מחלקה מנתחת	SurgDep_ID	טקסט (10)	רשימה מצורפת	המחלקה שמבצעת את הניתוח (על פי השתייכות הצוות המנתח), על פי הקידוד המקובל של משרד הבריאות
תאריך כניסה לבית חולים	Hosp_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך המגע הראשון של החולה עם בית החולים (מלר"ד/ מחלקה/ חדר ניתוח או כדומה)
תאריך שחרור מבית חולים	Discharge_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	
תאריך פטירה	Death_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך פטירה במסגרת האשפוז המדווח
שנת לידה	Birth_Year	מספר	YYYY	
מין	Gender	מספר	1- זכר, 2- נקבה	
כתובת- רחוב	Adress_Street	טקסט (100)		
כתובת- מספר בית	Adress_House	טקסט (100)		
כתובת- עיר	Adress_CityName	טקסט (100)		

משתנה	שמות שדה	סוג משתנה	קידוד	הסבר
סמל יישוב	CityCode	מספר		לפי רשימת סמלי יישוב של הלמ"ס
אשכול סוציוכלכלי	SES	מספר	1-20	אשכול סוציוכלכלי על פי הדירוג של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה
גורם מבטח	Insurance_Provider	מספר	1- כללית 2- מכבי 3- מאוחדת 4- לאומית 5- צה"ל 6- אחר, פרט בהערות	קופת החולים אליה משויך המטופל
תאריך תחילת ניתוח	SurgeryStart_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך ביצוע החתך הניתוחי הראשון
שעת תחילת ניתוח	SurgeryStart_Time	טקסט (5)	HH:MM	שעת ביצוע החתך הניתוחי הראשון
תאריך סיום ניתוח	SurgeryEnd_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך תפר אחרון בחדר ניתוח
שעת סיום ניתוח	SurgeryEnd_Time	טקסט (5)	HH:MM	שעת תפר אחרון בחדר ניתוח
תאריך תחילת הרדמה	AnasStart_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	
שעת תחילת הרדמה	AnasStart_Time	טקסט (5)	HH:MM	
תאריך סיום הרדמה	AnasEnd_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	
שעת סיום הרדמה	AnasEnd_Time	טקסט (5)	HH:MM	
פרוצדורות לפי קידוד בחדר ניתוח ICD9	Procedure_ICD	טקסט (200)		לציין עד 3 קודי פרוצדורה ראשונים מתוך הקידוד של חדר הניתוח ולא של הרשמות (מתוך רשימת הקודים להתאמה למדד), מופרדים בפסיקים
שם תרופה אנטיביוטית מניעתית בהתחלה	Prophylac_Name	טקסט (50)	רשום באותיות לטיניות גדולות	שם התרופה האנטיביוטית המניעתית שניתנה לפני החתך הניתוחי (יש לציין את שם התרופה כפי שנרשמה בתיק הרפואי ולא להמיר לשם גנרי/מסחרי). אם יש מספר אנטיביוטיקות, נבחר את התרופה הקרובה ביותר לשעת החתך הניתוחי
שם תרופה אנטיביוטית מניעתית בסיום	Prophylac_Name_Last	טקסט (50)	רשום באותיות לטיניות גדולות	שם התרופה האנטיביוטית המניעתית שניתנה אחרונה (יש לציין את שם התרופה כפי שנרשמה בתיק הרפואי ולא להמיר לשם גנרי/מסחרי) יש לדווח את האנטיביוטיקה המניעתית האחרונה אחרי הניתוח לפני הפסקה של לפחות 24 שעות
תאריך מתן אנטיביוטיקה מניעתית	Prophylac_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	יש לדווח את מתן המנה הקרובה ביותר לחתך הניתוחי
שעת מתן אנטיביוטיקה מניעתית	Prophylac_Time	טקסט (5)	HH:MM	יש לדווח את מתן המנה הקרובה ביותר לחתך הניתוחי
תאריך סיום מתן אנטיביוטיקה מניעתית	ProphylacEnd_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	יש לדווח את תאריך סיום האנטיביוטיקה האחרונה שניתנה (במידה וניתנה יותר מאנטיביוטיקה מניעתית אחת)
שעת סיום מתן אנטיביוטיקה מניעתית	ProphylacEnd_Time	טקסט (5)	HH:MM	יש לדווח את שעת סיום האנטיביוטיקה האחרונה שניתנה (במידה וניתנה יותר מאנטיביוטיקה מניעתית אחת)
קודי פרוצדורות ICD9 לפי קידוד בחדר ניתוח, קוד פנימי	Procedure_ICD_Local	טקסט (200)		לציין עד 3 קודי פרוצדורה ראשונים מתוך הקידוד של חדר הניתוח ולא של הרשמות (מתוך רשימת הקודים להתאמה למדד) ע"פ קוד פנימי של בית החולים, מופרדים בפסיקים
הערות	**Remarks**	**טקסט (200)**		**יש לרשום בטקסט חופשי את כל ההשגות וההערות לגבי המקרה שברצונכם להדגיש**

שם המדד	מתן טיפול אנטיביוטי מניעתי נאות סביב ניתוח לתיקון שבר בצוואר הירך
מספר המדד	**01-14-1-02-002**
תיאור המדד	שיעור המטופלים שעברו ניתוח לתיקון שבר בצוואר הירך וקיבלו טיפול אנטיביוטי מניעתי בחלון הזמן של שעה לפני ביצוע החתך הניתוחי הראשון, ושהטיפול הופסק עד 24 שעות לאחר הניתוח **(ראו נספח 01.2)**
הרציונל לבחירת המדד	מטרת הטיפול האנטיביוטי המניעתי היא להביא את הרקמות המנותחות לרוויה אנטיביוטית לפני ביצוע החתך, כדי להגן עליהן מפני חדירת זיהום במהלך הניתוח (כשהן חשופות).[2,1] בניתוחים לתיקון שבר בצוואר הירך הוכח שמתן אנטיביוטיקה מפחית את שיעור הזיהומים. מחקרים רבים בעולם הוכיחו כי עיכוב במתן אנטיביוטיקה מניעתית מביא להפחתת האפקט המגן מפני זיהומים לאחר הניתוח.[3] נמצא קשר ישיר מובהק בין מתן אנטיביוטיקה מניעתית דרך הווריד להפחתת שיעור הזיהומים באתר הניתוח ב-30 הימים הראשונים שלאחר הניתוח.[6,5,4] עם זאת, לא נמצאו יתרונות בהמשך מתן האנטיביוטיקה יותר מ-24 שעות לאחר סגירת החתך הניתוחי. יתרה מזאת, המשך מתן האנטיביוטיקה עלול לסייע להתפתחותם של פתוגנים עמידים.[8,7] מתן אנטיביוטיקה מניעתית לפני ניתוח שבר בצוואר הירך הינו בהתאם לחוזר מינהל הרפואה.[9]
סוג המדד	תהליך (process)
מחלקות	אורתופדיה
מכנה	כל המטופלים בני 65 ומעלה שעברו ניתוח לתיקון שבר בצוואר הירך
מונה	כל המטופלים בני 65 ומעלה שעברו ניתוח לתיקון שבר בצוואר הירך, קיבלו טיפול אנטיביוטי מניעתי בחלון הזמן של שעה לפני החתך הניתוחי הראשון,* והטיפול הופסק עד 24 שעות מתחילת הניתוח**
תאריך קובע לגזירת המדד	תאריך תחילת הניתוח
קריטריונים להכללה	מטופלים **בני 65 ומעלה** ביום הניתוח עם **אבחנה** של שבר בצוואר הירך (ראו קודי אבחנות של ICD-9 בנספחים, טבלה 02.1) **יחד עם** **הפרוצדורה** הניתוחית הרלוונטית (ראו קודי פרוצדורות של ICD-9 בנספחים, טבלה 02.2) **על פי הקידוד בחדר ניתוח**
קריטריונים להוצאה	מטופלים מתחת לגיל 65 **(לא ידוע)**

מקור המידע	**מערכות המחשוב המנהלי בבית החולים** ת"ז **(מוצפנת)** מין GIS **(אזור סוציו-אקונומי של המטופל על פי כתובתו המלאה)** מספר מקרה תאריך כניסה לבית חולים שנת לידה גורם מבטח	**מערכות המחשוב הקליני בבית החולים** תאריך תחילת ניתוח שעת תחילת ניתוח קודי פרוצדורות ICD-9 לפי קידוד בחדר ניתוח קודי אבחנות ICD-9 לפי קידוד בחדר ניתוח שם האנטיביוטיקה המניעתית בהתחלה שם אנטיביוטיקה מניעתית בסיום תאריך מתן אנטיביוטיקה מניעתית לפני הניתוח שעת מתן אנטיביוטיקה מניעתית לפני הניתוח תאריך הפסקת מתן האנטיביוטיקה המניעתית שעת הפסקת מתן האנטיביוטיקה המניעתית
יעד לשנת 2025	95%	
תקופת דיווח	אחת לרבעון	
תחילת הפקת המדד	רבעון ראשון של שנת 2014	
הערות	*על פי ההנחיות הקליניות של ה-ASHP מ-2013,[10] סוגי האנטיביוטיקה המומלצים בדרגה A לניתוח זה הם Cefazolin כבחירה המומלצת ביותר ו-Clindamycin, Vancomycin כחלופות אפשריות. **במקרים שבהם ניתנת אנטיביוטיקה מסוג Vancomycin, המאושפזים יקבלו אותה בחלון זמן של שעתיים לפני הניתוח.	

[1] Bratzler, D. W., Dellinger, E. P., Olsen, K. M., Perl, T. M., Auwaerter, P. G., Bolon, M. K., Fish, D. N., Napolitano, L. M., Sawyer, R. G., Slain, D., Steinberg, J. P., & Weinstein, R. A. (2013). Clinical practice guidelines for antimicrobial prophylaxis in surgery. *American Journal of Health-System Pharmacy*, *70*(3), 195–283. https://doi.org/10.2146/ajhp120568

[2] Chandrananth, J., Rabinovich, A., Karahalios, A., Guy, S., & Tran, P. (2016). Impact of adherence to local antibiotic prophylaxis guidelines on infection outcome after total hip or knee arthroplasty. *The Journal of Hospital Infection*, *93*(4), 423–427. https://doi.org/10.1016/j.jhin.2016.02.019

[3] Bratzler, D. W., Dellinger, E. P., Olsen, K. M., Perl, T. M., Auwaerter, P. G., Bolon, M. K., Fish, D. N., Napolitano, L. M., Sawyer, R. G., Slain, D., Steinberg, J. P., & Weinstein, R. A. (2013). Clinical practice guidelines for antimicrobial prophylaxis in surgery. *American Journal of Health-System Pharmacy*, *70*(3), 195–283. https://doi.org/10.2146/ajhp120568

[4] המחלקה לחקר שירותי רפואה. (2011). *התכנית הלאומית למדדי איכות בבתי חולים. סקר עומק של ניתוחי שברים בצוואר הירך*. משרד הבריאות.

[5] Bratzler, D. W., Houck, P. M., & Surgical Infection Prevention Guideline Writers Workgroup. (2005). Antimicrobial prophylaxis for surgery: an advisory statement from the National Surgical Infection Prevention Project. *American Journal of Surgery*, *189*(4), 395–404. https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2005.01.015

[6] Sanford, J. P., & Gilbert, D. N. (2010). *The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy: 2010*. Antimicrobial Therapy. ISBN-13: 978-1930808607

[7] Bratzler, D. W., Houck, P. M., Richards, C., Steele, L., Dellinger, E. P., Fry, D. E., Wright, C., Ma, A., Carr, K., & Red, L. (2005). Use of antimicrobial prophylaxis for major surgery: baseline results from the National Surgical Infection Prevention Project. *Archives of Surgery*, *140*(2), 174–182. https://doi.org/10.1001/archsurg.140.2.174

[8] WHO. (2018). *Global Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection*. Web Appendix 25, Summary of a systematic review on surgical antibiotic prophylaxis prolongation. World Health Organization. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536429/

[9] מינהל הרפואה. (2017). הנחיות *למתן אנטיביוטיקה מונעת (פרופילקסיס) לפני ניתוח*. חוזר מס' 23/2017. משרד הבריאות. https://www.gov.il/BlobFolder/policy/mr23-2017/he/files_circulars_mr_mr23_2017.pdf

[10] Bratzler, D. W., Dellinger, E. P., Olsen, K. M., Perl, T. M., Auwaerter, P. G., Bolon, M. K., Fish, D. N., Napolitano, L. M., Sawyer, R. G., Slain, D., Steinberg, J. P., & Weinstein, R. A. (2013). Clinical practice guidelines for antimicrobial prophylaxis in surgery. *American Journal of Health-System Pharmacy*, *70*(3), 195–283. https://doi.org/10.2146/ajhp120568

מדד 01-14-1-02-002 **מתן טיפול אנטיביוטי מניעתי נאות סביב ניתוח לתיקון שבר בצוואר הירך**

תיאור המדד: שיעור המטופלים שעברו ניתוח לתיקון שבר בצוואר הירך וקיבלו טיפול אנטיביוטי מניעתי בחלון הזמן של שעה לפני ביצוע החתך הניתוחי הראשון, ושהטיפול הופסק עד 24 שעות לאחר הניתוח (ראו נספח 01.2)

קריטריונים להכללה:
מטופלים **בני 65 ומעלה** ביום הניתוח
עם **אבחנה** של שבר בצוואר הירך (ראו קודי אבחנות של ICD-9 בנספחים, טבלה 02.1) **יחד עם הפרוצדורה** הניתוחית הרלוונטית (ראו קודי פרוצדורות של ICD-9 בנספחים, טבלה 02.2)
על פי הקידוד בחדר ניתוח:
קודי אבחנה של ICD-9: D820.0, 820.00, 820.01, 820.02, 820.03, 820.09,820.1, 820.10, 820.11, 820.12, 820.13, 820.19, 820.2, 820.20, 820.21, 820.22, 820.3, 820.30, 820.31, 820.32, 820.8, 820.9, 733.15, 733.14

יחד עם
קודי פרוצדורה של ICD-9: P78.15, 79.15, 79.35, 81.51, 81.52

הרחבות אפשריות לקודי פרוצדורה: **הערה:** להלן דוגמאות של הרחבות. כל בית חולים שמשתמש בהרחבות נוספות רלוונטיות, יש לכלול אותן בקטגוריה זו
78.15.01-78.15.02, 78.15.04, 79.15.01-79.15.05, 79.35, 79.35.01-79.35.14, 81.51, 81.51.01, 81.51.03, 81.52.01-81.52.05

קריטריונים להוצאה:
מטופלים מתחת לגיל 65 **(לא ידווח)**

תקופת דיווח: אחת לרבעון

תאריך קובע לגזירת האוכלוסייה למדד: תאריך תחילת ניתוח

עבור אוכלוסייה זו, המשתנים שיועברו על ידי בתי החולים הם:

משתנה	שמות השדות	סוג משתנה	קידוד	הסבר
קוד מדד	Measurment_ID	טקסט (14)		קוד המדד הוא: 01-14-1-02-002
קוד בית חולים	Hospital_ID	טקסט (10)		על פי הקידוד המקובל של משרד הבריאות
ת.ז. מוצפנת	Patient_ID	טקסט (256)		**ת.ז. תועבר בצורה מוצפנת בשיטה המקובלת**
ת.ז.- ספרת ביקורת	Patientbikoret_ID	טקסט (1)		**רק** ספרת הביקורת של ת.ז.
סוג תעודה	ID_Types	טקסט (1)		תעודת זהות - 1, דרכון - 2, זמני - 3, ת.ז. פלסטינית - 4
מספר אשפוז/ מספר מקרה/ מספר קבלה	Case_Number	טקסט (50)		המספר שבית החולים מקצה לחולה כאשר הוא מתקבל לאשפוז. מספר חד חד ערכי
קוד מחלקה מנתחת	SurgDep_ID	טקסט (10)	רשימה מצורפת	המחלקה שמבצעת את הניתוח (על פי השתייכות הצוות המנתח), על פי הקידוד המקובל של משרד הבריאות
תאריך כניסה לבית חולים	Hosp_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך המגע הראשון של החולה עם בית החולים (מלר"ד/ מחלקה/ חדר ניתוח וכדומה)
שנת לידה	Birth_Year	מספר	YYYY	
מין	Gender	מספר	1- זכר, 2-נקבה	
כתובת- רחוב	Adress_Street	טקסט (100)		
כתובת- מספר בית	Adress_House	טקסט (100)		
כתובת- עיר	Adress_CityName	טקסט (100)		
סמל יישוב	CityCode	מספר		לפי רשימת סמלי יישוב של הלמ"ס
אשכול סוציוכלכלי	SES	מספר	1-20	אשכול סוציוכלכלי על פי הדירוג של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה
גורם מבטח	Insurance_Provider	מספר	1- כללית 2- מכבי 3- מאוחדת 4- לאומית 5- צה"ל 6- אחר, פרט בהערות	קופת החולים אליה משויך המטופל
תאריך תחילת ניתוח	SurgeryStart_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך ביצוע החתך הניתוחי הראשון
שעת תחילת ניתוח	SurgeryStart_Time	טקסט (5)	HH:MM	שעת ביצוע החתך הניתוחי הראשון
קודי אבחנות ICD9 לפי קידוד בחדר ניתוח	Diagnosis_ICD	טקסט (200)		לציין את קודי האבחנה של החולה (לפי ICD9) מתוך הקידוד של חדר הניתוח ולא של הרשמות. את הקודים יש לתת ברשימה של כל האבחנות, מופרדים בפסיקים
קודי פרוצדורות ICD9 לפי קידוד בחדר ניתוח	Procedure_ICD	טקסט (200)		לציין עד 3 קודי פרוצדורה ראשונים מתוך הקידוד של חדר הניתוח ולא של הרשמות (מתוך רשימת הקודים להתאמה
קודי פרוצדורות ICD9 לפי קידוד בחדר ניתוח קוד פנימי	Procedure_ICD_Local	טקסט (200)		לציין עד 3 קודי פרוצדורה ראשונים מתוך הקידוד של חדר הניתוח ולא של הרשמות (מתוך רשימת הקודים להתאמה למדד), קוד פנימי של בית החולים

משתנה	שמות השדות	סוג משתנה	קידוד	הסבר
שם תרופה אנטיביוטית מניעתית בהתחלה	Prophylac_Name	טקסט (50),	רשום באותיות לטיניות גדולות	שם התרופה האנטיביוטית **המניעתית** שניתנה לפני החתך הניתוחי (יש לציין את שם התרופה כפי שנרשמה בתיק הרפואי ולא להמיר לשם גנרי/מסחרי). אם יש מספר אנטיביוטיקות, נבחר את התרופה הקרובה ביותר לשעת החתך הניתוחי
שם תרופה אנטיביוטית מניעתית בסיום	Prophylac_Name_Last	טקסט (50)	רשום באותיות לטיניות גדולות	שם התרופה האנטיביוטית המניעתית שניתנה אחרונה (יש לציין את שם התרופה כפי שנרשמה בתיק הרפואי ולא להמיר לשם גנרי/מסחרי). יש לדווח את האנטיביוטיקה המניעתית האחרונה אחרי הניתוח לפני הפסקה של לפחות 24 שעות
תאריך מתן תרופה אנטיביוטית מניעתית	ProphylacStart_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	יש לדווח את מתן המנה הקרובה ביותר לחתך הניתוחי
שעת מתן תרופה אנטיביוטית מניעתית	ProphylacStart_Time	טקסט (5)	HH:MM	יש לדווח את מתן המנה הקרובה ביותר לחתך הניתוחי
תאריך הפסקת מתן תרופה אנטיביוטית	ProphylacEnd_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	יש לדווח את תאריך סיום האנטיביוטיקה האחרונה שניתנה (במידה וניתנה יותר מאנטיביוטיקה מניעתית אחת)
שעת הפסקת מתן תרופה אנטיביוטית	ProphylacEnd_Time	טקסט (5)	HH:MM	יש לדווח את שעת סיום האנטיביוטיקה האחרונה שניתנה (במידה וניתנה יותר מאנטיביוטיקה מניעתית אחת)
הערות	**Remarks**	**טקסט (200)**		**יש לרשום בטקסט חופשי את כל ההשגות וההערות לגבי המקרה שברצונכם להדגיש**

שם המדד	מתן טיפול אנטיביוטי מניעתי נאות סביב ניתוח החלפת מפרק ברך או ירך
מספר המדד	**01-23-1-02-001**
תיאור המדד	שיעור המטופלים שעברו ניתוח החלפת מפרק ברך או ירך (מלאה, חלקית או revision) וקיבלו טיפול אנטיביוטי מניעתי בחלון הזמן של שעה* לפני ביצוע החתך הניתוחי הראשון, ושהטיפול הופסק עד 24 שעות לאחר הניתוח **(ראו נספח 01.2)**
הרציונל לבחירת המדד	מטרת הטיפול האנטיביוטי המניעתי היא להביא את הרקמות המנותחות לרוויה אנטיביוטית לפני ביצוע החתך, כדי להגן עליהן מפני חדירת זיהום במהלך הניתוח (כשהן חשופות).[1] בניתוחים להחלפת מפרק ברך או ירך הוכח שמתן אנטיביוטיקה מפחית שיעור זיהומים ותמותה.[3,2] מחקרים רבים בעולם הוכיחו כי עיכוב במתן אנטיביוטיקה מניעתית מביא להפחתת האפקט המגן מפני זיהומים לאחר הניתוח.[6,5,4] נמצא קשר ישיר מובהק בין מתן אנטיביוטיקה מניעתית המגן מפני זיהומים לאחר הניתוח דרך הווריד להפחתת שיעור הזיהומים באתר הניתוח ב-30 הימים הראשונים שלאחר הניתוח, אך לא נמצאו יתרונות בהמשך מתן האנטיביוטיקה יותר מ-24 שעות לאחר סגירת החתך הניתוחי.[9,8,7] יתרה מזאת, המשך מתן האנטיביוטיקה עלול לסייע להתפתחותם של פתוגנים עמידים.[10] מתן אנטיביוטיקה מניעתית לפני החלפת מפרק הינו בהתאם לחוזר מנהל הרפואה.[11]
סוג המדד	תהליך (process)
מכנה	כל המטופלים שעברו ניתוח החלפת מפרק ברך או ירך אלקטיבי (מלאה, חלקית או revision)
מונה	כל המטופלים שעברו ניתוח החלפת מפרק ברך או ירך אלקטיבי (מלאה, חלקית או revision) וקיבלו אנטיביוטיקה מניעתית בחלון הזמן של שעה* לפני הניתוח והטיפול הופסק עד 24 שעות מתחילת הניתוח
תאריך קובע לגזירת המדד	תאריך תחילת הניתוח
קריטריונים להכללה	כל המטופלים שעברו ניתוח החלפת מפרק ברך או ירך בניתוח אלקטיבי שיש להם לפחות אחת מהפרוצדורות של ICD-9 לניתוחי החלפת מפרק ברך או ירך (ראו קודי פרוצדורות של ICD-9 בנספחים, טבלה 13.1) כל המטופלים בני 18 ומעלה ביום הניתוח
קריטריונים להוצאה	מטופלים שעברו ניתוח החלפת מפרק ברך או ירך בניתוח דחוף **(לא ידווח)** מטופלים מתחת לגיל 18 **(לא ידווח)**
מקור המידע	**מערכות המחשוב המנהלי בבית החולים** ת"ז **(מוצפנת)** **מערכות המחשוב הקליני בבית החולים** תאריך תחילת ניתוח

	מין GIS **(אזור סוציו-אקונומי של המטופל על פי כתובתו המלאה)** מספר מקרה שנת לידה גורם מבטח תאריך כניסה לבית חולים תאריך שחרור מבית חולים תאריך פטירה	שעת תחילת ניתוח קודי פרוצדורות ICD-9 לפי קידוד בחדר ניתוח שם תרופה אנטיביוטית מניעתית בהתחלה (גנרי) שם תרופה אנטיביוטית מניעתית בסיום (גנרי) תאריך מתן אנטיביוטיקה מניעתית לפני הניתוח שעת מתן אנטיביוטיקה מניעתית לפני הניתוח תאריך הפסקת מתן האנטיביוטיקה המניעתית שעת הפסקת מתן האנטיביוטיקה המניעתית
יעד לשנת 2025	טרם נקבע יעד	
תקופת דיווח	אחת לרבעון	
תחילת הפקת המדד	ינואר 2023	
הערות	*במקרים שבהם ניתנת אנטיביוטיקה מסוג Vancomycin, המאושפזים יקבלו אותה בחלון זמן של שעתיים לפני הניתוח. במקרה של מתן מספר אנטיביוטיקות יש לדווח את האנטיביוטיקה הסמוכה ביותר לחתך הניתוחי. במקרה של המשך מתן אנטיביוטיקה טיפולית מאותו סוג של אנטיביוטיקה מניעתית, יש לתת הוראה נפרדת להתחלת אנטיביוטיקה טיפולית ולהפסקה של אנטיביוטיקה מניעתית. יש לדווח שם גנרי בלבד.	

[1] Bratzler, D. W., Dellinger, E. P., Olsen, K. M., Perl, T. M., Auwaerter, P. G., Bolon, M. K., Fish, D. N., Napolitano, L. M., Sawyer, R. G., Slain, D., Steinberg, J. P., & Weinstein, R. A. (2013). Clinical practice guidelines for antimicrobial prophylaxis in surgery. *American Journal of Health-System Pharmacy*, *70*(3), 195–283. https://doi.org/10.2146/ajhp120568

[2] Niv, Y., Kuniavsky, M., Bronshtein, O., Goldschmidt, N., Hanhart, S., Levine, D., & Mahalla, H. (2021). Quality indicators for prevention of infection in the surgical site: the israeli national program for quality indicators experience. *Quality Management in Health Care*, *30*(2), 81–86. https://doi.org/10.1097/QMH.0000000000000312

[3] Chandrananth, J., Rabinovich, A., Karahalios, A., Guy, S., & Tran, P. (2016). Impact of adherence to local antibiotic prophylaxis guidelines on infection outcome after total hip or knee arthroplasty. *The Journal of Hospital Infection*, *93*(4), 423–427. https://doi.org/10.1016/j.jhin.2016.02.019

[4] van Kasteren, M. E. E., Manniën, J., Ott, A., Kullberg, B.-J., de Boer, A. S., & Gyssens, I. C. (2007). Antibiotic prophylaxis and the risk of surgical site infections following total hip arthroplasty: timely administration is the most important factor. *Clinical Infectious Diseases*, *44*(7), 921–927. https://doi.org/10.1086/512192

[5] Classen, D. C., Evans, R. S., Pestotnik, S. L., Horn, S. D., Menlove, R. L., & Burke, J. P. (1992). The timing of prophylactic administration of antibiotics and the risk of surgical-wound infection. *The New England Journal of Medicine*, *326*(5), 281–286. https://doi.org/10.1056/NEJM199201303260501

[6] Bratzler, D. W., Dellinger, E. P., Olsen, K. M., Perl, T. M., Auwaerter, P. G., Bolon, M. K., Fish, D. N., Napolitano, L. M., Sawyer, R. G., Slain, D., Steinberg, J. P., & Weinstein, R. A. (2013). Clinical practice guidelines for antimicrobial prophylaxis in surgery. *American Journal of Health-System Pharmacy*, *70*(3), 195–283. https://doi.org/10.2146/ajhp120568

[7] Branch-Elliman, W., O'Brien, W., Strymish, J., Itani, K., Wyatt, C., & Gupta, K. (2019). Association of Duration and Type of Surgical Prophylaxis With Antimicrobial-Associated Adverse Events. *JAMA Surgery*, *154*(7), 590–598. https://doi.org/10.1001/jamasurg.2019.0569

[8] Nagata, K., Yamada, K., Shinozaki, T., Miyazaki, T., Tokimura, F., Tajiri, Y., Matsumoto, T., Yamakawa, K., Oka, H., Higashikawa, A., Sato, T., Kawano, K., Karita, T., Koyama, T., Hozumi, T., Abe, H., Hodohara, M., Kohata, K., Toyonaga, M., … OSSI investigators. (2022). Effect of Antimicrobial Prophylaxis Duration on Health Care-Associated Infections After Clean Orthopedic Surgery: A Cluster Randomized Trial. *JAMA Network Open*, *5*(4), e226095. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.6095

[9] Badge, H., Churches, T., Xuan, W., Naylor, J. M., & Harris, I. A. (2022). Timing and duration of antibiotic prophylaxis is associated with the risk of infection after hip and knee arthroplasty. *Bone & Joint Open*, *3*(3), 252–260. https://doi.org/10.1302/2633-1462.33.BJO-2021-0181.R1

[10] de Jonge, S. W., Boldingh, Q. J. J., Solomkin, J. S., Dellinger, E. P., Egger, M., Salanti, G., Allegranzi, B., & Boermeester, M. A. (2020). Effect of postoperative continuation of antibiotic prophylaxis on the incidence of surgical site infection: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Infectious Diseases*, *20*(10), 1182–1192. https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30084-0

[11] מינהל הרפואה. (2017). *הנחיות למתן אנטיביוטיקה מונעת (פרופילקסיס) לפני ניתוח*. חוזר מס' 23/2017. משרד הבריאות. https://www.gov.il/BlobFolder/policy/mr23-2017/he/files_circulars_mr_mr23_2017.pdf

מדד 01-23-1-02-001 **מתן טיפול אנטיביוטי מניעתי נאות סביב ניתוח החלפת מפרק ברך או ירך**

תיאור המדד: שיעור המטופלים שעברו ניתוח החלפת מפרק ברך או ירך (מלאה, חלקית או revision) וקיבלו טיפול אנטיביוטי מניעתי בחלון הזמן של שעה* לפני ביצוע החתך הניתוחי הראשון, ושהטיפול הופסק עד 24 שעות לאחר הניתוח (ראו נספח 01.2)

קריטריונים להכללה:
כל המטופלים **בני 18 ומעלה** ביום הניתוח
כל המטופלים שעברו ניתוח החלפת מפרק ברך או ירך בניתוח אלקטיבי שיש להם לפחות אחת מהפרוצדורות של ICD-9 לניתוחי החלפת מפרק ברך או ירך (ראו קודי פרוצדורות של ICD-9 בנספחים, טבלה 13.1)
על פי הקידוד בחדר ניתוח
קודי פרוצדורה של ICD-9: (00.70-00.77) 00.7, 81.55, 81.54, 81.53, 81.52, 81.51, 00.87, 00.86, 00.85, 00.84, 00.83, 00.82, 00.81, 00.80

קריטריונים להוצאה:
מטופלים שעברו ניתוח החלפת מפרק ברך או ירך בניתוח דחוף **(לא ידווח)**
מטופלים מתחת לגיל 18 **(לא ידווח)**

תקופת דיווח: אחת לרבעון

תאריך קובע לגזירת האוכלוסייה למדד: תאריך תחילת ניתוח

עבור אוכלוסייה זו, המשתנים שיועברו על ידי בתי החולים הם:

משתנה	שמות השדות	סוג משתנה	קידוד	הסבר
קוד מדד	Measurment_ID	טקסט (14)		קוד המדד הוא: 01-23-1-02-001
קוד בית חולים	Hospital_ID	טקסט (10)		על פי הקידוד המקובל של משרד הבריאות
ת.ז. מוצפנת	Patient_ID	טקסט (256)		**ת.ז. תועבר בצורה מוצפנת בשיטה המקובלת**
ת.ז.- ספרת ביקורת	Patientbikoret_ID	טקסט (1)		**רק** ספרת הביקורת של ת.ז.
סוג תעודה	ID_Types	טקסט (1)		תעודת זהות - 1, דרכון - 2, זמני - 3, ת.ז. פלסטינית - 4
מספר אשפוז/ מספר מקרה/ מספר קבלה	Case_Number	טקסט (50)		המספר שבית החולים מקצה לחולה כאשר הוא מתקבל לאשפוז. מספר חד חד ערכי
קוד מחלקה מנתחת	SurgDep_ID	טקסט (10)	רשימה מצורפת	המחלקה שמבצעת את הניתוח (על פי השתייכות הצוות המנתח), על פי הקידוד המקובל של משרד הבריאות
תאריך כניסה לבית חולים	Hosp_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך המגע הראשון של החולה עם בית החולים (מלר"ד/ מחלקה/ חדר ניתוח וכדומה)
תאריך שחרור מבית חולים	Discharge_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	
תאריך פטירה	Death_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך פטירה במסגרת האשפוז המדווח
שנת לידה	Birth_Year	מספר	YYYY	
מין	Gender	מספר	1- זכר, 2-נקבה	
כתובת- רחוב	Adress_Street	טקסט (100)		
כתובת- מספר בית	Adress_House	טקסט (100)		
כתובת- עיר	Adress_CityName	טקסט (100)		
סמל יישוב	CityCode	מספר		לפי רשימת סמלי יישוב של הלמ"ס
אשכול סוציוכלכלי	SES	מספר	1-20	אשכול סוציוכלכלי על פי הדירוג של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה
גורם מבטח	Insurance_Provider	מספר	1- כללית 2- מכבי 3- מאוחדת 4- לאומית 5- צה"ל 6- אחר, פרט בהערות	קופת החולים אליה משויך המטופל
תאריך תחילת ניתוח	SurgeryStart_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך ביצוע החתך הניתוחי הראשון
שעת תחילת ניתוח	SurgeryStart_Time	טקסט (5)	HH:MM	שעת ביצוע החתך הניתוחי הראשון
קודי פרוצדורות ICD-9 לפי קידוד בחדר ניתוח	Procedure_ICD	טקסט (200)		לציין עד 3 קודי פרוצדורה ראשונים מתוך הקידוד של חדר הניתוח ולא של הרשמות (מתוך רשימת הקודים להתאמה למדד)
קודי פרוצדורות ICD-9 לפי קידוד בחדר ניתוח קוד פנימי	Procedure_ICD_Local	טקסט (200)		לציין עד 3 קודי פרוצדורה ראשונים מתוך הקידוד של חדר הניתוח ולא של הרשמות (מתוך רשימת הקודים להתאמה למדד), קוד פנימי של בית החולים
שם תרופה אנטיביוטית מניעתית בהתחלה (גנרי)	Prophylac_Name	טקסט (50)	רשום באותיות לטיניות גדולות	שם התרופה האנטיביוטית **המניעתית** שניתנה לפני החתך הניתוחי (יש לציין את השם הגנרי של האנטיביוטיקה) אם יש מספר אנטיביוטיקות, נבחר את התרופה הקרובה ביותר לשעת החתך הניתוחי
שם תרופה אנטיביוטית מניעתית בסיום (גנרי)	Prophylac_Name_Last	טקסט (50)	רשום באותיות לטיניות גדולות	שם התרופה האנטיביוטית **המניעתית** שניתנה אחרונה (יש לציין את השם הגנרי של האנטיביוטיקה) יש לדווח את האנטיביוטיקה המניעתית האחרונה אחרי הניתוח לפני הפסקה של לפחות 24 שעות
תאריך מתן תרופה אנטיביוטית מניעתית	ProphylacStart_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	יש לדווח את מתן המנה הקרובה ביותר לחתך הניתוחי
שעת מתן תרופה אנטיביוטית מניעתית	ProphylacStart_Time	טקסט (5)	HH:MM	יש לדווח את מתן המנה הקרובה ביותר לחתך הניתוחי

משתנה	שמות השדות	סוג משתנה	קידוד	הסבר
תאריך הפסקת מתן תרופה אנטיביוטית	ProphylacEnd_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	יש לדווח את תאריך סיום האנטיביוטיקה האחרונה שניתנה (במידה וניתנה יותר מאנטיביוטיקה מניעתית אחת)
שעת הפסקת מתן תרופה אנטיביוטית	ProphylacEnd_Time	טקסט (5)	HH:MM	יש לדווח את שעת סיום האנטיביוטיקה האחרונה שניתנה (במידה וניתנה יותר מאנטיביוטיקה מניעתית אחת)
הערות	**Remarks**	**טקסט (200)**		**יש לרשום בטקסט חופשי את כל ההשגות וההערות לגבי המקרה שברצונכם להדגיש**

שם המדד	זמן חציוני מקבלה למלר"ד עד למתן טיפול אנטיביוטי למטופל עם אבחנה של ספסיס, שוק ספטי או ספסיס חמור**
מספר המדד	**01-23-1-03-001**
תיאור המדד	זמן חציוני מקבלה למלר"ד עד למתן טיפול אנטיביוטי תוך ורידי למטופל עם אבחנה של ספסיס, שוק ספטי או ספסיס חמור (severe sepsis) (**בשלב הראשון יפורסמו רק נתונים של מטופלים עם שוק ספטי [785.52])
הרציונל לבחירת המדד	ספסיס הוא מצב מסכן חיים בו חלה פגיעה בתפקוד איברים כתוצאה מזיהום. ספסיס ושוק ספטי מהווים נטל תחלואה גדול על מערכות הבריאות ומשפיעים על כמיליוני אנשים ברחבי העולם. מדי שנה נפטרים כ-6 מיליון אנשים בעולם כתוצאה מספסיס. בארה"ב לבדה, כ-1.7 מיליון אנשים מפתחים ספסיס ו-1 מתוך 3 מטופלים שנפטרו בבית החולים סבל מספסיס. בכ-87% מהמקרים ספסיס, או זיהום הגורם לספסיס, מתפתח מחוץ לבית החולים. לפיכך מודעות מוגברת, זיהוי מוקדם, ומתן טיפול אנטיביוטי במהלך השעות הראשונות להתפתחות הספסיס נמצאו כגורמים המשפרים את תוצאי המטופל ואף מפחיתים תמותה.[3,2,1] טיפול אנטיביוטי מיידי מהווה טיפול מציל חיים בעבור חלק מהמטופלים.[4] הנחיות ה-European Society of Intensive Care Medicine וה-Society of Critical Care Medicine האמריקאי ממליצות על מתן מיידי של אנטיביוטיקה למטופלים עם חשד לספסיס או שוק ספטי, כאשר פרק הזמן המומלץ הוא תוך כשעה מרגע הזיהוי.[5] המלצה זו מבוססת על עשרות מחקרי עוקבה אשר הצביעו על הקשר שבין זמן מתן טיפול אנטיביוטי לבין תוצאי המטופל.[7,6]
סוג המדד	תהליך (process)
מחלקות	כל מחלקות בית החולים הכללי כולל מחלקות השהייה (לא כולל מחלקות לבריאות הנפש, גריאטריה, שיקום)
חישוב המדד	זמן חציוני מקבלה למלר"ד ועד לקבלת טיפול אנטיביוטי תוך ורידי ראשון של מטופל בעל אבחנה של ספסיס, שוק ספטי או ספסיס חמור בשחרור מאשפוז כללי (**בשלב הראשון יפורסמו רק נתונים של מטופלים עם שוק ספטי [785.52])
תאריך קובע לגזירת המדד	תאריך שחרור מבית החולים
קריטריונים להכללה	כל המטופלים ששוחררו מבית החולים עם אבחנה של ספסיס, שוק ספטי או ספסיס חמור, שנקבעה באחת התחנות: מלר"ד, השהייה, אשפוז כניסה דרך מלר"ד בלבד (פנימי, כירורגי, עיניים, א.א.ג, נשים, ילדים, אורתופדיה וכו', כולל מלר"ד קורונה)

קריטריונים להוצאה	כניסה דרך מלר"ד יולדות / מלר"ד פסיכיאטרי **(לא ידווח)** מטופלים שאושפזו במחלקות שאינן נכללות במדד (בריאות הנפש, גריאטריה, שיקום) **(ידווח וייגרע)** מטופל שקיבל טיפול אנטיביוטי תוך ורידי ראשון לאחר שחרור מהמלר"ד* **(ידווח וייגרע)** *פרט למטופלים שלא קבלו אנטיביוטיקה במלר"ד אך קבלו אנטיביוטיקה תוך ורידית במהלך האשפוז **<u>עד שעתיים</u>** מהכניסה למחלקה מאשפזת ראשונה בפועל. מטופלים אלו ייכנסו לחישוב זמן חציוני.	
מקור המידע	**מערכות המחשוב המנהלי בבית החולים** ת"ז **(מוצפנת)** מין שנת לידה GIS **(אזור סוציו-אקונומי של המטופל על פי כתובתו המלאה)** מספר מקרה תאריך כניסה למלר"ד שעת כניסה למלר"ד תאריך שחרור ממלר"ד שעת שחרור ממלר"ד סוג המלר"ד שבו שהה מטופל סוג מלר"ד משחרר גורם מפנה למלר"ד קוד מחלקה מאשפזת תאריך כניסה למחלקה מאשפזת ראשונה שעת כניסה למחלקה מאשפזת ראשונה קוד מחלקה משחררת להיכן שוחרר תאריך העברה למחלקה שאינה נכללת קוד מחלקה שאינה נכללת תאריך שחרור מבית החולים שעת שחרור מבית החולים תאריך פטירה שעת פטירה גורם מבטח	**מערכות המחשוב הקליני בבית החולים** קוד אבחנה של ספסיס / שוק ספטי / ספסיס חמור במלר"ד קוד אבחנה של ספסיס / שוק ספטי / ספסיס חמור במחלקה מאשפזת ראשונה קוד אבחנה של ספסיס / שוק ספטי / ספסיס חמור בשחרור שם תרופה אנטיביוטית (גנרי) מינון אנטיביוטיקה תאריך מתן אנטיביוטיקה במלר"ד שעת מתן אנטיביוטיקה במלר"ד תאריך מתן אנטיביוטיקה באשפוז שעת מתן אנטיביוטיקה באשפוז
יעד לשנת 2025	טרם נקבע יעד	
תקופת דיווח	אחת לרבעון	

תחילת הפקת המדד	רבעון ראשון של שנת 2023
הערות	במידה וניתנו מספר סוגי אנטיביוטיקה תוך ורידית יש לדווח את האנטיביוטיקה הראשונה שניתנה. יש לדווח את השם הגנרי של האנטיביוטיקה. **הערה: בהתאם לסיכום עם האיגוד הישראלי למחלות זיהומיות, האיגוד הישראלי לטיפול רפואי נמרץ והאיגוד הישראלי לרפואה דחופה, בשלב הראשון יפורסמו רק נתונים של מטופלים עם שוק ספטי (785.52).

[1] Evans, L., Rhodes, A., Alhazzani, W., Antonelli, M., Coopersmith, C. M., French, C., Machado, F. R., Mcintyre, L., Ostermann, M., Prescott, H. C., Schorr, C., Simpson, S., Wiersinga, W. J., Alshamsi, F., Angus, D. C., Arabi, Y., Azevedo, L., Beale, R., Beilman, G., … Levy, M. (2021). Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. *Intensive Care Medicine*, *47*(11), 1181–1247. https://doi.org/10.1007/s00134-021-06506-y

[2] Reinhart, K., Daniels, R., Kissoon, N., Machado, F. R., Schachter, R. D., & Finfer, S. (2017). Recognizing Sepsis as a Global Health Priority - A WHO Resolution. *The New England Journal of Medicine*, *377*(5), 414–417. https://doi.org/10.1056/NEJMp1707170

[3] CDC. (n.d., last reviewed 2022, August 9). *What is sepsis?* Centers for Disease Control and Prevention. https://www.cdc.gov/sepsis/what-is-sepsis.html

[4] Evans, L., Rhodes, A., Alhazzani, W., Antonelli, M., Coopersmith, C. M., French, C., Machado, F. R., Mcintyre, L., Ostermann, M., Prescott, H. C., Schorr, C., Simpson, S., Wiersinga, W. J., Alshamsi, F., Angus, D. C., Arabi, Y., Azevedo, L., Beale, R., Beilman, G., … Levy, M. (2021). Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. *Intensive Care Medicine*, *47*(11), 1181–1247. https://doi.org/10.1007/s00134-021-06506-

[5] Evans, L., Rhodes, A., Alhazzani, W., Antonelli, M., Coopersmith, C. M., French, C., Machado, F. R., Mcintyre, L., Ostermann, M., Prescott, H. C., Schorr, C., Simpson, S., Wiersinga, W. J., Alshamsi, F., Angus, D. C., Arabi, Y., Azevedo, L., Beale, R., Beilman, G., Belley-Cote, E., … Levy, M. (2021). Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock 2021. *Critical care medicine*, *49*(11), e1063–e1143. https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000005337

[6] Weinberger, J., Rhee, C., & Klompas, M. (2020). A Critical Analysis of the Literature on Time-to-Antibiotics in Suspected Sepsis. *The Journal of Infectious Diseases*, *222*(Suppl 2), S110–S118. https://doi.org/10.1093/infdis/jiaa146

[7] Seymour, C. W., Gesten, F., Prescott, H. C., Friedrich, M. E., Iwashyna, T. J., Phillips, G. S., Lemeshow, S., Osborn, T., Terry, K. M., & Levy, M. M. (2017). Time to Treatment and Mortality during Mandated Emergency Care for Sepsis. *The New England Journal of Medicine*, *376*(23), 2235–2244. https://doi.org/10.1056/NEJMoa1703058

מדד 01-23-1-03-001 זמן חציוני מקבלה למלר"ד עד למתן טיפול אנטיביוטי למטופל עם אבחנה של ספסיס, שוק ספטי או ספסיס חמור**

תיאור המדד: זמן חציוני מקבלה למלר"ד עד למתן טיפול אנטיביוטי תוך וריד למטופל עם אבחנה של ספסיס, שוק ספטי או ספסיס חמור (severe sepsis)
(בשלב הראשון יפורסמו רק נתונים של מטופלים עם שוק ספטי [785.52])

קריטריונים להכללה:
כל המטופלים ששוחררו מבית החולים עם אבחנה של ספסיס, שוק ספטי או ספסיס חמור שנקבעה באחת מהתחנות: מלר"ד, השהייה, אשפוז
כניסה דרך מלר"ד בלבד (פנימי, כירורגי, עיניים, א.א.ג, נשים, ילדים, אורתופדיה וכו', כולל מלר"ד קורונה **קודי אבחנה של ICD-9:** 995.91 (sepsis), 995.92 (severe sepsis), 785.52 (septic shock)

קריטריונים להוצאה:
כניסה דרך מלר"ד יולדות / מלר"ד פסיכיאטרי **(לא ידווח)**
מטופלים שאושפזו במחלקות שאינן נכללות במדד (בריאות הנפש, גריאטריה, שיקום) **(ידווח וייגרע)**
מטופל שקיבל טיפול אנטיביוטי תוך וריד ראשון לאחר שחרור מהמלר"ד* **(ידווח וייגרע)**
*פרט למטופלים שלא קבלו אנטיביוטיקה במלר"ד אך קבלו אנטיביוטיקה תוך וריד במהלך האשפוז **עד שעתיים** מכניסה למחלקה מאשפזת ראשונה בפועל. מטופלים אלו ייכנסו לחישוב זמן חציוני.

תקופת דיווח: אחת לרבעון

תאריך קובע לגזירת האוכלוסייה למדד: תאריך שחרור מבית החולים

עבור אוכלוסייה זו, המשתנים שיועברו על ידי בתי החולים הם:

משתנה	שמות השדות	סוג משתנה	קידוד	הסבר
קוד מדד	Measurment_ID	טקסט (14)		קוד המדד הוא: 01-23-1-03-001
קוד בית חולים	Hospital_ID	טקסט (10)		על פי הקידוד המקובל של משרד הבריאות
ת.ז. מוצפנת	Patient_ID	טקסט (256)		**ת.ז. תועבר בצורה מוצפנת בשיטה המקובלת**
ת.ז.- ספרת ביקורת	Patientbikoret_ID	טקסט (1)		**רק** ספרת הביקורת של ת.ז.
סוג תעודה	ID_Types	טקסט (1)		תעודת זהות - 1, דרכון - 2, זמני - 3, ת.ז. פלסטינית - 4
מספר מקרה	Case_Number	טקסט (50)		המספר שבית החולים מקצה למטופל כאשר הוא מתקבל למלר"ד. מספר חד חד ערכי
תאריך כניסה למלר"ד	ER_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	התאריך האדמיניסטרטיבי בו המטופל נקלט למלר"ד
שעת כניסה למלר"ד	ER_Time	טקסט (5)	HH:MM	השעה האדמיניסטריבית בה המטופל נקלט בבמלר"ד
תאריך שחרור ממלר"ד	Discharge_ER_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	התאריך האדמיניסטרטיבי בו המטופל השתחרר מהמלר"ד
שעת שחרור ממלר"ד	Discharge_ER_Time	טקסט (5)	HH:MM	השעה האדמיניסטריבית בה המטופל השתחרר מהמלר"ד
סוג מלר"ד שבו שהה המטופל	ER_Code	טקסט (100)		קוד המלר"ד הראשון בו טופל המטופל (מבוגרים, ילדים, נשים, א.א.ג. וכו'...) על פי הקידוד המקובל של משרד הבריאות
סוג מלר"ד משחרר	Discharge_ER_Code	טקסט (100)		קוד המלר"ד המשחרר בו טופל המטופל (מבוגרים, ילדים, נשים, א.א.ג. וכו'...) על פי הקידוד המקובל של משרד הבריאות
גורם מפנה למלר"ד	Refferal	מספר	1. עצמאי 2. קופת חולים 3. מוקד חירום 4. אמבולנס 5. אחר, פרט	
קוד מחלקה מאשפזת	Department_ID	טקסט (10)		על פי הקידוד המקובל של משרד הבריאות. מחלקה מאשפזת ראשונה
תאריך כניסה למחלקה מאשפזת ראשונה	Hosp_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך הכניסה למחלקה מאשפזת ראשונה, מתוך המחלקות הנכללות במדד
שעת כניסה למחלקה מאשפזת ראשונה	Hosp_Time	טקסט (5)	HH:MM	
קוד מחלקה משחררת	Dept_Discharge	טקסט (10)		על פי הקידוד המקובל של משרד הבריאות
תאריך שחרור מבית החולים	Discharge_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	
שעת שחרור מבית החולים	Discharge_Time	טקסט (5)	HH:MM	
להיכן שוחרר	Discharge_Destination	מספר	1. בית 2. בית חולים אחר 3. נפטר 4. אחר, פרט בהערות	
תאריך העברה למחלקה שאינה נכללת	OtherDep_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	אם הועבר מהמלר"ד למחלקה שלא רלוונטית למדד (גריאטריה, פסיכיאטריה, שיקום, מלר"ד יולדות, מלר"ד פסיכיאטרי וכו'), יש לציין את תאריך ההעברה
קוד מחלקה שאינה נכללת	OtherDep	טקסט (10)		על פי הקידוד המקובל של משרד הבריאות
תאריך פטירה	Death_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך פטירת המטופל באשפוז הנוכחי במידה ונפטר
שעת פטירה	Death_Time	טקסט (5)	HH:MM	שעת פטירת המטופל באשפוז הנוכחי במידה ונפטר
שנת לידה	Birth_Year	מספר	YYYY	

משתנה	שמות השדות	סוג משתנה	קידוד	הסבר
מין	Gender	מספר	1- זכר, 2- נקבה	
כתובת המטופל - רחוב	Adress_Street	טקסט (100)		
כתובת המטופל - מספר בית	Adress_House	טקסט (100)		
כתובת המטופל - עיר	Adress_CityName	טקסט (100)		
סמל יישוב	CityCode	מספר		לפי רשימת סמלי יישוב של הלמ"ס
אשכול סוציוכלכלי	SES	מספר	1-20	אשכול סוציוכלכלי על פי הדירוג של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה
גורם מבטח	Insurance_Provider	מספר	1- כללית 2- מכבי 3- מאוחדת 4- לאומית 5- צה"ל 6- אחר, פרט בהערות	קופת החולים אליה משויך המטופל
קוד אבחנה של ספסיס / שוק ספטי / ספסיס חמור במלר"ד	Diagnosis_ICD_ER	טקסט (100)		אם המטופל עבר בין מלר"דים יש לדווח אבחנה נכללת מכל מלר"ד שביקר. במקרה של ספסיס בדרכי השתן יש להשתמש בקוד ספסיס 995.91 (אין להשתמש בקוד 599.0)
קוד אבחנה של ספסיס / שוק ספטי / ספסיס חמור במחלקה מאשפזת ראשונה	Diagnosis_ICD_Dep	טקסט (100)		אם מטופל עבר בין מחלקות אשפוז יש לדווח אבחנה נכללת ~~מכל מחלקות האשפוז~~ מהמחלקה המאשפזת הראשונה ~~שבהן~~ שבה שהה המטופל. במקרה של ספסיס בדרכי השתן יש להשתמש בקוד ספסיס 995.91 (אין להשתמש בקוד 599.0)
קוד אבחנה של ספסיס / שוק ספטי / ספסיס חמור בשחרור	Diagnosis_ICD_Discharge	טקסט (100)		אבחנות בשחרור מבית החולים. במקרה של ספסיס בדרכי השתן יש להשתמש בקוד ספסיס 995.91 (אין להשתמש בקוד 599.0)
שם תרופה אנטיביוטית (גנרי)	Antibiotic_Name	טקסט (50)		יש לדווח את השם הגנרי של האנטיביוטיקה ולכתוב אותו באותיות לטיניות גדולות. במידה וניתנו מספר סוגי אנטיביוטיקה תוך ורידית יש לדווח את האנטיביוטיקה הראשונה שניתנה
מינון אנטיביוטיקה	Antibiotic_Dose	טקסט (10)		לציין מינון ויחידת מדידה (מיליגרם/גרם)
תאריך מתן אנטיביוטיקה במלר"ד	Antibiotic_DateER	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	מתן אנטיביוטיקה ראשונה במלר"ד למקרים בהם קודדה אבחנת ספסיס במלר"ד
שעת מתן אנטיביוטיקה במלר"ד	Antibiotic_TimeER	טקסט (5)	HH:MM	מתן אנטיביוטיקה ראשונה במלר"ד למקרים בהם קודדה אבחנת ספסיס במלר"ד
תאריך מתן אנטיביוטיקה באשפוז	Antibiotic_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	מתן אנטיביוטיקה בשעתיים ראשונות במחלקה מאשפזת ראשונה / חדר ניתוח (במידה שעבר ממלר"ד ישירות לחדר ניתוח) למקרים בהם קודדה אבחנת ספסיס במחלקה המאשפזת הראשונה
שעת מתן אנטיביוטיקה באשפוז	Antibiotic_Time	טקסט (5)	HH:MM	מתן אנטיביוטיקה בשעתיים ראשונות במחלקה מאשפזת ראשונה / חדר ניתוח (במידה שעבר ממלר"ד ישירות לחדר ניתוח) למקרים בהם קודדה אבחנת ספסיס במחלקה המאשפזת הראשונה
הערות	**Remarks**	**טקסט (200)**		**יש לרשום בטקסט חופשי את כל ההשגות וההערות לגבי המקרה שברצונכם להדגיש**

שם המדד	שברים בצוואר הירך – מנותחים תוך 48 שעות
מספר המדד	**01-13-1-02-001**
תיאור המדד	שיעור המטופלים המגיעים לבית החולים עם שבר בצוואר הירך ומנותחים תוך 48 שעות מההגעה לבית החולים
הרציונל לבחירת המדד	ניתוח תיקון הינו הטיפול המקובל לשבר בצוואר הירך. ביצוע ניתוח התיקון תוך זמן קצר מאירוע השבר מהווה גורם מרכזי לירידה בשיעורי התחלואה והתמותה,[2,1] ומפחית את עלויות האשפוז ואת משך האשפוז.[3] הוא אף מפחית סיבוכים כגון פצעי לחץ, דלקת ריאות נרכשת, ומעלה את הסיכוי לחזרה לחיים עצמאיים לאחר השחרור מבית החולים.[4] במטופלים שסבלו משבר בצוואר הירך נמצא כי עיכוב בביצוע הניתוח מעבר ל-48 שעות מעלה את הסיכוי לתמותה תוך 30 יום ולתמותה תוך שנה.[5] מדד ביצוע ניתוח לתיקון שבר בצוואר הירך תוך 48 שעות מהווה חלק ממדדי האיכות המקובלים בעולם לרבות באירופה[6] ובקנדה.[7]
סוג המדד	תהליך (process)
מכנה	כל המטופלים בני 65 ומעלה שפנו לבית החולים עם שבר בצוואר הירך ועברו ניתוח לתיקון השבר
מונה	כל המטופלים בני 65 ומעלה שפנו לבית החולים עם שבר בצוואר הירך ועברו ניתוח לתיקון השבר תוך 48 שעות ממועד הגעתם לבית החולים
תאריך קובע לגזירת המדד	תאריך תחילת הניתוח
קריטריונים להכללה	כל המטופלים בני 65 ומעלה ביום הניתוח עם אבחנה של שבר בצוואר הירך (ראו קודי אבחנות של ICD-9 בנספחים, טבלה 02.1) **יחד עם** הפרוצדורה הניתוחית הרלוונטית (ראו קודי פרוצדורות של ICD-9 בנספחים, טבלה 02.2)
קריטריונים להוצאה	מטופלים מתחת לגיל 65 **(לא ידוע)** מטופלים עם שבר בצוואר הירך שלא נותחו **(לא ידוע)**
מקור המידע	**מערכות המחשוב המנהלי בבית החולים** מספר קבלה/אשפוז ת"ז **(מוצפנת)** GIS **(אזור סוציואקונומי של המטופל על פי כתובתו המלאה)** תאריך כניסה לבית חולים שעת כניסה לבית חולים תאריך שחרור מבית חולים **מערכות המחשוב הקליני בבית החולים** תאריך תחילת ניתוח שעת תחילת ניתוח תאריך סיום ניתוח שעת סיום ניתוח תאריך תחילת הרדמה שעת תחילת הרדמה תאריך סיום הרדמה

	תאריך פטירה שנת לידה מין העברה מבית חולים אקוטי אחר גורם מבטח	שעת סיום הרדמה קודי אבחנות ICD-9 לפי קידוד בחדר ניתוח קודי פרוצדורות ICD-9 לפי קידוד בחדר ניתוח
יעד לשנת 2025	85%	
תקופת דיווח	אחת לרבעון	
תחילת הפקת המדד	רבעון ראשון של שנת 2013	
הערות	שבר בצוואר ירך שהתפתח במהלך האשפוז לא נכלל במדד. ניתוחים אלקטיביים לא נכללים במדד.	

[1] Neufeld, M. E., O'Hara, N. N., Zhan, M., Zhai, Y., Broekhuyse, H. M., Lefaivre, K. A., Abzug, J. M., & Slobogean, G. P. (2016). Timing of Hip Fracture Surgery and 30-Day Outcomes. *Orthopedics*, *39*(6), 361–368. https://doi.org/10.3928/01477447-20160719-07

[2] Klestil, T., Röder, C., Stotter, C., Winkler, B., Nehrer, S., Lutz, M., Klerings, I., Wagner, G., Gartlehner, G., & Nussbaumer-Streit, B. (2018). Impact of timing of surgery in elderly hip fracture patients: a systematic review and meta-analysis. *Scientific Reports*, *8*(1), 13933. https://doi.org/10.1038/s41598-018-32098-7

[3] Castelli, A., Daidone, S., Jacobs, R., Kasteridis, P., & Street, A. D. (201a5). The determinants of costs and length of stay for hip fracture patients. *Plos One*, *10*(7), e0133545. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0133545

[4] Lee, D. J., & Elfar, J. C. (2014). Timing of hip fracture surgery in the elderly. *Geriatric Orthopaedic Surgery & Rehabilitation*, *5*(3), 138–140. https://doi.org/10.1177/2151458514537273

[5] Shiga, T., Wajima, Z., & Ohe, Y. (2008). Is operative delay associated with increased mortality of hip fracture patients? Systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Canadian Journal of Anaesthesia*, *55*(3), 146–154. https://doi.org/10.1007/BF03016088

[6] OECD & European Union. (2022). *Health at a glance: Europe 2022: state of health in the EU cycle*. OECD. https://doi.org/10.1787/507433b0-en

[7] CIHI. (n.d.). *Hip Fracture Surgery Within 48 Hours*. Canadian Institute for Health Information. Retrieved July 24, 2023, from https://www.cihi.ca/en/indicators/hip-fracture-surgery-within-48-hours

מדד 01-13-1-02-001 **<u>שברים בצוואר הירך - מנותחים תוך 48 שעות</u>**

תיאור המדד: שיעור המטופלים המגיעים לבית החולים עם שבר בצוואר הירך ומנותחים תוך 48 שעות מההגעה לבית החולים

קריטריונים להכללה:

כל המטופלים בני **65 ומעלה** ביום הניתוח, עם **אבחנה** של שבר בצוואר הירך (ראו קודי אבחנות של ICD-9 בנספחים, טבלה 02.1)
יחד עם **הפרוצדורה** הניתוחית הרלוונטית (ראו קודי פרוצדורות של ICD-9 בנספחים, טבלה 02.2)

על פי הקידוד בדו"ח ניתוח:

קודי **אבחנה** של ICD-9: D820.0, 820.00, 820.01, 820.02, 820.03, 820.09, 820.1, 820.10, 820.11, 820.12, 820.13, 820.19, 820.2, 820.20, 820.21, 820.22, 820.3, 820.30, 820.31, 820.32, 820.8, 820.9

יחד עם

קודי **פרוצדורה** של ICD-9: P78.15, 79.15, 79.35, 81.51, 81.52

הרחבות אפשריות לקודי פרוצדורה: **הערה:** להלן דוגמאות של הרחבות. כל בית חולים שמשתמש בהרחבות נוספות רלוונטיות, יש לכלול אותן בקטגוריה זו
78.15.01-78.15.02, 78.15.04, 79.15.01-79.15.05, 79.35, 79.35.01-79.35.14, 81.51, 81.51.01, 81.51.03, 81.52.01 - 81.52.05

קריטריונים להוצאה:

מטופלים מתחת לגיל 65 **(לא ידווח)**
מטופלים עם שבר בצוואר הירך שלא נותחו **(לא ידווח)**

תקופת דיווח: אחת לרבעון

תאריך קובע לגזירת האוכלוסייה למדד: תאריך תחילת הניתוח

עבור אוכלוסייה זו, המשתנים שיועברו על ידי בתי החולים הם:

משתנה	שמות השדות	סוג משתנה	קידוד	הסבר
קוד מדד	Measurment_ID	טקסט (14)		קוד המדד הוא: 01-13-1-02-001
קוד בית חולים	Hospital_ID	טקסט (10)		על פי הקידוד המקובל של משרד הבריאות
ת.ז. מוצפנת	Patient_ID	טקסט (10)		**ת.ז. תועבר בצורה מוצפנת בשיטה המקובלת**
ת.ז.- ספרת ביקורת	Patientbikoret_ID	טקסט (1)		**רק** ספרת הביקורת של ת.ז.
סוג תעודה	ID_Types	טקסט (1)		תעודת זהות -1, דרכון - 2, זמני - 3, ת.ז. פלסטינית - 4
מספר אשפוז/ מספר מקרה/ מספר קבלה	Case_Number	טקסט (50)		המספר שבית החולים מקצה לחולה כאשר הוא מתקבל לאשפוז
העברה מבית חולים אקוטי אחר	OtherHosp	מספר	1- מבית חולים אחר 0- ממקום מגורים	האם החולה הגיע מבית חולים <u>אקוטי</u> אחר או ממקום מגורים לרבות בית, בית אבות, בית חולים סיעודי וכולי
קוד מחלקה מנתחת	SurgDep_ID	טקסט (10)	רשימה מצורפת	המחלקה שמבצעת את הניתוח (על פי השתייכות הצוות המנתח), על פי הקידוד המקובל של משרד הבריאות
תאריך כניסה לבית חולים	Hosp_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך המגע הראשון של החולה עם בית החולים (מלר"ד/ מחלקה/ חדר ניתוח או כדומה)
שעת כניסה לבית חולים	Hosp_Time	טקסט (5)	HH:MM	שעת המגע הראשון של החולה עם בית החולים (מלר"ד/ מחלקה/ חדר ניתוח או כדומה)
תאריך שחרור מבית חולים	Discharge_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	
תאריך פטירה	Death_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך פטירה במסגרת האשפוז המדווח
שנת לידה	Birth_Year	מספר	YYYY	
מין	Gender	מספר	1- זכר, 2-נקבה	
כתובת- רחוב	Adress_Street	טקסט (100)		
כתובת- מספר בית	Adress_House	טקסט (100)		
כתובת- עיר	Adress_CityName	טקסט (100)		
סמל יישוב	CityCode	מספר		לפי רשימת סמלי יישוב של הלמ"ס
אשכול סוציוכלכלי	SES	מספר	1-20	אשכול סוציוכלכלי על פי הדירוג של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה

משתנה	שמות השדות	סוג משתנה	קידוד	הסבר
גורם מבטח	Insurance_Provider	מספר	1- כללית 2- מכבי 3- מאוחדת 4- לאומית 5- צה"ל 6- אחר, פרט בהערות	קופת החולים אליה משויך המטופל
תאריך תחילת ניתוח	SurgeryStart_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך ביצוע החתך הניתוחי הראשון
שעת תחילת ניתוח	SurgeryStart_Time	טקסט (5)	HH:MM	שעת ביצוע החתך הניתוחי הראשון
תאריך סיום ניתוח	SurgeryEnd_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך תפר אחרון בחדר ניתוח
שעת סיום ניתוח	SurgeryEnd_Time	טקסט (5)	HH:MM	שעת תפר אחרון בחדר ניתוח
תאריך תחילת הרדמה	AnasStart_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	
שעת תחילת הרדמה	AnasStart_Time	טקסט (5)	HH:MM	
תאריך סיום הרדמה	AnasEnd_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	
שעת סיום הרדמה	AnasEnd_Time	טקסט (5)	HH:MM	
קודי אבחנות ICD9 לפי קידוד בחדר ניתוח	Diagnosis_ICD	טקסט (200)		לציין את קודי האבחנה של החולה (לפי ICD-9) מתוך הקידוד של חדר הניתוח ולא של הרשמות. את הקודים יש לתת ברשימה של כל האבחנות, מופרדים בפסיקים
קודי פרוצדורות ICD9 לפי קידוד בחדר ניתוח	Procedure_ICD	טקסט (200)		לציין את קודי הפרוצדורה של החולה (לפי ICD-9) מתוך הקידוד של חדר הניתוח ולא של הרשמות. את הקודים יש לתת ברשימה של כל הפרוצדורות, מופרדים בפסיקים
קודי פרוצדורות ICD9 לפי קידוד בחדר ניתוח, קוד פנימי	Procedure_ICD_Local	טקסט (200)		לציין את קודי הפרוצדורה של החולה (לפי ICD-9) מתוך הקידוד של חדר הניתוח ולא של הרשמות. את הקודים יש לתת ברשימה של כל הפרוצדורות, מופרדים בפסיק, ע"פ קוד פנימי של בית החולים
הערות	**Remarks**	**טקסט (200)**		**יש לרשום בטקסט חופשי את כל ההשגות וההערות לגבי המקרה שברצונכם להדגיש**

שם המדד	בדיקת רמת ויטמין D למטופלים שעברו ניתוח שבר בצוואר הירך
מספר המדד	**01-22-1-02-001**
תיאור המדד	שיעור המטופלים שעברו ניתוח שבר בצוואר הירך אשר נבדקה להם רמת ויטמין D במהלך האשפוז הנוכחי
הרציונל לבחירת המדד	ויטמין D חיוני לבריאות העצמות. הוא מעודד ספיגה של סידן בעצמות ומעודד את בניית העצם, מפחית את פירוקה ושומר על רמות תקינות של סידן וזרחן בעצמות. חוסר בוויטמין D גורם לדילול העצם עקב ירידה בספיגת הסידן בגוף.[1] השמירה על רמה תקינה של ויטמין D חשובה לבריאות העצם בפרט בקרב חולים עם שבר בצוואר הירך. קיימת שכיחות גבוהה מאוד של חוסר בוויטמין D באוכלוסייה זו בישראל ובעולם, כולל בארצות שטופות שמש.[6,5,4,3,2] חוסר בוויטמין D גורם לאוסטאופורוזיס וכן אף עלול לגרום למחלת עצם בשם אוסטאומלציה (רככת העצם), שיכולה להתקיים במקביל לאוסטיאופורוזיס. בנוסף, מחסור בוויטמין D גורם לחולשת שרירים, חוסר יציבות ומגדיל את הסיכון לנפילות (ובכך שבירת עצמות).[8,7] כמו כן, מחסור בוויטמין D מהווה גורם סיכון לתוצאי תפקוד נמוכים ולאיכות חיים ירודה שישה חודשים לאחר ניתוח לתיקון שבר בצוואר הירך.[9] לפיכך, בחולים עם שבר בצוואר הירך יש לבדוק את רמת ויטמין D, ובמקרים של מחסור בוויטמין D יש להקפיד על השלמת החסר.[12,11,10]
סוג המדד	תהליך (process)
מכנה	כל המטופלים בני 65 ומעלה שפנו לבית החולים עם שבר בצוואר הירך ועברו ניתוח לתיקון השבר
מונה	כל המטופלים בני 65 ומעלה שפנו לבית החולים עם שבר בצוואר הירך ועברו ניתוח לתיקון השבר, אשר נבדקה להם רמת ויטמין D במהלך האשפוז הנוכחי
תאריך קובע לגזירת המדד	תאריך שחרור
קריטריונים להכללה	כל המטופלים בני 65 ומעלה כניסה דרך מלר"ד עם אבחנה של שבר בצוואר הירך (ראו קודי אבחנות של ICD-9 בנספחים, טבלה 02.1) **יחד עם** הפרוצדורה הניתוחית הרלוונטית (ראו קודי פרוצדורות של ICD-9 בנספחים, טבלה 02.2)
קריטריונים להוצאה	מטופלים מתחת לגיל 65 **(לא ידווח)** נפטרים **(ידווח וייגרע)**
מקור המידע	**מערכות המחשוב המנהלי בבית החולים** ת"ז **(מוצפנת)** מספר קבלה/אשפוז **מערכות המחשוב הקליני בבית החולים** תאריך ניתוח קודי אבחנות ICD-9 לפי קידוד בחדר ניתוח

	קוד מחלקה מנתחת מין שנת לידה GIS (**אזור סוציו-אקונומי של המטופל על פי כתובתו המלאה**) תאריך כניסה לבית חולים תאריך שחרור מביה"ח תאריך פטירה גורם מבטח	קודי פרוצדורות ICD-9 לפי קידוד בחדר ניתוח תאריך ביצוע הבדיקה לרמת ויטמין D סוג ערך תוצאה ערך הבדיקה לרמת ויטמין D
יעד לשנת 2025	85%	
תקופת דיווח	אחת לרבעון	
תחילת הפקת המדד	רבעון ראשון של שנת 2022	
הערות	2021 הינה שנת היערכות, דיווח שנת פיילוט למדד יחל ב-2022. הפקת המדד תתבצע 7 ימים לאחר סיום הרבעון. יש לתעד את תוצאת הבדיקה במכתב השחרור של המטופל – ייבדק בתיקוף. במידה שבוצעה יותר מבדיקה אחת יש לדווח את הבדיקה האחרונה הקרובה לשחרור. במידה שתוצאת הבדיקה התקבלה לאחר שחרור המטופל מבית חולים, ניתן לדווח תוצאה זו תוך 7 ימים משחרור המטופל (מקרה זה יעמוד במדד). בדיקת רמת ויטמין D שבוצעה עד 3 חודשים לפני תאריך הניתוח ותועדה בתיק תעמוד במדד.	

[1] Pazirandeh, S., & Burns, D. L. (2021). Overview of vitamin D. *UpToDate*. https://www.uptodate.com/contents/overview-of-vitamin-d

[2] Segal, E., Zinnman, H., Raz, B., Tamir, A., & Ish-Shalom, S. (2004). Adherence to vitamin D supplementation in elderly patients after hip fracture. *Journal of the American Geriatrics Society*, *52*(3), 474–475. https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52125_8.x

[3] Dixon, T., Mitchell, P., Beringer, T., Gallacher, S., Moniz, C., Patel, S., Pearson, G., & Ryan, P. (2006). An overview of the prevalence of 25-hydroxy-vitamin D inadequacy amongst elderly patients with or without fragility fracture in the United Kingdom. *Current Medical Research and Opinion*, *22*(2), 405–415. https://doi.org/10.1185/030079906X89810

[4] Maher N, H. M. (2013). High Prevalence of Vitamin D Deficiency in Irish Patients with Hip Fracture. *Journal of Gerontology & Geriatric Research*, *02*(04). https://doi.org/10.4172/2167-7182.1000137

[5] Ramason, R., Selvaganapathi, N., Ismail, N. H. B., Wong, W. C., Rajamoney, G. N., & Chong, M. S. (2014). Prevalence of vitamin d deficiency in patients with hip fracture seen in an orthogeriatric service in sunny singapore. *Geriatric Orthopaedic Surgery & Rehabilitation*, *5*(2), 82–86. https://doi.org/10.1177/2151458514528952

[6] Rabiee, A., AboElsoud, M., Seif El Nasr, S. M., & Abouzeid, S. (2020). Screening of serum 25-hydroxyvitamin D levels among elderly Egyptians admitted to the orthogeriatric unit by fracture hip. *The Egyptian Journal of Internal Medicine*, *32*(1), 25. https://doi.org/10.1186/s43162-020-00023-y

[7] Bhan, A., Rao, A. D., & Rao, D. S. (2010). Osteomalacia as a result of vitamin D deficiency. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, *39*(2), 321–331, table of contents. https://doi.org/10.1016/j.ecl.2010.02.001

[8] Lips, P., & van Schoor, N. M. (2011). The effect of vitamin D on bone and osteoporosis. *Best Practice & Research. Clinical Endocrinology & Metabolism*, *25*(4), 585–591. https://doi.org/10.1016/j.beem.2011.05.002

[9] Sim, D. S., Tay, K., Howe, T. S., & Koh, S. B. J. (2021). Preoperative severe vitamin D deficiency is a significant independent risk factor for poorer functional outcome and quality of life 6 months after surgery for fragility hip fractures. *Osteoporosis International*, *32*(11), 2217–2224. https://doi.org/10.1007/s00198-021-05970-y

[10] Lauretani, F., Frondini, C., Davoli, M. L., Martini, E., Pellicciotti, F., Zagatti, A., Giordano, A., Zurlo, A., & Pioli, G. (2012). Vitamin D supplementation is required to normalize serum level of 25OH-vitamin D in older adults: an observational study of 974 hip fracture inpatients. *Journal of Endocrinological Investigation*, *35*(10), 921–924. https://doi.org/10.3275/8457

[11] Pludowski, P., Takacs, I., Boyanov, M., Belaya, Z., Diaconu, C. C., Mokhort, T., Zherdova, N., Rasa, I., Payer, J., & Pilz, S. (2022). Clinical practice in the prevention, diagnosis and treatment of vitamin D deficiency: A central and eastern european expert consensus statement. *Nutrients*, 14(7). https://doi.org/10.3390/nu14071483

[12] Bertoldo, F., Cianferotti, L., Di Monaco, M., Falchetti, A., Fassio, A., Gatti, D., Gennari, L., Giannini, S., Girasole, G., Gonnelli, S., Malavolta, N., Minisola, S., Pedrazzoni, M., Rendina, D., Rossini, M., & Chiodini, I. (2022). Definition, Assessment, and Management of Vitamin D Inadequacy: Suggestions, Recommendations, and Warnings from the Italian Society for Osteoporosis, Mineral Metabolism and Bone Diseases (SIOMMMS). *Nutrients*, *14*(19). https://doi.org/10.3390/nu14194148

מדד 01-22-1-02-001 בדיקת רמת ויטמין D למטופלים שעברו ניתוח שבר צוואר ירך

תיאור המדד: שיעור המטופלים שעברו ניתוח שבר צוואר ירך אשר נבדקה להם רמת ויטמין D במהלך האשפוז הנוכחי

קריטריונים להכללה:
כל המטופלים בני 65 ומעלה
כניסה דרך מלר"ד
עם **אבחנה** של שבר צוואר ירך (ראו קודי אבחנות של ICD-9 בנספחים, טבלה 02.1) **יחד עם הפרוצדורה הניתוחית הרלוונטית** באשפוז הנוכחי (ראו קודי פרוצדורות של ICD-9 בנספחים, טבלה 02.2)
על פי הקידוד בחדר ניתוח:
קודי אבחנה של ICD-9: D820.0, 820.00, 820.01, 820.02, 820.03, 820.09,820.1, 820.10, 820.11, 820.12, 820.13, 820.19, 820.2, 820.20, 820.21, 820.22, 820.3, 820.30, 820.31, 820.32, 820.8, 820.9

יחד עם
קודי פרוצדורה של ICD-9: P78.15, 79.15, 79.35, 81.51, 81.52

הרחבות אפשריות לקודי פרוצדורה: **הערה:** להלן דוגמאות של הרחבות. כל בית חולים שמשתמש בהרחבות נוספות רלוונטיות, יש לכלול אותן בקטגוריה זו
78.15.01-78.15.02, 78.15.04, 79.15.01-79.15.05, 79.35, 79.35.01-79.35.14, 81.51, 81.51.01, 81.51.03, 81.52.01-81.52.05

קריטריונים להוצאה:
מטופלים מתחת לגיל 65 **(לא ידווח)**
נפטרים **(ידווח וייגרע)**

תקופת דיווח: אחת לרבעון

תאריך קובע לגזירת האוכלוסייה למדד: תאריך שחרור
הפקת המדד תתבצע 7 ימים לאחר סיום הרבעון

עבור אוכלוסייה זו, המשתנים שיועברו על ידי בתי החולים הם:

משתנה	שמות השדות	סוג משתנה	קידוד	הסבר
קוד מדד	Measurment_ID	טקסט (14)		קוד המדד הוא: 01-22-1-02-001
קוד בית חולים	Hospital_ID	טקסט (10)		על פי הקידוד המקובל של משרד הבריאות
ת.ז. מוצפנת	Patient_ID	טקסט (256)		**ת.ז. תועבר בצורה מוצפנת בשיטה המקובלת**
ת.ז.- ספרת ביקורת	Patientbikoret_ID	טקסט (1)		**רק** ספרת הביקורת של ת.ז.
סוג תעודה	ID_Types	טקסט (1)		תעודת זהות - 1, דרכון - 2, זמני - 3, ת.ז. פלסטינית - 4
מספר אשפוז/ מספר מקרה/ מספר קבלה	Case_Number	טקסט (50)		המספר שבית החולים מקצה לחולה כאשר הוא מתקבל לאשפוז. מספר חד חד ערכי
קוד מחלקה מנתחת	SurgDep_ID	טקסט (10)	רשימה מצורפת	המחלקה שמבצעת את הניתוח (על פי השתייכות הצוות המנתח), על פי הקידוד המקובל של משרד הבריאות
תאריך כניסה לבית חולים	Hosp_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך המגע הראשון של החולה עם בית החולים (מלר"ד/ מחלקה/ חדר ניתוח וכדומה)
תאריך פטירה	Death_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך פטירה במסגרת האשפוז הנוכחי
תאריך שחרור מבית חולים	Discharge_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך השחרור מבית החולים
שנת לידה	Birth_Year	מספר	YYYY	
מין	Gender	מספר	1- זכר, 2-נקבה	
כתובת- רחוב	Adress_Street	טקסט (100)		
כתובת- מספר בית	Adress_House	טקסט (100)		
כתובת- עיר	Adress_CityName	טקסט (100)		
סמל יישוב	CityCode	מספר		לפי רשימת סמלי יישוב של הלמ"ס
אשכול סוציוכלכלי	SES	מספר	1-20	אשכול סוציוכלכלי על פי הדירוג של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה

משתנה	שמות השדות	סוג משתנה	קידוד	הסבר
גורם מבטח	Insurance_Provider	מספר	1- כללית 2- מכבי 3- מאוחדת 4- לאומית 5- צה"ל 6- אחר, פרט בהערות	קופת החולים אליה משויך המטופל
תאריך ניתוח	SurgeryStart_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך ביצוע החתך הניתוחי הראשון
קודי אבחנות ICD-9 לפי קידוד בחדר ניתוח	Diagnosis_ICD	טקסט (200)		לציין את קודי האבחנה של החולה (לפי ICD-9) מתוך הקידוד של חדר הניתוח ולא של הרשמות. את הקודים יש לתת ברשימה של כל האבחנות, מופרדים בפסיקים
קודי פרוצדורות ICD-9 לפי קידוד בחדר ניתוח	Procedure_ICD	טקסט (200)		לציין עד 3 קודי פרוצדורה ראשונים מתוך הקידוד של חדר הניתוח ולא של הרשמות (מתוך רשימת הקודים להתאמה למדד)
קודי פרוצדורות ICD-9 לפי קידוד בחדר ניתוח קוד פנימי	Procedure_ICD_Local	טקסט (200)		לציין עד 3 קודי פרוצדורה ראשונים מתוך הקידוד של חדר הניתוח ולא של הרשמות (מתוך רשימת הקודים להתאמה למדד), קוד פנימי של בית החולים
תאריך ביצוע הבדיקה לרמת ויטמין D	vitaminD_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	במידה ובוצעה יותר מבדיקה אחת, יש לדווח את הבדיקה האחרונה הקרובה ביותר לשחרור מביה"ח. יש לציין את מועד נטילת הבדיקה בפועל
סוג ערך תוצאה	vitaminD_Type	מספר	1- nmol/L 2- ng/ml 3- אחר	יש לדווח את יחידות המדידה של תוצאת הבדיקה כפי שמחושבת במעבדה
ערך הבדיקה לרמת ויטמין D	vitaminD_Value	מספר		יש לדווח את ערך תוצאת הבדיקה. במידה ותוצאת הבדיקה התקבלה לאחר שחרור המטופל מבית חולים, ניתן לדווח תוצאה זו תוך 7 ימים משחרור המטופל.
הערות	**Remarks**	**טקסט (200)**		**יש לרשום בטקסט חופשי את כל ההשגות וההערות לגבי המקרה שברצונכם להדגיש**

שם המדד	ביצוע ניתוח לתיקון בקע מפשעתי כלוא (הרניה כלואה) תוך 6 שעות מהכניסה למלר"ד
מספר המדד	**01-24-1-01-001**
תיאור המדד	שיעור המטופלים שהתקבלו למלר"ד עם בקע מפשעתי כלוא ונותחו תוך 6 שעות מהכניסה למלר"ד
הרציונל לבחירת המדד	בקע מפשעתי כלוא מהווה את הגורם הנפוץ ביותר לניתוח בטן אצל מטופלים עם חסימת מעיים ללא רקע של ניתוחי בטן קודמים. הוא גם הסיבה השנייה לחסימת המעי הדק והגורם הראשון לחנק המעי. איסכמיה של המעי יכולה לגרום לנמק, ספסיס ותמותה. ניתוח תיקון הבקע תוך 4 עד 6 שעות מתחילת התסמינים יכול למנוע סיבוכים אלו ולהציל את המעי.[1] נמצא קשר ישיר בין משך זמן התסמינים לתמותה, כאשר ברוב המקרים העיכוב הינו של המטופל שפונה מאוחר מדי לטיפול – אולי בשל חוסר מודעות לסכנה – אך במקרים רבים הרופא הראשוני או במלר"ד מפספסים את האבחנה.[2] אבחנה מוקדמת של בקע כלוא מאפשרת את הפיכת המצב והחזרת זרימת הדם באמצעות ניתוח. משך זמן ההמתנה לניתוח דחוף נמצא בקשר ישיר עם כריתת מעיים ואף תמותה,[4,3] כאשר חנק מעי למשך 6 שעות ויותר נמצא כגורם משמעותי לנמק שמצריך כריתת מעי.[6,5] ה-European Hernia Society ממליץ על ניתוח חירום במקרה של בקע כלוא.[7] כדי לצמצם תחלואה ותמותה בניתוחי חירום, אבחנה מהירה וטיפול מהיר הינם חיוניים. הוועדה לקביעה אסטרטגיית עבודה בחדרי ניתוח של משרד הבריאות קבעה בשנת 2022 כי יש להמציא מדד של זמן אופטימלי לניתוח בקע מפשעתי כלוא.[8] לפי הנתונים המובאים לעיל, נקבע 6 שעות מהקבלה למלר"ד כטווח זמן בטוח לביצוע הניתוח.
סוג המדד	תהליך (process)
מחלקות	כל המחלקות
מכנה	כל המטופלים שהתקבלו למלר"ד עם אבחנה של בקע מפשעתי כלוא ועברו ניתוח לתיקון בקע
מונה	כל המטופלים שהתקבלו למלר"ד עם אבחנה של בקע מפשעתי כלוא ועברו ניתוח לתיקון בקע תוך 6 שעות מהכניסה למלר"ד
תאריך קובע לגזירת המדד	תאריך תחילת הניתוח
קריטריונים להכללה	כל המטופלים בני 18 ומעלה ביום הניתוח שהתקבלו דרך מלר"ד בלבד עם אבחנה של בקע מפשעתי כלוא (ראו קודי אבחנות של ICD-9 בנספחים, טבלה 14.1) **יחד עם** פרוצדורה לתיקון בקע מפשעתי (ראו קודי פרוצדורות של ICD-9 בנספחים, טבלה 14.2)

קריטריונים להוצאה	מטופלים מתחת לגיל 18 **(לא ידווח)** מטופלים שנפטרו תוך 6 שעות מהכניסה למלר"ד **(ידווח וייגרע)** מטופל המפתח בקע כלוא במהלך אשפוז במחלקה בבית החולים **(ידווח וייגרע)**	
מקור המידע	**מערכות המחשוב המנהלי בבית החולים** מספר קבלה/אשפוז ת"ז **(מוצפנת)** GIS **(אזור סוציואקונומי של המטופל על פי כתובתו המלאה)** תאריך כניסה לבית חולים שעת כניסה לבית חולים קוד מלר"ד מקבל תאריך שחרור ממלר"ד שעת שחרור ממלר"ד קוד מחלקה מאשפזת קוד מחלקה מנתחת תאריך שחרור מבית חולים תאריך פטירה שעת פטירה שנת לידה מין גורם מבטח	**מערכות המחשוב הקליני בבית החולים** קוד אבחנה ICD-9 בקע מפשעתי במלר"ד קוד אבחנה ICD-9 בקע מפשעתי באשפוז תאריך תחילת ניתוח שעת תחילת ניתוח תאריך סיום ניתוח שעת סיום ניתוח תאריך תחילת הרדמה שעת תחילת הרדמה תאריך סיום הרדמה שעת סיום הרדמה קודי אבחנות ICD-9 לפי קידוד בחדר ניתוח קודי פרוצדורות ICD-9 לפי קידוד בחדר ניתוח קודי פרוצדורות ICD-9 לפי קידוד בחדר ניתוח, קוד פנימי האם הבקע התפתח במהלך אשפוז **(1. כן, 0. לא)** קוד אבחנה ICD-9 בשחרור
יעד לשנת 2025	טרם נקבע יעד	
תקופת דיווח	אחת לרבעון	
תחילת הפקת המדד	ינואר 2024	
הערות	מטופל המפתח בקע כלוא במהלך אשפוז במחלקה בבית החולים – ידווח וייגרע.	

[1] Brooks, D. C. (2022). Overview of treatment for inguinal and femoral hernia in adults. *UpToDate*. https://www.uptodate.com/contents/overview-of-treatment-for-inguinal-and-femoral-hernia-in-adults

[2] Kulah, B., Kulacoglu, I. H., Oruc, M. T., Duzgun, A. P., Moran, M., Ozmen, M. M., & Coskun, F. (2001). Presentation and outcome of incarcerated external hernias in adults. *American Journal of Surgery*, *181*(2), 101–104. https://doi.org/10.1016/s0002-9610(00)00563-8

[3] Koizumi, M., Sata, N., Kaneda, Y., Endo, K., Sasanuma, H., Sakuma, Y., Ota, M., Lefor, A. T., & Yasuda, Y. (2014). Optimal timeline for emergency surgery in patients with strangulated groin hernias. *Hernia*, *18*(6), 845–848. https://doi.org/10.1007/s10029-014-1219-7

[4] Pesic, I., Karanikolic, A., Djordjevic, N., Stojanovic, M., Stanojevic, G., Radojkovic, M., & Nestorovic, M. (2012). Incarcerated inguinal hernias surgical treatment specifics in elderly patients. *Vojnosanitetski Pregled*, *69*(9), 778–782. https://doi.org/10.2298/VSP1209778P

[5] Atila, K., Guler, S., Inal, A., Sokmen, S., Karademir, S., & Bora, S. (2010). Prosthetic repair of acutely incarcerated groin hernias: a prospective clinical observational cohort study. *Langenbeck's archives of surgery*, *395*(5), 563–568. https://doi.org/10.1007/s00423-008-0414-3

[6] Kurt, N., Oncel, M., Ozkan, Z., & Bingul, S. (2003). Risk and outcome of bowel resection in patients with incarcerated groin hernias: retrospective study. *World journal of surgery*, *27*(6), 741–743. https://doi.org/10.1007/s00268-003-6826-x

[7] Simons, M. P., Aufenacker, T., Bay-Nielsen, M., Bouillot, J. L., Campanelli, G., Conze, J., de Lange, D., Fortelny, R., Heikkinen, T., Kingsnorth, A., Kukleta, J., Morales-Conde, S., Nordin, P., Schumpelick, V., Smedberg, S., Smietanski, M., Weber, G., & Miserez, M. (2009). European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. *Hernia*, *13*(4), 343–403. https://doi.org/10.1007/s10029-009-0529-7

[8] האגף לרפואה כללית. (2022). *דוח ועדה לקביעת אסטרטגיית עבודה בחדרי ניתוח*. משרד הבריאות.

מדד 01-24-1-01-001 **ביצוע ניתוח לתיקון בקע מפשעתי כלוא (הרניה כלואה) תוך 6 שעות מהכניסה למלר"ד**

תיאור המדד: שיעור המטופלים שהתקבלו למלר"ד עם בקע מפשעתי כלוא ונותחו תוך 6 שעות מהכניסה למלר"ד

קריטריונים להכללה:

כל המטופלים בני 18 ומעלה ביום הניתוח
שהתקבלו דרך מלר"ד בלבד
עם אבחנה של בקע מפשעתי כלוא (ראו קודי אבחנות של ICD-9 בנספחים, טבלה 14.1) קודי **אבחנה** של ICD-9: 550.00, 550.01, 550.02, 550.03, 550.10, 550.11, 550.12, 550.13
יחד עם
פרוצדורה לתיקון בקע מפשעתי (ראו קודי פרוצדורות של ICD-9 בנספחים, טבלה 14.2) קודי **פרוצדורה** של ICD-9: 53.00, 53.01, 53.02, 53.03, 53.04, 53.05, 53.10, 53.11, 53.12, 53.13, 53.14, 53.15, 53.16, 53.17, 17.11-17.13, 17.21-17.24

קריטריונים להוצאה:

מטופלים מתחת לגיל 18 **(לא ידווח)**
מטופלים שנפטרו תוך 6 שעות מהכניסה למלר"ד **(ידווח וייגרע)**
מטופל המפתח בקע כלוא במהלך אשפוז במחלקה בבית החולים **(ידווח וייגרע)**

תקופת דיווח: אחת לרבעון

תאריך קובע לגזירת האוכלוסייה למדד: תאריך תחילת הניתוח

עבור אוכלוסייה זו, המשתנים שיועברו על ידי בתי החולים הם:

משתנה	שמות השדות	סוג משתנה	קידוד	הסבר
קוד מדד	Measurment_ID	טקסט (14)		קוד המדד הוא: 01-24-1-01-001
קוד בית חולים	Hospital_ID	טקסט (10)		על פי הקידוד המקובל של משרד הבריאות
ת.ז. מוצפנת	Patient_ID	טקסט (10)		**ת.ז. תועבר בצורה מוצפנת בשיטה המקובלת**
ת.ז.- ספרת ביקורת	Patientbikoret_ID	טקסט (1)		**רק** ספרת הביקורת של ת.ז.
סוג תעודה	ID_Types	טקסט (1)		תעודת זהות -1, דרכון - 2, זמני - 3, ת.ז. פלסטינית - 4
מספר אשפוז/ מספר מקרה/ מספר קבלה	Case_Number	טקסט (50)		המספר שבית החולים מקצה לחולה כאשר הוא מתקבל לאשפוז
תאריך כניסה לבית חולים	Hosp_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך המגע הראשון של החולה עם בית החולים (מלר"ד/ מחלקה/ חדר ניתוח או כדומה)
שעת כניסה לבית חולים	Hosp_Time	טקסט (5)	HH:MM	שעת המגע הראשון של החולה עם בית החולים (מלר"ד/ מחלקה/ חדר ניתוח או כדומה)
קוד מלר"ד מקבל	ER_Code	טקסט (100)		קוד המלר"ד הראשון שטיפל בפונה (מבוגרים, ילדים, נשים, א.א.ג. וכו'...), על פי הקידוד המקובל של משרד הבריאות
תאריך שחרור ממלר"ד	Discharge_ER_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	התאריך האדמיניסטרטיבי בו המטופל השתחרר מהמלר"ד
שעת שחרור ממלר"ד	Discharge_ER_Time	טקסט (5)	HH:MM	השעה האדמיניסטרטיבית בה המטופל השתחרר מהמלר"ד
קוד מחלקה מאשפזת	Department_ID	טקסט (100)		ציין קוד מחלקה לפי קודי משרד הבריאות. קוד מחלקה מאשפזת בעת הניתוח
קוד מחלקה מנתחת	SurgDep_ID	טקסט (10)	רשימה מצורפת	המחלקה שמבצעת את הניתוח (על פי השתייכות הצוות המנתח), על פי הקידוד המקובל של משרד הבריאות
תאריך שחרור מבית חולים	Discharge_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	
תאריך פטירה	Death_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך פטירה במסגרת האשפוז המדווח
שעת פטירה	Death_Time	טקסט (5)	HH:MM	
שנת לידה	Birth_Year	מספר	YYYY	
מין	Gender	מספר	1- זכר, 2-נקבה	
כתובת- רחוב	Adress_Street	טקסט (100)		
כתובת- מספר בית	Adress_House	טקסט (100)		
כתובת- עיר	Adress_CityName	טקסט (100)		
סמל יישוב	CityCode	מספר		לפי רשימת סמלי יישוב של הלמ"ס
אשכול סוציוכלכלי	SES	מספר	1-20	אשכול סוציוכלכלי על פי הדירוג של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה

משתנה	שמות השדות	סוג משתנה	קידוד	הסבר
גורם מבטח	Insurance_Provider	מספר	1- כללית 2- מכבי 3- מאוחדת 4- לאומית 5- צה"ל 6- אחר, פרט בהערות	קופת החולים אליה משויך המטופל
קוד אבחנה ICD-9 בקע מפשעתי במלר"ד	DiagnosisER_ICD	טקסט (200)		לציין את קודי האבחנה של החולה (לפי ICD-9) מתוך הקידוד של המלר"ד ולא של הרשמות. את הקודים יש לתת ברשימה של כל האבחנות, מופרדים בפסיקים
קוד אבחנה ICD-9 בקע מפשעתי באשפוז	Diagnosis_ICD_Dep	טקסט (200)		לציין את קודי האבחנה של החולה (לפי ICD-9) מתוך הקידוד של מחלקות מאשפזות ולא של הרשמות. את הקודים יש לתת ברשימה של כל האבחנות, מופרדים בפסיקים
תאריך תחילת ניתוח	SurgeryStart_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך ביצוע החתך הניתוחי הראשון
שעת תחילת ניתוח	SurgeryStart_Time	טקסט (5)	HH:MM	שעת ביצוע החתך הניתוחי הראשון
תאריך סיום ניתוח	SurgeryEnd_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך תפר אחרון בחדר ניתוח
שעת סיום ניתוח	SurgeryEnd_Time	טקסט (5)	HH:MM	שעת תפר אחרון בחדר ניתוח
תאריך תחילת הרדמה	AnasStart_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	
שעת תחילת הרדמה	AnasStart_Time	טקסט (5)	HH:MM	
תאריך סיום הרדמה	AnasEnd_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	
שעת סיום הרדמה	AnasEnd_Time	טקסט (5)	HH:MM	
קודי אבחנות ICD9 לפי קידוד בחדר ניתוח	Diagnosis_ICD	טקסט (200)		לציין את קודי האבחנה של החולה (לפי ICD-9) מתוך הקידוד של חדר הניתוח ולא של הרשמות. את הקודים יש לתת ברשימה של כל האבחנות, מופרדים בפסיקים
קודי פרוצדורות ICD9 לפי קידוד בחדר ניתוח	Procedure_ICD	טקסט (200)		לציין את קודי הפרוצדורה של החולה (לפי ICD-9) מתוך הקידוד של חדר הניתוח ולא של הרשמות. את הקודים יש לתת ברשימה של כל הפרוצדורות, מופרדים בפסיקים
קודי פרוצדורות ICD9 לפי קידוד בחדר ניתוח, קוד פנימי	Procedure_ICD_Local	טקסט (200)		לציין את קודי הפרוצדורה של החולה (לפי ICD-9) מתוך הקידוד של חדר הניתוח ולא של הרשמות. את הקודים יש לתת ברשימה של כל הפרוצדורות, מופרדים בפסיק, ע"פ קוד פנימי של בית החולים
האם הבקע התפתח במהלך אשפוז	Hernia_dur_Hospit	מספר	1- כן, 0- לא	
קוד אבחנה ICD-9 בשחרור	Diagnosis_ICD_Discharge	טקסט (200)		יש לתת רשימה של כל האבחנות הרלוונטיות מתוך קידוד אבחנות בשחרור, מופרדות בפסיקים
הערות	**Remarks**	**טקסט (200)**		**יש לרשום בטקסט חופשי את כל ההשגות וההערות לגבי המקרה שברצונכם להדגיש**

שם המדד	ביצוע PCI תוך 90 דקות מההגעה לבית חולים במטופלים עם STEMI
מספר המדד	**01-13-1-03-001**
תיאור המדד	שיעור ביצוע PCI (**צנתור טיפולי דחוף**) תוך 90 דקות מהכניסה לבית החולים במטופלים שהגיעו עם STEMI לבית החולים
הרציונל לבחירת המדד	צנתור לב (percutaneous coronary intervention, PCI) הוא הטיפול המועדף למטופלים עם אוטם חד בלב מסוג STEMI (ST-elevation myocardial infarction) המגיעים בחלון הזמן המתאים לבית החולים,[2,1] והוא נועד לשחרר את כלי הדם החסום (רה-פרפוזיה, reperfusion) ולהזרים דם מחומצן בעורקים הכליליים ובשריר הלב. העיתוי שבו מתבצע הטיפול הוא קריטי. ככל שהטיפול מתבצע מוקדם יותר, כך ניתן למזער את הפגיעה בשריר הלב ("time is muscle"). ביצוע PCI תוך 90 דקות מוריד באופן מובהק את הסיכון לתחלואה ולתמותה תוך 30 יום ותוך שנה.[4,3] ביצוע PCI תוך 90 דקות מומלץ על ידי ה- American Heart Association (AHA).[6,5]
סוג המדד	תהליך (process)
מכנה	כל המטופלים שפנו לבית החולים ואובחנו עם STEMI בכניסה לבית החולים, שעברו **צנתור טיפולי דחוף** (PCI) תוך 24 שעות מההגעה לבית החולים כל המטופלים שפנו לבית החולים ואובחנו עם STEMI בכניסה לבית החולים ונפטרו תוך 24 שעות בין אם בוצע או לא בוצע להם צנתור
מונה	כל המטופלים שפנו לבית החולים ואובחנו עם STEMI בכניסה לבית החולים, שעברו **צנתור טיפולי דחוף** (PCI) תוך 90 דקות מההגעה לבית החולים
תאריך קובע לגזירת המדד	תאריך כניסה לבית החולים
קריטריונים להכללה	כל המטופלים שפנו לבית החולים עם STEMI, ושעברו צנתור טיפולי דחוף (PCI) ב-24 השעות הראשונות לאשפוז **אבחנה** של STEMI (ראו קודי אבחנות של ICD-9 בנספחים, טבלה 03.1) **יחד עם פרוצדורה** של **PCI התערבותי דחוף*** (ראו קודי פרוצדורות של ICD-9 בנספחים, טבלה 03.2) לפי דוח צנתור מטופלים עם אבחנה של STEMI בכניסה לבית החולים שנפטרו תוך 24 שעות בין אם בוצע ובין אם לא בוצע להם צנתור מעל גיל 18
קריטריונים להוצאה	מטופלים מתחת לגיל 18 **(לא ידווח)**

	מטופלים שהגיעו לבית החולים עם אבחנה של STEMI ונפטרו תוך 90 דקות מהכניסה לבית החולים **(ידווח וייגרע)** מטופלים שבוצע להם צנתור אבחנתי **(לא ידווח)** מטופלים שקיבלו טיפול טרומבוליטי (כדוגמת סטרפטוקינאז ו-tPA) תוך 30 דקות מהכניסה לבית החולים **(ידווח וייגרע)**	
מקור המידע	**מערכות המחשוב המנהלי בבית החולים** מספר קבלה / אשפוז ת"ז **(מוצפנת)** GIS **(אזור סוציו-אקונומי של המטופל על פי כתובתו המלאה)** תאריך כניסה לבית חולים שעת כניסה לבית חולים תאריך פטירה שעת פטירה תאריך שחרור מבית חולים שנת לידה מין העברה מבית חולים אקוטי אחר גורם מבטח	**מערכות המחשוב הקליני בבית החולים** תאריך תחילת צנתור שעת תחילת צנתור תאריך סיום צנתור שעת סיום צנתור קודי אבחנות ICD-9 קודי פרוצדורות ICD-9 לפי דוח צנתור האם החולה קיבל טיפול טרומבוליטי תוך 30 דקות
יעד לשנת 2025	90%	
תקופת דיווח	אחת לרבעון	
תחילת הפקת המדד	רבעון ראשון של שנת 2013	
הערות	*בכל מקרה שבו בבית החולים קיים קידוד ייעודי לצנתור טיפולי דחוף, יש להתייחס לקודים אלו בלבד. ניתן להגיש השגה פרטנית לפי נוהל השגות פרטניות במקרים בהם האוטם התפתח תוך כדי שהייה במלר"ד. ניתן להגיש השגה פרטנית לפי נוהל השגות פרטניות עבור מטופלים שאובחנו עם MINOCA.	

[1] Ibanez, B., James, S., Agewall, S., Antunes, M. J., Bucciarelli-Ducci, C., Bueno, H., Caforio, A. L. P., Crea, F., Goudevenos, J. A., Halvorsen, S., Hindricks, G., Kastrati, A., Lenzen, M. J., Prescott, E., Roffi, M., Valgimigli, M., Varenhorst, C., Vranckx, P., Widimský, P., & ESC Scientific Document Group. (2018). 2017 ESC Guidelines for the

management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*, *39*(2), 119–177. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx393

[2] Keeley, E. C., Boura, J. A., & Grines, C. L. (2003). Primary angioplasty versus intravenous thrombolytic therapy for acute myocardial infarction: a quantitative review of 23 randomised trials. *The Lancet*, *361*(9351), 13–20. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)12113-7

[3] Nallamothu, B. K., Normand, S.-L. T., Wang, Y., Hofer, T. P., Brush, J. E., Messenger, J. C., Bradley, E. H., Rumsfeld, J. S., & Krumholz, H. M. (2015). Relation between door-to-balloon times and mortality after primary percutaneous coronary intervention over time: a retrospective study. *The Lancet*, *385*(9973), 1114–1122. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61932-2

[4] Prasad, A., Gersh, B. J., Mehran, R., Brodie, B. R., Brener, S. J., Dizon, J. M., Lansky, A. J., Witzenbichler, B., Kornowski, R., Guagliumi, G., Dudek, D., & Stone, G. W. (2015). Effect of Ischemia Duration and Door-to-Balloon Time on Myocardial Perfusion in ST-Segment Elevation Myocardial Infarction: An Analysis From HORIZONS-AMI Trial (Harmonizing Outcomes with Revascularization and Stents in Acute Myocardial Infarction). *JACC. Cardiovascular Interventions*, *8*(15), 1966–1974. https://doi.org/10.1016/j.jcin.2015.08.031

[5] O'Gara, P. T., Kushner, F. G., Ascheim, D. D., Casey, D. E., Chung, M. K., de Lemos, J. A., Ettinger, S. M., Fang, J. C., Fesmire, F. M., Franklin, B. A., Granger, C. B., Krumholz, H. M., Linderbaum, J. A., Morrow, D. A., Newby, L. K., Ornato, J. P., Ou, N., Radford, M. J., Tamis-Holland, J. E., … Zhao, D. X. (2013). 2013 ACCF/AHA guideline for the management of ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Journal of the American College of Cardiology*, *61*(4), e78–e140. https://doi.org/10.1016/j.jacc.2012.11.019

[6] Jacobs, A. K., Ali, M. J., Best, P. J., Bieniarz, M. C., Bufalino, V. J., French, W. J., Henry, T. D., Hollowell, L., Jauch, E. C., Kurz, M. C., Levy, M., Patel, P., Spier, T., Stone, R. H., Tataris, K. L., Thomas, R. J., & Zègre-Hemsey, J. K. (2021). Systems of Care for ST-Segment–Elevation Myocardial Infarction: A Policy Statement From the American Heart Association. Circulation, 144(20). https://doi.org/10.1161/cir.0000000000001025

מדד 01-13-1-03-001 **<u>ביצוע PCI תוך 90 דקות מההגעה לבית חולים במטופלים עם STEMI</u>**

תיאור המדד: שיעור ביצוע PCI (צנתור טיפולי דחוף) תוך 90 דקות מהכניסה לבית החולים במטופלים שהגיעו עם STEMI לבית החולים

קריטריונים להכללה:

כל המטופלים שפנו לבית החולים ואובחנו עם STEMI בכניסה לבית החולים, ושעברו **צנתור טיפולי דחוף** (PCI) ב-24 השעות הראשונות לאשפוז

מטופלים עם אבחנה של STEMI בכניסה לבית החולים שנפטרו תוך 24 שעות בין אם **בוצע או לא בוצע** להם צנתור

שיש להם **שילוב** של **אבחנה** אחת מהבאות ביחד עם **פרוצדורה** אחת מהבאות:

<u>הערה:</u> לגבי הנפטרים יש להסתפק באבחנה בלבד.

אבחנה של STEMI (ראו קודי אבחנות של ICD-9 בנספחים, טבלה 03.1): D410.00, 410.01, 410.10, 410.11, 410.20, 410.21, 410.30, 410.31, 410.40, 410.41, 410.50, 410.51, 410.60, 410.61, 410.80, 410.81,

יחד עם

פרוצדורה של PCI להתערבותי דחוף (ראו קודי פרוצדורות של ICD-9 בנספחים, טבלה 03.2) לפי דו"ח צנתור מטופלים מעל גיל 18 00.66, 36.06, 36.07, 36.09, 00.40-00.48

הרחבות אפשריות: בכל מקרה שבו לבית החולים קיים קידוד ייעודי לצנתור טיפולי דחוף, יש להתייחס לקודים אלו בלבד P00.66.01, 36.06.01-36.06.03, 36.07.01

קריטריונים להוצאה:

מתחת לגיל 18 **(לא ידווח)**

מטופלים שהגיעו לבית החולים עם אבחנה של STEMI ונפטרו תוך 90 דקות מהכניסה לבית החולים **(ידווח וייגרע)**

מטופלים שבוצע להם צנתור אבחנתי **(לא ידווח)**

מטופלים שקיבלו טיפול טרומבוליטי (כדוגמת סטרפטוקינז ו-TPA) תוך 30 דקות מהכניסה לבית החולים **(ידווח וייגרע)**

תקופת דיווח: אחת לרבעון

תאריך קובע לגזירת האוכלוסייה למדד: תאריך כניסה לבית החולים

עבור אוכלוסייה זו, המשתנים שיועברו על ידי בתי החולים הם:

משתנה	שמות השדות	סוג משתנה	קידוד	הסבר
קוד מדד	Measurment_ID	טקסט (14)		קוד המדד הוא: 01-13-1-03-001
קוד בית חולים	Hospital_ID	טקסט (10)		על פי הקידוד המקובל של משרד הבריאות
ת.ז. מוצפנת	Patient_ID	טקסט (10)		**ת.ז. תועבר בצורה מוצפנת בשיטה המקובלת**
ת.ז.- ספרת ביקורת	Patientbikoret_ID	טקסט (1)		**רק** ספרת הביקורת של ת.ז.
סוג תעודה	ID_Types	טקסט (1)		תעודת זהות -1 , דרכון - 2, זמני -3 , ת.ז. פלסטינית - 4
מספר אשפוז/ מספר מקרה/ מספר קבלה	Case_Number	טקסט (50)		המספר שבית החולים מקצה לחולה כאשר הוא מתקבל לאשפוז
העברה מבית חולים אקוטי אחר	OtherHosp	מספר	1- מבית חולים אחר 0- ממקום מגורים	האם החולה הגיע מבית חולים <u>אקוטי</u> אחר או ממקום מגורים לרבות בית, בית אבות, בית חולים סיעודי וכולי
תאריך כניסה לבית חולים	Hosp_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך המגע הראשון של החולה עם בית החולים (מלר"ד/ מחלקה/ חדר צנתורים או כדומה)
שעת כניסה לבית חולים	Hosp_Time	טקסט (5)	HH:MM	שעת המגע הראשון של החולה עם בית החולים (מלר"ד/ מחלקה/ חדר צנתורים או כדומה)
תאריך שחרור מבית חולים	Discharge_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	
תאריך פטירה	Death_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך פטירה במסגרת האשפוז המדווח
שעת פטירה	Death_Time	טקסט (5)	HH:MM	
שנת לידה	Birth_Year	מספר	YYYY	
מין	Gender	מספר	1- זכר, 2- נקבה	
כתובת- רחוב	Adress_Street	טקסט (100)		
כתובת- מספר בית	Adress_House	טקסט (100)		
כתובת- עיר	Adress_CityName	טקסט (100)		
סמל יישוב	CityCode	מספר		לפי רשימת סמלי יישוב של הלמ"ס
אשכול סוציוכלכלי	SES	מספר	1-20	אשכול סוציוכלכלי על פי הדירוג של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה

משתנה	שמות השדות	סוג משתנה	קידוד	הסבר
גורם מבטח	Insurance_Provider	מספר	1- כללית 2- מכבי 3- מאוחדת 4- לאומית 5- צה"ל 6- אחר, פרט בהערות	קופת החולים אליה משויך המטופל
תאריך תחילת צנתור	CatheterStart_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך החתך הראשון/החדרת צנתר (time to niddle)
שעת תחילת צנתור	CatheterStart_Time	טקסט (5)	HH:MM	שעת החתך הראשון/החדרת צנתר (time to niddle)
תאריך סיום צנתור	CatheterEnd_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך תפר אחרון
שעת סיום צנתור	CatheterEnd_Time	טקסט (5)	HH:MM	שעת תפר אחרון
קודי אבחנות ICD9 לפי קידוד בדוח צנתור	Diagnosis_ICD	טקסט (200)		לציין רשימה של כל האבחנות מתוך דוח צנתור, מופרדות בפסיקים
קודי פרוצדורות ICD9 לפי דוח צנתור	Procedure_ICD	טקסט (200)		לציין רשימה של כל הפרוצדורות מתוך דוח צנתור, מופרדות בפסיקים
קודי פרוצדורות ICD9 לפי קידוד בחדר צנתור, קוד פנימי	Procedure_ICD_Local	טקסט (200)		לתת רשימה של כל הפרוצדורות מתוך דוח צנתור, מופרדות בפסיקים, ע"פ קוד פנימי של בית החולים
האם ניתן טיפול טרומבוליטי תוך 30 דקות	Trombolitic_Therapy	מספר	1- כן, 0- לא	האם ניתן טיפול טרומבוליטי תוך 30 דקות מהכניסה לבית החולים
הערות	**Remarks**	**טקסט (200)**		**יש לרשום בטקסט חופשי את כל ההשגות וההערות לגבי המקרה שברצונכם להדגיש**

שם המדד	מתן המלצה לטיפול אינטנסיבי בסטטינים במכתב שחרור למטופלים שעברו ניתוח מעקפים (CABG)
מספר המדד	**01-22-1-11-001**
תיאור המדד	שיעור המאושפזים לאחר ניתוח מעקפים שקיבלו המלצה לטיפול אינטנסיבי בסטטינים[1] במכתב שחרור מבית החולים
הרציונל לבחירת המדד	שיעור ניתוחי המעקפים בישראל הוא יציב בשנים האחרונות ובשנת 2021 עמד על 29.2 ל-100,000 איש.[1] ניתוח מעקפים (coronary artery bypass graft, CABG) הוא טיפול הקיים כ-50 שנה והוא נחשב לטיפול השלם והעמיד ביותר במחלות לב איסכמיות. את הניתוח מבצעים כאשר יש טרשת עורקים שאינה ניתנת לטיפול בצנתור רגיל. בשנים שלאחר הניתוח, מחלימי ניתוח CABG נותרים בסיכון לאירועים איסכמיים כתוצאה מהתקדמות מחלת עורקים כלילית (coronary artery disease, CAD) והתפתחות של טרשת עורקים במעקפים המושתלים.[2] טיפול בסטטינים, תרופות שמורידות את רמת הכולסטרול בדם, נמצא יעיל בהורדת שיעור התמותה, שיעור האירועים הווסקולריים ושיעור האשפוזים החוזרים בתוך שנה.[6,5,4,3] לאחרונה, הוכח במחקרים כי טיפול אינטנסיבי יותר מהטיפול הסטנדרטי מוריד את הסיכון אף יותר. במטא-אנליזה שנערכה על-ידי ה-Cholesterol Treatment Trialists' Collaboration וכללה יותר מ-186,000 מטופלים, נמצא שנטילת סטטינים מורידה את שיעור ההיארעות של אירועים וסקולריים, וכתוצאה מכך אף את שיעור התמותה. כמו כן, נמצא כי טיפול בסטטינים לא השפיע על תמותה לא-וסקולרית, תמותה מסרטן או היארעות של סרטן.[7] איגוד הקרדיולוגים בישראל[8] וה-American Heart Association (AHA) ממליצים על טיפול אינטנסיבי בסטטינים (מינון של 40-80 מ"ג אטורבסטטין / 20-40 מ"ג רוזובסטטין ביום) שניתן לאחר ניתוח מעקפים למניעת אירועים איסכמיים.[9]
סוג המדד	תהליך (process)
מכנה	כל המטופלים שעברו ניתוח מעקפים (CABG) באשפוז הנוכחי
מונה	כל המטופלים שעברו ניתוח מעקפים (CABG) באשפוז הנוכחי וקבלו המלצה במכתב שחרור לטיפול אינטנסיבי בסטטינים
תאריך קובע לגזירת המדד	תאריך שחרור מבית החולים
קריטריונים להכללה	מטופלים בני 18 ומעלה כל המטופלים שעברו ניתוח מעקפים (CABG) באשפוז הנוכחי

[1] טיפול בסטטין פוטנטי (אטורבסטטין 40-80 מ"ג או רוזובסטטין 20-40 מ"ג ליום).

קריטריונים להוצאה	מטופלים מתחת לגיל 18 **(לא ידווח)** נפטרים **(ידווח וייגרע)** העברה לבית חולים אקוטי אחר **(ידווח וייגרע)** אי סבילות לסטטינים / התוויות נגד (ראו נספחים, טבלה 07.1) **(ידווח וייגרע)**	
מקור המידע	**מערכות המחשוב המנהלי בבית החולים** ת"ז **(מוצפנת)** מספר קבלה/אשפוז מין שנת לידה GIS **(אזור סוציו-אקונומי של המטופל על פי כתובתו המלאה)** תאריך כניסה לבית החולים תאריך שחרור מביה"ח קוד מחלקה משחררת העברה לבית חולים אקוטי אחר תאריך פטירה גורם מבטח	**מערכות המחשוב הקליני בבית החולים** קודי פרוצדורה ICD-9 לפי קידוד בדוח ניתוח תאריך ניתוח תאריך קבלת המלצה לנטילת סטטינים שם התרופה המומלצת המינון המומלץ אי סבילות לסטטינים / התוויות נגד **(ראה טבלה 07.1)**
יעד לשנת 2025	95%	
תקופת דיווח	אחת לרבעון	
תחילת הפקת המדד	רבעון ראשון של שנת 2022	
הערות	ההמלצה תיגזר ממכתב השחרור של המחלקה המשחררת. ניתן להגיש השגה פרטנית לפי נוהל השגות פרטניות במקרים בהם ניתן טיפול ב-PCSK9. במידה שניתן טיפול באטוזט (Atozet), יש לדווח את המינון של החומר הפעיל אטורבסטטין (Atorvastatin) כטיפול תרופתי.	

[1] בלומנפלד, א., ראובן, מ., וקינן-בוקר, ל. (2023). *דו"ח רישום ניתוחי לב סיכומי ארצי לשנת 2021 (מס' 421)*. המרכז הלאומי לבקרת מחלות, חטיבת טכנולוגיות רפואיות, מידע ומחקר, משרד הבריאות. https://www.gov.il/BlobFolder/reports/registrar-heart-surgery2021/he/files_publications_units_ICDC_Cardiac_catheterization_2021.pdf

[2] Kulik, A. (2018). Secondary Prevention After CABG Surgery. *American College of Cardiology*. https://www.acc.org/latest-in-cardiology/articles/2018/12/04/08/26/secondary-prevention-after-cabg-surgery

[3] Baigent, C., Keech, A., Kearney, P. M., Blackwell, L., Buck, G., Pollicino, C., Kirby, A., Sourjina, T., Peto, R., Collins, R., Simes, R., & Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaborators. (2005). Efficacy and safety of cholesterol-lowering treatment: prospective meta-analysis of data from 90,056 participants in 14 randomised trials of statins. *The Lancet*, *366*(9493), 1267–1278. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67394-1

[4] Cannon, C. P., Braunwald, E., McCabe, C. H., Rader, D. J., Rouleau, J. L., Belder, R., Joyal, S. V., Hill, K. A., Pfeffer, M. A., Skene, A. M., & Pravastatin or Atorvastatin Evaluation and Infection Therapy-Thrombolysis in Myocardial Infarction 22 Investigators. (2004). Intensive versus moderate lipid lowering with statins after acute coronary syndromes. *The New England Journal of Medicine*, *350*(15), 1495–1504. https://doi.org/10.1056/NEJMoa040583

[5] Philip, F., Blackstone, E., & Kapadia, S. R. (2015). Impact of statins and beta-blocker therapy on mortality after coronary artery bypass graft surgery. *Cardiovascular Diagnosis and Therapy*, *5*(1), 8–16. https://doi.org/10.3978/j.issn.2223-3652.2015.02.01

[6] Dankner, R., Orenstein, L., Laufer, K., Olmer, L., Ziv, A., Novikov, I., & Moshkovitz, Y. (2020). Adherence to guideline-directed medical therapy and its association with re-hospitalization and mortality following coronary artery bypass graft surgery. *European Heart Journal*, *41*(Supplement_2). https://doi.org/10.1093/ehjci/ehaa946.2975

[7] Cholesterol Treatment Trialists' Collaboration. (2019). Efficacy and safety of statin therapy in older people: a meta-analysis of individual participant data from 28 randomised controlled trials. *The Lancet*, *393*(10170), 407–415. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31942-1

[8] האיגוד הקרדיולוגי בישראל. (2014). *עדכון ההנחיות לטיפול בהיפרליפידמיה 2014*. http://www.ias.org.il/hyperlipidemia2014.pdf

[9] Kulik, A., Ruel, M., Jneid, H., Ferguson, T. B., Hiratzka, L. F., Ikonomidis, J. S., Lopez-Jimenez, F., McNallan, S. M., Patel, M., Roger, V. L., Sellke, F. W., Sica, D. A., Zimmerman, L., & American Heart Association Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia. (2015). Secondary prevention after coronary artery bypass graft surgery: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, *131*(10), 927–964. https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000182

מדד 01-22-1-11-001 **<u>מתן המלצה לטיפול אינטנסיבי בסטטינים במכתב שחרור למטופלים שעברו ניתוח מעקפים (CABG)</u>**

תיאור המדד: שיעור המאושפזים לאחר ניתוח מעקפים שקיבלו המלצה לטיפול אינטנסיבי בסטטינים בעת שחרור מבית החולים

קריטריונים להכללה:

מטופלים בני 18 ומעלה

כל המטופלים שעברו ניתוח מעקפים CABG באשפוז הנוכחי

קודי פרוצדורה ICD-9: 36.10, 36.11, 36.12, 36.13, 36.14, 36.15, 36.16, 36.17, 36.19

הרחבות אפשריות לקודי פרוצדורה: 36.10.09

קריטריונים להוצאה:

מטופלים מתחת לגיל 18 **(לא ידווח)**

העברה לבית חולים אקוטי אחר **(ידווח וייגרע)**

נפטרים **(ידווח וייגרע)**

אי סבילות לסטטינים / התוויות נגד (ראו נספחים, טבלה 07.1) **(ידווח וייגרע)**

תקופת דיווח: אחת לרבעון

תאריך קובע לגזירת האוכלוסייה למדד: תאריך שחרור מבית החולים

עבור אוכלוסייה זו, המשתנים שיועברו על ידי בתי החולים הם:

משתנה	שמות השדות	סוג משתנה	קידוד	הסבר
קוד מדד	Measurment_ID	טקסט (14)		קוד המדד הוא: 01-22-1-11-001
קוד בית חולים	Hospital_ID	טקסט (10)		על פי הקידוד המקובל של משרד הבריאות
קוד מחלקה	Department_ID	טקסט (10)		על פי הקידוד המקובל של משרד הבריאות. מחלקה מאשפזת ראשונה
ת.ז. מוצפנת	Patient_ID	טקסט (256)		**ת.ז. תועבר בצורה מוצפנת בשיטה המקובלת**
ת.ז.- ספרת ביקורת	Patientbikoret_ID	טקסט (1)		**רק** ספרת הביקורת של ת.ז.
סוג תעודה	ID_Types	טקסט (1)		תעודת זהות - 1, דרכון - 2, זמני - 3, ת.ז. פלסטינית - 4
מספר אשפוז/ מספר מקרה/ מספר קבלה	Case_Number	טקסט (50)		המספר שבית החולים מקצה למטופל כאשר הוא מתקבל לאשפוז. מספר חד-חד ערכי
שנת לידה	Birth_Year	מספר	YYYY	
מין	Gender	מספר	1- זכר, 2- נקבה	
כתובת- רחוב	Adress_Street	טקסט (100)		יש לציין את כתובת המגורים של המטופל טרם קבלתו לבית החולים
כתובת- מספר בית	Adress_House	טקסט (100)		
כתובת- עיר	Adress_CityName	טקסט (100)		
סמל יישוב	CityCode	מספר		לפי רשימת סמלי יישוב של הלמ"ס
אשכול סוציו-כלכלי	SES	מספר	1-20	אשכול סוציוכלכלי על פי הדירוג של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה
גורם מבטח	Insurance_Provider	מספר	1- כללית 2- מכבי 3- מאוחדת 4- לאומית 5- צה"ל 6- אחר, פרט בהערות	קופת החולים אליה משויך המטופל
העברה לבית חולים אקוטי אחר	DischargeHosp	מספר	1- כן, 0- לא	האם החולה הועבר לבית חולים אקוטי אחר
תאריך כניסה לבית חולים	Hosp_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך המגע הראשון של המטופל עם בית החולים (מלר"ד/ מחלקה וכדומה)
תאריך שחרור מבית חולים	Discharge_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	
קוד מחלקה משחררת	Dept_Discharge	מספר		על פי הקידוד המקובל של משרד הבריאות

משתנה	שמות השדות	סוג משתנה	קידוד	הסבר
תאריך פטירה	Death_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך פטירה במסגרת האשפוז המדווח
קודי פרוצדורה ICD-9 לפי קידוד בדוח ניתוח	Procedure_ICD	טקסט (200)		לציין רשימה של כל הפרוצדורות מתוך דוח ניתוח, מופרדות בפסיקים
תאריך תחילת ניתוח	SurgeryStart_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך ביצוע החתך הניתוחי הראשון
תאריך קבלת המלצה לנטילת סטטינים	Statin_Recomand	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך כתיבת מכתב השחרור המכיל המלצה לנטילת סטטינים ממחלקה משחררת
שם התרופה המומלצת	Statin_Name	מספר	1- אטורבסטטין 2- רוזובסטטין 3- אחר, פרט בהערות	שם התרופה המומלצת יילקח ממכתב השחרור
המינון המומלץ	Statin_Dose	מספר		לציין מיליגרם ליום. במידה שניתן טיפול באטוזט (Atozet), יש לדווח את המינון של החומר הפעיל אטורבסטטין (Atorvastatin) כטיפול תרופתי
אי סבילות לסטטינים / התוויות נגד	Statin_Contra	מספר	1-11	לציין רשימת התוויות נגד, מופרדות בפסיק מתוך הנספח, טבלה 07.1
הערות	**Remarks**	**טקסט (200)**		**יש לרשום בטקסט חופשי את כל ההשגות וההערות לגבי המקרה שברצונכם להדגיש**

שם המדד	מתן המלצה לשיקום לב למטופלים לאחר התערבות לבבית
מספר המדד	**01-22-1-11-002**
תיאור המדד	שיעור המאושפזים לאחר התערבות לבבית שקיבלו המלצה לשיקום לב במכתב השחרור מבית החולים
הרציונל לבחירת המדד	שיקום לב הינו חלק בלתי נפרד ממערך הטיפול הכוללני בחולי לב. קיימות עדויות מדעיות ברורות לכך ששיקום לב מוביל לירידה בתחלואה ותמותה ולהפחתת ימי אשפוז ושכיחות האשפוזים החוזרים.[3,2,1] כמו כן, נמצא כי חולים שעברו שיקום לב חיים שנים רבות יותר ובאיכות חיים גבוהה יותר לעומת חולים שלא עברו שיקום.[6,5,4] חוזר מנהל רפואה מחייב את הרופא המטפל בחולה הזקוק לשיקום לב להמליץ על שירות זה.[7] משרד הבריאות מגדיר שיקום לב כ"הדרכה לשינויי אורחות חיים, פעילות גופנית, טיפול והתמודדות עם מחלת לב לחולים עם מחלות לב שונות המשתחררים מאשפוז". בין הזכאים לשיקום לב עפ"י חוק ביטוח בריאות ממלכתי נמצאים מטופלים לאחר ביצוע ניתוח מעקפים, צנתור התערבותי או השתלת קוצב דפיברילטור.[8] ה- American College of Cardiology (ACC) וה-American Heart Association (AHA) הגדירו מדדים בתחום זה, ול- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) יש מיזם בתחום שנועד לעודד את השתתפות המטופלים בתהליך שיקום הלב.[10,9]
סוג המדד	תהליך (process)
מחלקות	פנימית (כולל פנימית מוגבר), קרדיולוגיה, טיפול נמרץ (כולל ט"נ לב), ניתוחי לב חזה
מכנה	כל המטופלים שעברו ניתוח מעקפים, צנתור התערבותי או השתלת קוצב דפיברילטור* וששהו באחת המחלקות הנכללות במדד
מונה	כל המטופלים שקיבלו המלצה לשיקום לב במכתב שחרור לאחר שעברו ניתוח מעקפים, צנתור התערבותי או השתלת קוצב דפיברילטור וששהו באחת המחלקות הנכללות במדד
תאריך קובע לגזירת המדד	תאריך שחרור מבית החולים
קריטריונים להכללה	מטופלים בני 18 ומעלה כל המטופלים שעברו ניתוח מעקפים CABG, צנתור התערבותי או השתלת קוצב דפיברילטור וששהו באחת המחלקות הנכללות במדד (לא כולל אשפוז יום)
קריטריונים להוצאה	מטופלים מתחת לגיל 18 **(לא ידווח)** נפטרים **(ידווח וייגרע)** העברה לבית חולים אקוטי אחר **(ידווח וייגרע)** ניתנה המלצה להמשך טיפול קרדיאלי פולשני (צנתור או ניתוח מעקפים) **(ידווח וייגרע)**

מקור המידע	**מערכות המחשוב המנהלי בבית החולים** ת"ז **(מוצפנת)** מספר קבלה/אשפוז קוד מחלקה מאשפזת מין שנת לידה GIS **(אזור סוציו-אקונומי של המטופל על פי כתובתו המלאה)** גורם מבטח תאריך כניסה לבית חולים תאריך שחרור מבית חולים העברה לבית חולים אקוטי אחר קוד מחלקה משחררת תאריך פטירה	**מערכות המחשוב הקליני בבית החולים** תאריך ניתוח/ התערבות לבבית **(ניתוח מעקפים, צנתור התערבותי או השתלת קוצב דפיברילטור)** קודי פרוצדורה ICD-9 לפי קידוד בדוח ניתוח תאריך קבלת המלצה לשיקום לב ניתנה המלצה להמשך טיפול קרדיאלי פולשני (צנתור או ניתוח מעקפים) **(1. כן, 0. לא)**
יעד לשנת 2025	80%	
תקופת דיווח	אחת לרבעון	
תחילת הפקת המדד	רבעון ראשון של שנת 2022	
הערות	אם בוצעו שתי פרוצדורות במסגרת האשפוז הנוכחי יש לדווח את הפרוצדורה האחרונה מביניהן. מטופלים שזקוקים לעזרה בניידות לא יוחרגו מהמדד ולא יתקבלו במסגרת השגות פרטניות. *יש לדווח מקרי השתלת דפיברילטור בלבד לפי קודי הפרוצדורות הנכללות במדד.	

[1] Dankner, R., Orenstein, L., Laufer, K., Olmer, L., Ziv, A., Novikov, I., & Moshkovitz, Y. (2020). Adherence to guideline-directed medical therapy and its association with re-hospitalization and mortality following coronary artery bypass graft surgery. *European Heart Journal*, *41*(Supplement_2). https://doi.org/10.1093/ehjci/ehaa946.2975

[2] Anderson, L., Oldridge, N., Thompson, D. R., Zwisler, A.-D., Rees, K., Martin, N., & Taylor, R. S. (2016). Exercise-Based Cardiac Rehabilitation for Coronary Heart Disease: Cochrane Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American College of Cardiology*, *67*(1), 1–12. https://doi.org/10.1016/j.jacc.2015.10.044

[3] Thomas, E., Lotfaliany, M., Grace, S. L., Oldenburg, B., Taylor, C. B., Hare, D. L., Rangani, W. T., Dheerasinghe, D. A. F., Cadilhac, D. A., & O'Neil, A. (2019). Effect of cardiac rehabilitation on 24-month all-cause hospital readmissions: A prospective cohort study. *European Journal of Cardiovascular Nursing: Journal of the Working Group on*

Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology, *18*(3), 234–244. https://doi.org/10.1177/1474515118820176

[4] Graham, H. L., Lac, A., Lee, H., & Benton, M. J. (2019). Predicting Long-Term Mortality, Morbidity, and Survival Outcomes Following a Cardiac Event: A Cardiac Rehabilitation Study. *Rehabilitation Process and Outcome*, *8*, 117957271982761. https://doi.org/10.1177/1179572719827610

[5] Shepherd, C. W., & While, A. E. (2012). Cardiac rehabilitation and quality of life: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, *49*(6), 755–771. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.11.019

[6] Yohannes, A. M., Doherty, P., Bundy, C., & Yalfani, A. (2010). The long-term benefits of cardiac rehabilitation on depression, anxiety, physical activity and quality of life. *Journal of Clinical Nursing*, *19*(19–20), 2806–2813. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03313.x

[7] מנהל רפואה. (2006). *שיקום חולי לב - חוזר מס' 54/2006*. משרד הבריאות. http://www.health.gov.il/hozer/mr54_2006.pdf

[8] כל הבריאות. (ל.ת.). *שיקום לב: זכאות*. משרד הבריאות. אוחזר בתאריך 26 ביולי, 2023, מתוך https://call.gov.il/product-page/1002427

[9] Thomas, R. J., Balady, G., Banka, G., Beckie, T. M., Chiu, J., Gokak, S., Ho, P. M., Keteyian, S. J., King, M., Lui, K., Pack, Q., Sanderson, B. K., & Wang, T. Y. (2018). 2018 ACC/AHA clinical performance and quality measures for cardiac rehabilitation: A report of the american college of cardiology/american heart association task force on performance measures. *Circulation. Cardiovascular Quality and Outcomes*, *11*(4), e000037. https://doi.org/10.1161/HCQ.0000000000000037

[10] AHRQ. (n.d.). *The TAKEHeart Initiative*. Agency for Healthcare Research and Quality. Retrieved December 9, 2020, from https://takeheart.ahrq.gov/takeheart-initiative

מדד 01-22-1-11-002 מתן המלצה לשיקום לב למטופלים לאחר התערבות לבבית

תיאור המדד: שיעור המאושפזים לאחר התערבות לבבית שקיבלו המלצה לשיקום לב במכתב השחרור מבית החולים

קריטריונים להכללה:
מטופלים בני 18 ומעלה
כל המטופלים שעברו ניתוח מעקפים CABG, צנתור התערבותי או השתלת קוצב דפיברילטור ושהו באחת המחלקות הנכללות במדד (לא כולל אשפוז יום)

מחלקות נכללות: פנימית (כולל פנימית מוגבר), קרדיולוגיה, טיפול נמרץ (כולל ט"נ לב), ניתוחי לב חזה

קריטריונים להוצאה:
מטופלים מתחת לגיל 18 **(לא ידווח)**
העברה לבית חולים אקוטי אחר **(ידווח וייגרע)**
ניתנה המלצה להמשך טיפול קרדיאלי פולשני (צנתור או ניתוח מעקפים) **(ידווח וייגרע)**
נפטרים **(ידווח וייגרע)**

תקופת דיווח: אחת לרבעון

תאריך קובע לגזירת האוכלוסייה למדד: תאריך שחרור מבית החולים

קודי פרוצדורה ICD-9 ניתוח מעקפים (נספחים, טבלה 10.1):
36.10, 36.11, 36.12, 36.13, 36.14, 36.15, 36.16, 36.17, 36.19
הרחבות אפשריות לקודי פרוצדורה:
36.10.09

קודי פרוצדורה ICD-9 צנתור התערבותי (נספחים, טבלה 03.2):
00.66, 36.06, 36.07, 36.09
הרחבות אפשריות לקודי פרוצדורה:
00.66.01, 00.66.02, 36.06.01, 36.06.09, 36.06.02, 36.06.03, 36.06.04, 36.07.01
36.07.09, 36.07.02, 36.07.03, 36.07.04

קודי פרוצדורה ICD-9 השתלת דפיברילטור (נספחים, טבלה 10.2):
00.51, 37.94
הרחבות אפשריות לקודי פרוצדורה:
37.80.02, 37.80.09, 37.80.03, 37.80.0׳

עבור אוכלוסייה זו, המשתנים שיועברו על ידי בתי החולים הם:

משתנה	שמות השדות	סוג משתנה	קידוד	הסבר
קוד מדד	Measurment_ID	טקסט (14)		קוד המדד הוא: 01-22-1-11-002
קוד בית חולים	Hospital_ID	טקסט (10)		על פי הקידוד המקובל של משרד הבריאות
קוד מחלקה מאשפזת	Department_ID	טקסט (10)		על פי הקידוד המקובל של משרד הבריאות. מחלקה מאשפזת האחרונה הנכללת במדד
ת.ז. מוצפנת	Patient_ID	טקסט (256)		**ת.ז. תועבר בצורה מוצפנת בשיטה המקובלת**
ת.ז.- ספרת ביקורת	Patientbikoret_ID	טקסט (1)		**רק** ספרת הביקורת של ת.ז.
סוג תעודה	ID_Types	טקסט (1)		תעודת זהות - 1, דרכון - 2, זמני - 3, ת.ז. פלסטינית - 4
מספר אשפוז/ מספר מקרה/ מספר קבלה	Case_Number	טקסט (50)		המספר שבית החולים מקצה למטופל כאשר הוא מתקבל לאשפוז. מספר חד-חד ערכי
שנת לידה	Birth_Year	מספר	YYYY	
מין	Gender	מספר	1- זכר, 2- נקבה	
כתובת- רחוב	Adress_Street	טקסט (100)		יש לציין את כתובת המגורים של המטופל טרם קבלתו לבית החולים
כתובת- מספר בית	Adress_House	טקסט (100)		
כתובת- עיר	Adress_CityName	טקסט (100)		
סמל יישוב	CityCode	מספר		לפי רשימת סמלי יישוב של הלמ"ס
אשכול סוציו-כלכלי	SES	מספר	1-20	אשכול סוציוכלכלי על פי הדירוג של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה
גורם מבטח	Insurance_Provider	מספר	1- כללית 2- מכבי 3- מאוחדת 4- לאומית 5- צה"ל 6- אחר, פרט בהערות	קופת החולים אליה משויך המטופל
העברה לבית חולים אקוטי אחר	DischargeHosp	מספר	1- כן, 0- לא	האם החולה הועבר לבית חולים אקוטי אחר
תאריך כניסה לבית חולים	Hosp_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך המגע הראשון של המטופל עם בית החולים (מלר"ד/ מחלקה וכדומה)

משתנה	שמות השדות	סוג משתנה	קידוד	הסבר
תאריך ניתוח/ התערבות לבבית	Surgery_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך הפרוצדורה של ניתוח מעקפים CABG, צנתור התערבותי, השתלת קוצב דפיברילטור. אם בוצעו 2 פרוצדורות הנכללות במדד במסגרת האשפוז כל אחת בנפרד אחת אחרי השנייה – תדווח האחרונה מביניהן (לדוגמה עבר צנתור התערבותי וגם ניתוח מעקפים, ידווח ניתוח מעקפים)
תאריך שחרור מבית חולים	Discharge_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	
קוד מחלקה משחררת	Dept_Discharge	מספר		על פי הקידוד המקובל של משרד הבריאות
תאריך פטירה	Death_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך פטירה במסגרת האשפוז המדווח
קודי פרוצדורה ICD-9 לפי קידוד בדוח ניתוח	Procedure_ICD	טקסט (200)		לציין רשימה של כל הפרוצדורות מתוך דוח ניתוח, מופרדות בפסיקים. אם בוצעו 2 פרוצדורות הנכללות במדד במסגרת האשפוז כל אחת בנפרד אחת אחרי השנייה – תדווח האחרונה מביניהן (לדוגמה עבר צנתור התערבותי וגם ניתוח מעקפים, ידווח ניתוח מעקפים)
תאריך קבלת המלצה לשיקום לב	Cardiac_rehabilitation_Recommend	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך כתיבת מכתב השחרור המכיל המלצה לשיקום לב (מכתב שחרור נעול וחתום)
ניתנה המלצה להמשך טיפול קרדיאלי פולשני (צנתור או ניתוח מעקפים)	Recommend_Cont_Treat	מספר	1- כן, 0- לא	מטופלים שהומלץ להם על המשך טיפול קרדיאלי פולשני (צנתור/CABG) בתום האשפוז הנוכחי ובשל כך לא היה נכון להפנותם לשיקום בתום האשפוז
הערות	**Remarks**	**טקסט (200)**		**יש לרשום בטקסט חופשי את כל ההשגות וההערות לגבי המקרה שברצונכם להדגיש**

שם המדד	זמן חציוני מהכניסה לבית חולים ועד לביצוע CT/MRI ראש בחולים עם אירוע חד במוח
מספר המדד	**01-13-1-03-002**
תיאור המדד	זמן חציוני לביצוע CT/MRI ראש (מהכניסה לבית החולים ועד לביצוע הבדיקה הראשונה) לחולים עם חשד לאירוע חד במוח (acute stroke), שהגיעו לבית החולים תוך 3.5 שעות לכל היותר מרגע הופעת התסמינים
הרציונל לבחירת המדד	ביצוע דימות מוחי מאפשר לאבחן את סוג האירוע החד במוח – המורגי (דימום מוחי) או איסכמי (חסימת כלי דם מוחי על ידי קריש דם). הסימנים החיצוניים של שני הסוגים זהים, אך הטיפול שונה. הטיפול באירוע מוחי איסכמי כולל מתן תרופות טרומבוליטיות דרך הווריד, כמו IV rtPA הממיס את הקריש שחוסם את כלי הדם במוח ובכך מחדש את זרימת הדם בכלי הדם. עם זאת, מתן תרופות טרומבוליטיות למטופל עם אירוע מוחי המורגי יגביר את הדימום התוך-מוחי ויחמיר את הפרוגנוזה של המטופל.[1] לכן, ישנה חשיבות רבה לאבחון מהיר של סוג האירוע המוחי בכדי להתאים טיפול ההולם את מצבו הקליני של המטופל. ביצוע הדמיה מוחית (CT/MRI), אבחון סוג השבץ המוחי ומתן טיפול בהקדם האפשרי קריטיים לשיפור פרוגנוזה של המטופל ("time is brain"). ככל שחולף הזמן, כך הפגיעה במוח נעשית בלתי הפיכה.[2] מחקר בין-לאומי הראה כי טיפול טרומבוליטי בשבץ מוחי איסכמי אחרי 270 דקות מתחילת האירוע כבר אינו יעיל.[3] במחקר מקביל שנערך בארצות הברית הוכח כי קיים קשר מובהק בין קיצור זמן ההמתנה לביצוע דימות לאחר פנייה לבית החולים לבין קבלת טיפול טרומבוליטי בחולים עם שבץ מוחי איסכמי.[4] ה-American Heart Association / American Stroke Association (AHA/ASA) ממליץ לבצע את הדימות מהר ככל האפשר.[5]
סוג המדד	תהליך (process)
מחלקות	מלר"ד
חישוב המדד	הזמן החציוני לביצוע CT/MRI ראש למטופלים עם חשד לאירוע חד במוח מחושב מהכניסה לבית החולים ועד למועד ביצוע CT/MRI ראש ראשון.
תאריך קובע לגזירת המדד	תאריך כניסה לבית החולים [המגע הראשון עם בית החולים]
קריטריונים להכללה	מטופלים בני 18 ומעלה עם **אבחנה** של אירוע חד במוח בכניסה לבית חולים (ראו קודי אבחנות של ICD-9 בנספחים, טבלה 03.3 וטבלה 12.1) מטופלים שהגיעו לבית חולים תוך 3.5 שעות לכל היותר מרגע הופעת התסמינים (חולים שלא יתועד עבורם זמן הופעת התסמינים ייכללו במדד)

קריטריונים להוצאה	מטופלים מתחת לגיל 18 **(לא ידווח)** מטופלים שנפטרו תוך 25 דקות מההגעה לבית החולים **(ידווח וייגרע)** מטופל שהגיע לביה"ח בטווח **מעל 3.5** שעות מזמן הופעת התסמינים, ותועד לו זמן הופעת תסמינים (זמן מדויק ו/או לדוגמה: 12 שעות, אתמול, המטופל התעורר עם סימפטומים, המטופל נמצא בבוקר בביתו וכו') **(לא ידווח)** בוצע CT/MRI בבית חולים אחר או בקהילה **(ידווח וייגרע)** פנייה בגין טראומה **(ידווח וייגרע)**	
מקור המידע	**מערכות המחשוב המנהלי בבית החולים** מספר קבלה / אשפוז ת"ז **(מוצפנת)** GIS **(אזור סוציו-אקונומי של המטופל על פי כתובתו המלאה)** תאריך פטירה שעת פטירה תאריך כניסה לבית חולים שעת כניסה לבית חולים שנת לידה מין העברה מבית חולים אקוטי אחר האם בוצע CT/MRI במקום אחר **(1. בית חולים אחר, 0. קהילה)** גורם מבטח	**מערכות המחשוב הקליני בבית החולים** קודי אבחנות ICD-9 בכניסה לבית החולים תאריך ביצוע CT/MRI הראשון שנעשה שעת ביצוע CT/MRI הראשון שנעשה תאריך הופעת התסמינים שעת הופעת התסמינים טראומה
יעד לשנת 2025	25 דקות	
תקופת דיווח	אחת לרבעון	
תחילת הפקת המדד	רבעון ראשון של שנת 2013	
הערות		

[1] Young, J. Y., & Schaefer, P. W. (2016). Acute ischemic stroke imaging: a practical approach for diagnosis and triage. *The International Journal of Cardiovascular Imaging*, *32*(1), 19–33. https://doi.org/10.1007/s10554-015-0757-0

[2] Menon, B. K. (2020). Neuroimaging in acute stroke. *Continuum (Minneapolis, Minn.)*, *26*(2), 287–309. https://doi.org/10.1212/CON.0000000000000839

[3] Lees, K. R., Bluhmki, E., von Kummer, R., Brott, T. G., Toni, D., Grotta, J. C., Albers, G. W., Kaste, M., Marler, J. R., Hamilton, S. A., Tilley, B. C., Davis, S. M., Donnan, G. A., Hacke, W., ECASS, ATLANTIS, NINDS and EPITHET rt-PA Study Group, Allen, K., Mau, J., Meier, D., del Zoppo, G., … Byrnes, G. (2010). Time to treatment with intravenous alteplase and outcome in stroke: an updated pooled analysis of ECASS, ATLANTIS, NINDS, and EPITHET trials. *The Lancet*, *375*(9727), 1695–1703. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60491-6

[4] Shah, S., Luby, M., Poole, K., Morella, T., Keller, E., Benson, R. T., Lynch, J. K., Nadareishvili, Z., & Hsia, A. W. (2015). Screening with MRI for Accurate and Rapid Stroke Treatment: SMART. *Neurology*, *84*(24), 2438–2444. https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000001678

[5] Powers, W. J., Rabinstein, A. A., Ackerson, T., Adeoye, O. M., Bambakidis, N. C., Becker, K., Biller, J., Brown, M., Demaerschalk, B. M., Hoh, B., Jauch, E. C., Kidwell, C. S., Leslie-Mazwi, T. M., Ovbiagele, B., Scott, P. A., Sheth, K. N., Southerland, A. M., Summers, D. V., & Tirschwell, D. L. (2019). Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: 2019 update to the 2018 guidelines for the early management of acute ischemic stroke: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, *50*(12), e344–e418. https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000211

מדד 01-13-1-03-002 **<u>זמן חציוני מהכניסה לבית חולים ועד לביצוע CT/MRI ראש בחולים עם אירוע חד במוח</u>**

תיאור המדד: זמן חציוני לביצוע CT/MRI ראש (מהכניסה לבית החולים ועד לביצוע הבדיקה הראשונה) לחולים עם חשד לאירוע חד במוח (Acute Stroke), שהגיעו לבית החולים תוך 3.5 שעות לכל היותר מרגע הופעת התסמינים

קריטריונים להכללה:
מטופלים בני 18 ומעלה עם אבחנה של אירוע חד במוח בכניסה לבית חולים (ראו קודי אבחנות של ICD-9 בנספחים, טבלה 03.3 וטבלה 12.1)
מטופלים שהגיעו לבית חולים תוך 3.5 שעות לכל היותר מרגע הופעת התסמינים (חולים שלא יתועד עבורם זמן הופעת התסמינים ייכללו במדד)
שיש להם **אבחנה** אחת מהבאות: [**מתוך קידוד מלר"ד**]
קודי אבחנות ICD-9 לאירוע חד במוח: 430, 431, 432, 432.0, 432.1, 432.9, 433.01, 433.11, 433.21, 433.31, 433.81, 433.91,
434.01, 434.11, 434.90, 434.91, 436, 437.1
קודים נוספים של ועדת הסימול הארצית (טבלה 12.1 בנספחים)**:** 434.21, 434.31, 434.41, 434.51, 434.61, 434.71

קריטריונים להוצאה:
מטופלים מתחת לגיל 18 **(לא ידווח)**
מטופלים שנפטרו תוך 25 דקות מההגעה לבית החולים **(ידווח וייגרע)**
מטופל שהגיע לביה"ח בטווח מעל 3.5 שעות מזמן הופעת התסמינים, ותועד לו זמן הופעת תסמינים (זמן מדוייק ו/או לדוגמה: 12 שעות, אתמול, המטופל התעורר עם סימפטומים, המטופל נמצא בבוקר בביתו וכו') **(לא ידווח)**
בוצע CT/MRI בבית חולים אחר או בקהילה **(ידווח וייגרע)**
פנייה בגין טראומה **(ידווח וייגרע)**

תקופת דיווח: אחת לרבעון

תאריך קובע לגזירת האוכלוסייה למדד: תאריך כניסה לבית החולים (המגע הראשון עם בית החולים)

עבור אוכלוסייה זו, המשתנים שיועברו על ידי בתי החולים הם:

משתנה	שמות השדות	סוג משתנה	קידוד	הסבר
קוד מדד	Measurment_ID	טקסט (14)		על פי מספר המדד שנקבע בחוברת ההגדרות התפעוליות שהתקבל ממשרד הבריאות יש לדווח את הקוד: 01-13-1-03-002
קוד בית חולים	Hospital_ID	טקסט (10)		על פי הקידוד המקובל של משרד הבריאות
ת.ז.	Patient_ID	טקסט (10)		**ת.ז. תועבר בצורה מוצפנת בשיטה המקובלת**
ת.ז.- ספרת ביקורת	Patientbikoret_ID	טקסט (1)		**רק** ספרת הביקורת של ת.ז.
סוג תעודה	ID_Types	טקסט (1)		תעודת זהות - 1, דרכון - 2, זמני - 3, ת.ז. פלסטינית - 4
מספר אשפוז/ מספר מקרה/ מספר קבלה	Case_Number	טקסט (50)		המספר שבית החולים מקצה לחולה כאשר הוא מתקבל לאשפוז
שנת לידה	Birth_Year	מספר	YYYY	
מין	Gender	מספר	1- זכר, 2- נקבה	
כתובת- רחוב	Adress_Street	טקסט (100)		
כתובת- מספר בית	Adress_House	טקסט (100)		
כתובת- עיר	Adress_CityName	טקסט (100)		
סמל יישוב	CityCode	מספר		לפי רשימת סמלי יישוב של הלמ"ס
אשכול סוציוכלכלי	SES	מספר	1-20	אשכול סוציוכלכלי על פי הדירוג של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה
גורם מבטח	Insurance_Provider	מספר	1- כללית 2- מכבי 3- מאוחדת 4- לאומית 5- צה"ל 6- אחר, פרט בהערות	קופת החולים אליה משויך המטופל
תאריך כניסה לבית חולים	Hosp_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך המגע הראשון של החולה עם בית החולים (מלר"ד/ מחלקה/ חדר צנתורים וכדומה)
שעת כניסה לבית חולים	Hosp_Time	טקסט (5)	HH:MM	שעת המגע הראשון של החולה עם בית החולים (מלר"ד/ מחלקה/ חדר צנתורים וכדומה)
העברה מבית חולים אקוטי אחר	OtherHosp	מספר	1- מבית חולים אחר 0- ממקום מגורים	האם החולה הגיע מבית חולים אקוטי אחר או ממקום מגורים לרבות בית, בית אבות, בית חולים סיעודי וכולי

משתנה	שמות השדות	סוג משתנה	קידוד	הסבר
טראומה	Trauma	מספר	1- כן 0- לא	פנייה בגין חבלת ראש
תאריך הופעת התסמינים	Symptom_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך הופעת הסימנים לשבץ מוחי
שעת הופעת התסמינים	Symptom_Time	טקסט (5)	HH:MM	שעת הופעת הסימנים לשבץ מוחי
תאריך פטירה	Death_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך פטירה במסגרת האשפוז המדווח
שעת פטירה	Death_Time	טקסט (5)	HH:MM	
תאריך ביצוע בדיקת CT/MRI ראשונה שנערכה	MRICT_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	CT/MRI ראש
שעת ביצוע בדיקת CT/MRI ראשונה שנערכה	MRICT_Time	טקסט (5)	HH:MM	CT/MRI ראש
האם בוצע CT/MRI במקום אחר	CT_Different_Place	מספר	1- בית חולים אחר 0- קהילה	
קודי אבחנות ICD9 בכניסה לבית החולים	Diagnosis_ICD	טקסט (200)		אבחנות ממלר"ד בלבד בהתאם למפורט בנספחים אם יש מספר אבחנות - יש לרשום את כולן ולהפריד בפסיקים
הערות	**Remarks**	**טקסט (200)**		**יש לרשום בטקסט חופשי את כל ההשגות וההערות לגבי המקרה שברצונכם להדגיש**

שם המדד	מתן טיפול טרומבוליטי תוך-ורידי (IV rtPA) ו/או ביצוע צנתור מוחי לאחר שבץ מוח איסכמי חד
מספר המדד	**01-14-1-03-003**
תיאור המדד	שיעור המטופלים שלקו בשבץ מוח איסכמי חד וקיבלו IV rtPA (intravenous recombinant tissue plasminogen activator) בתוך 4.5 שעות מרגע הופעת התסמינים הראשונים של השבץ המוחי ו/או בוצע להם צנתור מוחי בתוך 24 שעות מרגע הופעת התסמינים
הרציונל לבחירת המדד	טיפול טרומבוליטי מהיר ב-IV rtPA לאחר אירוע מוחי איסכמי חד מקטין את שיעורי התמותה ומעלה את הסבירות לחזרה לתפקוד רגיל לאחר שבץ.[2,1] היעילות המרבית של הטיפול מתקבלת בפרק זמן של עד 3 שעות ממועד האירוע המוחי. עם זאת, הטיפול הוכח כבעל יעילות בינונית גם אם ניתן בפרק זמן של 4.5 שעות מהופעת התסמינים.[3] יעילות הטיפול דועכת ככל שחולף הזמן מהופעת התסמינים, ולכן ישנה חשיבות רבה לזיהוי מוקדם של הסימנים, ביצוע דימות מהיר ומתן טיפול בהתאם.[4] מתן טיפול זה מומלץ ע"י ה- American Heart Association/American Stroke Association (AHA/ASA)[5] וע"י ה- European Stroke Organisation (ESO).[6] בעשור האחרון, הוכנס טיפול חדשני לשבץ מוח איסכמי על ידי צנתור מוחי (thrombectomy) במספר בתי חולים בארץ. הטיפול בעיקרו הוא מכני, וגורם לזילוח מחדש של הדם למוח על ידי שליפה של הקריש, פירוקו של הקריש ושאיבתו או הכנסת סטנט (תומכן) לשמירה על מעבר דם בכלי הדם. טיפול זה נועד לאפשר זילוח מחדש במצבי חסימת עורק מוחי גדול (large vessel occlusion, LVO), ניתן ללא קשר לטיפול טרומבוליטי ומהווה טיפול משלים ל-IV rtPA, ו/או שחלפו מעל 4.5 שעות ממועד הופעת התסמינים. טווח הזמן המומלץ לשימוש בצנתור הוא עד 24 שעות מתחילת הופעת התסמינים בתנאי הדמיה מתקדמים בלבד.[8,7] ל-National Institute of Health (NIH) בארה"ב מוגדר סולם ייעודי לדירוג חומרת שבץ בשם NIH Stroke Scale. הכלי מורכב מ-11 פריטים, שכל אחד מהם נותן ניקוד בין 0 ל-4, ונותן ציון על סולם שנע בין הערכים 0 ל-42, כאשר: 0 – אין סימני שבץ; 1-4 – שבץ קל; 5-15 – שבץ בינוני; 16-20 – שבץ בינוני-חמור; ו-21-42 – שבץ חמור.[10,9]
סוג המדד	תהליך (process)
מחלקות	כל מחלקות בית החולים
מכנה	מספר המאובחנים עם שבץ מוח איסכמי חד בשחרור מבית החולים אשר הגיעו לבית החולים בתוך 24 שעות מרגע הופעת התסמינים או פיתחו בעת שהייה בבית החולים שבץ מוח איסכמי חד

מונה	מטופלים שהגיעו לבית החולים או פיתחו בעת שהייה בבית החולים שבץ מוח איסכמי חד וקיבלו טיפול ב-IV rtPA בתוך 4.5 שעות מרגע הופעת התסמינים או לחילופין בוצע להם צנתור מוח בתוך 24 שעות מרגע הופעת התסמינים	
תאריך קובע לגזירת המדד	תאריך שחרור מבית החולים	
קריטריונים להכללה	מטופלים מעל גיל 18 קוד אבחנה של אירוע איסכמי חד במוח (acute ischemic stroke) בכל תחנות בית החולים: מלר"ד, אשפוז, שחרור (ראו קודי אבחנות של ICD-9 בנספחים, טבלה 03.4 וטבלה 12.1)	
קריטריונים להוצאה	נפטרים תוך 24 שעות מרגע הופעת התסמינים **(ידווח וייגרע)** מטופלים שהגיעו לבית החולים לאחר 24 שעות מרגע הופעת התסמינים **(ידווח וייגרע)** מטופלים מתחת לגיל 18 **(לא ידווח)** התוויות נגד לטיפול: **(ידווח וייגרע)** SBP > 185mm Hg או DBP > 110mm Hg או טיפול אגרסיבי תוך-ורידי שנדרש להגעה לערכים אלה ממצאי CT המצביעים על SAH, ICH או established major acute stroke חשד לדימום מוחי תת-עכבישי (גם אם ב-CT התשובה שלילית) ניתוח תוך-גולגולתי או בעמוד השדרה, טראומת ראש או שבץ מוחי בשלושת החודשים שקדמו לאירוע אם היה בעבר דימום תוך-גולגולתי, מפרצת מוחית, מלפורמציה (עיוות) עורקית ורידית או גידול במוח (למעט מקרים מסוימים) דימום פנימי אקטיבי (פחות מ-22 יום לפני האירוע הנוכחי) ריכוז טסיות דם נמוך מ-100,000; שימוש בהפרין / קומדין ב-48 השעות האחרונות עם INR > 1.7; PTT > 40 (או בגבול העליון של טווח הנורמה); שימוש ב-NOACs/DOACs (Direct Oral Novel Oral Anticoagulants / Anticoagulants) ב-48 השעות האחרונות	
מקור המידע	**מערכות המחשוב המנהלי בבית החולים** ת"ז **(מוצפנת)** מין GIS **(אזור סוציואקונומי של המטופל על פי כתובתו המלאה)** מספר מקרה העברה מבית חולים אקוטי אחר תאריך כניסה לבית החולים שעת כניסה מבית החולים תאריך שחרור מבית חולים שעת שחרור מבית חולים	**מערכות המחשוב הקליני בבית החולים** תאריך הופעת התסמינים שעת הופעת התסמינים קודי אבחנות ICD-9 במלר"ד קודי אבחנות ICD-9 באשפוז קודי אבחנות ICD-9 בשחרור תאריך קבלת מתן ראשון של IV rtPA **(לפירוט שמות התרופות ראו בנספח טבלה 03.5)** שעת קבלת מתן ראשון של IV rtPA האם הייתה התוויית נגד לטיפול האם בוצע צנתור מוחי תאריך ביצוע צנתור מוחי

	להיכן שוחרר **(1. בית, 2. העברה לבית חולים אחר, 3. נפטר, 4. אחר, פרט בהערות)** תאריך פטירה שעת פטירה שנת לידה גורם מבטח	שעת ביצוע צנתור מוחי בוצעה בדיקת דימות **(1. CT, 2, MRI, 3. אחר)** תאריך ביצוע בדיקת דימות שעת ביצוע בדיקת דימות רמת NIHSS Wake-up Stroke **(1. כן, 0. לא)**
יעד לשנת 2025	25%	
תקופת דיווח	אחת לרבעון	
תחילת הפקת המדד	רבעון ראשון של שנת 2014	
הערות	מטופל ללא תיעוד זמן תחילת תסמינים – ייכלל וידווח. במידה שלא ניתן לקבל זמן זה באופן מדויק, למשל במקרה של wake-up stroke, יש לתעד ולדווח את הזמן שבו המטופל נראה לאחרונה במצבו הבסיסי ("last known normal") בפורמט של תאריך ושעה. במידה שיש פער של יותר מ-48 שעות בין שעת הופעת התסמינים לבין שעת ההגעה לבית החולים ניתן לדווח רק תאריך ללא שעה (למשל מטופל שהגיע ב-12 לחודש והתסמינים החלו ב-9 לחודש). ניתן להגיש השגה פרטנית לפי נוהל השגות פרטניות במקרה של כל הפרעה הקשורה לסיכון גבוה לדימום או במקרה של סיבה אחרת מתועדת המהווה התוויית נגד לטיפול.	

[1] National Institute of Neurological Disorders and Stroke rt-PA Stroke Study Group. (1995). Tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke. *The New England Journal of Medicine*, *333*(24), 1581–1587. https://doi.org/10.1056/NEJM199512143332401

[2] Hacke, W., Kaste, M., Fieschi, C., Toni, D., Lesaffre, E., von Kummer, R., Boysen, G., Bluhmki, E., Höxter, G., & Mahagne, M. H. (1995). Intravenous thrombolysis with recombinant tissue plasminogen activator for acute hemispheric stroke. The European Cooperative Acute Stroke Study (ECASS). *The Journal of the American Medical Association*, *274*(13), 1017–1025.

[3] Hatcher, M. A., & Starr, J. A. (2011). Role of tissue plasminogen activator in acute ischemic stroke. *The Annals of Pharmacotherapy*, *45*(3), 364–371. https://doi.org/10.1345/aph.1P525

[4] Saver, J. L., Fonarow, G. C., Smith, E. E., Reeves, M. J., Grau-Sepulveda, M. V., Pan, W., Olson, D. M., Hernandez, A. F., Peterson, E. D., & Schwamm, L. H. (2013). Time to treatment with intravenous tissue plasminogen activator and outcome from acute ischemic stroke. *The Journal of the American Medical Association*, *309*(23), 2480–2488. https://doi.org/10.1001/jama.2013.6959

[5] Powers, W. J., Rabinstein, A. A., Ackerson, T., Adeoye, O. M., Bambakidis, N. C., Becker, K., Biller, J., Brown, M., Demaerschalk, B. M., Hoh, B., Jauch, E. C., Kidwell, C. S., Leslie-Mazwi, T. M., Ovbiagele, B., Scott, P. A., Sheth, K. N., Southerland, A. M., Summers, D. V., & Tirschwell, D. L. (2019). Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: 2019 update to the 2018 guidelines for the early management of acute ischemic stroke: A guideline for healthcare professionals from the american heart association/american stroke association. *Stroke*, *50*(12), e344–e418. https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000211

[6] Berge, E., Whiteley, W., Audebert, H., De Marchis, G. M., Fonseca, A. C., Padiglioni, C., de la Ossa, N. P., Strbian, D., Tsivgoulis, G., & Turc, G. (2021). European Stroke Organisation (ESO) guidelines on intravenous thrombolysis for acute ischaemic stroke. *European Stroke Journal*, *6*(1), I–LXII. https://doi.org/10.1177/2396987321989865

[7] Powers, W. J., Rabinstein, A. A., Ackerson, T., Adeoye, O. M., Bambakidis, N. C., Becker, K., Biller, J., Brown, M., Demaerschalk, B. M., Hoh, B., Jauch, E. C., Kidwell, C. S., Leslie-Mazwi, T. M., Ovbiagele, B., Scott, P. A., Sheth, K. N., Southerland, A. M., Summers, D. V., & Tirschwell, D. L. (2019). Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: 2019 update to the 2018 guidelines for the early management of acute ischemic stroke: A guideline for healthcare professionals from the american heart association/american stroke association. *Stroke*, *50*(12), e344–e418. https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000211

[8] Boulanger, J. M., Lindsay, M. P., Gubitz, G., Smith, E. E., Stotts, G., Foley, N., Bhogal, S., Boyle, K., Braun, L., Goddard, T., Heran, M., Kanya-Forster, N., Lang, E., Lavoie, P., McClelland, M., O'Kelly, C., Pageau, P., Pettersen, J., Purvis, H., … Butcher, K. (2018). Canadian stroke best practice recommendations for acute stroke management: prehospital, emergency department, and acute inpatient stroke care, 6th edition, update 2018. *International Journal of Stroke: Official Journal of the International Stroke Society*, *13*(9), 949–984. https://doi.org/10.1177/1747493018786616

[9] NIH. (n.d., last reviewed 2023, May 2). *NIH Stroke Scale*. National Institute of Health. Retrieved August 2, 2023, from https://www.stroke.nih.gov/documents/NIH_Stroke_Scale_508C.pdf

[10] Fussner, J. & Velasco, C. (2019). Stroke Coordinator Boot Camp: Assessing Stroke – Scores & Scales. American Stroke Association. https://www.stroke.org/-/media/files/affiliates/gra/gra-qsi/2019-scbc-presentations/5--assessing-stroke--scores--scales.pdf

מדד 01-14-1-03-003 מתן טיפול טרומבוליטי תוך-ורידי (IV rtPA) ו/או ביצוע צנתור מוחי לאחר שבץ מוח איסכמי חד

תיאור המדד: שיעור המטופלים שלקו בשבץ מוח איסכמי חד וקיבלו IV rtPA (Intravenous recombinant tissue plasminogen activator) בתוך 4.5 שעות מרגע הופעת התסמינים הראשונים של השבץ המוחי ו/או בוצע להם צנתור מוחי בתוך 24 שעות מרגע הופעת התסמינים

קריטריונים להכללה:
מטופלים מעל גיל 18
קוד אבחנה של אירוע איסכמי חד במוח (acute ischemic stroke) בכל תחנות בית החולים: מלר"ד, אשפוז, שחרור (ראו קודי אבחנות של ICD-9 בנספחים, טבלה 03.4 וטבלה 12.1)
קודי אבחנה ICD-9 (כולל את כל תחנות בית החולים: מלר"ד, אשפוז, שחרור): D433.01, 433.11, 433.21, 433.31, 433.81, 433.91, 434.01, 434.11, 434.90, 434.91, 437.1, 436
קודים נוספים של ועדת הסימול הארצית (טבלה 12.1 בנספחים): 434.21, 434.31, 434.41, 434.51, 434.61, 434.71

קריטריונים להוצאה:
נפטרים תוך 24 שעות מרגע הופעת התסמינים **(ידווח וייגרע)**
מטופלים שהגיעו לבית החולים לאחר 24 שעות מרגע הופעת התסמינים **(ידווח וייגרע)**
מטופלים מתחת לגיל 18 **(לא ידווח)**
התוויות נגד לטיפול: **(ידווח וייגרע)**

1. SBP > 185mm Hg או DBP > 110mm Hg או טיפול אגרסיבי תוך-ורידי שנדרש להגעה לערכים אלה
2. ממצאי CT המצביעים על SAH, ICH או established major acute stroke
3. חשד לדימום מוחי תת-עכבישי (גם אם ב-CT התשובה שלילית)
4. ניתוח תוך-גולגולתי או בעמוד השדרה, טראומת ראש או שבץ מוחי בשלושת החודשים שקדמו לאירוע
5. אם היה בעבר דימום תוך-גולגולתי, מפרצת מוחית, מלפורמציה (עיוות) עורקית ורידית או גידול במוח (למעט מקרים מסוימים)
6. דימום פנימי אקטיבי (פחות מ-22 יום לפני האירוע הנוכחי)
7. ריכוז טסיות דם נמוך מ-100,000; שימוש בהפרין / קומדין ב-48 השעות האחרונות עם PTT > 40 (או בגבול העליון של טווח הנורמה); INR > 1.7; שימוש ב-NOACs/DOACs (Novel Oral Anticoagulants / Direct Oral Anticoagulants) ב-48 השעות האחרונות

תקופת דיווח: אחת לרבעון

תאריך קובע לגזירת האוכלוסייה למדד: תאריך שחרור מבית החולים

עבור אוכלוסייה זו, המשתנים שיועברו על ידי בתי החולים הם:

משתנה	שמות השדות	סוג משתנה	קידוד	הסבר
קוד מדד	Measurment_ID	טקסט (14)		קוד המדד הוא: 01-14-1-03-003
קוד בית חולים	Hospital_ID	טקסט (10)		על פי הקידוד המקובל של משרד הבריאות
ת.ז. מוצפנת	Patient_ID	טקסט (256)		**ת.ז. תועבר בצורה מוצפנת בשיטה המקובלת**
ת.ז.- ספרת ביקורת	Patientbikoret_ID	טקסט (1)		**רק** ספרת הביקורת של ת.ז.
סוג תעודה	ID_Types	טקסט (1)		תעודת זהות - 1, דרכון - 2, זמני - 3, ת.ז. פלסטינית - 4
מספר אשפוז/ מספר מקרה/ מספר קבלה	Case_Number	טקסט (50)		המספר שבית החולים מקצה לחולה כאשר הוא מתקבל לאשפוז. מספר חד חד ערכי
העברה מבית חולים אקוטי אחר	OtherHosp	מספר	1- כן, התקבל מבית חולים אחר 0- לא	האם החולה הגיע מבית חולים אקוטי אחר.
תאריך כניסה לבית חולים	Hosp_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך המגע הראשון של החולה עם בית החולים (מלר"ד/ מחלקה/ חדר ניתוח וכדומה)
שעת כניסה לבית חולים	Hosp_Time	טקסט (5)	HH:MM	תאריך המגע הראשון של החולה עם בית החולים (מלר"ד/ מחלקה/ חדר ניתוח וכדומה)
תאריך פטירה	Death_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	
שעת פטירה	Death_Time	טקסט (5)	HH:MM	
שנת לידה	Birth_Year	מספר	YYYY	
מין	Gender	מספר	1- זכר, 2-נקבה	
כתובת- רחוב	Adress_Street	טקסט (100)		
כתובת - מספר בית	Adress_House	טקסט (100)		
כתובת - עיר	Adress_CityName	טקסט (100)		
סמל יישוב	CityCode	מספר		לפי רשימת סמלי יישוב של הלמ"ס
אשכול סוציוכלכלי	SES	מספר	1-20	אשכול סוציוכלכלי על פי הדירוג של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה

משתנה	שמות השדות	סוג משתנה	קידוד	הסבר
גורם מבטח	Insurance_Provider	מספר	1- כללית 2- מכבי 3- מאוחדת 4- לאומית 5- צה"ל 6- אחר, פרט בהערות	קופת החולים אליה משויך המטופל
קודי אבחנות ICD-9 במלר"ד	DiagnosisER_ICD	טקסט (200)		יש לתת רשימה של כל האבחנות הרלוונטיות מתוך קידוד במלר"ד, מופרדות בפסיקים
קודי אבחנות ICD-9 באשפוז	Diagnosis_ICD_Dep	טקסט (200)		יש לתת רשימה של כל האבחנות הרלוונטיות מתוך קידוד באשפוז מופרדות בפסיקים
קודי אבחנות ICD-9 בשחרור מאשפוז	Diagnosis_ICD	טקסט (200)		יש לתת רשימה של כל האבחנות הרלוונטיות מתוך קידוד במכתב שחרור מופרדות בפסיקים
תאריך הופעת התסמינים	Symptom_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	
שעת הופעת התסמינים	Symptom_Time	טקסט (5)	HH:MM	
תאריך קבלת מתן ראשון IV rt-PA	rtpa_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	לפירוט שמות התרופות ראו בנספח, טבלה 03.5 IV rt-PA
שעת קבלת מתן ראשון IV rt-PA	rtpastart_Time	טקסט (5)	HH:MM	שעת מתן ראשון IV rt-PA
האם הייתה התוויית נגד לטיפול	Exclusion_Crit	טקסט (200)	1- SBP > 185mm Hg או DBP > 110mm Hg או טיפול אגרסיבי תוך-ורידי שנדרש להגעה לערכים אלה 2- ממצאי CT המצביעים על SAH, ICH או established major acute stroke 3- חשד לדימום מוחי תת-עכבישי (גם אם ב-CT התשובה שלילית) 4- ניתוח תוך-גולגולתי או בעמוד השדרה, טראומת ראש או שבץ מוח בשלושת החודשים שקדמו לאירוע 5- אם היה בעבר דימום תוך-גולגולתי, מפרצת מוחית, מלפורמציה (עיוות) עורקית-ורידית או גידול במוח (למעט מקרים מסוימים) 6- דימום פנימי אקטיבי (פחות מ-22 יום לפני האירוע הנוכחי) 7- ריכוז טסיות דם נמוך מ-100,000; שימוש בהפרין ב-48 השעות האחרונות עם PTT > 40 (או בגבול העליון של טווח הנורמה); INR > 1.7; שימוש ב-NOACs/DOACs (Novel Oral Anticoagulants / Direct Oral Anticoagulants) ב-48 השעות האחרונות	האם יש התוויית נגד לטיפול. ניתן להיעזר ברשימה המפורטת בהגדרת המדד. במידה שיש מספר התוויות נגד יש לדווח מופרדות בפסיקים. ניתן לדווח יותר מהתוויות נגד אחת
האם בוצע צנתור מוחי	CatheterBrain	מספר	1- כן, 0- לא	קודי ICD-9 לצנתור מוחי: 00.62, 00.63, 00.63.01, 00.65, 17.54, 39.74
תאריך ביצוע צנתור מוחי	CatheterBrainStart_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	
שעת ביצוע צנתור מוחי	CatheterBrainStart_Time	טקסט (5)	HH:MM	
בוצעה בדיקת דימות	Other_image	מספר	1- CT 2- MRI 3- אחר	
תאריך ביצוע בדיקת דימות	OtherImage_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	
שעת ביצוע בדיקת דימות	OtherImage_Time	טקסט (5)	HH:MM	
תאריך שחרור מבית חולים	Discharge_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	
שעת שחרור מבית חולים	Discharge_Time	טקסט (5)	HH:MM	
להיכן שוחרר	Discharge_Location	מספר	1. בית 2. העברה לבית חולים אחר 3. נפטר 4. אחר, פרט בהערות	
רמת NIHSS	NIHSS_Score	מספר	0-42	יש לדווח את הערך הראשון של NIHSS שבוצע במלר"ד
Wake-up Stroke	Wake_up_Stroke	מספר	1- כן, 0- לא	
הערות	**Remarks**	**טקסט (200)**		**יש לרשום בטקסט חופשי את כל ההשגות וההערות לגבי המקרה שברצונכם להדגיש**

שם המדד	ביצוע בדיקת דופלקס עורקי צוואר תוך 3 יממות מהקבלה למלר"ד לחולים עם אבחנה של TIA
מספר המדד	**01-15-1-04-004**
תיאור המדד	שיעור החולים עם אבחנה של TIA שבוצעה להם בדיקת דופלקס עורקי צוואר תוך 3 יממות מהקבלה למלר"ד
הרציונל לבחירת המדד	לפי ה-American Stroke Association (ASA), אירוע מוחי חולף (transient ischemic attack, TIA) מוגדר כאפיזודה קצרה של תפקוד נוירולוגי לקוי, הנגרם על ידי איסכמיה מוקדית שלא קשורה לאוטם קבוע.[1] מטופלים שלקו ב-TIA נמצאים בסיכון מוגבר ללקות באירוע איסכמי חד במוח (stroke) בתקופה שלאחר ה-TIA.[3,2] השימוש בבדיקות דימות, הערכה ואבחנה מהירה של הסיכון ללקות באירוע איסכמי חד במוח והשימוש בטיפולים מניעתיים יכולים להוריד באופן משמעותי את הסיכון לאירוע חד במוח.[4] ביצוע הערכה על ידי מכשיר דימות (דופלקס עורקי צוואר / transcranial Doppler ultrasound / CTA / MRA) למטופל עם אבחנה של TIA מומלץ על-ידי ה-American Stroke Association (ASA)[6,5] וה- American Society of Neuroradiology.[7]
סוג המדד	תהליך (process)
מחלקות	כל מחלקות בית החולים
מכנה	כל המשוחררים ממלר"ד הביתה עם אבחנה של TIA כל המשוחררים מאשפוז שאובחן אצלם TIA
מונה	כל המשוחררים ממלר"ד או מאשפוז הביתה עם אבחנה של TIA שביצעו בדיקת דופלקס עורקי צוואר (או בדיקת דימות אחרת כפי שמפורט במדד) תוך 3 יממות מקבלתם למלר"ד / מהאבחון במחלקה
תאריך קובע לגזירת המדד	תאריך ושעת שחרור מבית החולים / מחדר מיון
קריטריונים להכללה	כל המשוחררים מחדר מיון הביתה עם אבחנה של TIA [ראו נספחים, טבלה 03.7] כל המשוחררים מאשפוז שאובחן אצלם TIA
קריטריונים להוצאה	מטופלים שנפטרו פחות מ-3 יממות מהכניסה לביה"ח **(ידווח וייגרע)**
מקור המידע	**מערכות המחשוב המנהלי בבית החולים** מספר קבלה / אשפוז ת"ז **(מוצפנת)** **מערכות המחשוב הקליני בבית חולים** אבחנות בשחרור אבחנות במיון

	GIS (אזור סוציו-אקונומי של המטופל על פי כתובתו המלאה) שנת לידה מין תאריך כניסה לבית חולים שעת כניסה לבית חולים תאריך שחרור מבית חולים שעת שחרור מבית חולים תאריך פטירה שעת פטירה גורם מבטח	תאריך קביעת האבחנה שעת קביעת האבחנה תאריך ביצוע בדיקת דופלקס עורקי צוואר שעת ביצוע בדיקת דופלקס עורקי צוואר ביצוע בדיקת דימות אחרת לעורקי התרדמה (1.CT angio, 2. carotid MRA, 3. carotid angiography) תאריך ביצוע הבדיקה שעת ביצוע הבדיקה החלטה בסוף השהות במלר"ד (1. אשפוז, 2. שחרור הביתה, 3. עזב על דעת עצמו/מסרב להתאשפז, 4. שוחרר לבית חולים אקוטי אחר, 5.שוחרר למוסד אחר, 6. אחר, פרט בהערות)
יעד לשנת 2025	90%	
תקופת דיווח	אחת לרבעון	
תחילת הפקת המדד	רבעון ראשון של שנת 2015	
הערות		

[1] Easton, J. D., Saver, J. L., Albers, G. W., Alberts, M. J., Chaturvedi, S., Feldmann, E., Hatsukami, T. S., Higashida, R. T., Johnston, S. C., Kidwell, C. S., Lutsep, H. L., Miller, E., Sacco, R. L., American Heart Association, American Stroke Association Stroke Council, Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia, Council on Cardiovascular Radiology and Intervention, Council on Cardiovascular Nursing, & Interdisciplinary Council on Peripheral Vascular Disease. (2009). Definition and evaluation of transient ischemic attack: a scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council; Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia; Council on Cardiovascular Radiology and Intervention; Council on Cardiovascular Nursing; and the Interdisciplinary Council on Peripheral Vascular Disease. The American Academy of Neurology affirms the value of this statement as an educational tool for neurologists. *Stroke*, *40*(6), 2276–2293. https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.108.192218

[2] Giles, M. F., & Rothwell, P. M. (2007). Risk of stroke early after transient ischaemic attack: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Neurology*, *6*(12), 1063–1072. https://doi.org/10.1016/S1474-4422(07)70274-0

[3] Ball, J., Carrington, M. J., McMurray, J. J. V., & Stewart, S. (2013). Atrial fibrillation: profile and burden of an evolving epidemic in the 21st century. *International Journal of Cardiology*, *167*(5), 1807–1824. https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2012.12.093

[4] Wardlaw, J. M., Stevenson, M. D., Chappell, F., Rothwell, P. M., Gillard, J., Young, G., Thomas, S. M., Roditi, G., & Gough, M. J. (2009). Carotid artery imaging for secondary stroke prevention: both imaging modality and rapid access to imaging are important. *Stroke*, *40*(11), 3511–3517. https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.109.557017

[5] Amin, H. P., Madsen, T. E., Bravata, D. M., Wira, C. R., Johnston, S. C., Ashcraft, S., Burrus, T. M., Panagos, P. D., Wintermark, M., Esenwa, C., & American Heart Association Emergency Neurovascular Care Committee of the Stroke Council and Council on Peripheral Vascular Disease (2023). Diagnosis, Workup, Risk Reduction of Transient Ischemic Attack in the Emergency Department Setting: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Stroke*, *54*(3), e109–e121. https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000418

[6] Easton, J. D., Saver, J. L., Albers, G. W., Alberts, M. J., Chaturvedi, S., Feldmann, E., Hatsukami, T. S., Higashida, R. T., Johnston, S. C., Kidwell, C. S., Lutsep, H. L., Miller, E., Sacco, R. L., American Heart Association, American Stroke Association Stroke Council, Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia, Council on Cardiovascular Radiology and Intervention, Council on Cardiovascular Nursing, & Interdisciplinary Council on Peripheral Vascular Disease. (2009). Definition and evaluation of transient ischemic attack: a scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council; Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia; Council on Cardiovascular Radiology and Intervention; Council on Cardiovascular Nursing; and the Interdisciplinary Council on Peripheral Vascular Disease. The American Academy of Neurology affirms the value of this statement as an educational tool for neurologists. *Stroke*, *40*(6), 2276–2293. https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.108.192218

[7] Wintermark, M., Sanelli, P. C., Albers, G. W., Bello, J., Derdeyn, C., Hetts, S. W., Johnson, M. H., Kidwell, C., Lev, M. H., Liebeskind, D. S., Rowley, H., Schaefer, P. W., Sunshine, J. L., Zaharchuk, G., & Meltzer, C. C. (2013). Imaging recommendations for acute stroke and transient ischemic attack patients: A joint statement by the American Society of Neuroradiology, the American College of Radiology, and the Society of NeuroInterventional Surgery. *American Journal of Neuroradiology*, *34*(11), E117-27. https://doi.org/10.3174/ajnr.A3690

מדד 01-15-1-04-004 **ביצוע בדיקת דופלקס עורקי צוואר תוך 3 יממות מהקבלה למלר"ד לחולים עם אבחנה של TIA**

תיאור המדד: שיעור החולים עם אבחנה של TIA שבוצעה להם בדיקת דופלקס עורקי צוואר תוך 3 יממות מהקבלה למלר"ד

קריטריונים להכללה:
כל המשוחררים מחדר מיון הביתה עם אבחנה של TIA (ראו נספחים, טבלה 03.7)
כל המשוחררים מאשפוז שאובחן אצלם TIA

קודי אבחנה של ICD-9: 435 ,435.0, 435.1, 435.3, 435.8, 435.9

קריטריונים להוצאה:
מטופלים שנפטרו פחות מ-3 יממות מכניסה לבי"ח **(ידווח ויגרע)**

תקופת דיווח: אחת לרבעון

תאריך קובע לגזירת האוכלוסייה למדד: תאריך ושעת שחרור מבית החולים / מהמלר"ד

עבור אוכלוסייה זו, המשתנים שיועברו על ידי בתי החולים הם:

משתנה	שמות השדות	סוג משתנה	קידוד	הסבר
קוד מדד	Measurment_ID	טקסט (14)		קוד המדד הוא: 01-15-1-04-004
קוד בית חולים	Hospital_ID	טקסט (10)		על פי הקידוד המקובל של משרד הבריאות
סוג תעודה	ID_Types	טקסט (1)		תעודת זהות -1 , דרכון - 2, זמני - 3, ת.ז. פלסטינית - 4
ת.ז. מוצפנת	Patient_ID	טקסט (256)		**ת.ז. תועבר בצורה מוצפנת בשיטה המקובלת**
ת.ז.- ספרת ביקורת	Patientbikoret_ID	טקסט (1)		**רק** ספרת הביקורת של ת.ז.
מספר אשפוז/ מספר מקרה/ מספר קבלה	Case_Number	טקסט (50)		המספר שבית החולים מקצה לחולה כאשר הוא מתקבל לאשפוז. מספר חד חד ערכי
תאריך כניסה לבית חולים	Enter_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך המגע הראשון של החולה עם בית החולים (מלר"ד/ מחלקה/ חדר ניתוח וכדומה)
שעת הכניסה לבית החולים	Enter_Time	טקסט (5)	HH:MM	שעת המגע הראשון של החולה עם בית החולים (מלר"ד/ מחלקה/ חדר ניתוח וכדומה)
תאריך אבחון TIA	Diagnosis_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך אבחון TIA במיון או במחלקה (אופציונלי במידה וקיים בבית החולים)
שעת אבחון TIA	Diagnosis_Time	טקסט (5)	HH:MM	תאריך אבחון TIA במיון או במחלקה (אופציונלי במידה וקיים בבית החולים)
תאריך שחרור מבית חולים	Discharge_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך השחרור מבית החולים (מאשפוז או ממיון, במידה ולא התאשפז)
שעת שחרור מבית חולים	Discharge_Time	טקסט (5)	HH:MM	שעת שחרור
תאריך פטירה	Death_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך פטירת החולה במידה ונפטר. תאריך פטירה במסגרת האשפוז המדווח
שעת פטירה	Death_Time	טקסט (5)	HH:MM	שעת פטירת החולה במידה ונפטר
שנת לידה	Birth_Year	מספר	YYYY	
מין	Gender	מספר	1- זכר, 2- נקבה	
כתובת- רחוב	Adress_Street	טקסט (100)		
כתובת- מספר בית	Adress_House	טקסט (100)		
כתובת- עיר	Adress_CityName	טקסט (100)		
סמל יישוב	CityCode	מספר		לפי רשימת סמלי יישוב של הלמ"ס
אשכול סוציוכלכלי	SES	מספר	1-20	אשכול סוציוכלכלי על פי הדירוג של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה
גורם מבטח	Insurance_Provider	מספר	1- כללית 2- מכבי 3- מאוחדת 4- לאומית 5- צה"ל 6- אחר, פרט בהערות	קופת החולים אליה משויך המטופל
קודי אבחנות ICD9 במיון	DiagnosisER_ICD	טקסט (200)		יש לתת רשימה של כל האבחנות הרלוונטיות מתוך קידוד במלר"ד, מופרדות בפסיקים
קודי אבחנות ICD9 בשחרור	Diagnosis_ICD	טקסט (200)		יש לתת רשימה של כל האבחנות הרלוונטיות מתוך קידוד במכתב שחרור מופרדות בפסיקים
ציון ABCD2	ABCD2_Score	מספר	0-7	אין חובת דיווח
תאריך ביצוע בדיקת דופלקס עורקי צואר	Duplex_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	ניתן לדווח בדיקה שבוצעה עד 3 חודשים לפני כניסה לאשפוז נוכחי לבית החולים

משתנה	שמות השדות	סוג משתנה	קידוד	הסבר
שעת ביצוע בדיקת דופלקס עורקי צוואר	Duplex_Time	טקסט (5)	HH:MM	
בוצעה בדיקת דימות אחרת לעורקי התרדמה	Other_image	מספר	1- CT angio 2- Carotid MRA 3- Carotid Angiography	
תאריך ביצוע בדיקת דימות אחרת	OtherImage_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	ניתן לדווח בדיקה שבוצעה עד 3 חודשים לפני כניסה לאשפוז נוכחי לבית החולים
שעת ביצוע בדיקת דימות אחרת	OtherImage_Time	טקסט (5)	HH:MM	
החלטה בסוף השהות במלר"ד	ER_Decsion	מספר	1- אשפוז 2- שחרור הביתה 3- עזב על דעת עצמו/מסרב להתאשפז 4- שוחרר לבי"ח אקוטי אחר 5- שוחרר למוסד אחר 6- אחר, פרט בהערות	
הערות	**Remarks**	**טקסט (200)**		**יש לרשום בטקסט חופשי את כל ההשגות וההערות לגבי המקרה שברצונכם להדגיש**

שם המדד	ביצוע הערכת סיכון לאירוע איסכמי חד במוח לחולים עם פרפור פרוזדורים
מספר המדד	**01-16-3-04-001**
תיאור המדד	שיעור המקרים של מטופלים עם פרפור פרוזדורים (atrial fibrillation) שבוצעה להם הערכת סיכון לשבץ מוחי לפני השחרור
הרציונל לבחירת המדד	פרפור פרוזדורים (atrial fibrillation) הוא סוג של הפרעת קצב שכיחה אצל מבוגרים. פרפור פרוזדורים גורם לפעילות חשמלית כאוטית בלב, כאשר הפרוזדורים מתכווצים באופן בלתי-מתואם, דבר הגורם לזרימה מערבולתית. כתוצאה מכך עלולים להיווצר קרישי דם היכולים לנדוד לכל מקום בגוף, כולל המוח, וכך לגרום לשבץ מוחי. הסיכון לשבץ מוחי גדול פי חמישה מהסיכון הקיים במצב של קצב תקין. נוגדי קרישה מורידים את הסיכון לשבץ מוחי בצורה משמעותית אצל חולים עם פרפור פרוזדורים.[1] הסיכון הזה גם תלוי בתחלואות אחרות, ועל מנת להעריך את הסיכון הזה פותח כלי להערכת סיכון לשבץ **C**ongestive heart failure, **H**ypertension, **A**ge (≥75), **D**iabetes, prior **S**troke or TIA (CHADS). ציון של 1 ומעלה (מעבר לקריטריון המגדר) פירושו סיכוי לשבץ מוחי. הסיכון הולך וגדל ככל שהציון עולה. לכן מומלץ לתת נוגדי קרישה פומיים אשר מפחיתים את הסיכון לשבץ מוחי, עם ציון של 1 (מעבר לקריטריון המגדר) ומעלה.[3,2] פרפור פרוזדורים פוגע ב-0.4% מבוגרים במדינת ישראל, כאשר כ-6% מהאוכלוסייה הקשישה בישראל (גיל 80 ומעלה) סובלת מתופעה זו.[4] חשוב לבצע את ההערכה לכל מטופל הסובל מפרפור פרוזדורים סמוך ככל הניתן למועד האבחון ולהתחיל מיד לאחר מכן במתן טיפול מונע. ההערכה מומלצת ע"י American Heart Association (AHA),[5] ה-American College of Chest Physicians (CHEST)[7,6] וה-US Preventive Services Task Force.[8]
סוג המדד	תהליך (process)
מחלקות	פנימית, קרדיולוגיה, נוירולוגיה, גריאטריה פנימית ויחידות שבץ מוחי
מכנה	כל המטופלים עם פרפור פרוזדורים
מונה	כל המטופלים עם פרפור פרוזדורים שבוצעה להם הערכת סיכון לאירוע איסכמי חד במוח במהלך האשפוז
תאריך קובע לגזירת המדד	תאריך שחרור מבית החולים
קריטריונים להכללה	מטופלים שאובחנו עם פרפור פרוזדורים (ראו נספחים, טבלה 08.1) מטופלים מעל גיל 18
קריטריונים להוצאה	מתחת לגיל 18 **(לא ידווח)** מטופלים חולים שמקבלים טיפול אנטיקואגולנטי קבוע **(ידווח וייגרע)**

	מטופלים המשתחררים מטיפול נמרץ ישירות או מטופלים שמשתחררים ממלר"ד (**לא ידווח**) חולים שנפטרו במהלך האשפוז (**ידווח וייגרע**)	
מקור המידע	**מערכות המחשוב המנהלי בבית החולים** ת"ז **(מוצפנת)** מין GIS **(אזור סוציו-אקונומי של המטופל על פי כתובתו המלאה)** מספר מקרה קוד מחלקה מאשפזת תאריך כניסה לבית חולים תאריך שחרור מבית חולים תאריך פטירה שנת לידה גורם מבטח	**מערכות המחשוב הקליני בבית החולים** תאריך ביצוע הערכת סיכון הערך שהתקבל הכלי בו נעשה שימוש להערכת הסיכון **(1. $CHADS_2$, 2. $CHADS_2VASC$, 3. אחר, פרט)** קוד אבחנה בשחרור מאשפוז **(ICD-9)** האם החולה מקבל טיפול אנטיקואגולנטי קבוע **(1. כן, 2. לא), (לפירוט שמות התרופות ראו בנספח טבלה 08.2)**
יעד לשנת 2025	95%	
תקופת דיווח	אחת לרבעון (אפריל, יולי, אוקטובר וינואר)	
תחילת הפקת המדד	רבעון שלישי של שנת 2016	
הערות	במידה ובוצעו מספר אומדנים, יש לדווח את האחרון לפני השחרור. במעמד התיקוף ייבדקו כל רכיבי המבחן (החל משנת 2020).	

[1] Hart, R. G., Pearce, L. A., & Aguilar, M. I. (2007). Meta-analysis: antithrombotic therapy to prevent stroke in patients who have nonvalvular atrial fibrillation. *Annals of Internal Medicine, 146*(12), 857–867. https://doi.org/10.7326/0003-4819-146-12-200706190-00007

[2] Gage, B. F., Waterman, A. D., Shannon, W., Boechler, M., Rich, M. W., & Radford, M. J. (2001). Validation of clinical classification schemes for predicting stroke: results from the National Registry of Atrial Fibrillation. *The Journal of the American Medical Association*, *285*(22), 2864–2870. https://doi.org/10.1001/jama.285.22.2864

[3] Van Mieghem, W., & Lancellotti, P. (2017). CHADS2 risk score and rate of stroke or systemic embolism and major bleeding in patients with non-valvular atrial fibrillation receiving non-vitamin K antagonist oral anticoagulants. *Acta Cardiologica*, *72*(4), 390–396. https://doi.org/10.1080/00015385.2017.1327248

[4] האיגוד הישראלי לרפואה פנימית. (2005). *טיפול בחולים עם פרפור פרוזדורים*. ההסתדרות הרפואית בישראל. http://www.ima.org.il/userfiles/image/clinical_26_pirpur.pdf

[5] January, C. T., Wann, L. S., Calkins, H., Chen, L. Y., Cigarroa, J. E., Cleveland, J. C., … Yancy, C. W. (2019). 2019 AHA/ACC/HRS focused update of the 2014 AHA/ACC/HRS guideline for the management of patients with atrial fibrillation: A report of the American college of cardiology/American heart association task force on clinical practice guidelines and the heart rhythm society. *Journal of the American College of Cardiology*, *74*(1), 104–132. https://doi.org/10.1016/j.jacc.2019.01.011

[6] You, J. J., Singer, D. E., Howard, P. A., Lane, D. A., Eckman, M. H., Fang, M. C., … American College of Chest Physicians. (2012). Antithrombotic therapy for atrial fibrillation: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest*, *141*(2 Suppl), e531S-75S. https://doi.org/10.1378/chest.11-2304

[7] Lip, G. Y. H., Banerjee, A., Boriani, G., Chiang, C. E., Fargo, R., Freedman, B., Lane, D. A., Ruff, C. T., Turakhia, M., Werring, D., Patel, S., & Moores, L. (2018). Antithrombotic therapy for atrial fibrillation: CHEST guideline and expert panel report. *Chest*, *154*(5), 1121–1201. https://doi.org/10.1016/j.chest.2018.07.040

[8] US Preventive Services Task Force, Curry, S. J., Krist, A. H., Owens, D. K., Barry, M. J., Caughey, A. B., … Wong, J. B. (2018). Screening for atrial fibrillation with electrocardiography: US preventive services task force recommendation statement. *The Journal of the American Medical Association*, *320*(5), 478–484. https://doi.org/10.1001/jama.2018.10321

מדד 01-16-3-04-001 **<u>ביצוע הערכת סיכון לאירוע איסכמי חד במוח לחולים עם פרפור פרוזדורים</u>**

תיאור המדד: שיעור המקרים של מטופלים עם פרפור פרוזדורים (atrial fibrillation) שבוצעה להם הערכת סיכון לשבץ מוחי לפני השחרור
כל המטופלים המאושפזים במחלקות פנימית, קרדיולוגיה, נוירולוגיה, גריאטריה פנימית ויחידות שבץ מוחי

קריטריונים להכללה:
מטופלים שאובחנו עם פרפור פרוזדורים (**ראו נספחים, טבלה 08.1**) **קודי אבחנה של ICD-9:** 427.30, 427.31
מטופלים מעל גיל 18

קריטריונים להוצאה:
מטופלים מתחת לגיל 18 **(לא ידווח)**
חולים שמקבלים טיפול אנטיקואגולנטי קבוע (**ידווח וייגרע**)
מטופלים המשתחררים מטיפול נמרץ ישירות או מטופלים שמשתחררים ממלר"ד **(לא ידווח)**
חולים שנפטרו במהלך האשפוז **(ידווח וייגרע)**

תקופת דיווח: אחת לרבעון (אפריל, יולי, אוקטובר וינואר).

תאריך קובע לגזירת האוכלוסייה למדד: תאריך שחרור מבית החולים

עבור אוכלוסייה זו, המשתנים שיועברו על ידי בתי החולים הם:

משתנה	שמות השדות	סוג משתנה	קידוד	הסבר
קוד מדד	Measurment_ID	טקסט (14)		קוד המדד הוא: 01-16-3-04-001
קוד בית חולים	Hospital_ID	טקסט (10)		על פי הקידוד המקובל של משרד הבריאות
ת.ז. מוצפנת	Patient_ID	טקסט (256)		**ת.ז. תועבר בצורה מוצפנת בשיטה המקובלת**
ת.ז.- ספרת ביקורת	Patientbikoret_ID	טקסט (1)		**רק** ספרת הביקורת של ת.ז.
סוג תעודה	ID_Types	טקסט (1)		תעודת זהות - 1, דרכון - 2, זמני - 3, ת.ז. פלסטינית - 4
מספר מקרה	Case_Number	טקסט (50)		המספר שבית החולים מקצה לחולה כאשר הוא מתקבל לאשפוז. מספר חד חד ערכי
קוד מחלקה מאשפזת	Department_ID	טקסט (100)		ציין קוד מחלקה לפי קודי משרד הבריאות. קוד המחלקה הראשונה שבה שהה המטופל באשפוז ונכללת במדד במקרה והמטופל השתחרר הביתה מהמלר"ד, יש לדווח מלר"ד
תאריך כניסה לבית חולים	Hosp_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך המגע הראשון של החולה עם בית החולים (מלר"ד/ מחלקה/ חדר ניתוח וכדומה)
תאריך שחרור מבית חולים	Discharge_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	
תאריך פטירה	Death_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך פטירת המטופל במידה ונפטר. תאריך פטירה במסגרת האשפוז המדווח
שנת לידה	Birth_Year	מספר	YYYY	
מין	Gender	מספר	1- זכר, 2- נקבה	
כתובת- רחוב	Adress_Street	טקסט (100)		
כתובת- מספר בית	Adress_House	טקסט (100)		
כתובת- עיר	Adress_CityName	טקסט (100)		
סמל יישוב	CityCode	מספר		לפי רשימת סמלי יישוב של הלמ"ס
אשכול סוציוכלכלי	SES	מספר	1-20	אשכול סוציוכלכלי על פי הדירוג של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה
גורם מבטח	Insurance_Provider	מספר	1- כללית 2- מכבי 3- מאוחדת 4- לאומית 5- צה"ל 6- אחר, פרט בהערות	קופת החולים אליה משויך המטופל
תאריך ביצוע הערכת סיכון	CHADS2_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	במקרה ובוצעה יותר מהערכת סיכון אחת יש לדווח את האחרונה לפני השחרור
הערך שהתקבל	CHADS2_Value	מספר	0-9	

משתנה	שמות השדות	סוג משתנה	קידוד	הסבר
הכלי בו נעשה שימוש להערכת סיכון	CHADS2_Tool	מספר	1- $CHADS_2$ 2- $CHADS_2VASC$ 3- אחר, פרט	במעמד התיקוף ייבדקו כל רכיבי המבחן
האם החולה מקבל טיפול אנטיקואגולנטי קבוע	AntiCoag_Treat	מספר	1- כן, 2- לא	האם החולה מקבל טיפול אנטיקואגולנטי קבוע, לפירוט שמות התרופות **ראו בנספח, טבלה 08.2**
קוד אבחנה בשחרור מאשפוז (ICD-9)	Diagnosis_ICD	טקסט (100)		לפי רשימה מצורפת, יש לדווח את כל האבחנות בשחרור, מופרדים בפסיקים
הערות	**Remarks**	**טקסט (200)**		**יש לרשום בטקסט חופשי את כל ההשגות וההערות לגבי המקרה שברצונכם להדגיש**

שם המדד	מתן טיפול טרומבוליטי תוך-ורידי (IV rtPA) בשבץ מוח איסכמי חד תוך 60 דקות מהקבלה למלר"ד
מספר המדד	**01-25-1-03-001**
תיאור המדד	שיעור המטופלים שקיבלו טיפול טרומבוליטי תוך ורידי (IV rtPA) תוך 60 דקות מהקבלה למלר"ד, מתוך אוכלוסיית המטופלים שהתקבלו למלר"ד עם שבץ מוח איסכמי חד וקיבלו טיפול טרומבוליטי תוך ורידי
הרציונל לבחירת המדד	שבץ מוחי הוא הגורם המוביל בעולם למוגבלות בקרב מבוגרים.[1] חוסר החמצן בשל איסכמיה במשך שעה גורם לנזק לתאי המוח ולקשרים בין נוירונים המקביל ל-3.6 שנות הזדקנות.[2] המטרה הטיפולית הראשונה של ניהול שבץ איסכמי היא החזרה של זרימת הדם למוח במהירות האפשרית. הטיפול המקובל הינו המסת הקריש באמצעות טיפול טרומבוליטי כימי תוך ורידי (IV rtPA), אשר יעילותו מוכחת במחקרים רבים.[3] נמצא קשר ישיר בין הזמן שעובר עד לטיפול הטרומבוליטי (door to needle time, DTN) לבין חומרת הנזק של השבץ, כולל תמותה ותוצאים בטווח הקצר ובטווח הארוך,[4] ולכן המונח המנחה הוא "זמן הוא מוח" (time is brain").[6,5] הנחיות ה-American Heart Association / American Stroke Association ממליצות על טיפול טרומבוליטי תוך 60 דקות מההגעה לבית החולים, ומדגישות זאת בטופס המעקב באמצעות הכיתוב "Time lost is brain lost".[7] הנחיות ה- Canadian Stroke Best Practices ממליצות על מתן טיפול טרומבוליטי כמה שיותר קרוב לזמן ההגעה לבית החולים עם יעד זמן חציוני עד 60 דקות.[8] הנחיות האיגוד הנוירולוגי בישראל והחברה הישראלית לשבץ מוחי ממליצות כי כל המטופלים המתאימים צריכים לקבל טיפול טרומבוליטי כמה שיותר קרוב לזמן ההגעה לבית החולים, כאשר זמן היעד המומלץ מההגעה לבית החולים ועד תחילת הטיפול הוא פחות מ-60 דקות וזמן חציוני של 30 דקות.[9] טיפול טרומבוליטי מהיר ב-IV rtPA לאחר אירוע מוחי איסכמי חד מקטין את שיעורי התמותה ומעלה את הסבירות לחזרה לתפקוד רגיל לאחר שבץ.[11,10] במחקרים שבדקו חתכי זמן שונים והשפעתם על תוצאים לטווח הארוך והקצר, נמצא כי מטופלים שטופלו ב-IV rtPA תוך 45 או 60 דקות הראו תוצאים טובים יותר לאחר שנה וכן פחות אשפוזים ותמותה.[12]
סוג המדד	תהליך (process)
מחלקות	כל מחלקות בית החולים
מכנה	כל המטופלים שהתקבלו למלר"ד עם אבחנה של שבץ מוח איסכמי חד ושקיבלו טיפול טרומבוליטי תוך ורידי (IV rtPA) תוך 24 שעות מהכניסה למלר"ד
מונה	כל המטופלים עם אבחנה של שבץ מוח איסכמי חד בכניסה למלר"ד שקיבלו טיפול טרומבוליטי תוך ורידי (IV rtPA) תוך 60 דקות מקבלתם למלר"ד

תאריך קובע לגזירת המדד	תאריך מתן טיפול טרומבוליטי IV rtPA	
קריטריונים להכללה	כל המטופלים בני 18 ומעלה כל המטופלים שהתקבלו למלר"ד עם אבחנה של שבץ מוח איסכמי חד (acute ischemic stroke) באחת תחנות בית החולים: מלר"ד, אשפוז, שחרור (ראו קודי אבחנות של ICD-9 בנספחים, טבלה 03.4 וטבלה 12.1), ושקיבלו טיפול טרומבוליטי (IV rtPA) תוך 24 שעות מהכניסה למלר"ד	
קריטריונים להוצאה	מטופלים מתחת לגיל 18 **(לא ידווח)** מטופלים שפיתחו שבץ מוח איסכמי חד במהלך אשפוז בבית החולים **(ידווח וייגרע)** מטופלים שקיבלו טיפול טרומבוליטי IV rtPA מעל 24 שעות מהכניסה למלר"ד **(לא ידווח)**	
מקור המידע	**מערכות המחשוב המנהלי בבית החולים** מספר קבלה / אשפוז ת"ז **(מוצפנת)** GIS **(אזור סוציו-אקונומי של המטופל על פי כתובתו המלאה)** תאריך כניסה לבית החולים שעת כניסה לבית החולים קוד מחלקה מאשפזת ראשונה תאריך שחרור מבית החולים תאריך פטירה שעת פטירה שנת לידה מין גורם מבטח	**מערכות המחשוב הקליני בבית החולים** תאריך הופעת התסמינים שעת הופעת התסמינים קודי אבחנות ICD-9 במלר"ד קודי אבחנות ICD-9 באשפוז קודי אבחנות ICD-9 בשחרור תאריך קבלת מתן ראשון של IV rtPA **(לפירוט שמות התרופות ראו בנספח טבלה 03.5)** שעת קבלת מתן ראשון של IV rtPA שבץ מוח איסכמי חד שהתפתח במהלך אשפוז **(1. כן, 0. לא)**
יעד לשנת 2025	ייקבע בהמשך	
תקופת דיווח	אחת לרבעון (אפריל, יולי, אוקטובר וינואר)	
תחילת הפקת המדד	הרבעון הראשון של 2025	
הערות	בחישוב העמידה במדד ייכללו כל החולים שקיבלו טיפול, גם אם ניתן מחוץ לחלון הזמנים של 4.5 שעות מרגע הופעת תסמינים. זאת, בתנאי שהטיפול ניתן בהתאם להנחיות האיגוד המקצועי, לאחר בדיקת הדמיה מתקדמת ושיקול דעת קליני. יש לדווח למדד גם חולים שהתקבלו ישירות לחדר הלם, טיפול נמרץ, יחידות שבץ וכו'.	

[1] Khaku, A. S., & Tadi, P. (2023). Cerebrovascular Disease. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.

[2] Saver, J. L. (2006). Time Is Brain—Quantified. Stroke, 37(1), 263–266. https://doi.org/10.1161/01.str.0000196957.55928.ab

[3] Rabinstein, A. A. (2020). Update on Treatment of Acute Ischemic Stroke. CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology, 26(2), 268–286. https://doi.org/10.1212/con.0000000000000840

[4] Man, S., Xian, Y., Holmes, D. N., Matsouaka, R. A., Saver, J. L., Smith, E. E., Bhatt, D. L., Schwamm, L. H., & Fonarow, G. C. (2020). Association Between Thrombolytic Door-to-Needle Time and 1-Year Mortality and Readmission in Patients With Acute Ischemic Stroke. JAMA, 323(21), 2170. https://doi.org/10.1001/jama.2020.5697

[5] Hasan, T. F., Hasan, H., & Kelley, R. E. (2021). Overview of acute ischemic stroke evaluation and management. *Biomedicines*, *9*(10). https://doi.org/10.3390/biomedicines9101486

[6] Waldman, A., Tadi, P., & Rawal, A. R. (2022). Stroke Center Certification. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.

[7] Fonarow, G. C., Smith, E. E., Saver, J. L., Reeves, M. J., Hernandez, A. F., Peterson, E. D., Sacco, R. L., & Schwamm, L. H. (2011). Improving Door-to-Needle Times in Acute Ischemic Stroke. Stroke, 42(10), 2983–2989. https://doi.org/10.1161/strokeaha.111.621342

[8] Heart and Stroke Foundation of Canada. (2022). *Canadian Stroke Best Practices: Acute Ischemic Stroke Treatment - 2022 update*. https://www.strokebestpractices.ca/recommendations/acute-stroke-management/acute-ischemic-stroke-treatment

[9] החברה הישראלית לשבץ מוח והאיגוד הנוירולוגי בישראל. (2022). *הנחיות טיפול בשבץ מוח*. https://ima-contentfiles.s3.amazonaws.com/clinical_109_TreatmentofStroke.pdf

[10] National Institute of Neurological Disorders and Stroke rt-PA Stroke Study Group. (1995). Tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke. *The New England Journal of Medicine*, *333*(24), 1581–1587. https://doi.org/10.1056/NEJM199512143332401

[11] Hacke, W., Kaste, M., Fieschi, C., Toni, D., Lesaffre, E., von Kummer, R., Boysen, G., Bluhmki, E., Höxter, G., & Mahagne, M. H. (1995). Intravenous thrombolysis with recombinant tissue plasminogen activator for acute hemispheric stroke. The European Cooperative Acute Stroke Study (ECASS). *The Journal of the American Medical Association*, *274*(13), 1017–1025.

[12] Man, S., Xian, Y., Holmes, D. N., Matsouaka, R. A., Saver, J. L., Smith, E. E., Bhatt, D. L., Schwamm, L. H., & Fonarow, G. C. (2020). Association Between Thrombolytic Door-to-Needle Time and 1-Year Mortality and Readmission in Patients With Acute Ischemic Stroke. JAMA, 323(21), 2170. https://doi.org/10.1001/jama.2020.5697

מדד 01-25-1-03-001 מתן טיפול טרומבוליטי תוך-ורידי (IV rtPA) בשבץ מוח איסכמי חד תוך 60 דקות מהקבלה למלר"ד

תיאור המדד: שיעור המטופלים שקיבלו טיפול טרומבוליטי (IV rtPA) תוך 60 דקות מהקבלה למלר"ד, מתוך אוכלוסיית המטופלים שהתקבלו למלר"ד עם שבץ מוח איסכמי חד וקיבלו טיפול טרומבוליטי (IV rtPA)

קריטריונים להכללה:
כל המטופלים בני 18 ומעלה
כל המטופלים שהתקבלו למלר"ד עם אבחנה של שבץ מוח איסכמי חד (acute ischemic stroke) באחת מתחנות בית החולים: מלר"ד, אשפוז, שחרור (ראו קודי אבחנות של ICD-9 בנספחים, טבלה 03.4 וטבלה 12.1)
ושקיבלו טיפול טרומבוליטי (IV rtPA) תוך 24 שעות מהכניסה למלר"ד

קודי אבחנה ICD-9 (כולל את כל תחנות בית החולים: מלר"ד, אשפוז, שחרור): D433.01, 433.11, 433.21, 433.31, 433.81, 433.91, 434.01, 434.11, 434.90, 434.91, 437.1, 436

קודים נוספים של ועדת הסימול הארצית (טבלה 12.1 בנספחים): 434.21, 434.31, 434.41, 434.51, 434.61, 434.71

קריטריונים להוצאה:
מטופלים מתחת לגיל 18 **(לא ידווח)**
מטופלים שפיתחו שבץ מוח איסכמי חד במהלך אשפוז בבית החולים **(ידווח וייגרע)**
מטופלים שקיבלו טיפול טרומבוליטי IV rtPA מעל 24 שעות מהכניסה למלר"ד **(לא ידווח)**

תקופת דיווח: אחת לרבעון (אפריל, יולי, אוקטובר וינואר)

תאריך קובע לגזירת האוכלוסייה למדד: תאריך מתן טיפול טרומבוליטי IV rtPA ברבעון המדווח

עבור אוכלוסייה זו, המשתנים שיועברו על ידי בתי החולים הם:

משתנה	שמות השדות	סוג משתנה	קידוד	הסבר
קוד מדד	Measurment_ID	טקסט (14)		קוד המדד הוא: 01-25-1-03-001
קוד בית חולים	Hospital_ID	טקסט (10)		על פי הקידוד המקובל של משרד הבריאות
ת.ז. מוצפנת	Patient_ID	טקסט (256)		**ת.ז. תועבר בצורה מוצפנת בשיטה המקובלת**
ת.ז.- ספרת ביקורת	Patientbikoret_ID	טקסט (1)		**רק** ספרת הביקורת של ת.ז.
סוג תעודה	ID_Types	טקסט (1)		תעודת זהות - 1, דרכון - 2, זמני - 3, ת.ז. פלסטינית - 4
מספר אשפוז/ מספר מקרה/ מספר קבלה	Case_Number	טקסט (50)		המספר שבית החולים מקצה לחולה כאשר הוא מתקבל לאשפוז. מספר חד חד ערכי
תאריך כניסה לבית החולים	Hosp_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך המגע הראשון של החולה עם בית החולים (מלר"ד/ מחלקה וכדומה)
שעת כניסה לבית החולים	Hosp_Time	טקסט (5)	HH:MM	תאריך המגע הראשון של החולה עם בית החולים (מלר"ד/ מחלקה וכדומה)
קוד מחלקה מאשפזת ראשונה	Department_ID	טקסט (100)		על פי הקידוד המקובל של משרד הבריאות. מחלקה מאשפזת ראשונה
תאריך שחרור מבית החולים	Discharge_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	
תאריך פטירה	Death_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	
שעת פטירה	Death_Time	טקסט (5)	HH:MM	
שנת לידה	Birth_Year	מספר	YYYY	
מין	Gender	מספר	1- זכר, 2-נקבה	
כתובת- רחוב	Adress_Street	טקסט (100)		
כתובת - מספר בית	Adress_House	טקסט (100)		
כתובת - עיר	Adress_CityName	טקסט (100)		
סמל יישוב	CityCode	מספר		לפי רשימת סמלי יישוב של הלמ"ס
אשכול סוציוכלכלי	SES	מספר	1-20	אשכול סוציוכלכלי על פי הדירוג של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה
גורם מבטח	Insurance_Provider	מספר	1- כללית 2- מכבי 3- מאוחדת 4- לאומית 5- צה"ל 6- אחר, פרט בהערות	קופת החולים אליה משויך המטופל
תאריך הופעת התסמינים	Symptom_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	
שעת הופעת התסמינים	Symptom_Time	טקסט (5)	HH:MM	
קודי אבחנות ICD-9 במלר"ד	DiagnosisER_ICD	טקסט (200)		יש לתת רשימה של כל האבחנות הרלוונטיות מתוך קידוד במלר"ד, מופרדות בפסיקים

משתנה	שמות השדות	סוג משתנה	קידוד	הסבר
קודי אבחנות ICD-9 באשפוז	Diagnosis_ICD_Dep	טקסט (200)		יש לתת רשימה של כל האבחנות הרלוונטיות מתוך קידוד באשפוז מופרדות בפסיקים
קודי אבחנות ICD-9 בשחרור מאשפוז	Diagnosis_ICD	טקסט (200)		יש לתת רשימה של כל האבחנות הרלוונטיות מתוך קידוד במכתב שחרור מופרדות בפסיקים
תאריך קבלת מתן ראשון של IV rt-PA	rtpa_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	לפירוט שמות התרופות ראו בנספח טבלה 03.5
שעת קבלת מתן ראשון של IV rt-PA	rtpastart_Time	טקסט (5)	HH:MM	שעת מתן ראשון של IV rt-PA
שבץ מוח איסכמי חד שהתפתח במהלך אשפוז	Stroke_dur_Hospit	מספר	1- כן, 0- לא	
הערות	**Remarks**	**טקסט (200)**		**יש לרשום בטקסט חופשי את כל ההשגות וההערות לגבי המקרה שברצונכם להדגיש**

שם המדד	ביצוע צנתור דחוף תוך 90 דקות במטופלים שהתקבלו למלר"ד עם שבץ מוח איסכמי חד
מספר המדד	**01-25-1-03-002**
תיאור המדד	שיעור המטופלים שהתקבלו למלר"ד עם שבץ מוח איסכמי חד ועברו צנתור דחוף תוך 90 דקות מהקבלה למלר"ד מתוך אוכלוסיית המטופלים שהתקבלו למלר"ד עם שבץ מוח איסכמי חד ועברו צנתור דחוף
הרציונל לבחירת המדד	המטרה הטיפולית העיקרית של ניהול שבץ איסכמי היא החזרה של זרימת הדם למוח במהירות האפשרית. צנתור מוחי ושליפת הקריש החוסם (תרומבקטומיה) נמצאו כיעילים בהפחתת תחלואה ותמותה בנפגעי שבץ מוחי עם חסימת כלי דם גדולים (עורקי תרדמה, עורק המוח התיכון – MCA והעורק הבזילרי) וככל הנראה גם עבור כלי דם בינוניים.[11,10,9,8,7,6,5,4,3,2,1] החלון הטיפולי לשליפת הקריש תלוי בהמצאות רקמת מוח בת הצלה תוך שימוש באמצעי הדמיה מתקדמים כגון מציאת חוסר מתאם בין האזור שעבר נזק בלתי הפיך לאזור בו יש זילוח מופחת בצורה משמעותית.[14,13,12,11,6] כמו במקרה של מתן טיפול נוגד קרישה בנפגעי שבץ, מחקרים רבים הוכיחו שיעילות צנתור ושליפת קריש תלויה אף היא בזמן ונמצא שככל שהזמן מההגעה למיון לתחילת צנתור ושליפת הקריש מתקצר כך משתפרים גם הסיכויים לתוצאים טובים יותר.[17,16,15] לעומת זאת, עיכובים בביצוע הטיפול נמצאו כקשורים לתוצאים פחות טובים כולל לעלייה בסיכון לדמם מוחי תסמיני.[18] לאור זאת, ההנחיות של איגוד השבץ האמריקני והאירופי מדברות על קיצור הזמן לתחילת הצנתור הטיפולי אך לא קבעו פרק זמן מדויק לכך.[11,6] לפיכך, ההמלצה לפרק זמן של 90 דקות מכניסה למיון ועד ביצוע דקירה עורקית והתחלת הצנתור הטיפולי מבוססת על דעת מומחים מטעם איגוד השבץ האמריקני וכן של מומחים מטעם החברות לצנתורי מוח באירופה ובארה"ב.[21,20,19]
סוג המדד	תהליך (process)
מחלקות	כל מחלקות בית החולים
מכנה	כל המטופלים עם אבחנה של שבץ מוח איסכמי חד בכניסה למלר"ד שעברו צנתור מוחי דחוף** תוך 24 שעות מהכניסה למלר"ד (ראו קודי פרוצדורה ICD-9 לצנתור מוחי בטבלה 03.6)
מונה	כל המטופלים עם אבחנה של שבץ מוח איסכמי חד בכניסה למלר"ד שזמן תחילת* צנתור מוחי דחוף** תוך 90 דקות מהכניסה למלר"ד
תאריך קובע לגזירת המדד	תאריך ביצוע צנתור מוחי ברבעון המדווח

קריטריונים להכללה	כל המטופלים בני 18 ומעלה כל המטופלים שהתקבלו למלר"ד עם קוד אבחנה של שבץ מוח איסכמי חד (acute ischemic stroke) באחת מתחנות בית החולים: מלר"ד, אשפוז, שחרור (ראו קודי אבחנות של ICD-9 בנספחים, טבלה 03.4 וטבלה 12.1), ושעברו צנתור מוחי דחוף תוך 24 שעות מהכניסה למלר"ד (ראו קודי פרוצדורות של ICD-9)	
קריטריונים להוצאה	מטופלים מתחת לגיל 18 **(לא ידווח)** מטופלים שפיתחו שבץ מוח איסכמי חד במהלך אשפוז בבית החולים **(ידווח וייגרע)**	
מקור המידע	**מערכות המחשוב המנהלי בבית החולים** מספר קבלה / אשפוז ת"ז **(מוצפנת)** GIS **(אזור סוציו-אקונומי של המטופל על פי כתובתו המלאה)** תאריך כניסה לבית החולים שעת כניסה לבית החולים תאריך שחרור מבית החולים תאריך פטירה שעת פטירה שנת לידה מין העברה מבית חולים אקוטי אחר גורם מבטח	**מערכות המחשוב הקליני בבית החולים** תאריך הופעת התסמינים שעת הופעת התסמינים קודי אבחנות ICD-9 במלר"ד קודי אבחנות ICD-9 באשפוז קודי אבחנות ICD-9 בשחרור קוד פרוצדורה ICD-9 תאריך צנתור מוחי דחוף זמן תחילת צנתור מוחי דחוף שבץ מוח איסכמי חד שהתפתח במהלך אשפוז **(1. כן, 0. לא)**
יעד לשנת 2025	ייקבע בהמשך	
תקופת דיווח	אחת לרבעון (אפריל, יולי, אוקטובר וינואר)	
תחילת הפקת המדד	הרבעון הראשון של 2025	
הערות	* זמן תחילת צנתור הוא זמן דקירת עורק. ** צנתור דחוף יתבצע עד 24 שעות מכניסתו של המטופל למלר"ד.	

[1] Goyal, M., Menon, B. K., van Zwam, W. H., Dippel, D. W. J., Mitchell, P. J., Demchuk, A. M., Dávalos, A., Majoie, C. B. L. M., van der Lugt, A., de Miquel, M. A., Donnan, G. A., Roos, Y. B. W. E. M., Bonafe, A., Jahan, R., Diener, H.-C., van den Berg, L. A., Levy, E. I., Berkhemer, O. A., Pereira, V. M., … HERMES collaborators. (2016). Endovascular

thrombectomy after large-vessel ischaemic stroke: a meta-analysis of individual patient data from five randomised trials. *The Lancet*, *387*(10029), 1723–1731. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00163-X

[2] Jovin, T. G., Li, C., Wu, L., Wu, C., Chen, J., Jiang, C., Shi, Z., Gao, Z., Song, C., Chen, W., Peng, Y., Yao, C., Wei, M., Li, T., Wei, L., Xiao, G., Yang, H., Ren, M., Duan, J., … BAOCHE Investigators. (2022). Trial of Thrombectomy 6 to 24 Hours after Stroke Due to Basilar-Artery Occlusion. *The New England Journal of Medicine*, *387*(15), 1373–1384. https://doi.org/10.1056/NEJMoa2207576

[3] Jovin, T. G., Nogueira, R. G., Lansberg, M. G., Demchuk, A. M., Martins, S. O., Mocco, J., Ribo, M., Jadhav, A. P., Ortega-Gutierrez, S., Hill, M. D., Lima, F. O., Haussen, D. C., Brown, S., Goyal, M., Siddiqui, A. H., Heit, J. J., Menon, B. K., Kemp, S., Budzik, R., … Albers, G. W. (2022). Thrombectomy for anterior circulation stroke beyond 6 h from time last known well (AURORA): a systematic review and individual patient data meta-analysis. *The Lancet*, *399*(10321), 249–258. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01341-6

[4] Menon, B. K., Hill, M. D., Davalos, A., Roos, Y. B. W. E. M., Campbell, B. C. V., Dippel, D. W. J., Guillemin, F., Saver, J. L., van der Lugt, A., Demchuk, A. M., Muir, K., Brown, S., Jovin, T., Mitchell, P., White, P., Bracard, S., & Goyal, M. (2019). Efficacy of endovascular thrombectomy in patients with M2 segment middle cerebral artery occlusions: meta-analysis of data from the HERMES Collaboration. *Journal of Neurointerventional Surgery*, *11*(11), 1065–1069. https://doi.org/10.1136/neurintsurg-2018-014678

[5] Palaiodimou, L., Sarraj, A., Safouris, A., Magoufis, G., Lemmens, R., Sandset, E. C., Turc, G., Psychogios, M., & Tsivgoulis, G. (2023). Endovascular treatment for large-core ischaemic stroke: a meta-analysis of randomised controlled clinical trials. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, *94*(10), 781–785. https://doi.org/10.1136/jnnp-2023-331513

[6] Powers, W. J., Rabinstein, A. A., Ackerson, T., Adeoye, O. M., Bambakidis, N. C., Becker, K., Biller, J., Brown, M., Demaerschalk, B. M., Hoh, B., Jauch, E. C., Kidwell, C. S., Leslie-Mazwi, T. M., Ovbiagele, B., Scott, P. A., Sheth, K. N., Southerland, A. M., Summers, D. V., & Tirschwell, D. L. (2019). Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, *50*(12), e344–e418. https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000211

[7] Rodriguez-Calienes, A., Galecio-Castillo, M., Vivanco-Suarez, J., Mohamed, G. A., Toth, G., Sarraj, A., Pujara, D., Chowdhury, A. A., Farooqui, M., Ghannam, M., Samaniego, E. A., Jovin, T. G., & Ortega-Gutierrez, S. (2023). Endovascular thrombectomy beyond 24 hours from last known well: a systematic review with meta-analysis. *Journal of Neurointerventional Surgery*. https://doi.org/10.1136/jnis-2023-020443

[8] Sarraj, A., Hassan, A. E., Abraham, M. G., Ortega-Gutierrez, S., Kasner, S. E., Hussain, M. S., Chen, M., Blackburn, S., Sitton, C. W., Churilov, L., Sundararajan, S., Hu, Y. C., Herial, N. A., Jabbour, P., Gibson, D., Wallace, A. N., Arenillas, J. F., Tsai, J. P., Budzik, R. F., … SELECT2 Investigators. (2023). Trial of endovascular thrombectomy for large ischemic strokes. *The New England Journal of Medicine*, *388*(14), 1259–1271. https://doi.org/10.1056/NEJMoa2214403

[9] Sarraj, A., Kleinig, T. J., Hassan, A. E., Portela, P. C., Ortega-Gutierrez, S., Abraham, M. G., Manning, N. W., Siegler, J. E., Goyal, N., Maali, L., Blackburn, S., Wu, T. Y., Blasco, J., Renú, A., Sangha, N. S., Arenillas, J. F., McCullough-Hicks, M. E., Wallace, A., Gibson, D., … Campbell, B. C. V. (2023). Association of endovascular thrombectomy vs medical management with functional and safety outcomes in patients treated beyond 24 hours of last known well: the SELECT late study. *JAMA Neurology*, *80*(2), 172–182. https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2022.4714

[10] Saver, J. L., Chapot, R., Agid, R., Hassan, A., Jadhav, A. P., Liebeskind, D. S., Lobotesis, K., Meila, D., Meyer, L., Raphaeli, G., Gupta, R., & Distal Thrombectomy Summit Group*†. (2020). Thrombectomy for distal, medium vessel occlusions: A consensus statement on present knowledge and promising directions. *Stroke*, *51*(9), 2872–2884. https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.120.028956

[11] Turc, G., Bhogal, P., Fischer, U., Khatri, P., Lobotesis, K., Mazighi, M., Schellinger, P. D., Toni, D., de Vries, J., White, P., & Fiehler, J. (2019). European Stroke Organisation (ESO) - European Society for Minimally Invasive Neurological Therapy (ESMINT) Guidelines on Mechanical Thrombectomy in Acute Ischaemic StrokeEndorsed by Stroke Alliance for Europe (SAFE). *European Stroke Journal*, *4*(1), 6–12. https://doi.org/10.1177/2396987319832140

[12] Becks, M. J., Manniesing, R., Vister, J., Pegge, S. A. H., Steens, S. C. A., van Dijk, E. J., Prokop, M., & Meijer, F. J. A. (2018). Brain CT perfusion improves intracranial vessel occlusion detection on CT angiography. *Journal of Neuroradiology. Journal de Neuroradiologie*, *46*(2), 124–129. https://doi.org/10.1016/j.neurad.2018.03.003

[13] Mocco, J., Siddiqui, A. H., Fiorella, D., Alexander, M. J., Arthur, A. S., Baxter, B. W., Budzik, R. F., Froehler, M. T., Hanel, R. A., Lena, J., Persaud, S., Puri, A. S., Rai, A. T., Wintermark, M., Woodward, K., Zhang, X., & Turk, A. (2022). POSITIVE: Perfusion imaging selection of ischemic stroke patients for endovascular therapy. *Journal of Neurointerventional Surgery*, *14*(2), 126–132. https://doi.org/10.1136/neurintsurg-2021-017315

[14] Sporns, P. B., Kemmling, A., Minnerup, H., Meyer, L., Krogias, C., Puetz, V., Thierfelder, K., Duering, M., Kaiser, D., Langner, S., Massoth, C., Brehm, A., Rotkopf, L., Kunz, W. G., Karch, A., Fiehler, J., Heindel, W., Schramm, P., Royl, G., … Minnerup, J. (2021). CT Hypoperfusion-Hypodensity Mismatch to Identify Patients With Acute Ischemic Stroke Within 4.5 Hours of Symptom Onset. *Neurology*. https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000012891

[15] Bourcier, R., Goyal, M., Liebeskind, D. S., Muir, K. W., Desal, H., Siddiqui, A. H., Dippel, D. W. J., Majoie, C. B., van Zwam, W. H., Jovin, T. G., Levy, E. I., Mitchell, P. J., Berkhemer, O. A., Davis, S. M., Derraz, I., Donnan, G. A., Demchuk, A. M., van Oostenbrugge, R. J., Kelly, M., … HERMES Trialists Collaboration. (2019). Association of Time From Stroke Onset to Groin Puncture With Quality of Reperfusion After Mechanical Thrombectomy: A Meta-analysis of Individual Patient Data From 7 Randomized Clinical Trials. *JAMA Neurology*, *76*(4), 405–411. https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2018.4510

[16] Menon, B. K., Sajobi, T. T., Zhang, Y., Rempel, J. L., Shuaib, A., Thornton, J., Williams, D., Roy, D., Poppe, A. Y., Jovin, T. G., Sapkota, B., Baxter, B. W., Krings, T., Silver, F. L., Frei, D. F., Fanale, C., Tampieri, D., Teitelbaum, J., Lum, C., … Goyal, M. (2016). Analysis of workflow and time to treatment on thrombectomy outcome in the endovascular treatment for small core and proximal occlusion ischemic stroke (ESCAPE) randomized, controlled trial. *Circulation*, *133*(23), 2279–2286. https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.115.019983

[17] Snyder, T., Agarwal, S., Huang, J., Ishida, K., Flusty, B., Frontera, J., Lord, A., Torres, J., Zhang, C., Rostanski, S., Favate, A., Lillemoe, K., Sanger, M., Kim, S., Humbert, K., Scher, E., Dehkharghani, S., Raz, E., Shapiro, M., … Yaghi, S. (2020). Stroke treatment delay limits outcome after mechanical thrombectomy: stratification by arrival time and ASPECTS. *Journal of Neuroimaging*. https://doi.org/10.1111/jon.12729

[18] Salsano, G., Pracucci, G., Mavilio, N., Saia, V., Bandettini di Poggio, M., Malfatto, L., Sallustio, F., Wlderk, A., Limbucci, N., Nencini, P., Vallone, S., Zini, A., Bigliardi, G., Velo, M., Francalanza, I., Gennari, P., Tassi, R., Bergui, M., Cerrato, P., … Mangiafico, S. (2021). Complications of mechanical thrombectomy for acute ischemic stroke: Incidence, risk factors, and clinical relevance in the Italian Registry of Endovascular Treatment in acute stroke. *International Journal of Stroke : Official Journal of the International Stroke Society*, *16*(7), 818–827. https://doi.org/10.1177/1747493020976681

[19] AHA. (2024). *Target: Stroke*. American Heart Association. https://www.stroke.org/-/media/files/professional/quality-improvement/target-stroke/target-stroke-phase-iii/aha-qi-target-stroke-phase-3-brochure.pdf

[20] Sacks, D., Baxter, B., Campbell, B. C. V., Carpenter, J. S., Cognard, C., Dippel, D., Eesa, M., Fischer, U., Hausegger, K., Hirsch, J. A., Hussain, M. S., Jansen, O., Jayaraman, M. V., Khalessi, A. A., Kluck, B. W., Lavine, S., Meyers, P. M., Ramee, S., Rüfenacht, D. A., … Vorwerk, D. (2018). Multisociety consensus quality improvement revised consensus statement for endovascular therapy of acute ischemic stroke: from the american association of neurological surgeons (AANS), american society of neuroradiology (ASNR), cardiovascular and interventional radiology society of europe (CIRSE), canadian interventional radiology association (CIRA), congress of neurological surgeons (CNS), european society of minimally invasive neurological therapy (ESMINT), european society of neuroradiology (ESNR), european stroke organization (ESO), society for cardiovascular angiography and interventions (SCAI), society of interventional radiology (SIR), society of neurointerventional surgery (SNIS), and world stroke organization (WSO). *Journal of Vascular and Interventional Radiology*, *29*(4), 441–453. https://doi.org/10.1016/j.jvir.2017.11.026

[21] McTaggart, R. A., Ansari, S. A., Goyal, M., Abruzzo, T. A., Albani, B., Arthur, A. J., Alexander, M. J., Albuquerque, F. C., Baxter, B., Bulsara, K. R., Chen, M., Almandoz, J. E. D., Fraser, J. F., Frei, D., Gandhi, C. D., Heck, D. V., Hetts, S. W., Hussain, M. S., Kelly, M., … Standards and Guidelines Committee of the Society of NeuroInterventional Surgery (SNIS). (2017). Initial hospital management of patients with emergent large vessel occlusion (ELVO): report of the standards and guidelines committee of the Society of NeuroInterventional Surgery. *Journal of Neurointerventional Surgery*, *9*(3), 316–323. https://doi.org/10.1136/neurintsurg-2015-011984

מדד 01-25-1-03-002 ביצוע צנתור דחוף תוך 90 דקות במטופלים שהתקבלו למלר"ד עם שבץ מוח איסכמי חד

תיאור המדד: שיעור המטופלים שהתקבלו למלר"ד עם שבץ מוח איסכמי חד ועברו צנתור דחוף תוך 90 דקות מהקבלה למלר"ד, מתוך אוכלוסיית המטופלים שהתקבלו למלר"ד עם שבץ מוח איסכמי חד ועברו צנתור דחוף

קריטריונים להכללה:
כל המטופלים בני 18 ומעלה
כל המטופלים שהתקבלו למלר"ד עם אבחנה של שבץ מוח איסכמי חד (acute ischemic stroke) באחת מתחנות בית החולים: מלר"ד, אשפוז, שחרור (ראו קודי אבחנות של ICD-9 בנספחים, טבלה 03.4 וטבלה 12.1)
ועברו צנתור מוחי דחוף תוך 24 שעות מהכניסה למלר"ד (ראו קודי פרוצדורות של ICD-9 בטבלה 03.6 בנספחים)

קודי אבחנה ICD-9 (כולל את כל תחנות בית החולים: מלר"ד, אשפוז, שחרור): D433.01, 433.11, 433.21, 433.31, 433.81, 433.91, 434.01, 434.11, 434.90, 434.91, 437.1, 436

קודים נוספים של ועדת הסימול הארצית (טבלה 12.1 בנספחים): 434.21, 434.31, 434.41, 434.51, 434.61, 434.71

קודי פרוצדורה ICD-9 לצנתור מוחי: 00.62, 00.63, 00.65, 17.54, 39.74

קריטריונים להוצאה:
מטופלים מתחת לגיל 18 **(לא ידווח)**
מטופלים שפיתחו שבץ מוח איסכמי חד במהלך אשפוז בבית החולים **(ידווח וייגרע)**

תקופת דיווח: אחת לרבעון (אפריל, יולי, אוקטובר וינואר)

תאריך קובע לגזירת האוכלוסייה למדד: תאריך צנתור מוחי ברבעון המדווח

עבור אוכלוסייה זו, המשתנים שיועברו על ידי בתי החולים הם:

משתנה	שמות השדות	סוג משתנה	קידוד	הסבר
קוד מדד	Measurment_ID	טקסט (14)		קוד המדד הוא: 01-25-1-03-002
קוד בית חולים	Hospital_ID	טקסט (10)		על פי הקידוד המקובל של משרד הבריאות
ת.ז. מוצפנת	Patient_ID	טקסט (256)		**ת.ז. תועבר בצורה מוצפנת בשיטה המקובלת**
ת.ז.- ספרת ביקורת	Patientbikoret_ID	טקסט (1)		**רק** ספרת הביקורת של ת.ז.
סוג תעודה	ID_Types	טקסט (1)		תעודת זהות - 1, דרכון - 2, זמני - 3, ת.ז. פלסטינית - 4
מספר אשפוז/ מספר מקרה/ מספר קבלה	Case_Number	טקסט (50)		המספר שבית החולים מקצה לחולה כאשר הוא מתקבל לאשפוז. מספר חד חד ערכי
העברה מבית חולים אקוטי אחר	OtherHosp	מספר	1- כן, התקבל מבית חולים אחר 0- לא	האם החולה הגיע מבית חולים אקוטי אחר
תאריך כניסה לבית החולים	Hosp_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך המגע הראשון של החולה עם בית החולים (מלר"ד/ מחלקה/ חדר צנתורים וכדומה)
שעת כניסה לבית החולים	Hosp_Time	טקסט (5)	HH:MM	שעת המגע הראשון של החולה עם בית החולים (מלר"ד/ מחלקה/ חדר צנתורים וכדומה)
תאריך שחרור מבית החולים	Discharge_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	
תאריך פטירה	Death_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	
שעת פטירה	Death_Time	טקסט (5)	HH:MM	
שנת לידה	Birth_Year	מספר	YYYY	
מין	Gender	מספר	1- זכר, 2-נקבה	
כתובת- רחוב	Adress_Street	טקסט (100)		
כתובת - מספר בית	Adress_House	טקסט (100)		
כתובת - עיר	Adress_CityName	טקסט (100)		
סמל יישוב	CityCode	מספר		לפי רשימת סמלי יישוב של הלמ"ס
אשכול סוציוכלכלי	SES	מספר	1-20	אשכול סוציוכלכלי על פי הדירוג של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה
גורם מבטח	Insurance_Provider	מספר	1- כללית 2- מכבי 3- מאוחדת 4- לאומית 5- צה"ל 6- אחר, פרט בהערות	קופת החולים אליה משויך המטופל
תאריך הופעת התסמינים	Symptom_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	

משתנה	שמות השדות	סוג משתנה	קידוד	הסבר
שעת הופעת התסמינים	Symptom_Time	טקסט (5)	HH:MM	
קודי אבחנות ICD-9 במלר"ד	DiagnosisER_ICD	טקסט (200)		יש לתת רשימה של כל האבחנות הרלוונטיות מתוך קידוד במלר"ד, מופרדות בפסיקים
קודי אבחנות ICD-9 באשפוז	Diagnosis_ICD_Dep	טקסט (200)		יש לתת רשימה של כל האבחנות הרלוונטיות מתוך קידוד באשפוז מופרדות בפסיקים
קודי אבחנות ICD-9 בשחרור מאשפוז	Diagnosis_ICD	טקסט (200)		יש לתת רשימה של כל האבחנות הרלוונטיות מתוך קידוד במכתב שחרור מופרדות בפסיקים
קודי פרוצדורה ICD-9 לצנתור מוחי	Procedure_ICD	טקסט (200)		לציין רשימה של כל הפרוצדורות מתוך דוח ניתוח, מופרדות בפסיקים. ראו טבלה 03.6 בנספחים
תאריך צנתור מוחי דחוף	CatheterBrainStart_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	אם בוצע יותר מצנתור אחד תוך 24 שעות מהכניסה למלר"ד, יש לדווח את הראשון מביניהם
זמן תחילת צנתור מוחי דחוף	CatheterBrainStart_Time	טקסט (5)	HH:MM	זמן דקירת עורק
שבץ מוח איסכמי חד שהתפתח במהלך אשפוז	Stroke_dur_Hospit	מספר	1- כן, 0- לא	
הערות	**Remarks**	**טקסט (200)**		**יש לרשום בטקסט חופשי את כל ההשגות וההערות לגבי המקרה שברצונכם להדגיש**

שם המדד	מתן טיפול אנטי-טרומבוטי פרופילקטי סביב ניתוח כריתת רחם
מספר המדד	**01-14-1-05-002**
תיאור המדד	שיעור המנותחות בניתוחי כריתת רחם בשיטה הפתוחה **שהתחילו** לקבל טיפול אנטי-טרומבוטי פרופילקטי בחלון הזמן שבין 24 שעות לפני תחילת הניתוח לבין 24 שעות לאחר סיום הניתוח ו/או לבשו גרביים פנאומטיים למשך לפחות 12 שעות ברצף מתחילת הניתוח (הפסקה של עד חצי שעה לא תיחשב כאי עמידה במדד).
הרציונל לבחירת המדד	ניתוח כריתת רחם הוא בין הניתוחים הנפוצים ביותר בתחום הגניקולוגיה. אחד הסיבוכים השכיחים לאחר ניתוח כריתת רחם הוא פקקת ורידים (venous thromboembolism, VTE).[1] מחקר שנערך בארצות הברית הראה כי גורמי סיכון ל- VTE הם: השמנת יתר, ניתוח בשיטה הפתוחה, סרטן כאינדיקציה לניתוח ומשך הניתוח.[2] נשים מבוגרות מצויות בסיכון גבוה לפקקת ורידית לאחר ניתוח כריתת רחם פתוח, בעיקר בשל המוגבלות בתנועה שלהן לאחר הניתוח. הסיכון אף גובר לנוכח גורמי סיכון נוספים, כגון השמנת יתר, גיל מבוגר, פקקת בעבר ועוד.[5,4,3] מחקרים הראו שטיפול אנטי-טרומבוטי פרופילקטי הוא דרך יעילה ביותר למניעת פקקת ורידים ולהפחתת תמותה ותחלואה כתוצאה מקרישת דם.[6] על פי ההנחיות הקליניות של ה- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) ושל ה- American College of Chest Physicians (CHEST), יש לתת טיפול אנטי-טרומבוטי לנשים העוברות כריתת רחם בשיטה הפתוחה. ההנחיות של ארגונים אלו הן כמעט זהות, מלבד העובדה שה- ACOG מגדיר נשים מתחת לגיל 40 וללא גורמי סיכון אחרים בסיכון נמוך, וממליץ לתת להן טיפול אנטי-טרומבוטי מכאני ולא פרמקולוגי. יתר הנשים מוגדרות ב"רמת סיכון בינונית" ל- VTE, ולכן מומלץ לתת להן טיפול אנטי-טרומבוטי פרמקולוגי או מכני.[8,7] מדד העוסק במתן טיפול אנטי-טרומבוטי פרופילקטי סביב ניתוח גדול נכלל בין מדדי ה- Medicare, וה-Joint Commission ממליץ עליו.[9] ב- Australian Council on Healthcare Standards (ACHS) קיים מדד למתן טיפול זה סביב ניתוח כריתת רחם.[10]
סוג המדד	תהליך (process)
מחלקות	נשים / גינקולוגיה, גינו-אונקולוגיה, מיילדות
מכנה	כל הנשים מעל גיל 40 שעברו כריתת רחם בשיטה פתוחה
מונה	כל הנשים מעל גיל 40 שעברו כריתת רחם בשיטה פתוחה, **ושהתחילו** לקבל טיפול אנטי-טרומבוטי פרופילקטי בחלון זמן שבין 24 שעות לפני תחילת הניתוח לבין 24 שעות אחרי סיום הניתוח ו/או לבשו גרביים פנאומטיים למשך לפחות 12 שעות ברצף מתחילת הניתוח (הפסקה של עד חצי שעה לא תיחשב כאי עמידה במדד).
תאריך קובע לגזירת המדד	תאריך תחילת הניתוח

קריטריונים להכללה	ניתוחי כריתת רחם בשיטה הפתוחה (ראו קודי ICD-9 בנספחים, טבלה 05.1.1) לרבות ניתוחי כריתת רחם שהתחילו בשיטה סגורה ועברו לפתוחה (ראו קודי ICD-9 בנספחים, טבלאות 05.1.1, 05.1.2) ניתוחים וגינאליים מטופלות מעל גיל 40	
קריטריונים להוצאה	מטופלות מתחת לגיל 40 **(לא ידווח)** ניתוחי כריתת רחם בשיטה הלפרוסקופית (ראו קודי ICD-9 בנספחים, טבלה 05.1.2) **(לא ידווח)**	
מקור המידע	**מערכות המחשוב המנהלי בבית החולים** ת"ז **(מוצפנת)** GIS **(אזור סוציו-אקונומי של המטופל על פי כתובתו המלאה)** מספר מקרה תאריך כניסה לבית חולים שנת לידה גורם מבטח	**מערכות המחשוב הקליני בבית החולים** תאריך תחילת ניתוח שעת תחילת ניתוח תאריך סיום ניתוח שעת סיום ניתוח תאריך תחילת טיפול אנטי טרומבוטי מניעתי שעת תחילת טיפול אנטי טרומבוטי מניעתי שם התרופה **(ראו טבלה 05.2, וראו בטבלה זו גם מינון יומי מומלץ)** האם הייתה התוויית נגד לטיפול קודי פרוצדורות ICD-9 לפי קידוד בחדר ניתוח תאריך תחילת טיפול בגרביים פנאומטיות שעת תחילת טיפול בגרביים פנאומטיות תאריך סיום טיפול בגרביים פנאומטיות שעת סיום טיפול בגרביים פנאומטיות דפוס שימוש בגרביים פנאומטיות **(סך שעות רצופות לשימוש בגרביים ביום)**
יעד לשנת 2025	95%	
תקופת דיווח	אחת לרבעון	
תחילת הפקת המדד	רבעון ראשון של שנת 2014	
הערות	ניתן להגיש השגה פרטנית לפי נוהל השגות פרטניות במקרים של מטופלות המשתחררות בפרק זמן של פחות מ-12 שעות מתחילת הניתוח. שעת התחלת טיפול בגרביים פניאומטיים צריכה להיות לפני או שווה לשעת תחילת הניתוח (החתך הניתוחי).	

[1] Kahr, H. S., Thorlacius-Ussing, O., Christiansen, O. B., Skals, R. K., Torp-Pedersen, C., & Knudsen, A. (2018). Venous thromboembolic complications to hysterectomy for benign disease: A nationwide cohort study. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, *25*(4), 715-723.e2. https://doi.org/10.1016/j.jmig.2017.11.017

[2] Swenson, C. W., Berger, M. B., Kamdar, N. S., Campbell, D. A., & Morgan, D. M. (2015). Risk factors for venous thromboembolism after hysterectomy. *Obstetrics and Gynecology*, *125*(5), 1139–1144. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000822

[3] Nicolaides, A. N., Fareed, J., Kakkar, A. K., Comerota, A. J., Goldhaber, S. Z., Hull, R., Myers, K., Samama, M., Fletcher, J., Kalodiki, E., Bergqvist, D., Bonnar, J., Caprini, J. A., Carter, C., Conard, J., Eklof, B., Elalamy, I., Gerotziafas, G., Geroulakos, G., … Warwick, D. (2013). Prevention and treatment of venous thromboembolism--International Consensus Statement. *International Angiology*, *32*(2), 111–260.

[4] Bani-Hani, M. G., Al-Khaffaf, H., Titi, M. A., & Jaradat, I. (2008). Interventions for preventing venous thromboembolism following abdominal aortic surgery. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *1*, CD005509. https://doi.org/10.1002/14651858.CD005509.pub2

[5] Swenson, C. W., Berger, M. B., Kamdar, N. S., Campbell, D. A., & Morgan, D. M. (2015). Risk factors for venous thromboembolism after hysterectomy. *Obstetrics and Gynecology*, *125*(5), 1139–1144. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000822

[6] Heit, J. A., Silverstein, M. D., Mohr, D. N., Petterson, T. M., O'Fallon, W. M., & Melton, L. J. (2000). Risk factors for deep vein thrombosis and pulmonary embolism: a population-based case-control study. *Archives of Internal Medicine*, *160*(6), 809–815. https://doi.org/10.1001/archinte.160.6.809

[7] American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Gynecology. (2021). Prevention of venous thromboembolism in gynecologic surgery: ACOG practice bulletin, number 232. *Obstetrics and Gynecology*, *138*(1), e1–e15. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004445

[8] Gould, M. K., Garcia, D. A., Wren, S. M., Karanicolas, P. J., Arcelus, J. I., Heit, J. A., … American College of Chest Physicians. (2012). Prevention of VTE in nonorthopedic surgical patients: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th Ed.: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest*, *141*(2 Suppl), e227S-77S. https://doi.org/10.1378/chest.11-2297

[9] The Joint Commission. (n.d.). *Venous Thromboembolism*. Retrieved December 5, 2021, from https://www.jointcommission.org/measurement/measures/venous-thromboembolism/

[10] ACHS. (2022). *Australian Clinical Indicator Report 2014-2021, 23rd Edition*. Australian Council on Healthcare Standards https://www.achs.org.au/news/australian-clinical-indicator-report-2014-2021-c4e1b9c1a7b4184c945f8da5e6c7878c

מדד 01-14-1-05-002 **מתן טיפול אנטי-טרומבוטי פרופילקטי סביב ניתוח כריתת רחם**

תיאור המדד: שיעור המנותחות בניתוחי כריתת רחם בשיטה הפתוחה שהתחילו לקבל טיפול אנטי-טרומבוטי פרופילקטי בחלון הזמן שבין 24 שעות לפני תחילת הניתוח לבין 24 שעות לאחר סיום הניתוח ו/או לבשו גרביים פנאומטיים למשך לפחות 12 שעות ברצף מתחילת הניתוח (הפסקה של עד חצי שעה לא תיחשב כאי עמידה במדד).

קריטריונים להכללה:

ניתוחי כריתת רחם בשיטה הפתוחה (ראו קודי ICD-9 בנספחים, טבלה 05.1.1)

לרבות ניתוחי כריתת רחם שהתחילו בשיטה סגורה ועברו לפתוחה (ראו קודי ICD-9 בנספחים, טבלאות 05.1.1, 05.1.2)

ניתוחים וגינאליים

מטופלות מעל גיל 40

קודים: הכללה

P 68.3, 68.39, 68.4, 68.49, 68.5, 68.59, 68.6, 68.69, 68.7, 68.79, 68.9

הרחבות אפשריות לקודי פרוצדורה: **הערה:** להלן דוגמאות של הרחבות. כל בית חולים שמשתמש בהרחבות נוספות רלוונטיות, יש לכלול אותן בקטגוריה זו

68.39.01 - 68.39.03, 68.4.01 - 68.4.05, 68.59.01

קריטריונים להוצאה:

מטופלות מתחת לגיל 40 **(לא ידווח)**

ניתוחי כריתת רחם בשיטה הלפרוסקופית (ראו קודי ICD-9 בנספחים, טבלה 05.1.2) **(לא ידווח)**

קודים: הוצאה

P 68.31, 68.41, 68.51, 68.61, 68.71

תקופת דיווח: אחת לרבעון

תאריך קובע לגזירת האוכלוסייה למדד: תאריך תחילת הניתוח

עבור אוכלוסייה זו, המשתנים שיועברו על ידי בתי החולים הם:

משתנה	שמות השדות	סוג משתנה	קידוד	הסבר
קוד מדד	Measurment_ID	טקסט (14)		קוד המדד הוא: 01-14-1-05-002
קוד בית חולים	Hospital_ID	טקסט (10)		על פי הקידוד המקובל של משרד הבריאות
ת.ז. מוצפנת	Patient_ID	טקסט (256)		**ת.ז. תועבר בצורה מוצפנת בשיטה המקובלת**
ת.ז.- ספרת ביקורת	Patientbikoret_ID	טקסט (1)		**רק** ספרת הביקורת של ת.ז.
סוג תעודה	ID_Types	טקסט (1)		תעודת זהות - 1, דרכון - 2, זמני - 3, ת.ז. פלסטינית - 4
מספר אשפוז/ מספר מקרה/ מספר קבלה	Case_Number	טקסט (50)		המספר שבית החולים מקצה לחולה כאשר הוא מתקבל לאשפוז. מספר חד חד ערכי
תאריך כניסה לבית חולים	Hosp_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך המגע הראשון של החולה עם בית החולים (מלר"ד/ מחלקה/ חדר ניתוח וכדומה)
שנת לידה	Birth_Year	מספר	YYYY	
כתובת- רחוב	Adress_Street	טקסט (100)		
כתובת- מספר בית	Adress_House	טקסט (100)		
כתובת- עיר	Adress_CityName	טקסט (100)		
סמל יישוב	CityCode	מספר		לפי רשימת סמלי יישוב של הלמ"ס
אשכול סוציוכלכלי	SES	מספר	1-20	אשכול סוציוכלכלי על פי הדירוג של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה
גורם מבטח	Insurance_Provider	מספר	1- כללית 2- מכבי 3- מאוחדת 4- לאומית 5- צה"ל 6- אחר, פרט בהערות	קופת החולים אליה משויך המטופל
תאריך תחילת ניתוח	SurgeryStart_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך ביצוע החתך הניתוחי הראשון
שעת תחילת ניתוח	SurgeryStart_Time	טקסט (5)	HH:MM	שעת ביצוע החתך הניתוחי הראשון
תאריך סיום ניתוח	SurgeryEnd_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך תפר אחרון בחדר הניתוח
שעת סיום ניתוח	SurgeryEnd_Time	טקסט (5)	HH:MM	שעת תפר אחרון בחדר הניתוח
תאריך תחילת טיפול אנטי טרומבוטי מניעתי	Thrombosis_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	
שעת תחילת טיפול אנטי טרומבוטי מניעתי	Thrombosis_Time	טקסט (5)	HH:MM	
קודי פרוצדורות ICD9 לפי קידוד בחדר ניתוח	Procedure_ICD	טקסט (200)		לציין עד 3 קודי פרוצדורה ראשונים מתוך הקידוד של חדר הניתוח ולא הרשמות (מתוך רשימת הקודים להתאמה למדד), מופרדים בפסיקים
קודי פרוצדורות ICD9 לפי קידוד בחדר ניתוח קוד פנימי	Procedure_ICD_Local	טקסט (200)		לציין עד 3 קודי פרוצדורה ראשונים מתוך הקידוד של חדר הניתוח ולא הרשמות (מתוך רשימת הקודים להתאמה למדד), קוד פנימי של בית החולים, מופרדים בפסיקים

משתנה	שמות השדות	סוג משתנה	קידוד	הסבר
שם תרופה אנטי טרומבוטית מניעתית	Prophylac_Name	טקסט (50), רשום באותיות לטיניות גדולות		שם התרופה האנטי טרומבוטית פרופילקטית שניתנה סביב הניתוח (יש לציין את שם התרופה כפי שנרשמה בתיק הרפואי ולא להמיר לשם גנרי/מסחרי). אם מקבלת יותר מתרופה אחת, יש לבחור את התרופה הקרובה ביותר לשעת תחילת הניתוח (ראו טבלה 05.2, וראו בטבלה זו גם מינון יומי מומלץ)
האם הייתה התוויית נגד לטיפול	Exclusion_Crit	מספר	1- כן, 0- לא	האם יש התוויית נגד לטיפול
תאריך תחילת טיפול בגרביים פנאומטיות	Pneumatic_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	למקרים בהם ניתן טיפול בגרביים פנאומטיות
שעת תחילת טיפול בגרביים פנאומטיות	Pneumatic_Time	טקסט (5)	HH:MM	למקרים בהם ניתן טיפול בגרביים פנאומטיות
תאריך סיום טיפול בגרביים פנאומטיות	Pneumatic_End_Date	טקסט (5)	DD/MM/YYYY	למקרים בהם ניתן טיפול בגרביים פנאומטיות
שעת סיום טיפול בגרביים פנאומטיות	Pneumatic_End_Time	טקסט (5)	HH:MM	למקרים בהם ניתן טיפול בגרביים פנאומטיות
דפוס שימוש בגרביים פנאומטיות	Pneumatic_Dose	טקסט (5)	HH:MM	סך שעות רצופות לשימוש בגרביים ביום
הערות	**Remarks**	**טקסט (200)**		**יש לרשום בטקסט חופשי את כל ההשגות וההערות לגבי המקרה שברצונכם להדגיש**

שם המדד	פניות חוזרות למלר"ד תוך 48 שעות
מספר המדד	**01-16-1-03-002**
תיאור המדד	שיעור הפניות החוזרות למלר"ד בתוך 48 שעות **אופן חישוב המדד – יחושב ע"י המשרד עפ"י אפיזודות**
הרציונל לבחירת המדד	ביקורים חוזרים למלר"ד עשויים להעיד על בעיית איכות בטיפול, שחרור מוקדם מדי של חולה בביקור הראשון ו/או ממשק בעייתי בין בית החולים לקהילה.[1] מסקירה שנערכה באוסטרליה נמצאו ארבעה גורמים מרכזיים לביקורים חוזרים תוך זמן קצר (החוקרים הגדירו "זמן קצר" כ-48 שעות עד 90 יום, כאשר רוב המחקרים שנכללו בסקירה התמקדו בביקורים חוזרים תוך 48 שעות או תוך 72 שעות). הגורמים המשפיעים על חזרות למלר"ד נמצאו כקשורים למטופל (אי הבנת הוראות הרופא בעת השחרור, שימוש לא-נכון של שירותי הרפואה הדחופה); קשורים למחלה (החמרת המחלה, התפתחותם של סיבוכים), קשורים למערכת הבריאות (אבחנה לקויה, תקשורת לקויה בין גורמים שונים במערכת, בעיות ברצף הטיפול) וגורמים אחרים (ביקורים חוזרים שלא היו נחוצים).[2] בנוסף, ביקורים חוזרים תוך זמן קצר נמצאו קשורים לעלייה בסיכון לתמותה ותחלואה של המטופל.[3] אחוז גבוה של ביקורים חוזרים בישראל תוך 48 שעות נרשם לביקורים עם מחלות כלי דם במוח, מחלת לב איסכמית, היריון בסיכון גבוה, היריון ולידה, מצבים שמקורם בזמן הלידה, סיבוכים של היריון ולידה, זיהומים בכליות, מחלות במערכת העיכול, סימפטומים במערכת השתן, מחלת ריאות חסימתית כרונית, אבנים בדרכי המרה, בצקת ריאות והפרעות פסיכוטיות. אחוז נמוך של ביקורים חוזרים תוך 48 שעות נרשם לביקורים עם אבחנה של כאבים בחזה, גוף זר בעין, באף או באוזן, תאונות, תאונות דרכים פציעות, חבלות ונקעים.[4] ל-National Health Service (NHS) האנגלי יש מדד דומה, אשר מודד את שיעור הביקורים החוזרים למלר"ד תוך 7 ימים.[5] במחוז אונטריו בקנדה נמדד שיעור ביקורים חוזרים למלר"ד תוך 72 שעות.[6]
סוג המדד	תוצא (outcome)
מחלקות	מלר"ד
תאריך קובע לגזירת המדד	תאריך כניסה למלר"ד
קריטריונים להכללה	כל הפניות למלר"ד כל סוגי המלר"דים (פנימי, כירורגי, עיניים, א.א.ג, נשים, אורתופדיה, ילדים וכו')
קריטריונים להוצאה	יולדות **(לא ידווח)** מטופלים שהוזמנו למלר"ד לקבלת טיפול אלקטיבי (למשל מתן אנטיביוטיקה דרך הוריד) **(ידווח וייגרע)**

מקור המידע	**מערכות המחשוב המנהלי בבית החולים** ת"ז **(מוצפנת)** מין שנת לידה GIS **(אזור סוציו-אקונומי של המטופל על פי כתובתו המלאה)** מספר מקרה תאריך כניסה למלר"ד שעת כניסה למלר"ד סוג המלר"ד שממנו שוחרר הפונה תאריך שחרור מהמלר"ד שעת שחרור מהמלר"ד תאריך פטירה שעת פטירה גורם מפנה למלר"ד החלטה בשחרור מהמלר"ד גורם מבטח	**מערכות המחשוב הקליני בבית החולים** קודי אבחנה בשחרור מהמלר"ד האם הוזמן לקבלת טיפול אלקטיבי
יעד לשנת 2025	5%	
תקופת דיווח	אחת לרבעון (אפריל, יולי, אוקטובר וינואר)	
תחילת הפקת המדד	רבעון ראשון של שנת 2016	
הערות	המדד מתייחס לאפיזודות. המדד מתפרסם על סמך נתוני אגף המידע. אין לדווח נתונים ישירות לתוכנית הלאומית למדדי איכות.	

[1] Johns Hopkins University School of Medicine, & Armstrong Institute for Patient Safety and Quality. (2014). *Improving the Emergency Department Discharge Process: Environmental Scan Report* (14(15)-0067-EF). Agency for Healthcare Research and Quality. https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/systems/hospital/edenvironmentalscan/edenvironmentalscan.pdf

[2] Han, C.-Y., Chen, L.-C., Barnard, A., Lin, C.-C., Hsiao, Y.-C., Liu, H.-E., & Chang, W. (2015). Early revisit to the emergency department: an integrative review. *Journal of Emergency Nursing*, *41*(4), 285–295. https://doi.org/10.1016/j.jen.2014.11.013

[3] Safwenberg, U., Terént, A., & Lind, L. (2010). Increased long-term mortality in patients with repeated visits to the emergency department. *European Journal of Emergency Medicine*, *17*(5), 274–279. https://doi.org/10.1097/MEJ.0b013e3283104106

[4] חקלאי, צ., ליפשיץ, א., אבורבה, מ., אפלבוים, י., גולדברגר, נ., מוסטובוי, ד., וגורדון, ש. (2020). *ביקורים במחלקה לרפואה דחופה: מאפייני הפעילות 2019*. אגף המידע, משרד הבריאות. https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/emergency_2019.pdf

[5] Allen, T., Walshe, K., Proudlove, N., & Sutton, M. (2019). Measurement and improvement of emergency department performance through inspection and rating: an observational study of emergency departments in acute hospitals in England. *Emergency Medicine Journal*, *36*(6), 326–332. doi:10.1136/emermed-2018-207941

[6] Chartier, L. B., Ovens, H., Hayes, E., Davis, B., Calder, L., Schull, M., Dreyer, J., & Ostrow, O. (2021). Improving quality of care through a mandatory provincial audit program: ontario's emergency department return visit quality program. *Annals of Emergency Medicine*, *77*(2), 193–202. https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2020.09.449

מדד 01-16-1-03-002 פניות חוזרות למלר"ד תוך 48 שעות

תיאור המדד: שיעור הפניות החוזרות למלר"ד בתוך 48 שעות

אופן חישוב המדד: יחושב ע"י המשרד עפ"י אפיזודות

קריטריונים להכללה:
כל הפניות למלר"ד
כל סוגי המלר"דים (פנימי, כירורגי, עיניים, א.א.ג, נשים, אורתופדיה, ילדים וכו')

קריטריונים להוצאה:
יולדות **(לא ידווח)**
מטופלים שהוזמנו למלר"ד לקבלת טיפול אלקטיבי (למשל מתן אנטיביוטיקה דרך הווריד) **(ידווח וייגרע)**

תקופת דיווח: אחת לרבעון (אפריל, יולי, אוקטובר וינואר)

תאריך קובע לגזירת האוכלוסייה למדד: תאריך כניסה למלר"ד

ידווחו כלל הפניות למלר"ד, המשתנים שיועברו על ידי בתי החולים הם:

משתנה	שמות השדות	סוג משתנה	קידוד	הסבר
קוד מדד	Measurment_ID	טקסט (14)		קוד המדד הוא: 01-16-1-03-002
קוד בית חולים	Hospital_ID	טקסט (10)		על פי הקידוד המקובל של משרד הבריאות
ת.ז. מוצפנת	Patient_ID	טקסט (256)		**ת.ז. תועבר בצורה מוצפנת בשיטה המקובלת**
ת.ז.- ספרת ביקורת	Patientbikoret_ID	טקסט (1)		**רק** ספרת הביקורת של ת.ז.
סוג תעודה	ID_Types	טקסט (1)		תעודת זהות - 1, דרכון - 2, זמני - 3, ת.ז. פלסטינית - 4
מספר מקרה	Case_Number	טקסט (50)		המספר שבית החולים מקצה לפונה כאשר הוא מתקבל למלר"ד מספר חד חד ערכי
תאריך כניסה למלר"ד	ER_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	התאריך האדמיניסטרטיבי בו הפונה נקלט למלר"ד
שעת כניסה למלר"ד	ER_Time	טקסט (5)	HH:MM	השעה האדמיניסטרטיבית בה הפונה נקלט במלר"ד
תאריך שחרור מהמלר"ד	Discharge_ER_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	התאריך האדמיניסטרטיבי בו הפונה השתחרר מהמלר"ד
שעת שחרור מהמלר"ד	Discharge_ER_Time	טקסט (5)	HH:MM	השעה האדמיניסטרטיבית בה הפונה השתחרר מהמלר"ד
תאריך פטירה	Death_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך פטירת המטופל במלר"ד במידה ונפטר
שעת פטירה	Death_Time	טקסט (5)	HH:MM	שעת פטירת המטופל במלר"ד במידה ונפטר
סוג מלר"ד שממנו שוחרר הפונה	ER_Code	טקסט (100)		קוד המלר"ד האחרון שטיפל בפונה (מבוגרים, ילדים, נשים, א.א.ג. וכו'...), על פי הקידוד המקובל של משרד הבריאות
שנת לידה	Birth_Year	מספר	YYYY	
מין	Gender	מספר	1- זכר, 2- נקבה	
כתובת המטופל - רחוב	Adress_Street	טקסט (100)		
כתובת המטופל - מספר בית	Adress_House	טקסט (100)		
כתובת המטופל - עיר	Adress_CityName	טקסט (100)		
סמל יישוב	CityCode	מספר		לפי רשימת סמלי יישוב של הלמ"ס
אשכול סוציוכלכלי	SES	מספר	1-20	אשכול סוציוכלכלי על פי הדירוג של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה
גורם מפנה למלר"ד	Refferal1	מספר	1. עצמאי 2. קופת חולים 3. מוקד חירום 4. אמבולנס 5. אחר, פרט	גורם מפנה

משתנה	שמות השדות	סוג משתנה	קידוד	הסבר
גורם מבטח	Insurance_Provider	מספר	1- כללית 2- מכבי 3- מאוחדת 4- לאומית 5- צה"ל 6- אחר, פרט בהערות	קופת החולים אליה משויך המטופל
החלטה בשחרור מהמלר"ד	ER_Decision	מספר	1. שחרור למקום ממנו בא 2. אשפוז 3. העברה לבית חולים אקוטי אחר 4. נפטר 5. סרוב אשפוז 6. אחר, פרט בהערות	
קודי אבחנות בשחרור מהמלר"ד	Diagnosis1_ICD	טקסט (200)		קוד אבחנה במלר"ד (ICD-9), מופרד בפסיקים
מוזמן למלר"ד לקבלת טיפול אלקטיבי	Elective_ER	מספר	1- כן, 0-לא	האם בביקור הנוכחי המטופל הוזמן אלקטיבי לקבלת טיפול במלר"ד כמו למשל קבלת אנטיביוטיקה דרך הוריד
הערות	**Remarks**	**טקסט (200)**		**יש לרשום בטקסט חופשי את כל ההשגות וההערות לגבי המקרה שברצונכם להדגיש**

שם המדד	זמן מהגעה למלר"ד ועד ביצוע טריאז' קליני
מספר המדד	**01-16-1-03-001**
תיאור המדד	משך הזמן מהקבלה האדמיניסטרטיבית למלר"ד ועד ביצוע טריאז' קליני
הרציונל לבחירת המדד	טריאז' (triage) הוא הבדיקה הראשונית במחלקה לרפואה דחופה. הטריאז' מסייע לצוות הרפואי לזהות את מצבו הרפואי של המטופל ולתעדף מתן טיפול רפואי בהתאם לחומרת המצב הרפואי[1] ובכך מביא לטיפול מהיר, ממוקד, איכותי ויעיל יותר.[2] אחד הגורמים המרכזיים המשפיעים על הצלחת הטיפול הרפואי ומניעת התחלואה והתמותה, הוא משך הזמן שעובר עד לקבלת הטיפול. טריאז' מאפשר לטפל במטופלים עם פתולוגיות מסכנות חיים על ידי מתן טיפול מתאים, בזמן, ובצורה הבטיחותית ביותר.[5,4,3] קביעת רמת הדחיפות הרפואית באמצעות טריאז' מקצרת את זמני ההמתנה מהזמן בו המטופל מגיע למלר"ד ועד שהוא נבדק על ידי גורם רפואי. טריאז' מפחית את זמן ההמתנה ללא קשר למין או למוצא ומשפר את רמת שביעות הרצון של המטופל.[6] דיוק בטריאז' הוא קריטי למיון נכון והוא מחייב מיומנות של אנשי הצוות.[7] קיימים מספר סולמות מתוקפים לביצוע טריאז' אשר מדרגים מטופלים המגיעים למלר"ד ל-5 קטגוריות על בסיס חומרת מצבם ואף מגדירים פרק זמן מקובל עד לתחילת הטיפול בכל רמה. הסולמות הם ה-Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS),[8] ה-Australasian Triage Scale (ATS),[9] ה-Emergency Severity Index (ESI),[10] וה-Manchester Triage System (MTS).[11] ב-2015, יצא חוזר מנהל רפואה של משרד הבריאות שמטרתו להטמיע את הליך הטריאז' בכל המחלקות לרפואה דחופה במדינת ישראל. בחוזר נקבע כי הזמן האופטימלי עד לביצוע הטריאז' הוא עד 15 דקות.[12]
סוג המדד	תהליך (process)
מחלקות	מלר"ד
חישוב המדד	משך הזמן מהקבלה האדמיניסטרטיבית למלר"ד ועד לביצוע טריאז' קליני
תאריך קובע לגזירת המדד	תאריך כניסה למלר"ד
קריטריונים להכללה	כל המבקרים במלר"ד כל סוגי המלר"דים (פנימי, כירורגי, עיניים, א.א.ג, נשים, ילדים, אורתופדיה וכו')
קריטריונים להוצאה	מלר"ד יולדות **(לא ידווח)** Dead on arrival **(לא ידווח)** מלר"ד פסיכיאטרי בבתי חולים כלליים **(לא ידווח)**

מקור המידע	**מערכות המחשוב המנהלי בבית החולים** ת"ז **(מוצפנת)** מין שנת לידה GIS **(אזור סוציו-אקונומי של המטופל על פי כתובתו המלאה)** מספר מקרה תאריך כניסה למלר"ד שעת כניסה למלר"ד גורם מפנה למלר"ד סוג המלר"ד שבו שהה מטופל תאריך שחרור ממלר"ד שעת שחרור ממלר"ד סוג מלר"ד משחרר תאריך פטירה שעת פטירה גורם מבטח	**מערכות המחשוב הקליני בבית החולים** תאריך ביצוע טריאז' שעת ביצוע טריאז' **(סיווג הדחיפות)** כלי לשימוש טריאז' **(1. CTAS, 2. ATS, 3. ESI, 4. אחר, פרט בהערות)** סיווג דחיפות המטופל ע"י הטריאז'
יעד לשנת 2025	12 דקות	
תקופת דיווח	אחת לרבעון (אפריל, יולי, אוקטובר וינואר)	
תחילת הפקת המדד	רבעון ראשון של שנת 2016	
הערות	לא יתקבלו דיווחים על מגע רפואי ראשון אלא רק על ביצוע טריאז' בלבד משנת המדידה 2020. על פי חוזר מנהל רפואה (מיון ראשוני במחלקות לרפואה דחופה – טריאז') מספר 2015/2. מטופל שהתקבל ישירות לחדר הלם/טראומה/צנתור במצב שמחייב טיפול מציל חיים: זמן הטריאז' ידווח כזמן כניסה לחדר הלם/טראומה/צנתור וכו'. ערך הטריאז' ידווח כרמת הדחיפות הגבוהה ביותר עפ"י כלי הטריאז' הנהוג בביה"ח.	

[1] de Magalhães-Barbosa, M. C., Robaina, J. R., Prata-Barbosa, A., & Lopes, C. de S. (2017). Validity of triage systems for paediatric emergency care: a systematic review. *Emergency Medicine Journal*, *34*(11), 711–719. https://doi.org/10.1136/emermed-2016-206058

[2] Deering, L., & Zahn, S. (2014). The right care at the right time. ED triage improves quality, efficiency and patient-satisfaction. *Healthcare Executive*, *29*(4), 44–45.

[3] Schuetz, P., Hausfater, P., Amin, D., Haubitz, S., Fässler, L., Grolimund, E., Kutz, A., Schild, U., Caldara, Z., Regez, K., Zhydkov, A., Kahles, T., Nedeltchev, K., von Felten, S., De Geest, S., Conca, A., Schäfer-Keller, P., Huber, A., Bargetzi, M., … Mueller, B. (2013). Optimizing triage and hospitalization in adult general medical emergency patients: the triage project. *BMC Emergency Medicine*, *13*, 12. https://doi.org/10.1186/1471-227X-13-12

[4] Christ, M., Grossmann, F., Winter, D., Bingisser, R., & Platz, E. (2010). Modern triage in the emergency department. *Deutsches Arzteblatt International*, *107*(50), 892–898. https://doi.org/10.3238/arztebl.2010.0892

[5] Mélot, C. (2015). To score or not to score during triage in the emergency department? *Intensive Care Medicine*, *41*(6), 1135–1137. https://doi.org/10.1007/s00134-015-3814-1

[6] Barksdale, A. N., Hackman, J. L., Williams, K., & Gratton, M. C. (2016). ED triage pain protocol reduces time to receiving analgesics in patients with painful conditions. *The American Journal of Emergency Medicine*, *34*(12), 2362–2366. https://doi.org/10.1016/j.ajem.2016.08.051

[7] Mélot, C. (2015). To score or not to score during triage in the emergency department? *Intensive Care Medicine*, *41*(6), 1135–1137. https://doi.org/10.1007/s00134-015-3814-1

[8] Gravel, J., Gouin, S., Goldman, R. D., Osmond, M. H., Fitzpatrick, E., Boutis, K., Guimont, C., Joubert, G., Millar, K., Curtis, S., Sinclair, D., & Amre, D. (2012). The Canadian Triage and Acuity Scale for children: a prospective multicenter evaluation. *Annals of Emergency Medicine*, *60*(1), 71-7.e3. https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2011.12.004

[9] Ebrahimi, M., Heydari, A., Mazlom, R., & Mirhaghi, A. (2015). The reliability of the Australasian Triage Scale: a meta-analysis. *World Journal of Emergency Medicine*, *6*(2), 94–99. https://doi.org/10.5847/wjem.j.1920-8642.2015.02.002

[10] Mistry, B., Stewart De Ramirez, S., Kelen, G., Schmitz, P. S. K., Balhara, K. S., Levin, S., Martinez, D., Psoter, K., Anton, X., & Hinson, J. S. (2018). Accuracy and reliability of emergency department triage using the emergency severity index: an international multicenter assessment. *Annals of Emergency Medicine*, *71*(5), 581-587.e3. https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2017.09.036

[11] Zachariasse, J. M., Seiger, N., Rood, P. P. M., Alves, C. F., Freitas, P., Smit, F. J., Roukema, G. R., & Moll, H. A. (2017). Validity of the Manchester Triage System in emergency care: A prospective observational study. *Plos One*, *12*(2), e0170811. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170811

[12] מינהל הרפואה. (2015). *מיון ראשוני במחלקות לרפואה דחופה – טריאז'*. חוזר מס' 2/2015. משרד הבריאות.
https://www.gov.il/BlobFolder/policy/mr02-2015/he/files_circulars_mr_mr02_2015.pdf

מדד 01-16-1-03-001 זמן מהגעה למלר"ד ועד ביצוע טריאז' קליני

תיאור המדד: משך הזמן מהקבלה האדמיניסטרטיבית למלר"ד ועד ביצוע טריאז' קליני

קריטריונים להכללה:
כל המבקרים במלר"ד
כל סוגי המלר"דים (פנימי, כירורגי, עיניים, א.א.ג, נשים,ילדים, אורתופדיה וכו')

קריטריונים להוצאה:
מלר"ד יולדות **(לא ידווח)**
Dead on arrival **(לא ידווח)**
מלר"ד פסיכיאטרי בבתי חולים כלליים **(לא ידווח)**

תקופת דיווח: אחת לרבעון (אפריל, יולי, אוקטובר וינואר)

תאריך קובע לגזירת האוכלוסייה למדד: תאריך כניסה למלר"ד

עבור אוכלוסייה זו, המשתנים שיועברו על ידי בתי החולים הם:

משתנה	שמות השדות	סוג משתנה	קידוד	הסבר
קוד מדד	Measurment_ID	טקסט (14)		קוד המדד הוא: 01-16-1-03-001
קוד בית חולים	Hospital_ID	טקסט (10)		על פי הקידוד המקובל של משרד הבריאות
ת.ז. מוצפנת	Patient_ID	טקסט (256)		**ת.ז. תועבר בצורה מוצפנת בשיטה המקובלת**
ת.ז.- ספרת ביקורת	Patientbikoret_ID	טקסט (1)		**רק** ספרת הביקורת של ת.ז.
סוג תעודה	ID_Types	טקסט (1)		תעודת זהות - 1, דרכון - 2, זמני - 3, ת.ז. פלסטינית - 4
מספר מקרה	Case_Number	טקסט (50)		המספר שבית החולים מקצה לחולה כאשר הוא מתקבל למלר"ד מספר חד חד ערכי
סוג מלר"ד שבו שהה מטופל	Department_ID	טקסט (100)		קוד המלר"ד הראשון בו טופל החולה (מבוגרים, ילדים, נשים, א.א.ג. וכו'...) על פי הקידוד המקובל של משרד הבריאות
תאריך כניסה למלר"ד	ER_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	התאריך האדמיניסטרטיבי בו המטופל נקלט למלר"ד
שעת כניסה למלר"ד	ER_Time	טקסט (5)	HH:MM	השעה האדמיניסטריבית בה המטופל נקלט בבמלר"ד
תאריך שחרור ממלר"ד	Discharge_ER_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	התאריך האדמיניסטרטיבי בו המטופל השתחרר מהמלר"ד
שעת שחרור ממלר"ד	Discharge_ER_Time	טקסט (5)	HH:MM	השעה האדמיניסטריבית בה המטופל השתחרר מהמלר"ד
סוג מלר"ד משחרר	Discharge_Department_ID	טקסט (100)		קוד המלר"ד המשחרר בו טופל החולה (מבוגרים, ילדים, נשים, א.א.ג. וכו'...) על פי הקידוד המקובל של משרד הבריאות
תאריך פטירה	Death_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך פטירת המטופל במלר"ד במידה ונפטר
שעת פטירה	Death_Time	טקסט (5)	HH:MM	שעת פטירת המטופל במלר"ד במידה ונפטר
שנת לידה	Birth_Year	מספר	YYYY	
מין	Gender	מספר	1- זכר, 2- נקבה	
כתובת המטופל - רחוב	Adress_Street	טקסט (100)		
כתובת המטופל - מספר בית	Adress_House	טקסט (100)		
כתובת המטופל - עיר	Adress_CityName	טקסט (100)		
סמל יישוב	CityCode	מספר		לפי רשימת סמלי יישוב של הלמ"ס
אשכול סוציוכלכלי	SES	מספר	1-20	אשכול סוציוכלכלי על פי הדירוג של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה
גורם מפנה למלר"ד	Refferal	מספר	1. עצמאי 2. קופת חולים 3. מוקד חירום 4. אמבולנס 5. אחר, פרט	
גורם מבטח	Insurance_Provider	מספר	1- כללית 2- מכבי 3- מאוחדת 4- לאומית 5- צה"ל 6- אחר, פרט בהערות	קופת החולים אליה משויך המטופל

משתנה	שמות השדות	סוג משתנה	קידוד	הסבר
תאריך ביצוע טריאז'	Triage_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	התאריך בו בוצע למטופל טריאז' קליני. מטופל שהתקבל ישירות לחדר הלם/טראומה/צנתור במצב שמחייב טיפול מציל חיים: זמן הטריאז' ידווח כזמן כניסה לחדר הלם/טראומה/צנתור וכו'. מטופל שהתקבל אצל רופא ולא בוצע טריאז', ידווח ללא זמני טריאז'. מקרה זה לא ייכלל במונה.
שעת ביצוע טריאז'	Triage_Time	טקסט (5)	HH:MM	השעה בה נקבעה רמת הדחיפות למטופל. מטופל שהתקבל ישירות לחדר הלם/טראומה/צנתור במצב שמחייב טיפול מציל חיים: זמן הטריאז' ידווח כזמן כניסה לחדר הלם/טראומה/צנתור וכו'. מטופל שהתקבל אצל רופא ולא בוצע טריאז', ידווח ללא זמני טריאז'. מקרה זה לא ייכלל במונה.
כלי לשימוש טריאז'	Triage_Tool	מספר	1. CTAS 2. ATS 3. ESI 4. אחר, פרט	
סיווג דחיפות המטופל ע"י הטריאז'	Triage_Rate	טקסט (10)	1-5	רמת הדחיפות שהוגדרה למטופל בטריאז'. מטופל שהתקבל ישירות לחדר הלם/טראומה/צנתור במצב שמחייב טיפול מציל חיים: ערך הטריאז' ידווח כרמת הדחיפות הגבוהה ביותר עפ"י כלי הטריאז' הנהוג בביה"ח.
הערות	**Remarks**	**טקסט (200)**		**יש לרשום בטקסט חופשי את כל ההשגות וההערות לגבי המקרה שברצונכם להדגיש**

שם המדד	שיעור המנותחים שעם כניסתם לחדר התאוששות (בתוך כ-15 דקות מסיום ההרדמה) נמדדה להם טמפרטורת גוף של 35.5°C לפחות במדידה פריפריאלית
מספר המדד	**01-17-1-07-002**
תיאור המדד	שיעור המנותחים שבתוך 15 דקות מסיום ההרדמה (עם כניסתם לחדר התאוששות) נמדדה להם טמפרטורת גוף של 35.5°C לפחות במדידה פריפריאלית
הרציונל לבחירת המדד	טמפרטורת הליבה של הגוף מוסדרת באמצעות מנגנונים תרמורגולטוריים ובדרך כלל נשמרת בטווח של מספר עשיריות של מעלות צלזיוס. בזמן הרדמה לניתוח המנגנונים התרמורגולטוריים של הגוף לקויים וישנה ירידה בחום הגוף – היפותרמיה. היפותרמיה היא תופעה שכיחה בתקופת הפוסט-ניתוחית.[2,1] היפותרמיה בתקופה הפוסט-ניתוחית קשורה לתחלואה זיהומית, פגיעה ביכולת הקרישה, סיבוכים קרדיווסקולריים ותמותה.[6,5,4,3] ה-Joint Commission וה-Surgical Care Improvement Project של ה-CMS מעודדים חימום המנותחים ל-36 מעלות תוך 15 דקות אחרי הגעתם לחדר ההתאוששות.[7] מדידת טמפרטורת גוף בקבלה לחדר התאוששות מהווה סטנדרט טיפולי ומומלצת על ידי ה-National Institute for Health and Care Excellence (NICE) הבריטי[8] וה- Ambulatory Surgery Center Quality Collaboration (ASC QC).[9]
סוג המדד	תהליך (process)
מחלקות	חדר התאוששות כללי ואמבולטורי
מכנה	כל המנותחים שעברו ניתוח אלקטיבי בהרדמה כללית או אזורית והתקבלו במחלקת התאוששות כללי או אמבולטורי
מונה	כל המנותחים שעברו ניתוח אלקטיבי בהרדמה כללית או אזורית והתקבלו במחלקת התאוששות כללי או אמבולטורי ונמדדה להם טמפרטורת גוף ראשונה של 35.5°C לפחות במדידה פריפריאלית (בתוך כ-15 דקות מסיום ההרדמה)
תאריך קובע לגזירת המדד	תאריך כניסה לחדר התאוששות
קריטריונים להכללה	כל המנותחים שהועברו למחלקה להתאוששות כללית או אמבולטורית ניתוחים שבוצעו בהרדמה כללית ו/או אזורית כל ניתוח או פרוצדורה אלקטיבית ראשון/ה באשפוז נוכחי שמגיעים לחדר התאוששות
קריטריונים להוצאה	ניתוחי לב **(לא ידווח)** ניתוחים נוירולוגים **(לא ידווח)** ניתוחי פגים **(לא ידווח)**

	הרדמה מקומית **(לא ידווח)** סדציה **(לא ידווח)** נפטרים בחדר התאוששות **(ידווח וייגרע)**	
מקור המידע	**מערכות המחשוב המנהלי בבית החולים** מספר קבלה / אשפוז ת"ז **(מוצפנת)** GIS **(אזור סוציו-אקונומי של המטופל על פי כתובתו המלאה)** מין שנת לידה תאריך כניסה לבית החולים תאריך כניסה לחדר התאוששות שעת כניסה לחדר התאוששות תאריך שחרור מחדר התאוששות שעת שחרור מחדר התאוששות תאריך פטירה שעת פטירה גורם מבטח	**מערכות מחשוב הקליני בבית החולים** קודי פרוצדורות ICD-9 תאריך התחלת ניתוח שעת התחלת ניתוח תאריך סיום ניתוח שעת סיום ניתוח תאריך התחלת הרדמה שעת התחלת ההרדמה תאריך סיום הרדמה שעת סיום ההרדמה תאריך מדידה ראשונה של טמפרטורת הגוף בחדר התאוששות שעת מדידה ראשונה של טמפרטורת הגוף בחדר התאוששות טמפרטורת הגוף אופן המדידה **(1. PO, 2. PR, 3. PA, 4. אחר, פרט בהערות 5. skin (servocontrol)** סוג ההרדמה **(1- כללית, 2- אזורית)**
יעד לשנת 2025	95%	
תקופת דיווח	אחת לרבעון	
תחילת הפקת המדד	רבעון ראשון של שנת 2017	
הערות	במקרים שמטופל עבר יותר מפרוצדורה אחת כאשר אחת מהן נכללת והשנייה מוגדרת כקריטריון להוצאה, המקרה לא ידווח.	

[1] Sessler, D. (2022). Perioperative temperature management. *UpToDate*. Retrieved May 11, 2023, from https://www.uptodate.com/contents/perioperative-temperature-management

[2] Karalapillai, D., & Story, D. (2008). Hypothermia on arrival in the intensive care unit after surgery. *Critical Care and Resuscitation*, *10*(2), 116–119.

[3] Kiekkas, P., Theodorakopoulou, G., Stefanopoulos, N., Tsotas, D., & Baltopoulos, G. I. (2011). Postoperative hypothermia and mortality in critically ill adults: review and meta-analysis. *Australian journal of advanced nursing*, *28*(4), 60-67. Retrieved from http://www.ajan.com.au/Vol28/28-4_Kiekkas.pdf

[4] Hart, S. R., Bordes, B., Hart, J., Corsino, D., & Harmon, D. (2011). Unintended perioperative hypothermia. *The Ochsner Journal*, *11*(3), 259–270.

[5] Eng, O. S., Raoof, M., O'Leary, M. P., Lew, M. W., Wakabayashi, M. T., Paz, I. B., Melstrom, L. G., & Lee, B. (2018). Hypothermia Is Associated with Surgical Site Infection in Cytoreductive Surgery with Hyperthermic Intra-Peritoneal Chemotherapy. *Surgical Infections*, *19*(6), 618–621. https://doi.org/10.1089/sur.2018.063

[6] Scott, A. V., Stonemetz, J. L., Wasey, J. O., Johnson, D. J., Rivers, R. J., Koch, C. G., & Frank, S. M. (2015). Compliance with Surgical Care Improvement Project for Body Temperature Management (SCIP Inf-10) Is Associated with Improved Clinical Outcomes. *Anesthesiology*, *123*(1), 116–125. https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000000681

[7] Rosenberger, L. H., Politano, A. D., & Sawyer, R. G. (2011). The surgical care improvement project and prevention of post-operative infection, including surgical site infection. *Surgical Infections*, *12*(3), 163–168. https://doi.org/10.1089/sur.2010.083

[8] NICE. (2008, April 23., updated 2016, December 14). *Hypothermia: prevention and management in adults having surgery.* Clinical guideline [CG65]. National Institute for Health and Care Excellence. https://www.nice.org.uk/guidance/cg65/chapter/Recommendations

[9] The ASC Quality Collaboration. (2019). *Quality Measures and Guide*. https://higherlogicdownload.s3.amazonaws.com/ASCACONNECT/1b34f1a1-0180-4005-9507-902fdf8f242e/UploadedImages/ASC_Quality_Collaboration/Documents/2019-Summary-ASC-QC-Measures.pdf

מדד 01-17-1-07-002 **שיעור המנותחים שעם כניסתם לחדר התאוששות (בתוך כ-15 דקות מסיום ההרדמה) נמדדה להם טמפרטורת גוף של 35.5°C לפחות במדידה פריפריאלית**

תיאור המדד: כל המנותחים שעברו ניתוח אלקטיבי בהרדמה כללית או אזורית והתקבלו במחלקת התאוששות כללי או אמבולטורי ונמדדה להם טמפרטורת גוף ראשונה של 35.5°C לפחות במדידה פריפריאלית (בתוך כ-15 דקות מסיום ההרדמה)

קריטריונים להכללה:

כל המנותחים שהועברו למחלקה להתאוששות כללית או אמבולטורית
ניתוחים שבוצעו בהרדמה כללית ו/או אזורית
כל ניתוח או פרוצדורה אלקטיבית ראשון/ה באשפוז נוכחי שמגיעים לחדר התאוששות

קריטריונים להוצאה:

ניתוחי לב **(לא ידווח)** **קודי אבחנות ICD-9:** P36.1- 37.12, 37.5-37.55
ניתוחים נוירולוגים **(לא ידווח)** **קודי אבחנות ICD-9:** P01-05.9
ניתוחי פגים **(לא ידווח)**
הרדמה מקומית **(לא ידווח)**
סדציה **(לא ידווח)**
נפטרים בחדר התאוששות **(ידווח וייגרע)**

תקופת דיווח: אחת לרבעון

תאריך קובע לגזירת האוכלוסייה למדד: תאריך כניסה לחדר התאוששות

עבור אוכלוסייה זו, המשתנים שיועברו על ידי בתי החולים הם:

משתנה	שמות השדות	סוג משתנה	קידוד	הסבר
קוד מדד	Measurment_ID	טקסט (14)		קוד המדד הוא: 01-17-1-07-002
קוד בית חולים	Hospital_ID	טקסט (10)		על פי הקידוד המקובל של משרד הבריאות
קוד מחלקה	Department_ID	טקסט (10)		על פי הקידוד המקובל של משרד הבריאות
ת.ז. מוצפנת	Patient_ID	טקסט (256)		**ת.ז. תועבר בצורה מוצפנת בשיטה המקובלת**
ת.ז.- ספרת ביקורת	Patientbikoret_ID	טקסט (1)		**רק** ספרת הביקורת של ת.ז.
סוג תעודה	ID_Types	טקסט (1)		תעודת זהות - 1, דרכון - 2, זמני - 3, ת.ז. פלסטינית - 4
מספר אשפוז/ מספר מקרה/ מספר קבלה	Case_Number	טקסט (50)		המספר שבית החולים מקצה לחולה כאשר הוא מתקבל לאשפוז. מספר חד-חד ערכי
שנת לידה	Birth_Year	מספר	YYYY	
מין	Gender	מספר	1- זכר, 2- נקבה	
כתובת- רחוב	Adress_Street	טקסט (100)		יש לציין את כתובת המגורים של המאושפז טרם קבלתו לבית החולים
כתובת- מספר בית	Adress_House	טקסט (100)		
כתובת- עיר	Adress_CityName	טקסט (100)		
סמל יישוב	CityCode	מספר		לפי רשימת סמלי יישוב של הלמ"ס
אשכול סוציוכלכלי	SES	מספר	1-20	אשכול סוציוכלכלי על פי הדירוג של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה
גורם מבטח	Insurance_Provider	מספר	1- כללית 2- מכבי 3- מאוחדת 4- לאומית 5- צה"ל 6- אחר, פרט בהערות	קופת החולים אליה משויך המטופל
תאריך כניסה לבית חולים	Hosp_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	
תאריך כניסה לחדר התאוששות	Recovery_Date_Start	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	
שעת כניסה לחדר התאוששות	Recovery_Time_Start	טקסט (5)	MM:HH	
תאריך שחרור מחדר התאוששות	Recovery_Date_End	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	

משתנה	שמות השדות	סוג משתנה	קידוד	הסבר
שעת שחרור מחדר התאוששות	Recovery_Time_End	טקסט (5)	MM:HH	
תאריך פטירה	Death_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך פטירה במסגרת האשפוז המדווח
שעת פטירה	Death_Time	טקסט (5)	MM:HH	
קודי פרוצדורה ICD-9	Procedure_ICD	טקסט (200)		לציין עד 3 קודי פרוצדורה ראשונים מתוך הקידוד של חדר הניתוח ולא הרשמות (מתוך רשימת הקודים להתאמה למדד), מופרדים בפסיקים
תאריך התחלת ניתוח	Surgery_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	
שעת התחלת ניתוח	Surgery_Time	טקסט (5)	MM:HH	
תאריך סיום ניתוח	SurgeryEnd_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	
שעת סיום ניתוח	SurgeryEnd_Time	טקסט (5)	MM:HH	
תאריך התחלת הרדמה	AnasStart_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	
שעת התחלת ההרדמה	AnasStart_Time	טקסט (5)	MM:HH	
תאריך סיום ההרדמה	AnasEnd_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	
שעת סיום ההרדמה	AnasEnd_Time	טקסט (5)	MM:HH	
תאריך מדידת טמפרטורה	Temp_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך מדידה ראשונה של טמפרטורת הגוף בחדר התאוששות
שעת מדידת טמפרטורה	Temp_Time	טקסט (5)	MM:HH	שעת מדידה ראשונה של טמפרטורת הגוף בחדר התאוששות
טמפרטורת הגוף	Body_Temp	דצימל	##.##	טמפרטורת הגוף הראשונה בכניסה לחדר התאוששות
אופן המדידה	Measure_Temp	מספר	1. PO 2. PR 3. PA 4. אחר, פרט בהערות 5. skin (servocontrol)	
סוג ההרדמה	Anasthesia_Type	מספר	1. כללית 2. אזורית	במקרה של ניתוח ו/או פרוצדורה עם יותר מהרדמה אחת הנכללת במדד, יש לדווח את ההרדמה הרחבה מביניהן
הערות	**Remarks**	**טקסט (200)**		**יש לרשום בטקסט חופשי את כל ההשגות וההערות לגבי המקרה שברצונכם להדגיש**

שם המדד	שיעור לידות יחיד בהפריה חוץ גופית
מספר המדד	**01-23-4-05-001**
תיאור המדד	שיעור לידות יחיד מתוך כלל לידות חי של נשים שעברו טיפול הפריה חוץ גופית
הרציונל לבחירת המדד	טיפולי ההפריה החוץ גופית בישראל והתהליכים הכרוכים בה מוסדרים בתקנות בריאות העם (הפריה חוץ גופית), התשמ"ז-1987.[1] ההכנות הראשונות בארץ להקמת תוכניות להפריה חוץ גופית החלו בשנת 1980 בשני מרכזים: במרכז הרפואי הדסה ובמרכז הרפואי שיבא בתל השומר.[2] תחום זה התפתח לאורך השנים, ובעשור האחרון ניכרת עלייה במספר טיפולי ההפריה בישראל.[3] כיום ישראל נמצאת בראש הרשימה מבחינת מספר טיפולי ההפריה בחישוב של מספר מחזורי הטיפול לנפש. ישראל היא המדינה היחידה בעולם המממנת טיפולי פוריות כמעט ללא הגבלה: טיפולי הפריה חוץ גופית כלולים בסל שירותי הבריאות שקופות החולים מחויבות לספק למבוטחיהן על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994. טיפולים אלה ניתנים למבקשים להביא לעולם ילד ראשון ושני, וזכאים להם בני זוג שאין להם ילדים בנישואיהם הנוכחיים או אישה ללא ילדים המעוניינת להקים משפחה חד-הורית.[4,3] העלייה במספר טיפולי ההפריה בישראל,[6,5] הביאה בשנות ה-90 וה-2000 לעלייה במספר הלידות המרובות עוברים, אם כי בעשור האחרון החלה מגמת ירידה בהיקף הילודים בלידות מרובות ילדים.[7] לידות מרובות עוברים מאופיינות במשקל לידה נמוך יותר, חציון גיל הריון קצר יותר,[8] ציוני אפגר נמוכים יותר ושיעור אשפוזים בטיפול נמרץ ילודים ושיעורי תמותת תינוקות גבוהים יותר בהשוואה ללידות יחיד.[10,9] הצלחת טיפול הפריה חוץ גופית תלויה במספר גורמים, כאשר הגורם החשוב ביותר הוא גיל האישה.[12,11] קיימים גורמים נוספים המשפיעים על הצלחת הטיפול כמו: משך הזמן של מצב אי פוריות, מספר מחזורי הטיפול בעבר, הגורם לאי-פוריות ונוכחות של מחלות/תסמונות מסוימות (polycystic ovary syndrome, endometriosis), מספר העוברים שהוחזרו לרחם, וביצוע של Intracytoplasmic Sperm Injection (ICSI).[14,13] בהתאם להנחיות משרד הבריאות, המבוססות על המלצות המועצה הלאומית לרפואת נשים נאונטולוגיה וגנטיקה, נייר העמדה של האגודה הישראלית לחקר הפוריות (איל"ה) והאיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה המפורסמות באתר ההסתדרות הרפואית בישראל (הר"י),[15] למטופלת שגילה עד 32 שנים יוחזר קדם עובר אחד בטיפול הראשון והשני למעט במקרים חריגים בהם איכות העוברים ירודה ואין אף קדם עובר שמתאים להקפאה. ניתן להעלות את מספר העוברים המוחזרים בהדרגה עד לארבעה, בהתאם לגיל האישה, ותוצאות מחזורי הטיפול הקודמים בנסיבות שמפורטות בנייר העמדה. ה-Centers for Disease Control and Prevention (CDC) האמריקני[16] וה- Human Fertilisation and Embryology Authority (HFEA) האנגלי[17] מודדים מדדים דומים.
סוג המדד	תוצא (outcome)

מחלקות	יחידות IVF	
מכנה	כל לידות החי של נשים שעברו טיפול של הפריה חוץ גופית עם החזרת עוברים	
מונה	כל לידות החי של נשים שעברו טיפול של הפריה חוץ גופית עם החזרת עוברים שהסתיימו בלידת יחיד	
תאריך קובע לגזירת המדד	תאריך החזרת העוברים	
קריטריונים להכללה	בעלות ת"ז ישראלית החזרת עובר/ים טרי/ים **(כולל תרומת ביצית, פונדקאות)** החזרת עובר/ים מוקפא/ים **(כולל תרומת ביצית, פונדקאות)**	
קריטריונים להוצאה	מחזורי טיפול בהם לא הוחזרו עוברים **(לא ידוע)** TESE **(לא ידוע)** IVM **(לא ידוע)**	
מקור המידע	**מערכות המחשוב המנהלי בבית החולים** ת"ז **(מוצפנת)** סוג תעודה מספר מקרה תאריך לידה מלא של האם GIS **(אזור סוציו-אקונומי של המטופל על פי כתובתו המלאה)** גורם מבטח	**מערכות המחשוב הקליני בבית החולים** תאריך החזרת העוברים מספר העוברים שהוחזרו תאריך לידת חי **(יושלם על ידי המשרד מרשם האוכלוסין)** מספר תינוקות בלידה
יעד לשנת 2025	טרם נקבע יעד	
תקופת דיווח	אחת לשנה	
תחילת הפקת המדד	2024 עבור מחזורי טיפול שבוצעו ב-2023	
הערות	הנתונים יתקבלו ממסד הנתונים הלאומי למחזורי טיפול בהפריה חוץ גופית עם השלמת הדיווח על לידות חי.	

[1] הכנסת. (1987). *תקנות בריאות העם (הפריה חוץ־גופית), התשמ"ז-1987*. משרד הבריאות. הוצאת הלכות. https://www.gov.il/BlobFolder/legalinfo/briut33/he/files_legislation_briut_Briut33.pdf

[2] גיל, מ., לאופר, נ. (2018). כיצד הפכה ישראל למעצמת הפריה חוץ–גופית: ארבעים שנים ללידתה של תינוקת המבחנה הראשונה - לואיז בראון. *הרפואה, כרך 157*, חוב' 11. https://cdn.doctorsonly.co.il/2018/11/14_moran_gill.pdf

[3] אלדר-גבע, ט., סממה, א., לרנר גבע, ל. (2018). טיפולי הפריה חוץ גופית בישראל :מדיניות המימון הציבורי והשלכותיה. *הרפואה, כרך 157*, חוב' 11. https://cdn.doctorsonly.co.il/2018/11/15_talia-eldar.pdf

[4] הכנסת. *חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994*. משרד הבריאות. הוצאת הלכות. https://www.gov.il/BlobFolder/legalinfo/bituah01/he/files_legislation_Bituah_Bituah_01.pdf

[5] אגף המידע. (2020). *טיפולי הפריה חוץ גופית, 1990-2018*. משרד הבריאות. https://www.gov.il/BlobFolder/news/11082020_02/en/NEWS_spokesmanship_ivf1990-2018.pdf

[6] אגף המידע, חטיבת טכנולוגיות רפואיות, מידע ומחקר. (2021). *טיפולי הפריה חוץ גופית 1990-2019*. משרד הבריאות. https://www.gov.il/BlobFolder/reports/ivf-reports/he/files_publications_info_unit_IVF1990-2019.pdf

[7] הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. (2022). *ילודה ופריון בישראל 2020*. מדינת ישראל. https://www.cbs.gov.il/he/mediarelease/DocLib/2022/062/01_22_062b.pdf

[8] אגף המידע, חטיבת טכנולוגיות רפואיות, מידע ומחקר המחלקה לאם ולילד שירותי בריאות הציבור. (2017). *לידות חי בישראל 2000-2015*. משרד הבריאות. https://www.gov.il/BlobFolder/reports/live-birth-in-israel/he/files_publications_units_info_birth_2000_2015.pdf

[9] Ochsenkühn, R., Strowitzki, T., Gurtner, M., Strauss, A., Schulze, A., Hepp, H., & Hillemanns, P. (2003). Pregnancy complications, obstetric risks, and neonatal outcome in singleton and twin pregnancies after GIFT and IVF. *Archives of Gynecology and Obstetrics, 268*(4), 256–261. https://doi.org/10.1007/s00404-003-0518-5

[10] רובין, ל. יוסף, ע. ופישר, נ. (2011). *דו"ח תמותת תינוקות ותמותה פרינטלית בישראל לשנות 2008 – 2011*. המחלקה לאם ולילד, משרד הבריאות. https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/Infant_mortality_rate-2008-2011.pdf

[11] Piette, C. et al. (1990). In-vitro fertilization: influence of women's age on pregnancy rates. Human Reproduction; 5(1): 56-59

[12] NHS. (n.d., last reviewed 2021, October 18). *IVF - NHS*. National Health Services. Retrieved August 2, 2022, from https://www.nhs.uk/conditions/ivf/

[13] Elizur, S. et al. (2005). Factors predicting IVF treatment outcome: a multivariate analysis of 5310 cycles. *Reproductive Biomedicine Online. 10*(5): 645-649

[14]Vaegter, K. K., Lakic, T. G., Olovsson, M., Berglund, L., Brodin, T., & Holte, J. (2017). Which factors are most predictive for live birth after in vitro fertilization and intracytoplasmic sperm injection (IVF/ICSI) treatments? Analysis of 100 prospectively recorded variables in 8,400 IVF/ICSI single-embryo transfers. *Fertility and Sterility*, *107*(3), 641-648.e2. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2016.12.005

[15] פרופ' עמית, ע., פרופ' יונס, ג'., פרופ' זיידמן, ד., ד"ר קלדרון, א., פרופ' בן יוסף, ד., ד"ר אייזנמן, ע. (2018). *החזרת עוברים בתהליך הפריה חוץ גופית*. נייר עמדה מספר 201, מהדורה שלישית. ההסתדרות הרפואית בישראל. https://www.ima.org.il/userfiles/image/Ne119_IVF.pdf

[16] CDC. (n.d., last reviewed 2022, February 1). *2019 Assisted Reproductive Technology Fertility Clinic and National Summary Report.* Centers for Disease Control and Prevention. Retrieved August 2, 2022, from https://www.cdc.gov/art/reports/2019/fertility-clinic.html

[17] HFEA. (n.d). *Fertility treatment 2019: trends and figures*. Human Fertilisation and Embryology Authority. Retrieved August 2, 2022, from https://www.hfea.gov.uk/about-us/publications/research-and-data/fertility-treatment-2019-trends-and-figures/

מדד 01-23-4-05-001 שיעור לידות יחיד בהפריה חוץ גופית

תיאור המדד: שיעור לידות יחיד מתוך כלל לידות חי של נשים שעברו טיפול הפריה חוץ גופית

קריטריונים להכללה:
בעלות ת"ז ישראלית
החזרת עובר/ים טרי/ים **(כולל תרומת ביצית, פונדקאות)**
החזרת עובר/ים מוקפא/ים **(כולל תרומת ביצית, פונדקאות)**

קריטריונים להוצאה:
מחזורי טיפול בהם לא הוחזרו עוברים (**לא ידווח)**
TESE **(לא ידווח)**
IVM **(לא ידווח)**

תקופת דיווח: אחת לשנה

תאריך קובע לגזירת האוכלוסייה למדד: תאריך החזרת העוברים

עבור אוכלוסייה זו, המשתנים שיועברו על ידי יחידות ההפריה הם:

משתנה	שמות השדות	סוג משתנה	קידוד	הסבר
קוד מדד	Measurment_ID	טקסט (14)		קוד המדד הוא: 01-23-1-05-001
קוד בית חולים	Hospital_ID	טקסט (10)		על פי הקידוד המקובל של משרד הבריאות
ת.ז. מוצפנת	Patient_ID	טקסט (256)		**ת.ז. תועבר בצורה מוצפנת בשיטה המקובלת**
ת.ז.- ספרת ביקורת	Patientbikoret_ID	טקסט (1)		רק ספרת הביקורת של ת.ז.
סוג תעודה	ID_Types	טקסט (1)		תעודת זהות -1, דרכון - 2, זמני -3, ת.ז. פלסטינית - 4
מספר מקרה	Case_Number	טקסט (50)		המספר שהיחידה מקצה למטופלת כאשר היא מתקבלת לטיפול. מספר חד חד ערכי
תאריך לידה מלא של האם	Birth_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	
כתובת- רחוב	Adress_Street	טקסט (100)		
כתובת- מספר בית	Adress_House	טקסט (100)		
כתובת- עיר	Adress_CityName	טקסט (100)		
סמל יישוב	CityCode	מספר		לפי רשימת סמלי יישוב של הלמ"ס
אשכול סוציוכלכלי	SES	מספר	1-20	אשכול סוציוכלכלי על פי הדירוג של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה
גורם מבטח	Insurance_Provider	מספר	1- כללית 2- מכבי 3- מאוחדת 4- לאומית 5- צה"ל 6- אחר, פרט בהערות	קופת החולים אליה משויך המטופל
תאריך החזרת העוברים	Embryo_Transfer_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	
מספר העוברים שהוחזרו	No_Embryos_Transfer	טקסט (100)		
תאריך לידת חי	Birth_Live_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	יילקח ממרשם האוכלוסין
מספר תינוקות בלידה	Baby_Number		מספר	1-8
הערות	**Remarks**	**טקסט (200)**		**יש לרשום בטקסט חופשי את כל ההשגות וההערות לגבי המקרה שברצונכם להדגיש**

שם המדד	שיעור הפגים שבקבלתם לפגייה חום גופם עמד על 36°C לפחות
מספר המדד	**01-17-1-08-001**
תיאור המדד	שיעור הפגים שנולדו בין שבוע 23+0 ועד לשבוע 31+6 להיריון אשר מיד עם קבלתם ולא יאוחר מ-15 דקות מקבלתם לפגייה, חום גופם עמד על לפחות 36°C במדידת PA או skin, או לפחות 36.5°C במדידת PR
הרציונל לבחירת המדד	אובדן מהיר של חום הגוף (היפותרמיה) מתרחש בפגים עקב משקל גוף נמוך ביחס לשטח פני הגוף ומחסור במנגנונים תרמורגולטורים של הגוף. ככל שפג נולד במשקל לידה נמוך יותר, עולה הסיכוי להיפותרמיה.[2,1] מצב היפותרמי בקרב פגים גורם לתחלואה, הכוללת בעיות נשימתיות, בעיות מטבוליות כגון היפוגליקמיה, דימום תוך מוחי ואף מוות.[4,3] פגים נמצאים בסיכון הגבוה ביותר להיפותרמיה בחדר לידה מיד אחרי לידה, ובכניסה לטיפול נמרץ יילודים. גורמי סיכון להיפותרמיה כוללים טמפרטורת חדר לידה מתחת ל-25 מעלות, טמפרטורת גוף היולדת מתחת ל-36 מעלות, חוסר באמצעים למניעת אובדן חום גוף (לרבות כיסוי פלסטי וכיסוי ראש), המשך ירידה במשקל גוף, לידה בניתוח קיסרי ושימוש בתמיכה נשימתית עם אוויר קר.[6,5] מהספרות עולה כי ישנן מספר טכניקות המשמשות לחימום הפג סמוך ללידה, שלעיתים עלולות גם לגרום לחימום יתר, מעל 37.5°C.[8,7] לכן, ניטור טמפרטורת הגוף ב-15 דקות הראשונות לקבלתו לפגייה, והתערבות במידת הצורך, הם קריטיים להישרדות הפג.[10,9]
סוג המדד	תהליך (process)
מחלקות	פגייה
מכנה	כל הפגים שנולדו בין שבוע 23+0 ועד לשבוע 31+6 להיריון
מונה	כל הפגים שנולדו בין שבוע 23+0 ועד לשבוע 31+6 להיריון שבקבלתם לפגייה טמפרטורת גופם הייתה לפחות 36°C במדידת PA או skin, או לפחות 36.5°C במדידת PR
תאריך קובע לגזירת המדד	תאריך הכניסה לפגייה
קריטריונים להכללה	פגים שנולדו בין שבוע 23+0 ועד לשבוע 31+6 להיריון
קריטריונים להוצאה	פגים שנולדו מחוץ לבית החולים **(לא ידווח)** פגים ששהו בפגייה פחות מ-15 דקות (נפטרו) **(ידווח וייגרע)**
מקור המידע	**מערכות המחשוב המנהלי בבית החולים** מספר קבלה/אשפוז אם ת"ז אם **(מוצפנת)** מספר מקרה פג **מערכות המחשוב הקליני בבית החולים** תאריך לידת הפג שעת לידת הפג מקום לידה **(1. חדר לידה, 2. חדר ניתוח, 3. אחר)**

	ת"ז פג **(מוצפנת)** GIS **(אזור סוציו-אקונומי של המטופל על פי כתובתו המלאה)** מין הפג תאריך כניסת היולדת לבית החולים שעת כניסת היולדת לבית החולים תאריך כניסה לפגייה שעת כניסה לפגייה תאריך פטירת הפג שעת פטירת הפג תאריך שחרור מהפגייה שעת שחרור מהפגייה גורם מבטח	שבוע ויום ההיריון בלידה משקל בלידה תאריך מדידת חום ראשונה בפגייה שעת מדידת חום ראשונה בפגייה טמפרטורת גוף הפג בכניסה לפגייה אופן המדידה **(1. PR, 2. PA, 3. skin)**
יעד לשנת 2025	95%	
תקופת דיווח	אחת לרבעון	
תחילת הפקת המדד	רבעון ראשון של שנת 2017	
הערות	ניתן להגיש השגה פרטנית לפי נוהל השגות פרטניות במקרים בהם הפג הוגדר כמקבל טיפול תומך בלבד. זמן שלילי – במקרה של קבלה אדמיניסטרטיבית שהתבצעה לאחר מדידת החום יתקבל זמן שלילי עד חצי שעה וייחשב לזמן 0.	

[1] Bhatt, D. R., White, R., Martin, G., Van Marter, L. J., Finer, N., Goldsmith, J. P., Ramos, C., Kukreja, S., & Ramanathan, R. (2010). Transitional hypothermia in preterm newborns. *Advances in Neonatal Care*, *10*(5 Suppl), S15-7. https://doi.org/10.1097/ANC.0b013e3181ef7dfd

[2] Bissinger, R. L., & Annibale, D. J. (2010). Thermoregulation in very low-birth-weight infants during the golden hour: results and implications. *Advances in Neonatal Care*, *10*(5), 230–238. https://doi.org/10.1097/ANC.0b013e3181f0ae63

[3] Miller, S. S., Lee, H. C., & Gould, J. B. (2011). Hypothermia in very low birth weight infants: distribution, risk factors and outcomes. *Journal of Perinatology*, *31 Suppl 1*, S49-56. https://doi.org/10.1038/jp.2010.177

[4] Russo, A., McCready, M., Torres, L., Theuriere, C., Venturini, S., Spaight, M., ... & Grunebaum, A. (2014). Reducing hypothermia in preterm infants following delivery. *Pediatrics, 133*, e1055-e1062. doi: 10.1542/peds.2013-2544

[5] Mandey, G. T. (2021). Short-term complications of the preterm infant. *UpToDate*. Retrieved May 11, 2023, from https://www.uptodate.com/contents/short-term-complications-of-the-preterm-infant

[6] Laptook, A. R., Bell, E. F., Shankaran, S., Boghossian, N. S., Wyckoff, M. H., Kandefer, S., Walsh, M., Saha, S., Higgins, R., & Generic and Moderate Preterm Subcommittees of the NICHD Neonatal Research Network. (2018). Admission Temperature and Associated Mortality and Morbidity among Moderately and Extremely Preterm Infants. *The Journal of Pediatrics*, *192*, 53-59.e2. https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2017.09.021

[7] Russo, A., McCready, M., Torres, L., Theuriere, C., Venturini, S., Spaight, M., Hemway, R. J., Handrinos, S., Perlmutter, D., Huynh, T., Grunebaum, A., & Perlman, J. (2014). Reducing hypothermia in preterm infants following delivery. *Pediatrics*, *133*(4), e1055-62. https://doi.org/10.1542/peds.2013-2544

[8] Schwarzmann Aley-Raz, E., Talmon, G., Peniakov, M., Hasanein, J., Felszer-Fisch, C., & Weiner, S. A. (2020). Reducing neonatal hypothermia in premature infants in an israeli neonatal intensive care unit. *The Israel Medical Association Journal*, *22*(9), 542–546.

[9] McCall, E. M., Alderdice, F., Halliday, H. L., Vohra, S., & Johnston, L. (2018). Interventions to prevent hypothermia at birth in preterm and/or low birth weight infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *2*(2), CD004210. https://doi.org/10.1002/14651858.CD004210.pub5

[10] Billimoria, Z., Chawla, S., Bajaj, M., & Natarajan, G. (2013). Improving admission temperature in extremely low birth weight infants: a hospital-based multi-intervention quality improvement project. *Journal of Perinatal Medicine*, *41*(4), 455–460. https://doi.org/10.1515/jpm-2012-0259

מדד 01-17-1-08-001 **<u>שיעור הפגים שבקבלתם לפגייה חום גופם עמד על 36°C לפחות</u>**

תיאור המדד: שיעור הפגים שנולדו בין שבוע 0+23 ועד לשבוע 6+31 להיריון אשר מיד עם קבלתם ולא יאוחר מ-15 דקות מקבלתם לפגייה, חום גופם עמד על לפחות 36°C במדידת PA או skin, או לפחות 36.5°C במדידת PR

קריטריונים להכללה:
פגים שנולדו בין שבוע 0+23 ועד לשבוע 6+31 להיריון

קריטריונים להוצאה:
פגים שנולדו מחוץ לבית החולים **(לא ידווחו)**
פגים ששהו בפגייה פחות מ-15 דקות (נפטרו) **(ידווח וייגרע)**

תקופת דיווח: אחת לרבעון

תאריך קובע לגזירת האוכלוסייה למדד: תאריך הכניסה לפגייה

עבור אוכלוסייה זו, המשתנים שיועברו על ידי בתי החולים הם:

משתנה	שמות השדות	סוג משתנה	קידוד	הסבר
קוד מדד	Measurment_ID	טקסט (14)		קוד המדד הוא: 01-17-1-08-001
קוד בית חולים	Hospital_ID	טקסט (10)		על פי הקידוד המקובל של משרד הבריאות
קוד מחלקה	Department_ID	טקסט (10)		על פי הקידוד המקובל של משרד הבריאות
ת.ז. מוצפנת של האם	Patient_ID	טקסט (256)		**ת.ז. תועבר בצורה מוצפנת בשיטה המקובלת**
ת.ז.- ספרת ביקורת האם	Patientbikoret_ID	טקסט (1)		רק ספרת הביקורת של ת.ז.
סוג תעודה האם	ID_Types	טקסט (1)		תעודת זהות -1 , דרכון - 2, זמני -3 , ת.ז. פלסטינית - 4
מספר אשפוז/ מספר מקרה/ מספר קבלה של האם	Case_Number_Mother	טקסט (50)		המספר שבית החולים מקצה לחולה כאשר הוא מתקבל לאשפוז. מספר חד-חד ערכי
ת.ז. מוצפנת של הפג	Patient_Baby_ID	טקסט (256)		**ת.ז. תועבר בצורה מוצפנת בשיטה המקובלת**
ת.ז.- ספרת ביקורת פג	Patientbikoret_Baby_ID	טקסט (1)		**רק** ספרת הביקורת של ת.ז.
סוג תעודה פג	Baby_ID_Types	טקסט (1)		תעודת זהות - 1, דרכון - 2, זמני - 3, ת.ז. פלסטינית - 4
מספר מקרה/ אשפוז של הפג	Case_Number_Baby	טקסט (50)		המספר שבית החולים מקצה לפג כאשר מתקבל לפגייה. מספר חד-חד ערכי
מין הפג	Gender	מספר	1- זכר, 2- נקבה	
כתובת- רחוב	Adress_Street	טקסט (100)		יש לציין את כתובת המגורים של המאושפז טרם קבלתו לבית החולים
כתובת- מספר בית	Adress_House	טקסט (100)		
כתובת- עיר	Adress_CityName	טקסט (100)		
סמל יישוב	CityCode	מספר		לפי רשימת סמלי יישוב של הלמ"ס
אשכול סוציו-כלכלי	SES	מספר	1-20	אשכול סוציו-כלכלי על פי הדירוג של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה
גורם מבטח	Insurance_Provider	מספר	1- כללית 2- מכבי 3- מאוחדת 4- לאומית 5- צה"ל 6- אחר, פרט בהערות	קופת החולים אליה משויך המטופל
תאריך כניסת היולדת לבית החולים	Hosp_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך המגע הראשון של היולדת עם בית החולים (מלר"ד/מיון נשים/ מחלקה/ חדר ניתוח וכדומה)
שעת כניסת היולדת לבית החולים	Hosp_Time	טקסט (10)	MM:HH	שעת המגע הראשון של היולדת עם בית החולים (מלר"ד/מיון נשים/ מחלקה/ חדר ניתוח וכדומה)
תאריך כניסה לפגייה	NICU_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	
שעת כניסה לפגייה	NICU_Time	טקסט (5)	HH:MM	
תאריך שחרור מהפגייה	NICU_Discharge_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	
שעת שחרור מהפגייה	NICU_Discharge_Time	טקסט (5)	HH:MM	
תאריך לידת הפג	Birth_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך לידת הפג

משתנה	שמות השדות	סוג משתנה	קידוד	הסבר
שעת לידת הפג	Birth_Time	טקסט (5)	HH:MM	שעת לידת הפג
תאריך פטירת הפג	Death_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך פטירת הפג
שעת פטירת הפג	Death_Time	טקסט (5)	MM:HH	שעת פטירת הפג
מקום לידה	Birth_Place	מספר	1. חדר לידה 2. חדר ניתוח 3. אחר	
שבוע ויום ההיריון בלידה	Week_Number	מספר דצימלי	#.##	שבוע ויום היריון ביום לידת הפג
משקל בלידה	Weight_Value	מספר		משקל בגרמים
תאריך מדידת טמפרטורה ראשונה	Temp_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך מדידת טמפרטורה ראשונה בפגייה
שעת מדידת טמפרטורה ראשונה	Temp_Time	טקסט (5)	MM:HH	שעת מדידת טמפרטורה ראשונה בפגייה
טמפרטורת גוף הפג בכניסה לפגייה	Body_Temp	דצימל	##.##	טמפרטורת גוף הפג בכניסה לפגייה
אופן המדידה	Measure_Temp	מספר	1. PR 2. PA 3. skin	
הערות	**Remarks**	**טקסט (200)**		**יש לרשום בטקסט חופשי את כל ההשגות וההערות לגבי המקרה שברצונכם להדגיש**

שם המדד	שיעור ביצוע US מוח תוך 7 ימים מהכניסה לפגייה בקרב פגים שנולדו בין השבועות 28.6-24.0
מספר המדד	**01-20-1-08-001**
תיאור המדד	שיעור ביצוע **US מוח** תוך 7 ימים מהכניסה לפגייה בקרב פגים שנולדו בין השבועות 28.6-24.0 ואשר פוענח על ידי רדיולוג מומחה או נאונטולוג מומחה
הרציונל לבחירת המדד	דימום מוחי בפגים הינה תופעה שיכולה להוביל לפגיעה בהתפתחות הקוגניטיבית, נכות ומוות. כ-90% ממקרי הדימום המוחי מתרחשים תוך 3 ימים לאחר הלידה. לפי המלצות ה-American Academy of Neurology[1] ושל פרויקט "שומרי הראש" של האיגוד הישראלי לניאונטולוגיה,[2] יש לבצע לפגים בדיקות הדמיה של US מח בשבוע הראשון שלאחר הלידה. מקובל לדרג את חומרת הדימום לפי הדירוגים של Papile. חומרת הדימום מחולקת ל-4 דרגות כאשר דרגות 1-2 מתארות דימום קל, ואילו דרגות 3-4 מתארות דימום חריג.[3] כ-60% מהפגים במשקל לידה נמוך בעלי דרגת דימום חריגה, יאובחנו בגיל מאוחר יותר עם CP ולקויות התפתחויות חמורות.[4] ישנם מספר גורמי סיכון לדימום מוחי בדרגה חמורה וביניהם: גיל לידה נמוך (שבוע 23-24), חוסר שימוש בסטרואידים קדם לידתיים, asphyxia, טיפול ב-$NaHCO_3$ במקרים בהם הוולד נולד במצב של acidosis, ותינוקות שבימים הראשונים לחייהם נדרשו לטיפול ב-hypotension.[5] בישראל, US מוחי מבוצע ל-92.7% מהתינוקת במשקל לידה נמוך (≤1,500 גר').[6] שיעור הפגים שנולדו בשבועות 24-28 עם דימום ברמה חמורה (>3) עומד על 12%, וגבוה בהשוואה למדינות אחרות, בהן השיעורים נמוכים יותר ועומדים על טווח שיעורים של בין 4%-10% במדינות אוסטרליה, קנדה, יפן, שוודיה, שוויץ, ספרד ואנגליה.[7] הנחיית ה-Canadian Pediatric Society היא לבצע סקירת אולטרסאונד מוחי לתינוקות שנולדו לפני שבוע 32 להיריון.[8]
סוג המדד	תהליך (process)
מחלקות	פגייה
מכנה	כל התינוקות שנולדו בין שבועות 28.6-24.0 בבית החולים בתקופה הנמדדת
מונה	כל התינוקות שנולדו בין שבועות 28.6-24.0 בבית החולים בתקופה הנמדדת ובוצעה להם לפחות בדיקת הדמיה אחת של US מוח עד גיל 7 ימים שפוענחה ונחתמה על ידי רדיולוג מומחה או נאונטולוג מומחה
תאריך קובע לגזירת המדד	תאריך כניסה לפגייה

קריטריונים להכללה	תינוקות שנולדו בין שבועות 24.0-28.6 בבית החולים לידת פג באמבולנס והעברתו ישירות לפגייה תינוקות שנפטרו במהלך האשפוז	
קריטריונים להוצאה	תינוקות שנולדו לפני שבוע 24.0 או אחרי שבוע 28.6 בבית החולים **(לא ידווח)** אננצפלוס (לפי קודי ICD-9) **(ידווח וייגרע)** תינוקות שהועברו לבי"ח אקוטי אחר תוך 7 ימים מהכניסה לפגייה **(ידווח וייגרע)** תינוקות שהועברו מבי"ח אקוטי אחר תוך 7 ימים מתאריך הלידה **(ידווח וייגרע)** תינוקות שנפטרו תוך 7 ימים מהכניסה לפגייה **(ידווח וייגרע)**	
מקור המידע	**מערכות המחשוב המנהלי בבית החולים** מספר קבלה / אשפוז פג מספר קבלה / אשפוז אם ת"ז אם **(מוצפנת)** שנת לידה של האם ת"ז פג **(מוצפנת)** GIS **(אזור סוציו-אקונומי של המטופל על פי כתובתו המלאה)** מין הפג תאריך כניסת היולדת לבית החולים שעת כניסת היולדת לבית החולים תאריך כניסה לפגייה שעת כניסה לפגייה תאריך פטירה של הפג שעת פטירת הפג תאריך שחרור מהפגייה שעת שחרור מהפגייה גורם מבטח העברה לבית חולים אקוטי אחר תינוקות שהועברו מבי"ח אקוטי אחר תוך 7 ימים מתאריך הלידה	**מערכות המחשוב הקליני בבית החולים** תאריך לידת הפג שעת לידת הפג שבוע ויום ההיריון בלידה משקל בלידה מקום לידה **(1. חדר לידה, 2. חדר ניתוח, 3. אחר, 4. אמבולנס)** תאריך ביצוע US מוחי **(יש לדווח את הבדיקה הראשונה מהכניסה לפגייה)** שעת ביצוע US מוחי **(יש לדווח את הבדיקה הראשונה מהכניסה לפגייה)** חומרת דימום ב-US מוחי (חובת דיווח מ-2022) **(ללא דימום;** **הדימום מוגבל ל-germinal matrix;** **דימום לתוך חדרי המוח, אך הם אינם מורחבים;** **דימום לתוך חדרי המוח והרחבה שלהם;** **דימום לתוך רקמת המוח)** תאריך פענוח US מוח חתום ע"י רדיולוג מומחה / נאונטולוג מומחה קוד אבחנה ICD-9 אננצפלוס
יעד לשנת 2025	95%	
תקופת דיווח	אחת לרבעון	
תחילת הפקת המדד	רבעון ראשון של שנת 2020	

הערות	פענוח הבדיקה על ידי רדיולוג מומחה או נאונטולוג מומחה עד 8 ימים מכניסה לפגייה ייחשב לעמידה במדד. החל מ-2022 עדכון נתון "חומרת דימום" הינו משתנה חובה לדיווח (0-4).

[1] Leijser, L. M., de Vries, L. S., & Cowan, F. M. (2006). Using cerebral ultrasound effectively in the newborn infant. *Early Human Development*, *82*(12), 827–835. https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2006.09.018

[2] האיגוד הישראלי לניאונטולוגיה. (2019). *שומרי ראש*. אוחזר בתאריך 11 ספטמבר, 2019 מתוך https://neonatology.ima.org.il/ViewContent.aspx?CategoryId=5637

[3] Payne, A. H., Hintz, S. R., Hibbs, A. M., Walsh, M. C., Vohr, B. R., Bann, C. M., Wilson-Costello, D. E., & Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network. (2013). Neurodevelopmental outcomes of extremely low-gestational-age neonates with low-grade periventricular-intraventricular hemorrhage. *JAMA Pediatrics*, *167*(5), 451–459. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.866

[4] Bolisetty, S., Dhawan, A., Abdel-Latif, M., Bajuk, B., Stack, J., Lui, K., & New South Wales and Australian Capital Territory Neonatal Intensive Care Units' Data Collection. (2014). Intraventricular hemorrhage and neurodevelopmental outcomes in extreme preterm infants. *Pediatrics*, *133*(1), 55–62. https://doi.org/10.1542/peds.2013-0372

[5] Szpecht, D., Szymankiewicz, M., Nowak, I., & Gadzinowski, J. (2016). Intraventricular hemorrhage in neonates born before 32 weeks of gestation-retrospective analysis of risk factors. *Child's Nervous System*, *32*(8), 1399–1404. https://doi.org/10.1007/s00381-016-3127-x

[6] המרכז הלאומי לבקרת מחלות, מכון גרטנר - היחידה לחקר בריאות האישה והילד והאיגוד הישראלי לנאונטולוגיה. (2022). *מסד הנתונים הלאומי של תינוקות במשקל לידה נמוך מאוד (1500 גרם או פחות) דו"ח מסכם – 2020 ומגמות השנים 2016-2020*. היחידה לחקר בריאות האישה והילד, מכון גרטנר.
http://www.gertnerinst.org.il/epidemiology/woman_child/vlbw_registry/vlbw_registry_reports/885.htm

[7] Shah, P. S., Lui, K., Sjörs, G., Mirea, L., Reichman, B., Adams, M., Modi, N., Darlow, B. A., Kusuda, S., San Feliciano, L., Yang, J., Håkansson, S., Mori, R., Bassler, D., Figueras-Aloy, J., Lee, S. K., & International Network for Evaluating Outcomes (iNeo) of Neonates. (2016). Neonatal outcomes of very low birth weight and very preterm neonates: an international comparison. *The Journal of Pediatrics*, *177*, 144-152.e6. https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2016.04.083

[8] Canadian Paediatric Society. (2020). *Routine imaging of the preterm neonatal brain.* https://www.cps.ca/en/documents/position/routine-imaging-of-preterm-neonatal-brain

מדד 01-20-1-08-001 שיעור ביצוע US מוח תוך 7 ימים מכניסה לפגייה בקרב פגים שנולדו בין השבועות 24.0-28.6

תיאור המדד: שיעור ביצוע US מוח תוך 7 ימים מהכניסה לפגייה בקרב פגים שנולדו בין השבועות 24.0-28.6 ואשר פוענח על ידי רדיולוג מומחה או נאונטולוג מומחה

קריטריונים להכללה:
תינוקות שנולדו בין שבועות 24.0-28.6 בבית החולים
לידת פג באמבולנס והעברתו ישירות לפגייה
תינוקות שנפטרו במהלך האשפוז

קריטריונים להוצאה:
תינוקות שנולדו לפני שבוע 24.0 או אחרי שבוע 28.6 בבית החולים **(לא ידווח)**
אננצפלוס (לפי קודי ICD-9) **(ידווח וייגרע)**
תינוקות שהועברו לבי"ח אקוטי אחר תוך 7 ימים מהכניסה לפגייה **(ידווח וייגרע)**
תינוקות שהועברו מבי"ח אקוטי אחר תוך 7 ימים מתאריך הלידה **(ידווח וייגרע)**
תינוקות שנפטרו תוך 7 ימים מהכניסה לפגייה **(ידווח וייגרע)**

קודים: הוצאה

740.0 ,740

תקופת דיווח: אחת לרבעון

תאריך קובע לגזירת האוכלוסייה למדד: תאריך כניסה לפגייה

עבור אוכלוסייה זו, המשתנים שיועברו על ידי בתי החולים הם:

משתנה	שמות השדות	סוג משתנה	קידוד	הסבר
קוד מדד	Measurment_ID	טקסט (14)		קוד המדד הוא: 01-20-1-08-001
קוד בית חולים	Hospital_ID	טקסט (10)		על פי הקידוד המקובל של משרד הבריאות
קוד מחלקה	Department_ID	טקסט (10)		על פי הקידוד המקובל של משרד הבריאות
ת.ז. מוצפנת של האם	Patient_ID	טקסט (256)		**ת.ז. תועבר בצורה מוצפנת בשיטה המקובלת**
ת.ז.- ספרת ביקורת האם	Patientbikoret_ID	טקסט (1)		**רק** ספרת הביקורת של ת.ז.
סוג תעודה האם	ID_Types	טקסט (1)		תעודת זהות - 1, דרכון - 2, זמני - 3, ת.ז. פלסטינית - 4
מספר אשפוז/ מספר מקרה/ מספר קבלה של האם	Case_Number_Mother	טקסט (50)		המספר שבית החולים מקצה לחולה כאשר הוא מתקבל לאשפוז. מספר חד-חד ערכי
ת.ז. מוצפנת של הפג	Patient_Baby_ID	טקסט (256)		**ת.ז. תועבר בצורה מוצפנת בשיטה המקובלת**
ת.ז.- ספרת ביקורת פג	Patientbikoret_Baby_ID	טקסט (1)		רק ספרת הביקורת של ת.ז.
סוג תעודה פג	Baby_ID_Types	טקסט (1)		תעודת זהות -1 , דרכון - 2, זמני -3 , ת.ז. פלסטינית - 4
מספר מקרה/ אשפוז של הפג	Case_Number_Baby	טקסט (50)		המספר שבית החולים מקצה לפג כאשר מתקבל לפגייה. מספר חד-חד ערכי
מין הפג	Gender	מספר	1- זכר, 2- נקבה	
כתובת- רחוב	Adress_Street	טקסט (100)		יש לציין את כתובת המגורים של המאושפז טרם קבלתו לבית החולים
כתובת- מספר בית	Adress_House	טקסט (100)		
כתובת- עיר	Adress_CityName	טקסט (100)		
סמל יישוב	CityCode	מספר		לפי רשימת סמלי יישוב של הלמ"ס
אשכול סוציו-כלכלי	SES	מספר	1-20	אשכול סוציו-כלכלי על פי הדירוג של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה
גורם מבטח	Insurance_Provider	מספר	1- כללית 2- מכבי 3- מאוחדת 4- לאומית 5- צה"ל 6- אחר, פרט בהערות	קופת החולים אליה משויך המטופל
העברה לבית חולים אקוטי אחר	Discharge_Hosp	מספר	1- כן, 0- לא	
תינוקות שהועברו מבי"ח אקוטי אחר תוך 7 ימים מתאריך הלידה	Baby_Transferred	מספר	1- כן, 0- לא	
תאריך כניסת היולדת לבית החולים	Hosp_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך המגע הראשון של היולדת עם בית החולים (מלר"ד/מיון נשים/ מחלקה/ חדר ניתוח וכדומה)

משתנה	שמות השדות	סוג משתנה	קידוד	הסבר
שעת כניסת היולדת לבית החולים	Hosp_Time	טקסט (10)	MM:HH	שעת המגע הראשון של היולדת עם בית החולים (מלר"ד/מיון נשים/ מחלקה/ חדר ניתוח וכדומה)
תאריך כניסה לפגייה	NICU_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	
שעת כניסה לפגייה	NICU_Time	טקסט (5)	HH:MM	
תאריך שחרור מהפגייה	NICU_Discharge_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	
שעת שחרור מהפגייה	NICU_Discharge_Time	טקסט (5)	HH:MM	
תאריך לידת הפג	Birth_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך לידת הפג
שעת לידת הפג	Birth_Time	טקסט (5)	HH:MM	שעת לידת הפג
תאריך פטירת הפג	Death_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך פטירת הפג
שעת פטירת הפג	Death_Time	טקסט (5)	MM:HH	שעת פטירת הפג
שבוע ויום ההיריון בלידה	Week_Number	מספר דצימלי	#.##	שבוע ויום היריון ביום לידת הפג
משקל בלידה	Weight_Value	מספר		משקל בגרמים
מקום לידה	Birth_Place	מספר	1. חדר לידה 2. חדר ניתוח 3. אחר 4. אמבולנס	אישה שילדה באמבולנס והפג נכנס ישירות לפגייה - ייכלל במדד
תאריך ביצוע US מוחי	US_Brain_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך ביצוע US מוחי. יש לדווח את הבדיקה הראשונה מהכניסה לפגייה
שעת ביצוע US מוחי	US_Brain_Time	טקסט (5)	MM:HH	שעת ביצוע US מוחי. יש לדווח את הבדיקה הראשונה מהכניסה לפגייה
חומרת דימום ב-US מוחי	Bleed_Severity	מספר	0- ללא דימום 1- הדימום מוגבל ל-germinal matrix 2- דימום לתוך חדרי המוח, אך הם אינם מורחבים 3- דימום לתוך חדרי המוח והרחבה שלהם 4- דימום לתוך רקמת המוח	החל מ-2022 עדכון נתון "חומרת דימום" הינו משתנה חובה לדיווח
תאריך פענוח US מוח חתום ע"י רדיולוג מומחה / נאונטולוג מומחה	US_Analysis_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	
קוד אבחנה ICD-9 אננצפלוס	Diagnosis_ICD	טקסט (200)		יש לציין את קודי האבחנה. את הקודים יש לתת ברשימה של כל האבחנות, מופרדים בפסיקים
הערות	**Remarks**	**טקסט (200)**		**יש לרשום בטקסט חופשי את כל ההשגות וההערות לגבי המקרה שברצונכם להדגיש**

שם המדד	שיעור היילודים שניזונו מהנקה בלעדית במהלך אשפוזם שלאחר לידה
מספר המדד	**01-23-1-14-001**
תיאור המדד	שיעור היילודים שניזונו מחלב אם בלבד במהלך אשפוזם שלאחר לידה עד לשחרורם הביתה
הרציונל לבחירת המדד	להנקה בלעדית יש יתרונות בריאותיים לתינוק ולאם, הן לטווח הקצר והן לטווח הארוך. חלב אם מספק לתינוק הזנה והגנה נגד זיהומים ומחלות. החלב כולל בתוכו נוגדנים, ציטוקינים ותרכובות אנטימיקרוביאליות התומכים במערכת החיסונית של התינוק ומסייעים להתפתחותה.[1] הנקה מורידה את הסיכון למוות בעריסה, והסיכון אף נמוך יותר כאשר התינוק ניזון מהנקה בלעדית.[3,2] להנקה בלעדית אף יש אפקט מגן מפני התפתחות אסתמה, אקזמה, סוכרת נעורים ומחלות נוספות,[4] ולתינוקות שניזונו מחלב אם יש סיכון נמוך יותר להשמנה.[7,6,5] בנוסף, מחקרים מצאו כי אצל נשים שהניקו יש שיעורי היארעות נמוכים יותר של סרטן השד והשחלות.[9,8] מטה מטעם ארגון הבריאות העולמי (World Health Organization, WHO), ה- Global Breastfeeding Collective, קבע יעד של 70% להנקה בשעה הראשונה לחיים, אך שיעורי ההיענות נמוכים משמעותית[10] כאשר בקרב מדינות עניות (low and middle income countries, LMIC), השיעורים הולכים ויורדים ככל שהמדינה ענייה יותר.[11] יחד עם זאת, שיעורי המשך הנקה עד גיל שנה ויותר נמצאים בקשר הפוך עם עושר המדינה.[12] מעט מדינות עשירות קבעו מדדים על פי הנחיות ה-WHO בנושא הנקה.[13] בסקר שנערך בישראל, נמצא ששיעור התחלת הנקה הוא כ-90% וכל הנשים שהתחילו את ההנקה בבית החולים דיווחו על הנקה בלעדית. עם זאת, שיעורי ההנקה הבלעדית יורדים בתקופה שלאחר הלידה (במהלך "חופשת הלידה") בצורה דרסטית. בסקר נמצא כי אחת הסיבות העיקריות להפסקת הנקה היא קושי בהנקה (כמו קשיים מכניים ובעיות באספקת חלב).[14] נמצאו מספר גורמי מגן להנקה בלעדית שקשורים להצלחת ההנקה בימים הראשונים, ביניהם תחושת יעילות-עצמית בהנקה[16,15] והנקה בלעדית ביומיים הראשונים של החיים.[18,17] בארה"ב, שיעור היילודים בשנת 2019 שניזונו מהנקה ויחד עם זה קיבלו תחליף לחלב-אם תוך יומיים מהלידה עמד על 19.2%.[19] בשנת 2021, שיעור היילודים שקיבלו הנקה בלעדית ביומיים הראשונים לחייהם עמד על 67%.[20]
סוג המדד	תהליך (process)
מחלקות	כל מחלקות היילודים בבתי חולים כלליים
מכנה	כל היילודים ששוחררו מאשפוזם שלאחר לידה ברבעון המדווח
מונה	כל היילודים שניזונו מחלב אם בלבד עד לשחרורם הביתה לאחר הלידה ברבעון המדווח

תאריך קובע לגזירת המדד	תאריך שחרור היילוד מבית החולים	
קריטריונים להכללה	יילודים ששוחררו ממחלקות היילודים בבתי חולים כלליים (מאשפוזם שלאחר לידה בלבד)	
קריטריונים להוצאה	יילודים שאושפזו בפגייה **(לא ידווח)** העברה מ-/לבית חולים אחר **(ידווח וייגרע)** העברה מ-/למחלקה לא רלוונטית למדד **(ידווח וייגרע)** נפטרים **(ידווח וייגרע)**	
מקור המידע	**מערכות המחשוב המנהלי בבית החולים** ת"ז של האם **(מוצפנת)** סוג תעודה של האם מספר מקרה שנת לידה של האם ת"ז של התינוק **(מוצפנת)** סוג תעודה של התינוק מספר מקרה יילוד תאריך לידת התינוק שעת לידת התינוק מין היילוד תאריך פטירה GIS **(אזור סוציו-אקונומי של המטופל על פי כתובתו המלאה)** גורם מבטח מספר תינוקות בלידה תאריך כניסה לאשפוז קוד מחלקת משחררת תאריך שחרור התינוק מבית החולים תאריך העברה מ-/למחלקה שאינה נכללת שעת שחרור ממחלקת יילודים קוד מחלקה שאינה נכללת העברה מבית חולים אחר העברה לבית חולים אחר	**מערכות המחשוב הקליני בבית החולים** תאריך מתן תמ"ל **(יש לדווח את התאריך הראשון)** מספר הפעמים בהם תועדה הזנה לתינוק במהלך האשפוז שבוע ויום ההיריון בלידה משקל בלידה מקום לידה **(1. חדר לידה, 2. חדר ניתוח, 3. אחר)**
יעד לשנת 2025	טרם נקבע יעד	
תקופת דיווח	אחת לרבעון	

תחילת הפקת המדד	2023
הערות	מצבים של מתן תמ"ל במסגרת טיפול רפואי הינם נדירים ויילקחו בחשבון בקביעת יעד למדד. ניתן לעיין בהנחיות של ה-Academy of Breastfeeding Medicine לטיפול בהיפוגליקמיה ביילודים.[21] הזנה באמצעות חלב אם תיחשב כהנקה.

[1] Paramasivam, K., Michie, C., Opara, E., & Jewell, A. P. (2006). Human breast milk immunology: a review. *International Journal of Fertility and Women's Medicine*, *51*(5), 208–217.

[2] Hauck, F. R., Thompson, J. M. D., Tanabe, K. O., Moon, R. Y., & Vennemann, M. M. (2011). Breastfeeding and reduced risk of sudden infant death syndrome: a meta-analysis. *Pediatrics*, *128*(1), 103–110. https://doi.org/10.1542/peds.2010-3000

[3] Thompson, J. M. D., Tanabe, K., Moon, R. Y., Mitchell, E. A., McGarvey, C., Tappin, D., Blair, P. S., & Hauck, F. R. (2017). Duration of Breastfeeding and Risk of SIDS: An Individual Participant Data Meta-analysis. *Pediatrics*, *140*(5). https://doi.org/10.1542/peds.2017-132

[4] SECTION ON BREASTFEEDING, Eidelman, A. I., Schanler, R. J., Johnston, M., Landers, S., Noble, L., Szucs, K., & Viehmann, L. (2012). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, *129*(3), e827–e841. https://doi.org/10.1542/peds.2011-3552

[5] Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J. D., França, G. V. A., Horton, S., Krasevec, J., Murch, S., Sankar, M. J., Walker, N., Rollins, N. C., & Lancet Breastfeeding Series Group. (2016). Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, *387*(10017), 475–490. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7

[6] Quigley, M. A., Carson, C., Sacker, A., & Kelly, Y. (2016). Exclusive breastfeeding duration and infant infection. *European Journal of Clinical Nutrition*, *70*(12), 1420–1427. https://doi.org/10.1038/ejcn.2016.135

[7] Rito, A. I., Buoncristiano, M., Spinelli, A., Salanave, B., Kunešová, M., Hejgaard, T., García Solano, M., Fijałkowska, A., Sturua, L., Hyska, J., Kelleher, C., Duleva, V., Musić Milanović, S., Farrugia Sant'Angelo, V., Abdrakhmanova, S., Kujundzic, E., Peterkova, V., Gualtieri, A., Pudule, I., … Breda, J. (2019). Association between Characteristics at Birth, Breastfeeding and Obesity in 22 Countries: The WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative - COSI 2015/2017. *Obesity Facts*, *12*(2), 226–243. https://doi.org/10.1159/000500425

[8] Shema, L., Ore, L., Ben-Shachar, M., Haj, M., & Linn, S. (2007). The association between breastfeeding and breast cancer occurrence among Israeli Jewish women: a case control study. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*, *133*(8), 539–546. https://doi.org/10.1007/s00432-007-0199-8

[9] Dieterich, C. M., Felice, J. P., O'Sullivan, E., & Rasmussen, K. M. (2013). Breastfeeding and health outcomes for the mother-infant dyad. *Pediatric Clinics of North America*, *60*(1), 31–48. https://doi.org/10.1016/j.pcl.2012.09.010

[10] UNICEF; World Health Organization. (2021). *Global Breastfeeding Scorecard 2021*. https://www.globalbreastfeedingcollective.org/global-breastfeeding-scorecard-2021

[11] Zong, X., Wu, H., Zhao, M., Magnussen, C. G., & Xi, B. (2021). Global prevalence of WHO infant feeding practices in 57 LMICs in 2010-2018 and time trends since 2000 for 44 LMICs. *EClinicalMedicine*, *37*, 100971. https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.100971

[12] UNICEF. (n.d., last updated 2022, December). *Breastfeeding - UNICEF Data*. Retrieved August 2, 2023, from https://data.unicef.org/topic/nutrition/breastfeeding/

[13] Vaz, J. S., Maia, M. F. S., Neves, P. A. R., Santos, T. M., Vidaletti, L. P., & Victora, C. (2021). Monitoring breastfeeding indicators in high-income countries: Levels, trends and challenges. *Maternal & Child Nutrition*, *17*(3), e13137. https://doi.org/10.1111/mcn.13137

[14] Zimmerman, D. R., Kaplan, M., Shoob, H., Freisthler, M., Toledano, M., & Stein-Zamir, C. (2022). Breastfeeding challenges and support in a high initiation population. *Israel journal of health policy research*, *11*(1), 31. https://doi.org/10.1186/s13584-022-00538-5

[15] Petrozzi, A., & Gagliardi, L. (2016). Breastfeeding Self-Efficacy Scale: Validation of the Italian Version and Correlation With Breast-feeding at 3 Months. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, *62*(1), 137–139. https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000000902

[16] Gianni, M. L., Bettinelli, M. E., Manfra, P., Sorrentino, G., Bezze, E., Plevani, L., Cavallaro, G., Raffaeli, G., Crippa, B. L., Colombo, L., Morniroli, D., Liotto, N., Roggero, P., Villamor, E., Marchisio, P., & Mosca, F. (2019). Breastfeeding difficulties and risk for early breastfeeding cessation. *Nutrients*, *11*(10). https://doi.org/10.3390/nu11102266

[17] Flaherman, V. J., Cabana, M. D., McCulloch, C. E., & Paul, I. M. (2019). Effect of early limited formula on breastfeeding duration in the first year of life: A randomized clinical trial. *JAMA Pediatrics*, *173*(8), 729–735. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2019.1424

[18] O'Connor, M., Allen, J., Kelly, J., Gao, Y., & Kildea, S. (2018). Predictors of breastfeeding exclusivity and duration in a hospital without Baby Friendly Hospital Initiative accreditation: A prospective cohort study. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, *31*(4), 319–324. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.10.013

[19]. CDC. (2022). *Breastfeeding Report Card*. Centers for Disease Control and Prevention https://www.cdc.gov/breastfeeding/data/reportcard.htm

[20] UNICEF. (n.d., last updated 2022, December). *Breastfeeding - UNICEF Data*. Retrieved August 2, 2023, from https://data.unicef.org/topic/nutrition/breastfeeding/

[21] Wight, N. E., & Academy of Breastfeeding Medicine. (2021). ABM clinical protocol #1: guidelines for glucose monitoring and treatment of hypoglycemia in term and late preterm neonates, revised 2021. *Breastfeeding Medicine: The Official Journal of the Academy of Breastfeeding Medicine*, *16*(5), 353–365. https://doi.org/10.1089/bfm.2021.29178.new

מדד 01-23-1-14-001 שיעור היילודים שניזונו מהנקה בלעדית במהלך אשפוזם שלאחר לידה

תיאור המדד: שיעור היילודים שניזונו מחלב אם בלבד במהלך אשפוזם שלאחר לידה עד לשחרורם הביתה

קריטריונים להכללה:
יילודים ששוחררו ממחלקות היילודים בבתי חולים כלליים (מאשפוזם שלאחר לידה)

קריטריונים להוצאה:
יילודים שאושפזו בפגייה **(לא ידווח)**
העברה מ-/לבית חולים אחר **(ידווח וייגרע)**
העברה מ-/למחלקה שאינה נכללת **(ידווח וייגרע)**
נפטרים **(ידווח וייגרע)**

תקופת דיווח: אחת לרבעון

תאריך קובע לגזירת האוכלוסייה למדד: תאריך שחרור היילוד מבית החולים

עבור אוכלוסייה זו, המשתנים שיועברו על ידי בתי החולים הם:

משתנה	שמות השדות	סוג משתנה	קידוד	הסבר
קוד מדד	Measurment_ID	טקסט (14)		קוד המדד הוא: 01-23-1-14-001
קוד בית חולים	Hospital_ID	טקסט (10)		קוד נותן השירות + המחוז (לפי טבלה **בנספח 6**)
קוד מחלקה	Department_ID	טקסט (10)		על פי הקידוד המקובל של משרד הבריאות
ת.ז. מוצפנת של האם	Patient_ID	טקסט (256)		**ת.ז. תועבר בצורה מוצפנת בשיטה המקובלת**
ת.ז.- ספרת ביקורת האם	Patientbikoret_ID	טקסט (1)		**רק** ספרת הביקורת של ת.ז.
סוג תעודה האם	ID_Types	טקסט (1)		תעודת זהות - 1, דרכון - 2, זמני - 3, ת.ז. פלסטינית - 4
מספר אשפוז/ מספר מקרה/ מספר קבלה של האם	Case_Number_Mother	טקסט (50)		המספר שבית החולים מקצה לחולה כאשר הוא מתקבל לאשפוז. מספר חד-חד ערכי
שנת לידת האם	Mother_Birth_Year	טקסט (4)	YYYY	
מספר מקרה יילוד	Case_Number_Baby	טקסט (50)		
סוג תעודה של התינוק	Baby_ID_Types	טקסט (1)		1. תעודת זהות, 2. דרכון, 3. זמני, 4. ת.ז. פלסטינית
ת.ז. של התינוק (מוצפנת)	Patient_Baby_ID	טקסט (256)		**ת.ז. תועבר בצורה מוצפנת בשיטה המקובלת**
ת.ז. של התינוק - ספרת ביקורת	Patientbikoret_Baby_ID	טקסט (1)		רק ספרת הביקורת של ת.ז.
תאריך לידת התינוק	Birth_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	
שעת לידת התינוק	Birth_Time	טקסט (5)	HH:MM	שעת לידת התינוק
מין היילוד	Gender	מספר	1. זכר, 2. נקבה	
כתובת- רחוב	Adress_Street	טקסט (100)		
כתובת- מספר בית	Adress_House	טקסט (100)		
כתובת- עיר	Adress_CityName	טקסט (100)		
סמל יישוב	CityCode	מספר		לפי רשימת סמלי יישוב של הלמ"ס
אשכול סוציוכלכלי	SES	מספר	1-20	אשכול סוציוכלכלי על פי הדירוג של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה
גורם מבטח	Insurance_Provider	מספר	1- כללית 2- מכבי 3- מאוחדת 4- לאומית 5- צה"ל 6- אחר, פרט בהערות	קופת החולים אליה משויך המטופל
מספר תינוקות בלידה	Baby_Number	מספר	1-8	
תאריך כניסה לאשפוז	Hosp_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך הכניסה לאשפוז של היילוד
קוד מחלקה משחררת	Dept_Discharge	מספר		על פי הקידוד המקובל של משרד הבריאות
תאריך שחרור התינוק מבית החולים	Discharge_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	

משתנה	שמות השדות	סוג משתנה	קידוד	הסבר
תאריך פטירה	Death_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך פטירה במסגרת האשפוז המדווח
תאריך העברה מ-/למח' שאינה נכללת	OtherDep_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	אם הועבר מ-/למחלקה שלא רלוונטית למדד, יש לציין את תאריך ההעברה
שעת שחרור ממחלקת יילודים	Discharge_Time	טקסט (5)	HH:MM	שעת שחרור ממחלקת יילודים
קוד מחלקה שאינה נכללת	OtherDep		טקסט (10)	על פי הקידוד המקובל של משרד הבריאות
העברה מבית חולים אחר	OtherHosp	מספר	1- כן, התקבל מבית חולים אחר 0- לא	האם התינוק הגיע מבית חולים אחר
העברה לבית חולים אחר	Discharge_Hosp	מספר	1- כן, 0- לא	האם התינוק שוחרר לבית חולים אחר להמשך טיפול
תאריך מתן תמ"ל	Baby_Formula_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	יש לדווח את התאריך הראשון. כלכלת יילוד תיגזר רק ממחלקות האשפוז (לא מחדר לידה)
מספר הפעמים בהם תועדה הזנה לתינוק במהלך האשפוז	Feed_Num	טקסט (5)		מספר תיעודים לתזונת התינוק במהלך האשפוז החל מהכניסה למחלקת יילודים (לא כולל חדר לידה)
שבוע ויום ההיריון בלידה	Week_Number	מספר דצימלי	#.##	
משקל בלידה	Weight_Value	מספר		משקל בגרמים
מקום לידה	Birth_Place	מספר	1. חדר לידה 2. חדר ניתוח 3. אחר	
הערות	**Remarks**	**טקסט (200)**		**יש לרשום בטקסט חופשי את כל ההשגות וההערות לגבי המקרה שברצונכם להדגיש**

שם המדד	שיחה עם הורי פג מורכב לקראת שחרור
מספר המדד	**01-26-1-08-001**
תיאור המדד	שיעור ביצוע שיחה לפני שחרור פג מורכב (שנולד עד שבוע 31+6) בין הצוות המטפל לבין הורי הפג
הרציונל לבחירת המדד	פג מורכב מוגדר כפג שנולד לפני שבוע 32 (עד שבוע 31+6 ימים), יילוד שנולד במשקל לידה מתחת ל-1,500 גרם, או יילוד שהוגדר כך על ידי נאונטולוג מומחה עקב תחלואה שהופיעה בהיריון, בלידה או במהלך האשפוז שלאחר הלידה.[1] ברמה הגלובלית, אחד מכל 10 תינוקות נולד טרם הזמן (לפני שבוע 37) ושכיחות ילודת הפגים הולכת ועולה.[2] בישראל, אחד מכל עשרה יילודים הנולדים מידי שנה בישראל, מטופל במחלקות לטיפול נמרץ ביילוד.[1] לאחר שחרור הפג, תהליך המעבר בין סקטורים רפואיים שונים עלול להיות מורכב ביותר עבור אוכלוסיות פגיעות כמו פגים ומשפחותיהם.[3] קיימת הסכמה נרחבת בקרב גורמים מטפלים ורשויות הבריאות שהפג והוריו מתמודדים עם צרכים ואתגרים מיוחדים במהלך השחרור שלהם מבית החולים.[4] בהתאם לכך, סקירה מערכתית הראתה כי כ-20% מהמשפחות ששוחררו מבתי החולים נתקלו בבעיה הקשורה לטיפול בפג במהלך המעבר שלהם הביתה.[5] ממצא זה ממחיש את החשיבות בהבטחת מעבר חלק ונתמך עבור המשפחות בעת השחרור הביתה, על מנת להקל על החוויה הכוללת שלהן.[6] ישנה חשיבות רבה למעקב והדרכה של צוות רב-מערכתי, וגישה ישירה של הורי הפג לרפואה ראשונית.[7] לפיכך, יש לערוך בטרם השחרור מפגש הכולל את הורי היילוד, הרופא המטפל בפגייה, האחות המטפלת בפגייה, עובדת סוציאלית, אחות הקשר של הקופה המבטחת ונציגת לשכת הבריאות המחוזית (או אחות טיפת חלב).[1]
סוג המדד	תהליך (process)
מחלקות	פגייה, טיפול נמרץ פגים
מכנה	כל הפגים שנולדו עד שבוע 31+6 ושוחררו הביתה
מונה	כל הפגים שנולדו עד שבוע 31+6 ושוחררו הביתה והתקיימה שיחה בין ההורים לצוות המטפל* עד שבוע לפני שחרור הפג מבית החולים
תאריך קובע לגזירת המדד	תאריך שחרור מבית החולים
קריטריונים להכללה	כל הפגים שנולדו עד שבוע 31+6 ושוחררו הביתה ברבעון המדווח
קריטריונים להוצאה	פטירה **(ידווח וייגרע)** העברה לבית חולים אחר **(ידווח וייגרע)**

מקור המידע	**מערכות המחשוב המנהלי בבית החולים** מספר קבלה / אשפוז פג מספר קבלה / אשפוז אם ת"ז אם **(מוצפנת)** סוג תעודה אם ת"ז פג **(מוצפנת)** סוג תעודה פג מין הפג GIS **(אזור סוציו-אקונומי של המטופל על פי כתובתו המלאה)** גורם מבטח תאריך לידת הפג שעת לידת הפג שבוע ויום היריון בלידה משקל הפג בלידה מקום לידה תאריך כניסה לפגייה תאריך שחרור מהפגייה תאריך פטירת הפג תאריך העברה למחלקה אחרת קוד מחלקה אליה הועבר הפג העברה לבי"ח אקוטי אחר תאריך שחרור מבית חולים	**מערכות המחשוב הקליני בבית החולים** תאריך ביצוע שיחה עם הורי הפג
יעד לשנת 2025	ייקבע בהמשך. שנת 2025 היא שנת היערכות	
תקופת דיווח	אחת לרבעון (אפריל, יולי, אוקטובר וינואר)	
תחילת הפקת המדד	1.1.2026	
הערות	* שיחה לקראת שחרור היא שיחה המתקיימת עד שבוע לפני השחרור בנוכחות הורי הפג, רופא פגייה, אחות פגייה, עובדת סוציאלית, אחות קופת החולים המבטחת של הפג המורכב, נציגת לשכת הבריאות המחוזית / אחות טיפת חלב. הרכיבים הבאים ייבדקו בתיקוף: • הדרכה פרטנית לגבי טיפול אחר הפג. • הדרכה פרטנית לגבי מעקב אחר הפג.	

	לצורך עמידה במדד, השיחה צריכה להתקיים בנוכחות כל אנשי הצוות המוזכרים לעיל (ייבדק בתיקוף). **יש להיערך ליישום מחשובי בתיק הקליני בשנת 2025, המדד ייכנס למדידה בינואר 2026.**

[1] מינהל הרפואה. (2016). *המעקב והטיפול בילודים מורכבים ובפגים עם שחרורם מאשפוז לקהילה*. חוזר מס' 20/2016. משרד הבריאות. https://www.gov.il/BlobFolder/policy/mr20-2016/he/files_circulars_mr_mr20_2016.pdf

[2] World Health Organization (WHO). (2023, May 10). *Preterm birth*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth

[3] Shillington, J., & McNeil, D. (2021). Transition from the neonatal intensive care unit to home: A concept analysis. *Advances in Neonatal Care*, *21*(5), 399–406. https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000835

[4] Broedsgaard, A., & Wagner, L. (2005). How to facilitate parents and their premature infant for the transition home. *International Nursing Review*, *52*(3), 196–203. https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2005.00414.x

[5] Hamline, M. Y., Speier, R. L., Vu, P. D., Tancredi, D., Broman, A. R., Rasmussen, L. N., Tullius, B. P., Shaikh, U., & Li, S.-T. T. (2018). Hospital-to-Home Interventions, Use, and Satisfaction: A Meta-analysis. *Pediatrics*, *142*(5). https://doi.org/10.1542/peds.2018-0442

[6] Petersen, M., Nordlund, H. L., Koreska, M., & Brødsgaard, A. (2024). Bridging the gap between healthcare sectors: Facilitating the transition from NICU to the municipality and home for families with premature infants. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing : JSPN*, *29*(2), e12426. https://doi.org/10.1111/jspn.12426

[7] Canadian Paediatric Society. (2023, September 22). *Follow-up care of the extremely preterm infant after discharge from the neonatal intensive care unit.* https://cps.ca/documents/position/follow-up-care

מדד 01-26-1-08-001 **<u>שיחה עם הורי פג מורכב לקראת שחרור</u>**

תיאור המדד: שיעור ביצוע שיחה טרום שחרור פג מורכב (שנולד עד שבוע 31+6) בין הצוות המטפל לבין הורי הפג

קריטריונים להכללה:
כל הפגים שנולדו עד שבוע 31+6 ושוחררו הביתה ברבעון המדווח

קריטריונים להוצאה:
פטירה **(ידווח וייגרע)**
העברה לבית חולים אחר **(ידווח וייגרע)**

תקופת דיווח: אחת לרבעון (אפריל, יולי, אוקטובר וינואר)

תאריך קובע לגזירת האוכלוסייה למדד: תאריך שחרור מבית החולים

עבור אוכלוסייה זו, המשתנים שיועברו על ידי בתי החולים הם:

משתנה	שמות השדות	סוג משתנה	קידוד	הסבר
קוד מדד	Measurment_ID	טקסט (14)		קוד המדד הוא: 01-26-1-08-001
קוד בית חולים	Hospital_ID	טקסט (10)		על פי הקידוד המקובל של משרד הבריאות
קוד מחלקה	Department_ID	טקסט (10)		על פי הקידוד המקובל של משרד הבריאות
ת.ז. מוצפנת של האם	Patient_ID	טקסט (256)		**ת.ז. תועבר בצורה מוצפנת בשיטה המקובלת**
ת.ז.- ספרת ביקורת האם	Patientbikoret_ID	טקסט (1)		**רק** ספרת הביקורת של ת.ז.
סוג תעודה האם	ID_Types	טקסט (1)		תעודת זהות - 1, דרכון - 2, זמני - 3, ת.ז. פלסטינית - 4
מספר אשפוז/ מספר מקרה/ מספר קבלה של האם	Case_Number_Mother	טקסט (50)		המספר שבית החולים מקצה לחולה כאשר הוא מתקבל לאשפוז. מספר חד-חד ערכי
ת.ז. מוצפנת של הפג	Patient_Baby_ID	טקסט (256)		**ת.ז. תועבר בצורה מוצפנת בשיטה המקובלת**
ת.ז.- ספרת ביקורת פג	Patientbikoret_Baby_ID	טקסט (1)		רק ספרת הביקורת של ת.ז.
סוג תעודה פג	Baby_ID_Types	טקסט (1)		תעודת זהות -1 , דרכון - 2, זמני -3 , ת.ז. פלסטינית - 4
מספר מקרה/ אשפוז של הפג	Case_Number_Baby	טקסט (50)		המספר שבית החולים מקצה לפג כאשר מתקבל לפגייה. מספר חד-חד ערכי
מין הפג	Gender	מספר	1- זכר, 2- נקבה	
כתובת- רחוב	Adress_Street	טקסט (100)		יש לציין את כתובת המגורים של המאושפז טרם קבלתו לבית החולים
כתובת- מספר בית	Adress_House	טקסט (100)		
כתובת- עיר	Adress_CityName	טקסט (100)		
סמל יישוב	CityCode	מספר		לפי רשימת סמלי יישוב של הלמ"ס
אשכול סוציו-כלכלי	SES	מספר	1-20	אשכול סוציו-כלכלי על פי הדירוג של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה
גורם מבטח	Insurance_Provider	מספר	1- כללית 2- מכבי 3- מאוחדת 4- לאומית 5- צה"ל 6- אחר, פרט בהערות	קופת החולים אליה משויך המטופל
תאריך לידת הפג	Birth_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך לידת הפג
שעת לידת הפג	Birth_Time	טקסט (5)	HH:MM	שעת לידת הפג
שבוע ויום ההיריון בלידה	Week_Number	מספר דצימלי	#.##	שבוע ויום היריון ביום לידת הפג
משקל הפג בלידה	Weight_Value	מספר		משקל בגרמים
מקום לידה	Birth_Place	מספר	1. חדר לידה 2. חדר ניתוח 3. אחר 4. אמבולנס	אישה שילדה באמבולנס והפג נכנס ישירות לפגייה - ייכלל במדד
תאריך כניסה לפגייה	NICU_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	

משתנה	שמות השדות	סוג משתנה	קידוד	הסבר
תאריך שחרור מהפגייה	NICU_Discharge_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	
תאריך פטירת הפג	Death_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך פטירת הפג
תאריך העברה למחלקה אחרת	OtherDep_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	העברה מהפגייה / מטיפול נמרץ פגים למחלקה אחרת בבית החולים
קוד מחלקה אליה הועבר הפג	OtherDep	טקסט (10)		על פי הקידוד המקובל של משרד הבריאות
העברה לבית חולים אקוטי אחר	Discharge_Hosp	מספר	1- כן, 0- לא	
תאריך שחרור מבית החולים	Discharge_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	
תאריך ביצוע שיחה עם הורי הפג	Convers_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך ביצוע שיחה עם הורי הפג המורכב לפני שחרורו הביתה, בהתאם להנחיות המפורטות
הערות	**Remarks**	**טקסט (200)**		**יש לרשום בטקסט חופשי את כל ההשגות וההערות לגבי המקרה שברצונכם להדגיש**

שם המדד	הלימות דיאליזה: מנת הדיאליזה לדיאליזה בודדת (Kt/V) שווה או גדולה מ-1.2 או URR שווה או גדול מ-65%
מספר המדד	**01-17-1-10-001**
תיאור המדד	שיעור המטופלים בהמודיאליזה כרונית 3 חודשים ומעלה שמנת הדיאליזה לדיאליזה בודדת היא Kt/V שווה או גדולה מ-1.2 או URR שווה או גדול מ-65% [ייבחנו 3 אפיזודות למטופל (הראשונה בכל חודש) וכל אחת תיבחן בפני עצמה]
הרציונל לבחירת המדד	במדינת ישראל יש למעלה מ-6,900 מטופלים הסובלים מאי-ספיקת כליות סופנית המקבלים טיפול בהמודיאליזה.[1] מטרת הטיפול היא לחקות את פעולות הכליות על ידי סינון של הדם וסילוק מומסים בלתי רצויים העלולים להצטבר בגוף ולגרום לתחלואה ותמותה. מהספרות עולה כי יש קשר ישיר בין מינון נאות של הדיאליזה והסיכון לתחלואה ותמותה בחולים עם מחלת כליות סופנית.[2] במחקר ה- Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS), שנערך בשיתוף 11 מדינות בצפון אמריקה ואירופה, דווח כי למרות החשיבות הגבוהה של מתן מינון מתאים של דיאליזה, חולים רבים אינם מקבלים מינון מספק.[3] האיגוד הישראלי לנפרולוגיה[4] ממליץ לבצע לפחות פעם אחת בחודש מדידה של מנת הדיאליזה הבודדת והמינון המינימלי המומלץ הוא Kt/V ≥ 1.2 או URR ≥ 65%. מינון זה מומלץ גם על ידי, ה-Kidney Disease Outcome Quality Initiative (KDOQI).[5]
סוג המדד	תוצא (outcome)
מחלקות	מכוני דיאליזה / מחלקות דיאליזה
מכנה	תאריך ביצוע דיאליזה
מונה	כל המטופלים בהמודיאליזה כרונית שנמצאים בטיפול לפחות 3 חודשים בתחילת הרבעון
תאריך קובע לגזירת המדד	כל המטופלים בהמודיאליזה כרונית (3 חודשים ומעלה) אשר מנת הדיאליזה לדיאליזה בודדת היא Kt/V שווה או גדולה מ-1.2 או URR שווה או גדול מ-65% ובלבד שהבדיקה נעשתה בחודש הרלוונטי [ייבחנו 3 אפיזודות למטופל (הראשונה בכל חודש) וכל אחת תיבחן בפני עצמה]
קריטריונים להכללה	מטופלים בני 18 ומעלה קבלת טיפול בהמודיאליזה למשך 3 חודשים לפחות בתחילת הרבעון
קריטריונים להוצאה	מטופלים מתחת לגיל 18 **(לא ידווח)** מטופלים שתאריך תחילת טיפול דיאליזה במכון הנבדק הוא פחות מ-3 חודשים לפני תחילת הרבעון **(ידווח וייגרע)** מטופלים מזדמנים (מטופלים שאינם קבועים במכון, אורחים) **(לא ידווח)**

	מטופלים שמספר הדיאליזות שבוצעו באותו החודש קטן מ-3 **(ידווח וייגרע מאותו החודש בו בוצעו פחות מ-3 טיפולים בלבד)** מטופלים שהפסיקו טיפול דיאליזה במהלך הרבעון **(ידווח וייגרע מחודש ההפסקה והלאה)** נפטרים **(ידווח וייגרע)**	
מקור המידע	**מערכות המחשוב המנהלי בבית החולים** ת"ז **(מוצפנת)** GIS **(אזור סוציו-אקונומי של המטופל על פי כתובתו המלאה)** שנת לידה מין קוד מכון/סניף שם מכון/סניף תאריך תחילת טיפול דיאליזה תאריך פטירה גורם מבטח	**מערכות המחשוב הקליני בבית החולים** קודי אבחנה ICD-9 למחלת כליות כרונית **(ראו נספחים, טבלה 08.3)** קודי אבחנה ICD-9 למחלת סוכרת **(ראו נספחים, טבלה 08.4)** עבור הדיאליזה הראשונה בחודש הראשון, שני ושלישי של הרבעון שבה בוצעה בדיקת מנת הדיאליזה, יש לדווח: מספר קבלה/מקרה תאריך הדיאליזה הראשונה תאריך בדיקת מנת דיאליזה שימוש ב-URR או Kt/V סוג בדיקה **(1. מעבדה)** ערך URR או Kt/V ראשון משקל בסוף הדיאליזה בק"ג **(רק בחודש הראשון)** שעת תחילת הדיאליזה שעת סיום הדיאליזה מספר דיאליזות שבוצעו בחודש הראשון, שני שלישי לרבעון סך שעות דיאליזה שבוצעו בחודש הראשון, שני שלישי לרבעון סך בדיקות מנת הדיאליזה שבוצעו בחודש הראשון, השני השלישי ברבעון האם המטופל הפסיק טיפול במהלך הרבעון **(0. לא, 1. כן)** תאריך הפסקת הדיאליזה
יעד לשנת 2025	75%	
תקופת דיווח	אחת לרבעון	

תחילת הפקת המדד	רבעון ראשון של שנת 2017
הערות	מדידת המדד חודשית, חישובו רבעוני. בחישוב ה-Kt/V יש לדווח את הנוסחה הכוללת שמתייחסת גם לשארית השתן במידה וקיימת. יש לדווח למדד את ערך ה-Kt/V המבוסס על תוצאות מעבדה **בלבד**. דיווח של ערך KTV מהמכונה מותנה במחשוב מלא של התיק הקליני ואישור פרטני של אגף איכות.

[1] המרכז הלאומי לבקרת מחלות, חטיבת טכנולוגיות רפואיות, מידע ומחקר. (2023). *הרישום הלאומי לדיאליזה והשתלות כליה: דוחות החולים באי-ספיקת כליות סופנית בישראל לשנת 2022*. משרד הבריאות. https://www.gov.il/BlobFolder/reports/dialysis-in-israel-2022/he/files_publications_units_ICDC_dialysisinisrael2022.pdf

[2] Jager, K. J., Lindholm, B., Goldsmith, D., Fliser, D., Wiecek, A., Suleymanlar, G., Ortiz, A., Massy, Z., Martinez-Castelao, A., Agarwal, R., Blankestijn, P. J., Covic, A., London, G., Zoccali, C., Dekker, F. W., & for EUropean REnal and CArdiovascular Medicine working group of the European Renal Association–European Dialysis and Transplant Association (ERA–EDTA). (2011). Cardiovascular and non-cardiovascular mortality in dialysis patients: where is the link? *Kidney International Supplements*, *1*(1), 21–23. https://doi.org/10.1038/kisup.2011.7

[3] Port, F. K., Pisoni, R. L., Bommer, J., Locatelli, F., Jadoul, M., Eknoyan, G., Kurokawa, K., Canaud, B. J., Finley, M. P., & Young, E. W. (2006). Improving outcomes for dialysis patients in the international Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, *1*(2), 246–255. https://doi.org/10.2215/CJN.01050905

[4] האיגוד הישראלי לנפרולוגיה ויתר לחץ דם. (2015). *איכות הטיפול בדיאליזה, הנחיות קליניות*. http://www.isnh.org.il/PDF/dializa02-2015.pdf

[5] National Kidney Foundation. (2015). KDOQI Clinical Practice Guideline for Hemodialysis Adequacy: 2015 update. *American Journal of Kidney Diseases*, *66*(5), 884–930. https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2015.07.015

מדד 01-17-1-10-001 **הלימות דיאליזה: מנת הדיאליזה לדיאליזה בודדת (Kt/V) שווה או גדולה מ-1.2 או URR שווה או גדול מ-65%**

תיאור המדד: שיעור המטופלים בהמודיאליזה כרונית 3 חודשים ומעלה שמנת הדיאליזה לדיאליזה בודדת היא Kt/V שווה או גדולה מ-1.2 או URR שווה או גדול מ-65
[ייבחנו 3 אפיזודות למטופל (הראשונה בכל חודש) וכל אחת תיבחן בפני עצמה]

קריטריונים להכללה:

מטופלים בני 18 ומעלה
קבלת טיפול בהמודיאליזה למשך 3 חודשים לפחות בתחילת הרבעון

קריטריונים להוצאה:

מטופלים מתחת לגיל 18 **(לא ידווח)**
חולים שתאריך תחילת טיפול דיאליזה במכון הנבדק הוא פחות מ-3 חודשים לפני תחילת הרבעון **(ידווח וייגרע)**
מטופלים מזדמנים (מטופלים שאינם קבועים במכון, אורחים) **(לא ידווח)**
מטופלים שמספר הדיאליזות שבוצעו באותו החודש קטן מ-3 **(ידווח וייגרע מאותו החודש בו בוצעו פחות מ-3 טיפולים בלבד)**
מטופלים שהפסיקו טיפול דיאליזה במהלך הרבעון **(ידווח וייגרע מחודש ההפסקה והלאה)**
נפטרים **(ידווח וייגרע)**

תקופת דיווח: אחת לרבעון

תאריך קובע לגזירת האוכלוסייה למדד: תאריך ביצוע דיאליזה

עבור אוכלוסייה זו, המשתנים שיועברו על ידי בתי החולים הם:

משתנה	שמות השדות	סוג משתנה	קידוד	הסבר
קוד מדד	Measurment_ID	טקסט (14)		קוד המדד הוא: 01-17-1-10-001
קוד בית חולים/ נותן שירות	Hospital_ID	טקסט (10)		על פי הקידוד המקובל של משרד הבריאות
קוד מחלקה	Department_ID	טקסט (10)		על פי הקידוד המקובל של משרד הבריאות (רלוונטי בבתי חולים כלליים)
קוד מכון/ סניף	Institute_ID	טקסט (50)		על פי הקידוד של נותן השירות (לא רלוונטי לבתי חולים כלליים)
שם מכון/ סניף	Institute_Name	טקסט (100)		על פי הקידוד של נותן השירות (לא רלוונטי לבתי חולים כלליים)
ת.ז. מוצפנת	Patient_ID	טקסט (256)		**ת.ז. תועבר בצורה מוצפנת בשיטה המקובלת**
ת.ז.- ספרת ביקורת	Patientbikoret_ID	טקסט (1)		**רק** ספרת הביקורת של ת.ז.
סוג תעודה	ID_Types	טקסט (1)		תעודת זהות - 1, דרכון - 2, זמני - 3, ת.ז. פלסטינית - 4
שנת לידה	Birth_Year	מספר	YYYY	
מין	Gender	מספר	1- זכר, 2- נקבה	
כתובת- רחוב	Adress_Street	טקסט (100)		יש לציין את כתובת המגורים של המטופל
כתובת- מספר בית	Adress_House	טקסט (100)		
כתובת- עיר	Adress_CityName	טקסט (100)		
סמל יישוב	CityCode	מספר		לפי רשימת סמלי יישוב של הלמ"ס
אשכול סוציו-כלכלי	SES	מספר	1-20	אשכול סוציוכלכלי על פי הדירוג של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה
גורם מבטח	Insurance_Provider	מספר	1- כללית 2- מכבי 3- מאוחדת 4- לאומית 5- צה"ל 6- אחר, פרט בהערות	קופת החולים אליה משויך המטופל
תאריך תחילת טיפול דיאליזה	DialysisStart_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	
תאריך פטירה	Death_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	
קודי אבחנה ICD-9 למחלת כליות כרונית	Diagnosis_ICD	טקסט (200)		לציין רשימה של כל האבחנות להמודיאליזה כרונית, מופרדות בפסיקים **(ראו נספחים, טבלה 08.3)**
קודי אבחנה ICD-9 למחלת סוכרת	Diagnosis_ICD_Diabetes	טקסט (200)		לציין רשימה של כל האבחנות לסוכרת, מופרדות בפסיקים **(ראו נספחים, טבלה 08.4)**

משתנה	שמות השדות	סוג משתנה	קידוד	הסבר
עבור הדיאליזה הראשונה, בחודש הראשון של הרבעון, בה בוצעה בדיקת מנת הדיאליזה, יש לדווח:				
מספר מקרה/ מספר קבלה (חודש ראשון)	Case_Number1	טקסט (50)		המספר שנותן השירות מקצה למטופל כאשר הוא מתקבל לטיפול. מספר חד-חד ערכי
תאריך הדיאליזה הראשונה (חודש ראשון)	Dialysis_Report1_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך הדיאליזה הראשונה בחודש שבה בוצעה בדיקת הלימות דיאליזה
תאריך בדיקת מנת דיאליזה (חודש ראשון)	Dialysis1_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	
שימוש ב-URR או Kt/V (חודש ראשון)	URR_KtV_Type1	מספר	1- URR 2- Kt/V	
סוג בדיקה (חודש ראשון)	Test_Type1	מספר	1. מעבדה	
ערך URR או Kt/V ראשון (חודש ראשון)	URR_KtV_Value1	דצימל (7)	##.###	יכול להיות % או ערך דצימלי (URR = %, ערך דצימלי = KT/V)
משקל בסוף הדיאליזה בק"ג	Weight_Value	דצימל (7)	###.###	יש לדווח את המשקל בק"ג רק בחודש הראשון
שעת תחילת הדיאליזה (חודש ראשון)	Dialysis_Start_Time1	טקסט (10)	HH:MM	
שעת סיום הדיאליזה (חודש ראשון)	Dialysis_End_Time1	טקסט (10)	HH:MM	
מספר הדיאליזות שבוצעו בחודש הראשון	Dialysis_Number1	מספר		
סך שעות הדיאליזה שבוצעו בחודש הראשון	Dialysis_Hour1	טקסט (5)	HH:MM	
סך בדיקות מנת הדיאליזה שבוצעו בחודש הראשון	Dialysis_Test1	מספר		
עבור הדיאליזה הראשונה ,בחודש השני של הרבעון בה, בוצעה בדיקת מנת הדיאליזה, יש לדווח:				
מספר מקרה/ מספר קבלה (חודש שני)	Case_Number2	טקסט (50)		המספר שנותן השירות מקצה למטופל כאשר הוא מתקבל לטיפול. מספר חד-חד ערכי
תאריך הדיאליזה הראשונה (חודש שני)	Dialysis_Report2_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך הדיאליזה הראשונה בחודש שבה בוצעה בדיקת הלימות דיאליזה
תאריך בדיקת מנת דיאליזה (חודש שני)	Dialysis2_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	
שימוש ב-URR או Kt/V (חודש שני)	URR_KtV_Type2	מספר	1- URR 2- Kt/V	
סוג בדיקה (חודש שני)	Test_Type2	מספר	1. מעבדה	
ערך URR או Kt/V ראשון (חודש שני)	URR_KtV_Valu2	דצימל (7)	##.###	יכול להיות % או ערך דצימלי (URR = %, ערך דצימלי = KT/V)
שעת תחילת הדיאליזה (חודש שני)	Dialysis_Start_Time2	טקסט (10)	HH:MM	
שעת סיום הדיאליזה (חודש שני)	Dialysis_End_Time2	טקסט (10)	HH:MM	
מספר הדיאליזות שבוצעו בחודש השני	Dialysis_Number2	מספר		
סך שעות הדיאליזה שבוצעו בחודש השני	Dialysis_Hour2	טקסט (5)	HH:MM	
סך בדיקות מנת הדיאליזה שבוצעו בחודש השני	Dialysis_Tes2	מספר		
עבור הדיאליזה הראשונה בחודש השלישי של הרבעון בה בוצעה בדיקת מנת הדיאליזה, יש לדווח:				
מספר מקרה/ מספר קבלה (חודש שלישי)	Case_Number3	טקסט (50)		המספר שנותן השירות מקצה למטופל כאשר הוא מתקבל לטיפול. מספר חד-חד ערכי
תאריך הדיאליזה הראשונה (חודש שלישי)	Dialysis_Report3_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך הדיאליזה הראשונה בחודש שבה בוצעה בדיקת הלימות דיאליזה
תאריך בדיקת מנת דיאליזה (חודש שלישי)	Dialysis3_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	
שימוש ב-URR או Kt/V (חודש שלישי)	URR_KtV_Type3	מספר	1- URR 2- Kt/V	
סוג בדיקה (חודש שלישי)	Test_Type3	מספר	1. מעבדה	
ערך URR או Kt/V ראשון (חודש שלישי)	URR_KtV_Value3	דצימל (7)	##.###	יכול להיות % או ערך דצימלי (URR = %, ערך דצימלי = KT/V)
שעת תחילת הדיאליזה (חודש שלישי)	Dialysis_Start_Time3	טקסט (10)	HH:MM	
שעת סיום הדיאליזה (חודש שלישי)	Dialysis_End_Time3	טקסט (10)	HH:MM	
מספר הדיאליזות שבוצעו בחודש השלישי	Dialysis_Number3	מספר		
סך שעות הדיאליזה שבוצעו בחודש השלישי	Dialysis_Hour3	טקסט (5)	HH:MM	
סך בדיקות מנת הדיאליזה שבוצעו בחודש השלישי	Dialysis_Test3	מספר		
האם המטופל הפסיק את טיפול במהלך הרבעון	Dialysis_Refuse	מספר	1- כן, 0- לא	
תאריך הפסקת הדיאליזה	DialysisEnd_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	
הערות	**Remarks**	**טקסט (200)**		**יש לרשום בטקסט חופשי את כל ההשגות וההערות לגבי המקרה שברצונכם להדגיש**

שם המדד	מתן טיפול נאות לאנמיה על ידי אריתרופויטין אקסוגני למטופלי המודיאליזה
מספר המדד	**01-24-1-10-001**
תיאור המדד	שיעור מטופלי דיאליזה כרונית 3 חודשים ומעלה שטופלו באריתרופויטין אקסוגני (Erythropoietin, EPO) בחודש המדווח עם רמת המוגלובין מעל ל-12 גרם % בחודש המדווח
הרציונל לבחירת המדד	אנמיה מוגדרת כריכוז המוגלובין מתחת ל-12 גרם לדציליטר, והיא נפוצה בקרב חולי אי-ספיקת כליות הן בשל חוסר ברזל (אנמיה מוחלטת) והן בשל אי-יכולת לנצל את מאגרי הברזל (אנמיה תפקודית). שכיחות האנמיה בקרב מטופלי אי-ספיקת כליות נעה בין 7% עד ל-50% ויותר במחלה מתקדמת. רמות ההמוגלובין יורדות בשל אובדן דם, ספיגה לקויה של ברזל ודלקת כרונית הפוגעת ביכולת לנצל את הברזל המבודד ברקמות. לאנמיה יש השלכות רבות, כולל: ירידה באיכות חיים, תשישות, סיבולת ירודה, דיכאון, ניוון חדר שמאל בלב, סיכון מוגבר למחלות לב ושבץ, וירידה נוספת בתפקוד הכליות. אחת הדרכים של הגוף לשמר רמות המוגלובין היא מחזור ברזל מתאי דם אדומים, פעולה שמושפעת מההורמון אריתרופויטין (EPO) המיוצר בכליות. הגברת רמות ה-EPO מאפשר לתאי erythroid progenitor להתבגר ולהפוך לתאי דם אדומים. ירידה בייצור אריתרופויטין בגוף היא אחת הגורמים לאנמיה אצל חולי אי-ספיקת כליות. בשל כך, אחד הטיפולים באנמיה הוא מתן אריתרופויטין אקסוגני,[1] כלומר מתן חומרים מזרזי-אריתרופויטין, erythropoiesis-stimulating agents (ESA). טיפול באנמיה חמורה באמצעות ESA מצמצם את הדרישה למתן ברזל באינפוזיה, מגביר את איכות החיים וסיבולת, ומקטין את הסיכון לניוון חדר שמאל (המקושר לתמותה גבוהה).[3,2] המלצות ה-Renal Association וה- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) הן להציע טיפול ESA עבור מטופלי דיאליזה העשויים להפיק תועלת מבחינת איכות חיים ותפקוד גופני וכדי למנוע עירוי דם, במיוחד אצל מועמדים להשתלה.[5,4] ה- International Society of Nephrology ממליץ על טיפול באמצעות ESA כדי למנוע ירידת ההמוגלובין אל מתחת ל-9 גרם לדציליטר אצל חולי ESRD (end-stage renal disease).[6] לפי הנחיית הבטיחות של ה-MHRA בבריטניה, יש להימנע מלתת טיפול ESA למטופלי דיאליזה שיש להם ריכוז המוגלובין גבוה מ-12 גרם לדציליטר, בגלל הסיכון המוגבר למוות ולאירועים קרדיווסקולריים חמורים במטופלים אלו.[7]
סוג המדד	תהליך (process)
מחלקות	מכוני דיאליזה / מחלקות דיאליזה
מכנה	כל מטופלי המודיאליזה כרונית שנמצאים בטיפול לפחות 3 חודשים בתחילת הרבעון וטופלו ב-EPO בחודש המדווח

מונה	כל מטופלי המודיאליזה כרונית שנמצאים בטיפול לפחות 3 חודשים בתחילת הרבעון וטופלו ב-EPO בחודש המדווח עם רמת המוגלובין מעל ל-12 גרם % בחודש המדווח	
תאריך קובע לגזירת המדד	תאריך ביצוע דיאליזה	
קריטריונים להכללה	כל מטופלי המודיאליזה שנמצאים בטיפול לפחות 3 חודשים בתחילת הרבעון המדווח [ייבחנו 3 אפיזודות למטופל של נטילת רמת המוגלובין (הראשונה בכל חודש) וכל אחת תיבחן בפני עצמה]	
קריטריונים להוצאה	מטופלים מתחת לגיל 18 **(לא ידווח)** מטופלים שתאריך תחילת טיפול דיאליזה במכון הנבדק הוא פחות מ-3 חודשים לפני תחילת הרבעון **(ידווח וייגרע)** מטופלים מזדמנים (מטופלים שאינם קבועים במכון, אורחים) **(לא ידווח)** מטופלים שמספר המודיאליזות שבוצעו באותו החודש קטן מ-3 **(ידווח וייגרע מאותו החודש בו בוצעו פחות מ-3 טיפולים בלבד)** מטופלים שהפסיקו טיפול דיאליזה במהלך הרבעון **(ידווח וייגרע מחודש ההפסקה והלאה)** נפטרים **(ידווח וייגרע)**	
מקור המידע	**מערכות המחשוב המנהלי בבית החולים** ת"ז **(מוצפנת)** GIS **(אזור סוציו-אקונומי של המטופל על פי כתובתו המלאה)** שנת לידה מין קוד מכון/סניף שם מכון/סניף תאריך תחילת טיפול דיאליזה תאריך פטירה גורם מבטח	**מערכות המחשוב הקליני בבית החולים** קודי אבחנה ICD-9 למחלת כליות כרונית **(ראו נספחים, טבלה 08.3)** קודי אבחנה ICD-9 למחלת סוכרת **(ראו נספחים, טבלה 08.4)** עבור החודש הראשון, השני והשלישי של הרבעון, יש לדווח: מספר קבלה/מקרה תאריך בדיקת המוגלובין הראשונה בכל חודש תוצאת בדיקת המוגלובין (גר/דל) תאריך מתן EPO **(מתן EPO ראשון בכל אפיזודה בנפרד)** שם תרופה EPO (גנרי) **(ראו נספחים, טבלה 15.1)** מינון EPO מספר דיאליזות שבוצעו בחודש הראשון, השני והשלישי ברבעון האם המטופל הפסיק טיפול במהלך הרבעון **(0. לא, 1. כן)** תאריך הפסקת הדיאליזה

יעד לשנת 2025	טרם נקבע יעד
תקופת דיווח	אחת לרבעון
תחילת הפקת המדד	רבעון ראשון של שנת 2024
הערות	*למדד ידווחו כל מטופלי המודיאליזה כרונית שנמצאים בטיפול לפחות 3 חודשים בתחילת הרבעון. מקרה שבו ניתן EPO ללא בדיקת המוגלובין לא יעמוד במדד.

[1] Batchelor, E. K., Kapitsinou, P., Pergola, P. E., Kovesdy, C. P., & Jalal, D. I. (2020). Iron deficiency in chronic kidney disease: updates on pathophysiology, diagnosis, and treatment. *Journal of the American Society of Nephrology*, *31*(3), 456–468. https://doi.org/10.1681/ASN.2019020213

[2] Berns, J. S. (2006). Should all patients with chronic kidney disease receive an EPO-type drug? *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, *73*(3), 298–300. https://doi.org/10.3949/ccjm.73.3.298

[3] Berns, J. S., & Qunibi, W. Y. (2022). Treatment of anemia in patients on dialysis. *UpToDate*. https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-anemia-in-patients-on-dialysis

[4] Mikhail, A., Brown, C., Williams, J. A., Mathrani, V., Shrivastava, R., Evans, J., Isaac, H., & Bhandari, S. (2017). Renal association clinical practice guideline on Anaemia of Chronic Kidney Disease. *BMC Nephrology*, *18*(1), 345. https://doi.org/10.1186/s12882-017-0688-1

[5] NICE. (2021, August 25). *Chronic kidney disease: assessment and management*. National Institute for Health and Care Excellence. https://www.nice.org.uk/guidance/ng203/chapter/Recommendations#managing-anaemia

[6] International Society of Nephrology. (2012). *KDIGO Clinical Practice Guideline for Anemia in Chronic Kidney Disease*. *2*(4). https://kdigo.org/wp-content/uploads/2016/10/KDIGO-2012-Anemia-Guideline-English.pdf

[7] Medicines and Healthcare products Regulatory Agency (MHRA). (2014, December 11). *Recombinant human erythropoietins: new advice for prescribing.* https://www.gov.uk/drug-safety-update/recombinant-human-erythropoietins-new-advice-for-prescribing

מדד 01-24-1-10-001 **<u>מתן טיפול נאות לאנמיה על ידי אריתרופויטין אקסוגני למטופלי המודיאליזה</u>**

תיאור המדד: שיעור מטופלי דיאליזה כרונית 3 חודשים ומעלה שטופלו באריתרופויטין אקסוגני (Erythropoietin, EPO) בחודש המדווח עם רמת המוגלובין מעל ל-12 גרם % בחודש המדווח

קריטריונים להכללה:
<u>כל</u> מטופלי המודיאליזה שנמצאים בטיפול לפחות 3 חודשים בתחילת הרבעון המדווח
[ייבחנו 3 אפיזודות למטופל של נטילת רמת המוגלובין (הראשונה בכל חודש) וכל אחת תיבחן בפני עצמה]

קריטריונים להוצאה:
מטופלים מתחת לגיל 18 **(לא ידווח)**
חולים שתאריך תחילת טיפול דיאליזה במכון הנבדק הוא פחות מ-3 חודשים לפני תחילת הרבעון **(ידווח וייגרע)**
מטופלים מזדמנים (מטופלים שאינם קבועים במכון, אורחים) **(לא ידווח)**
מטופלים שמספר ההמודיאליזות שבוצעו באותו החודש קטן מ-3 **(ידווח וייגרע מאותו החודש בו בוצעו פחות מ-3 טיפולים בלבד)**
מטופלים שהפסיקו טיפול דיאליזה במהלך הרבעון **(ידווח וייגרע מחודש ההפסקה והלאה)**
נפטרים **(ידווח וייגרע)**

תקופת דיווח: אחת לרבעון

תאריך קובע לגזירת האוכלוסייה למדד: תאריך ביצוע דיאליזה

עבור אוכלוסייה זו, המשתנים שיועברו על ידי בתי החולים הם:

משתנה	שמות השדות	סוג משתנה	קידוד	הסבר
קוד מדד	Measurment_ID	טקסט (14)		קוד המדד הוא: 01-24-1-10-001
קוד בית חולים/ נותן שירות	Hospital_ID	טקסט (10)		על פי הקידוד המקובל של משרד הבריאות
קוד מחלקה	Department_ID	טקסט (10)		על פי הקידוד המקובל של משרד הבריאות (רלוונטי בבתי חולים כלליים)
קוד מכון/ סניף	Institute_ID	טקסט (50)		על פי הקידוד של נותן השירות (לא רלוונטי לבתי חולים כלליים)
שם מכון/ סניף	Institute_Name	טקסט (100)		על פי הקידוד של נותן השירות (לא רלוונטי לבתי חולים כלליים)
ת.ז. מוצפנת	Patient_ID	טקסט (256)		**ת.ז. תועבר בצורה מוצפנת בשיטה המקובלת**
ת.ז.- ספרת ביקורת	Patientbikoret_ID	טקסט (1)		**רק** ספרת הביקורת של ת.ז.
סוג תעודה	ID_Types	טקסט (1)		תעודת זהות - 1, דרכון - 2, זמני - 3, ת.ז. פלסטינית - 4
שנת לידה	Birth_Year	מספר	YYYY	
מין	Gender	מספר	1- זכר, 2- נקבה	
כתובת- רחוב	Adress_Street	טקסט (100)		יש לציין את כתובת המגורים של המטופל
כתובת- מספר בית	Adress_House	טקסט (100)		
כתובת- עיר	Adress_CityName	טקסט (100)		
סמל יישוב	CityCode	מספר		לפי רשימת סמלי יישוב של הלמ"ס
אשכול סוציו-כלכלי	SES	מספר	1-20	אשכול סוציוכלכלי על פי הדירוג של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה
גורם מבטח	Insurance_Provider	מספר	1- כללית 2- מכבי 3- מאוחדת 4- לאומית 5- צה"ל 6- אחר, פרט בהערות	קופת החולים אליה משויך המטופל
תאריך תחילת טיפול דיאליזה	DialysisStart_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	
תאריך פטירה	Death_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	
קודי אבחנה ICD-9 למחלת כליות כרונית	Diagnosis_ICD	טקסט (200)		לציין רשימה של כל האבחנות להמודיאליזה כרונית, מופרדות בפסיקים **(ראו נספחים, טבלה 08.3)**
קודי אבחנה ICD-9 למחלת סוכרת	Diagnosis_ICD_Diabetes	טקסט (200)		לציין רשימה של כל האבחנות לסוכרת, מופרדות בפסיקים **(ראו נספחים, טבלה 08.4)**
עבור הדיאליזה הראשונה, בחודש הראשון של הרבעון, בה בוצעה בדיקת המוגלובין, יש לדווח:				
מספר מקרה/ מספר קבלה (חודש ראשון)	Case_Number1	טקסט (50)		המספר שנותן השירות מקצה למטופל כאשר הוא מתקבל לטיפול. מספר חד-חד ערכי
תאריך בדיקת המוגלובין הראשונה בכל חודש (חודש ראשון)	HGB1_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך נטילת דגימה לבדיקת המוגלובין
תוצאת בדיקת המוגלובין (גר/דל) (חודש ראשון)	HGB_Value1	~~מספר~~ דצימל	###.##	תוצאת בדיקה בגרם לדציליטר
תאריך מתן EPO (חודש ראשון)	EPO_Given1	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	מתן EPO ראשון בכל אפיזודה בנפרד לפי מתן בפועל

משתנה	שמות השדות	סוג משתנה	קידוד	הסבר
שם תרופה EPO (גנרי) (חודש ראשון)	EPO_Name1	טקסט (50)	רשום באותיות לטיניות גדולות	השם הגנרי של האריתרופויטין שניתן למטופל **(ראו נספחים, טבלה 15.1)**
מינון EPO (חודש ראשון)	EPO_Dose1	מספר	######	מינון ה-EPO שניתן למטופל
מספר הדיאליזות שבוצעו בחודש הראשון	Dialysis_Number1	מספר		
עבור הדיאליזה הראשונה, בחודש השני של הרבעון, בה בוצעה בדיקת המוגלובין, יש לדווח:				
מספר מקרה/ מספר קבלה (חודש שני)	Case_Number2	טקסט (50)		המספר שנותן השירות מקצה למטופל כאשר הוא מתקבל לטיפול. מספר חד-חד ערכי
תאריך בדיקת המוגלובין הראשונה בכל חודש (חודש שני)	HGB2_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך נטילת דגימה לבדיקת המוגלובין
תוצאת בדיקת המוגלובין (גר/דל) (חודש שני)	HGB_Value2	~~מספר~~ דצימל	###.##	תוצאת בדיקה בגרם לדציליטר
תאריך מתן EPO (חודש שני)	EPO_Given2	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	מתן EPO ראשון בכל אפיזודה בנפרד לפי מתן בפועל
שם תרופה EPO (גנרי) (חודש שני)	EPO_Name2	טקסט (50)	רשום באותיות לטיניות גדולות	השם הגנרי של האריתרופויטין שניתן למטופל **(ראו נספחים, טבלה 15.1)**
מינון EPO (חודש שני)	EPO_Dose2	מספר	######	מינון ה-EPO שניתן למטופל
מספר הדיאליזות שבוצעו בחודש השני	Dialysis_Number2	מספר		
עבור הדיאליזה הראשונה, בחודש השלישי של הרבעון, בה בוצעה בדיקת המוגלובין, יש לדווח:				
מספר מקרה/ מספר קבלה (חודש שלישי)	Case_Number3	טקסט (50)		המספר שנותן השירות מקצה למטופל כאשר הוא מתקבל לטיפול. מספר חד-חד ערכי
תאריך בדיקת המוגלובין הראשונה בכל חודש (חודש שלישי)	HGB3_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך נטילת דגימה לבדיקת המוגלובין
תוצאת בדיקת המוגלובין (גר/דל) (חודש שלישי)	HGB_Value3	~~מספר~~ דצימל	###.##	תוצאת בדיקה בגרם לדציליטר
תאריך מתן EPO (חודש שלישי)	EPO_Given3	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	מתן EPO ראשון בכל אפיזודה בנפרד לפי מתן בפועל
שם תרופה EPO (גנרי) (חודש שלישי)	EPO_Name3	טקסט (50)	רשום באותיות לטיניות גדולות	השם הגנרי של האריתרופויטין שניתן למטופל **(ראו נספחים, טבלה 15.1)**
מינון EPO (חודש שלישי)	EPO_Dose3	מספר	######	מינון ה-EPO שניתן למטופל
מספר הדיאליזות שבוצעו בחודש השלישי	Dialysis_Number3	מספר		
האם המטופל הפסיק את טיפול במהלך הרבעון	Dialysis_Refuse	מספר	1- כן, 0- לא	
תאריך הפסקת הדיאליזה	DialysisEnd_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	
הערות	**Remarks**	**טקסט (200)**		**יש לרשום בטקסט חופשי את כל ההשגות וההערות לגבי המקרה שברצונכם להדגיש**

שם המדד	שיעור קולונוסקופיות בהן אותר לפחות פוליפ אחד
מספר המדד	**01-21-1-12-001**
תיאור המדד	שיעור קולונוסקופיות שבוצעו בקרב מטופלים בני 50 ומעלה שאותר בהן לפחות פוליפ אחד
הרציונל לבחירת המדד	בישראל, סרטן המעי הגס הוא הגורם השני בשכיחותו הן לתחלואה בסרטן והן לתמותה ממנו.[1] מהספרות עולה כי ביצוע קולונוסקופיה הכוללת כריתת פוליפים מביאה לירידה בשיעור התחלואה בסרטן המעי הגס,[4,3,2] ולירידה בשיעור התמותה ממנו.[5] האפקטיביות של הקולונוסקופיה תלויה באיכות הביצוע של הפרוצדורה.[7,6] לאור השונות בין גסטרואנטרולוגים בשיעור איתור פוליפים (polyp detection rate, PDR) מדידה וניטור של שיעור זה יכולים לסייע בשיפור איכות ביצוע הפרוצדורה ומניעת תחלואה.[10,9,8] מדד דומה בשימוש במדינות רבות בעולם הינו שיעור איתור אדנומות (adenoma detection rate, ADR), אך מדידתו מורכבת יותר – פוליפים ניתן לזהות בזמן הפרוצדורה, ואילו זיהוי אדנומה ככזו ניתן לבצע רק במעבדה. חוקרים במדינות שונות מצאו כי ניתן להשתמש במדד PDR ולחשב ממנו ערך המדד ADR לפי יחס יחסי (relative risk, RR) של 0.68 וכך לקבל את המידע המבוקש מבלי להוסיף זמן ומאמץ של זיהוי כל הדגימות שנשלחו לפתולוגיה וקישור למידע שנאסף בשלבים הקודמים.[13,12,11] נמצא גם כי משוב תדיר לרופאים עצמם מעלה את שיעורי המדדים.[14] שני המדדים נמצאו בקשר שלילי עם גילוי סרטן המעי אחרי קולונוסקופיה (post-colonoscopy colorectal cancer, PCCRC), ולכן איגודי גסטרואנטרולוגיה ממליצים על מדידת לפחות אחד מהם.[17,16,15]
סוג המדד	תהליך (process)
מחלקות	מכון גסטרו
מכנה	מטופלים בני 50 ומעלה שעברו בדיקת קולונוסקופיה בתקופה הנמדדת
מונה	מטופלים בני 50 ומעלה שעברו בדיקת קולונוסקופיה בתקופה הנמדדת ושבמהלכה אותר לפחות פוליפ אחד
תאריך קובע לגזירת המדד	תאריך ביצוע קולונוסקופיה
קריטריונים להכללה	מטופלים בני 50 ומעלה מטופלים אמבולטורים בלבד כל הקולונוסקופיות למטופל שבוצעו ברבעון הנוכחי (קוד פרוצדורה ICD-9: 45.23)

קריטריונים להוצאה	מטופלים מתחת לגיל 50 **(לא ידווח)** הפסקת הקולונוסקופיה עקב הכנה לקויה **(ידווח וייגרע)** Colitis **(לא ידווח)** (ראו קודי אבחנות של ICD-9 בנספחים, טבלה 09.1) כריתת קולון **(לא ידווח)** (ראו קודי פרוצדורות של ICD-9 בנספחים, טבלה 09.2) Polypectomy ב-3 השנים שלפני הקולונוסקופיה הנוכחית/המדווחת (קודי פרוצדורות ICD-9) **(ידווח וייגרע)**	
מקור המידע	**מערכות המחשוב המנהלי בבית החולים** ת"ז **(מוצפנת)** GIS **(אזור סוציואקונומי של המטופל על פי כתובתו המלאה)** מספר מקרה שנת לידה מין	**מערכות המחשוב הקליני בבית חולים** תאריך ביצוע הקולונוסקופיה שעת תחילת ביצוע הקולונוסקופיה זמן הגעה לצקום תאריך סיום ביצוע הקולונוסקופיה שעת סיום ביצוע הקולונוסקופיה תיעוד זיהוי של פוליפ **(קודי אבחנה ICD-9 הם: 211.3, 211.4)** תיעוד כריתה של פוליפ הפסקת הקולונוסקופיה עקב הכנה לקויה **(1- כן, 0- לא)** Polypectomy ב-3 השנים שלפני הקולונוסקופיה הנוכחית/המדווחת **(קוד פרוצדורה ICD-9)** תאריך Polypectomy ב-3 השנים שלפני הקולונוסקופיה הנוכחית/המדווחת
יעד לשנת 2025	40%	
תקופת דיווח	אחת לרבעון	
תחילת הפקת המדד	רבעון ראשון 2021	
הערות	קולונוסקופיה עם הרחבה באמצעות בלון וקולונוסקופיה עם הרחבה והחדרת תותב/תומך לא נכללות במדד.	

[1] המרכז הלאומי לבקרת מחלות, חטיבת טכנולוגיות רפואיות, מידע ומחקר. (2022). *סרטן מעי הגס והחלחולת בישראל, 1996-2020*. משרד הבריאות. https://www.gov.il/BlobFolder/reports/colorectal-cancer-2020/he/files_publications_units_ICDC_colorectal-cancer-2020.pdf

[2] Nishihara, R., Wu, K., Lochhead, P., Morikawa, T., Liao, X., Qian, Z. R., Inamura, K., Kim, S. A., Kuchiba, A., Yamauchi, M., Imamura, Y., Willett, W. C., Rosner, B. A., Fuchs, C. S., Giovannucci, E., Ogino, S., & Chan, A. T. (2013). Long-term colorectal-cancer incidence and mortality after lower endoscopy. *The New England Journal of Medicine*, *369*(12), 1095–1105. https://doi.org/10.1056/NEJMoa1301969

[3] Brenner, H., Chang-Claude, J., Jansen, L., Knebel, P., Stock, C., & Hoffmeister, M. (2014). Reduced risk of colorectal cancer up to 10 years after screening, surveillance, or diagnostic colonoscopy. *Gastroenterology*, *146*(3), 709–717. https://doi.org/10.1053/j.gastro.2013.09.001

[4] Baxter, N. N., Sutradhar, R., Forbes, S. S., Paszat, L. F., Saskin, R., & Rabeneck, L. (2011). Analysis of administrative data finds endoscopist quality measures associated with postcolonoscopy colorectal cancer. *Gastroenterology*, *140*(1), 65–72. https://doi.org/10.1053/j.gastro.2010.09.006

[5] Zauber, A. G., Winawer, S. J., O'Brien, M. J., Lansdorp-Vogelaar, I., van Ballegooijen, M., Hankey, B. F., Shi, W., Bond, J. H., Schapiro, M., Panish, J. F., Stewart, E. T., & Waye, J. D. (2012). Colonoscopic polypectomy and long-term prevention of colorectal-cancer deaths. *The New England Journal of Medicine*, *366*(8), 687–696. https://doi.org/10.1056/NEJMoa1100370

[6] Oliveira Ferreira, A., Fidalgo, C., Palmela, C., Costa Santos, M. P., Torres, J., Nunes, J., Loureiro, R., Ferreira, R., Barjas, E., Glória, L., Santos, A. A., & Cravo, M. (2017). Adenoma detection rate: I will show you mine if you show me yours. *GE - Portuguese Journal of Gastroenterology*, *24*(2), 61–67. https://doi.org/10.1159/000450901

[7] Pinto-Pais, T. (2017). Adenoma detection rate: quality indicators for colonoscopy. *GE - Portuguese Journal of Gastroenterology*, *24*(2), 53–54. https://doi.org/10.1159/000458476

[8] Barclay, R. L., Vicari, J. J., Doughty, A. S., Johanson, J. F., & Greenlaw, R. L. (2006). Colonoscopic withdrawal times and adenoma detection during screening colonoscopy. *The New England Journal of Medicine*, *355*(24), 2533–2541. https://doi.org/10.1056/NEJMoa055498

[9] Millan, M. S., Gross, P., Manilich, E., & Church, J. M. (2008). Adenoma detection rate: the real indicator of quality in colonoscopy. *Diseases of the Colon and Rectum*, *51*(8), 1217–1220. https://doi.org/10.1007/s10350-008-9315-3

[10] Niv, Y. (2018). Polyp detection rate may predict adenoma detection rate: a meta-analysis. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, *30*(3), 247–251. https://doi.org/10.1097/MEG.0000000000001062

[11] Murphy, B., Myers, E., O'Shea, T., Feeley, K., & Waldron, B. (2020). Correlation between adenoma detection rate and polyp detection rate at endoscopy in a non-screening population. *Scientific Reports*, *10*(1), 2295. https://doi.org/10.1038/s41598-020-58963-y

[12] Niv, Y. (2018). Polyp detection rate may predict adenoma detection rate: a meta-analysis. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, *30*(3), 247–251. https://doi.org/10.1097/MEG.0000000000001062

[13] Zorron Cheng Tao Pu, L., Singh, G., Rana, K., Nakamura, M., Yamamura, T., Krishnamurthi, S., Ovenden, A., Edwards, S., Ruszkiewicz, A., Hirooka, Y., Fujishiro, M., Burt, A. D., & Singh, R. (2020). Polyp detection rate as a surrogate for adenoma and sessile serrated adenoma/polyp detection rates. *Gastrointestinal Tumors*, *7*(3), 74–82. https://doi.org/10.1159/000505622

[14] Lim, S., Tritto, G., Zeki, S., & DeMartino, S. (2022). Regular feedback to individual endoscopists is associated with improved adenoma detection rate and other key performance indicators for colonoscopy. Frontline gastroenterology, 13(6), 509–516. https://doi-org.moh.idm.oclc.org/10.1136/flgastro-2022-102091

[15] Keswani, R. N., Crockett, S. D., & Calderwood, A. H. (2021). AGA Clinical Practice Update on Strategies to Improve Quality of Screening and Surveillance Colonoscopy: Expert Review. Gastroenterology, 161(2), 701–711. https://doi.org/10.1053/j.gastro.2021.05.041

[16] Schwarz, S., Hornschuch, M., Pox, C., & Haug, U. (2022). Polyp detection rate and cumulative incidence of post-colonoscopy colorectal cancer in Germany. International Journal of Cancer, 152(8), 1547–1555. Portico. https://doi.org/10.1002/ijc.34375

[17] Kanth, P., & Inadomi, J. M. (2021). Screening and prevention of colorectal cancer. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, *374*, n1855. https://doi.org/10.1136/bmj.n1855

מדד 01-21-1-12-001 **<u>שיעור קולונוסקופיות בהן אותר לפחות פוליפ אחד</u>**

תיאור המדד: שיעור קולונוסקופיות שבוצעו בקרב מטופלים בני 50 ומעלה שאותר בהן לפחות פוליפ אחד

קריטריונים להכללה:
מטופלים בני 50 ומעלה
מטופלים אמבולטורים בלבד
כל הקולונוסקופיות למטופל שבוצעו ברבעון הנוכחי **קודי פרוצדורות ICD-9:** 45.23

קריטריונים להוצאה:
מטופלים מתחת לגיל 50 **(לא ידווח)**
Colitis **(לא ידווח)** (ראו קודי אבחנות של ICD-9 בנספחים, טבלה 09.1)
כריתת קולון **(לא ידווח)** (ראו קודי פרוצדורות של ICD-9 בנספחים, טבלה 09.2)
Polypectomy ב-3 השנים שלפני הקולונוסקופיה הנוכחית/המדווחת **(ידווח וייגרע)** **קודי פרוצדורות ICD-9:** 45.41, 45.42, 48.36
הפסקת הקולונוסקופיה עקב הכנה לקויה **(ידווח וייגרע)**

תקופת דיווח: אחת לרבעון

תאריך קובע לגזירת האוכלוסייה למדד: תאריך ביצוע קולונוסקופיה

עבור אוכלוסייה זו, המשתנים שיועברו על ידי בתי החולים הם:

משתנה	שמות השדות	סוג משתנה	קידוד	הסבר
קוד מדד	Measurment_ID	טקסט (14)		קוד המדד הוא: 01-21-1-12-001
קוד בית חולים	Hospital_ID	טקסט (10)		על פי הקידוד המקובל של משרד הבריאות
ת.ז. מוצפנת	Patient_ID	טקסט (256)		**ת.ז. תועבר בצורה מוצפנת בשיטה המקובלת**
ת.ז.- ספרת ביקורת	Patientbikoret_ID	טקסט (1)		**רק** ספרת הביקורת של ת.ז.
סוג תעודה	ID_Types	טקסט (1)		תעודת זהות - 1, דרכון - 2, זמני - 3, ת.ז. פלסטינית - 4
מספר אשפוז/ מספר מקרה/ מספר קבלה	Case_Number	טקסט (50)		המספר שבית החולים מקצה לחולה כאשר הוא מתקבל לאשפוז. מספר חד חד ערכי
תאריך כניסה לבית חולים	Hosp_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך המגע הראשון של החולה עם בית החולים (מלר"ד/ מחלקה/ חדר ניתוח וכדומה)
שנת לידה	Birth_Year	מספר	YYYY	
מין	Gender	מספר	1- זכר, 2- נקבה	
כתובת- רחוב	Adress_Street	טקסט (100)		
כתובת- מספר בית	Adress_House	טקסט (100)		
כתובת- עיר	Adress_CityName	טקסט (100)		
סמל יישוב	CityCode	מספר		לפי רשימת סמלי יישוב של הלמ"ס
אשכול סוציוכלכלי	SES	מספר	1-20	אשכול סוציוכלכלי על פי הדירוג של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה
גורם מבטח	Insurance_Provider	מספר	1- כללית 2- מכבי 3- מאוחדת 4- לאומית 5- צה"ל 6- אחר, פרט בהערות	קופת החולים אליה משויך המטופל
תאריך ביצוע הקולונוסקופיה	ColonoscopyStart_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך ביצוע בדיקת הקולונוסקופיה
שעת תחילת ביצוע הקולונוסקופיה	ColonoscopyStart_Time	טקסט (5)	HH:MM	שעת ביצוע ביצוע הקולונוסקופיה
זמן הגעה לצקום	Cecum_Time	טקסט (5)	HH:MM	
תאריך סיום ביצוע הקולונוסקופיה	ColonoscopyEnd_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך סיום ביצוע הקולונוסקופיה
שעת סיום ביצוע הקולונוסקופיה	Colonoscopy_Time	טקסט (5)	HH:MM	שעת סיום ביצוע הקולונוסקופיה
תיעוד זיהוי של פוליפ	Polyp_Identification	מספר	1- כן, 0- לא	קודי אבחנה ICD-9 הם: 211.3, 211.4
תיעוד כריתה של פוליפ	Polyp_Resection	מספר	1- כן, 0- לא	
הפסקת הקולונוסקופיה עקב הכנה לקויה	Colon_Stop_Prep	מספר	1- כן, 0- לא	הפסקת הקולונוסקופיה עקב הכנה לקויה
Polypectomy ב-3 השנים שלפני הקולונוסקופיה הנוכחית/המדווחת (קוד אבחנה ICD-9)	Previous_Polypectomy	טקסט (200)		יש לציין קודי פרוצדורה של polypectomy. את הקודים יש לתת ברשימה, מופרדים בפסיקים

משתנה	שמות השדות	סוג משתנה	קידוד	הסבר
תאריך Polypectomy ב-3 השנים שלפני הקולונוסקופיה הנוכחית/המדווחת	Prev_Polypectomy_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	יש לציין תאריך polypectomy הקרוב ביותר לקולונוסקופיה הנוכחית
הערות	**Remarks**	**טקסט (200)**		**יש לרשום בטקסט חופשי את כל ההשגות וההערות לגבי המקרה שברצונכם להדגיש**

שם המדד	מתן טיפול כימותרפי משלים למטופלים עם אבחנת סרטן המעי הגס שלב 3
מספר המדד	**01-22-1-13-001**
תיאור המדד	שיעור המטופלים במכון האונקולוגי עם אבחנת סרטן המעי הגס שלב 3 שהחלו טיפול כימותרפי תוך חודשיים מתאריך הניתוח
הרציונל לבחירת המדד	בישראל, סרטן המעי הגס הוא הגורם השני בשכיחותו הן לתחלואה בסרטן והן לתמותה ממנו. מדי שנה מאובחנים בארץ כ-2,800 חולים עם סרטן המעי הגס, כ-8% מאובחנים לראשונה עם מחלה גרורתית.[1] חולים עם סרטן המעי הגס בשלב 3 עוברים ניתוח לכריתת הגידול הסרטני. אצל חולים אלו הסיכון להישנות המחלה לאחר הניתוח גבוה יותר מאשר בחולים אצלם הסרטן אובחן בשלב מוקדם יותר. לכן, ההמלצה היא לתת להם טיפול כימותרפי משלים (מונע) למשך 3-6 חודשים אחרי הניתוח.[2] מתן טיפול משלים בתוך חודשיים מהניתוח קשור לסיכויי שרידות גבוהים יותר וסיכויי הישנות נמוכים יותר לעומת טיפול מאוחר יותר לחולים עם סרטן המעי הגס שלב 3.[3,4,5] עם זאת, שיעור גבוה יחסית של חולים אלו (כשליש) אינו עובר את הטיפול.[6,7,8] מדד דומה קיים בניו זילנד,[9] ומדדים דומים אך עם טווחי זמן שונים קיימים בבריטניה[10,11] ואוסטרליה.[12]
סוג המדד	תהליך (process)
מחלקות	מכונים אונקולוגיים (בבתי חולים ובקהילה)
מכנה	כל המטופלים שהתקבלו למכון האונקולוגי עם אבחנת סרטן המעי הגס שלב 3 שעברו ניתוח לכריתת מעי גס
מונה	כל המטופלים שהתקבלו למכון האונקולוגי עם אבחנת סרטן המעי הגס שלב 3 שהתחילו טיפול כימותרפי תוך חודשיים מתאריך הניתוח
תאריך קובע לגזירת המדד	תאריך ניתוח פלוס חודשיים גזירה לפי חודש קלנדרי. עבור 2025 זיהוי האוכלוסייה יבוצע לפי טווח התאריכים כדלקמן: רבעון 1 – תאריכי גזירה למדד 01/11/24 – 31/01/25 רבעון 2 – תאריכי גזירה למדד 01/02/25 – 30/04/25 רבעון 3 – תאריכי גזירה למדד 01/05/25 – 31/07/25 רבעון 4 – תאריכי גזירה למדד 01/08/25 – 31/10/25
קריטריונים להכללה	מטופלים בני 18 ומעלה כל המטופלים עם אבחנת סרטן המעי הגס שלב 3 במכון האונקולוגי אבחנות ICD-9 סרטן המעי הגס (ראו קודי אבחנות של ICD-9 בנספחים, טבלה 11.1) קוד פרוצדורה ICD-9 ניתוח כריתת המעי הגס (ראו קודי פרוצדורות של ICD-9 בנספחים, טבלה 09.2)

קריטריונים להוצאה	מטופלים מתחת לגיל 18 **(לא ידווח)** מטופלים שנפטרו עד חודשיים מתאריך הניתוח **(ידווח וייגרע)**	
מקור המידע	**מערכות המחשוב המנהלי בבית החולים** ת"ז **(מוצפנת)** מספר קבלה/אשפוז תאריך קבלה ראשון למכון האונקולוגי מין שנת לידה GIS **(אזור סוציו-אקונומי של המטופל על פי כתובתו המלאה)** גורם מבטח תאריך פטירה	**מערכות המחשוב הקליני בבית החולים** תאריך ניתוח כריתת מעי גס **(מדוח ניתוח או מקבלה רפואית מתיק המטופל במכון האונקולוגי)** קודי אבחנות ICD-9 קודי פרוצדורות ICD-9 לפי קידוד בחדר ניתוח **(מדוח ניתוח או מקבלה רפואית מתיק המטופל במכון האונקולוגי)** שלב 3 **(1. כן, 0. לא)** תאריך התחלת טיפול כימותרפי סירוב לטיפול כימותרפי **(1. כן, 0. לא)** תאריך העברה למכון אונקולוגי אחר או עזיבת המטופל האם נותח בבית חולים אחר **(1. כן, 0. לא)** אופן מתן הטיפול **(1. IV, 2. PO, 3. משולב)**
יעד לשנת 2025	טרם נקבע יעד	
תקופת דיווח	אחת לרבעון רבעון 1 – 01/05 רבעון 2 – 01/08 רבעון 3 – 01/11 רבעון 4 – 01/02	
תחילת הפקת המדד	רבעון ראשון של שנת 2022	
הערות	2021 הינה שנת היערכות, דיווח שנת פיילוט למדד יחל ב-2022.	

[1] המרכז הלאומי לבקרת מחלות, חטיבת טכנולוגיות רפואיות, מידע ומחקר. (2022). *סרטן מעי הגס והחלחולת בישראל, 1996-2020*. משרד הבריאות. https://www.gov.il/BlobFolder/reports/colorectal-cancer-2020/he/files_publications_units_ICDC_colorectal-cancer-2020.pdf

[2] Benson, A. B., Venook, A. P., Al-Hawary, M. M., Cederquist, L., Chen, Y.-J., Ciombor, K. K., Cohen, S., Cooper, H. S., Deming, D., Engstrom, P. F., Garrido-Laguna, I., Grem, J. L., Grothey, A., Hochster, H. S., Hoffe, S., Hunt, S., Kamel, A., Kirilcuk, N., Krishnamurthi, S., … Freedman-Cass, D. A. (2018). NCCN guidelines insights: colon cancer,

version 2.2018. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, *16*(4), 359–369. https://doi.org/10.6004/jnccn.2018.0021

[3] Des Guetz, G., Nicolas, P., Perret, G.-Y., Morere, J.-F., & Uzzan, B. (2010). Does delaying adjuvant chemotherapy after curative surgery for colorectal cancer impair survival? A meta-analysis. *European Journal of Cancer*, *46*(6), 1049–1055. https://doi.org/10.1016/j.ejca.2010.01.020

[4] Biagi, J. J., Raphael, M. J., Mackillop, W. J., Kong, W., King, W. D., & Booth, C. M. (2011). Association between time to initiation of adjuvant chemotherapy and survival in colorectal cancer: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of the American Medical Association*, *305*(22), 2335–2342. https://doi.org/10.1001/jama.2011.749

[5] Turner, M. C., Farrow, N. E., Rhodin, K. E., Sun, Z., Adam, M. A., Mantyh, C. R., & Migaly, J. (2018). Delay in adjuvant chemotherapy and survival advantage in stage III colon cancer. *Journal of the American College of Surgeons*, *226*(4), 670–678. https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2017.12.048

[6] Chagpar, R., Xing, Y., Chiang, Y.-J., Feig, B. W., Chang, G. J., You, Y. N., & Cormier, J. N. (2012). Adherence to stage-specific treatment guidelines for patients with colon cancer. *Journal of Clinical Oncology*, *30*(9), 972–979. https://doi.org/10.1200/JCO.2011.39.6937

[7] Becerra, A. Z., Probst, C. P., Tejani, M. A., Aquina, C. T., González, M. G., Hensley, B. J., Noyes, K., Monson, J. R. T., & Fleming, F. J. (2015). Opportunity lost: Adjuvant chemotherapy in patients with stage III colon cancer remains underused. *Surgery*, *158*(3), 692–699. https://doi.org/10.1016/j.surg.2015.03.057

[8] Karim, S., Booth, C. M., Brennan, K., Peng, Y., Siemens, D. R., Krzyzanowska, M. K., & Mackillop, W. J. (2019). Estimating the optimal rate of adjuvant chemotherapy utilization for stage III colon cancer. *Cancer Medicine*, *8*(12), 5590–5599. https://doi.org/10.1002/cam4.2456

[9] NZMOH. (2019). *Bowel Cancer Quality Performance Indicators: Descriptions*. New Zealand Ministry of Health. https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/bowel-cancer-quality-performance-indicators-descriptions-mar19.pdf

[10] National Bowel Cancer Audit (NBOCA). (2023). *National Bowel Cancer Audit: Annual Report 2020*. Healthcare Quality Improvement Partnership (HQIP). https://www.nboca.org.uk/content/uploads/2023/01/NBOCA-2022-Final.pdf

[11] West of Scotland Cancer Network (WoSCAN). (2022). *Audit Report: Colorectal Cancer Quality Performance Indicators Clinical*. NHS. https://www.woscan.scot.nhs.uk/wp-content/uploads/MCN-for-Colorectal-Cancer-%E2%80%93-Report-of-the-201920-Clinical-Audit-Data-1.pdf

[12] Department of Health and Human Services. (2019). *Colorectal cancer in Victoria: optimal care pathway data summary report*. State of Victoria, Australia. https://www.health.vic.gov.au/publications/colorectal-cancer-in-victoria-optimal-care-pathway-data-summary-report

מדד 01-22-1-13-001 — מתן טיפול כימותרפי משלים למטופלים עם אבחנת סרטן המעי הגס שלב 3

תיאור המדד: שיעור המטופלים במכון האונקולוגי עם אבחנת סרטן מעי שלב 3 שהחלו טיפול כימותרפי תוך חודשיים מתאריך ניתוח

קריטריונים להכללה:
מטופלים **בני 18 ומעלה**
מטופלים עם **אבחנה** של סרטן מעי גס **שלב 3** במכון האונקולוגי (ראו קודי אבחנות של ICD-9 בנספחים, טבלה 11.1)
בשילוב:
פרוצדורה של כריתת מעי גס/קולון (ראו קודי פרוצדורות של ICD-9 בנספחים, טבלה 09.2)

קודי אבחנה של ICD-9: 153, 153.0, 153.1, 153.2, 153.3, 153.4, 153.5, 153.6, 153.7, 153.8, 153.9

קודי פרוצדורה של ICD-9: 45.71, 45.72, 45.73, 45.74, 45.75, 45.76, 45.79, 45.81, 45.82, 45.83, 17.31, 17.32, 17.33, 17.34, 17.35, 17.36, 17.39

קריטריונים להוצאה:
מטופלים מתחת לגיל 18 **(לא ידווח)**
נפטרים תוך חודשיים מתאריך ניתוח **(ידווח וייגרע)**

תקופת דיווח: אחת לרבעון
רבעון 1 – 01/05
רבעון 2 – 01/08
רבעון 3 – 01/11
רבעון 4 – 01/02

תאריך קובע לגזירת האוכלוסייה למדד: תאריך ניתוח + חודשיים
גזירה לפי חודש קלנדרי. עבור 2025 זיהוי האוכלוסייה יבוצע לפי טווח התאריכים כדלקמן:
רבעון 1 – תאריכי גזירה למדד 01/11/24 – 31/01/25
רבעון 2 – תאריכי גזירה למדד 01/02/25 – 30/04/25
רבעון 3 – תאריכי גזירה למדד 01/05/25 – 31/07/25
רבעון 4 – תאריכי גזירה למדד 01/08/25 – 31/10/25

עבור אוכלוסייה זו, המשתנים שיועברו על ידי בתי החולים הם:

משתנה	שמות השדות	סוג משתנה	קידוד	הסבר
קוד מדד	Measurment_ID	טקסט (14)		קוד המדד הוא: 01-22-1-13-001
קוד בית חולים	Hospital_ID	טקסט (10)		על פי הקידוד המקובל של משרד הבריאות
ת.ז. מוצפנת	Patient_ID	טקסט (256)		**ת.ז. תועבר בצורה מוצפנת בשיטה המקובלת**
ת.ז.- ספרת ביקורת	Patientbikoret_ID	טקסט (1)		**רק** ספרת הביקורת של ת.ז.
סוג תעודה	ID_Types	טקסט (1)		תעודת זהות - 1, דרכון - 2, זמני - 3, ת.ז. פלסטינית - 4
מספר אשפוז/ מספר מקרה/ מספר קבלה	Case_Number	טקסט (50)		המספר שבית החולים מקצה לחולה כאשר הוא מתקבל לאשפוז. מספר חד חד ערכי
תאריך קבלה ראשון למכון אונקולוגי	Hosp_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך המגע הראשון של החולה עם המכון האונקולוגי
שנת לידה	Birth_Year	מספר	YYYY	
מין	Gender	מספר	1- זכר, 2-נקבה	
כתובת- רחוב	Adress_Street	טקסט (100)		
כתובת- מספר בית	Adress_House	טקסט (100)		
כתובת- עיר	Adress_CityName	טקסט (100)		
סמל יישוב	CityCode	מספר		לפי רשימת סמלי יישוב של הלמ"ס
אשכול סוציוכלכלי	SES	מספר	1-20	אשכול סוציוכלכלי על פי הדירוג של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה
גורם מבטח	Insurance_Provider	מספר	1- כללית 2- מכבי 3- מאוחדת 4- לאומית 5- צה"ל 6- אחר, פרט בהערות	קופת החולים אליה משויך המטופל
תאריך פטירה	Death_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך פטירה במסגרת הטיפול במכון האונקולוגי
תאריך ניתוח כריתת מעי גס	SurgeryStart_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך כריתת מעי גס (מדוח ניתוח או מקבלה רפואית במכון)

משתנה	שמות השדות	סוג משתנה	קידוד	הסבר
קודי אבחנות ICD-9	Diagnosis_ICD	טקסט (200)		לציין את קודי האבחנה של החולה (לפי ICD-9). את הקודים יש לתת ברשימה של כל האבחנות, מופרדים בפסיקים
קודי פרוצדורות ICD-9 לפי קידוד בחדר ניתוח	Procedure_ICD	טקסט (200)		מתוך קידוד חדר ניתוח או קוד פרוצדורה מקבלה רפואית (פעולות בעבר)
שלב 3	Stage	מספר	1- כן, 0- לא	שלב מחלה 3
תאריך מתן טיפול כימותרפי	chemotherapyStart_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	יש לדווח תאריך תחילת טיפול במכון אונקולוגי. טיפול IV לפי מתן בפועל, PO לפי המלצה/הנפקת מרשם
סירוב לטיפול כימותרפי	refuse_medictreat	מספר	1- כן, 0- לא	יש לדווח אודות סירוב לטיפול מכל סיבה
תאריך העברה למכון אונקולגי אחר או עזיבה	DischargeHosp_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	לציין תאריך העברת המטופל למכון אונקולוגי אחר או עזיבה
האם נותח בבית חולים אחר	Other_Hospital	מספר	1- כן, 0- לא	
אופן מתן הטיפול	Administration_Method	מספר	1-IV 2- PO 3- משולב	
הערות	**Remarks**	**טקסט (200)**		**יש לרשום בטקסט חופשי את כל ההשגות וההערות לגבי המקרה שברצונכם להדגיש**

שם המדד	אפיון מולקולרי של סרטן ריאה גרורתי (מסוג NSCLC) תוך חודשיים מתאריך קבלה למכון או מתאריך אבחון מחלה גרורתית – המאוחר מביניהם
מספר המדד	**01-23-2-13-001**
תיאור המדד	ביצוע אפיון מולקולרי למטופל עם סרטן ריאתי שלב IV תוך חודשיים מקבלה חדשה למכון עם אבחנה רלוונטית או תוך חודשיים מאבחון מחלה גרורתית על ידי אונקולוג (למטופל שכבר נמצא במעקב במכון אונקולוגי)
הרציונל לבחירת המדד	סרטן הריאה הוא הסרטן השני בשכיחותו, ובין הגורמים הראשונים לתמותה בעולם. בשנת 2020, נפטרו מסרטן הריאה יותר אנשים מאשר מסרטן המעי הגס וסרטן הכבד, מספרים 2 ו-3 בסרטנים קטלניים, ביחד.[1] רוב החולים המאובחנים עם סרטן ריאה מסוג (non-small cell lung cancer, NSCLC) מציגים סרטן מתקדם לא-נתיח. שיעורי ההישרדות ל-5 שנים בקרב מאובחנים בשלב IV – סרטן ריאה גרורתי – בעולם הם כ-10% או פחות.[3,2] בשנת 2019, אובחנו בישראל 2,739 מקרי סרטן הריאה, למעלה מ-45% מהם אובחנו אחרי שהסרטן התפשט.[4] למעלה מ-50% מגידולי ריאה גרורתי מסוג NSCLC עשויים להיות גידולים נושאי מוטציה הפעלתית,[5] שכנגדה קיימים טיפולים ממוקדי מטרה הניתנים בצורת פומית.[7,6] לכן, אבחנה לשם תכנון טיפול חייבת להתבסס על דגימה תאית לצורך בחינת סמנים ביולוגיים (ביומרקרים).[9,8] בדיקה מולקולרית זו קובעת נוכחות של מוטציות גנטיות, שיכולות לנבא תגובתיות לטיפול ממוקד מטרה, מכוון לַמוטציה הספציפית. ארגונים אונקולוגיים בעולם ממליצים על עריכת בדיקה גנומית לכל מטופל עם סרטן ריאה גרורתי לפני תחילת הטיפול האונקולוגי.[13,12,11,10] טיפול ממוקד מטרה זמין בסל התרופות בישראל ויכול להכפיל את תוחלת החיים של מטופלים בהשוואה לטיפולי כימותרפיה.[16,15,14] זיהוי מטרות אלו מתאפשר רק באמצעות בדיקת הפרופיל הגנומי בתאי הגידול או בדם. סל התרופות כולל ביצוע פרופיל גנומי וכן טיפול ממוקד מטרה, ועל הרופאים המטפלים להזמין את הבדיקה עבור כל מקרה של NSCLC גרורתי.[17]
סוג המדד	תהליך (process)
מחלקות	מכונים אונקולוגיים (בבתי חולים ובקהילה)
מכנה	כל המטופלים במכון בעלי אבחנה של סרטן ריאה שלב IV (בהתאם לרשימה בקריטריונים להכללה) בחציון המדווח
מונה	כל המטופלים במכון בעלי אבחנה של סרטן ריאה שלב IV (בהתאם לרשימה בקריטריונים להכללה) אשר יש עבורם תיעוד של אפיון מולקולרי של הגידול הסרטני הריאתי שלב IV תוך חודשיים מאבחון המחלה בשלב IV או תוך חודשיים מתאריך הקבלה למכון במידה והאבחנה נעשתה לפני הקבלה למכון (המאוחר מביניהם)

תאריך קובע לגזירת המדד	תאריך **<u>תיעוד</u>** מחלה שלב IV הנכללת במדד על ידי אונקולוג במכון + חודשיים	
קריטריונים להכללה	מטופלים בני 18 ומעלה מטופלים הרשומים במכון עם אבחנת סרטן ריאה (non-small cell) גרורתי (שלב IV) להלן רשימת האבחנות הנכללות במדד: Adenocarcinoma Squamous cell carcinoma Adenosquamous carcinoma Undifferentiated carcinoma Pleomorphic carcinoma Sarcomatoid carcinoma Large cell carcinoma	
קריטריונים להוצאה	נפטרים תוך חודשיים מהקבלה למכון **(ידווח וייגרע)** מטופלים עם אבחנת סרטן ריאה שאינה מהסוגים הנכללים במדד **(לא ידווח)** להלן רשימת האבחנות שאינן נכללות במדד: Small Cell Carcinoma Large cell neuroendocrine carcinoma Carcinoid Atypical carcinoid	
מקור המידע	**מערכות המחשוב המנהלי בבית החולים** **ת"ז (מוצפנת)** מספר קבלה/אשפוז תאריך קבלה ראשונה למכון האונקולוגי מין שנת לידה תאריך פטירה GIS **(אזור סוציו-אקונומי של המטופל על פי כתובתו המלאה)** גורם מבטח	**מערכות המחשוב הקליני בבית החולים** קוד אבחנה ICD-9 (162.9) אבחנות סרטן ריאה גרורתי **(1- Adenocarcinoma, 2 - Squamous cell carcinoma, 3 - Adenosquamous carcinoma, 4 - Undifferentiated carcinoma, 5 - Pleomorphic carcinoma, 6 - Sarcomatoid carcinoma, 7 - Large cell carcinoma)** תאריך אבחנת סרטן ריאה גרורתי תאריך אפיון מולקולרי תוצאת אפיון מולקולרי תאריך העברה למכון אונקולגי אחר או עזיבה
יעד לשנת 2025	טרם נקבע יעד	
תקופת דיווח	אחת לחציון	

תחילת הפקת המדד	1.1.2023
הערות	הגדרה של אפיון מולקולרי: תיעוד תשובה על ידי אונקולוג (או מי מטעמו) בתיק המטופל במכון. אופציות לתשובה: יש מוטציה / אין מוטציה / כשל טכני בבדיקה.

[1] WHO. (2022, February 3). *Cancer – Fact Sheet*. World Health Organization. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer

[2] Goldstraw, P., Chansky, K., Crowley, J., Rami-Porta, R., Asamura, H., Eberhardt, W. E. E., Nicholson, A. G., Groome, P., Mitchell, A., Bolejack, V., International Association for the Study of Lung Cancer Staging and Prognostic Factors Committee, Advisory Boards, and Participating Institutions, & International Association for the Study of Lung Cancer Staging and Prognostic Factors Committee Advisory Boards and Participating Institutions. (2016). The IASLC lung cancer staging project: proposals for revision of the TNM stage groupings in the forthcoming (eighth) edition of the TNM classification for lung cancer. *Journal of Thoracic Oncology*, *11*(1), 39–51. https://doi.org/10.1016/j.jtho.2015.09.009

[3] American Lung Association. (n.d., last updated 2022, November 17). *Lung Cancer Fact Sheet*. Retrieved August 2, 2023, from https://www.lung.org/lung-health-diseases/lung-disease-lookup/lung-cancer/resource-library/lung-cancer-fact-sheet

[4] סילברמן, ב'., בן לסן, מ'., דיכטיאר, ר'., קינן בוקר, ל', וצוות הרישום הלאומי לסרטן. (2022). *סרטן הריאה בישראל - עדכון נתונים תחלואה ותמותה ישראל 1996-2019*. הרישום הלאומי לסרטן, המרכז הלאומי לבקרת מחלות, משרד הבריאות. https://www.gov.il/BlobFolder/reports/lung-2022/he/files_publications_units_ICDC_lung_2022.pdf

[5] American Society of Clinical Oncology. (n.d., updated December 2022). *Lung Cancer - Non-Small Cell: Types of Treatment*. Cancer.Net. Retrieved August 2, 2023, from https://www.cancer.net/cancer-types/lung-cancer-non-small-cell/types-treatment

[6] Hendriks, L. E., Kerr, K. M., Menis, J., Mok, T. S., Nestle, U., Passaro, A., Peters, S., Planchard, D., Smit, E. F., Solomon, B. J., Veronesi, G., Reck, M., & ESMO Guidelines Committee. Electronic address: clinicalguidelines@esmo.org. (2023). Oncogene-addicted metastatic non-small-cell lung cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, *34*(4), 339–357. https://doi.org/10.1016/j.annonc.2022.12.009

[7] American Cancer Society. (n.d., updated December 13, 2022). *Targeted Drug Therapy for Non-Small Cell Lung Cancer*. Retrieved May 30, 2022, from https://www.cancer.org/cancer/lung-cancer/treating-non-small-cell/targeted-therapies.html

[8] Hendriks, L. E., Kerr, K. M., Menis, J., Mok, T. S., Nestle, U., Passaro, A., Peters, S., Planchard, D., Smit, E. F., Solomon, B. J., Veronesi, G., Reck, M., & ESMO Guidelines Committee. Electronic address: clinicalguidelines@esmo.org. (2023). Oncogene-addicted metastatic non-small-cell lung cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, *34*(4), 339–357. https://doi.org/10.1016/j.annonc.2022.12.009

[9] Duma, N., Santana-Davila, R., & Molina, J. R. (2019). Non-Small Cell Lung Cancer: Epidemiology, Screening, Diagnosis, and Treatment. *Mayo Clinic Proceedings*, *94*(8), 1623–1640. https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2019.01.013

[10] Arbour, K. C., & Riely, G. J. (2019). Systemic Therapy for Locally Advanced and Metastatic Non-Small Cell Lung Cancer: A Review. *The Journal of the American Medical Association*, *322*(8), 764–774. https://doi.org/10.1001/jama.2019.11058

[11] Leighl, N. B., Rekhtman, N., Biermann, W. A., Huang, J., Mino-Kenudson, M., Ramalingam, S. S., West, H., Whitlock, S., & Somerfield, M. R. (2014). Molecular testing for selection of patients with lung cancer for epidermal growth factor receptor and anaplastic lymphoma kinase tyrosine kinase inhibitors: American Society of Clinical Oncology endorsement of the College of American Pathologists/International Association for the study of lung cancer/association for molecular pathology guideline. *Journal of Clinical Oncology*, *32*(32), 3673–3679. https://doi.org/10.1200/JCO.2014.57.3055

[12] Hendriks, L. E., Kerr, K. M., Menis, J., Mok, T. S., Nestle, U., Passaro, A., Peters, S., Planchard, D., Smit, E. F., Solomon, B. J., Veronesi, G., Reck, M., & ESMO Guidelines Committee. Electronic address: clinicalguidelines@esmo.org. (2023). Oncogene-addicted metastatic non-small-cell lung cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, *34*(4), 339–357. https://doi.org/10.1016/j.annonc.2022.12.009

[13] American Society of Clinical Oncology. (n.d., updated December 2022). *Lung Cancer - Non-Small Cell: Types of Treatment*. Cancer.Net. Retrieved August 2, 2023, from https://www.cancer.net/cancer-types/lung-cancer-non-small-cell/types-treatment

[14] Aguilar, A., Mas, L., Enríquez, D., Vallejos, C., Gutarra, R., & Flores, C. J. (2022). Impact of Targeted Therapy on the Survival of Patients With Advanced-Stage Non-small Cell Lung Cancer in Oncosalud - AUNA. *Cancer Control*, *29*, 10732748211068636. https://doi.org/10.1177/10732748211068637

[15] Duma, N., Santana-Davila, R., & Molina, J. R. (2019). Non-Small Cell Lung Cancer: Epidemiology, Screening, Diagnosis, and Treatment. *Mayo Clinic Proceedings*, *94*(8), 1623–1640. https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2019.01.013

[16] American Cancer Society. (n.d., updated December 13, 2022). *Targeted Drug Therapy for Non-Small Cell Lung Cancer*. Retrieved August 2, 2023, from https://www.cancer.org/cancer/lung-cancer/treating-non-small-cell/targeted-therapies.html

[17] המנהל הכללי. (2022). *הרחבת סל שירותי הבריאות לשנת 2022*. חוזר מס' 1/2022. משרד הבריאות. https://www.gov.il/BlobFolder/policy/mk01-2022/he/files_circulars_mk_mk01_2022.pdf

מדד 01-23-2-13-001 אפיון מולקולרי של סרטן ריאה גרורתי (מסוג NSCLC) תוך חודשיים מתאריך קבלה למכון או מתאריך אבחון מחלה גרורתית – המאוחר מביניהם

תיאור המדד: ביצוע אפיון מולקולרי למטופל עם סרטן ריאתי שלב IV תוך חודשיים מקבלה חדשה למכון עם אבחנה רלוונטית או תוך חודשיים מאבחון מחלה גרורתית על ידי אונקולוג (למטופל שכבר נמצא במעקב במכון אונקולוגי)

קריטריונים להכללה:
מטופלים **בני 18 ומעלה**
מטופלים הרשומים במכון עם אבחנת סרטן ריאה (non-small cells) גרורתי (שלב IV) **קודי אבחנה של ICD-9:** 162.9

קריטריונים להוצאה:
נפטרים תוך חודשיים מהקבלה למכון **(ידווח וייגרע)**
מטופלים עם אבחנת סרטן ריאה שאינה מהסוגים הנכללים במדד **(לא ידווח)**
להלן רשימת האבחנות שאינן נכללות במדד:
Small Cell Carcinoma
Large cell neuroendocrine carcinoma
Carcinoid
Atypical carcinoid

תקופת דיווח: אחת לחציון

תאריך קובע לגזירת האוכלוסייה למדד: תאריך תיעוד מחלה שלב IV הנכללת במדד על ידי אונקולוג במכון + חודשיים

עבור אוכלוסייה זו, המשתנים שיועברו על ידי בתי החולים הם:

משתנה	שמות השדות	סוג משתנה	קידוד	הסבר
קוד מדד	Measurment_ID	טקסט (14)		קוד המדד הוא: 01-23-2-13-001
קוד בית חולים	Hospital_ID	טקסט (10)		על פי הקידוד המקובל של משרד הבריאות
ת.ז. מוצפנת	Patient_ID	טקסט (256)		**ת.ז. תועבר בצורה מוצפנת בשיטה המקובלת**
ת.ז.- ספרת ביקורת	Patientbikoret_ID	טקסט (1)		**רק** ספרת הביקורת של ת.ז.
סוג תעודה	ID_Types	טקסט (1)		תעודת זהות - 1, דרכון - 2, זמני - 3, ת.ז. פלסטינית - 4
מספר אשפוז/ מספר מקרה/ מספר קבלה	Case_Number	טקסט (50)		המספר שבית החולים מקצה לחולה כאשר הוא מתקבל לאשפוז. מספר חד חד ערכי
מין	Gender	מספר	1- זכר, 2- נקבה	
תאריך קבלה ראשונה למכון אונקולוגי	Hosp_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך המגע הראשון של החולה עם המכון האונקולוגי עם אבחנת סרטן ריאה
שנת לידה	Birth_Year	מספר	YYYY	
תאריך פטירה	Death_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך פטירה במסגרת הטיפול במכון האונקולוגי - תוך חודשיים מהקבלה למכון
כתובת- רחוב	Adress_Street	טקסט (100)		
כתובת- מספר בית	Adress_House	טקסט (100)		
כתובת- עיר	Adress_CityName	טקסט (100)		
סמל יישוב	CityCode	מספר		לפי רשימת סמלי יישוב של הלמ"ס
אשכול סוציוכלכלי	SES	מספר	1-20	אשכול סוציוכלכלי על פי הדירוג של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה
גורם מבטח	Insurance_Provider	מספר	1- כללית 2- מכבי 3- מאוחדת 4- לאומית 5- צה"ל 6- אחר, פרט בהערות	קופת החולים אליה משויך המטופל
קוד אבחנה ICD-9	Diagnosis_ICD	טקסט (200)		162.9

משתנה	שמות השדות	סוג משתנה	קידוד	הסבר
אבחנות סרטן ריאה גרורתי	Diagnosis_Type	מספר	1- Adenocarcinoma 2 - Squamous cell carcinoma 3 - Adenosquamous carcinoma 4 - Undifferentiated carcinoma 5 - Pleomorphic carcinoma 6 - Sarcomatoid carcinoma 7 - Large cell carcinoma	
תאריך אבחנת סרטן ריאה גרורתי	Stage4_date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך תיעוד ראשון של סרטן ריאות שלב מחלה 4 ע"י אונקולוג
תאריך אפיון מולקולרי	Molecular_Testing_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך קבלת תוצאה
תוצאת אפיון מולקולרי	Molecular_Testing_Result	מספר	1- יש מוטציה 2- אין מוטציה 3- כשל טכני בבדיקה	תיעוד תשובה על ידי אונקולוג (או מי מטעמו) בתיק המטופל במכון
תאריך העברה למכון אונקולגי אחר או עזיבה	DischargeHosp_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	לציין תאריך העברת המטופל למכון אונקולוגי אחר או עזיבה
הערות	**Remarks**	**טקסט (200)**		**יש לרשום בטקסט חופשי את כל ההשגות וההערות לגבי המקרה שברצונכם להדגיש**

שם המדד	ייעוץ רופא כלי דם טרום ניתוח קטיעה בכף רגל סוכרתית
מספר המדד	**01-22-1-01-001**
תיאור המדד	שיעור המטופלים שעברו קטיעה בכף רגל סוכרתית וניתן להם ייעוץ ע"י רופא כלי דם מומחה טרום הניתוח באשפוז הנוכחי או מחוץ לאשפוז הנוכחי עד שלושה שבועות לפני הניתוח
הרציונל לבחירת המדד	חולי סוכרת עלולים לסבול ממחלת כלי דם היקפית ומהתפתחות כיב, זיהום ופגיעה עצבית בכף הרגל. מחקרים מצביעים על כך שכ-15% מחולי הסוכרת מפתחים כף רגל סוכרתית, מצב העלול להוביל לנמק בכף הרגל ואף לקטיעת הגפיים.[2,1] בשנים האחרונות מבוצעות בישראל כ-1,400 קטיעות בכף רגל סוכרתית בשנה, דבר המציב את מדינת ישראל כאחת מהמדינות בהן יש כמות קטיעות גבוהה בין מדינות הארגון לשיתוף פעולה ולפיתוח כלכלי (Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD).[3] על המטופל המועמד לקטיעה לעבור הערכה מקיפה הכוללת בדיקה של רופא כלי דם על מנת לבחון אפשרויות טיפוליות חלופיות לביצוע הקטיעה תוך מיצוי תהליכים של הצלת הגפה.
סוג המדד	תהליך (process)
מכנה	כל המטופלים עם אבחנת סוכרת שעברו קטיעה בכף רגל סוכרתית (מלאה או חלקית)
מונה	מטופלים שעברו קטיעה בכף רגל סוכרתית (מלאה או חלקית) וניתן להם ייעוץ ע"י רופא כלי דם מומחה טרום הניתוח באשפוז הנוכחי או מחוץ לאשפוז הנוכחי עד שלושה שבועות לפני הניתוח
תאריך קובע לגזירת המדד	תאריך ניתוח
קריטריונים להכללה	מטופלים בני 18 ומעלה כל המטופלים עם אבחנת סוכרת וקוד פרוצדורה של קטיעת גפה תחתונה לפי קוד ICD-9 במהלך האשפוז הנוכחי
קריטריונים להוצאה	מטופלים מתחת לגיל 18 מנותחים שנפטרו תוך 24 שעות מהכניסה לאשפוז **(ידווח וייגרע)** מטופל שאושפז בטיפול נמרץ ועבר קטיעה במהלך אשפוז בטיפול נמרץ **(ידווח וייגרע)** מאושפזים ללא אבחנת סוכרת **(לא ידווח)**
מקור המידע	**מערכות המחשוב המנהלי בבית החולים** ת"ז **(מוצפנת)** מספר קבלה/אשפוז קוד מחלקה מאשפזת קוד מחלקה מנתחת **מערכות המחשוב הקליני בבית החולים** קודי אבחנה ICD-9 לסוכרת **(ראו נספחים, טבלה 08.4)** קודי פרוצדורות ICD-9 לפי דוח ניתוח תאריך ניתוח

	מין שנת לידה GIS **(אזור סוציו-אקונומי של המטופל על פי כתובתו המלאה)** תאריך כניסה למחלקה הראשונה הרלוונטית שעת כניסה למחלקה הראשונה הרלוונטית תאריך אשפוז בבית חולים שעת אשפוז בבית חולים תאריך שחרור מביה"ח שעת שחרור מביה"ח תאריך פטירה שעת פטירה גורם מבטח	תאריך ייעוץ על ידי רופא כלי דם מומחה טרום ניתוח תאריך ייעוץ על ידי רופא כלי דם מתמחה טרום ניתוח
יעד לשנת 2025	70%	
תקופת דיווח	אחת לרבעון	
תחילת הפקת המדד	רבעון ראשון של שנת 2022	
הערות	2021 היא שנת היערכות, דיווח שנת פיילוט למדד יחל ב-2022. ביצוע ייעוץ עד שלושה שבועות לפני הניתוח גם אם לא בוצע באשפוז הנוכחי, ייחשב לעמידה במדד. לצורך כך הייעוץ חייב להיות מתועד בתיק המטופל. אם בוצעו 2 קטיעות באותו אשפוז – תדווח הקטיעה הראשונה. שהייה במחלקת כלי דם אינה מהווה ייעוץ. במקרה כזה יש לדווח על ביצוע ביקור רופא מומחה בכלי דם, דבר שיהווה מצב שווה ערך לביצוע ייעוץ. דיווח זה ייבדק במעמד התיקוף. ניתן להגיש השגה פרטנית במקרים בהם בוצעה קטיעה דחופה בגין ספסיס.	

[1] Lim, J. Z. M., Ng, N. S. L., & Thomas, C. (2017). Prevention and treatment of diabetic foot ulcers. *Journal of the Royal Society of Medicine*, *110*(3), 104–109. https://doi.org/10.1177/0141076816688346

[2] O'Loughlin, A., McIntosh, C., Dinneen, S. F., & O'Brien, T. (2010). Review paper: basic concepts to novel therapies: a review of the diabetic foot. *The International Journal of Lower Extremity Wounds*, *9*(2), 90–102. https://doi.org/10.1177/1534734610371600

[3] OECD. (2023). *Health at a glance 2023: OECD indicators.* OECD. https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en

מדד 01-22-1-01-001 **ייעוץ רופא כלי דם טרום ניתוח קטיעה בכף רגל סוכרתית**

תיאור המדד: שיעור המטופלים שעברו קטיעה בכף רגל סוכרתית וניתן להם ייעוץ ע"י רופא כלי דם מומחה טרום הניתוח באשפוז הנוכחי או מחוץ לאשפוז הנוכחי עד שלושה שבועות לפני הניתוח

קריטריונים להכללה:
מטופלים בני 18 ומעלה
מאושפזים הידועים כסוכרתיים שעברו קטיעה מלאה או חלקית בכף הרגל
שיש להם שילוב של אבחנה אחת מהבאות ביחד עם פרוצדורה אחת מהבאות:
חולי סוכרת ידועים לפי קידוד ICD-9 **קודי אבחנה ICD-9:** 250, 250.0, 250.00, 250.01, 250.02, 250.03, 250.1, 250.10, 250.11, 250.12, 250.13, 250.2, 250.20, 250.21, 250.22, 250.23, 250.3, 250.30, 250.31, 250.32, 250.33, 250.4, 250.40, 250.41, 250.42, 250.43, 250.5, 250.50, 250.51, 250.52, 250.53, 250.6, 250.60, 250.61, 250.62, 250.63, 250.7, 250.70, 250.71, 250.72, 250.73, 250.8, 250.80, 250.81, 250.82, 250.83, 250.9, 250.90, 250.91, 250.92, 250.93, 249, 249.00, 362.0, 362.01-362.07

הרחבות אפשריות לקודי אבחנה: 250.76, 250.86

כל הניתוחים (אלקטיביים, דחופים, סמי **קודי פרוצדורה ICD-9:** 84.1, 84.10-15 ,84.17

קריטריונים להוצאה:
מטופלים מתחת לגיל 18 **(לא ידווח)**
מנותחים שנפטרו תוך 24 שעות מהכניסה לאשפוז **(ידווח וייגרע)**
מאושפזים ללא אבחנת סוכרת **(לא ידווח)**
מטופל שאושפז בטיפול נמרץ ועבר קטיעה במהלך אשפוז בטיפול נמרץ **(ידווח וייגרע)**

תקופת דיווח: אחת לרבעון

תאריך קובע לגזירת האוכלוסייה למדד: תאריך ניתוח

עבור אוכלוסייה זו, המשתנים שיועברו על ידי בתי החולים הם:

משתנה	שמות השדות	סוג משתנה	קידוד	הסבר
קוד מדד	Measurment_ID	טקסט (14)		קוד המדד הוא: 01-22-1-01-001
קוד בית חולים	Hospital_ID	טקסט (10)		על פי הקידוד המקובל של משרד הבריאות
סוג תעודה	ID_Types	טקסט (1)		1. תעודת זהות, 2. דרכון, 3. זמני, 4. ת.ז. פלסטינית
ת.ז. מוצפנת	Patient_ID	טקסט (256)		**ת.ז. תועבר בצורה מוצפנת בשיטה המקובלת**
ת.ז.- ספרת ביקורת	Patientbikoret_ID	טקסט (1)		רק ספרת הביקורת של ת.ז.
מספר אשפוז / מספר מקרה / מספר קבלה	Case_Number	טקסט (50)		המספר שבית החולים מקצה למטופל כאשר הוא מתקבל לאשפוז. מספר חד חד ערכי
תאריך כניסה לבי"ח	Hosp_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך המגע הראשון של המטופל עם בית החולים
שעת כניסה לבי"ח	Hosp_Time	טקסט (10)	HH:MM	שעת הכניסה לאשפוז במחלקה
קוד מחלקה מאשפזת	Department_ID	טקסט (10)		על פי הקידוד המקובל של משרד הבריאות. מחלקה מאשפזת בעת הניתוח
קוד מחלקה מנתחת	DepartmentSurge_ID	טקסט (10)		על פי הקידוד המקובל של משרד הבריאות
תאריך שחרור מביה"ח	Discharge_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	
שעת שחרור מביה"ח	Discharge_Time	טקסט (10)	HH:MM	
תאריך העברה למחלקה	OtherDep_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	אם הועבר למחלקה שלא רלוונטית למדד (מחלקות טיפול נמרץ) תוך 24 שעות (מהכניסה לאשפוז) יש לציין את תאריך ההעברה.
שעת העברה למחלקה	OtherDep_Time	טקסט (5)	HH:MM	אם הועבר למחלקה שלא רלוונטית למדד (מחלקות טיפול נמרץ) תוך 24 שעות (מהכניסה לאשפוז) יש לציין את שעת ההעברה
תאריך פטירה	Death_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך פטירה במסגרת האשפוז הנוכחי

משתנה	שמות השדות	סוג משתנה	קידוד	הסבר
שעת פטירה	Death_Time	טקסט (5)	HH:MM	
שנת לידה	Birth_Year	מספר	YYYY	
מין	Gender	מספר	1. זכר, 2. נקבה	
כתובת - רחוב	Adress_Street	טקסט (100)		
כתובת - מספר בית	Adress_House	טקסט (100)		
כתובת - עיר	Adress_CityName	טקסט (100)		
סמל יישוב	CityCode	מספר		לפי רשימת סמלי יישוב של הלמ"ס
אשכול סוציוכלכלי	SES	מספר	1-20	אשכול סוציוכלכלי על פי הדירוג של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה
גורם מבטח	Insurance_Provider	מספר	1. כללית 2. מכבי 3. מאוחדת 4. לאומית 5. צה"ל 6. אחר, פרט בהערות	קופת החולים אליה משויך המטופל
קודי אבחנה לסוכרת ICD-9	Diagnosis_ICD	טקסט (200)		לציין את קודי אבחנה של המטופל לפי ICD-9 **(ראו נספחים, טבלה 08.4) במלר"ד / דוח ניתוח / אשפוז / שחרור (אבחנת רקע כרונית)**
קודי פרוצדורות ICD-9 לפי דוח ניתוח	Procedure_ICD	טקסט (200)		לציין רשימה של כל הפרוצדורות מתוך דוח ניתוח, מופרדות בפסיקים
תאריך ניתוח	SurgeryStart_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך ביצוע החתך הניתוחי הראשון. אם בוצעו 2 קטיעות באותו אשפוז – תדווח הקטיעה הראשונה
תאריך ייעוץ על ידי רופא כלי דם מומחה טרום ניתוח	Foot_DateRecommend	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	ייעוץ עד שלושה שבועות לפני הניתוח (ייעוץ מאשפוז נוכחי או מהקהילה או בי"ח אחר) ע"ב תיעוד בתיק המטופל. ניתן לדווח מכל רכיב ומקור מידע שקיים (רכיב ייעוץ, מעקב רפואי, סיכום ביקור). במקרה שיש יותר מייעוץ אחד יש לדווח את הייעוץ האחרון הקרוב ביותר לניתוח.
תאריך ייעוץ על ידי רופא כלי דם מתמחה טרום ניתוח	Foot_DateRecommend_Int	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך ביצוע ייעוץ על ידי רופא מתמחה כלי דם. ייעוץ עד שלושה שבועות לפני הניתוח (ייעוץ מאשפוז נוכחי או מהקהילה או בי"ח אחר) ע"ב תיעוד בתיק המטופל. ניתן לדווח מכל רכיב ומקור מידע שקיים (רכיב ייעוץ, מעקב רפואי, סיכום ביקור). במקרה שיש יותר מייעוץ אחד יש לדווח את הייעוץ האחרון הקרוב ביותר לניתוח
הערות	**Remarks**	**טקסט (200)**		**יש לרשום בטקסט חופשי את כל ההשגות וההערות לגבי המקרה שברצונכם להדגיש**

שם המדד	טיפול באינסולין למטופלים עם היפרגליקמיה משמעותית
מספר המדד	**01-24-1-04-001**
תיאור המדד	שיעור המטופלים ששוחררו מהמחלקות הנכללות שרמות הגלוקוז בדמם היו 200 מ"ג/ד"ל ומעלה במשך יומיים רצופים לפחות (שתי בדיקות בעלות ערך 200 מ"ג/ד"ל ומעלה ביממה) וקיבלו (בפועל) טיפול על ידי אינסולין בזל-בולוס בטווח של יממה מהתוצאה הרביעית
הרציונל לבחירת המדד	היפרגליקמיה בבית חולים היא מצב נפוץ המגביר סיבוכים, מאריך את משך האשפוז וגורם לתמותה. היא מתרחשת לא רק בחולים עם סוכרת ידועה, אלא גם בחולים עם סוכרת שלא אובחנה בעבר וכן במטופלים עם היפרגליקמיה כתוצאה מסטרס (stress hyperglycemia), שעלולה להתרחש במהלך מחלה חריפה וחולפת עד השחרור. האגודה האמריקאית לסוכרת (ADA) והאיגוד האמריקאי של האנדוקרינולוגים הקליניים (AACE) מגדירים היפרגליקמיה באשפוז כריכוז גלוקוז בדם הגדול מ-140 מ"ג/ד"ל.[4,3,2,1] לפי הנחיות ה-ADA, כאשר יש היפרגליקמיה מתמשכת ורמות הגלוקוז בדם עומדות על 180 מ"ג/ד"ל ומעלה, יש לתת למטופל אינסולין.[5] האגודה הישראלית לאנדוקרינולוגיה מנחה לתת אינסולין בשיטת בזל-בולוס (basal-bolus) למטופלים שנמדדו להם מעל פעמיים ערכי גלוקוז גבוהים מ-180 מג"/ד"ל, עד להגעה ליעדי גלוקוז של 140-180 מ"ג/ד"ל.[6]
סוג המדד	תהליך (process)
מחלקות	מחלקות פנימיות (כולל פנימית מוגבר ופנימית גריאטרית), אורתופדיות וכירורגיה כללית
מכנה	כל המטופלים ששוחררו מהמחלקות הנכללות שרמות הגלוקוז בדמם היו 200 מ"ג/ד"ל ומעלה במשך יומיים* רצופים לפחות (שתי בדיקות בעלות ערך 200 מ"ג/ד"ל ומעלה ביממה)
מונה	כל המטופלים ששוחררו מהמחלקות הנכללות שרמות הגלוקוז היו 200 מ"ג/ד"ל ומעלה במשך יומיים** רצופים לפחות (שתי בדיקות בעלות ערך 200 מ"ג/ד"ל ומעלה ביממה) וקיבלו (בפועל) טיפול על ידי אינסולין בזל-בולוס בטווח של יממה מהתוצאה הרביעית
תאריך קובע לגזירת המדד	תאריך השחרור מהמחלקה הנכללת הראשונה
קריטריונים להכללה	מטופלים בני 18 ומעלה אשפוז של 3 ימים ברצף ומעלה במחלקה הנכללת הראשונה
קריטריונים להוצאה	מטופלים מתחת לגיל 18 **(לא ידווח)** נפטרים **(ידווח ויגרע)** אשפוז של פחות מ-3 ימים במחלקה הנכללת הראשונה **(ידווח וייגרע)**

מקור המידע	**מערכות המחשוב המנהלי בבית החולים** ת"ז **(מוצפנת)** מספר מקרה GIS **(אזור סוציו-אקונומי של המטופל על פי כתובתו המלאה)** שנת לידה מין תאריך כניסה לבית חולים תאריך שחרור מבית חולים תאריך כניסה למחלקה נכללת ראשונה תאריך שחרור ממחלקה נכללת ראשונה קוד מחלקה תאריך פטירה גורם מבטח	**מערכות המחשוב הקליני בבית החולים** תאריך בדיקת סוכר ראשונה (200 מ"ג לדציליטר ומעלה) ערך תוצאה של הבדיקה הראשונה תאריך בדיקת סוכר שנייה (200 מ"ג לדציליטר ומעלה) ערך תוצאה של הבדיקה השנייה תאריך בדיקת סוכר שלישית (200 מ"ג לדציליטר ומעלה) ערך תוצאה של הבדיקה השלישית תאריך בדיקת סוכר רביעית (200 מ"ג לדציליטר ומעלה) ערך תוצאה של הבדיקה הרביעית תאריך מתן ראשון של אינסולין בזאלי **(בעקבות תוצאה של 200 מ"ג לדציליטר ומעלה)** שם התרופה הגנרית של אינסולין בזאלי **(ראו נספחים, טבלה 16.1)** תאריך מתן ראשון של אינסולין בולוס **(בעקבות תוצאה של 200 מ"ג לדציליטר ומעלה)** שם התרופה הגנרית של אינסולין בולוס **(ראו נספחים, טבלה 16.2)** קודי אבחנה ICD-9 למחלת סוכרת **(ראו נספחים, טבלה 08.4)**
יעד לשנת 2025	טרם נקבע יעד	
תקופת דיווח	אחת לרבעון	
תחילת הפקת המדד	ינואר 2024	
הערות	*תדווח אפיזודה ראשונה של יומיים רצופים של היפרגליקמיה (ערך סוכר 200 מ"ג/ד"ל ומעלה) במחלקה הראשונה הנכללת. **יחושב על פי יום קלנדרי (תאריך בלבד). מאושרת בדיקת סוכר שבוצעה בגלוקומטר ממוחשב או במעבדה. חישוב העמידה במדד ייעשה רק על סמך מתן אינסולין בזאלי.	

[1] Umpierrez, G. E., Hellman, R., Korytkowski, M. T., Kosiborod, M., Maynard, G. A., Montori, V. M., Seley, J. J., Van den Berghe, G., & Endocrine Society (2012). Management of hyperglycemia in hospitalized patients in non-critical care setting: an endocrine society clinical practice guideline. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*, *97*(1), 16–38. https://doi.org/10.1210/jc.2011-2098

[2] Moghissi, E. S., Korytkowski, M. T., DiNardo, M., Einhorn, D., Hellman, R., Hirsch, I. B., Inzucchi, S. E., Ismail-Beigi, F., Kirkman, M. S., Umpierrez, G. E., American Association of Clinical Endocrinologists, & American Diabetes Association (2009). American Association of Clinical Endocrinologists and American Diabetes Association consensus statement on inpatient glycemic control. *Diabetes care*, *32*(6), 1119–1131. https://doi.org/10.2337/dc09-9029

[3] Dungan, K. M., Braithwaite, S. S., & Preiser, J. C. (2009). Stress hyperglycaemia. *Lancet (London, England)*, *373*(9677), 1798–1807. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60553-5

[4] Mizock B. A. (2003). Blood glucose management during critical illness. *Reviews in endocrine & metabolic disorders*, *4*(2), 187–194. https://doi.org/10.1023/a:1022998204978

[5] American Diabetes Association (2020). 15. Diabetes Care in the Hospital: *Standards of Medical Care in Diabetes-2020*. *Diabetes care*, *43*(Suppl 1), S193–S202. https://doi.org/10.2337/dc20-S015

[6] הוכברג, ע., דבחי, ש., כהן, א. וקורן-שפיגלשטיין, ש. (2021). *פרוטוקול מעודכן לטיפול בסוכרת באשפוז – מרץ 2021*. האגודה הישראלית לאנדוקרינולוגיה.

מדד 01-24-1-04-001 **טיפול באינסולין למטופלים עם היפרגליקמיה משמעותית**

תיאור המדד: שיעור המטופלים ששוחררו מהמחלקות הנכללות שרמות הגלוקוז בדמם היו 200 מ"ג/ד"ל ומעלה במשך יומיים רצופים לפחות (שתי בדיקות בעלות ערך 200 מ"ג/ד"ל ומעלה ביממה) וקיבלו (בפועל) טיפול על ידי אינסולין בזל-בולוס-בטווח של יממה מהתוצאה הרביעית

קריטריונים להכללה:

מטופלים בני 18 ומעלה

אשפוז של 3 ימים ברצף ומעלה במחלקה הנכללת הראשונה (מחלקות פנימיות כולל פנימית מוגבר ופנימית גריאטרית, אורתופדיות וכירורגיה כללית)

קריטריונים להוצאה:

מטופלים מתחת לגיל 18 **(לא ידווח)**

נפטרים **(ידווח וייגרע)**

אשפוז של פחות מ-3 ימים במחלקה הנכללת הראשונה **(ידווח וייגרע)**

תקופת דיווח: אחת לרבעון

תאריך קובע לגזירת האוכלוסייה למדד: תאריך השחרור מהמחלקה הנכללת הראשונה

עבור אוכלוסייה זו, המשתנים שיועברו על ידי בתי החולים הם:

משתנה	שמות השדות	סוג משתנה	קידוד	הסבר
קוד מדד	Measurment_ID	טקסט (14)		קוד המדד הוא: 01-24-1-04-001
קוד בית חולים	Hospital_ID	טקסט (10)		על פי הקידוד המקובל של משרד הבריאות
ת.ז. מוצפנת	Patient_ID	טקסט (256)		**ת.ז. תועבר בצורה מוצפנת בשיטה המקובלת**
ת.ז.- ספרת ביקורת	Patientbikoret_ID	טקסט (1)		**רק** ספרת הביקורת של ת.ז.
סוג תעודה	ID_Types	טקסט (1)		תעודת זהות - 1, דרכון - 2, זמני - 3, ת.ז. פלסטינית - 4
מספר אשפוז/ מספר מקרה/ מספר קבלה	Case_Number	טקסט (50)		המספר שבית החולים מקצה לחולה כאשר הוא מתקבל לאשפוז
תאריך כניסה לבית חולים	Hosp_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך המגע הראשון של החולה עם בית החולים (מלר"ד/ מחלקה/ חדר ניתוח או כדומה)
תאריך שחרור מבית חולים	Discharge_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	
תאריך כניסה למחלקה נכללת ראשונה	Dept_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	
תאריך שחרור ממחלקה נכללת ראשונה	Dept_Discharge_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	
קוד מחלקה	Department_ID	טקסט (10)		על פי הקידוד המקובל של משרד הבריאות
שנת לידה	Birth_Year	מספר	YYYY	
מין	Gender	מספר	1- זכר, 2- נקבה	
תאריך פטירה	Death_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	
כתובת- רחוב	Adress_Street	טקסט (100)		יש לציין את כתובת המגורים של המטופל
כתובת- מספר בית	Adress_House	טקסט (100)		
כתובת- עיר	Adress_CityName	טקסט (100)		
סמל יישוב	CityCode	מספר		לפי רשימת סמלי יישוב של הלמ"ס
אשכול סוציו-כלכלי	SES	מספר	1-20	אשכול סוציוכלכלי על פי הדירוג של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה
גורם מבטח	Insurance_Provider	מספר	1- כללית 2- מכבי 3- מאוחדת 4- לאומית 5- צה"ל 6- אחר, פרט בהערות	קופת החולים אליה משויך המטופל
תאריך בדיקת סוכר ראשונה (200 מ"ג לדציליטר ומעלה)	Sugar_Test1_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	בדיקה שבוצעה בגלוקומטר ממוחשב או במעבדה. תאריך נטילת הבדיקה
ערך תוצאה של הבדיקה הראשונה	Sugar_Value1	מספר	###.##	תוצאת בדיקה במיליגרם לדציליטר. בדיקה שבוצעה בגלוקומטר ממוחשב או במעבדה
תאריך בדיקת סוכר שנייה (200 מ"ג לדציליטר ומעלה)	Sugar_Test2_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	בדיקה שבוצעה בגלוקומטר ממוחשב או במעבדה. תאריך נטילת הבדיקה
ערך תוצאה של הבדיקה השנייה	Sugar_Value2	מספר	###.##	תוצאת בדיקה במיליגרם לדציליטר. בדיקה שבוצעה בגלוקומטר ממוחשב או במעבדה
תאריך בדיקת סוכר שלישית (200 מ"ג לדציליטר ומעלה)	Sugar_Test3_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	בדיקה שבוצעה בגלוקומטר ממוחשב או במעבדה. תאריך נטילת הבדיקה
ערך תוצאה של הבדיקה השלישית	Sugar_Value3	מספר	###.##	תוצאת בדיקה במיליגרם לדציליטר. בדיקה שבוצעה בגלוקומטר ממוחשב או במעבדה
תאריך בדיקת סוכר רביעית (200 מ"ג לדציליטר ומעלה)	Sugar_Test4_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	בדיקה שבוצעה בגלוקומטר ממוחשב או במעבדה. תאריך נטילת הבדיקה
ערך תוצאה של הבדיקה הרביעית	Sugar_Value4	מספר	###.##	תוצאת בדיקה במיליגרם לדציליטר. בדיקה שבוצעה בגלוקומטר ממוחשב או במעבדה

משתנה	שמות השדות	סוג משתנה	קידוד	הסבר
תאריך מתן ראשון של אינסולין בזאלי	Insulin1_Date_Basal	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך מתן אינסולין בזאלי בפעם הראשונה בעקבות תוצאה של 200 מ"ג לדציליטר ומעלה
שם התרופה הגנרית של אינסולין בזאלי	Insulin_Name_Basal	טקסט (50)	רשום באותיות לטיניות גדולות	השם הגנרי של אינסולין בזאלי שניתן למטופל **(ראו נספחים, טבלה 16.1)**. במידה שניתן טיפול בזולטופיי (Xultophy) יש לדווח את שם האינסולין הגנרי שיש בתרכיב - Insuline Degludec
תאריך מתן ראשון של אינסולין בולוס	Insulin1_Date_Bolus	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך מתן אינסולין בולוס בפעם הראשונה בעקבות תוצאה של 200 מ"ג לדציליטר ומעלה
שם התרופה הגנרית של אינסולין בולוס	Insulin_Name_Bolus	טקסט (50)	רשום באותיות לטיניות גדולות	השם הגנרי של אינסולין בולוס שניתן למטופל **(ראו נספחים, טבלה 16.2)**
קודי אבחנה ICD-9 למחלת סוכרת	Diagnosis_ICD_Diabetes	טקסט (200)		אבחנת סוכרת מכל תחנות ביה"ח (מלר"ד / אשפוז / שחרור), אבחנה כרונית ואקוטית. לציין רשימה של כל האבחנות לסוכרת, מופרדות בפסיקים **(ראו נספחים, טבלה 08.4)**
הערות	**Remarks**	**טקסט (200)**		**יש לרשום בטקסט חופשי את כל ההשגות וההערות לגבי המקרה שברצונכם להדגיש**

שם המדד	שיעור ביצוע סיווג Clavien-Dindo למטופלים לאחר ניתוחים במחלקת כירורגיה כללית (שיעור התייחסות לסיבוכים)
מספר המדד	**01-24-1-01-002**
תיאור המדד	שיעור מטופלים שתועד להם ביצוע סיווג Clavien-Dindo או צוין היעדר סיבוך פוסט-ניתוחי לאחר ניתוחים אלקטיביים במחלקת כירורגיה כללית
הרציונל לבחירת המדד	לסיבוכי ניתוחים יש השפעות על בריאותו של המטופל והתאוששותו לטווח הארוך. סיבוך בניתוח הינו כל תוצא שאינו רצוי שנגרם בשל הניתוח. תיעוד של סיבוכים יכול לאפשר למידה של מורכבויות של ניתוחים מסוימים או להצביע על כשלים במערכת בריאות מסוימת. בתיעוד סובייקטיבי של סיבוכים, קשה להשוות בין מקרים ואפילו התיאורים של אותם סיבוכים בדיוק יכולים להישמע שונים. במטרה להבהיר את התיעוד וכדי ליצור שפה אחידה לדיווח, פותחה ושופרה מערכת Clavien-Dindo לסיווג הסיבוכים לפי מורכבות הטיפול בהם, על פי הדירוג הבא: I – כל סטייה מהטיפול הרגיל שלא דורשת טיפול תרופתי או התערבות ניתוחית, אנדוסקופית או רדיולוגית בסיבוך עצמו. טיפולים הקשורים לניתוח עצמו, כגון משככי כאבים, תרופות להורדת חום, תרופות למניעת בחילות, מתן אלקטרוליטים וכדומה ייתכנו ברמה זו. II – נדרש טיפול תרופתי מעבר לאלו הניתנים בדרגה I, כולל מנות דם או TPN. III – נדרשת התערבות ניתוחית, אנדוסקופית או רדיולוגית: IIIa – התערבות הנ"ל בלי צורך בהרדמה כללית. IIIb – התערבות עם הרדמה כללית. IV – סיבוך מסכן חיים (כולל שבץ ודימום מוחי, לא כולל TIA), הדורשים טיפול נמרץ: IVa – קריסת איבר אחד (כולל דיאליזה). IVb – קריסה רב-מערכתית. V – פטירת המטופל. לכל דירוג מוסיפים את האות d (נכות) המצביעה על צורך במעקב כדי להעריך נכון יותר את הסיבוך.[1] הסיווג נמצא בעל מהימנות גבוהה מאוד,[2] הוא יעיל וברור,[3] ויוצר שפה אחידה בכל מערכת בריאות.[4] מחקרי תיקוף מצאו גם כי קל להתאים אותו לסוגי ניתוחים שונים,[5] אך יש להתחשב ברקע של כשלי איברים ותחלואה נלווית של המטופל כאשר מגדירים סיבוכים בדרגה IV.[6]
סוג המדד	תהליך (process)
מחלקות	כירורגיה כללית
מכנה	כל המטופלים ששוחררו מכירורגיה כללית לאחר ניתוח אלקטיבי בהרדמה כללית ו/או אזורית
מונה	כל המטופלים ששוחררו מכירורגיה כללית לאחר ניתוח אלקטיבי בהרדמה כללית ו/או אזורית שתועד להם סיווג Clavien-Dindo או צוין היעדר סיבוך פוסט-ניתוחי

תאריך קובע לגזירת המדד	תאריך שחרור ממחלקת כירורגיה כללית	
קריטריונים להכללה	כל המטופלים בני 18 ומעלה ביום השחרור מביה"ח שעברו ניתוח אלקטיבי* בהרדמה כללית ו/או אזורית וששוחררו ממחלקת כירורגיה כללית (לרבות, העברה ממחלקת כירורגיה, שחרור מבית החולים והעברה לבית חולים אחר)	
קריטריונים להוצאה	מטופלים מתחת לגיל 18 **(לא ידווח)** הרדמה מקומית **(לא ידווח)** סדציה **(לא ידווח)**	
מקור המידע	**מערכות המחשוב המנהלי בבית החולים** מספר קבלה/אשפוז ת"ז **(מוצפנת)** GIS **(אזור סוציואקונומי של המטופל על פי כתובתו המלאה)** תאריך כניסה לבית חולים שעת כניסה לבית חולים קוד מחלקה מאשפזת קוד מחלקה מנתחת קוד מחלקה משחררת תאריך שחרור מהמחלקה הכירורגית תאריך העברה למחלקה אחרת קוד מחלקה אחרת תאריך שחרור מבית חולים תאריך פטירה שנת לידה מין תאריך פטירה גורם מבטח	**מערכות המחשוב הקליני בבית החולים** תאריך תחילת ניתוח שעת תחילת ניתוח סוג הרדמה **(1. כללית, 2. אזורית)** קודי פרוצדורות ICD-9 לפי קידוד בחדר ניתוח תאריך ביצוע סיווג Clavien-Dindo ללא סיבוך – מהלך תקין ללא סיבוכים
יעד לשנת 2025	טרם נקבע יעד	
תקופת דיווח	אחת לרבעון	
תחילת הפקת המדד	ינואר 2024	

הערות	* הניתוח האלקטיבי הראשון באשפוז (אם מטופל עבר יותר מניתוח אחד בכירורגיה באשפוז הנוכחי)

[1] Dindo, D., Demartines, N., & Clavien, P. A. (2004). Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. *Annals of surgery*, *240*(2), 205–213. https://doi.org/10.1097/01.sla.0000133083.54934.ae

[2] Zhou, L., Willoughby, K., Strobel, N., Thomason, P., Gallagher, C., Harambasic, M., Khot, A., & Graham, H. K. (2018). Classifying Adverse Events Following Lower Limb Orthopaedic Surgery in Children With Cerebral Palsy: Reliability of the Modified Clavien-Dindo System. Journal of Pediatric Orthopedics, 38(10), e604–e609. https://doi.org/10.1097/BPO.0000000000001233

[3] Bolliger, M., Kroehnert, J. A., Molineus, F., Kandioler, D., Schindl, M., & Riss, P. (2018). Experiences with the standardized classification of surgical complications (Clavien-Dindo) in general surgery patients. European surgery : ACA : Acta chirurgica Austriaca, 50(6), 256–261. https://doi-org.moh.idm.oclc.org/10.1007/s10353-018-0551-z

[4] Grijalva Estrada, O. B., Garrido Pérez, J. I., Murcia Pascual, F. J., Ibarra Rodríguez, M. R., & Paredes Esteban, R. M. (2022). Clavien-Dindo classification: a tool to assess complications following surgical treatment in children with acute appendicitis. Clasificación de Clavien-Dindo. Herramienta para evaluar las complicaciones tras el tratamiento quirúrgico en niños con apendicitis aguda. *Cirugia pediatrica : organo oficial de la Sociedad Espanola de Cirugia Pediatrica*, *35*(1), 18–24. https://doi.org/10.54847/cp.2022.01.14

[5] Esteva Miró, C., Núñez García, B., Pérez-Gaspar, M., Santiago Martínez, S., Jiménez Gómez, J., Betancourth Alvarenga, J. E., Jiménez-Arribas, P., & Álvarez García, N. (2020). Applicability of Clavien-Dindo classification in Nuss procedure surgical complications. Aplicabilidad de la clasificación Clavien-Dindo en las complicaciones quirúrgicas del procedimiento de Nuss. *Cirugia pediatrica : organo oficial de la Sociedad Espanola de Cirugia Pediatrica*, *33*(4), 154–159.

[6] Mentula, P.J., Leppäniemi, A.K. Applicability of the Clavien-Dindo classification to emergency surgical procedures: a retrospective cohort study on 444 consecutive patients. *Patient Saf Surg* **8**, 31 (2014). https://doi.org/10.1186/1754-9493-8-31

מדד 01-24-1-01-002 **<u>שיעור ביצוע סיווג Clavien-Dindo למטופלים לאחר ניתוחים במחלקת כירורגיה כללית (שיעור התייחסות לסיבוכים)</u>**

תיאור המדד: שיעור מטופלים שתועד להם ביצוע סיווג Clavien-Dindo או צוין היעדר סיבוך פוסט-ניתוחי לאחר ניתוחים אלקטיביים במחלקת כירורגיה כללית

קריטריונים להכללה:
כל המטופלים בני 18 ומעלה ביום השחרור מביה"ח
שעברו ניתוח אלקטיבי בהרדמה כללית ו/או אזורית
וששוחררו ממחלקת כירורגיה כללית (לרבות, העברה ממחלקת כירורגיה, שחרור מבית החולים והעברה לבית חולים אחר)

קריטריונים להוצאה:
מטופלים מתחת לגיל 18 **(לא ידווח)**
הרדמה מקומית **(לא ידווח)**
סדציה **(לא ידווח)**

תקופת דיווח: אחת לרבעון

תאריך קובע לגזירת האוכלוסייה למדד: תאריך שחרור ממחלקת כירורגיה כללית

עבור אוכלוסייה זו, המשתנים שיועברו על ידי בתי החולים הם:

משתנה	שמות השדות	סוג משתנה	קידוד	הסבר
קוד מדד	Measurment_ID	טקסט (14)		קוד המדד הוא: 01-24-1-01-002
קוד בית חולים	Hospital_ID	טקסט (10)		על פי הקידוד המקובל של משרד הבריאות
ת.ז. מוצפנת	Patient_ID	טקסט (10)		**ת.ז. תועבר בצורה מוצפנת בשיטה המקובלת**
ת.ז.- ספרת ביקורת	Patientbikoret_ID	טקסט (1)		**רק** ספרת הביקורת של ת.ז.
סוג תעודה	ID_Types	טקסט (1)		תעודת זהות -1, דרכון - 2, זמני - 3, ת.ז. פלסטינית - 4
מספר אשפוז/ מספר מקרה/ מספר קבלה	Case_Number	טקסט (50)		המספר שבית החולים מקצה לחולה כאשר הוא מתקבל לאשפוז
תאריך כניסה לבית חולים	Hosp_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך המגע הראשון של החולה עם בית החולים (מחלקה/ חדר ניתוח או כדומה)
שעת כניסה לבית חולים	Hosp_Time	טקסט (5)	HH:MM	שעת המגע הראשון של החולה עם בית החולים (מחלקה/ חדר ניתוח או כדומה)
קוד מחלקה מאשפזת	Department_ID	טקסט (100)		ציין קוד מחלקה לפי קודי משרד הבריאות. קוד מחלקה מאשפזת בעת הניתוח
קוד מחלקה מנתחת	SurgDep_ID	טקסט (10)	רשימה מצורפת	המחלקה שמבצעת את הניתוח (על פי השתייכות הצוות המנתח), על פי הקידוד המקובל של משרד הבריאות
קוד מחלקה משחררת	Dept_Discharge	טקסט (10)		על פי הקידוד המקובל של משרד הבריאות
תאריך שחרור מהמחלקה הכירורגית	Dep_Discharge_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	שחרור מהמחלקה הכירורגית כולל העברה למחלקה אחרת או שחרור מביה"ח / העברה לבי"ח אחר
קוד מחלקה אחרת	OtherDep	טקסט (10)		על פי הקידוד המקובל של משרד הבריאות. במידה שהמטופל שוחרר מהמחלקה הכירורגית למחלקה אחרת יש לציין את קוד המחלקה אליה עבר
תאריך שחרור מבית חולים	Discharge_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	
תאריך פטירה	Death_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך פטירה במסגרת האשפוז המדווח
שנת לידה	Birth_Year	מספר	YYYY	
מין	Gender	מספר	1- זכר, 2-נקבה	
כתובת- רחוב	Adress_Street	טקסט (100)		
כתובת- מספר בית	Adress_House	טקסט (100)		
כתובת- עיר	Adress_CityName	טקסט (100)		
סמל יישוב	CityCode	מספר		לפי רשימת סמלי יישוב של הלמ"ס
אשכול סוציוכלכלי	SES	מספר	1-20	אשכול סוציוכלכלי על פי הדירוג של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה
גורם מבטח	Insurance_Provider	מספר	1- כללית 2- מכבי 3- מאוחדת 4- לאומית 5- צה"ל 6- אחר, פרט בהערות	קופת החולים אליה משויך המטופל
תאריך תחילת ניתוח	SurgeryStart_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך ביצוע החתך הניתוחי הראשון
שעת תחילת ניתוח	SurgeryStart_Time	טקסט (5)	HH:MM	שעת ביצוע החתך הניתוחי הראשון

משתנה	שמות השדות	סוג משתנה	קידוד	הסבר
סוג ההרדמה	Anasthesia_Type	מספר	1- כללית, 2- אזורית	במקרה של ניתוח ו/או פרוצדורה עם יותר מהרדמה אחת הנכללת במדד, יש לדווח את ההרדמה הרחבה מביניהן
קודי פרוצדורות ICD-9 לפי קידוד בחדר ניתוח	Procedure_ICD	טקסט (200)		לציין את קודי הפרוצדורה של החולה (לפי ICD-9) מתוך הקידוד של חדר הניתוח ולא של הרשמות. את הקודים יש לתת ברשימה של כל הפרוצדורות, מופרדים בפסיקים
תאריך ביצוע סיווג Clavien-Dindo	CD_Class_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	ידווח Clavien-Dindo הקרוב ביותר לשחרור. הניתוח האלקטיבי הראשון באשפוז (אם מטופל עבר יותר מניתוח אחד בכירורגיה באשפוז הנוכחי)
ללא סיבוך – מהלך תקין ללא סיבוכים	No_Complications	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	במקרה שאין סיבוכים יש לתעד בתיק מטופל ולדווח את תאריך ההתייחסות ללא סיבוכים
הערות	**Remarks**	**טקסט (200)**		**יש לרשום בטקסט חופשי את כל ההשגות וההערות לגבי המקרה שברצונכם להדגיש**

שם המדד	ביצוע מדידת לחץ בלונית לטובוס / טרכאוסטום תוך שעתיים מההנשמה הפולשנית או מהקבלה למחלקה המאשפזת הראשונה
מספר המדד	**01-25-1-06-001**
תיאור המדד	ביצוע מדידת לחץ בלונית לטובוס / טרכאוסטום תוך שעתיים מההנשמה הפולשנית או מהקבלה למחלקה המאשפזת הראשונה (בהעברת חולה מונשם)
הרציונל לבחירת המדד	הבלונית בטובוס (או בטרכאוסטום) מאפשרת פינוי הפרשות ומהווה הגנה מסוימת מאספירציה. כמו כן, היא מאפשרת אוורור בלחץ חיובי בצורה יעילה יותר כאשר היא מנופחת. כאשר לחץ האוויר בבלונית נמוך מדי, סביר יותר שתתרחש אספירציה שקטה. כאשר לחץ האוויר גבוה מדי, קיים פוטנציאל מוגבר לפגיעה בדרכי הנשימה. בנוסף, כשהלחץ בבלונית גובר קשה יותר לעורר את רפלקס הבליעה, וכאשר הוא מופעל, פעילות הבליעה המוטורית והיעילות בהרמת הגרון מדוכאות. אין לחץ בלונית אחד שהוא אידיאלי עבור כל המטופלים. עם זאת, כהנחיה כללית, מומלץ לשמור על לחץ בלונית של 20-30 ס"מ H_2O (15-22 מ"מ כספית) כדי למזער את הסיכונים הן לפציעה בדופן קנה הנשימה והן לאספירציה. יש לעקוב ולתעד את הלחץ בתוך השרוול באופן קבוע ולעיתים קרובות יותר אם הטובוס מוחלף, אם מיקומו משתנה, אם נפח האוויר בבלונית משתנה, או אם מתרחשת דליפה.[3,2,1] לפי חוזר מינהל הסיעוד 161/2020, יש לבדוק את הלחץ בבלונית לפחות פעם אחת במשמרת.[4] העברה של חולה מונשם, לדוגמה, ממחלקה למחלקה או לחדר אחר, יכולה לשנות את הלחץ בבלונית כתוצאה מתזוזה של החולה או שינוי במנח שלו. שינוי זה עלול לגרום נזק לחולה.[5] בנוסף, כבר לאחר שעתיים מביצוע ההנשמה הפולשנית ניתן לזהות אם יש חשיפת ריסיות ופגיעה ברירית קנה הנשימה כתוצאה מלחץ לא תקין בבלונית.[6] לחץ בלונית גבוה מדי במשך שעתיים, יכול לגרום לחולה נזק שלוקח 3 ימים להחלים ממנו.[8,7] לכן, יש למדוד את לחץ הבלונית תוך שעתיים מהקבלה למחלקת טיפול נמרץ או מההנשמה הפולשנית.
סוג המדד	תהליך (process)
מחלקות	כל יחידות טיפול נמרץ, פנימית, פנימית מוגבר, פנימית גריאטריה, מחלקות מונשמים
מכנה	כל המטופלים שהונשמו במחלקה המאשפזת הראשונה הנכללת במדד בהנשמה פולשנית או שהתקבלו מונשמים למחלקה המאשפזת הראשונה הנכללת במדד
מונה	כל המטופלים שהונשמו במחלקה המאשפזת הראשונה הנכללת במדד בהנשמה פולשנית או שהתקבלו מונשמים למחלקה המאשפזת הראשונה הנכללת במדד, ונבדק להם לחץ בלונית תוך שעתיים מזמן ההנשמה במחלקה המאשפזת הראשונה הנכללת במדד או תוך שעתיים מקבלתם למחלקה המאשפזת הראשונה הנכללת במדד
תאריך קובע לגזירת המדד	תאריך הנשמה של מטופל במחלקה המאשפזת הראשונה הנכללת במדד או תאריך קבלת מטופל מונשם למחלקה המאשפזת הראשונה הנכללת במדד

קריטריונים להכללה	כל המטופלים שהונשמו הנשמה פולשנית במחלקה המאשפזת הראשונה הנכללת במדד או מטופלים מונשמים הנשמה פולשנית שהתקבלו למחלקה המאשפזת הראשונה הנכללת במדד מטופלים בני 18 ומעלה	
קריטריונים להוצאה	הפסקת הנשמה פולשנית תוך שעתיים מרגע ההנשמה או מהקבלה למחלקה המאשפזת הראשונה של מטופל מונשם **(ידווח וייגרע)** פטירה תוך שעתיים מרגע ההנשמה הפולשנית או מהקבלה למחלקה המאשפזת הראשונה של מטופל מונשם בהנשמה פולשנית **(ידווח וייגרע)** העברת מטופל מונשם ממחלקה נכללת למחלקה אחרת תוך פחות משעתיים מההנשמה או מקבלת מטופל מונשם **(ידווח וייגרע)** מטופלים מתחת לגיל 18 **(לא ידווח)**	
מקור המידע	**מערכות המחשוב המנהלי בבית החולים** ת"ז **(מוצפנת)** מין שנת לידה GIS **(אזור סוציו-אקונומי של המטופל על פי כתובתו המלאה)** מספר מקרה תאריך כניסה לבית חולים תאריך פטירה שעת פטירה קוד מחלקה מאשפזת תאריך כניסה למחלקה מאשפזת ראשונה שעת כניסה למחלקה מאשפזת ראשונה תאריך שחרור ממחלקה מאשפזת ראשונה שעת שחרור ממחלקה מאשפזת ראשונה תאריך העברה למחלקה אחרת שעת העברה למחלקה אחרת קוד מחלקה אליה הועבר המטופל גורם מבטח	**מערכות המחשוב הקליני בבית החולים** תאריך הוראת הנשמה שעת הוראת הנשמה תאריך הנשמה פולשנית ראשונה שעת הנשמה פולשנית ראשונה תאריך בדיקת לחץ בלונית שעת בדיקת לחץ בלונית ערך לחץ בלונית תאריך הפסקת הנשמה שעת הפסקת הנשמה
יעד לשנת 2025	ייקבע בהמשך	
תקופת דיווח	אחת לרבעון (אפריל, יולי, אוקטובר וינואר)	
תחילת הפקת המדד	רבעון ראשון של שנת 2025	

הערות	ייבדק אירוע ראשון של הנשמה פולשנית באשפוז או העברת חולה מונשם ממחלקה שאינה נכללת במדד או ממוסד רפואי אחר למחלקה שנכללת במדד במעבר בין מחלקות הנכללות במדד בתוך שעתיים מביצוע ההנשמה נשמר רצף טיפולי.

[1] Hess, D. R., & Altobelli, N. P. (2014). Tracheostomy tubes. *Respiratory care*, *59*(6), 956–973. https://doi-org.moh.idm.oclc.org/10.4187/respcare.02920

[2] American Thoracic Society, & Infectious Diseases Society of America (2005). Guidelines for the management of adults with hospital-acquired, ventilator-associated, and healthcare-associated pneumonia. *American journal of respiratory and critical care medicine*, *171*(4), 388–416. https://doi.org/10.1164/rccm.200405-644ST

[3] Hyzy, R. C. (2022). Complications of the endotracheal tube following initial placement: Prevention and management in adult intensive care unit patients. *UpToDate*. https://www.uptodate.com/contents/complications-of-the-endotracheal-tube-following-initial-placement-prevention-and-management-in-adult-intensive-care-unit-patients

[4] מינהל הסיעוד. (2020). *הגישה הטיפולית במטופל מונשם אקוטי וכרוני על ידי אחות מוסמכת במערך האשפוז*. חוזר מס' 161/2020. משרד הבריאות. https://www.gov.il/BlobFolder/policy/nd161-2020/he/files_circulars_nd_ND161_2020.pdf

[5] Lizy, C., Swinnen, W., Labeau, S., Poelaert, J., Vogelaers, D., Vandewoude, K., Dulhunty, J., & Blot, S. (2014). Cuff pressure of endotracheal tubes after changes in body position in critically ill patients treated with mechanical ventilation. *American journal of critical care: an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*, *23*(1), e1–e8. https://doi.org/10.4037/ajcc2014489

[6] Klainer, A. S., Turndorf, H., Wu, W. H., Maewal, H., & Allender, P. (1975). Surface alterations due to endotracheal intubation. *The American journal of medicine*, *58*(5), 674–683. https://doi.org/10.1016/0002-9343(75)90504-5

[7] Sanada, Y., Kojima, Y., & Fonkalsrud, E. W. (1982). Injury of cilia induced by tracheal tube cuffs. *Surgery, gynecology & obstetrics*, *154*(5), 648–652.

[8] Jensen, P. J., Hommelgaard, P., Søndergaard, P., & Eriksen, S. (1982). Sore throat after operation: influence of tracheal intubation, intracuff pressure and type of cuff. *British journal of anaesthesia*, *54*(4), 453–457. https://doi.org/10.1093/bja/54.4.453

מדד 01-25-1-06-001 ביצוע מדידת לחץ בלונית לטובוס / טרכאוסטום תוך שעתיים מההנשמה הפולשנית או מהקבלה למחלקה המאשפזת הראשונה

תיאור המדד: ביצוע מדידת לחץ בלונית לטובוס / טרכאוסטום תוך שעתיים מההנשמה הפולשנית או מהקבלה למחלקה המאשפזת הראשונה (בהעברת חולה מונשם)

קריטריונים להכללה:
כל המטופלים שהונשמו הנשמה פולשנית במחלקה המאשפזת הראשונה הנכללת במדד או מטופלים מונשמים הנשמה פולשנית שהתקבלו למחלקה המאשפזת הראשונה הנכללת במדד
מטופלים בני 18 ומעלה
מחלקות: כל יחידות טיפול נמרץ, פנימית, פנימית מוגבר, פנימית גריאטריה, מחלקות מונשמים

קריטריונים להוצאה:
הפסקת הנשמה פולשנית תוך שעתיים מרגע ההנשמה או מהקבלה למחלקה המאשפזת הראשונה של מטופל מונשם **(ידווח וייגרע)**
פטירה תוך שעתיים מרגע ההנשמה הפולשנית או מהקבלה למחלקה המאשפזת הראשונה של מטופל מונשם בהנשמה פולשנית **(ידווח וייגרע)**
העברת מטופל מונשם ממחלקה נכללת למחלקה אחרת תוך פחות משעתיים מההנשמה או מקבלת מטופל מונשם **(ידווח וייגרע)**
מטופלים מתחת לגיל 18 **(לא ידווח)**

תקופת דיווח: אחת לרבעון (אפריל, יולי, אוקטובר וינואר)

תאריך קובע לגזירת האוכלוסייה למדד: תאריך הנשמה של מטופל במחלקה המאשפזת הראשונה הנכללת במדד או תאריך קבלת מטופל מונשם למחלקה המאשפזת הראשונה הנכללת במדד

עבור אוכלוסייה זו, המשתנים שיועברו על ידי בתי החולים הם:

משתנה	שמות השדות	סוג משתנה	קידוד	הסבר
קוד מדד	Measurment_ID	טקסט (14)		קוד המדד הוא: 01-25-1-06-001
קוד בית חולים	Hospital_ID	טקסט (10)		על פי הקידוד המקובל של משרד הבריאות
ת.ז. מוצפנת	Patient_ID	טקסט (256)		**ת.ז. תועבר בצורה מוצפנת בשיטה המקובלת**
ת.ז.- ספרת ביקורת	Patientbikoret_ID	טקסט (1)		**רק** ספרת הביקורת של ת.ז.
סוג תעודה	ID_Types	טקסט (1)		תעודת זהות - 1, דרכון - 2, זמני - 3, ת.ז. פלסטינית - 4
מספר מקרה	Case_Number	טקסט (50)		המספר שבית החולים מקצה למטופל כאשר הוא מתקבל לבית החולים. מספר חד חד ערכי
תאריך כניסה לבית החולים	Hosp_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	התאריך האדמיניסטרטיבי בו המטופל נקלט בבית החולים
תאריך פטירה	Death_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	
שעת פטירה	Death_Time	טקסט (5)	HH:MM	
קוד מחלקה מאשפזת	Department_ID	טקסט (10)		על פי הקידוד המקובל של משרד הבריאות. מחלקה מאשפזת ראשונה שבה החולה מונשם לראשונה, מתוך המחלקות הנכללות במדד, או חולה מונשם שהועבר ממחלקה שאינה נכללת במדד או ממוסד רפואי אחר למחלקה שנכללת במדד
תאריך כניסה למחלקה מאשפזת ראשונה	Dept_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך הכניסה למחלקה מאשפזת ראשונה שבה החולה מונשם לראשונה, מתוך המחלקות הנכללות במדד, או חולה מונשם שהועבר ממחלקה שאינה נכללת במדד או ממוסד רפואי אחר למחלקה שנכללת במדד
שעת כניסה למחלקה מאשפזת ראשונה	Dept_Time	טקסט (5)	HH:MM	שעת הכניסה למחלקה מאשפזת ראשונה שבה החולה מונשם לראשונה, מתוך המחלקות הנכללות במדד, או חולה מונשם שהועבר ממחלקה שאינה נכללת במדד או ממוסד רפואי אחר למחלקה שנכללת במדד
תאריך שחרור ממחלקה מאשפזת ראשונה	Dept_Discharge_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	תאריך שחרור ממחלקה מאשפזת ראשונה שבה החולה מונשם לראשונה, מתוך המחלקות הנכללות במדד, או חולה מונשם שהועבר ממחלקה שאינה נכללת במדד או ממוסד רפואי אחר למחלקה שנכללת במדד
שעת שחרור ממחלקה מאשפזת ראשונה	Discharge_Time	טקסט (5)	HH:MM	שעת שחרור ממחלקה מאשפזת ראשונה שבה החולה מונשם לראשונה, מתוך המחלקות הנכללות במדד, או חולה מונשם שהועבר ממחלקה שאינה נכללת במדד או ממוסד רפואי אחר למחלקה שנכללת במדד
תאריך העברה למחלקה אחרת	OtherDep_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	העברת מטופל מונשם ממחלקה נכללת למחלקה אחרת תוך פחות משעתיים מההנשמה או מקבלת מטופל מונשם
שעת העברה למחלקה אחרת	OtherDep_Time	טקסט (5)	HH:MM	שעת העברת מטופל מונשם ממחלקה נכללת למחלקה אחרת תוך פחות משעתיים מההנשמה או מקבלת מטופל מונשם
קוד מחלקה אליה הועבר המטופל	OtherDep	טקסט (10)		על פי הקידוד המקובל של משרד הבריאות
שנת לידה	Birth_Year	מספר	YYYY	
מין	Gender	מספר	1- זכר, 2- נקבה	
כתובת המטופל - רחוב	Adress_Street	טקסט (100)		
כתובת המטופל - מספר בית	Adress_House	טקסט (100)		
כתובת המטופל - עיר	Adress_CityName	טקסט (100)		
סמל יישוב	CityCode	מספר		לפי רשימת סמלי יישוב של הלמ"ס
אשכול סוציוכלכלי	SES	מספר	1-20	אשכול סוציוכלכלי על פי הדירוג של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה

משתנה	שמות השדות	סוג משתנה	קידוד	הסבר
גורם מבטח	Insurance_Provider	מספר	1- כללית 2- מכבי 3- מאוחדת 4- לאומית 5- צה"ל 6- אחר, פרט בהערות	קופת החולים אליה משויך המטופל
תאריך הוראת הנשמה	Vent_Instr_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	
שעת הוראת הנשמה	Vent_Instr_Time	טקסט (5)	HH:MM	
תאריך הנשמה פולשנית ראשונה	Tube_Insert_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	
שעת הנשמה פולשנית ראשונה	Tube_Insert_Time	טקסט (5)	HH:MM	
תאריך בדיקת לחץ בלונית	Measure_Date1	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	
שעת בדיקת לחץ בלונית	Measure_Time1	טקסט (5)	HH:MM	
ערך לחץ בלונית	Cuff_Pressure_Level	מספר	0-100	מ"מ כספית או ס"מ מים. משתנה חובה לדיווח
תאריך הפסקת הנשמה	Vent_Stop_Date	טקסט (10)	DD/MM/YYYY	
שעת הפסקת הנשמה	Vent_Stop_Time	טקסט (5)	HH:MM	
הערות	**Remarks**	**טקסט (200)**		**יש לרשום בטקסט חופשי את כל ההשגות וההערות לגבי המקרה שברצונכם להדגיש**

נספחים

טבלה 01.1

קודי פרוצדורות של ICD-9 לניתוחי קולון ורקטום

תיאור	קוד ICD-9
LAPAROSCOPIC MULTIPLE SEGMENTAL RESECTION OF LG INTESTINE	17.31
LAPAROSCOPIC CECECTOMY	17.32
LAPAROSCOPIC RIGHT HEMICOLECTOMY	17.33
LAPAROSCOPIC RESECTION OF TRANSVERSE COLON	17.34
LAPAROSCOPIC LEFT HEMICOLECTOMY	17.35
LAPAROSCOPIC SIGMOIDECTOMY	17.36
OTHER LAPAROSCOPIC PARTIAL EXCISION OF LG INTESTINE	17.39
ISOLATION OF SEGMENT OF LARGE INTESTINE	45.52
PARTIAL EXCISION OF LARGE INTESTINE	45.7
MULTIPLE SEGMENTAL LG BOWEL EXCISION	45.71
CECECTOMY	45.72
RIGHT HEMICOLECTOMY	45.73
TRANSVERSE COLON RESECT	45.74
LEFT HEMICOLECTOMY	45.75
SIGMOIDECTOMY	45.76
PART LG BOWEL EXCISION NEC	45.79
TOTAL INTRA-ABDOMINAL COLECTOMY	45.8
LAPAROSCOPIC TOTAL INTRA-ABDOMINAL COLECTOMY	45.81
OPEN TOTAL INTRA-ABDOMINAL COLECTOMY	45.82
UNSPECIFIED TOTAL INTRA-ABDOMINAL COLECTOMY	45.83
UNSPECIFIED INTESTINAL ANASTOMOSIS	45.90
ANASTOMOSIS OF SMALL INTESTINE TO RECTAL STUMP	45.92
OTHER SMALL-TO-LARGE BOWEL NEC	45.93
LARGE-TO-LARGE BOWEL ANASTOMOSIS	45.94
ANASTOMOSIS TO ANUS	45.95
LG BOWEL EXTERIORIZATION, HARTMANN RESECTION	46.03
RESECTION OF EXTERIORIZED SEGMENT OF LG BOWEL	46.04
PULL-THROUGH RESECTION OF RECTUM	48.4
PULL-THROUGH RESECTION OF RECTUM, NOT OTHERWISE	48.40
SOAVE SUBMUCOSAL RECTUM RESECTION	48.41
LAPAROSCOPIC PULL-THROUGH RESECTION OF RECTUM	48.42

המשך טבלה 01.1 – קודי פרוצדורות של ICD-9 לניתוחי קולון ורקטום

קוד ICD-9	תיאור
48.43	OPEN PULL-THROUGH RESECTION OF RECTUM
48.49	OTHER PULL-THROUGH RECTUM RESECTION NEC
48.5	ABDOMINOPERINEAL RESECTION of RECTUM
48.50	ABDOMINOPERINEAL RECTUM RESECTION
48.51	LAPAROSCOPIC ABDOMINOPERINEAL RECTUM RESECTION
48.52	OPEN ABDOMINOPERINEAL RECTUM RESECTION
48.59	OTHER ABDOMINOPERINEAL RECTUM RESECTION
48.6	OTHER RESECTION OF RECTUM
48.61	TRANSSACRAL RECTOSIGMOIDECTOMY
48.62	ANTERIOR RECTUM RESECTION W SYNCHRONOUS COLOSTOMY
48.63	OTHER ANTERIOR RECTUM RESECTION NEC
48.64	POSTERIOR RECTUM RESECTION
48.65	DUHAMEL RECTUM RESECTION
48.69	OTHER RECTUM RESECTION NEC

טבלה 01.2

נספח מדדי מתן אנטיביוטיקה נאות סביב ניתוח (מדדי אנטיביוטיקה מניעתית): שבר בצוואר הירך, קולון, קיסרי, החלפת מפרק ברך או ירך

הנחיות לדיווח
אם ניתנה אנטיביוטיקה סביב הניתוח והופסקה (מוגדר כהפסקה של 24 שעות) – הראשונה היא מניעתית.
אם ניתנה אנטיביוטיקה סביב הניתוח, הופסקה (לפחות 24 שעות) ולאחר 24 שעות חודשה באותו סוג או סוג אחר – הראשונה מניעתית והשנייה לא תדווח.
אם ניתנה אנטיביוטיקה סביב הניתוח, הופסקה וחודשה תוך פחות מ-24 שעות אבל סוג אחר – הראשונה מניעתית והשנייה לא תדווח.
אם ניתנה אנטיביוטיקה סביב הניתוח, הופסקה וחודשה תוך פחות מ-24 שעות מאותו סוג – הראשונה מניעתית, השנייה לא תדווח. במידה שיש צורך לחדש אותה אנטיביוטיקה כטיפולית, יש לתת הוראה רפואית חדשה.
כאשר האנטיביוטיקה ניתנת סביב הניתוח וממשיכה ללא הפסקה – מניעתית, תדווח עד מועד מתן המנה האחרונה.
אם ניתנה אנטיביוטיקה סביב הניתוח, הופסקה וחודשה תוך פחות מ-24 שעות וגם נוסף סוג אחר – הראשונה מניעתית והשנייה לא תדווח.

טבלה 02.1

קודי אבחנות של ICD-9 לשברים בצוואר הירך

תיאור	קוד ICD-9
TRANSCERVICAL FRACTURE, CLOSED	820.0
FX FEMUR INTRCAPS NOS-CL	820.00
FX UP FEMUR EPIPHY-CLOS	820.01
FX FEMUR, MIDCERVIC-CLOS	820.02
FX BASE FEMORAL NCK-CLOS	820.03
FX FEMUR INTRCAPS NEC-CL	820.09
TRANSCERVICAL FRACTURE, OPEN	820.1
FX FEMUR INTRCAP NOS-OPN	820.10
FX UP FEMUR EPIPHY-OPEN	820.11
FX FEMUR, MIDCERVIC-OPEN	820.12
FX BASE FEMORAL NCK-OPEN	820.13
FX FEMUR INTRCAP NEC-OPN	820.19
PERTROCHANTERIC FRACTURE, CLOSED	820.2
TROCHANTERIC FX NOS-CLOS	820.20
INTERTROCHANTERIC FX-CL	820.21
SUBTROCHANTERIC FX-CLOSE	820.22
PERTROCHANTERIC FRACTURE, OPEN	820.3
TROCHANTERIC FX NOS-OPEN	820.30
INTERTROCHANTERIC FX-OPN	820.31
SUBTROCHANTERIC FX-OPEN	820.32
FX NECK OF FEMUR NOS-CL	820.8
FX NECK OF FEMUR NOS-OPN	820.9
Pathologic fracture of neck of femur	733.14*
Pathologic fracture of other specified part of femur	733.15*

* עבור מדד מתן טיפול אנטיביוטי מניעתי נאות סביב ניתוח לתיקון שבר בצוואר הירך (01-14-1-02-002) בלבד

טבלה 02.2

קודי פרוצדורות של ICD-9 לניתוח שברים בצוואר הירך

תיאור	קוד ICD-9
APPLICATION OF EXTERNAL FIXATOR DEVICE	78.15
CLOSED REDUCTION OF FRACTURE WITH INTERNAL FIXATION	79.15
OPEN REDUCTION OF FRACTURE WITH INTERNAL FIXATION	79.35
TOTAL HIP REPLACEMENT	81.51
PARTIAL HIP REPLACEMENT	81.52

טבלה 03.1

קודי אבחנות של ICD-9 ל-STEMI (ST-elevation myocardial infarction)

תיאור	קוד ICD-9
AMI ANTEROLATERAL, UNSPEC	410.00
AMI ANTEROLATERAL, INIT	410.01
AMI ANTERIOR WALL, UNSPEC	410.10
AMI ANTERIOR WALL, INIT	410.11
AMI INFEROLATERAL,UNSPEC	410.20
AMI INFEROLATERAL, INIT	410.21
AMI INFEROPOST, UNSPEC	410.30
AMI INFEROPOST, INITIAL	410.31
AMI INFERIOR WALL, UNSPEC	410.40
AMI INFERIOR WALL, INIT	410.41
AMI LATERAL NEC, UNSPEC	410.50
AMI LATERAL NEC, INITIAL	410.51
TRUE POST INFARCT, UNSPEC	410.60
TRUE POST INFARCT, INIT	410.61
AMI NEC, UNSPECIFIED	410.80
AMI NEC, INITIAL	410.81

טבלה 03.11

קודי אבחנות של ICD-9 ל-NSTEMI (non ST-elevation myocardial infarction)

תיאור	קוד ICD-9
SUBENDO INFARCT, UNSPEC	410.70
SUBENDO INFARCT, INITIAL	410.71
AMI NOS, UNSPECIFIED	410.90
AMI NOS, INITIAL	410.91

טבלה 03.2

קודי פרוצדורות של ICD-9 ל-PCI (Percutaneous Coronary Intervention)

תיאור	קוד ICD-9
PTCA	00.66
INSERTION OF NON-DRUG-ELUTING CORONARY ARTERY STENT(S)	36.06
INSERTION OF DRUG-ELUTING CORONARY ARTERY STENT(S)	36.07
OTHER REMOVAL OF CORONARY ARTERY OBSTRUCTION	36.09
Additional vascular system procedures*	
PROCEDURE ON SINGLE VESSEL	00.40
PROCEDURE ON TWO VESSELS	00.41
PROCEDURE ON THREE VESSELS	00.42
PROCEDURE ON FOUR OR MORE VESSELS	00.43
PROCEDURE ON VESSEL BIFURCATION	00.44
INSERTION OF ONE VASCULAR STENT	00.45
INSERTION OF TW0 VASCULAR STENTS	00.46
INSERTION OF THREE VASCULAR STENTS	00.47
INSERTION OF FOUR OR MORE VASCULAR STENTS	00.48

* פרוצדורות 00.40-00.48 לא רלוונטיות עבור מדד מתן המלצה לשיקום לב למטופלים לאחר התערבות לבבית (01-22-1-11-002)

טבלה 03.3

קודי אבחנות של ICD-9 לאירוע חד במוח

קוד ICD-9	תיאור
430	SUBARACHNOID HEMORRHAGE
431	INTRACEREBRAL HEMORRHAGE
432	OTHER AND UNSPECIFIED INTRACRANIAL HEMORRHAGE
432.0	NONTRAUM EXTRADURAL HEM
432.1	SUBDURAL HEMORRHAGE
432.9	INTRACRANIAL HEMORR NOS
433.01	OCL BSLR ART W INFRCT
433.11	OCL CRTD ART W INFRCT
433.21	OCL VRTB ART W INFRCT
433.31	OCL MLT BI ART W INFRCT
433.81	OCL SPCF ART W INFRCT
433.91	OCL ART NOS W INFRCT
434.01	CRBL THRMBS W INFRCT
434.11	CRBL EMBLSM W INFRCT
434.90	CEREBRAL ARTERY OCCLUSION, UNSPECIFIED
434.91	CRBL ART OCL NOS W INFRC
436	CVA
437.1	OTHER GENERALIZED ISCHEMIC CEREBROVASCULAR DIS.

טבלה 03.4

קודי אבחנות של ICD-9 לאירוע <u>איסכמי</u> חד במוח

קוד ICD-9	תיאור
433.01	OCL BSLR ART W INFRCT
433.11	OCL CRTD ART W INFRCT
433.21	OCL VRTB ART W INFRCT
433.31	OCL MLT BI ART W INFRCT
433.81	OCL SPCF ART W INFRCT
433.91	OCL ART NOS W INFRCT
434.01	CRBL THRMBS W INFRCT
434.11	CRBL EMBLSM W INFRCT

המשך טבלה 03.4 – קודי אבחנות של ICD-9 לאירוע איסכמי חד במוח

קוד ICD-9	תיאור
434.91	CRBL ART OCL NOS W INFRC
437.1	OTHER GENERALIZED ISCHEMIC CEREBROVASCULAR DIS.
434.90	Cerebral artery occlusion, unspecified without mention of cerebral infarction
436	Acute, but ill-defined, cerebrovascular disease

טבלה 03.5

פירוט תרופות טרומבוליטיות

שם התרופה
ALTEPLASE
Tissue Plasminogen Activator [t-PA]

טבלה 03.6

קודי פרוצדורות של ICD-9 צנתור מוחי

קוד ICD-9	תיאור
00.62	Percutaneous angioplasty or atherectomy of intracranial vessel(s)
00.63	Percutaneous insertion of carotid artery stent(s)
00.65	Percutaneous insertion of intracranial vascular stent(s)
17.54	Percutaneous atherectomy of intracranial vessel(s)
39.74	Endovascular removal of obstruction from head and neck vessel(s)

טבלה 03.7

קודי אבחנות של ICD-9 ל-TIA (transient ischemic attack) [transient cerebral ischemia]

קוד ICD-9	תיאור
435	Transient cerebral ischemia
435.0	Basilar artery syndrome
435.1	Vertebral artery syndrome
435.3	Vertebrobasilar artery syndrome
435.8	Other specified transient cerebral ischemia
435.9	Unspecified transient cerebral ischemia

טבלה 04.2
Padua Prediction Score

Table 1 Risk assessment model (high risk of VTE: ≥4)

Baseline features	Score
Active cancer*	3
Previous VTE (with the exclusion of superficial vein thrombosis)	3
Reduced mobility†	3
Already known thrombophilic condition‡	3
Recent (≤1 month) trauma and/or surgery	2
Elderly age (≥70 years)	1
Heart and/or respiratory failure	1
Acute myocardial infarction or ischemic stroke	1
Acute infection and/or rheumatologic disorder	1
Obesity (BMI ≥30)	1
Ongoing hormonal treatment	1

*Patients with local or distant metastases and/or in whom chemotherapy or radiotherapy had been performed in the previous 6 months. †Bedrest with bathroom privileges (either due to patient's limitations or on physicians order) for at least 3 days. ‡Carriage of defects of antithrombin, protein C or S, factor V Leiden, G20210A prothrombin mutation, antiphospholipid syndrome.

טבלה 05.1.1

קודי פרוצדורות של ICD-9 לניתוחי כריתת רחם בשיטה הפתוחה

קוד ICD-9	תיאור
68.3	Subtotal abdominal hysterectomy
68.39	Other and unspecified subtotal abdominal hysterectomy
68.4	Total abdominal hysterectomy
68.49	Other and unspecified abdominal hysterectomy
68.5	Vaginal hysterectomy
68.59	Other and unspecified vaginal hysterectomy
68.6	Radical abdominal hysterectomy
68.69	Other and unspecified radical abdominal hysterectomy
68.7	Radical vaginal hysterectomy
68.79	Other and unspecified radical vaginal hysterectomy
68.9	Other and unspecified hysterectomy

טבלה 05.1.2

קודי פרוצדורות של ICD-9 לניתוחי כריתת רחם בשיטה הלפרוסקופית

קוד ICD-9	תיאור
68.31	Laparoscopic supracervical hysterectomy
68.41	Laparoscopic total abdominal hysterectomy
68.51	Laparoscopic assisted vaginal hysterectomy
68.61	Laparoscopic radical abdominal hysterectomy
68.71	Laparoscopic radical vaginal hysterectomy

טבלה 05.2

טיפול אנטי-טרומבוטי מניעתי סביב ניתוח כריתת רחם

שם התרופה	מינון יומי מומלץ
CLEXANE	20, 40, 60 מ"ג
FRAGMIN	2500, 5000 יחידות
HEPARIN	5000 יחידות X 2, 3 פעמים בשנה
ATIXTRA	2.5 מ"ג

טבלה 05.3

קודי פרוצדורות של ICD-9 לניתוח קיסרי

קוד ICD-9	תיאור
74	Cesarean section and removal of fetus
74.0	Classical cesarean section
74.1	Low cervical cesarean section
74.2	Extraperitoneal cesarean section
74.4	Cesarean section of other specified type
74.9	Cesarean section of unspecified type
74.99	Other Cesarean section of unspecified type
74	Cesarean section and removal of fetus

טבלה 07.1

מדדים:

המלצה לטיפול אינטנסיבי בסטטינים לחולים עם תסמונת לב כלילית חדה 01-17-1-11-001;
מתן המלצה לטיפול בסטטינים בחולים לאחר ניתוח מעקפים (CABG) במכתב שחרור 01-22-1-11-001

התוויות נגד לטיפול בסטטינים פוטנטים במינון גבוה
1. רגישות יתר לתרופה או לאחד ממרכיביה
2. מחלת כבד כרונית / פעילה
3. עלייה לא מוסברת ומתמשכת של רמות אנזימי הכבד
4. (הוסר)
5. מיופתיה / כאבי שרירים משמעותיים מטיפול בסטטינים בעבר
6. תופעת לוואי משמעותית מטיפול בסטטינים בעבר
7. היריון / היריון פוטנציאלי / הנקה
8. (הוסר)
9. מטופל בדיאליזה כרונית (ESRD)
10. AMI type II
11. שימוש במקביל עם cyclosporine / מעכבים חזקים של CYP3A4 / חומרים המכילים cobicistat

טבלה 08.1

קודי אבחנות ICD-9 לפרפור פרוזדורים

קוד ICD-9	תיאור
427.3	Atrial fibrillation and flutter
427.31	Atrial fibrillation

טבלה 08.2

פירוט תרופות אנטי-קואגולנטיות, שמות גנריים

Anti-coagulants
Warfarin
Dabigatran
Rivaroxaban
Apixaban
Enoxaparin

טבלה 08.3
קודי אבחנות ICD-9 למחלת כליות כרונית

תיאור	קוד ICD-9
Hypertensive chronic kidney disease, Malignant, with chronic kidney disease stage I through stage IV, or unspecified	403.00
Hypertensive chronic kidney disease, Malignant, with chronic kidney disease stage V or end stage renal disease	403.01
Chronic kidney disease, Stage I	585.1
Chronic kidney disease, Stage II (mild)	585.2
Chronic kidney disease, Stage III (moderate)	585.3
Chronic kidney disease, Stage IV (severe)	585.4
Chronic kidney disease, Stage V	585.5
End stage renal disease	585.6
Chronic kidney disease, unspecified	585.9
Renal failure, unspecified	586
Renal sclerosis, unspecified	587
Chronic renal failure	585
Hypertensive heart and renal disease, benign	404.1
Hypertensive heart and renal disease, benign, with renal failure	404.12
Hypertensive heart and renal disease, unspecified	404.9
Hypertensive heart and renal disease, unspecified, with heart failure	404.91
Hypertensive heart and renal disease, unspecified, with renal failure	404.92
Hypertensive renal disease, unspecified with renal failure	403.91
Hemodialysis	39.95
Calculus of kidney	592.0
Calculus of ureter	592.1
Urinary calculus unspecified	592.9
Nephroptosis	593.0
Hypertrophy of kidney	593.1
Cyst of kidney, acquired	593.2
Stricture or kinking of ureter	593.3
Other ureteric obstruction	593.4
Hemodialysis chronic	V45.11
Nephrotic syndrome in diseases classified elsewhere	581.81
Nephritis and nephropathy, not specified as acute or chronic, in diseases classified elsewhere	583.81

טבלה 08.4
קודי אבחנות ICD-9 לסוכרת

קוד ICD-9	תיאור
250	Diabetes mellitus
250.0	Diabetes mellitus without mention of complication
250.00	Diabetes mellitus without mention of complication, type ii or unspecified type, not stated as uncontrolled
250.01	Diabetes mellitus without mention of complication, type i (juvenile type), not stated as uncontrolled
250.02	Diabetes mellitus without mention of complication, type ii or unspecified type, uncontrolled
250.03	Diabetes mellitus without mention of complication, type i (juvenile type), uncontrolled
250.1	Diabetes with ketoacidosis
250.10	Diabetes with ketoacidosis, type ii or unspecified type not stated as uncontrolled
250.11	Diabetes with ketoacidosis, type i (juvenile type), not stated as uncontrolled
250.12	Diabetes with ketoacidosis, type ii or unspecified type, uncontrolled
250.13	Diabetes with ketoacidosis, type i (juvenile type), uncontrolled
250.2	Diabetes with hyperosmolarity
250.20	Diabetes with hyperosmolarity, type ii or unspecified type, not stated as uncontrolled
250.21	Diabetes with hyperosmolarity, type i (juvenile type), not stated as uncontrolled
250.22	Diabetes with hyperosmolarity, type ii or unspecified type, uncontrolled
250.23	Diabetes with hyperosmolarity, type i (juvenile type), uncontrolled
250.3	Diabetes with other coma
250.30	Diabetes with other coma, type ii or unspecified type, not stated as uncontrolled
250.31	Diabetes with other coma, type i (juvenile type), not stated as uncontrolled
250.32	Diabetes with other coma, type ii or unspecified type, uncontrolled
250.33	Diabetes with other coma, type i (juvenile type), uncontrolled
250.4	Diabetes with renal manifestations
250.40	Diabetes with renal manifestations, type ii or unspecified type, not stated as uncontrolled
250.41	Diabetes with renal manifestations, type i (juvenile type), not stated as uncontrolled
250.42	Diabetes with renal manifestations, type ii or unspecified type, uncontrolled
250.43	Diabetes with renal manifestations, type i (juvenile type), uncontrolled

המשך (1) קודי אבחנות ICD-9 לסוכרת

קוד ICD-9	תיאור
250.5	Diabetes with ophthalmic manifestations
250.50	Diabetes with ophthalmic manifestations, type ii or unspecified type, not stated as uncontrolled
250.51	Diabetes with ophthalmic manifestations, type i (juvenile type), not stated as uncontrolled
250.52	Diabetes with ophthalmic manifestations, type ii or unspecified type, uncontrolled
250.53	Diabetes with ophthalmic manifestations, type i (juvenile type), uncontrolled
250.6	Diabetes with neurological manifestations
250.60	Diabetes with neurological manifestations, type ii or unspecified type, not stated as uncontrolled
250.61	Diabetes with neurological manifestations, type i (juvenile type), not stated as uncontrolled
250.62	Diabetes with neurological manifestations, type ii or unspecified type, uncontrolled
250.63	Diabetes with neurological manifestations, type i (juvenile type), uncontrolled
250.7	Diabetes with peripheral circulatory disorders
250.70	Diabetes with peripheral circulatory disorders, type ii or unspecified type, not stated as uncontrolled
250.71	Diabetes with peripheral circulatory disorders, type i (juvenile type), not stated as uncontrolled
250.72	Diabetes with peripheral circulatory disorders, type ii or unspecified type, uncontrolled
250.73	Diabetes with peripheral circulatory disorders, type i (juvenile type), uncontrolled
250.8	Diabetes with other specified manifestations
250.80	Diabetes with other specified manifestations, type ii or unspecified type, not stated as uncontrolled
250.81	Diabetes with other specified manifestations, type i (juvenile type), not stated as uncontrolled
250.82	Diabetes with other specified manifestations, type ii or unspecified type, uncontrolled
250.83	Diabetes with other specified manifestations, type i (juvenile type), uncontrolled
250.9	Diabetes with unspecified complication
250.90	Diabetes with unspecified complication, type ii or unspecified type, not stated as uncontrolled

המשך (2) קודי אבחנות ICD-9 לסוכרת

קוד ICD-9	תיאור
250.91	Diabetes with unspecified complication, type i (juvenile type), not stated as uncontrolled
250.92	Diabetes with unspecified complication, type ii or unspecified type, uncontrolled
250.93	Diabetes with unspecified complication, type i (juvenile type), uncontrolled
249	Secondary diabetes mellitus
249.00	Secondary diabetes mellitus without mention of complication, not stated as controlled, or unspecified
362.0 (362.01-362.07)	Diabetic retinopathy

טבלה 09.1

קודי אבחנות של ICD-9 לקוליטיס

קוד ICD-9	תיאור
555.1	Regional enteritis of large intestine
555.2	Regional enteritis of small intestine with large intestine
555.9	Regional enteritis of unspecified site
556.0	Ulcerative (chronic) enterocolitis
556.1	Ulcerative (chronic) ileocolitis
556.2	Ulcerative (chronic) proctitis
556.3	Ulcerative (chronic) proctosigmoiditis
556.4	Pseudopolyposis of colon
556.5	Left-sided ulcerative (chronic) colitis
556.6	Universal ulcerative (chronic) colitis
556.8	Other ulcerative colitis
556.9	Ulcerative colitis, unspecified
009.0	Infectious colitis, enteritis, and gastroenteritis
009.1	Colitis, enteritis, and gastroenteritis of presumed infectious origin
558.42	Eosinophilic colitis

טבלה 09.2

קודי פרוצדורות של ICD-9 לניתוחי כריתת קולון

קוד ICD-9	תיאור
45.71	Open and other multiple segmental resection of large intestine
45.72	Open and other cecectomy
45.73	Open and other right hemicolectomy
45.74	Open and other resection of transverse colon
45.75	Open and other left hemicolectomy
45.76	Open and other sigmoidectomy
45.79	Other and unspecified partial excision of large intestine
45.81	Laparoscopic total intra-abdominal colectomy
45.82	Open total intra-abdominal colectomy
45.83	Other and unspecified total intra-abdominal colectomy
17.31	Laparoscopic multiple segmental resection of large intestine
17.32	Laparoscopic cecectomy
17.33	Laparoscopic right hemicolectomy
17.34	Laparoscopic resection of transverse colon
17.35	Laparoscopic left hemicolectomy
17.36	Laparoscopic sigmoidectomy
17.39	Other laparoscopic partial excision of large intestine

טבלה 10.1

קודי פרוצדורות של ICD-9 לניתוח מעקפים (CABG)

קוד ICD-9	תיאור
36.10	Aortocoronary bypass for heart revascularization, not otherwise specified
36.11	(Aorto)coronary bypass of one coronary artery
36.12	(Aorto)coronary bypass of two coronary arteries
36.13	(Aorto)coronary bypass of three coronary arteries
36.14	(Aorto)coronary bypass of four or more coronary arteries
36.15	Single internal mammary-coronary artery bypass
36.16	Double internal mammary-coronary artery bypass
36.17	Abdominal-coronary artery bypass
36.19	Other bypass anastomosis for heart revascularization

טבלה 10.2
קודי פרוצדורות של ICD-9 להשתלת דפיברילטור

קוד ICD-9	תיאור
00.51	Implantation of cardiac resynchronization defibrillator, total system [CRT-D]
37.94	Implantation or replacement of automatic cardioverter/defibrillator, total system [AICD]

טבלה 11.1
קודי אבחנות של ICD-9 לסרטן המעי הגס

קוד ICD-9	תיאור
153	Malignant neoplasm of colon
153.0	Malignant neoplasm of hepatic flexure
153.1	Malignant neoplasm of transverse colon
153.2	Malignant neoplasm of descending colon
153.3	Malignant neoplasm of sigmoid colon
153.4	Malignant neoplasm of cecum
153.5	Malignant neoplasm of appendix vermiformis
153.6	Malignant neoplasm of ascending colon
153.7	Malignant neoplasm of splenic flexure
153.8	Malignant neoplasm of other specified sites of large intestine
153.9	Malignant neoplasm of colon, unspecified site

טבלה 12.1

קודים לסימול שבץ מוחי של ועדת הסימול הארצית

תיאור	קוד ICD-9
SMALL ARTERY OCCLUSION (LACUNAR STROKE) WITH CEREBRAL INFARCTION	434.21
INTRACRANIAL LARGE ARTERY ATHEROSCLEROSIS (PCA, ACA, MCA) WITH CEREBRAL INFARCTION	434.31
CARDIAC EMBOLISM (AF) WITH CEREBRAL INFARCTION	434.41
AORTIC ARCH EMBOLISM WITH CEREBRAL INFARCTION	434.51
PARADOXICAL EMBOLISM (PFO) WITH CEREBRAL INFARCTION	434.61
EMBOLIC OCCLUSION UNSPECIFIED (ESUS) WITH CEREBRAL INFARCTION	434.71

טבלה 13.1

קודי פרוצדורות של ICD-9 לניתוח החלפת מפרק ברך או ירך

תיאור	קוד ICD-9
Revision of knee replacement, total (all components)	00.80
Revision of knee replacement, tibial component	00.81
Revision of knee replacement, femoral component	00.82
Revision of knee replacement, patellar component	00.83
Revision of total knee replacement, tibial insert (liner)	00.84
Resurfacing Hip, Total, Acetabulum And Femoral Head	00.85
Resurfacing Hip, Partial, Femoral Head	00.86
Resurfacing Hip, Partial, Acetabulum	00.87
Total hip replacement	81.51
Partial hip replacement	81.52
Revision of hip replacement, not otherwise specified	81.53
Total knee replacement	81.54
Revision of knee replacement ,not otherwise specified	81.55
Other hip procedures	00.7 (00.70-00.77)

טבלה 14.1
קודי אבחנות של ICD-9 לבקע מפשעתי כלוא

קוד ICD-9	תיאור
550.00	UNILAT ING HERNIA W GANG
550.01	RECUR UNIL ING HERN-GANG
550.02	BILAT ING HERNIA W GANG
550.03	RECUR BIL ING HERN-GANG
550.10	UNILAT ING HERNIA W OBST
550.11	RECUR UNIL ING HERN-OBST
550.12	BILAT ING HERNIA W OBST
550.13	RECUR BIL ING HERN-OBSTR

טבלה 14.2
קודי פרוצדורות של ICD-9 לניתוח בקע מפשעתי כלוא

קוד ICD-9	תיאור
53.00	Unilateral repair of inguinal hernia, not otherwise specified
53.01	Other and open repair of direct inguinal hernia
53.02	Other and open repair of indirect inguinal hernia
53.03	Other and open repair of direct inguinal hernia with graft or prosthesis
53.04	Other and open repair of indirect inguinal hernia with graft or prosthesis
53.05	Repair of inguinal hernia with graft or prosthesis, not otherwise specified
53.10	Bilateral repair of inguinal hernia, not otherwise specified
53.11	Other and open bilateral repair of direct inguinal hernia
53.12	Other and open bilateral repair of indirect inguinal hernia
53.13	Other and open bilateral repair of inguinal hernia, one direct and one indirect
53.14	Other and open bilateral repair of direct inguinal hernia with graft or prosthesis
53.15	Other and open bilateral repair of indirect inguinal hernia with graft or prosthesis
53.16	Other and open bilateral repair of inguinal hernia, one direct and one indirect, with graft or prosthesis
53.17	Bilateral inguinal hernia repair with graft or prosthesis, not otherwise specified
17.11-17.13	Laparoscopic Unilateral Repair Of Inguinal Hernia
17.21-17.24	Laparoscopic Bilateral Repair Of Inguinal Hernia

טבלה 15.1
פירוט שמות של אריתרופויטין גנרי

שם התרופה
EPOIETIN ALFA
DARBEPOETIN ALFA
EPOIETIN BETA
METHOXY POLYETHYLENE GLYCOL-EPOETIN BETA

טבלה 16.1
פירוט שמות של אינסולין בזאלי גנרי

שם התרופה
INSULIN DEGLUDEC
INSULIN DETEMIR
INSULIN GLARGINE

טבלה 16.2
פירוט שמות של אינסולין בולוס גנרי

שם התרופה
INSULIN ASPART
INSULIN GLULISINE
INSULIN LISPRO
INSULIN LISPRO-AABC