



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

ראש שרותי בריאות הציבור

Director of Public Health Services

## תוכנית החיסונים של תלמיד מקצועות הבריאות

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	החיסון
תאריך	תאריך	תאריך	תאריך	תאריך	תאריך	
						*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: \_\_\_\_\_



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

ראש שירותי בריאות הציבור

Director of Public Health Services

**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	
תאריך	אצווה	תאריך	אצווה	תאריך	אצווה	תאריך	תאריך	תאריך	
									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: \_\_\_\_\_



### 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.