



Pediatric Trauma Life Support (PTLS)

טראומת ילדים

תאריך הקורס – 08-09.12.2022

מטרת הקורס: הקניית ידע ומיומנויות לייצוב ולטיפול ראשוני בילד הפצוע

אוכלוסיית יעד: אחים/יות מוסמכים/ות, רופאים ופראמדיקים העוסקים בטיפול בילדים נפגעי טראומה במתאר של טרום בית חולים/ בית חולים.

היקף הקורס: 14 שעות

מבנה הקורס: קורס בן יומיים, מבוסס ברובו על תרגול סימולציות בנושא טראומה בתינוקות ובילדים.

ימים ושעות הלימוד: יום ה': 07:30-15:30, יום ו': 07:30-14:00

דרישות הקורס:

- ביצוע מבחן מקדים
- נוכחות מלאה

נושאי הקורס:

הקורס כולל את כל נושאי הליבה של טראומה ילדים ובכללם -חבלות ראש, עמוד שדרה צווארי, חזה, בטן, אגן, כוויות, טיפול בהלם ועוד.

תנאי תשלום:

א. הצגת התחייבות מוסדית לתשלום על סך 2,650 ₪ עד לתאריך **3-4.11.22**

או לחלופין:

ב. תשלום 100 ₪ דמי הרשמה עד לתאריך **3.11.22** ואת שאר התשלום (2,550 ₪) לשלם עד שבוע לפני תחילת הקורס **1.12.22** (במקרה של ביטול מצד הנרשם דמי הרישום לא יוחזרו).

ביטול רישום לקורס:

- עד תאריך **3.11.22** חיוב של 100 ₪ דמי הרשמה.
- עד תאריך **15.11.22** יחייב תשלום של 30% מעלות הקורס.
- מתאריך **15.11.22** ועד **29.11.22** יחייב תשלום של 50% מעלות הקורס.
- מתאריך **29.11.22** ועד לפתיחת הקורס יחייב תשלום של מלוא שכר הלימוד.



הנחיות לאחר רישום ותשלום לקורס:

1. נא למלא את טופס ההרשמה המצורף ולשלוח לכתובת

מייל: chenc@shamir.gov.il

2. לאחר הסדר תשלום עבור הקורס ישלח אליך במייל חומרי לימוד לקורס ומבחן מקדים.

יש לענות על כל השאלות במבחן המקדים ולסמן את התשובות על גבי טופס תשובות

שיצורף. את דף התשובות יש לשלוח טרם פתיחת הקורס אל ד"ר רננה למייל:

gelernterr@shamir.gov.il

חנייה חינוך ביום הלימוד!

במידה ולא ניתן יהיה לקיים את הקורס בשל מגבלות הקורונה יינתן החזר מלא של דמי הרישום ועלות הקורס!

הקדימו את הרשמתכם מספר המקומות מוגבל!

להרשמה ניתן להתקשר לביה"ס לסיעוד "שמיר (אסף הרופא)"

בטל': 08-9779648 או 08-9779471 לגבי חן כהן.

לפרטים נוספים ניתן לפנות לד"ר רננה

במייל: gekernterr@shamir.gov.il



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



תותקן-לאיכות מוצגות



טופס הרשמה לקורס טראומה בילדים 2022

שם פרטי _____ שם משפחה _____ ת.ז. _____

כתובת: _____

טל' בבית: _____ טל' נייד: _____

כתובת מייל: _____

מקום עבודה _____ טל' בעבודה _____

*נא להקיף בעיגול

הגדר תפקיד: _____ רופא / אחות/פראמדיק _____ תחום עיסוק: _____

חתימה _____ תאריך _____



המרכז הרפואי שמיר (אספ הרופא) 7033001, טל': 08-9779470\12
e-mail: nurseschool@shamir.gov.il אתר ביה"ס: www.asafschoo.co.il



תו תקן - לאיכות משרות