



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

ראש שירותי בריאות הציבור

Director of Public Health Services

## שאלון לנוסעת לחו"ל

### פרטים אישיים:

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ מס' ת.ז.: | | | | | | | | | | | | | | | | | |  
 תאריך לידה | | | | | | | | | | | | | | | | | | תאריך גיוס לצה"ל | | | | | | | | | | | | | | | | | | עיסוק \_\_\_\_\_  
 כתובת \_\_\_\_\_ מספר טלפון \_\_\_\_\_ נייד \_\_\_\_\_

### פרטים אודות הנסיעה:

תאריך היציאה לחו"ל | | | | | | | | | | | | | | | | | | משך השהייה בחו"ל | | | | | | | | | | | | | | | | | |  
 ארצות היעד לפי סדר הנסיעה (כולל תחנת ביניים) \_\_\_\_\_

מטרת הנסיעה - נא לסמן: טיול / עסקים / שליחות / אחר \_\_\_\_\_

סוג הטיול - נא לסמן: מאורגן / לא מאורגן / "טיול תרמיל" / אחר \_\_\_\_\_

### מידע רפואי:

- האם את/ה חולה עכשיו במחלה חריפה כלשהי? 1. כן 2. לא אם כן, נא לפרט: \_\_\_\_\_
  - האם את/ה סובל ממחלה ממחלות ממושכות (כרוניות)? 1. כן 2. לא אם כן, נא לפרט: \_\_\_\_\_
  - אם את/ה סובלת/מליקוי במערכת החיסונית או מטופלת על ידי אחד מהחומרים הבאים: סטרואידים, כימותרפיה או הקרנות? 1. כן 2. לא אם כן, נא לפרט: \_\_\_\_\_
  - האם את/ה נוטלת/תרופות באופן קבוע (כולל גלולות למניעת הריון)? 1. כן 2. לא אם כן, נא לפרט: \_\_\_\_\_
  - האם את/ה סובלת/מרגישות יתר לתרופות, ביצים, אחר? 1. כן 2. לא אם כן, נא לפרט: \_\_\_\_\_
  - האם הייתה לך תגובה כלשהי לאחר קבלת חיסון בעבר? 1. כן 2. לא אם כן, נא לפרט: \_\_\_\_\_
  - האם קיבלת במהלך השנה האחרונה חיסון מסוג אימונוגלובולין או עירוי דם, נא לציין את הסיבה ותאריך החיסון/עירוי דם: \_\_\_\_\_
  - האם חלית בעבר בצהבת זיהומית (A,B,אחר)? 1. כן 2. לא אם כן, נא לפרט: \_\_\_\_\_
  - האם חלית בעבר באבעבועות רוח? 1. כן 2. לא אם כן, נא לפרט: \_\_\_\_\_
- למטיילת: האם הינך בהריון: כן / לא אם כן, שבוע \_\_\_\_\_ האם הינך מתכננת הריון כן / לא הנקה כן/לא**



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

ראש שרותי בריאות הציבור

Director of Public Health Services

אם חוסנת בעבר, נא ציין את התאריך או השנה בהם קיבלת את החיסון האחרון בסדרה ומס' מנות ( למילוי על ידי הנוסע או צוות המרפאה ).

תאריך אחרון	מס' מנות	חיסונים בעבר	תאריך אחרון	מס' מנות	חיסונים בעבר
		טטנוס דיפתריה שעלת			דלקת כבד נגיפית A
		טיפוס הבטן (טייפואיד)			דלקת כבד נגיפית B
		שיתוק ילדים			דלקת מח יפנית
		קדחת צהובה			מחלה מנינגוקוקית
		כלבת			אדמת חצבת חזרת
					אבעבועות רוח

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת הנוסע \_\_\_\_\_ שם וחתימת הרופא/האחות- \_\_\_\_\_



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

ראש שירותי בריאות הציבור

Director of Public Health Services

### תכנית החיסונים

שם האחות המחסנת וחתימה	מקום החיסון	מס אוצווה	שם היצרן	שם התרכיב	תאריך בצוע	שם החיסון	המלצה
					1	דלקת כבד A	
					2	מבוגר/ילד	
					1	דלקת כבד B	
					2	מבוגר/ילד	
					3		
					4		
					1	דלקת מח יפנית	
					2		
					3		
						קדחת צהובה	
						מחלה מנינגוקוקית	
						טיפוס הבטן (טייפואיד)	
						דלקת כבד A+טיפוס הבטן	
						דפטריה טטנוס שעלת/ דפטריה טטנוס שעלת פוליו	
						דיפטריה טטנוס	
					1	אדמת חצבת חזרת	
					2		
					1	שיתוק ילדים	
					1	כלבת	
					2		
					3		
						אחר (כגון, שפעת, TBE, אבעבועות רוח, הפניה לתבחין מנטו)	



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

ראש שירותי בריאות הציבור

Director of Public Health Services

הדרכה	המלצה לטיפול נגד מלריה	הדרכה	שונות
	כלורוקווין		שמירה על היגיינה
	מלרון		כללי זהירות בצריכת מזון, מי שתיה ומשקאות
	מפלוקווין		הגנה מפני עקיצות יתושים
	דוקסיצילין		כלבת
	פרימקווין		כללי זהירות בכניסה למאגרי מים
			כללי זהירות לגבי מחלות המועברות באמצעות מגע מיני או דם
			מחלת גבהים וטיפול תרופתי אפשרי

הערות

ניתן טופס הדרכה והסבר כן/לא/לא ידוע/ לא

רלבנטי תאריך \_\_\_\_\_ שם וחתומת הרופא/האחות \_\_\_\_\_