

חיסונים הנדרשים מסטודנטים לרפואה עפ"י הנחיות משרד הבריאות

סטודנטים לרפואה מצויים בסיכון להידבק ולהדביק את מטופליהם במחלות זיהומיות שכיחות. עפ"י הנחיות משרד הבריאות, נדרש שתלמידי רפואה יהיו מוגנים מפני מחלות הניתנות למניעה ע"י חיסונים.

כלל בתי החולים מאוד מקפידים על הגעתכם עם אישור על קבלת כל החיסונים וביצוע הבדיקות הנדרשות ע"י משרד הבריאות.

סטודנט שיגיע ללא אישור מתאים לא יורשה להיכנס למחלקות ולמרפאות.

לפיכך יש להשלים את החיסונים הנדרשים והבדיקות הנלוות באופן עצמאי **לכל המאוחר עד ה- 11.12.27, יש להגיש אישור גם אם האישור זמני.**

הקבלה ללימודים היא "על תנאי" עד להצגת אישור על השלמת כל החיסונים והבדיקות הנדרשות.

לא ניתן יהיה ללמוד רפואה ללא חיסונים מלאים.

בהנחיות החדשות של משרד הבריאות הוסף הצורך לבדיקות נשאות לדלקת כבד נגיפית B ו-C.

להלן קישור להנחיות המלאות של משרד הבריאות בדבר חיסונים לסטודנטים במקצועות הבריאות.

הדרישות הנוכחיות עפ"י הנחיות משרד הבריאות:

1. שתי מנות חיסון MMR (חצבת-אדמת-חזרת) או נוגדנים חיוביים לכל אחת משלוש המחלות.
2. שלוש מנות חיסון נגד Hepatitis B ובנוסף נוגדנים anti-HBs ab חיוביים.
3. מנה אחת של חיסון מומת נגד שיתוק ילדים (IPV, פוליו) שהתקבלה לאחר גיל 18 שנים.
4. מנה אחת של Tdap (חיסון נגד טטנוס, דיפתריה ושעלת), שהתקבלה לאחר גיל 18 שנים (חיסון טטנוס חובה במהלך 10 השנים האחרונות).
5. שתי מנות חיסון נגד Varicella (אבעבועות רוח) או נוגדנים חיוביים.
6. חיסון מלא נגד קורונה (COVID – 19).
7. בדיקת מנטו דו שלבי לשחפת.
8. בדיקות לנשאות של נגיף דלקת כבד B (HBV) : anti-HBc ו-HBsAg.
9. בדיקת נוגדנים נגד נגיף דלקת כבד C (HCV) : anti-HCV.

הסבר על החיסונים הנדרשים:

1. **חיסון נגד חצבת-אדמת-חזרת-MMR** - יתחסן רק מי שלא קיבל שני חיסונים מלאים עד כה (X2 חצבת, X2 אדמת, X2 חזרת או MMR X2).
במידה ואין פנקס חיסונים, יש להשלים את 2 מנות החיסונים בהפרש של חודש או להציג סרולוגיה של נוגדנים חיוביים בדם ל- 3 המחלות.
2. **חיסון נגד דלקת כבד 3 - Hepatitis -B** - זריקות חיסון: זמן 0, אחרי חודש, אחרי חצי שנה מהראשונה.
כדי לבדוק שהחיסון הביא אכן ליצירת נוגדנים, כל סטודנט שהתחסן בעבר בסדרה מלאה, מתבקש להציג תיעוד של החיסון בנוסף לתוצאות בדיקת נוגדנים anti-HBs ab.
מומלץ לא לדחות לרגע האחרון את בדיקת הנוגדנים, מאחר ותוצאה שלילית מחייבת קבלת מנת דחף ובדיקה מחודשת של הנוגדנים לאחר 4-6 שבועות.
בדיקת הנוגדנים תתבצע באופן עצמאי באמצעות הפנייה u1500 למעבדה דרך רופא המשפחה.
3. **פוליו- חיסון נגד שיתוק ילדים** - קבלת מנת דחף אחת בתרכיב מומת (IPV) אם אין עדות למנת דחף שהתקבלה לאחר גיל 18 שנים.
4. **חיסון נגד דיפתריה + טטנוס + שעלת=Tdap** - חיסון Tdap חל על כל הסטודנטים שלא קיבלו מנה אחת של חיסון לאחר גיל 18 שנים או שקיבלו את החיסון לפני יותר מ- 10 שנים. חיסון dt אינו תחליף לחיסון Tdap.
5. **אבעבועות רוח Varicella** - יש לקבל 2 מנות חיסון נגד אבעבועות רוח בהפרש של חודש (מי שאין לו נוגדנים או לא חלה בעבר). יש לבדוק נוגדנים ל Varicella - דרך הפנייה של רופא המשפחה למעבדה.
6. **קורונה - COVID 19** - עפ"י הנחיות משרד הבריאות.
7. **שחפת- טוברקולין בשיטת מנטו דו -שלבי** - יש לבצע את הבדיקה באחד המרכזים לאבחון וטיפול בשחפת, מלש"ח (מרכז לאבחון וטיפול בשחפת) או במרפאת חיסונים מורשית.
הבדיקה כוללת 2 שלבים ברווח זמן של שבוע עד 6 שבועות.
כל שלב כולל הזרקת הטוברקולין ביום הראשון וקריאה של התגובה לאחר 48-72 שעות (בסך הכל 4 ביקורים).
מי שיוצא חיובי בבדיקה הראשונה (תוצאה גבוהה מ- 10 מ"מ), לא יבצע שלב שני אלא יבצע צילום חזה במלש"ח (מרכז לאבחון וטיפול בשחפת). אם המצב תקין, יתקבל אישור המציין ש"אין מניעה תעסוקתית".
יש להמתין 4-6 שבועות בין חיסון MMR / חיסון נגד אבעבועות רוח, לבין ביצוע תבחין לטוברקולין בשיטת מנטו.

8. בדיקות לנשאות של נגיף דלקת כבד B : HBc-anti ו- HBsAg. בדיקות שליליות ל HBc-anti ו- HBsAg - מלמדת שאין עדות לנשאות.

9. בדיקת נוגדנים נגד נגיף הפטיטיס C (HCV). אם זוהו נוגדני HCV-anti, יש לבצע בדיקת עומס נגיפי (RNA HCV) ב- PCR. אם קיימת עדות לוורמיה בבדיקת PCR והעומס הנגיפי מאפשר בדיקת גנוטיפ של HCV, יש לבצע גם בדיקה זו.

מחוסן בעקבות הדבקה טבעית- חיובי ו HBc-anti HBs-anti -חיובי ו HBsAg -שלילי- אין צורך בקבלת מנות חיסון /בדיקות נוספות.

לאחר השלמת קבלת החיסונים וביצוע הבדיקות יחתמו רופא/אח במרפאת החיסונים על חלק ג', המאשר השלמת תוכנית החיסונים והבדיקות. **טופס זה מופיע בעמוד האחרון.**

יש לקבל אישור טופס ג' של משרד הבריאות **דרך הקישור לשכנות הבריאות הפזורות בארץ**.
במעמד הגשת הבקשה יש להגיש את הטפסים הבאים :

- פנקס חיסונים או מסמך אחר המעיד על החיסונים שהתקבלו בעבר (כולל מילדות).
- תוצאות בדיקת נוגדנים ונשאות להפטיטיס B ו- C-
(anti-HBs ab, anti-Hbcore, HBsAg antigen ו anti-HCV ab).
- תוצאות בדיקת נוגדנים נגד MMR ו/או אבעבועות רוח (במידה ואין עדות על קבלת חיסון בעבר).
- תוצאות תבחין טוברקולין (מנטו דו -שלבי) ממלש"ח (מרכז לאבחון וטיפול בשחפת) או ממרפאה למחלות ריאה בביתי החולים. מומלץ לבצע את בדיקת המנטו לפני תהליך השלמת החיסונים.

******אין לחסן בהריון בחיסונים החיים המוחלשים MMR והחיסון נגד אבעבועות רוח.
חיסונים אלו יינתנו לאחר סיום ההריון.

מקומות בהם ניתן להתחסן:

- ✓ לשכות הבריאות של משרד הבריאות
- ✓ במרפאות המטיילים של בתי החולים השונים/ של קופות החולים מכבי וכללית.
- ✓ מרפאות פרסונל בבתי החולים. ניתן לבדוק מהם המקומות בהם ניתן לעשות זאת במוקד השירות של משרד הבריאות טלפון : 5400*
- נקודתית, להלן הפנייה ישירה **למרפאת הפרסונל בביה"ח רמב"ם** בתיאום תור מראש עם המזכירות במייל mrp_personal@rmc.gov.il או תיאום טלפוני : 04-7772567 / 04-7772984.

מרכזים לאבחון וטיפול בשחפת (מלש"חים):

כתובת	ישוב	טלפון
הגפן 44	חיפה	04-8137300
מרכז רוקח, שרי ישראל 5	ירושלים	02-5017555
מרפאות חוץ, בית החולים נהריה	נהריה	04-9107029
בית החולים האנגלי, פאולוס השישי 2	נצרת	04-6028819
אהרונזי 32	רחובות	08-9468677
חובבי ציון 16	תל אביב	03-6291814
מרפאת חוץ - בית חולים ברזילי	אשקלון	08-6745465
בית רקיעים - קומה 3 - רמב"ם 2	באר-שבע	08-6233710
בוטקובסקי 25	חדרה	04-6222389

**נספח 6 ג: אישור על קבלת תכנית החיסונים של עובדי הבריאות ותלמידי
מסצעות הבריאות**

(סמליל המרפאה המחסנת)

אני מאשר/ת כי

שם מלא	מספר ת.ז.
☐ קיבל את כל החיסונים הדרושים על פי נוהל חיסון עובדי בריאות ותלמידי מקצועות הבריאות אשר עליו לקבל.	
☐ קיבל את כל החיסונים הדרושים, למעט החיסונים כנגד: _____ עקב: _____	
☐ הוריית נגד	
☐ סיבה אחרת (פרט): _____	

☐ ביצע את הבדיקות ל- HBV ול- HCV הנדרשות על פי עיסוקו.
☐ ביצע תבחין טוברקולין (מנטו), ואין צורך בהמשך בירור.
☐ ביצע תבחין טוברקולין (מנטו), וממשיך לבצע בירור לפי הצורך*.
☐ אינו מגיב לחיסון כנגד HBV ואינו מוגן כנגד HBV.

אישור זה הינו:

☐ קבוע
☐ זמני, עד תאריך _____. על מחלקת משאבי האנוש או הנהלת המוסד להכשרת עובדי הבריאות להפנותו למרפאה להשלמת החיסון/הבירור לקראת התאריך הנ"ל.

שם עובד/ת המרפאה	חתימה	תאריך
------------------	-------	-------

*אם עדיין נדרש בירור לשחפת, יש לתת אישור זמני לחצי שנה, לצורך סיום הבירור.