

שלום רב,

הנדון: הנחיות לחיסון סטודנטים בתכנית הכללית בחוג לסייעוד

בהתאם להנחיית משרד הבריאות על כל סטודנט המבקש ללמוד סיעוד, להמציא אישור לפיו הוא חוסן בחיסונים המחייבים של משרד הבריאות. חיוב זה מעוגן ברצון לשמור על בריאותו של התלמיד ועל בטיחות ובריאות המטופלים.

משרד הבריאות קיבל על עצמו לחסן את הסטודנטים שבמסגרת העבודה הקלינית בלימודיהם נחשפים להדבקה במחוללי מחלות מדבקות קשות ועלולים להדביק במחוללים אלו את מטופליהם (מס' חוזר: 7/11). החיסונים יסופקו ע"י לשכות הבריאות בתעריף מרפאות היוצאים לחו"ל, כולל אגרת רישום בפנקס החיסונים ודמי הרכבה. מקום מתן החיסונים הנו מרפאת החיסונים של לשכת הבריאות. על התלמיד לתאם מראש תור במרפאה זו. מצ"ב טופס ובו רשימת החיסונים הנדרשים, כולל תאריך מתן וחתימת האחות האפידמיולוגית של לשכת הבריאות.

- א. בשלב ראשון יש לבצע את תבחין טוברקלין (מנטו) רק במרפאות לשחפת.**
- ב. עליך לפנות בדחיפות ללשכת הבריאות לקבוע תור לשם השלמת החיסונים הנדרשים**
תחנת איפק
הינד חייב/ת להמציא ביום הכנס, 8.9.2013 אישור על קבלת חיסון ראשון Hepatitis B
יש לקחת בחשבון שחיסון נגד צהבת B מצריך 3 זריקות בהפרשי זמן ובדיקת נוגדנים.

המרפאות לשחפת

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

לשכות הבריאות

תל-אביב	03-5634848	השרון נתניה	09-8300111
פתח-תקוה	03-9051818	חיפה	04-8633111
חדרה	04-6240800	רחובות	08-9485858
רמלה	08-9181212		

ניתן לקבל חיסונים גם במרפאת האוניברסיטה בתעריף מוזל.

נא לקבוע תור עם אחות חיסונים גב' ג'וי, בימי ג' בשעות 10:30-14:00, בטלפון: 6415818 – 03

דמי החיסון ישולמו למרפאה ישירות ע"י הסטודנט.

הסטודנטים מתבקשים להגיע למרפאה עם פנקס חיסונים ותעודת סטודנט ו/או תעודה מזהה ואישור קבלה לחוג לסייעוד.

ברצוננו להבהיר כי תחילת ההתנסויות הקליניות בבתי הספר לסייעוד מותנית בקבלת החיסונים. סטודנט שלא יקבל את החיסונים לא יוכל להתחיל התנסות קלינית ועלול להפסיד שנת לימודים מלאה. האחראיות לחיסון חלה על הסטודנט.

בכבוד רב,

מזכירות התכנית הכללית

אישור קבלת חיסונים
יש להביא לכנס התלמידים
ב 8.9.2013

הפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר
 בית הספר למקצועות הבריאות
 החוג לסייעוד
 תכנית הכללית לתואר בוגר בסייעוד

תכנית החיסונים שעל התלמיד לקבל ורישום קבלתם

שם _____ מספר ת"ז _____ גיל: _____

תלמידות: האם בהריון: לא/כן/לא ידוע אם כן: שבוע ההיריון: _____

<u>בצוע התכנית</u>									<u>תכנית החיסונים</u>			
מנה 3			מנה 2			מנה 1			מנה 3	מנה 2	מנה 1	החיסון
חתימה	אצווה	תאריך	חתימה	אצווה	תאריך	חתימה	אצווה	תאריך	תאריך	תאריך	תאריך	
												IPV
												Td
												Tdap
												MMR
												אבעבועות 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 הקובעת את תכנית את תכנית החיסונים _____

חתימה: _____

כייל נוגדני *AntiHBs*: 1. אין. 2. *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
- ב. 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 או חותמת _____
חתימה: _____
תאריך: _____

* יש להקיף בעיגול את האפשרות המתאימה

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: _____