

קורס לשאיבת דם ורידי (פלבטומיה)

מטרת הקורס:

הכשרה והסמכה לביצוע שאיבת דם וורידי 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 – 3.3.24

הקורס יתקיים במשך שישה מפגשים בין השעות 8-15 .

בתאריכים: 3.3.24, 4.3.24, 5.3.24, 6.3.24, 10.3.24, 11.3.24

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. רמת נוגדני צהבת מסוג B חיובית מהשנתיים האחרונות
6. טופס הצהרה על העדר רישום פלילי (נספח ד')
7. צילום ת.ז. + ספח יש לבדוק שהצילום ברור וצבעוני
8. צילום תעודת גמר על 12 שנות לימוד או צילום תעודת בגרות

*מותנה בקבלת אישור ממשרד הבריאות

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

בטל': 08-9779471/2 לגב' אנג'לה

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

תאריך אחרון לרישום: 4.2.24

הקדימו את הרשמתכם!

פתיחת הקורס מותנית במס' הנרשמים

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': 08-9779470\12 פקס: 08-9542449
 e-mail: nurseschool@shamir.gov.il אתר ביה"ס: www.asafschoo.co.il





שירותי בריאות הציבור
המחלקה למעבדות | המעבדות לבריאות הציבור
Department of Laboratories

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

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 _____

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

תאריך _____/_____/_____
חתימה _____



אישור רפואי למועמד לקורס לשאיבת דם ווריד

לכבוד:
המחלקה למעבדות
משרד הבריאות, ירושלים
תייד 34410
ירושלים 91342

הנדון:

שם פרטי ומשפחה

ת.ז.

הריני מאשר שאין מניעה מבחינה רפואית שהנייל יוכל להשתתף בקורס
לשאיבת דם ווריד ו/או לעסוק בעיסוק קבוע בשאיבת דם ווריד לנבדקים
מגיל 14 ומעלה.

כריכה

שם הרופא:

תאריך:

חותמת רופא עם שם ומספר רישיון

(חותמת הרופא)



11

נספח ג2

אישור רפואי למועמד לקורס לשאיבת דם ווריד

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

הנדון:

ת.ז.

שם פרטי ומשפחה

1. הנני מאשר שהנ"ל קיבל 3 / 2 חיסונים (סמן בעיגול) נגד צהבת נגיפית B.
2. הנני מאשר שהנ"ל הינו בעל כויל נוגדנים מחסן נגד צהבת נגיפית B.
תוצאות המעבדה רצ"ב להלן.
3. הנני מאשר כי הנ"ל ביצע בדיקת טוברקולין (תבחין "מנטו").

בברכה

שם פרטי ומשפחה

חתימת הרופא עם שם ומספר רישוי

(חתימת הרופא)



המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא) 7033001, טל': 08-9779470\12 פקס: 08-9542449
e-mail: nurseschool@shamir.gov.il אתר ביה"ס: www.asafschoo.co.il



חוקי-לרשות מנהלת



12

נספח ד

**טופס הצהרה של מועמד לקורס לשאיבת דם ווידוי 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\12 פקס: 08-9542449
e-mail: nurseschool@shamir.gov.il אתר ביה"ס: www.asafschoo.co.il



תוהפוק-לארבות משרות



כללים להשתתפות ולמידה עיונית ומעשית בקורס פלבוטומיה

עיוני:

1. התחלת הקורס מותנית בהגשת תיעוד על ביצוע שלושה חיסוני צהבת סוג B ובדיקת נוגדנים חיובית
2. קיימת חובת נוכחות של 100% משעות הלימוד בקורס
3. חובה לחתום באותה צורת חתימה לכל אורך הקורס בעט בלבד
4. חל איסור לצאת מן הכיתה במהלך השיעור למעט מקרים חריגים ומוצדקים
5. אין לשוחח/לשחק בטלפון נייד במהלך השיעור.

מעשי:

6. התנסות מעשית כוללת לקיחת 100 דגימות דם ממטופלים שונים באמצעות פרפרית בלבד בהשגחת אחות מוסמכת/רופא
7. כמות מקסימלית של דגימות דם יומית היא 12
8. משתלם שהשלים את לקיחת 100 דגימות הדם צריך לשלוח את הטופס החתום למשרד הבריאות ולהמתין לבחינה הממשלתית
9. אין לבצע שאיבות דם לאחר השלמת לקיחת 100 דגימות הדם עד לקבלת תעודת הסמכה ממשרד הבריאות לאחר עמידה בבחינה הממשלתית
10. במסגרת הכשרה לקורס שאיבת דם חל איסור מוחלט להכנסת עירוני למטופלים.

☒ הריני מאשר/ת שקראתי והבנתי את הכללים להשתתפות בלמידה עיונית ומעשית בקורס פלבוטומיה

שם המשתלם _____

מ.ז. _____

תאריך _____

חתימה _____

