



## סירוב עובד בריאות לקבל חיסון

משרד הבריאות ממליץ לך לקבל חיסונים בטוחים ויעילים שיגנו עליך מפני הדבקות במחלות קשות, וימנעו ממך להדביק מטופלים במחלות כאלה.

סירובך לקבל אחד או יותר מהחיסונים המומלצים עלול לסכן את בריאותך ואת בריאות מטופליך. כן קיימת השלכה ביטוחית ונזיקית במקרה של הדבקתך במהלך עבודתך, או מעורבותך באירוע של הדבקת מטופל/ת. לעובדי בריאות מסוימים במערכת הבריאות הממשלתית יאסר 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 להתחסן.

---

### הצהרה:

לאחר שעיינתי בכתוב לעיל, קבלתי הסבר וקראתי את דף המידע לעובד בריאות על החיסונים שמומלץ כי אקבל, איני מסכים/ה לקבל את החיסון נגד

---

---



ראש שרותי בריאות הציבור

Director of Public Health Services

**משרד  
הבריאות**

לחיים בריאים יותר

---

---

תאריך

חתימה

מס' ת"ז

שם מלא

---

---

תאריך

חתימת האחות או הרופא האחראי/ת על פעולות החיסון

\*\*\*\*\*

**סירוב עובד בריאות לבצע בדיקה**

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 שחפת פעילה כדי להגן עליו מפני המחלה ולמנוע אפשרות שידביק בה 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 הדבקתך במהלך עבודתך, או מעורבותך באירוע של הדבקת מטופל/ת.

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



ראש שרותי בריאות הציבור  
Director of Public Health Services

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**הצהרה:**

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

- לבצע בדיקת תבחין טוברקולין.
- לקבל טיפול מונע נגד שחפת.
- לבצע בדיקות בהקשר לחסינות נגד נגיף דלקת כבד B.
- 

_____	_____	_____	_____
שם מלא	מס' ת"ז	חתימה	תאריך

שם _____	_____
תאריך	וחתימה של האחות או הרופא

\*מחק את המיותר