

# 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 – 8.12.21

הקורס יתקיים במשך שישה מפגשים בין השעות 8-15.

בתאריכים: 8.12.21, 9.12.21, 12.12.21, 13.12.21, 15.12.21, 16.12.21

## 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+ספח יש לבדוק שהצילום ברור וצבעוני
7. צילום תעודת גמר על 12 שנות לימוד או צילום תעודת בגרות
8. תו ירוק בתוקף

\*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](mailto:rachelr@shamir.gov.il)

**הרישום נסגר בתאריך 8.11.21**

**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 (פרטוי)			

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

---



---



---



---



המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא) 7033001, טל': 02\9779470\08 פקס: 08-9542449  
 אתר ביד"ס: [www.asafschool.co.il](http://www.asafschool.co.il) e-mail: [nurseschool@shamir.gov.il](mailto:nurseschool@shamir.gov.il)



ותחסי-ליכוס מברית



**טופס הרשמה לקורס בשאיבת דם ורידי לנבדקים מגיל 14 ומעלה**  
**קורס בביה"ס לסיעוד במ"ר שמיר (אסה"ר)**

להלן פרטי האישיים:

שם משפחה	שם פרטי	מספר ת.ז.	תאריך לידה
כתובת מדויקת למשלוח דואר	טלפון נייד	דוא"ל	כתובת מקום עבודה
טלפון נוסף	חתימה	תאריך	

**הנני מצהיר/ה בזה כי הבנתי בעברית מספיקה להשתתפות בקורס שיינתן בעברית (לרבות בחינה עיונית בעברית)!!!**

חתימה

תאריך



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.

בברכה

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 (סמן בעיגול) נגד צהבת נגיפית B.
  2. הנני מאשר שהנייל הינו בעל כויל נוגדנים מחסן נגד צהבת נגיפית B.
- תוצאות המעבדה רצ"ב להלן.

בברכה

האריך:

שם הרופא:

חתימה רופא עם שם ומספר הישיבה

(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  
אתר ביה"ס: [www.asafschoo.co.il](http://www.asafschoo.co.il) e-mail: [nurseschool@shamir.gov.il](mailto:nurseschool@shamir.gov.il)



תחוק-ליסכת מנהלת