



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

ראש שרותי בריאות הציבור

Director of Public Health Services

תאריך \_\_\_\_\_

**חלק א': החיסונים שקבל בעבר עובד מערכת הבריאות ובדיקות שבצע**

שם \_\_\_\_\_ מס' ת"ז \_\_\_\_\_ המוסד: \_\_\_\_\_

שנת הלידה: \_\_\_\_\_ . עובדת: האם בהריון: לא/כן. העיסוק: \_\_\_\_\_

(א) האם עובד מינהל: כן/לא

אם כן - האם עוסק בתפקיד הכרוך במגע עם מטופלים או הפרשותיהם: כן/לא

(ב) האם שייך ל- 5 המקצועות שלגביהם יש דרישת בצוע בדיקת נוגדנים נגד HBV: כן/לא.

(ג) האם מבצע פפמ"ח: כן/לא.

(ד) האם עובד חדש: 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*



ראש שירותי בריאות הציבור

Director of Public Health Services

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

						שפעת
						חיסון אחר:

\* 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: \_\_\_\_\_

**כייל נוגדני Anti-HBs:**  כייל נוגדנים של  $miU/ml$  **מיום:** \_\_\_\_\_

הבדיקה לא בוצעה

**לעובד פפמ"ח:** 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: \_\_\_\_\_

המלצות לטיפול מונע: לא/כן. אם כן: בוצע/לא בוצע.

שם האחות או הרופא שרשמו את הפרטים של חיסוני העבר: \_\_\_\_\_



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

ראש שירותי בריאות הציבור

Director of Public Health Services

חתימה: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**חלק ב': תכנית החיסונים שעל עובד מערכת הבריאות לקבל ורישום קבלתם**

שם \_\_\_\_\_ מספר ת"ז \_\_\_\_\_ המוסד: \_\_\_\_\_

שנת הלידה: \_\_\_\_\_ . עובדת- האם בהריון: לא/כן. העיסוק: \_\_\_\_\_

(א) האם עובד מינהל: כן/לא. אם כן - האם עוסק בתפקיד הכרוך במגע עם מטופלים או הפרשותיהם: כן/לא (ב) האם שייך ל-5 המקצועות שלגביהם יש דרישת בצוע בדיקת נוגדנים נגד HBV: כן/לא.

(ג) האם מבצע פפמ"ח: כן/לא.

(ד) האם עובד חדש : 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



ראש שירותי בריאות הציבור

Director of Public Health Services

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

													דלקת כבד B
													אבעבועות רוח
													שפעת
													אחר

כיל נוגדני Anti- HBs : יש לבצע: כן/לא. אם כן, תוצאה:  $mIU/ml$  מיום \_\_\_\_\_

לעובד פפמ"ח: נוגדני anti HBc חיובי/שלילי. HBsAg : שלילי/חיובי.

\_\_\_\_\_ אם חיובי, העומס הנגיפי , (HBV-DNA) : \_\_\_\_\_

עותקים מ"ל .

\_\_\_\_\_ הערות

\_\_\_\_\_ שם האחות או הרופא שקבעו את התכנית:

\_\_\_\_\_ חתימה:

תבחין טוברקולין בשיטת מנטו יש לבצע בדיקה שניה רק 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, תשובת הצילום:



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

ראש שרותי בריאות הציבור

Director of Public Health Services

טיפול מומלץ אם ניתן:

\_\_\_\_\_

שם האחות או הרופא שבצעו את התבחין: \_\_\_\_\_

חתימה: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**חלק ג': אישור על קבלת חיסונים**

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

1. קיבל/ה כל החיסונים הדרושים על פי נוהל חיסון עובדי מערכת הבריאות אשר הוא/היא רשאי לקבלם.

2. בצע את הבדיקות בהקשר ל-HBV הנדרשות על פי עיסוקו.

3. בצע תבחין טוברקולין (מנטו).

אישור זה הנו:

קבוע

זמני עד \_\_\_\_\_ . על מחלקת משאבי האנוש להפנותו למרפאה להשלמת החיסון לקראת התאריך הנ"ל.

שם הרופא או האחות \_\_\_\_\_

חתימה: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_