

כ"ט בתמוז, התשע"א

31 יולי 2011

מס' חוזר: 7/11

**הנדון: חיסון תלמידי מקצועות הבריאות**

1. **כללי**  
תלמידי מקצועות הבריאות, במשך לימודיהם הקליניים, ובעיקר כאשר יעבדו במקצועם, יהיו חשופים להדבקה במחוללי מחלות מדבקות קשות. בנוסף, הם עלולים להדביק במחוללים אלו את מטופליהם. מסיבה זו קבע משרד הבריאות, כי עליהם להיות מחוסנים נגד המחלות הקשות החשובות נגדן קיים חיסון בטוח ויעיל כמו כל עובדי הבריאות.
2. **מהות**  
נוהל זה מעדכן את הנוהל מיום 11.11.08 ומחליף אותו. הוא עוסק בתחומים הבאים:
  - 2.1 המחלות נגדן מומלץ שיהיו מחוסנים כל תלמידי מקצועות הבריאות לפני כניסתם לעבודה הקלינית והבדיקה לשחפת חבונית.
  - 2.2 כללים לחיסונם של תלמידי מקצועות הבריאות והבדיקה לשחפת חבונית.
  - 2.3 שיטת מתן החיסונים וביצוע תבחין הטוברקולין.
3. **מסמכים ישימים**
  - 3.1 מכתב ראש שירותי בריאות הציבור מספר 1372 מיום 17.11.99.
  - 3.2 תדריך החיסונים של משרד הבריאות, מהדורת 1999 ועדכונים.
4. **הגדרות**
  - 4.1 **תלמיד מקצועות הבריאות:** תלמיד באחד ממוסדות הלימוד למקצועות הבאים: סיעוד, סיוע לאחות, קורס על-בסיסי בסיעוד, רפואה, רפואת שיניים, סיעות לרופאי שיניים, רוקחות, שינניות, פיסיותרפיה, ריפוי בעיסוק, הפרעות בתקשורת, טכנאות הדמיה, תזונה, ביו טכנולוגיה רפואית, מעבדות רפואית ורפואת חירום (פרמדיקים) ומקצועות אחרים אותם רשאי להגדיר ראש שירותי בריאות הציבור.
  - 4.2 **תכנית החיסונים שעל התלמיד לקבל:** רשימת החיסונים בחלק ב' של נספח 2, עליו חתומים אחות מרפאת החיסונים או רופא מרפאה זו.
  - 4.3 **תלמיד מחוסן:** תלמיד שיש בידו אשור על גבי חלק ג' של נספח 2, על פיו קיבל את כל החיסונים הנדרשים על פי נוהל זה, וביצע תבחין טוברקולין ובדיקות שעליו לבצע על פי נוהל זה, חתום ע"י אחות או רופא של מרפאת החיסונים של לשכת הבריאות או מרפאה אחרת שתאושר לכך על ידי ראש שירותי בריאות הציבור (להלן "מרפאת החיסונים").
  - 4.4 **חיסון נגד דלקת כבד B מן הדור השלישי:** חיסון recombinant DNA, מיוצר בתאי יונק.
  - 4.5 **כייל מחסן של נוגדנים נגד דלקת כבד נגיפית B:** כייל שנמדד 4-8 שבועות לאחר קבלת מנת החיסון השלישית נגד HBV והנו 10mIU/ml ומעלה.

## 5. אחריות

- 5.1. מנהלי המוסדות להכשרת תלמידים במקצועות הבריאות אחראי על ידוע התלמידים אודות הצורך בקבלת החיסונים, על הפנייתם לקבלתם ועל פעולת בית הספר בהתאם לאישורי אחות או רופא מרפאת החיסונים.
- 5.2. התלמיד אחראי על קבלת החיסונים. עליו להציג לפני תחילת ההתנסות הקלינית אישור שהוא מחוסן.

## 6. השיטה

6.1. ראש שירותי בריאות הציבור יעדכן מעת לעת את רשימת החיסונים שעל "תלמיד מקצועות הבריאות" לקבל.

6.2. החיסונים שעל "תלמידי מקצועות הבריאות" לקבל / להשלים ברווחי זמן על פי תדריך החיסונים של משרד הבריאות, מהדורה 1999 ועדכונים:

6.2.1 שתי מנות של **חיסון נגד שיתוק ילדים** (OPV או IPV) ומנת דחף. השלמת חיסונים תעשה על ידי חיסון IPV. קבלת מנת דחף אחת בתרכיב IPV, אם חלפו יותר מ-10 שנים מאז קבלת סידרת חיסונים בסיסית או הדחף האחרון

6.2.2 שתי מנות **חיסון נגד חצבת, חזרת ואדמת** (תרכיב MMR) שניתנו אחרי גיל שנה לתלמיד שנולד בשנת 1957 ואילך. מנה אחת בלבד לתלמיד שנולד לפני 1957.

6.2.3 שלוש מנות **חיסון נגד דלקת כבד נגיפית B**. המשך החיסון תלוי במקצוע הנלמד כמפורט בסעיפים 6.3.

6.2.4 מנה אחת של **חיסון נגד טטנוס, דיפתריה ושעלת** (Tdap) אם לא ניתנה בעבר. החיסון ינתן בכל רווח זמן מקבלת מנה קודמת של חיסון נגד טטנוס-דיפתריה (Td). לתלמיד שקבל בעבר פחות מ-3 מנות חיסון נגד דיפתריה וטטנוס יש להשלים את סדרת החיסון ל-3. המנה הראשונה של Tdap נספרת כאחת מהן.

6.2.5 שתי מנות **חיסון נגד אבעבועות רוח** לתלמיד מקצועות הבריאות שאינו זוכר שחלה במחלה זו או שלא חוסן נגדה.

6.2.6 מנה אחת של **חיסון נגד שפעת** לתלמיד מקצועות הבריאות בכל גיל, אם התלמיד מקבל חיסון בחודשים אוקטובר עד ינואר בתחילת שנת הלימודים בה הוא מתחיל התנסות קלינית.

6.2.7 נוסף לחיסונים הנ"ל, עליו להציג תוצאות **תבחין טוברקולין** בשיטת מנטו TWO STEP TEST בתוקף מחמש השנים האחרונות. אם התבחין הנו חיובי עליו להציג תוצאות תקינות של צילום חזה שבוצע לאחר התבחין החיובי.

### 6.3. חיסון נגד HBV ללומדים רפואה, רפואת שיניים, סיעוד, שינניות ופרמדיקים.

6.3.1 על תלמידים שלומדים מקצועות אלו לבצע בדיקת נוגדנים מסוג anti-HBs 4-8 שבועות לאחר קבלת המנה השלישית בסדרה. כייל מחסן הינו 10 miU/ml ומעלה. נטילת הדם לבדיקה זו תעשה באחד משני המקומות לפי בחירת רופא הנפה: מרפאת לשכת הבריאות או מרפאת קופת חולים.

6.3.1.1 אם הכייל יימצא נמוך מן הכייל הנ"ל, מומלץ על אחת משתי החלופות הבאות, עדיף תוך שימוש בחיסון מן הדור השלישי:

**חלופה א': מתן מחדש של סידרת חיסון מלאה**, ובדיקת נוגדנים מסוג anti-HBs 4-8 שבועות אחרי המנה השלישית של הסדרה השנייה.

**חלופה ב': מתן מנת דחף אחת** ובדיקת רמת נוגדנים מסוג anti-HBs כעבור 4-8 שבועות. אם גם לאחר מנת הדחף אין תגובה מספקת, יש להשלים סידרה שניה של החיסון עד למתן 3 מנות ולבצע בדיקת נוגדנים מסוג anti-HBs 4-8 שבועות אחרי המנה השלישית של הסדרה השנייה.

6.3.1.2 תלמיד שיימצא אצלו כייל anti-HBs נמוך מ-10 mIU/ml גם לאחר קבלת **שתי סדרות** של חיסון, יוגדר כ-"לא מגיב". עובדה זו תובהר לו על ידי אחות המרפאה המחסנת בעל פה ובכתב, תוך שימוש בנספח 4. תלמיד "לא מגיב" יבצע בדיקת HBsAg ובדיקת anti-HBc. תלמיד שיסרב לבצע בדיקת נוגדנים לא יקבל את האישור על השלמת התכנית ( חלק ג', נספח 1).

6.3.1.3 תלמיד שלא חוסן נגד דלקת כבד נגיפית B עקב הורית נגד, ייבדק לנוכחות כייל נוגדנים מסוג anti-HBs. אם יימצא שלילי בבדיקה הנ"ל, הוא ייחשב בלתי מוגן נגד דלקת כבד B וימולא עבורו נספח 4.

6.3.1.4 כאשר תלמיד המקצועות המוזכרים בסעיף 6.3 **חוסן בעבר נגד דלקת כבד B**:

**-אם קבל 3 מנות**, עליו להציג תוצאות בדיקת נוגדנים מסוג anti-HBs. אם רמתם הינן 10 mIU/ml או יותר, ייחשב מחוסן. אם רמתם נמוכה מערך זה, יש לפעול על פי אחת משתי החלופות המוזכרות לעיל בסעיף 6.3.1.1.

**-אם קבל פחות מ-3 מנות**, עליו להשלים קבלת 3 מנות, ולפעול בדומה לפעולות הננקטות לגבי עובד שהחל כעת את סדרת החיסון.

6.4 **חיסון נגד HBV לשאר תלמידי מקצועות הבריאות (שאינם נכללים בסעיף 6.3)**  
תלמידים אחרים, שאינם נכללים בין 5 המקצועות המוזכרים בסעיף 6.3, יקבלו סדרה של 3 מנות חיסון נגד דלקת כבד B, ללא צורך בבדיקת נוגדנים.

## 6.5 **החלטה על החיסונים שעל תלמיד לקבל**

6.5.1 תלמיד יחשב מחוסן נגד חצבת, חזרת, אדמת אם יש בידו תיעוד מתאים על קבלת החיסונים כמפורט בסעיפים 6.2.

יחשב מחוסן נגד חצבת, חזרת ואדמת גם תלמיד שיציג תיעוד מעבדתי על חסינות בכל אחת מהמחלות או תיעוד רפואי על כך שחלה בכל אחת מהמחלות הנ"ל, אשר אובחנו אבחון קליני ומעבדתי. אם נולד לפני 1957 מספיק תיעוד על קבלת מנה אחת של חיסון נגד חצבת-חזרת-אדמת.

6.5.2 תלמיד יחשב מחוסן נגד דיפתריה וטטנוס ונגד שיתוק ילדים אם יש בידו תיעוד מתאים על קבלת החיסונים כמפורט בסעיף 6.2, או אם הוא מצהיר שקבל את החיסונים. על הצהרה יחתום התלמיד על פי נספח 3 של הנוהל.

6.5.3 תלמיד יחשב מחוסן נגד שעלת אם יש בידו תיעוד על קבלה של מנה אחת של חיסון Tdap.

6.5.4 תלמיד יחשב מחוסן נגד אבעבועות רוח אם הצהיר שחלה במחלה זו או חוסן נגדה בשתי מנות חיסון.

6.5.5 תלמיד יחשב מחוסן כנגד דלקת כבד B, אם בידו תיעוד מתאים על קבלת החיסונים כמפורט בסעיף 6.2. אם הוא לומד אחד המקצועות המוזכרים בסעיף 6.3, תנאי נוסף להגדרתו מחוסן נגד דלקת כבד B הוא הצגת תיעוד על כיל נוגדנים מסוג anti-HBs גבוה מ-10 mIU/ml. יחשב כמחוסן נגד דלקת כבד B גם תלמיד המציג תיעוד רפואי שחלה במחלה זו בעבר אשר אובחנה קלינית ומעבדתית או תוצאות בדיקת כייל נוגדנים מסוג anti HBs הגבוה מ-10 mIU/ml.

## 6.6 מתן החיסונים

6.6.1 יחד עם ההודעה על קבלת התלמיד ללימודים יקבל כל תלמיד ממנהל בית הספר הודעה על ההוראה להציג אישור על קבלת החיסונים הנדרשים בנוהל זה עד סיום שנת הלימודים הראשונה או עד מועד ההתנסות הקלינית הראשונה (המוקדם מבין שני המועדים הנ"ל). מומלץ למנהל בית הספר שיהיה זה אחד התנאים של מעבר לשנה ב'.

6.6.2 החיסונים ינתנו במרפאות החיסונים של לשכות הבריאות או על ידי מרפאת חיסונים אחרת שיכיר בה רופא הנפה. על התלמיד לתאם מראש תור במרפאה זו. עלות ביצוע החיסונים חלה על הסטודנט. בלשכות הבריאות ישולם עבורם לפי תעריף מרפאות היוצאים לחו"ל, כולל אגרת רישום בפנקס חיסונים ו"דמי הרכבה".

6.6.3 אחות מרפאת החיסונים תהיה אחות מוסמכת. רצוי שתהיה לאחר השתלמות מוכרת ברפואה מונעת וקידום בריאות (קורס על בסיסי בריאות הציבור). לפני מתן החיסון היא תיתן לתלמיד את דף המידע על החיסונים (נספח 6). האחות או הרופא יקבעו, בהתאם לתיעוד על קבלת חיסונים בעבר ולראיון עם התלמיד, מה תכנית החיסונים שעליו לקבל. תכנית החיסונים שקבל התלמיד בעברו תרשם בחלק א' של נספח 2 והתכנית שעליו לקבל תרשם בחלק ב' של נספח 2. נספח 2 יש למלא ב-2 עותקים: האחד לתלמיד והשני לתיק בתיק המרפאה.

6.6.4 תבחין טוברקולין בבדיקת מנטו דו שלבית וקריאת תוצאותיו יבוצע במקום מתאים כגון מלש"ח או לשכת בריאות. מספרי הטלפון של המלש"חים נמצאים בנספח 1. רישום ביצועו ותוצאותיו בנספח 2 יעשה על ידי אחות או רופא מרפאת החיסונים. מומלץ להשלים ביצוע התבחין לפני תחילת תכנית החיסונים, שאם לא כן יש להמתין 4 שבועות לפחות בין מתן חיסון חי מוחלש (MMR ואבעבועות רוח) לבין ביצוע תבחין טוברקולין.

6.6.5 מנות חיסון נוספות תינתנה בהתאם לצורך באותה שיטה במועדים אחרים.

6.6.6 לאחר השלמת מתן החיסונים בהתאם לתכנית, וקריאת תוצאות בדיקת המנטו, יחתמו אחות או רופא מרפאת החיסונים על חלק ג' של נספח 2, ובו אשור על השלמת מתן החיסונים שהתלמיד חייב ורשאי לקבל. התלמיד יגיש רק את חלק ג' של נספח 2 החתום למשרד בית הספר בו הוא לומד.

## 7 מצבים מיוחדים

7.1 הריון: יש לשאול כל תלמידה האם היא בהריון. אין לחסן תלמידה הרה בחיסון MMR וחיסון נגד אבעבועות רוח. חיסונים אלו יינתנו לאחר סיום ההריון. למרות שאין כל עדות לטרטוגניות של חיסון Td ו-Tdap, עדיף

לדחות מתן שלהם לאחר שבוע 20 להריון. כל שאר החיסונים המוזכרים בנוהל זה ניתן לחסן בהריון. תבחין טוברקולין ניתן לבצע בהריון. הנקה אינה משנה את תכנית החיסון.

7.2 הורית נגד: אם קיימת הורית נגד קבועה לקבלת חיסון כלשהו ירשם הדבר בטבלת החיסונים. אישור חלק ג' של נספח 2 ניתן במקרה זה כאישור קבוע, כאילו קבל את כל החיסונים הנדרשים. אם הורית הנגד זמנית (כמו חיסון נגד אבעבועות רוח או חיסון MMR לאשה הרה) ניתן האישור בחלק ג' כאישור זמני בהתאם.

7.3 מחסור בחיסונים: אם קיים מחסור באחד התרכיבים, ניתן אישור זמני בהתאם.

7.4 הפניה חוזרת: האחריות על הפניה חוזרת למרפאה המחסנת לשם קבלת אישור קבוע במקרים שינתן תחילה אישור זמני חלה על הנהלת בית הספר.

7.5 סירוב: במקרה של סירוב תלמיד לקבל חיסון או לבצע תבחין טוברקולין או לקבל טיפול נגד שחפת חביונית או לבצע בדיקת נוגדנים נגד דלקת כבד B מסוג anti HBs יש להפנות את התלמיד לקבל במרפאת החיסונים של לשכת הבריאות הסבר מתאים מאחות המרפאה על חשיבותם. אם גם אחרי זה הוא אינו מוכן לפעול על פי הנחיות אלו תחתיות אותו אחות המרפאה על טפסי הסירוב (נספחים 5 א ו-5 ב בהתאם). אין לתת אישור על קבלת החיסונים במקרה של סירוב לקבלתם או לבצע את אחת הבדיקות הנדרשות.

7.6 מתן אישור כאשר תבחין הטוברקולין "חיובי": האישור ניתן גם אם תבחין הטוברקולין "חיובי" בתנאי שצילום החזה תקין. במקרה זה יש לסמן באישור את האפשרות שעל התלמיד לפנות למלש"ח. האישור ניתן גם אם ניתנה המלצה לטיפול בשחפת חביונית והיא עדיין לא בוצעה.

בברכה,



פרופ' איתמר גרוטו  
ראש שרותי בריאות הציבור

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

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

(סמליל מרפאת החיסונים)

תאריך \_\_\_\_\_

חלק א': החיסונים שקבל בעבר תלמיד מקצועות הבריאות

שם \_\_\_\_\_ מס' ת"ז \_\_\_\_\_ שנת לידה: \_\_\_\_\_

מוסד הלימוד \_\_\_\_\_ המקצוע הנלמד: \_\_\_\_\_

תלמידות: האם בהריון: לא/כן. אם כן: שבוע ההריון: \_\_\_\_\_

מנה 6	מנה 5	מנה 4	מנה 3	מנה 2	מנה 1	
תאריך	תאריך	תאריך	תאריך	תאריך	תאריך	החיסון
						*IPV/OPV
						*Td
						Tdap
						MMR
						אבעבועות רוח
						דלקת כבד B
						**שפעת

\* יש לסמן בכוכבית רישום המבוסס על הצהרת התלמיד ולא על תיעוד כתוב.  
\*\*רק אם התלמיד מקבל חיסונים בחודשים אוקטובר עד ינואר.

אם קיימת הורית נגד לקבל אחד מהחיסונים יש לרשום את שם החיסון

כאן: \_\_\_\_\_

כייל נוגדני AntiHBs: 1. אין. 2. יש  $mIU/ml$  \_\_\_\_\_

תבחין מנטו:

תאריך הזרקה: \_\_\_\_\_ תאריך קריאה: \_\_\_\_\_ תוצאה \_\_\_\_\_ מ"מ.

תאריך הזרקה: \_\_\_\_\_ תאריך קריאה: \_\_\_\_\_ תוצאה \_\_\_\_\_ מ"מ

בוצע צילום חזה: כן / לא. תוצאות צילום חזה:

המלצות לטיפול מונע: לא/כן. אם כן האם קבל ומתי: \_\_\_\_\_

שם האחות/הרופא שרשמה הפרטים של חיסוני

העבר: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

(סמליל מרפאת החיסונים)  
**חלק ב': תכנית החיסונים שעל התלמיד לקבל ורישום קבלתם**

שם \_\_\_\_\_ מספר ת"ז \_\_\_\_\_ שנת לידה: \_\_\_\_\_

מוסד הלימוד \_\_\_\_\_ המקצוע הנלמד: \_\_\_\_\_

תלמידות: האם בהריון: לא/כן/לא ידוע אם כן: שבוע ההריון: \_\_\_\_\_

בצוע התכנית									תכנית החיסונים			החיסון
מנה 3			מנה 2			מנה 1			מנה 3	מנה 2	מנה 1	
חתימ	אצוו	תארי	חתימ	אצוו	תארי	חתימ	אצוו	תארי	תארי	תארי	תארי	
ה	ה	ך	ה	ה	ך	ה	ה	ך	ך	ך	ך	
												IPV
												Td
												Tdap
												MMR
												אבעבועו
												ת רוח
												דלקת
												כבד B
												*שפעת

\*רק בחודשים אוקטובר עד ינואר

\* יש לסמן כוכבית במקום תאריך אם הרישום מבוסס על הצהרת העובד ולא על תיעוד.

**אם קיימת הורית נגד לקבל אחד מהחיסונים יש לרשום את שם החיסון**

כאן: \_\_\_\_\_

שם האחות/הרופא הקובע/ת את תכנית החיסונים: \_\_\_\_\_

חתימה: \_\_\_\_\_

כייל נוגדני AntiHBs: 1. אין. 2. יש  $mIU/ml$  \_\_\_\_\_ 3. אין צורך.

**תבחין מנטו** (יש לבצע בדיקה שניה אם תוצאת הבדיקה הראשונה נמוכה מ 10 מ"מ)

תאריך הזרקה: \_\_\_\_\_ תאריך קריאה: \_\_\_\_\_ תוצאה \_\_\_\_\_ מ"מ.

תאריך הפניה לבדיקה שניה: \_\_\_\_\_

תאריך הזרקה: \_\_\_\_\_ תאריך קריאה: \_\_\_\_\_ תוצאה \_\_\_\_\_ מ"מ בוצע

צילום חזה: כן/לא

תוצאות הצילום: \_\_\_\_\_

טיפול מומלץ: \_\_\_\_\_

שם האחות/הרופא מבצע/ת תבחין

מנטו: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_



(סמליל מרפאת החיסונים)

חלק ג': אישור\*

אני מאשר/ת כי התלמיד \_\_\_\_\_  
מספר תעודת זהות \_\_\_\_\_

- א. קיבל את כל החיסונים הנדרשים ממנו בנוהל חיסון תלמידי  
מקצועות הבריאות ואשר הוא רשאי לקבלם ובצע
- ב. בצע בדיקת נוגדנים מסוג anti HBs ונמצא כייל מחסן.
- ג. בצע תבחין טוברקולין (מנטו).

האישור הנו: 1- קבוע, 2- זמני עד \_\_\_\_\_. על מזכירות בית הספר להפנותו למרפאה  
להשלמת החיסון לקראת התאריך הנ"ל.

שם האחות/ הרופא או חותמת \_\_\_\_\_

חתימה: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_

\*יש להקיף בעיגול את האפשרות המתאימה.

(סמליל מרפאת החיסונים)

תאריך: \_\_\_\_\_

אל  
המרפאה לחיסון תלמידי מקצועות הבריאות

**הנדון : הצהרה על קבלת חיסונים ועל מחלה בעבר\***

א. בהתאם לנוהל חיסון תלמידי מקצועות הבריאות אני מצהיר/ה כי קיבלתי את החיסונים שמקבלים ילדים בתחנות טיפת חלב ובבתי הספר.

1. מנת חיסון אחרונה נגד דיפתריה וטטנוס קבלתי ב \_\_\_\_\_.

2. מנת חיסון אחרונה של חיסון נגד שיתוק ילדים קבלתי ב \_\_\_\_\_.

ב. אני מצהיר/ה שחליתי באבעבועות רוח/ קיבלתי שתי מנות חיסון נגד אבעבועות רוח.

שם המצהיר/ה: \_\_\_\_\_

מספר ת.ז: \_\_\_\_\_

חתימה: \_\_\_\_\_

\*יש להקיף בעיגול את האפשרות המתאימה.

**הודעה לתלמיד 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 כייל נוגדנים 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.

\*יש להקיף בעיגול את האפשרות המתאימה.

ב ב ר כ ה ,

אחות או רופא

המרפאה \_\_\_\_\_

(סמליל המרפאה המחסנת)  
**סרוב תלמיד מקצועות הבריאות לקבל חיסון**

משרד הבריאות ממליץ לך לקבל חיסונים בטוחים ויעילים שיגנו עליך מפני הדבקות במחלה קשה, ותמנענה אפשרות להדבקות מטופלים במחלה קשה. סרובך לקבל אחד או יותר מהחיסונים המומלצים עלול לסכן את בריאותך ואת בריאות מטופליך. כן קיימת השלכה ביטוחית ונוזיקית במקרה של הדבקותך במהלך עבודתך, או מעורבותך באירוע של הדבקות מטופל/ת.

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 להתחסן.

**הצהרה:**

לאחר שעיינתי בכתוב, קבלתי הסבר וקראתי את דף המידע לתלמיד מקצועות הבריאות על החיסונים שמומלץ כי אקבל, אינני מסכים/ה לקבל את החיסון נגד

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

שם מלא	מס' ת"ז	חתימה	תאריך
_____	_____	_____	_____
חתימת האחות או הרופא של מרפאת החיסונים		תאריך	

(סמליל המרפאה המחסנת)

**סרוב תלמיד מקצועות הבריאות לבצע בדיקות או לקבל טיפול**

משרד הבריאות ממליץ לך לבצע תבחין טוברקולין לאבחון שחפת חביונית או שחפת פעילה ולבצע בדיקת נוגדנים נגד דלקת כבד B אחרי קבלת סדרת החיסון\*. לעובד שימצא חיובי בבדיקת טוברקולין תישקל ההמלצה שיקבל טיפול מונע לשחפת חביונית או טיפול בשחפת פעילה כדי להגן עליו מפני המחלה ולמנוע אפשרות שידביק בה חולים אשר בטיפולו. סרובך לבצע את הבדיקה או לקבל את הטיפול המונע המומלץ לך, עלול לסכן את בריאותך ואת בריאות מטופליך. כן קיימת השלכה ביטוחית ונוזיקית במקרה של הדבקותך במהלך עבודתך, או מעורבתך באירוע של הדבקות מטופל/ת.

\*מחק את המיותר

לפני שתחתום על טופס זה, אנא שאל כל שאלה שתמצא על הבדיקה והטיפול.

**הצהרה:**

לאחר שעיינתי בכתוב וקבלתי הסבר, אינני מסכים/ה\*:

א. לבצע בדיקת תבחין טוברקולין.

ב. לקבל טיפול מונע נגד שחפת.

ג. לבצע בדיקת נוגדנים מסוג Anti HBs

שם מלא	מס' ת"ז	חתימה	תאריך
שם וחתימה של האחות או הרופא		תאריך	

## דף מידע בנושא החיסונים המומלצים לתלמידי מקצועות הבריאות ותבחין

### טוברקולין

תלמידי מקצועות הבריאות, במשך לימודיהם הקליניים, ובעיקר כאשר יעבדו במקצועם, יהיו חשופים להדבקה במחוללי מחלות מדבקות קשות. בנוסף, הם עלולים להדביק במחוללים אלו את מטופליהם. מסיבה זו קבע משרד הבריאות, כי עליהם להיות מחוסנים נגד המחלות הקשות החשובות נגדן קיים חיסון בטוח ויעיל.

### 1. חיסון נגד דיפתריה, טטנוס ושעלת

**דיפתריה** נגרמת ע"י חיידק ופוגעת בדרכי הנשימה העליונות. החיידק גורם לדלקת של הלוע ויוצר קרום שעלול לגרום חנק אצל החולה או לפגוע בלב, בכבד, במוח ובכליות. המחלה מועברת מאדם לאדם דרך האוויר וכן במגע עם הפרשות החולה (בעיקר הפרשות דרכי הנשימה).

**טטנוס** נגרמת על ידי חיידק החודר דרך פצעים וגורם להתכווצות קשה של השרירים אשר עלולה לגרום למוות. החיידק נמצא בכל מקום בעולם.

**שעלת** נגרמת על ידי חיידק וגורמת לשיעול קשה וממושך. המחלה קשה במיוחד בקרבה תינוקות.

החיסון המומלץ הוא Tdap דיפתריה וטטנוס טוקסואיד וחיסון אסלולרי נגד שעלת. מתי אין לקבל את החיסון: בזמן מחלת חום חריפה ואם הייתה תגובה כללית חמורה קודמת של רגישות יתר מיידית למתן חסון זה.

תופעות לוואי. התופעות העלולות להופיע כ-24 שעות אחרי קבלת החיסון הן: אודם, נפיחות, כאב מקומי ועליית חום. התופעות האלו חולפות לאחר מספר שעות עד יומיים.

### 2. חיסון נגד דלקת כבד נגיפית B

דלקת כבד זיהומית B (הפטיטיס B, Acute Viral Hepatitis B, צהבת B) היא מחלה נגיפית הפוגעת בכבד. היא עלולה לגרום לצהבת ולתשישות למשך מספר שבועות וחודשים, וכן למחלת כבד קשה וממושכת אשר עלולה להסתיים במוות.

המחלה מועברת בעיקר ע"י דם ומוצריו (אם לא נבדקו בבנק הדם לנוכחות הנגיף), ע"י שימוש במחטים ובמזרקים מזוהמים, וביחסי מין עם בן זוג או בת זוג שנושאים את הנגיף.

מתי אין לקבל את החיסון: אין לקבל את החיסון אם הייתה תגובה אלרגית חמורה או תגובה חמורה אחרת לאחר קבלת מנה קודמת שלו וכן בזמן מחלת חום חדה

תופעות לוואי של החיסון: תגובה אלרגית מיידית היא נדירה ביותר. תופעות הלוואי האחרות הן קלות וחולפות תוך זמן קצר: רגישות וחום במקום ההזרקה, עלית חום, עייפות, כאבי ראש, שחרחורת, ירידה בתאבון, בחילה ותפירות.

### 3. חיסון נגד חצבת, חזרת אדמת (MMR)

זהו חיסון נגד שלוש מחלות נגיפיות.

**חצבת** מתבטאת בדלקת גרון, דלקת עיניים, נזלת, שיעול, חום ופריחה בכל הגוף, המחלה עלולה לגרום סיבוכים קשים בדרכי הנשימה ופגיעה במוח.

**חזרת** מתבטאת בחום ובנפיחות בלוטות הרוק (אחת או יותר). המחלה עלולה לגרום סיבוכים כגון: דלקת האשכים, דלקת הלב, דלקת קרום המוח ודלקת המוח. סיבוכים אלו עלולים לגרום לעקרות וחירשות.

**אדמת** מחלת חום המלווה בפריחה. אצל נשים הרות בחודשי ההריון הראשונים עלולה המחלה לגרום למומים רבים בילוד, ביניהם: מומי לב, חרשות, עיוורון ופיגור שכלי.

מתי אין לקבל את החיסון: א. כל אדם שהמערכת החיסונית שלו נפגעה עקב מחלה או טיפול מדכא חסינות. ב. אין לקבל את החיסון אם הייתה תגובה אלרגית חמורה או תגובה חמורה אחרת לאחר קבלת מנה קודמת שלו וכן בזמן מחלת חום חדה. ג. בעת הריון.

תופעות לוואי: תגובות כלליות, נדירות, עלולות להופיע כ-5-12 ימים לאחר

החיסון:

תפירות חולפת ב- 5% מהמחוסנים, נפיחות בלוטות הלימפה וירידה במספר טסיות הדם החולפת ללא נזק. דלקת בלוטות הרוק או באשכים וחירשות עצבית חד-צדדית, כאבים בפרקים 1-3 שבועות אחרי מתן החיסון אשר חולפים תוך כמה ימים או שבועות. דלקת המוח עלולה להופיע תוך 30 יום אחרי מתן החיסון, שכיחותה נמוכה מאחד למיליון מקבלי חיסון.

#### **4. חיסון נגד אבעבועות רוח**

אבעבועות רוח היא מחלה נגיפית מדבקת מאוד הגורמת פריחה מגרדת עם על שלפוחיות. סיבוכיה: דלקת ריאות ודלקת מוח. מומלץ שכל עובד בריאות שלא חלה במחלה יקבל שתי מנות חיסון.

מתי אין לקבל את החיסון: א. כל אדם שהמערכת החיסונית שלו נפגעה עקב מחלה או טיפול מדכא חסינות. ב. אין לקבל את החיסון אם הייתה תגובה אלרגית חמורה או תגובה חמורה אחרת לאחר קבלת מנה קודמת שלו וכן בזמן מחלת חום חדה. ג. בעת הריון.

תופעות לוואי דומות לשל חיסון MMR. כן תתכן תופעה נדירה של הופעת שלפוחיות בעור.

#### **5. חיסון נגד שיתוק ילדים (פוליו)**

מחלה נגיפית הגורמת לשיתוק בגפיים ובשרירי הנשימה. השיתוק עלול לגרום נכות לכל החיים ואף למוות. החיסון המומת ניתן בזריקה.

מתי אין לקבל את החיסון: בעת מחלת חום חדה, תגובה חמורה לאחר מנה קודמת כולל תגובה מיידית אנפילקטית.

תופעות לוואי של החיסון: תגובה מקומית במקום ההזרקה, עלית חום ופריחה אלרגית.

#### **6. חיסון נגד שפעת**

שפעת הנה מחלה נגיפית מדבקת שמועברת דרך האוויר. נגיף השפעת גורם למחלת חום, כאבי שרירים, הרגשה כללית רעה ודלקת בדרכי הנשימה העליוניות. חלק מהחולים יסבול מסיבוכי השפעת בעיקר דלקת ריאות, שעלולה להיות קטלנית. עובדי בריאות נמצאים בסיכון גבוה במיוחד להדבק במחלה זו עקב מגעם עם מטופלים. הם עלולים להדביק מטופלים אשר נמצאים בסיכון גבוה לסבול מן הסיבוכים הקשים של שפעת. החיסון מומלץ לכל אדם ניתן מדי שנה בחודשי הסתו והחורף ויעיל למשך חורף אחד.

תופעות לוואי של החיסון: החיסון בטוח ויעיל. לעיתים בחלק ממקבלי החיסון צפוי חום, כאב, ואודם במקום ההזרקה.

מתי אין לקבל את החיסון: לאנשים שהגיבו בתגובה קשה (אנפילקטית) למנה קודמת של חיסון או לחלבון ביצה. לאנשים שחלו בשיתוק שרירים תוך 6 שבועות מאז קבלת חיסון קודם נגד שפעת.

#### **תבחין טוברקולין לאבחון הדבקה בחידק השחפת**

שחפת נגרמת על ידי חיידק ומועברת מאדם לאדם דרך מערכת הנשימה. היא גורמת למחלת ריאות קשה. תתכן גם פגיעה במוח, בכליות, בעור ובעמוד השדרה. מסימני המחלה: חולשה, חום, הזעה לילית, ירידה במשקל, שיעול, כאבים בחזה וליחה דמית.

אין חיסון יעיל נגד מחלה זו. הדרך למניעתה הנה על ידי אבחון מוקדם של הדבקה וטיפול באנטיביוטיקה מיוחדת נגד שחפת אם ארעה הדבקה. אבחון הדבקה נעשה על ידי "תבחין טוברקולין" ("תבחין מנטו").

התבחין מבוצע על ידי הזרקת חלבון של חיידק השחפת בעור הזרוע ובדיקת התגובה להזרקה זו.

**אחרי קבלת כל חיסון יש להמתין 20 דקות בחדר ההמתנה.  
זה פרק הזמן בו עלולות לקרות רוב תופעות לוואי המשמעותיות**