

קורס לשאיבת דם ורידי (פלבתומיה)

מטרת הקורס:

הכשרה והסמכה לביצוע שאיבת דם ורידי במרפאות קהילתיות בבתי חולים ובבית המטופל.

הקורס כולל:

לימודים עיוניים - 48 שעות

תרגול מעשי - 100 דגימות דם (לקיחת דגימות דם ורידי ממטופלים)

אוכלוסיית יעד: מזכירות, עובדי ביה"ח, שרות לאומי ובוגרי 12 שנות לימוד.

פריסת הקורס העיוני:

תאריך פתיחה – 30.9.21 (מותנה במספר הנרשמים)

הקורס יתקיים במשך שישה מפגשים בין השעות 8-15 .

שני מפגשים ראשונים יתקיימו בלמידה מרחוק 30.9.2021+3.10.2021

וארבעה מפגשים עם תרגולים יתקיימו בבית הספר 4.10.2021-7.10.2021

התנסות קלינית:

באחריות המשתלם למצוא שדה מתאים להתנסות קלינית

עלות הקורס:

דמי הרשמה – 100 ₪ (לא יוחזרו במקרה של ביטול מצד הנרשם)

שכר הלימוד – 1,800 ₪ (למועמדים מחוץ לביה"ח)

1,550 ₪ (למועמדים מביה"ח)

בתום הקורס:

המשתלם ישלם וייגש לבחינת הסמכה ממשלתית.

המועמד נדרש להצגת המסמכים הבאים:

1. שאלון לפרטים אישיים
2. טופס הרשמה לקורס בשאיבת דם ורידי – למלא את כל הפרטים כולל תאריך וחתימה(נספח ב')
3. אישור רפואי למועמד לקורס לשאיבת דם ורידי- אישור בריאות מרופא משפחה וחתימה של הרופא על הטופס כולל חותמת או חתימה דיגיטלית (נספח ג' 1)
4. אישור רפואי על קבלת חיסונים לשאיבת דם ורידי (נספח ג' 2)
5. טופס הצהרה על העדר רישום פלילי (נספח ד')
6. צילום ת.ז. יש לבדוק שהצילום ברור וצבעוני
7. צילום תעודת גמר על 12 שנות לימוד או צילום תעודת בגרות
8. תו ירוק

*מותנה בקבלת אישור ממשרד הבריאות

לפרטים נוספים והרשמה ניתן להתקשר לביה"ס לסייעוד שמיר (אסף הרופא)

בטל': 08-9779471/2 לגב' שירה רחל

ניתן לשלוח את הטפסים לכתובת מייל: rachelr@shamir.gov.il

הרישום נסגר בתאריך 26.8.21

הקדימו את הרשמתכם!

שאלון למועמדות לקורס שאיבת דם ווריד

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ ת.ז: _____

כתובת: _____ טל' בבית: _____

טל' נייד: _____ טל' אחר: _____

e-mail: _____

תאריך לידה: _____ ארץ לידה: _____ תאריך עליה: _____

מצב משפחתי: 1. רווקה 2. נשוי/נשואה 3. גרושה 4. אחר

עיסוק האב: _____ עיסוק האם: _____

השכלת האב: _____ השכלת האם: _____

משך השירות: _____ שם יחידת השירות: _____

קיבלתי פטור מהשירות הצבאי מסיבות: 1. דת 2. בריאות 3. אחר _____

1. תעודת זהות (צילום)

2. תעודת גמר על 12 שנות לימוד _____ + צילום (עם חתימה נאמן למקור)

3. תעודה המאושרת ע"י משרד החינוך _____ + צילום (עם חתימה על נאמן למקור)

בוגרי לימודים בחו"ל יציגו אישור ממשרד החינוך על סיום השכלה תיכונית (עם חתימה נאמן למקור)

באילו שפות הנך שולטת? סמך X בעמודה המתאימה:

השפה	דיבור	קריאה	כתיבה
עברית			
אנגלית			
ערבית			
אחר (פרטי)			

תולדות חיים: אנא רשומי בקצרה ובעברית את מהלך חיך עד כה ותוכניותך לעתיד:





8

נספח ב

טופס הרשמה לקורס בשאיבת דם ורידי והחייאה עמוד 1

<u>טופס הרשמה לקורס בשאיבת דם ורידי והחייאה</u>			
<u>להלן פרטי האישיים:</u>			
שם משפחה	שם פרטי	מספר ת.ז.	תאריך לידה
כתובת מדויקת למשלוח דואר	דוא"ל	טלפון נייד	
מקום עבודה	כתובת מקום עבודה	טלפון נוסף	
השכלה	תעודת הסמכה		

**הנני מצהיר/ה בזה כי הבנתי בעברית מספיקה
להשתתפות בקורס שיינתן בעברית!!!**

תאריך _____ חתימה _____

הנאים הבלה לקורס להוצאת דם ורידי

ניילוי טופס הרשמה זה, והעברתו בצירוף כל המסמכים המבוקשים למוסד המבצע הכשרה במועד (בכתובת הרשומה מטה).

- אזרחי ישראל או תושבי ישראל שגילם למעלה מ- 18 שנה - צילום ת.ז. כולל נספח
- העתק מסמך המעיד על **לפחות 12 שנות לימוד** במוסד לימודים מוכר במדינת ישראל, או תעודה שקילה אחת מטעם משרד החינוך למי שלא סיים לימודי בארץ
- הצהרה חתומה ע"י רופא על מצב בריאות המועמד שלא תמונע ממנו לעבוד בשאיבת דם ורידי
- אישור בכתב על קבלת **חיסון נגד דלקת כבד נגיפית מסוג B** (לפחות 2 חיסונים, לתלופין הצגת תעודת בדיחה טוענת על כויל נוגדנים מחסן).
- אישור ותוצאות בכתב על ביצוע **בדיקת טוברקולין (תבחין "מנטון")**
- הצהרה חתומה על העדר **רישום פלילי**.
- תשלום **כנדרש על ידי המסגרת המכשירה** _____



10

נספח ג

אישור רפואי למועמד לקורס לשאיבת דם וורידים

לכבוד:
המחלקה למעבדות
משרד הבריאות, ירושלים
תי"ד 34410
ירושלים 91342

הנדון:

שם פרטי ומשפחה

ת.ז.

הריני מאשר שאין מניעה מבחינה רפואית שהני"ל יוכל להשתתף בקורס לשאיבת דם וורידים ו/או לעסוק בעיסוק קבוע בשאיבת דם וורידים לנבדקים מגיל 14 ומעלה.

בכירה

שם הרופא:

תאריך:

חותמת רופא עם שם ומספר רישיון

(חותמת הרופא)



11

נספח ג2

אישור רפואי למועמד לקורס לשאיבת דם וורידים

לכבוד:
המחלקה למעבדות
משרד הבריאות, ירושלים
ת"ד 34410
ירושלים 91342

הנדון:

ת.ז.

שם פרטי ומשפחה

1. הנני מאשר שהנייל קיבל 3 / 2 חיסונים (סמך בעיגול) נגד צהבת נגיפית B.
2. הנני מאשר שהנייל הינו בעל כניל נוגדנים מחסן נגד צהבת נגיפית B.
תוצאות המעבדה רצ"ב להלן.
3. הנני מאשר כי הנייל ביצע בדיקת טוברקולין (תבחין "מנטו").

בברכה

שם הרופא: _____ תאריך: _____

חתימה רופא עם שם ומספר רישוי

_____ (חתימת הרופא)



Ministry of Health
Public Health Services
Department of Laboratories, Jerusalem

מדינת ישראל
STATE OF ISRAEL



12

נספח ד

מישרד הבריאות
שירותי בריאות הציבור
המחלקה לטענדות, ירושלים

**טופס הצהרה של מועמד לקורס לשאיבת דם וורידים על העדר
רישום פלילי**

אני החתום מטה :

שם _____ משפחה: _____ ת.ז.: _____

כתובת: _____ טלפון נייד: _____

מצהיר בזאת שאין לי רישום פלילי במשטרה, ולא עסקתי בפלילים.

תאריך _____

חתימה: _____



המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא) 7033001, טל': 08-9779470\1\2 פקס: 08-9542449
e-mail: nurseschool@shamir.gov.il אתר ביה"ס: www.asafschoo.co.il



תחוק-ליסכת מנהלת