

תאריך _____

בקשה לרישום – השתלמות מוכרת בסיעוד

שם הקורס: _____

שם משפחה _____ שם פרטי _____ מס' ת.ז. _____

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

כתובת: _____

עיר _____ רחוב/שכונה _____ מס' _____ מיקוד _____

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

E-mail: _____

תאריך לידה _____ ארץ לידה _____ שנת עליה _____

מצב משפחתי: רווקה נשואה גרושה אלמנה

מספר ילדים: _____

שנות לידה של הילדים: _____

שרות בצבא: עתודאית 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 _____

השכלה:

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

שפות:

מדבר/ת	עברית	אנגלית	צרפתית	אחרת
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?) _____

המניעים לבקשתך להשתתף בקורס: _____

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

הערות: _____

תאריך: _____

חתימת המועמד/ת: _____

ת.ע. 06/24

עמוד 2 מתוך 17

ט.פד 11 הרשמה על בסיסי

כתב התחייבות והצהרה על שמירת סודיות
ביה"ס האקדמי לסייעוד 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 לימודי באקדמיה לאחיות
שמיר (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 לימודי בביה"ס.

_____ חתימה

_____ תאריך

ת.ע. 06/24

עמוד 3 מתוך 17

ט.פד11 הרשמה על בסיסי



המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא) 7033001, טל': 08-9779470\12 פקס: 08-9542449
<https://shamirschool.org.il> אתר ביה"ס: E-mail: nurseschool@shamir.gov.il



תוחקי-ליסטת מנתחה



לכבוד
הנהלת ביה"ס לאחיות
שמיר (אסף הרופא)

הצהרת בריאות

אני _____ ת.ז. מס' _____

החתום/ה מטה, מצהיר/ה בזה, כי אני לא סובלת/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 סובלות 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
-------	--------	-------

ת.ע.06/24

עמוד 4 מתוך 17

ט.פד11 הרשמה על בסיסי





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 מלא _____ 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 והלומדות נשלחו 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 המועמדות _____

נשלחת מטעם המוסד לקורס על בסיסי בתחום _____

שהחל בתאריך _____ וכי השתתפותוה בקורס חיונית למוסד.

חתימה+חותמת מנהלת הסיעוד

תאריך

ת.ע.06/24

עמוד 6 מתוך 17

ט.פד11הרשמה על בסיסי





נספח מס' 1

סופס המלצה על מועמד להשתלמות מוכרת בסייעוד בתחום

(לשימוש מנהלת חסייעוד במוסד חרפואי בלבד)

Form with fields for candidate name, institution, and details of the training program.

(סמן V בעמודה המתאימה)

Table with 4 columns: הכרחי ודחוף, נחוץ במידה רבה, אין צורך מערכתי, לא רצוי.

שם וחתימת מנהלת הסייעוד במוסד תאריך

Nursing Division Ministry of Health P.O.B 1176 Jerusalem 91010



מינהל הסייעוד משרד הבריאות ת.ד. 1176 ירושלים 91010





נוהלי הוראה ולימודים

לקויי למידה

משתלמים בעלי ליקויי למידה

1. משתלם 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

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

2. המשתלם יפנה בכתב להנהלת ביה"ס ויצרף לפנייתו גיליון אבחון מנוירולוג, נוירופסיכולוג, 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. המשתלם 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 מקצתו, או לדרוש מן התלמיד אבחון נוסף.



הצהרה על ליקויי למידה

המידע מבוקש לצורך סיוע למועמדים שיתקבלו ואינו 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 שמילאתי בשאלון זה הם נכונים, מלאים ומדויקים.

תאריך _____ שם מלא _____ חתימה _____

קבלת הסכמה לצילום בכיתות לימוד וחדרי סימולציה במסגרת לימודים/קורס

במסגרת הלימודים/קורסים בהם הינך משתתף/ת במסגרת ביה"ס האקדמי לאחיות שמיר, יערכו תרגולים בחדרי הסימולציה והוראה מקוונת בכיתות לימוד.

בכיתות ובחדרים אלו מותקנות מצלמות והשיעורים והתרגולים מצולמים לצורך משוב, למידה, הוראה ומחקר.

אני הח"מ _____ מס' ת.ז. _____,

ידוע לי כי אני עשוי להיות מצולם ומתועד בהקלטות (שנשמרות בענן) לצורכי למידה. מסכים/ה בזאת להשתתף בתרגיל המצולם במסגרת הלימודים/הקורסים. החומר המתועד הינו לצרכי ביה"ס לסייעוד 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

בברכה
הנהלת ביה"ס לסייעוד

ת.ע.06/24

עמוד 10 מתוך 17

ט.פד11 הרשמה על בסיסי

קבלת הסכמה להשתתפות בצילומים והעברת נתונים רגישים

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.

כמו כן, לטובת תפעול המערכת וממשקים בין תוכנות, אנו נדרשים להעביר את מספר ת.ז. שלך בענן מאובטח של ביה"ס.

הינך מתבקש לחתום על הסכמה להעברת נתונים רגישים בענן מאובטח והסכמה או אי הסכמה להשתתפות בצילומים לצרכי פרסום ביה"ס לסיווד שמיר (אסף הרופא).

אני הח"מ:

מאשר העברת נתונים רגישים בענן מאובטח

מאשר / לא מאשר להשתתף בצילומים לצרכי פרסום.

_____	_____
מס' ת.ז.	שם מלא
_____	_____
חתימה	תאריך

בברכה
הנהלת ביה"ס לסייעוד

ת.ע.06/24

עמוד 11 מתוך 17

ט.פד11הרשמה על בסיסי

הצהרה על היעדר הרשעה על הטרדה מינית

לפי חוק למניעת העסקה של עברייני מין במוסד המכוון למתן שירות לקטינים התשס"א – 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 היעדר
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 וצרף מסמך תואם
מהמשטרה:

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

חתימת המועמד _____ תאריך _____



מדינת ישראל
STATE OF ISRAEL

משרד הבריאות
MINISTRY OF HEALTH
ירושלים JERUSALEM

מינהל הסייעוד
NURSING DIVISION

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 נתמלא 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.

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

ת.ע.06/24

עמוד 13 מתוך 17

ט.פד.11 הרשמה על בסיסי



מכון התקנים הישראלי

המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא) 7033001, טל': 08-9779470\12 פקס: 08-9542449
E-mail: nurseschool@shamir.gov.il אתר ביה"ס: <https://shamirschool.org.il>



תחוקת-ליאכט מנרניה

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 והורשעת, נא פרט/י העבירה, נסיבותיה, מועד ביצועה והעונש שנפסק:

2. אני מצהיר/ה, כי מידע זה נכון ומדוייק ובמידה ויוכח אחרת, עשוי הדבר להוות
עילה להפסקת לימודיי, 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 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.

חתימת המועמד _____

שם המועמד _____

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

ת.ע.06/24

עמוד 14 מתוך 17

ט.פד.11 הרשמה על בסיסי



טופס התחייבות לקבלת חיסונים

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

לא ניתן להתחיל התנסות קלינית ללא אישור חיסונים מלשכת הבריאות. משתלם שלא יתחיל התנסות במועד, לימודיו יתעכבו.

מס' ת.ז.

שם

תאריך

חתימה

ת.ע.06/24

עמוד 15 מתוך 17

ט.פד11 הרשמה על בסיסי



המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא) 7033001, טל': 08-9779470\12 פקס: 08-9542449
<https://shamirschool.org.il> אתר ביה"ס: E-mail: nurseschool@shamir.gov.il



תוחשי-ליאסות מנתה



הדרכה לחיסונים לסטודנטים למקצועות הבריאות

שלום רב,

נוהל חיסון תלמידי מקצועות הבריאות ועובדי מערכת הבריאות מגדיר את תכנית החיסונים המחייבת סטודנטים למקצועות הבריאות. במהלך לימודיכם, אתם עלולים להידבק ולהדביק את מטופליכם במחוללי מחלות מדבקות קשות. לאור זאת, קבע משרד הבריאות שעליכם להיות מחוסנים נגד מחלות אשר נגדם קיים חיסון בטוח ויעיל.

על כל תלמיד להציג אישור חיסונים עדכני לשנת הלימודים עד תחילת ההתנסות הקלינית.

לא ניתן להתחיל התנסות קלינית ללא אישור חיסונים מלשכת הבריאות. משתלם שלא יתחיל התנסות במועד, לימודיו יתעכבו.

ניתן לקבל את החיסונים בלשכת הבריאות ו/או במסגרת מרפאות לחו"ל, אך את האישור הסופי (טופס ג') ניתן לקבל רק דרך מרפאת החיסונים של לשכת הבריאות. לשם כך יש לתאם מראש תור במרפאת החיסונים באחת מלשכות הבריאות בארץ (פרטים בתחתית דף המידע).

רשימת החיסונים הנכללים בחוזר נמצאת בקישור הבא:

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

במידה ואין תיעוד של חיסוני ילדות, או שיש צורך בקבלת חיסונים נוספים, החיסון ניתן בלשכת הבריאות / מרפאת חיסוני עובדים בבתי החולים ובקופות.

תעריף החיסונים בלשכת הבריאות הינו לפי תעריף מרפאות היוצאים לחו"ל בתוספת אגרת רישום בפנקס חיסונים ודמי הרכבה. (ניתן למצוא את התעריפים באתר של משרד הבריאות תחת – חיסונים).

לפני הגעה ללשכת הבריאות יש לבצע תבחין טוברקולין- מנטו- בנוסף לעיל עליכם להציג תוצאות תבחין טוברקולין בשיטת מנטו בשני שלבים. אין הגבלת זמן מבחינת תוצאות המנטו אבל זה חייב להיות בשיטת השני שלבים- two step. הבדיקה הינה בתשלום!

לביצוע התבחין, יש לפנות לאחת המרפאות האזורית לשחפת (מלש"ח) מתוך הרשימה בעמוד הבא.

רשימת לשכות הבריאות בארץ: <https://www.health.gov.il/UnitsOffice/LB/Pages/default.aspx> בסוף התהליך תקבלו בלשכת הבריאות העתק של הגיליון ואישור חתום (חלק ג'). עותק מהאישור החתום יש להעביר אל מזכירות הסטודנטים. מומלץ לשמור על הגיליון מהלשכה כולל האישור המקורי כי יתכן ותצטרכו אותו בהמשך דרככם המקצועית.

בברכת הצלחה
ביה"ס לסייעוד שמיר

מרכזים לאבחון וטיפול בשחפת (מלש"חים)

פקס	טלפון	כתובת	ישוב
08-6745473	08-6745465	מרפאת חוץ - בית חולים ברזילי, רח' ההסתדרות 1	אשקלון
08-6284619	08-6233710	רחוב רמב"ם 2 בית רקיעים קומה 3	באר שבע
04-6247703	04-6222389	רחוב בוטקובסקי 25	חדרה
04-8552933	04-8137300	רחוב הגפן 44	חיפה
02-5385697	02-5017555	מרכז רוקח, רחוב שרי ישראל 5	ירושלים
04-9107239	04-9107029 04-9107523	מרפאות חוץ, בית החולים נהריה (ת.ד. 21)	נהריה
04-6028857	04-6028819	בית החולים האנגלי, רחוב פאולוס השישי 25	נצרת
08-9468645	08-9468677	רחוב אהרוני 32	רחובות
03-6201830	03-6291814	רחוב הלוחמים 53 קומה א'	חולון

- מספרי הטלפון ושעות הפעילות עשויים להשתנות מעת לעת. מומלץ לברר לפני ההגעה למקום.
- לשאלות ובירורים בלבד ניתן לפנות גם לאחת מלשכות הבריאות הממשלתיות הפרוסות ברחבי