

חלק ג': אישור על קבלת חיסונים *

אני מאשר/ת כי התלמיד/ה _____ מספר תעודת זהות _____

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

2. בצע בדיקות נוגדנים מסוג anti HBs ונמצא:

כייל מחסן.

כייל לא מחסן.

3. בצע תבחין טוברקולין (מנטו).

אישור זה הנו:

קבוע .

זמני עד _____

על מחלקת משאבי האנוש להפנותו למרפאה להשלמת החיסון ואו להצגת תוצאות בדיקת הנוגדנים.

שם הרופא או האחות _____

חתימה _____

תאריך _____

יש להקיף בעיגול את האפשרות המתאימה.

תאריך _____

חלק א': החיסונים שקבל בעבר תלמיד מקצועות בריאות ובדיקות שבצע

שם _____ מסי ת"ז _____ שנת הלידה _____
מוסד הלימוד _____ המקצוע הנלמד _____
תלמידות: האם בהריון: לא/כן. אם כן: שבוע ההריון: _____

החיסון	מנה 1	מנה 2	מנה 3	מנה 4	מנה 5	מנה 6
	תאריך	תאריך	תאריך	תאריך	תאריך	תאריך
*IPV/OPV						
*Td						
Tdap						
MMR						
אבעבועות רוח*						
דלקת כבד B						
**שפעת						

* אם הרישום מבוסס על הצהרת התלמיד ולא על תיעוד יש לסמן כוכבית במקום תאריך.
**רק אם התלמיד מקבל חיסונים בחודשים אוקטובר עד ינואר.

אם קיימת הודית נגד לקבל אחד מהחיסונים יש לרשום את שם החיסון כאן: _____

בייל נוגדני Anti-HBs: 1. אין. 2. יש mIU/ml _____

תבחין טוברקולין בשיטת 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: כן/לא. אם כן האם קבל ומתי: _____

שם האחיות או הכותבת שבראשית שם החיסונים העבר _____

חתימה _____

נספח 2

חלק ב': תוכנית החיסונים שעל התלמיד לקבל ורישום קבלתם

שם _____ מס' ת"ז _____ שנת הלידה _____
מוסד הלימוד _____ המקצוע הנלמד _____
תלמידות: האם בהריון: לא/כן. _____
אם כן: שבוע ההריון: _____

בצוע התכנית									תכנית החיסונים			החיסון
מנה 3			מנה 2			מנה 1			מנה 3	מנה 2	מנה 1	
חתימה	אצוו	תארי	חתימה	אצוו	תארי	חתימה	אצוו	תארי	תארי	תארי	תארי	
ה	ה	ך	ה	ה	ך	ה	ה	ך	ך	ך	ך	
												IPV
												Td
												Tdap
												MMR
												אבעבועות רוח'
												דלקת כבד B
												ישפעת

*אם הרישום מבוסס על הצהרת התלמיד ולא על תיעוד יש לסמן כוכבית במקום תאריך.
*רק אם התלמיד מקבל חיסונים בחודשים אוקטובר עד ינואר.

אם קיימת הודית נגד לקבל אחד מהחיסונים יש לרשום את שם החיסון כאן: _____
שם האחות/הרופא הקובעת את תכנית החיסונים: _____ חתימה _____

כייל נוגדני Anti-HBs: 1. אין. 2. יש mIU/ml. 3. אין צורך.

תבחין מנטו יש לבצע בדיקה שנייה אם תוצאת הבדיקה הראשונה (מוכה מ-10 מ"מ)

תאריך הזרקה _____ תאריך קריאה _____ תוצאה _____ מ"מ
תאריך הפניה לבדיקה שנייה: _____

תאריך הזרקה _____ תאריך קריאה _____ תוצאה _____ מ"מ

צילום חזה: כ/לא. תוצאות צילום חזה _____

טיפול מומלץ: _____

שם האחות/הרופא מבצעת תבחין מנטו _____

חתימה _____

נספח 3

תאריך: _____

אל: המרפאה לחיסון תלמידי מקצועות הבריאות

הנדון: הצהרה על קבלת חיסונים ועל מחלה בעבר

אני מצהיר/ה כי קיבלתי את כל החיסונים שניתנים בתחנות "טיפת חלב" ובבתי הספר או בזום הגיוס לצה"ל.

1. מנת חיסון אחרונה נגד דיפתריה וסטטוס קבלתי בשנת _____
2. מנת חיסון אחרונה של חיסון נגד שיתוק ילדים קבלתי בשנת _____
3. אני מצהיר/ה שחליתי באבעבועות רוח.

יסמן את ההצהרה המתאימה

שם המצהיר/ה: _____

מספר ת.ז.: _____

חתימה: _____