

תאריך \_\_\_\_\_

## שאלון אישי לתכנית הסמכה לליצנות רפואית

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ מס' ת"ז \_\_\_\_\_

שם בלועזית (אותיות דפוס): שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_

שם קודם (אם שונה): \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_

העיר \_\_\_\_\_ רחוב/שכונה \_\_\_\_\_ מס' \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_

טל' בבית: \_\_\_\_\_ טל' נייד: \_\_\_\_\_ אחר: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

תאריך לידה \_\_\_\_\_ ארץ לידה \_\_\_\_\_ שנת עליה \_\_\_\_\_

שפת אם \_\_\_\_\_ אזרחות:  קבוע  ארעי

מצב משפחתי:  רווקה  נשוי/אה  גרושה  אלמן/ה

מספר ילדים: \_\_\_\_\_

שנות לידה של הילדים: \_\_\_\_\_

שרות בצבא:  עתודאי/ת  שרות פעיל  פטור  שירות לאומי  אחר \_\_\_\_\_

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	ביה"ס
				תיכון
				על תיכונית

הייעוד שלך, השליחות שלנו



סוג תעודה	שנת סיום הלימודים	תחום התואר	מקום ביה"ס ארץ ועיר	מוסד אקדמי	סוד תעודה
					תואר ראשון
					תואר שני

**שפות**

באלו שפות הינך שולט/ת? נא סמן/י ✓ במקום המתאים

שפת אם	דיבור	קריאה	כתיבה
עברית			
אנגלית			
ערבית			
אחר			

**עבודה**

1. פרטי/י לפי הסדר את כל מקומות העבודה בהם עבדת (סיים/י בעבודתך האחרונה/ נוכחית) התייחס/י גם למקומות בהם עבדת פרקי זמן קצרים (גם בתקופת לימודי התיכון)

שם מקום העבודה	תפקיד	משך הזמן (בשנים)	בין השנים	סיבת עזיבה

2. האם הייתה תקופה בה לא עבדת? אם כן – מתי, ומה הייתה הסיבה לכך?

הייעוד שלך, השליחות שלנו

3. מה הניע אותך להחלטה ללמוד את מקצוע הליצנות הרפואית?

- א. בטחון כלכלי
- ב. תחושת שליחות
- ג. לא מצאתי עבודה בתחום אותו למדתי
- ד. אחר \_\_\_\_\_

5. האם היה משהו שעייב אותך בביצוע החלטתך ללמוד ליצנות רפואית?  כן  לא

אם כן, פרטי: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

שם ומספר טלפון של קרוב משפחה אליו אפשר לפנות בעת הצורך \_\_\_\_\_

הנני מצהיר/ה בזה כי הנתונים שנמסרו על ידי הינם נכונים ומולאו על ידי.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

## טופס ויתור על סודיות

שם פרטי \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

נותן בזאת רשות ל (להלן המוסד בו נלמד התואר/התעודה): \_\_\_\_\_ למסור **להנהלת ביה"ס לסיעוד שמיר (אסף הרופא)** את הפרטים הנוגעים לתעודה האקדמית/אישור השקילות שלי ובכל אופן שידרוש המבקש אודות התעודה.

אני משחרר את (להלן המוסד בו נלמד התואר/התעודה) \_\_\_\_\_ משמירת סודיות וחובת ההגנה על פרטיותי בכל הנוגע לאימות התעודה או מידע כאמור ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש.

חתימה: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

**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 לימודי ביה"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 לימודי ביה"ס.

\_\_\_\_\_

התימה

\_\_\_\_\_

תאריך

## 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.י.
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.

\_\_\_\_\_

חתימה

שם מלא

תאריך

## דיווח על בעיית בריאות / מגבלה פיזית

הנני מצהיר/ה בזאת שהובא לידיעתך:

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 \_\_\_\_\_

## 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 ויופנו לטיפול בשירותי הייעוץ.

2. התלמיד 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. 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 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):

ניירולוג \_\_\_\_\_

נירופסיכולוג \_\_\_\_\_

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.

\_\_\_\_\_ חתימה

\_\_\_\_\_ שם ומשפחה

\_\_\_\_\_ תאריך

הייעוד שלך, השליחות שלנו

## קבלת הסכמה לצילום בכיתות לימוד וחדרי סימולציה במסגרת לימודים/קורס

במסגרת הלימודים/קורסים בהם הנך משתתף/ת במסגרת ביה"ס האקדמי לסיעוד 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. \_\_\_\_\_, יודע 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 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

**הייעוד שלך, השליחות שלנו**

**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](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 עלהטרדה 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 \_\_\_\_\_

הייעוד שלך, השליחות שלנו

**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 בח"ל. במידה והורשעת, נא פרט/י העבירה, נסיבותיה, מועד ביצועה והעונש שנפסק:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  2. אני מצהיר/ה, כי מידע זה נכון ומדויק 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 ובח"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 \_\_\_\_\_  
המלחמה שב  
רחי 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

**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 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.

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](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.

הנהלת ביה"ס

### טופס 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 לנוהל:

[http://www.health.gov.il/Subjects/vaccines/Pages/health\\_students\\_vaccines.aspx](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





לתלמידי סיעוד ופאראמדיקים שלום רב,

נוהל **חיסון תלמידי מקצועות הבריאות ועובדי מערכת הבריאות** מספטמבר 2016 מגדיר את תכנית החיסונים המומלצת לסטודנטים של מקצועות הבריאות. בתור תלמידי מקצועות הבריאות, במהלך לימודיכם, אתם עלולים להדבק 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 על קבלת החיסונים הנדרשים **עד סוף שנת הלימודים הראשונה.**

האחריות על קבלת החיסונים וביצוע הבדיקות מוטלת עליכם. ניתן לקבל את החיסונים בלשכת הבריאות ו/או במסגרת מרפאות לחו"ל אך את האישור הסופי 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).** 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).

[https://www.health.gov.il/Subjects/vaccines/Pages/health\\_students\\_vaccines.aspx](https://www.health.gov.il/Subjects/vaccines/Pages/health_students_vaccines.aspx)

רשימת החיסונים הנכללים בחוזר -

1. **שיתוק ילדים (פוליו)** - נחשב מחוסן מי שיש לו תיעוד או הצהרה על קבלת שתי מנות לפחות בעבר של החיסון וקבלת מנת דחף לאחר גיל 18.
2. **טטנוס דיפתריה** - נחשב מחוסן מי שיש לו תיעוד או הצהרה על קבלת שתי מנות לפחות של חיסון נגד טטנוס ודיפתריה ומנת דחף מלפני פחות מ 10 שנים.
3. **שעלת - PERTUSSIS** - נחשב מחוסן מי שיש לו תיעוד על מנה אחת שניתנה מעל גיל 18. **לא קיים חיסון לשעלת בלבד אלא רק עם טטנוס ודיפתריה.** לאור זאת מומלץ לא לקבל את החיסון נגד טטנוס ודיפתריה בקופ"ח משום שזה לא יפטור אותכם מקבלת החיסון המשולב במרפאה.
4. **הצבת, חזרת, ואדמת - MMR** - נחשב מחוסן מי שיש לו תיעוד של שתי מנות של MMR שניתנו לאחר גיל שנה בהפרש 4 שבועות לפחות. אם יש תיעוד על קבלת שתי מנות תוקף התיעוד גבוה מתוקף תוצאות בדיקות הנוגדנים למחלות אלו.
5. **אבעבועות רוח** - נחשב מחוסן מי שמצהיר שחלה באבעבועות רוח או בשלבקת חוגרת, או מציג תיעוד שחוסן בשתי מנות חיסון נגד אבעבועות רוח שניתנו אחרי גיל שנה בהפרש 4 שבועות לפחות.
6. **דלקת כבד נגיפית B** - נחשב מחוסן מי שיש לו-  
א. תיעוד על קבלת שלוש מנות חיסון נגד דלקת כבד נגיפית B וכייל נוגדנים מחוסן שנמדד 4-8 שבועות לאחר המנה השלישית.  
ב. עדות סרולוגית/ מעבדתית לחסינות באדם שלא קבל אף מנת חיסון.  
ג. מי שנולד בישראל החל מה 1.1.92 מספיקה הצהרה על קבלת שלוש מנות חיסון (אלא אם ההורים התנגדו לחיסון).

מומלץ לבצע את הבדיקות הבאות **anti-HBs , HBs-ab , HBsAg , HBc-ab , HCV-ab**, בקופ"ח עוד לפני הביקור הראשון במרפאת החיסונים.

7. **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 הבאה:

**הייעוד שלך, השליחות שלנו**

**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

פרטים על דרכי הגעה ושעות קבלה ניתן לקבל באתר של כל לשכה.  
8. **קורונה**- לפי תוספת שיצאה לנוהל ב 28.2.21 על כל עובד בריאות להיות מחוסן נגד קורונה.  
נחשב מחוסן מי שיש לו:

- א. תיעוד על 3 או 4 מנות חיסון
- ב. תיעוד על מחלה וחיסון אחד לפחות
- ג. תיעוד על תוצאה סרולוגית חיובית לפני קבלת חיסון וחיסון אחד לאחר הבדיקה הסרולוגית.

אם חסר חיסון קורונה מומלץ להשלימו דרך הקופה לפני ההגעה למרפאה (אין אותו במרפאה)

מומלץ להביא **תשובות מודפסות** של המעבדה, המנטו ואישור הקורונה.

**אם אין שום תיעוד או מסמך התהליך לוקח כחצי שנה.**

לקביעת תור למרפאות חיסונים יש להתקשר למוקד \*5400  
פעילות המוקד- ימים א-ה 8:00-18:00 וביום ששי מ 8:00-13:00.  
רשימת לשכות הבריאות בארץ:

<https://www.health.gov.il/UnitsOffice/LB/Pages/default.aspx>

**התשלום במרפאה בכרטיס אשראי בלבד.**

על מנת לקצר ולייעל את המפגש כדאי להביא בהגיעכם ללשכת הבריאות: פנקסי חיסונים ( גם מהילדות), פנקסים בינלאומיים, אישור על קבלת חיסונים במרפאות קופ"ח או מרפאת פרסונל, מרפאה תעסוקתית, צה"ל, תוצאות של בדיקות דם תוצאה של תבחין טוברקולין ואישור קורונה.

**הייעוד שלך, השליחות שלנו**

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 לסיעוד שמיר

נספח 1

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

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

ה י

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 פפמ"ח: כן/לא.

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

**כייל נוגדני Anti-HBs**: יש לבצע: כן/לא.

אם כן, תוצאה:  $mIU/ml$  \_\_\_\_\_ מיום \_\_\_\_\_

**הייעוד שלך, השליחות שלנו**

**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 מצהירה 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 מצהירה שחליתי באבעבועות רוח או בשלבקת חוגרת (הרפס זוסטר).

\*סמן את ההצהרה המתאימה

שם המצהירה: \_\_\_\_\_

מספר ת.ז: \_\_\_\_\_

חתימה: \_\_\_\_\_

### נספח 3

(סמליל מרפאת החיסונים)

#### דף מידע על החיסונים ותבחין טוברקולין לעובדי מערכת הבריאות

##### וסטודנטים 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. החיידק 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. החיידק מתרבה בלוע ועלול ליצור ממברנה החוסמת את דרכי הנשימה, ולהפריש רעלן הגורם לדלקת הלב והעצבים ונוק 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 הלב ובדלקת 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, וזיהום 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.

**נספח 4**

(סמליל המרפאה המחסנת)

**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 וחתימתו \_\_\_\_\_

נספח 5 א'

(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 ונוזיקית 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

תאריך

חתימה

מס' ת"ז

שם מלא

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 הדבקתך 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 בטיפולו.

סירובך לבצע את הבדיקה / לקבל את הטיפול המונע המומלץ לך\*, עלול לסכן את בריאותך ואת בריאות מטופלך. כן קיימת השלכה ביטוחית ונזיקית במקרה של הדבקתך במהלך עבודתך, או מעורבותך באירוע של הדבקת 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