



קורס לשאיבת דם ורידי (פלבתומייה)

מטרת הקורס:

הכשרה והסמכה לביצוע שאיבת דם ורידי במרפאות קהילתיות בבתי חולים ובבית המטופל.

הקורס כולל:

לימודים עיוניים - 56 שעות

תרגול מעשי - 100 דגימות דם (לקיחת דגימות דם ורידי ממטופלים)

אוכלוסיית יעד: אחות מעשיות, מזכירות, עובדי ביה"ח ושרות לאומי

פריסת הקורס העיוני:

תאריך פתיחה – **05/2018** (מותנה במספר הנרשמים)

כחודשיים, יומיים בשבוע (יום ג' משעה 15:30-19:00, יום ו' 08:00-13:00)
בחינה מסכמת בסיום המודולה.

התנסות קלינית:

באחריות המשתלם למצוא שדה מתאים להתנסות קלינית

עלות הקורס:

דמי הרשמה – 100 ₪ (לא יוחזרו במקרה של ביטול מצד הנרשם)

שכר הלימוד – 1,900 ₪ (למועמדים מחוץ לביה"ח)

1,650 ₪ (למועמדים מביה"ח)

1,550 ₪ (לתלמידי קורס אחיות מעשיות)

בתום הקורס:

המשתלם ייגש לבחינת הסמכה ממשלתית. עלות המבחן 400 ₪ לפקודת "הקרן למחקרים רפואיים של משרד הבריאות".

המועמד נדרש להצגת המסמכים הבאים:

1. שאלון לפרטים אישיים
2. טופס הרשמה לקורס בשאיבת דם ורידי (נספח ב')
3. אישור רפואי למועמד לקורס לשאיבת דם ורידי (נספח ג' 1)
4. אישור רפואי על קבלת חיסונים לשאיבת דם ורידי (נספח ג' 2)
5. טופס הצהרה על העדר רישום פלילי (נספח ד')
6. צילום ת.ז. + תמונת פספורט
7. צילום תעודת גמר על 12 שנות לימוד או צילום תעודת בגרות

ניתן להוריד את טפסי ההרשמה לקורס באמצעות אתר האינטרנט של ביה"ס,

בכתובת: www.asafschool.co.il

*מותנה בקבלת אישור ממשרד הבריאות

לפרטים נוספים, ניתן להתקשר לקמפוס האקדמי לסיעוד אסף הרופא

בטל': 08-9778205 או 08-9779471 לגב' מעיין נתן



**תמונת
פספורט**

שאלון למועמדות לקורס שאיבת דם ווריד

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ ת.ז: _____

כתובת: _____ טל' בבית: _____

טל' נייד: _____ טל' אחר: _____

e-mail: _____

תאריך לידה: _____ ארץ לידה: _____ תאריך עליה: _____

מצב משפחתי: 1. רווקה 2. נשוי/נשואה 3. גרושה 4. אחר _____

עיסוק האב: _____ עיסוק האם: _____

השכלת האב: _____ השכלת האם: _____

משך השירות: _____ שם יחידת השירות: _____

קיבלתי פטור מהשירות הצבאי מסיבות: 1. דת 2. בריאות 3. אחר _____

1. תעודת זהות (צילום)

2. תעודת גמר על 12 שנות לימוד _____ + צילום (עם חתימה נאמן למקור)

3. תעודה המאושרת ע"י משרד החינוך _____ + צילום (עם חתימה על נאמן למקור)

בוגרי לימודים בחו"ל יציגו אישור ממשרד החינוך על סיום השכלה תיכונית (עם חתימה נאמן למקור)

באילו שפות הנך שולטות? סמך X בעמודה המתאימה:

השפה	דיבור	קריאה	כתיבה
עברית			
אנגלית			
ערבית			
אחר (פרטוי)			

תולדות חיים: אנא רשומי בקצרה ובעברית את מהלך חיך עד כה ותוכניותיך לעתיד:



Ministry of Health
 Public Health Services
 Department of Laboratories, Jerusalem

מדינת ישראל
STATE OF ISRAEL



מישרד הבריאות
 שירותי בריאות הציבור
 המחלקה למעבדות, ירושלים

8

נספח ב

טופס הרשמה לקורס בשאיבת דם ורידי והחייאה עמוד 1

טופס הרשמה לקורס בשאיבת דם ורידי והחייאה
להלן פרטי האישיים:

שם משפחה	שם פרטי	מספר ת.ז.	תאריך לידה
כתובת מדויקת למשלוח דואר	דוא"ל	טלפון נייד	
מקום עבודה	כתובת מקום עבודה	טלפון נוסף	
השכלה	תעודת הסמכה		

הנני מצהיר/ה בזה כי הבנתי בעברית מספיקה להשתתפות בקורס שיינתן בעברית!!!

תאריך _____ חתימה _____

הנאים הבלתי להוצאת דם ורידי

מיילוי טופס הרשמה זה, והעברתו בצירוף כל המסמכים המבוקשים למוסד המבצע הכשרה במועד (בכתובת הרשומה מטה):

- אזרחי ישראל או תושבי ישראל שגילם למעלה מ- 18 שנה - צילום ת.ז. כולל נספח העתק מסמך המעיד על לפחות 12 שנות לימוד במוסד לימודים מוכר במדינת ישראל, או תעודת שקילה אחרת מטעם מישרד החינוך למי שלא סיים לימודיו בארץ
- הצהרה חתומה ע"י רופא על מצב בריאות המועמד שלא תמונע ממנו לעבוד בשאיבת דם ורידי
- אישור בכתב על קבלת חיסון נגד דלקת כבד נגיפית מסוג B (לפחות 2 חיסונים, לחלופין הצגת תעודת בדיחה מועדה על כויל נוגדנים מחסן).
- אישור ותוצאות בכתב על ביצוע בדיקת טוברקולין (תבחין "מנטו")
- הצהרה חתומה על העדר רישום מלילי.
- תשלום בנדרש על ידי המסגרת המכשירה _____

ביה"ם האקדמי לסיעוד המרכז הרפואי אסף הרופא



Ministry of Health
Public Health Services
Department of Laboratories, Jerusalem

מדינת ישראל
STATE OF ISRAEL



משרד הבריאות
שירותי בריאות הציבור
המחלקה למעבדות, ירושלים

10

נספח ג1

אישור רפואי למועמד לקורס לשאיבת דם וורידים

לכבוד:
המחלקה למעבדות
משרד הבריאות, ירושלים
תייד 34410
ירושלים 91342

הנדון:

שם פרטי ומשפחה

ת.ז.

הריני מאשר שאין מניעה מבחינה רפואית שהנייל יוכל להשתתף בקורס
לשאיבת דם וורידים ואו לעסוק בעיסוק קבוע בשאיבת דם וורידים לנבדקים
מגיל 14 ומעלה.

בברכה

שם הרופא:

תאריך:

חוזמת רופא עם שם ומספר רישיון

(חתימת הרופא)

רח יעקב אליאב ע. ירושלים 94467, תייד 34410, ירושלים 91342, טל. 02-6528079, פקס 02-6528079
Yaakov Eliav St. 9, Jerusalem 94467, P.O. Box 34410, Jerusalem 91342, Tel. 972 2-6551854/56/57, Fax 972-2-6528079
Email: valf.cohen@ehav.health.gov.il http://www.health.gov.il/unit/cvlabalado/index.htm

Ministry of Health
 Public Health Services
 Department of Laboratories, Jerusalem

מדינת ישראל
 STATE OF ISRAEL



משרד הבריאות
 שירותי בריאות הציבור
 המחלקה למעבדות, ירושלים

11

נספח 23

אישור רפואי למועמד לקורס לשאיבת דם ווריד

לכבוד
 המחלקה למעבדות
 משרד הבריאות, ירושלים
 תייד 34410
 ירושלים 91342

הנדון:

ת.ז.

שם פרטי ומשפחה

1. הנני מאשר שהנייל קיבל 3 / 2 חיסונים (סמן בעיגול) נגד צהבת נגיפית B
2. הנני מאשר שהנייל הינו בעל כויל נוגדנים מחסן נגד צהבת נגיפית B.
3. תוצאות המעבדה רצויב להלן.
- הנני מאשר כי הנייל ביצע בדיקת טוברקולין (תבחין "מנטו").

בברכה

האריך:

שם הרופא:

החתימה הרפואית עם שם ומספר רישוי

החתימת הרופא

כתובת: משרד הבריאות, ירושלים 91342, ת.ד. 34410, ירושלים 91342, טל. 02-6551855, פקס: 02-6551857
 Jerusalem 91342, P.O. Box 34410, Jerusalem 91342, Tel: 972 2-6551855, Fax: 972 2-6551857
 Email: yairi.cohen@ehas.health.gov.il http://www.health.gov.il/units/mahabsadeh/index.htm

ביה"ס האקדמי לסיעוד המרכז הרפואי אסף הרופא



Ministry of Health
Public Health Services
Department of Laboratories, Jerusalem

מדינת ישראל
STATE OF ISRAEL



מישרד הבריאות
שירותי בריאות הציבור
המחלקה למעבדות, ירושלים

12
נספח ד

טופס הצהרה של מועמד לקורס לשאיבת דם וורידים על העדר רישום פלילי

אני החתום מטה:

שם _____ משפחה: _____ ת.ד.: _____

כתובת: _____ טלפון נייד: _____

מצהיר בזאת שאין לי רישום פלילי במטרה, ולא עסקתי בפלילים.

תאריך _____

חתימה: _____

מחיר טופס הרישום: 444 ש"ח. ירושלים 4131200. כפי רצונו של הרואה בלב. מסלולי הנסיעה אל המרכז הרפואי אסף הרופא, מוסד לבריאות הציבור, מ.א. אסף הרופא 70300, תל אביב 6109442. ירושלים 44420. חלק 84410. [E-mail: asaf@asaf.health.gov.il](mailto:asaf@asaf.health.gov.il) <http://www.health.gov.il/hot/mashhadim/index.html>