

חלק ג' : אישור על קבלת חיסונים

אני מאשר / ת כי :

מספר תעודת זהות:

הסטודנט/ית:

1 קיבל / ה את כל החיסונים הדרושים על פי נוהל חיסון תלמידי מקצועות הרפואה של משרד הבריאות אשר הוא / היא נדרש לקבלם.

2 ביצע את הבדיקות בהקשר ל - HBV הנדרשות על פי עיסוקו :

סוג מנה	תאריך קבלה	הערות
1 מנה ראשונה		
2 מנה שניה		
3 מנה שלישית		
4 בדיקת נוגדנים*		

3 בדיקת נוגדנים* = נדרשת מהלומדים : רפואה, סיעוד ורפואת חירום

4 בצע תבחין טוברקולין (מנטו).

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 :