



שאלון מועמד לקורס חובש רפואת חירום / פרמדיק

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

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

מספר תעודת זהות _____

כתובת: _____

העיר _____ רחוב/שכונה _____ בית מס' _____ מיקוד _____

e-mail: _____

טל' בבית _____ טל' נייד _____ טל' בעבודה _____

תאריך לידה _____ ארץ לידה _____ שנת עליה _____

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

רקע פארה רפואי: (סמן ב- x)

חובש קרבי _____ אח/אחות מוסמך/ת _____ נהג אמבולנס/תורן מוקד (2 שנים לפחות)

מתנדב – נהג אמבולנס / מדריך אחרי צבא

אחר – פרט _____

שרות בצבא: עתודאי/ת, שרות פעיל, פטור, אחרי שרות.

מהיכן שמעת על האקדמיה: 1. חבר 2. אינטרנט 3. עיתונות 4. אחר





השכלה:

פרטים	תיכונית	גבוהה		
		תואר ראשון	תואר שני	תואר שלישי
שם בית הספר				
מקצוע עיקרי/מגמה				
מספר שנות לימוד				
תואר/תעודה				

ידיעת שפות:

1 – מלאה, 2 – בינונית, 3 – חלשה (סמן בהתאם)

שפה	קריאה	כתיבה	דיבור
עברית			
אנגלית			
אחר			
אחר			

⊗ סעיף זה ימלא רק על ידי אחים/יות מוסמכים/ות
⊗ מקומות עבודה מיום גמר ביה"ס לאחיות/מגמת אחיות

המקום	התפקיד	היקף משרה	מיום	עד יום

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

המניעים לבקשתך להשתתף בקורס:

תאריך: _____ חתימת המועמד/ת: _____



המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא) 7033001, טל': 08-9779470\1\2 פקס: 08-9225111
www.shamirfschool.org.il אתר האקדמיה: e-mail: nurseschool@shamir.gov.il



תותקן-לאיסות בפרשת



**כתב התחייבות והצהרה על שמירת סודיות
האקדמיה לאחיות מרכז רפואי שמיר (אספ 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 (אספ 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 באקדמיה לאחיות.

התימה

תאריך

תאריך



**הנדון: השתתפות בלימודים - קורס פרמדיק שמיר (אסה"ר)
סטודנטים לאחיות חיצוניים**

הנני מתחייב/ת למלא את דרישות הקורס העיוניות והמעשיות מחוץ למסגרת לימודי האחיות, קרי, לא על חשבון שעות לימודים קליניים ועיוניים של האוניברסיטה והאקדמיה לאחיות אליו אני שייך.

שם הסטודנט/ית	תאריך	חתימת הסטודנט/ית
---------------	-------	------------------



המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא) 7033001, טל': 08-9779470\1\2 פקס: 08-9225111
אתר האקדמיה: www.shamirfschool.org.il e-mail: nurseschool@shamir.gov.il



תוקף-לאיכות בשרות

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 אחיות 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 באחיות.
3. מחלה או כושר לקוי, העשוי לשלול מהמועמד את היכולת לעסוק באחיות 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 באחיות לחלוטין, זמנית או חלקית.

תאריך _____ שם מלא _____ חתימה _____



המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא) 7033001, טל': 08-9779470\1\2 פקס: 08-9225111
אתר האקדמיה: www.shamirfschool.org.il e-mail: nurseschool@shamir.gov.il



תוקף-לאיכות בשרות

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 שהאקדמיה לאחיות תיידע את המדריכה הקלינית על בעיית בריאות קיימת או שהתפתחה במהלך הלימודים.

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



קבלת הסכמה לצילום בכיתות לימוד וחדרי סימולציה במסגרת לימודים/קורס

במסגרת הלימודים/קורסים בהם הינך משתתף/ת במסגרת האקדמיה 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. _____, 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 האקדמיה לאחיות בלבד.

הנני מאשר/ת לאקדמיה לאחיות לעשות שימוש בצילומים אלה לצרכי הוראה. מחקר ומשוב.

***יש להודיע למזכירות האקדמיה בכתב על כל שינוי**

חתימה

תאריך

ב ב ר כ ה

הנהלת האקדמיה לאחיות



המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא) 7033001, טל': 08-9779470\1\2 פקס: 08-9225111
אתר האקדמיה: www.shamirfschool.org.il e-mail: nurseschool@shamir.gov.il



תוקף-לאיסוף בשרות



קבלת הסכמה להשתתפות בצילומים והעברת נתונים רגישים

סטודנט יקר!

במסגרת הכנת חומרים שיווקיים (תמונות, סרטים) על האקדמיה שישמשו לצורך שיווק האקדמיה במדיה (עיתונות, כתובה ומשודרת, פייסבוק וכדומה) אנו מצלמים סיטואציות שונות המשקפות את הוויית הלימודים באקדמיה.

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

הינך מתבקש לחתום על הסכמה להעברת נתונים רגישים בענן מאובטח והסכמה או אי הסכמה להשתתפות בצילומים לצרכי פרסום האקדמיה לאחיות (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

ב ב ר כ ה

הנהלת האקדמיה לאחיות



המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא) 7033001, טל': 08-9779470\1\2 פקס: 08-9225111
אתר האקדמיה: www.shamirfschool.org.il e-mail: nurseschool@shamir.gov.il



תוקף-לאיסוף בלבד

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 האקדמיה 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 האקדמיה לא יאוחר מחודש לפני מועד הבחינות.
3. האקדמיה לא תמליץ על מוסדות אבחון אלה או אחרים.
האקדמיה שומרת לעצמה את הזכות שלא לקבל את ההמלצות במכתב האבחון, כולן או מקצתן, או לדרוש מן התלמיד אבחון נוסף.



הצהרה על ליקויי למידה

1. קראתי את הנוהל בנושא.

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.

תאריך	שם ומשפחה	התימה
-------	-----------	-------



אוגוסט 2024

תקנון הספרייה

1. יש לשמור על השקט. אין לשוחח בטלפונים סלולאריים בשטח הספרייה.
2. אין להכניס תיקים, שתייה ו/או אוכל לשטח הספרייה. בכניסה לספרייה ישנם מדפים עליהם יש להניח את התיקים.
3. השאלת ספרים נעשית על פי קוד ספר וקוד קורא הניתן על ידי הספרנית מתוכנת המחשב.
4. ספר שאינו שמור ניתן להשאלה למשך שבוע ימים בלבד.
הארכת תקופת ההשאלה יכולה להתבצע ע"י פנייה ישירה לספרנית, בפנייה לאימייל הספרייה libraryschool@shamir.gov.il או בפנייה טלפונית בשעות פעילות הספרייה ל- 08-9779480. אישור בקשת הארכת מועד החזרת הספר מותנה בכך שהספר אינו מוזמן ושבקשת ההארכה נעשתה עד יום לפני תום מועד ההשאלה.
5. ספר שמור ניתן להשאלה לערב אחד או לסוף שבוע, מיום חמישי בצהריים ועד לבוקר יום ראשון שלאחריו, **בלבד**.
6. יש להחזיר את כל הספרים המושאלים, לא יאוחר משישה שבועות לפני תום הלימודים.
7. עלות צילום / הדפסת עמוד – 0.20 ₪
8. שימוש בלוקר – תמורת פיקדון של ת.ז. או רישיון נהיגה. השימוש בלוקרים בשעות פעילות הספרייה בלבד ויש להחזיר את המפתח עד לסגירת הספרייה.
9. קנס על סך 5 ₪ יוטל על המאחר להחזיר ספר מושאל **לכל יום איחור**.
10. סטודנט שאיבד או גרם נזק בלתי הפיך לספר, יחויב ברכישת ספר זהה חדש או לחילופין יחויב בתשלום.
11. יש להחתיים את הספרנית על סיום כל החובות לספרייה, לא יאוחר משישה שבועות לפני ההגשה לבחינה הממשלתית.
12. יש להגיש למזכירות האקדמיה את טופס סיום החובות לספרייה, כתנאי להגשה לבחינה הממשלתית.
13. סטודנט שאינו משלים את חובותיו לספרייה, לא יהיה רשאי לשאול ספרים, עד להסדרת החוב.
14. סטודנט שקיבל מכתב התראה ולא הסדיר את חובו עד סוף אותה שנה אקדמית, האקדמיה לא תאפשר לו להבחן בבחינות הפנימיות.
15. לסטודנטים הניגשים למבחן הרישום הממשלתי, תתאפשר השאלת ספרים עד שישה שבועות לפני המבחן הממשלתי. ניתן להאריך את ההשאלה עד שלושה ימים לאחר מבחן הרישום הממשלתי בתמורה לצ'ק פיקדון בגובה עלות הספר המושאל. הצ'ק יופקד בספרייה ויוחזר למשאל עם החזרת הספר.
במידה והספר לא יוחזר **תוך שבוע**, הצ'ק פיקדון יפדה ללא התראה נוספת.



המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא) 7033001, טל': 08-9779470\1\2 פקס: 08-9225111
אתר האקדמיה: www.shamirfschool.org.il e-mail: nurseschool@shamir.gov.il



תוקף-לאיסוף בנפרד

הצהרה על העדר הרשעה על הטרדה מינית ואלימות כלפי ילדים וחסרי ישע

עפ"י החוק למניעת העסקה של עברייני מין במוסדות מסוימים, תשס"א-2001,
(http://www.nevo.co.il/law/html/Law01/247m1_001.htm)

ותקנות למניעת העסקה במוסדות מסוימים של מי שהורשע באלימות כלפי ילדים וחסרי ישע, תשפ"ג-2023

חוק למניעת העסקה במוסדות מסוימים של מי שהורשע באלימות כלפי ילדים וחסרי ישע, התשפ"ג-2023

הנך נדרש מידי שנה להביא הצהרה בדבר היעדר הרשעה על הטרדה מינית / אלימות כלפי ילדים וחסרי ישע ממשטרת ישראל.

לא ניתן להתחיל התנסות קלינית ללא אישור מהמשטרה על היעדר הטרדה מינית (גברים בלבד) וללא אישור על היעדר אלימות כלפי ילדים וחסרי ישע (גברים + נשים). משתלס/ת שלא י/תתחיל התנסות במועד, לימודי/ה יתעכבו.

מס' ת.ז.

שם

תאריך

חתימה



המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא) 7033001, טל': 08-9779470\1\2, פקס: 08-9225111
www.shamirfschool.org.il אתר האקדמיה: e-mail: nurseschool@shamir.gov.il



תוקף-לאיכות בצורת



מדינת ישראל
STATE OF ISRAEL

משרד הבריאות
MINISTRY OF HEALTH
ירושלים JERUSALEM

מינהל הסייעוד
NURSING DIVISION

נספח

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 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 לימודיי, זאת לאחר שתנתן לי זכות לשימוע.
3. בהתאם לחוק המרשם הפלילי ותקנות השבים, תשמ"א-1981, סעיף 6, אני הוד"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 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 _____
נהל: 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



המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא) 7033001, טל': 08-9779470\1\2 פקס: 08-9225111
e-mail: nurseschool@shamir.gov.il אתר האקדמיה: www.shamirfschool.org.il



חוקש-לאיסוף בפרשת

הנחייה לקבלת חיסונים לסטודנטים לאחיות

כללי:

תלמידי אחיות 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 לאחיות להתחסן עפ"י הנוהל (מצ"ב קישור לנוהל - http://www.health.gov.il/hozer/mk07_2011.pdf)

עבור האקדמיה לאחיות "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 האקדמיה את האישורים המתאימים. סטודנט שטרם השלים את הטיפול בקבלת החיסונים חייב לבצע זאת עד תום שלב א' בלימודי קורס הפרמדיקים.

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

ב ב ר כ ה

הנהלת האקדמיה לאחיות



המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא) 7033001, טל': 08-9779470\1\2 פקס: 08-9225111
אתר האקדמיה: www.shamirfschool.org.il e-mail: nurseschool@shamir.gov.il



תוקף-לאיסוף בלבד

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 לנהל:

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

סטודנט שלא ימציא אישר מלשכת הבריאות על קבלת החיסונים, עד סוף שלב א' של קורס הפרמדיקים, לא ישתלב בהתנסות קלינית בשלב ב' ויועלה לדיון בוועדה למעמד התלמיד.

_____	_____
מס' ת.ז.	שם הסטודנט
_____	_____
תאריך	חתימת הסטודנט



הדרכה לחיסונים לסטודנטים למקצועות הבריאות

לתלמידי אחיות ופאראמדיקים שלום רב,

נוהל חיסון תלמידי מקצועות הבריאות ועובדי מערכת הבריאות מגדיר את תוכנית החיסונים המחייבת סטודנטים למקצועות 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.

לא ניתן להתחיל התנסות קלינית ללא אישור חיסונים מלשכת הבריאות. תלמיד 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).

הליך אשרור החיסונים לוקח זמן! בעיקר לאלו שאין להם תיעוד חיסוני ילדות! אנו ממליצים להתחיל בהליך וקביעת התורים כבר עכשיו, לפני תחילת שנת הלימודים!!!! ראו פירוט פעולות בסוף המסמך!!!

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. 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

פרטים על דרכי הגעה ושעות קבלה ניתן לקבל באתר של כל לשכה



המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא) 7033001, טל': 08-9779470\1\2 פקס: 08-9225111
אתר האקדמיה: www.shamirfschool.org.il e-mail: nurseschool@shamir.gov.il



תחשק-לאיסת בנרת

תרשים זרימה להסדרת החיסונים:

אם אין שום תיעוד או מסמך התהליך לוקח כחצי שנה.

תאריך ביצוע	פעולה	פירוט	מועד דרישה לביצוע
צעד ראשון	קביעת תור למרפאת חיסונים – לשכת בריאות מחוזית	יש המתנה ארוכה לתורים ויש ביטולים הקדימו לעשות זאת. לקביעת תור למרפאת חיסונים יש להתקשר למוקד *5400 פעילות המוקד- ימים א-ה 8:00-18:00 וביום ששי מ 8:00-13:00	דיווח ליועצת אקדמית במייל או בכתב עד היום הראשון ללימודים
צעד שני	קביעת תור למלש"ח לבדיקת מנטו	פירוט הלשכות בעמוד הקודם. ניתן לעשות זאת בכל מקום הקרוב למגוריהם.	דיווח ליועצת אקדמית במייל או בכתב עד היום הראשון ללימודים
צעד שלישי	הכנה לביקור במרפאת חיסונים – לשכת בריאות מחוזית איסוף: פנקסי חיסונים גם מהילדות), פנקסים בינלאומיים, אישור על קבלת חיסונים במרפאת קופ"ח או מרפאת פרסונל, מרפאה תעסוקתית, צה"ל, תוצאות של בדיקות דם תוצאה של תבחין טוברקולין .	נא לבצע את הבדיקות הבאות anti- HBs , HBs-ab , HBsAg , HBc-ab , HCV- , ab , בקופ"ח עוד לפני הביקור הראשון במרפאת החיסונים.	עם קביעת התור



עד סוף סמסטר א' בשנת הלימודים הראשונה	נא להביא תשובות מודפסות של כל התייעוד שנאסף: בדיקות המעבדה, בדיקת המנטו אם חסרים חיסונים, תקבלו שם. התשלום במרפאה בכרטיס אשראי בלבד! הליך החיסונים לוקח כחצי שנה.	הגעה לתור במרפאת חיסונים- לשכת בריאות מחוזית	צעד רביעי	
---	--	--	-----------	--

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

פרטים על דרכי הגעה ושעות קבלה ניתן לקבל באתר של כל לשכה

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 וביירוים בלבד ניתן לפנות גם לאחת מלשכות הבריאות הממשלתיות הפרוסות ברחבי



המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא) 7033001, טל': 08-9779470\1\2 פקס: 08-9225111
www.shamirfschool.org.il e-mail: nurseschool@shamir.gov.il אתר האקדמיה:



תותק-לאיסת בנרת

נספח 1

(סמליל המרפאה המחסת)

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.

מנה 6	מנה 5	מנה 4	מנה 3	מנה 2	מנה 1	החיסון
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.



המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא) 7033001, טל': 08-9779470\1\2 פקס: 08-9225111
www.shamirfschool.org.il אתר האקדמיה: e-mail: nurseschool@shamir.gov.il



תוקף-לאיכות בצהרת



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 וחתימה	אצווה	תאריך	שם וחתימה	אצווה	תאריך	שם וחתימה	אצווה	תאריך	תאריך	תאריך	תאריך	
												IPV
												Td
												Tdap
												MMR
												דלקת כבד B
												אבעבועות רוח
												אחר

כייל נוגדני Anti-HBs: יש לבצע: כן/לא.

אם כן, תוצאה: mIU/ml _____ מיום _____



המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא) 7033001, טל': 08-9779470\1\2 פקס: 08-9225111
 e-mail: nurseschool@shamir.gov.il אתר האקדמיה: www.shamirfschool.org.il



תוחסין-לאיסוף בשרות



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 IGRa 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 המחוננת)

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 בשלבת 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

וסטודנטים למקצועות הבריאות

עובדי מערכת הבריאות ותלמידי מקצועות הבריאות עלולים להדבק עקב עיסוקם במחוללי מחלות מדבקות קשות. הם גם עלולים להדבק 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 מיידית 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 הבלב 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 נדבקת 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.



נספח 4

(סמליל המרפאה המחסנת)

הודעה לעובדי 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 _____



המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא) 7033001, טל': 08-9779470\1\2 פקס: 08-9225111
e-mail: nurseschool@shamir.gov.il אתר האקדמיה: www.shamirfschool.org.il



תוקף-לאיכות בציבור

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 ונזיקית במקרה של הדבקה 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 בטיפולו.

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

