|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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: | | |  |