

Pediatric Trauma Life Support (PTLS)

טראומת ילדים

תאריך הקורס – 03.04.2025–04.04.2025

מטרת הקורס; הקניית ידע ומיומנויות לייצוב וטיפול ראשוני בילד הפצוע
אוכלוסיית יעד; רופאים ואחים/ות מוסמכים/ות ופרמדיקים העוסקים בטיפול בילדים נפגעי טראומה במתאר של טרום בית חולים/ בית חולים.

חיקף 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 20.03.2025

או לחלופין;

ב. תשלום 100 ₪ דמי הרשמה במועד הרישום (מספר המקומות מוגבל) ואת שאר התשלום (2,550 ₪) לשלם עד 20.03.2025 (במקרה של ביטול מצד הנרשם דמי הרישום לא יוחזרו).

ביטול רישום לקורס;

- עד תאריך 20.03.2025 יחייב תשלום של 30% מעלות הקורס .
- מתאריך 20.03.2025 ועד 27.03.2025 יחייב תשלום של 50% מעלות הקורס .
- מתאריך 30.03.2025 ועד לפתיחת הקורס יחייב תשלום של מלוא שכר הלימוד.

חנחיות 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 חינוס ביום הלימוד!

לפרטים נוספים והרשמה ניתן להתקשר לביה"ס לסייעוד "אסף הרופא"

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

הקדימו את הרשמתכם!



המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא) 7033001, טל': 08-9779470\1\2 פקס: 08-9225111
e-mail: nurseschool@shamir.gov.il אתר ביה"ס: www.asafschoo1.co.il



תותק-ליסית מנרית

טופס הרשמה לקורס טראומה בילדים 2024

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: _____

מס' כרטיס אשראי _____ תוקף כרטיס _____

חתימה _____ תאריך _____



המרכז הרפואי שמיר (אספ הרופא) 7033001, טל': 08-9779470\1\2 פקס: 08-9225111
אתר ביה"ס: www.asafschoo.co.il e-mail: nurseschool@shamir.gov.il



תוקף-ליסטת מנחה