



- מעודכן למרץ 2022 -

## פרק 9

### מאמצי החייה בנפגע טראומה המאבד סימני חיים

### Pre Hospital Traumatic Cardia Arrest

### Resuscitation Efforts

#### כותבים:

אלכס סורקין, סמי גנדלר, רועי נדלר, שאול גיליקס, אלון גלזברג, עפר אלמוג, אבי  
בנוב

#### עיקרי העדכונים:

#### 22.2.22

1. עדכון פעולות מצילות חיים = הנשמה באמבו, ניקור חזה במחט דו צידי ומתן נפח. אינטובציה ו/או נקזי חזה לא יבוצעו כחלק מהפרוטוקול.
2. הבדלה בין חבלה קהה לחודרת.
3. תחימת משך מאמצי ההחייאה.
4. הוספת PEA בקצב 40 לדקה כקריטריון להמשך מאמצי החייאה ( במקרים בהם התבצע שימוש במוניטור )
5. חובת מדידת ל"ד במסגרת הערכת סימנים חיוניים
6. הוספת נספח- טופס פטירה צבאי.
7. הבהרה בנוגע לצורך במדידת חום לצורך הפסקת מאמצי החייאה.

19.07.2021

1. הבהרת הפרוטוקול

11.04.2021

1. חידוד רצף פעולות ההחייאה

01.02.2020

1. עדיפות למתן מוצרי דם ולא נוזלים
2. ביצוע ניקוז חזה בנקז חזה או וייגון
3. ניתן לקבוע מוות גם בנוכחות PEA בקצב מתחת ל-40



## הקדמה

### פרוטוקול

### ביאור הפרוטוקול

קווים מנחים להפסקת מאמצי החיאה בפצוע טראומה בשטח

### רקע וסקירת ספרות

#### מבוא

#### ניסוח ההנחיות ותיקופן

#### שימוש במוניטור

#### שיעורי תמותה בספרות

#### מנגנון הפציעה

#### תגובות אישונים

#### היפותרמיה

### ביבליוגרפיה ומקורות



## הקדמה

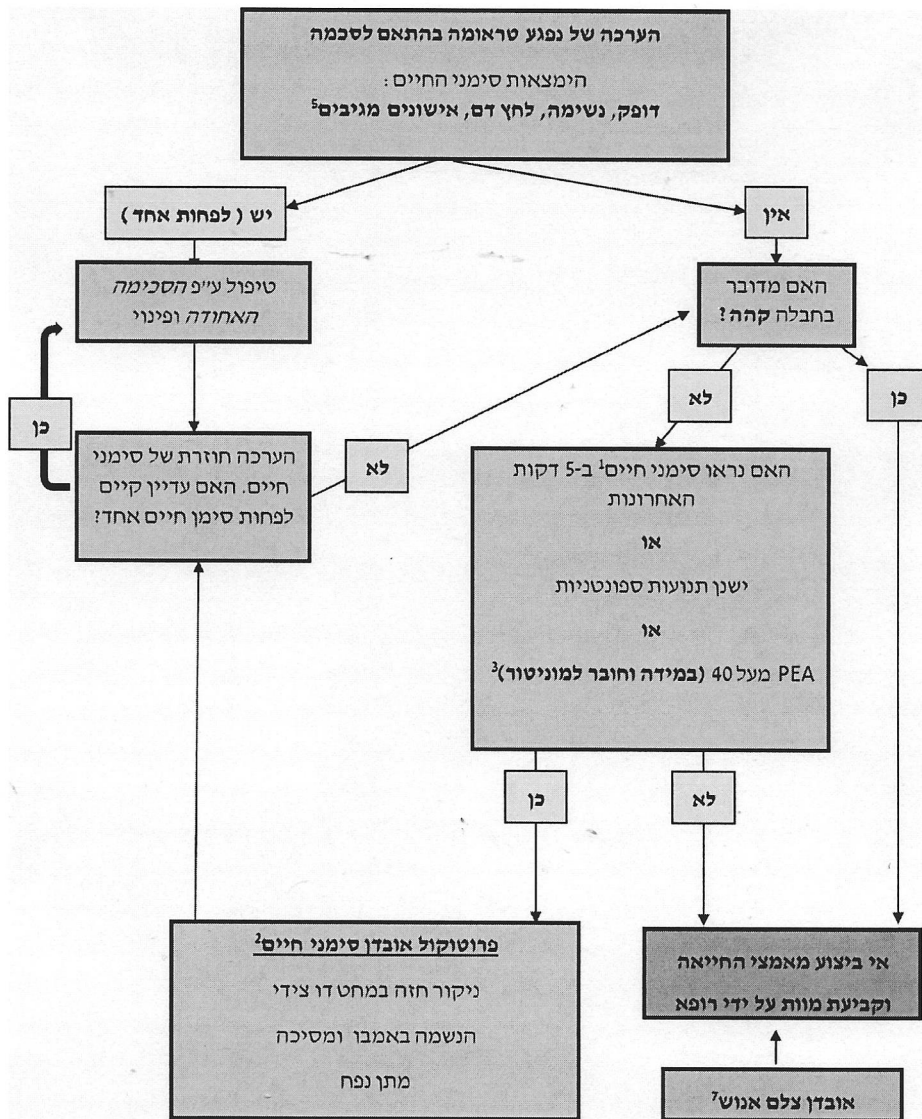
אחד המצבים המורכבים בשטח הוא איבוד סימני חיים "תחת העיניים" ובמצב כזה עלינו להעניק לנפגע את מירב הסיכויים לשרוד (באירוע רב נפגעים, עיתוי הפעולות ידחה). אחת ההחלטות הקשות להן נדרש המטפל במתאר טרום בית החולים, היא ההחלטה על אי-התחלה או הפסקת פעולות החייאה בפצוע ללא סימני חיים. על המטפל להחליט, לעיתים קרובות בתנאי דחק, האם יש בפעולות טעם, ובמידה והוחל בהן, מתי כלו סיכויי הצלה ויש לסיימן.

ההחלטה על התחלת מאמצי החייאה מושפעת גם ממספר הפצועים- פצוע ללא סימני חיים יוגדר כ"ממתין" ורק לאחר סיום הטיפול ביתר הנפגעים תתבצע הערכה מקיפה שלו (ראה פרק אר"ן). מאידך, לביצוע מאמצי החייאה כאשר אין להם סיכוי להצלחה, יש השפעה על ניצול יכולות וצוותי רפואה, קשב לפצועים נוספים, סיכון כוחות פינוי ועוד. פרק זה יגדיר קווים מנחים שמטרתם לסייע למטפל בשטח בתהליך קבלת ההחלטות בנוגע לסיום או הימנעות מביצוע מאמצי החייאה **בנפגע טראומה**.



**פרוטוקול סיום מאמצי החייה וקביעת מוות בנפגע טראומה במתאר**

**טרום בית חולים**



1. סימני חיים שנצפו בחמש הדקות האחרונות = דופק, נשימה, ל"ד
2. אם סיבת ההידרדרות אינה ברורה והפצוע מאבד סימני חיים "תחת העיניים", יש לנקר את בית החזה משני הצדדים ע"י מחט, יש להנשים באמבו ומסיכה, יש לתת נפח (ינוזל ההחייה הטוב הזמין ביותר) - דם, פלסמה או נוזלים על פי הזמינות) ולבצע הערכה מחודשת.
3. אין מקום לביצוע אקג בטרם בית חולים בנפגע טראומה. במידה וחובר, בחבלה חודרת, ממצא של PEA < 40 יחייב ביצוע מאמצי החייה. במידה וחובר מוניטור ונצפתה אסיטולה או PEA בקצב נמוך מ 40 לדקה (לצד היעדר תנועות ספונטניות ותגובת אישונים) - אזי ניתן לקבוע מוות.
4. באירוע רב נפגעים, יש לפעול על פי פרק 'הטיפול באר"ן'
5. אישונים מוצרים (אישוני סיכה) - יחשבו כסימן חיים.
6. במתאר טרום בית חולים **אין לבצע עיסוי לב בפצועים עם דום לב על רקע טראומה**. אין לבצע פתיחת חזה כירורגית (שלא במסגרת יחידה כירורגית).
7. אין להתחיל מאמצי החייה בפצוע אשר איבד צלם אנוש או עם סימני מוות ממושך (ראה פירוט בטקסט)
8. לפצועי טביעה, התחשמלות (לרבות מכת ברק) והיפותרמיה (ללא סימני חבלה) תבוצע החייה לבבית מלאה על פי ACLS.
9. במידה ומופיעים סימני חיים בעת ביצוע החייה יש לעבור לטיפול על פי האלגוריתם המופיע בפרקים הרלבנטיים (גישה לפציעות חזה/ גישה לנתיב אוויר/ החייה בקרת הנזקים).
10. אם לאחר ביצוע כלל הפעולות המופיעות בפרוטוקול (לרבות סיום עירווי כלל הנפח) אין חזרה של סימני חיים - יש להפסיק את מאמצי החייה (וכן לקבוע מוות ע"י רופא)



## ביאור פרוטוקול

### קווים מנחים להפסקת מאמצי החייאה בנפגע טראומה בשטח

1. בנפגע טראומה הסובל מחבלה קשה שנמצא ללא נשימה, ללא דופק, ללא קריאה במדידת ל"ד וללא תגובת אישונים – אין להתחיל מאמצי החייאה.
2. בנפגע טראומה ללא סימני חיים ע"ר חבלה חודרת ( או שהמנגנון אינו ברור) יש להמשיך ולבצע הערכה מהירה של סימני חיים אחרים: תנועת גוף עצמוניות או במידה וחובר מוניטור PEA - בקצב של מעל 40. אם אחד מסימני החיים לעיל ( דופק/ נשימה/ ל"ד/תג' אישונים/ תנועות ספונטניות) קיים או התקיים בחמש דקות האחרונות יש לבצע **פעולות החייאה** על פי פרוטוקול אובדן סימני חיים ( פירוט בסעיף 3) . אם לא קיים אחד מסימנים אלה, אין לבצע מאמצי החייאה.
3. **כאשר הנפגע מאבד סימני חיים "תחת העיניים" או כאשר נצפה אחד מהסימנים החיוניים יש לבצע פעולות מצילות חיים על מנת לוודא שההידרדרות אינה נובעת מאחד הגורמים למוות בר מניעה ( כדוגמת חזה אוויר בלחץ, שוק עמוק או חסימת נתיב אוויר):**  
יש לנקר את בית החזה משני הצדדים ע"י מחט Vygon או Tpak מהדגם המאושר בצה"ל. כמו כן, יש להנשים באמצעות אמבו, AW ומסיכה ולתת נפח (דם מלא, כדוריות דחוסות, פלסמה מיובשת או נוזלים על פי הזמינות והכתוב בפרק "**החייאת בקרת הנוקים**"). לאחר מכן יש להעריך שוב את הפצוע. במידה ולאחר ביצוע הטיפולים הנ"ל אין סימני חיים יש להפסיק את מאמצי החייאה ועל רופא לקבוע מוות.  
יודגש כי במידה ואובדן סימני חיים מתרחש במהלך הפינוי יש להתחיל באופן מיידי ביצוע החייאה כמתואר לעיל.
4. במידה ולאחר ביצוע הפעולות הנ"ל קיימת חזרה של סימני חיים יש לעבור לטפל על פי "**סכמת טיפול האחודה**", לשקול ביצוע נקז או התקנת נתיב אוויר דפיניטיבי על פי ההתוויות באגרות הרלבנטיות (**גישה לפציעות חזה/ גישה לנתיב אוויר/ החייאת בקרת הנוקים**).
5. אין מקום לביצוע אקג בטרום בית חולים בנפגע טראומה. במידה וחובר, בחבלה חודרת, ממצא של PEA < 40 יחייב ביצוע מאמצי החייאה. במידה וחובר מוניטור ונצפתה אסיסטולה או PEA בקצב נמוך מ 40 לדקה ( לצד היעדר תנועות ספונטניות ותגובת אישונים) - אזי ניתן לקבוע מוות.



6. אין לבצע פעולות החייאה בפצועי טראומה, שפציעתם הביאה לאובדן צלם אנוש: דקפיטציה ניתוק הראש, ניתוק האגן, התפחמות של ראש וואו של הגו וכו'.
7. אין לבצע מאמצי החייאה בנפגע עם עדות לכך שהמוות התרחש לפני זמן רב (סימני ריקבון, קישיון מוות, כתמי מוות ממושטים, הצטברות דם במקומות נמוכים).
8. מאמצי החייאה בטראומה אינם כוללים החייאה קרדיאלית - לפיכך לא נבצע עיסויים בטראומה.  
אין עדויות לכך שעיסויי חזה בטראומה משפרים הישרדות. עיסויי חזה רלוונטיים בעיקר בדום לב בהיפותרמיה שלא על רקע טראומה וגם אז השרידות נמוכה ביותר.  
כמו כן, ישנו דגש על כך שביצוע עיסויי חזה במקרה של פצוע קשה עלול לבוא על חשבון ביצוע פעולות מצילות חיים (פתיחת נתיב אוויר, ניקוז בית חזה וכו').
9. לנפגעי טביעה, התחשמלות (לרבות מכת ברק) והיפותרמיה שלא על רקע טראומה תבוצע החייאה לבבית מלאה על פי תורת ה-ACLS.
10. קביעת מוות באישה הרה מתבצע על פי אותם השיקולים המפורטים לעיל.
11. הפסקת מאמצי החייאה הינה בסמכות פרמדיקים ורופאים. קביעת המוות וחתימה על תעודת פטירה נשארת בסמכותו הבלעדית של רופא.



## רקע וסקירת ספרות

### מבוא:

ההחלטה שלא להתחיל בטיפול או להפסיק טיפול בפצוע ללא סימני חיים מהווה אתגר למטפלים, הן בהיבטים מקצועיים והן בהיבטים מנטליים. לצד סיכויי ההצלחה הנמוכים, עיקר הקושי בקבלת ההחלטה במתאר צבאי נובע בין היתר מסביבת העבודה המאתגרת, מהמיידיות הנדרשת בקבלת ההחלטות, מהאינטימיות של ההיכרות בתוך היחידה, מחשש מהשפעות על רוח הגייסות ומהנסיון החסר של המטפל.

כדי לקבל החלטה מושכלת ונאותה, על הצוות המטפל לזהות מתי מצבו של הפצוע בלתי הפיך. באופן טבעי, האינסטינקט המוטבע בכל מטפל הוא להילחם על חיי כל פצוע. עם זאת, מנגד עומדת המציאות, אשר מחייבת אותנו להתייחס בכובד ראש להיבטים נוספים:

### 1. שיקולים רפואיים:

א. מהרגע שאירע דום לב על רקע טראומה הישרדות הפצועים נמוכה מאוד - לפי הספרות בין-ל-2%-8%, כאשר מרבית העבודות בנושא עוסקות בפצועים שאיבדו סימני חיים בתוך מרכז רפואי (ולא בטרם בית החולים) (3,8,14).

ב. מדידת דופק והערכת נשימה בשטח אינן מדויקות וביצוען תלוי במיומנות המטפל.

### 2. חלוקת משאבים:

א. השקעת משאבי טיפול (כ"א ואמצעים) בחלל עלולה לבוא על חשבון פצועים אחרים בני הצלה באותה זירה.

ב. במתארי לחימה הקצאת משאבי פינוי, כגון כח פינוי קרקעי או מסוק, מציבה את צוותי הפינוי בסכנה ובאה על חשבון הקצאתם לפצועים אשר סיכויי ההישרדות שלהם תלויים לעיתים בפינוי.

### 3. שיקולים פסיכולוגיים:

א. מפקדים, חבריו ובני משפחתו של הפצוע מצפים מהצוות המטפל להעניק לו כל סיכוי אפשרי ולו הקלוש ביותר (גם כאשר הספרות אינה תומכת במאמצים אלו).

ב. הימנעות מטיפול הינה החלטה סופית ולא בת תיקון, אשר תוצאותיה בלתי הפיכות. החלטה כזו כרוכה בקושי רגשי רב למטפל, בייחוד במצבים בהם הוא חלק מהיחידה או בעל היכרות אישית עם הפצוע. קושי זה מקשה על המטפל לסיים את ניסיונות ההחייאה.



יודגש כי ראוי לשקול את השקעת המשאבים והסיכון הכרוכים בטיפול ובפינוי החלל לאור הנסיבות המבצעיות. במידה ונקבע מוות, הרי שדחיפות הפינוי יורדת, ואין צורך לסכן צוותים מטפלים לצורך ביצועו, הגם שברור כי ייעשה מאמץ רב כדי להשלימו.

### סקירת הנחיות מאיגודים מקצועיים בעולם

בשנת 2003 ובהמשך ב 2012 פרסמו ה National Association of EMS Physicians וה- American college of surgeons (ACS) קווים מנחים לגבי הימנעות או הפסקה של מאמצי החייאה בשטח (1).

על פי הנחיות ה ACS קיימים מספר מתארים בהם יש מקום להפסקת מאמצי החייאה:

1. בכל מקרה של פציעה שאינה מאפשרת חיים אובדן צלם אנוש.
2. בכל מקרה בו קיימת עדות למעבר זמן ממושך מרגע החבלה ועד הגעת הצוות המטפל קשיון מוות (Rigor Mortis) רקבון או הצטברות נוזלים במקומות נמוכים בגוף וכו'.
3. בכל מקרה של חבלה קהה בפצוע ללא דופק, ללא נשימה ולא עדות לפעילות חשמלית סדורה במוניטור או PEA איטי מ-40 לדקה (13).
4. בכל מקרה של חבלה חודרת בפצוע ללא דופק, ללא נשימה, ללא עדות לפעילות חשמלית סדורה במוניטור או PEA איטי מ-40 לדקה וללא עדות לתגובה נוירולוגית (תגובת אישונים, הנעת איברים ספונטאנית).
5. בכל מקרה בו מאמצי החייאה אינם מפיקים דופק ספונטאני במשך יותר מ15 דקות.

בשנת 2011 פורסמה עבודה שמטרתה לתקף את הקריטריונים להימנעות או הפסקה של מאמצי החייאה בשטח. עבודה זו כללה 294 נפגעים שטופלו ופנו לבית החולים למרות שעמדו בקריטריונים הנ"ל ועל פי הנחיות ה ACS לא היו אמורים לעבור החייאה. מתוך 294 הנפגעים, 93.2% נקבע מוות בחדר המיון. מכלל הנפגעים שרד 1 (0.3%) עד לשחרור מבית החולים. נפגע זה שוחרר למוסד שיקומי עם FGCS 6 (מצב שווה ערך לצמת). (2)



## שימוש במוניטור

לא קיימת בספרות התייחסות לשאלת החובה בשימוש במוניטור על מנת לקבוע מוות בפצועים. עם זאת במרבית העבודות ( אשר מתבצעות במתארים עירוניים ע"י צוותי אמבולנסים) מתבצע שימוש במוניטור כחלק מתהליך קבלת ההחלטות. יתרונו העיקרי בהיותו מדד אובייקטיבי שאינו תלוי בהערכת הבודק ( בשונה מאישונים/ תחושת דופק או תנועות)

ישנם שני מצבים בהם קצב הלב המופיע במוניטור יכול לתמוך בהחלטה להפסקת החייאה:

1. אסיסטולה היעדר פעילות חשמלית. נמצא כגורם מנבא שלילי להצלחה ברסוסיטציה עם אחוזי הצלחה שנעים בין אפס ( מרבית העבודות) ועד 1.8%.

2. PEA עם קצב מתחת ל40 לדקה.

מחקר משנת 2004, על 497 פצועים עם פציעה חודרת, הראה שאף אחד מהפצועים עם אסיסטולה או עם PEA עם דופק נמוך מ-40 לדקה **לא שרד** (9). לציין כי קצב לב גבוה מ 40 נמצא כגורם מנבא חיים (OR = 6.7). (8)

## שיעורי התמותה בספרות

מאז פרסום הקריטריונים הנייל העוסקים בקבלת ההחלטה שלא להתחיל או להפסיק מאמצי החייאה פורסמו מספר עבודות העוסקות בשיעורי ההצלחה של ביצוע החייאה בנפגעי טראומה במתאר אזרחי עירוני אשר בהערכה ראשונית נמצאים ללא נשימה או דופק. אחוזי ההישרדות של פצועים במקרים אלו נעה בין 0% ל-10% (4-8). כשמדובר במתאר צבאי, הנתונים ככל הנראה דומים. בעבודה שכללה 52 נפגעי טראומה במתאר צבאי שפנו לטיפול בבית חולים צבאי שרדו 4 מטופלים (8%). בכל 4 השורדים אובדן סימני חיים התרחש במהלך הפינוי. (3)

## מנגנון הפציעה

יש לציין כי למרות שקיימות מספר עבודות המצביעות על קשר בין מנגנון הפציעה בפצועים הנזקקים להחייאה (חודרת לעומת קהה) לבין שיעורי השרידות, קשר זה אינו חוזר על עצמו באופן מובהק. במטה-אנליזה שכללה 6,634 מטופלים, נמצאו שיעורי תמותה דומים בין מטופלים לאחר חבלה חודרת (96.4%) וחבלה קהה (96.7%). (4). ממצא זה חוזר על עצמו במספר עבודות נוספות (5). מאידך, בתוך בית החולים, מנגנון החבלה ( חודרת/ קהה) מהווה שיקול משמעותי בביצוע מאמצי החייאה ( לרבות פתיחת חזה כירורגית- Resuscitative Thoracotomy ) כאשר מרבית ההנחיות אינן ממליצות על ביצוע מאמצי החייאה במקרים היעדר סימני חיים ע"ר חבלה קהה (15).



## תגובת אישונים

בדיקת אישונים מהווה אחד הקריטריונים לקביעת מוות בכלל הפצועים ממצא של אישונים מורחבים ולא מגיבים מהווה מדד רגיש ומוכח להיפוקסיה מוחית ממושכת ובלתי הפיכה.

קיימות מספר עבודות העוסקות בתגובת אישונים כגורם פרוגנוסטי בפצועים. בעבודות אלו נמצא כי בפצועים שאינם מגיבים בבדיקתם בשטח (GCS=3) אישונים מורחבים ללא תגובה לאור מנבאים שיעור תמותה של 100% (10,11,12).

## היפותרמיה

היפותרמיה שנגרמה מתנאי סביבה ( ולא מטראומה) עלולה להיות מלווה בברדיקרדיה עד דום לב, היפוטנטילציה עד אפנאה וירידה במצב ההכרה. יתרה מכך היפותרמיה מגינה על איברים חיוניים בזמן איסכמיה. לכן, לא מקובל להפסיק מאמצי החייאה בנפגע היפותרמי שלא על רקע טראומה Not Dead until Warm Dead .

לעומת זאת, בטראומה אין קורלציה בין הצלחת החייאה לבין היות הפצוע בהיפותרמיה ( אשר לרוב משנית למנגנוני המוות). לכן כאשר הפציעה ( טראומה) היא מנגנון הנזק המרכזי אין צורך במדידת חום להחלטה על הפסקת מאמצי החייאה.



### ביבליוגרפיה ומקורות:

1. Hopson LR, Hirsch E, Delgado J et al. Guidelines for withholding or termination of resuscitation in prehospital traumatic cardiopulmonary arrest. *J Am Coll Surg.* 2003; 196:475-481.
2. Mollberg NM, Wise SR, Berman K et al. The consequences of noncompliance with guidelines for withholding or terminating resuscitation in traumatic cardiac arrest patients. *J Trauma* 2011, 71:997-1002
3. Tarmey NT, Claire LP, Oliver JB et al. Outcomes following military traumatic cardiorespiratory arrest: A prospective observational study. *Resuscitation* 2011, 82: 1194-1197
4. Zwingmann J, Mehlhorn AT, Hammer T et al. Survival and neurologic outcome after traumatic out-of-hospital cardiopulmonary arrest in a pediatric and adult population: a systematic review. *Critical Care* 2012, 16: R117
5. Deasy C, Bray J, Smith K et al. Traumatic out-of-hospital cardiac arrest in Melbourne, Australia. *Resuscitation* 2012, 83:465-470
6. Grasner JT, Wnent J, Seewald S et al. Cardiopulmonary resuscitation traumatic cardiac arrest there are survivors. An analysis of two national emergency registries. *Critical Care* 2011, 15: R276.
7. Willis CD, Cameron PA, Bernard SA et al. Cardiopulmonary resuscitation after traumatic cardiac arrest is not always futile. *Injury* 2006, 37: 448-454
8. Pickens JJ, Copass MK, Bulger EM, Trauma patients receiving CPR: Predictors of survival. *J Trauma* 2005, 58: 951-958
9. Moriwaki Y, Sugiyama M, Yamamoto T et al, Outcomes from prehospital cardiac arrest in blunt trauma patients. *World J Surg* 2011, 35: 34-42.



10. Chaudhuri K, Malham GM, Rosenfeld JV , Survival of trauma patients with coma and bilateral fixed dilated pupils. *Injury* 2009, 40(1): 28-32.
11. Tien HC, Cunha JR, Wu SN et al. Do Trauma Patients with a Glasgow Coma Scale Score of 3 and Bilateral Fixed and Dilated Pupils Have any Chance of Survival? *J Trauma* 2006, 60: 274-278
12. Lieberman JD, Pasquale MD, Garcia R, Use of Admission Glasgow Coma Score, Pupil Size, and Pupil Reactivity to Determine Outcome for Trauma Patients. *J Trauma* 2003, 55: 437-443
13. Michael G Millin<sup>1</sup>, Samuel M Galvagno,, Alisa Malki, Eileen M Bulger.  
Withholding and Termination of Resuscitation of Adult Cardiopulmonary Arrest Secondary to Trauma: Resource Document to The Joint NAEMSP-ACSCOT Position Statements
14. Battistella FD, Nugent W, Owings JT, Anderson JT. Field Triage of The Pulseless Trauma Patient. *Arch Surg* 1999, 134: 742-745.
15. ATLS Manual, Tenth Edition, 2018.



**הודעת פטירה מוגבל**  
 שם המתקן הרפואי המוציא את ההודעה (חוראת קרפ"ר 1801.123)

א. פרטי המקרה	
1. מספר ת.מ.	2. תאור המקרה
3. תאריך	4. שעה
5. מקום ושם הפעולה	6. מקום הפטירה
7. חול. 8. יחידה:	

ישלח לשלישות הראשית יחד עם גופת המתועב  
 עכור משרד הבריאות

ב. פרטים אישיים

1. מספר אישי	2. דרגה	3. שם משפחה	4. שם פרטי	5. מין	6. גיל	7. דת
--------------	---------	-------------	------------	--------	--------	-------

יכולה ע"י השלישות הראשית

ג. אבחנות

א.	1. מניעת או מחלה שנרמו לפטירה במשך 1 ימיו וזמן לטיפול הפטירה כגון: פסי הלב, חולשה וכו'. אלא לפגיעה, מחקק או סיבוך שנרמו לפטירה.
ב.	2. פגיעות או מחלות קודמות: (פגיעות או מחלות - אם ישנן - שנרמו לפגיעה, למחלה ולסיבוך שצוינו ב-א) בנין את הסיבה היסודית ב-ג.
ג.	3. מסבות אחרות שהייתה להן השפעה על הפטירה, אולם ללא קשר לפגיעות, למחלות ולסיבוכים הנ"ל שנרמו לפטירה.
4.	4. טיפולני בנפטר מיום: 5. ראיתי את הנפטר לאחרונה חי: שעה.
6.	6. נפטר ביום: שעה. 7. ראיתי את הגופה ביום: בשעה.
8.	8. הערות:

מס' תעודת זיווי

שם האב

תאריך לידה

ארץ לידה

תאריך עליה

נתינות:

ר נ א ג

שם האשה:

פרטי הילדים

שם שעת לידה

כתובת אורחית

שאר כשרו הקרוב ביותר

שם

כתובת

יחס קרבה

מקצוע אורחי

תאריך: חתימת קבין הרפואה / חתימת מפקד מתקן רפואי

(מס' אישי) (דרגה) (שם) / (מס' אישי) (דרגה) (שם)

ד. ניתוח הגופה

תוצאות

מתקן רפואי: תאריך: חתימת המנתח

ה. לשימוש משרד הביטחון

1.	2.	3.
----	----	----

מקום הפטירה/הקבורה

\* במקרה של מות עקב מחלה יש לרשום את תאריך התחלת המחלה  
 \* במקרה של מות עקב פגיעה יש לרשום את תאריך ושעת הפגיעה

טמן X במשכנת המתאימה