|  |
| --- |
| **חלק ג' : אישור על קבלת חיסונים** |
| אני מאשר / ת כי : |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | **מספר תעודת זהות:** |  | **הסטודנט/ית:**  |
| קיבל /ה את כל החיסונים הדרושים על פי נוהל חיסון תלמידי מקצועות הרפואה של משרד הבריאות אשר הוא /היא נדרש לקבלם. | **1** |
| הנדרשות על פי עיסוקו: | HBV | ביצע את הבדיקות בהקשר ל - | **2** |
| **הערות** | **תאריך קבלה** | **סוג מנה**  |  |  |
|  |  | מנה ראשונה | 1 |
|  |  | מנה שניה | 2 |
|  |  | מנה שלישית | 3 |
|  |  | בדיקת נוגדנים\*  | 4 |
| בדיקת נוגדנים\* = נדרשת מהלומדים: רפואה, סיעוד ורפואת חירום | **3** |
| בצע תבחין טוברקולין (מנטו).  | **4** |
| **אישור זה הינו**: |
| קבוע | ❑ |
| זמני עד ליום: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .על מחלקת משאבי אנוש להפנותו למרפאה להשלמת החיסון לקראת התאריך הנ"ל. | ❑ |
|  | שם הרופא או האחות: |  |
|  | חתימה: |  |
|  | תאריך: |  |