

תאריך _____

בקשה לרישום לקורס על בסיסי – הדרכה קלינית

שם משפחה _____ שם פרטי _____ (כפי שרשום בתעודת זהות)

שם בלועזית (אותיות דפוס): שם משפחה _____ שם פרטי _____

מספר תעודת זהות _____ נתינות _____ דת _____

כתובת: _____

עיר _____ רחוב/שכונה _____ מס' הבית _____ מיקוד _____

טל' בבית _____ טל' נייד _____ טל' אחר _____

E-mail: _____

תאריך לידה _____ ארץ לידה _____ שנת עליה _____

מצב משפחתי: רווק/ה נשוי/אה גרוש/ה אלמן/ה

שנות לידה של הילדים: 19____ 19____ 19____ 19____ 19____ 19____

שרות בצבא: עתודאי/ת שרות פעיל פטור שירות לאומי אחר _____

מקום עבודה נוכחי: שם המוסד _____ מחלקה _____ תפקיד _____

טל' בעבודה: _____

מהיכן שמעת על ביה"ס: 1. חבר 2. אינטרנט 3. עיתונות 4. אחר _____

פרטים על בני המשפחה:

שם	ארץ לידה	מספר שנות השכלה	עיסוק
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

אב:

אם:

בן/בת זוג:

השכלה:

סוג התעודה	תאריך סיום הלימודים	מקום ביה"ס ארץ ועיר	שם ביה"ס	ביה"ס
				תיכון
				מקצועי
				אוניברסיטה
				השתלמויות אחרות

שפות:

אחרת	צרפתית	אנגלית	עברית	
				מדבר/ת
				קורא/ת
				כותב/ת

מקומות עבודה מיום גמר ביה"ס לסיעוד/מגמת סיעוד

המקום	התפקיד	היקף משרה	מיום	עד יום

האם את/ה עובד/ת משרה מלאה או חלקית (כמה?) _____

המגיעים לבקשתך להשתתף בקורס: _____

האם מצב בריאותך תקין? אם לא – פרט/י (להתייחס גם לכאבי גב, דליות ברגליים ושמיעה): _____

הערות: _____

תאריך: _____ חתימת המועמד/ת: _____

כתב התחייבות והצהרה על שמירת סודיות
ביה"ס האקדמי לסיעוד אסף הרופא

אני הח"מ _____, ת.ז. _____, מתחייב/ת בזאת לשמור בסודיות מוחלטת על כל מידע ו/או ידע ו/או סוד מקצועי שיגיעו אלי במהלך לימודיי בביה"ס האקדמי לסיעוד "אסף הרופא".

הנני מתחייב/ת בזה שלא להשתמש בידע ו/או במידע שיגיעו אלי כאמור בכל צורה ואופן שלא במסגרת תפקידי ו/או לגלותם ו/או להעבירם לאחר, כולם או מקצתם במישרין ו/או בעקיפין.

התחייבותי האמורה תחול עלי גם לאחר שאסיים את לימודיי בביה"ס.

חתימה

תאריך

לכבוד
הנהלת ביה"ס לסיעוד
"אסף הרופא"

הצהרת בריאות

אני _____ ת.ז. מס' _____

החתום/ה מטה, מצהיר/ה בזה, כי אני לא סובל/ת ממחלה "מסכנת".*

*הסבר בדבר מחלה "מסכנת":

מחלה מסכנת לפי תקנון בריאות העם (צוות סיעודי במרפאות) התשמ"א - 1981 אחד מן המצבים המפורשים כדלקמן:

1. מחלת נפש: לא סובל/ת ולא סבלתי מעולם ממחלת נפש העלולה לסכן את בריאות הציבור שבטיפול.
2. מחלה העשויה לסכן בריאות בני-אדם שבטיפולו של מורשה לעסוק בסיעוד.
3. מחלה או כושר לקוי, העשוי לשלול מהמועמד את היכולת לעסוק בסיעוד לפי העניין, לחלוטין, זמני או באופן חלקי (לרבות ליקוי ראייה ושמיעה ונשאות של מחלות).

הערות: _____

אני מצהיר/ה בזאת כי הפרטים שמאלתי בשאלון זה הם נכונים, מלאים ומדויקים. ברור לי כי כל אי דיוק במסירתם עלול להביא להפסקת לימודי, ללא כל טענות ותביעות מצדי ואף עלולות לשלול ממני את היכולת לעסוק בסיעוד לחלוטין, זמנית או חלקית.

תאריך _____ שם מלא _____ חתימה _____

דיווח על בעיית בריאות / מגבלה פיזית

הנני מצהיר/ה בזאת שהובא לידיעתי:

1. שבאחריותי האישית לדווח למרכזת לימודים קליניים ולמדריכה הקלינית על כל בעיית בריאות ו/או מגבלה פיזית (לרבות נשאות של מחלות ו/או ליקויי ראייה וכיוצ"ב)
2. שידוע לי שביה"ס יידע את המדריכה הקלינית על בעיית בריאות קיימת או שהתפתחה במהלך הלימודים.

שם הסטודנט _____ ת.ז. _____
חתימה _____ תאריך _____

לכבוד
מנהלת הסיעוד

שלום רב,

הנדון: תשלומי ביטוח לאומי – משתלמים בקורסים על בסיסיים

עפ"י הנחיית מנהל הסיעוד משנת 1999, על ביה"ס לסיעוד לדווח לביטוח לאומי על לומדים העובדים בסיעוד **שלא** נשלחו מטעם מוסדם (נרשמו עצמאית) לצורך תשלום ענף נפגעי עבודה וענף אמהות.

במידה והלומדת נשלחה מטעם מוסדכם, נודה על חתימתך בטופס המצ"ב.

בברכה
ד"ר אפרת דנינו
מנהלת ביה"ס

לכבוד
הנהלת ביה"ס האקדמי לסיעוד
מרכז רפואי אסף הרופא

הנדון: הצהרת מנהלת הסיעוד בדבר שליחת אחות להשתלמות מוכרת מטעם המוסד

אני _____ מנהלת הסיעוד ב- _____
שם

מצהירה כי המועמדת _____ נשלחת מטעם המוסד לקורס על בסיסי בתחום _____
שהחל בתאריך _____ וכי השתתפותה בקורס חיונית למוסד.

_____ חתימה+חותמת מנהלת הסיעוד

_____ תאריך

(ט. הצהרת מנהלת הסיעוד שליחה להשתלמות מטעם המוסד)

תאריך _____

לכבוד
מנהל/ת שרותי סיעוד

א, ג, נ.

הנדון: אישור על ניסיון קליני למועמד/ת לקורס הדרכה קלינית

על פי הנחיות מינהל הסיעוד במשרד הבריאות, כחלק מדרישות קדם לקורס, המועמד/ת חייב/ת בניסיון קליני של שנה לפחות כאח/ות מוסמכ/ת.

נא אישורך על-כך בכתב.

קבלה לקורס מותנית בחתימתך על הנספח ושליחתו אלינו בהקדם.

בכבוד רב

ד"ר אפרת דנינו
מנהלת ביה"ס

אל: ביה"ס האקדמי לסיעוד "אסף הרופא"

תאריך _____

הנדון: אישור על ניסיון קליני למועמד/ת לקורס הדרכה קלינית

הריני מאשר/ת שגב/מר _____ ת.ז. מס' _____

המועמד/ת יסיים/תסיים את שנת הניסיון בתאריך _____

המועמד/ת סיים/ה שנת ניסיון בתחום כאח/ות מוסמך/ת.

חתימה + חותמת

שם המוסד

שם מנהל/ת הסיעוד



נספחים

נספח מספר 1

נספח לטופס הרשמה לקורס הדרכה קלינית

חלק א' – למילוי ע"י המועמד/ת

שם _____ ת"ז _____ תאריך לידה _____
שנת סיום ב"ס לסיעוד _____ שם ביה"ס לסיעוד _____
סוג התכנית: אקדמית \ דיפלומה \ הסבת אקדמאים תואר _____ בוגר השתלמות מוכרת בסיעוד כן/לא
אם כן, תחום ההשתלמות _____ שנת סיום ההשתלמות _____
ניסיון מקצועי בסיעוד (מספר שנים) _____ תחומים בהם עבד _____
_____ ניסיון בהדרכה _____
_____ השתתפות בקידום תהליכים מחלקתיים וחוצי ארגון (מחקרים, פרויקטים) _____
_____ קידום ידע מקצועי (השתתפות בכנסים, השתלמויות, לימודים) _____
_____ שאיפות ותכניות לעתיד _____

חלק ב' – למילוי ע"י אחות אחראית המחלקה:

מוסד _____ מחלקה/מרפאה _____
שם המועמד _____ ת"ז _____
תאריך תחילת העבודה במוסד _____ תחילת העבודה במחלקה _____

מאפייני המועמד



מידה בה התכונה מאפיינת את המועמד				מאפיינים
4 – במידה רבה מאוד	3 – במידה משמעותית	2 – במידה בינונית	1 – במידה מועטה	
				מוטיבציה
				נכונות להשקיע ולהתגייס לטובת העשייה במחלקה
				יכולות וורבאליות
				ידע קליני
				יכולת למידה
				יחסים בין אישיים עם העמיתים
				תקשורת עם המטופלים ומשפחותיהם
				סבלנות וסובלנות
				רגישות ואמפתיה

הערות _____

שם וותימת האחיות האחראית מחלקה _____ תאריך _____
חלק ג' – המלצת אחראית/ת ההדרכה בארגון:

_____ **חלק ד' - אישור מנהלת הסיעוד:**

שם וותימת מנהלת הסיעוד _____ תאריך _____

נוהלי הוראה ולימודים

לקויי למידה

תלמידים בעלי ליקויי למידה

1. תלמיד יוגדר כלקוי למידה ויהיה זכאי לנוהלי בחינה מיוחדים, אם הוא סובל מהפרעות הבאות:

- א. דיסלקציה, דיסגרפיה או הפרעות שפה אחרות
- ב. בעיות קשר וריכוז
- ג. בעיות קיבולת זיכרון עבודה
- ד. לקויי שמיעה וראייה או נכות

תלמידים הסובלים מבעיות כגון חרדת בחינות או בעיות רגשיות אחרות שאינן קוגניטיביות מעיקרן, לא יכללו בקטגוריה זו ויפנו לטיפול בשירותי הייעוץ.

2. התלמיד יפנה בכתב להנהלת ביה"ס ויצרף לפנייתו גיליון אבחון מנורולוג, נורופסיכולוג, מאבחן ליקויי למידה, פסיכולוג מומחה הרשום בפנקס הפסיכולוגים, פסיכיאטר או כל מוסמך ע"י משרד הבריאות לעסוק באבחון ליקויי למידה. מועד האבחון לא יעלה על עשר שנים. התלמיד יגיש את בקשתו בתוך החודש הראשון ללימודיו, ויקבל את תשובת הנהלת ביה"ס לא יאוחר מחודש לפני מועד הבחינות.

3. ביה"ס לא ימליץ על מוסדות אבחון אלה או אחרים.
ביה"ס שומר לעצמו את הזכות שלא לקבל את ההמלצות במכתב האבחון, כולו או מקצתן, או לדרוש מן התלמיד אבחון נוסף.

הצהרה על ליקויי למידה

המידע מבוקש לצורך סיוע למועמדים שיתקבלו ו**אני** מהווה שיקול לקבלה

1. קראתי את הנוהל בנושא (מצ"ב).

2. אני _____ ת.ז. מס' _____

החתום מטה, מצהיר בזה, כי הנני מוגדר כלקוי למידה / לא מוגדר כלקוי למידה (סמן בעיגול).

3. מצ"ב אבחון מאחד הגורמים הבאים (סמן ליד):

נוירולוג _____

נוירופסיכולוג _____

מאבחן לקויי למידה _____

פסיכולוג מומחה הרשום בפנקס הפסיכולוגים _____

פסיכיאטר _____

מוסמך אחר ע"י משרד הבריאות לעסוק באבחון לקויי למידה _____

אני מצהיר/ה בזאת כי הפרטים שמלאתי בשאלון זה הם נכונים, מלאים ומדויקים.

_____ חתימה

_____ שם ומשפחה

_____ תאריך

קבלת הסכמה לצילום בחזר סימולציה במסגרת לימודים/קורס

במסגרת הלימודים/קורסים בהם הינך משתתף/ת במסגרת ביה"ס האקדמי לסיעוד אסה"ר, יערכו תרגולים בחזרי הסימולציה. בחזרים אלו מותקנות מצלמות והתרגולים מצולמים לצורך משוב, למידה, הוראה ומחקר.

אני הח"מ _____ מס' ת.ז. _____, החומר המתועד הינו לצרכי מסכים/ה בזאת להשתתף בתרגיל המצולם במסגרת הלימודים/הקורסים. החומר המתועד הינו לצרכי ביה"ס לסיעוד בלבד.

הנני מאשר/ת לבית הספר לעשות שימוש בצילומים אלה לצרכי הוראה. מחקר ומשוב.

***יש להודיע למזכירות בית הספר בכתב על כל שינוי**

_____ חתימה

_____ תאריך

ב ב ר כ ה

הנהלת ביה"ס לסיעוד

קבלת הסכמה להשתתפות בצילומים

סטודנט יקר!

במסגרת הכנת חומרים שיווקיים (תמונות, סרטים) על ביה"ס שישמשו לצורך שיווק ביה"ס במדיה (עיתונות, כתובה ומשודרת, פייסבוק וכדומה) אנו מצלמים סיטואציות שונות המשקפות את חוויית הלימודים בביה"ס.

הינך מתבקש לחתום על הסכמה או אי הסכמה להשתתפות בצילומים אלה.

השימוש בצילומים יהיה אך ורק לצרכי פרסום ביה"ס לסיעוד "אסף-הרופא".

אני הח"מ: מאשר / לא מאשר להשתתף בצילומים אלה.

מס' ת.ז.	שם מלא
חתימה	תאריך

ב ב ר כ ה

הנהלת ביה"ס לסיעוד

הצהרה על העדר הרשעה על הטרדה מינית

לפי חוק למניעת העסקה של עברייני מין במוסד המכוון למתן שירות לקטינים התשס"ע – 2001
(http://www.nevo.co.il/law_html/Law01/247m1_001.htm)
ובכפוף להנחיות קצין הביטחון של משרד הבריאות, הנך נדרש מידי שנה להביא הצהרה בדבר העדר הרשעה על הטרדה
מינית ממשטרת ישראל/

אני _____, ת.ז. _____.

מצהיר בזאת, כי **לא** הוגשה נגדי תלונה על הטרדה מינית.

במידה והוגשה תלונה, נא פרט את סוג העבירה, נסיבותיה, מועד ביצועה והעונש שנפסק
מהמשטרה:
וצרף מסמך תואם

אני מוסר מידע זה מתוך ידיעה כי הוא ישמש רק לעניין לימודי סיעוד.

חתימת המועמד _____ תאריך _____

תאריך: _____

נוהל הצהרת העדר רישום פלילי –
מועמדים ללימודים בבתי ספר לסייעוד

מועמד ללימודי סיעוד וקורסים על בסיסיים בבתי ספר לסייעוד, שהכירה בהם האחות הראשית ארצית, או לחוג או למגמה אוניברסיטאית בסייעוד, יצהיר בעת ההרשמה בפני הנהלת ביה"ס, החוג או המגמה האוניברסיטאית, כדלקמן:

לענין הרישום הפלילי:

המועמד יצהיר כי ידוע לו:

1. שעפ"י תקנות בריאות העם (עוסקים בסייעוד בבתי החולים), התשמ"ט-1988, סעיף 5 (א):

"זכאי להיות רשום בפנקס אזרח או תושב ישראל בן 18 שנים או יותר, שהוכיח להנחת דעתה של האחות הראשית כי הוא בעל הכשרה מקצועית כאמורה בתקנות אלה וכי יש לו ידיעה בסיסית, לפחות, בעברית וכי לא הורשע בעבירה שדינה מאסר שיש בה, לדעת האחות הראשית, כדי למנוע עיסוק בסייעוד."

2. שעפ"י תקנות בריאות העם (צוות סיעוד במרפאות), התשמ"א-1981, סעיף 11:

"המנהל רשאי להורות שלא לרשום בפנקס אדם, אף אם נתמלאו התנאים המורים בתקנה 4, אם המבקש הורשע בעבירה שיש עמה קלון או שיש בה כדי להראות שהוא חסר האחריות הדרושה לעיסוק בסייעוד, וטרם חלפו עשר שנים אחרי שרצה את עונשו או אחרי שנסתיימה תקופת התנאי לפי סעיף 52(ב) לחוק העונשין, התשל"ז-1977, הכל לפי הענין ולפי המאוחר יותר, ובלבד שנתן הזדמנות למבקש לטעון טענותיו."

3. שעפ"י חוק המרשם הפלילי ותקנות השבים, תשמ"א-1981, סעיף 6:

"מסירת מידע לשם פעולה מי שהוסמך על פי חיקוק לתת, לחדש או לבטל רשיון, היתר, זכות עיסוק או זכות אחרת (להלן – זכות), ולשם כך הוא רשאי על פי אותו חיקוק להביא בחשבון את עברו הפלילי של מבקש הזכות, של בעל הזכות או של אדם אחר הנוגע בדבר, תמסור לו המשטרה מידע מן המרשם על כל אחד מאלה אם הוא הסכים לכך."

4. כל הרשעה פלילית תבדק גם לקראת הדיון ברישום המועמד/ת בפנקס,

או שדרוגו המקצועי.

למועמד/ת תינתן זכות שימוע לפני קבלת החלטה.

_____ חתימת המועמד

שם המועמד _____

נהלים-2 ש.ר.

רחיבן-טבאי 2, ירושלים 93591 ת"ד 1176, ירושלים 91010, טל: 02-6705852 פקס: 02-6787782
2, BEN TABAI ST. JERUSALEM 93591 P.O.B. 1176, JERUSALEM 91010, TEL: (02) 6705852, FAX: 972-2-6787782
internet: www.health.gov.il/nursing

מדינת ישראל
STATE OF ISRAEL

משרד הבריאות
MINISTRY OF HEALTH
ירושלים JERUSALEM

מינהל הסיעוד
NURSING DIVISION

נספח

תאריך: _____

הצהרת על העדר הרשעה בעבירה פלילית

יש להקיף בעיגול את התשובה.

1. אני _____, ת.ז. _____, _____
מצהיר/ה בזאת, כי הורשעתי /לא הורשעתי אי פעם במשפט פלילי בארץ או בחו"ל.
במידה והורשעתי, נא פרטי/י העבירה, נסיבותיה, מועד ביצועה והעונש שנפסק:

 2. אני מצהיר/ה, כי מידע זה נכון ומדוייק ובמידה ויוכח אחרת, עשוי הדבר להוות
עילה להפסקת לימודי, זאת לאחר שתנתן לי זכות לשימוע.
 3. בהתאם לחוק המרשם הפלילי ותקנות השבים, תשמ"א-1981, סעיף 6, אני הח"מ
מסכים/ה כי יועבר למשרד הבריאות מידע על הרשעות מסוג מהמרשם הפלילי
המתייחס אלי וכן אני מסכים/ה שיימסר מידע כאמור מרשויות הסמכה בארץ
ובחו"ל.
- אני מוסר/ת מידע זה מתוך ידיעה שיישמר בסוד וכי הוא ישמש רק לעניין לימודי סיעוד
ורישום בפנקס האחות או שדרוג מקצועי.

שם המועמד _____ חתימת המועמד _____
נהלים-3 ש"ר
רח' בן-טבאי 2, ירושלים 93591 ת"ד 1176, ירושלים 91010, טל: 02-6705852 פקס: 02-6787782
2, BEN TABAI ST. JERUSALEM 93591 P.O.B. 1176, JERUSALEM 91010, TEL: (02) 6705852, FAX: 972-2-6787782
internet: www.health.gov.il/nursing

הנחייה לקבלת חיסונים לסטודנטים לסיעוד

כללי:

תלמידי סיעוד חשופים להדבקה במחוללי מחלות מדבקות קשות. הם עלולים להדביק במחוללים אלו את מטופליהם. מסיבה זו המליץ משרד הבריאות כי הם יהיו מחוסנים נגד המחלות הקשות החשובות נגדן קיים חיסון בטוח ויעיל.

השיטה:

על פי נוהל משרד הבריאות מס' חוזר 7/11 ושאושר ע"י דר' איתמר גרוטו ראש שירותי בריאות הציבור, מומלץ לכל סטודנט בסיעוד להתחסן עפ"י הנוהל (מצ"ב קישור לנוהל - http://www.health.gov.il/hozer/mk07_2011.pdf)

עבור ביה"ס לסיעוד "תלמיד מחוסן" הינו תלמיד שהמציא אסמכתא לקבלת החיסונים חתום על ידי אחות אפידמיולוגית בלשכת הבריאות.

ביצוע והשלמת החיסונים הינו באחריות התלמיד. מיד עם ההודעה על קבלתו ללימודים על התלמיד לפנות ללשכת בריאות באזור מגוריו או ברמלה לתחילת ביצוע החיסונים ולקבלת האישורים המתאימים.

בפנייתו ללשכת הבריאות על התלמיד להצטייד במסמכים המעידים על קבלת חיסונים בעבר.

ביום הראשון ללימודים על התלמיד להגיש למזכירת ביה"ס את האישורים המתאימים. סטודנט שטרם השלים את הטיפול בקבלת החיסונים חייב לבצע זאת עד תום שנת הלימודים הראשונה.

לידיעתך, סטודנט שלא השלים את קבלת החיסונים ו/או לא הציג אישור חתום ע"י אחות אפידמיולוגית לא יוכל להתחיל בהתנסות קלינית.

ד"ר אפרת דנינו
מנהלת ביה"ס

שופס התחייבות לקבלת חיסונים

במטרה להבטיח את בריאותך במהלך הלימודים ובכפוף להנחיית משרד-הבריאות מתאריך 1.12.2008, הינך נדרש לבצע את החיסונים שנקבעו ע"י משרד-הבריאות.

קישור לניהול:

http://www.health.gov.il/Subjects/vaccines/Pages/health_students_vaccines.aspx -

סטודנט שלא ימציא אישר מלשכת הבריאות על קבלת החיסונים, עד סוף חודש יוני של שנת הלימודים הראשונה, לא ישתלב בהתנסות קלינית בשנה ב' ויועלה לדיון בוועדה למעמד התלמיד.

מס' ת.ז.

שם הסטודנט

תאריך

חתימת הסטודנט

מספרי הטלפונים של המרפאות לשחפת (מלש"חים) לתאום בצוע תבחיני טוברקולין.

מספר הטלפון	המלש"ח
08-6745465	מלש"ח אשקלון
08-6233710	מלש"ח באר שבע
04-6222389	מלש"ח חדרה
04-8137300	מלש"ח חיפה
02-5017555	מלש"ח ירושלים
04-9107523/4	מלש"ח נהריה
04-6028819	מלש"ח נצרת
08-9468617	מלש"ח רחובות
03-6291814	מלש"ח תל אביב

נספח 1

(סמליל המרפאה המחסנת)

תאריך _____

חלק א': החיסונים שקבל בעבר עובד מערכת הבריאות או תלמיד מקצועות הבריאות והבדיקות שבצע

שם _____ מס' ת"ז _____

המוסד: _____

שנת הלידה: _____ . עובדת או תלמידה: האם בהריון: כן/לא.

העיסוק: _____

(א) האם עובד מינהל: כן/לא

אם כן - האם עוסק בתפקיד הכרוך במגע עם מטופלים או הפרשותיהם: כן/לא

(ב) האם שייך למקצועות שלגביהם יש דרישת בצוע בדיקת Anti-HBs: כן/לא.

(ג) האם מבצע פפמ"ח: כן/לא.

החיסון	מנה 1	מנה 2	מנה 3	מנה 4	מנה 5	מנה 6
	תאריך	תאריך	תאריך	תאריך	תאריך	תאריך
*IPV/OPV						
* Td						
Tdap						
**MMR						
דלקת כבד B***						
אבעבועות רוח*						
חיסון אחר:						

* יש לסמן כוכבית במקום תאריך אם הרישום מבוסס על הצהרת העובד ולא על תיעוד.

** אפשר לרשום גם תאריך תוצאה מעבדתית המעידה על חסינות נגד שלוש המחלות.

*** יש לסמן כוכבית במקום תאריך אם העובד נולד אחרי 1.1.1992 והרישום מבוסס על הצהרת העובד ולא על תיעוד.

אם קיימת הורית נגד לקבל אחד מהחיסונים יש לרשום את שם החיסון והורית הנגד
כאן: _____

כייל נוגדני *Anti-HBs*: כייל נוגדנים של *mIU/ml* _____ מיום: _____
 הבדיקה לא בוצעה

לעובדי פפמ"ח ולתלמידי רפואת שיניים ושינניות:

נוגדני *anti-HBc*: חיובי/שלילי.

HBsAg: שלילי/חיובי

אם חיובי, העומס הנגיפי (*HBV-DNA*): _____ עותקים/מ"ל.

תבחין טוברקולין בשיטת מנטו:

תאריך הזרקה: _____ תאריך קריאה: _____ תוצאה _____ מ"מ.

תאריך הזרקה: _____ תאריך קריאה: _____ תוצאה _____ מ"מ

בוצע צילום חזה: כן / לא . אם כן, תוצאת צילום חזה: _____

אופציה: תוצאת בדיקת *IGRA* אם תבחין טוברקולין חיובי: חיובית/שלילית.

המלצות לטיפול מונע: לא/כן. אם כן: בוצע/לא בוצע.

שם עובד המרפאה שרשם את הפרטים של חיסוני העבר: _____

חתימה: _____

(סמליל המרפאה המחסנת)

חלק ב': תכנית החיסונים שעל עובד מערכת הבריאות או תלמיד מקצועות הבריאות לקבל

ורישום קבלתם

שם _____ מס' ת"ז _____

המוסד: _____

שנת הלידה: _____ . עובדת או תלמידה: האם בהריון: כן/לא.

העיסוק: _____

(א) האם עובד מינהל: כן/לא

אם כן - האם עוסק בתפקיד הכרוך במגע עם מטופלים או הפרשותיהם: כן/לא

(ב) האם שייך למקצועות שלגביהם יש דרישת בצוע בדיקת Anti-HBs: כן/לא.

(ג) האם מבצע פפמי"ח: כן/לא.

בצוע התכנית									תכנית החיסונים			
מנה 3			מנה 2			מנה 1			מנה 3	מנה 2	מנה 1	החיסון
שם	אצווה	תאריך	שם	אצווה	תאריך	שם	אצווה	תאריך	תאריך	תאריך	תאריך	
וחתימה			וחתימה			וחתימה						
												IPV
												Td
												Tdap
												MMR
												דלקת כבד B
												אבעבועות רוח
												אחר

כייל נוגדני Anti-HBs: יש לבצע: כן/לא.

אם כן, תוצאה: mIU/ml _____ מיום _____

לעובד פפמ"ח ותלמיד רפואת שיניים (אם אין עדות לחסינות נגד HBV):

נוגדני anti-HBc: חיובי/שלילי.

HBsAg: שלילי/חיובי. אם חיובי, העומס הנגיפי (HBV-DNA): _____ עותקים/מ"ל. הערות _____

שם עובד המרפאה שקבע את התכנית: _____

חתימה: _____

תבחין טוברקולין בשיטת מנטו

יש לבצע בדיקה שניה אם תוצאת הבדיקה הראשונה נמוכה מ- 10 מ"מ.

תאריך הזרקה ראשונה: _____ תאריך קריאה: _____ תוצאה _____ מ"מ.

הפניה לבדיקה שניה בתאריך: _____.

תאריך הזרקה שניה: _____ תאריך קריאה: _____ תוצאה _____ מ"מ.

בוצע צילום חזה: כן/לא. אם כן, תוצאת צילום חזה: _____

תוצאת בדיקת IGR4 אם תבחין טוברקולין חיובי: חיובית/שלילית.

המלצות לטיפול מונע: לא/כן. אם כן: בוצע/לא בוצע.

שם עובד המרפאה שבצע את התבחין: _____

חתימה: _____

(סמליל המרפאה המחסנת)

חלק ג': אישור על קבלת תכנית החיסונים של עובד מערכת הבריאות ותלמיד מקצועות הבריאות

אני מאשר/ת כי _____ מספר תעודת זהות _____

1. קיבל/ה את כל החיסונים הדרושים על פי נוהל חיסון עובדי מערכת הבריאות ותלמידי מקצועות הבריאות אשר עליו לקבל.
2. בצעה את הבדיקות בהקשר ל- HBV הנדרשות על פי עיסוק/ה.
3. בצעה תבחין טוברקולין (מנטו).

אישור זה הנו:

קבוע

זמני עד _____ . על מחלקת משאבי האנוש או הנהלת המוסד להכשרת עובדי הבריאות להפנותו למרפאה להשלמת החיסון לקראת התאריך הנ"ל.

שם עובד המרפאה: _____

חתימה: _____

תאריך: _____

נספח 2

(סמליל המרפאה המחסנת)

תאריך: _____

אל: המרפאה לחיסון עובדי מערכת הבריאות ותלמידי מקצועות הבריאות

הנדון: הצהרה על קבלת חיסונים ועל מחלה בעבר*

אני מצהיר/ה כי קיבלתי את כל החיסונים שניתנים בתחנות "טיפת חלב" ובבתי הספר או ביום הגיוס לצה"ל.

1. מנת חיסון אחרונה נגד דיפתריה וטטנוס קבלתי בשנת _____.
2. מנת חיסון אחרונה של חיסון נגד שיתוק ילדים קבלתי בשנת _____.
3. נולדתי בישראל אחרי 1.1.1992 וקבלתי 3 מנות חיסון נגד נגיף דלקת כבד B.
4. נולדתי בישראל אחרי 1.1.1992 וידוע לי שקבלתי את כל החיסונים שניתנים בטיפת חלב.
5. אני מצהיר/ה שחליתי באבעבועות רוח או בשלבקת חוגרת (הרפס זוסטר).

*סמן את ההצהרה המתאימה

שם המצהיר/ה: _____

מספר ת.ז: _____

חתימה: _____

נספח 3

(סמליל מרפאת החיסונים)

דף מידע על החיסונים ותבחין טוברקולין לעובדי מערכת הבריאות

יסטודנטים למקצועות הבריאות

עובדי מערכת הבריאות ותלמידי מקצועות הבריאות עלולים להדבק עקב עיסוקם במחוללי מחלות מדבקות קשות. הם גם עלולים להדביק במחוללים אלו את מטופליהם ואת בני ביתם. לכן קובע משרד הבריאות, כי עליהם להיות מחוסנים נגד המחלות הקשות החשובות אשר נגדן קיים חיסון בטוח ויעיל בהתאם לעיסוקם.

רוב מקבלי החיסונים אינם סובלים מתופעות לוואי אחרי קבלתם. תופעות הלוואי העיקריות הן קלות וחולפות תוך יום-יומיים: רגישות וחום במקום ההזרקה, עלית חום, עייפות, כאבי ראש, סחרחורת, ירידה בתאבון, בחילה ותפירת. תגובה אלרגית מידית היא נדירה ביותר. אחרי קבלת החיסונים החיים המוחלשים (MMR) ואבעבועות רוח)תתכן גם פריחה קלה 5-12 ימים אחרי קבלת החיסון.

אין לחסן בחיסון מסוים את מי שהגיב בתגובה חמורה למנה קודמת של אותו חיסון או לאחד ממרכיביו. אין לחסן בחיסון חי מוחלש נשים הרות ואנשים עם דיכוי במערכת החיסון.

אחרי קבלת חיסון או ביצוע תבחין מנטו יש להמתין בישיבה 15 דקות בחדר ההמתנה.

1. חיסון נגד דלקת כבד נגיפית B

דלקת כבד B (Hepatitis B) היא זיהום נגיפי חמור הפוגע בכבד. לאחר ההדבקה הנגיף עלול לגרום לצהבת, חוסר תיאבון, כאבי בטן, הקאה, שלשול ותשישות למשך מספר שבועות וחודשים. יתכן זיהום כרוני (נשאות) הגורם לדלקת ממושכת בכבד. שליש מהנשאים יסבלו משחמת הכבד וסרטן הכבד.

הנגיף עובר בעיקר דרך חשיפה לדם ולנוזלי גוף אחרים כולל באמצעות עצמים חדים כגון מחטים. זו הדרך בה תתכן העברת הנגיף במערכת הבריאות.

המניעה היעילה ביותר של המחלה היא באמצעות קבלת סדרה של 3 מנות חיסון הניתנות במשך 6 חודשים. החל מ- 1.1.1992 ניתן החיסון בישראל לילודים בחדרי לידה ולתינוקות בתחנות טיפת חלב. עובדי מערכת הבריאות הבאים במגע עם חולים, הפרשותיהם ועצמים חדים הינם בסיכון מוגבר להידבק בנגיף. רופאים, רופאי שיניים, שינניות, אחים/אחיות ופרהמדיקים הינם בסיכון גבוה במיוחד ולכן דרושה עבורם גם בדיקת נוגדנים מסוג Anti-HBs 4-8 שבועות אחרי קבלת סדרת החיסון המלאה להבטחת תגובה חיסונית יעילה וארוכת טווח. נחשב מחוסן גם מי שרכש חסינות בחשיפה טבעית. יחשב מחוסן באופן טבעי מי שלא חוסן ומציג תיעוד על רמה מחסנת של נוגדנים מסוג anti-HBs.

משרד הבריאות קובע שעל עובדי בריאות המבצעים פעולות פולשניות מועדות לחשיפה (פפמ"ח) לבצע בנוסף בדיקות לזיהוי נשאי הנגיף: בדיקות Anti-HBc ו-HBsAg. נקבעו הגבלות על עבודת עובדים אלה שלא חוסנו ו/או לא ביצעו את הבדיקות הדרושות.

2. חיסון נגד טטנוס, דיפתריה ושעלת, Tdap

טטנוס (צפדת או פלצת) היא מחלה קשה הנגרמת על ידי חיידק שנמצא בקרקע, באבק הבית, במעי בעלי חיים והפרשותיהם, וכן בצואה של בני אדם. החידק מפריש רעלן הגורם לכיווץ שרירים קשה ומסוכן.

הדרך היעילה ביותר למניעת טטנוס היא מתן חיסון שמכיל את הרעלן מנוטרל בפורמלדהיד הנקרא טוקסואיד.

דיפתריה (קרמת) היא מחלה קשה הנגרמת על ידי חיידק. החידק מתרבה בלוע ועלול ליצור ממברנה החוסמת את דרכי הנשימה, ולהפריש רעלן הגורם לדלקת הלב והעצבים וזקק לכליות. החיסון נגד דיפתריה מכיל רעלן הדיפתריה שהופק באמצעות נטרול הטוקסין בפורמלדהיד. מומלץ לכל אדם לקבל מנת חיסון נגד דיפתריה וטטנוס כל 10 שנים.

שעלת היא מחלה מדבקת מאד הנגרמת ע"י חיידק אשר גורם להתקפי שיעול חזק או להפסקות נשימה בתינוקות קטנים. הסיבוכים השכיחים הם דלקת ריאות פגיעה במוח ומוות.

החסינות עקב מחלה או חיסון דועכת אחרי מספר שנים. הורים ומטפלים לא מחוסנים הם מקור ההדבקה העיקרי לתינוקות קטנים. תינוקות מקבלים חיסון נגד שעלת החל מגיל חודשיים, אך מפתחים הגנה מספקת רק לקראת גיל ארבעה חודשים.

משרד הבריאות קובע כי על כל עובד בריאות וכל תלמיד מקצועות הבריאות לקבל מנה אחת של חיסון נגד דיפתריה, טטנוס ושעלת (Tdap) שניתנה אחרי גיל 18 שנים המגן משלושת המחלות הנ"ל. נקבעו הגבלות על עובדי בריאות המטפלים בתינוקות (עד גיל שנה) אם לא קיבלו את החיסון, וזאת בגלל שיעורי הסיבוכים והתמותה הגבוהים מהמחלה בתינוקות. חיסון זה מומלץ גם לנשים הרות בשבועות 27-36 פעם אחת בכל הריון. אלו שבועות ההריון בהם עדיף לחסן גם עובדת בריאות בהריון.

3. חיסון נגד פוליו (שיתוק ילדים)

פוליו היא מחלה נגיפית הכוללת שיתוק בגפיים ובשרירי הנשימה, אשר עלולה לגרום נכות ומוות. נחשב מחוסן לכל החיים מי שבידו תיעוד על קבלת 3 מנות של חיסון נגד פוליו (שניתן בזריקה או בטיפות לפה) כשלפחות אחת מהן ניתנה מעל גיל 18 שנים. עובדי בריאות ותלמידים מקבלים את החיסון בזריקה.

4. חיסון נגד חצבת, חזרת ואדמת (MMR)

חצבת היא מחלה נגיפית קשה ומדבקת מאד דרך טיפות קטנות (אירוסולים) היוצאות מדרכי הנשימה. הביטוי העיקרי שלה הוא חום גבוה ופריחה בעור. 30% מהחולים סובלים מהסיבוכים: שלשול, דלקת אוזניים, דלקת ריאות, דלקת מוח ופגיעה מאוחרת במוח. 0.2% מהחולים בחצבת במדינות המפותחות מתים ממנה.

חזרת היא מחלה נגיפית מתבטאת בחום, נפיחות בלוטות הרוק, דלקת גרון וכאבי ראש. סיבוכיה הם דלקת קרום המוח, חירשות, דלקת הבלבב ודלקת האשכים והשחלות. המחלה מועברת דרך האוויר דרך טיפות גדולות היוצאות מדרכי הנשימה בעת שיעול, עיטוש או במגע עם הפרשות.

אדמת היא מחלה נגיפית המתבטאת בחום המלווה בפריחה. אם אשה הרה נדבקה באדמת עלולים להגרם הפלה, מות העובר או לידה מוקדמת וכן תסמונת אדמת מלידה הכוללת מומים מולדים בלב, חרשות, עיוורון ופיגור שכלי.

משרד הבריאות קובע שעל כל עובד בריאות וסטודנט למקצועות הבריאות לקבל שתי מנות של חיסון חי מוחלש נגד חצבת חזרת ואדמת (MMR), המעניקות, בדומה להדבקה טבעית, חסינות לכל החיים. מי שנולד לפני 1957 נחשב כמחוסן נגדן. נחשב מחוסן גם מי שבידו תיעוד מעבדתי על חסינות. משרד הבריאות אוסר על עובדי בריאות שאינם מחוסנים נגד שלושת המחלות הנ"ל לעבוד במחלקות המטפלות בחולים אונקולוגיים והמטואונקולוגיים, כי המחלה קשה וקטלנית בקרבם.

5. חיסון נגד אבעבועות רוח

אבעבועות רוח היא מחלה נגיפית מדבקת המתבטאת בחום גבוה ושלפוחיות. המחלה עוברת ע"י פיזור הנגיף בטיפות קטנות לסביבה בעת שיעול, עיטוש או מגע עם הפרשות מהאף או עם הנוזל שבשלפוחיות. סיבוכי המחלה הם דלקת ריאות ודלקת מוח, זיהום קשה בעור, ולעתים נדירות דימום, פגיעה בכליות ומוות.

החיסון נגד המחלה הוא תרכיב חי מוחלש. משרד הבריאות קובע שעל עובדי הבריאות ותלמידי מקצועות הבריאות להצהיר שחלו באבעבועות רוח או להציג תיעוד על קבלת שתי מנות חיסון ברווח של 4 שבועות ביניהן. לחילופין עליהם להציג תוצאת בדיקת נוגדנים המעידה על חסינות. משרד הבריאות אוסר על עובדי בריאות שלא מחוסנים נגד המחלה לטפל בחולים מדוכאי חיסון המאושפזים במחלקות אונקולוגיות והמטואונקולוגיות, כי המחלה קשה וקטלנית אצלם.

6. תבחין טוברקולין לאבחון שחפת

שחפת נגרמת על ידי חיידק ומועברת מאדם לאדם ע"י טיפות המופרשות ממערכת הנשימה של אדם חולה בשחפת ריאות. החיידק גורם למחלת ריאות קשה ויכול גם לפגוע באיברים אחרים כגון: מוח, כליות ועצמות. כאשר חולה בשחפת ראות משתעל או מתעטש, חיידקי השחפת מתפזרים באוויר. אנשים השוהים במחיצתו עלולים להידבק בחיידק. אין חיסון יעיל נגד מחלה זו. הדרך למניעתה הנה על ידי אבחון מוקדם של הדבקה וטיפול מונע באנטיביוטיקה. אבחון הדבקה נעשה על ידי "תבחין טוברקולין בשיטת מנטו". התבחין מבוצע על ידי הזרקת חלבון של חיידק השחפת, PPD, בעור האמה ובדיקת התגובה להזרקה זו.

הודעה לעובד בריאות ותלמיד מקצועות הבריאות שאינו מוגן נגד דלקת כבד B

בבדיקת הדם שבצעת נמצא כי אינך מוגן מפני נגיף דלקת כבד B עקב אחת מן הסיבות הבאות* :

- א. על אף שקבלת את מנות החיסון נגד דלקת כבד נגיפית B בהתאם לכללים, על פי תוצאות רמת הנוגדנים נגד נגיף זה, התגובה החיסונית אינה מספיקת.
- ב. על אף שנמצא שאין אתה מחוסן באופן טבעי נגד נגיף דלקת כבד B, קיימת הורית נגד למתן החיסון.

בכל ארוע של חשיפה לדם או לנוזלי גוף של מטופל עליך לפנות לטיפול במחלקה לרפואה דחופה בבית חולים ולמסור למטפל שאינך מוגן מפני דלקת כבד נגיפית B.

*סמן את המשפט המתאים.

ב ב ר כ ה ,

שם עובד המרפאה וחותימתו _____

(סמליל (סמליל מרפאת החיסונים)

סירוב עובד מערכת הבריאות או תלמיד מקצועות הבריאות לקבל חיסון

משרד הבריאות קובע שעליך לקבל חיסונים בטוחים ויעילים שיגנו עליך מפני הדבקה במחלות קשות, וימנעו ממך להדביק מטופלים במחלות כאלה.

סירובך לקבל אחד או יותר מהחיסונים הנ"ל עלול לסכן את בריאותך ואת בריאות מטופליך. כן קיימת השלכה ביטוחית ונזיקית במקרה של הדבקותך במהלך עבודתך, או מעורבותך באירוע של הדבקה מטופל/ת. לעובדי בריאות מסוימים במערכת הבריאות הממשלתית נאסר לבצע פעולות מוגדרות אם לא יקבלו חיסונים מסוימים כלהלן:

- א. חסינות מוכחת נגד דלקת כבד B היא תנאי לביצוע פעולות פולשניות מועדות לחשיפה.
- ב. קבלת חיסון Tdap היא תנאי לעבודה עם תינוקות עד גיל שנה.
- ג. חסינות נגד חצבת, אדמת, חזרת ואבעבועות רוח היא תנאי לטיפול בחולים מדוכאי חיסון.

לפני חתימתך על טופס זה, אנא שאל/י כל שאלה בכל נושא המתייחס לפעולות החיסון, הנחיות, אמצעי הזהירות והוריות הנגד, והמשמעויות של היעדר חיסון או סירוב לקבל חיסון.

הצהרה:

לאחר שעיינתי בכתוב לעיל, קבלתי הסבר וקראתי את דף המידע לעובד בריאות על החיסונים שמשרד הבריאות קבע שעלי לקבל, אינני מסכים/ה לקבל את החיסון נגד

שם מלא	מס' ת"ז	חתימה	תאריך
--------	---------	-------	-------

חתימת עובד המרפאה _____

תאריך: _____

נספח 5 ב'

(סמליל מרפאת החיסונים)

סירוב עובד מערכת הבריאות או תלמיד מקצועות הבריאות לבצע בדיקה

של נוגדנים נגד HBV או של הדבקה בנגיף זה

משרד הבריאות קובע שעליך לבצע בדיקת נוגדנים נגד נגיף דלקת כבד B אחרי קבלת סדרת החיסון או בדיקה של נשאות נגיף זה. סירובך לבצע את הבדיקה עלול לסכן את בריאותך ואת בריאות מטופליך. כן קיימת השלכה ביטוחית ונזיקית במקרה של הדבקות במהלך עבודתך, או מעורבותך באירוע של הדבקה מטופל/ת. לפני שתחתום על טופס זה, אנא שאל/י כל שאלה על הבדיקה והטיפול.

הצהרה:

לאחר שעיינתי בכתוב וקבלתי הסבר, אינני מסכים/ה*:

- לבצע בדיקות בהקשר לחסינות נגד נגיף דלקת כבד B.
- לבצע בדיקות לנשאות נגיף דלקת כבד B

שם מלא	מס' ת"ז	חתימה	תאריך
--------	---------	-------	-------

שם וחתימה של עובד המרפאה: _____

תאריך: _____

נספח 5 ג'

(סמליל מרפאת החיסונים או המלש"ח)

סירוב עובד בריאות לבצע בדיקות לשחפת או לקבל טיפול מונע שחפת

משרד הבריאות ממליץ לך לבצע תבחין טוברקולין לאבחון שחפת חביונית. לעובד שימצא חיובי בבדיקת טוברקולין תישקל ההמלצה שיקבל טיפול מונע לשחפת חביונית כדי להגן עליו מפני המחלה הפעילה וכתוצאה מכך למנוע אפשרות שכחולה שחפת ריאות פעילה להדביק חולים אשר בטיפול.

סירובך לבצע את הבדיקה / לקבל את הטיפול המונע המומלץ לך*, עלול לסכן את בריאותך ואת בריאות מטופליך. כן קיימת השלכה ביטוחית ונויקית במקרה של הדבקות במהלך עבודתך, או מעורבותך באירוע של הדבקה מטופל/ת.

לפני שתחתום על טופס זה, אנא שאל/י כל שאלה על הבדיקה והטיפול.

הצהרה:

לאחר שעיינתי בכתוב וקבלתי הסבר, אינני מסכים/ה*:

- לבצע בדיקת תבחין טוברקולין.
- להשלים בירור לשחפת חביונית (הכולל לפחות צילום ריאות)
- לקבל טיפול מונע נגד שחפת.

שם מלא	מס' ת"ז	חתימה	תאריך
שם וחתימה של עובד המרפאה או המלש"ח:			
_____ תאריך _____			

*מחק את המיותר