

רישום לקורס על בסיסי ברפואה דחופה 2024

אנו שמחים על פנייתך להצגת מועמדות לקורס על בסיסי ברפואה דחופה בביה"ס לסייעוד ע"ש הנרייטה סאלד והאוניברסיטה העברית, ירושלים.

מצורפת בזאת ערכת רישום לקורס. בערכת הרישום הנך מתבקש/ת להקפיד על:

- ◆ מילוי כל הפרטים בכל הרשומות הנדרשות
- ◆ צרוף התעודות והמסמכים הנדרשים
- ◆ צירוף אישור על תשלום דמי הרשמה על סך 100 ₪:

תשלום דמי רישום: שובר התשלום נמצא בערכת ההרשמה, איתו יש להגיע ולשלם בקופת

הדסה הנמצאת בקומה 3 אצל הגב' אירית מרדכי.

הקופה פתוחה בע"כ בימים א', ג', ה' בין השעות 10:00-12:00

ובימי שני, בה"צ בין השעות 10:00-12:00

מי שאינו עובד הדסה: ניתן לבצע ההעברה/ הפקדה בנקאית:

לזכות חשבון מס' 25000, סניף ירושלים עסקים (436) של בנק הפועלים בע"מ

(מספר בנק 12) – הסתדרות מדיצינית הדסה.

שימו לב! פתיחת הקורס מותנת במספר נרשמים.

במידה והקורס לא ייפתח דמי ההרשמה לא יוחזרו.

יש להגיע למזכירות סטודנטים בשעות הקבלה ולהגיש באופן אישי את הערכה המלאה.

שעות קבלת קהל במזכירות סטודנטים: ימים א' - ה' 08:00-14:00.

ערכה שתגיע ללא כל המסמכים לא תטופל.

כתובת אתר אינטרנט <https://www.hadassah.org.il/nurseschool/>

השתלמות מוכרת ברפואה דחופה 2024

יש להגיש את הטפסים הרשומים מטה. סמן/י V במקום המתאים.

- שאלון אישי למועמד
- הצהרת בריאות
- טופס הצהרה על ויתור על סודיות
- 2 טפסים הצהרה על העדר רישום פלילי
- טופס ויתור סודיות רפואית
- טופס הצהרה על אחריות אישית לחיסונים
- אישור לשימוש בצילומים
- התחייבות סטודנט לשמירת סודיות
- טופס אישור העברת פרטים אישיים
- המלצה של אח/ות ראשי/ית
- הצהרה לעניין התאמה למסלול לימודי השתלמויות מוכרות בסייעוד
(יש לגשת למנהל הסייעוד עם ההמלצה של האח הראשי)
- תמונת פספורט (לא צילום דרכון)
- אישור על תואר ראשון בסייעוד (או תואר ראשון המוכר ע"י המל"ג)
- תעודת אח/ות מוסמך/ת (מקור+צילום)
- צילום תעודת זהות כולל ספח המציין אזרחות
- אישור על ציון מבחן רישום
- דמי הרשמה – (אישור על העברה בנקאית או קבלה מקופת הדסה)

מקום עבודה

מרפאה/מחלקה _____
בית חולים/מחוז _____
מנהלת סיעוד _____

שאלון קבלה למועמד/ת לתכנית להשתלמות בסייעוד

שם הקורס: רפואה דחופה

(ימולא ע"י המועמד/ת)

פרטים דמוגרפיים:

| | | | | | |
|---------------|--|-------------|--|-----------------|--|
| שם פרטי: | | שם משפחה: | | שם משפחה קודם: | |
| מס' ת.ז.: | | שם האב: | | מין: | |
| תאריך לידה: | | ארץ לידה: | | תאריך עליה: | |
| מצב משפחתי: | | מס' ילדים: | | | |
| כתובת מגורים: | | עיר: | | מיקוד: | |
| מען למכתבים: | | עיר: | | מיקוד: | |
| טלפון בבית: | | טלפון נייד: | | טלפון להתקשרות: | |
| דוא"ל: | | | | | |

השכלה אקדמאית:

| תחום | שם המוסד | שנת סיום | התואר |
|------|----------|----------|-------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

הסמכה מקצועית:

שם בית הספר לסייעוד (בארץ) _____
 שנת תחילת הלימודים _____ שנת סיום לימודים _____
 מספר רישום ממשלתי _____ תאריך הוצאתו _____

קורסים על בסיסיים מוכרים בסייעוד:

| שם הקורס | תאריך סיום | מספר רישוי |
|----------|------------|------------|
| | | |
| | | |
| | | |

מקום עבודה נוכחי:

| מחוז/בית חולים | מרפאה/מחלקה | חודש ושנת תחילת עבודה | מספר טלפון ישיר בעבודה |
|----------------|-------------|-----------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

היקף המשרה _____ תפקיד _____

לעובד הדסה: מספר עובד _____

ניסיון מקצועי:

| שם המוסד | מחלקה/מרפאה | תפקיד | משנה | עד שנה |
|----------|-------------|-------|------|--------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |



שפות:

| כותב/ת | קורא/ת | מדבר/ת | |
|--------|--------|--------|------------|
| | | | עברית |
| | | | אנגלית |
| | | | ערבית |
| | | | אחר: _____ |

המניעים לבקשתך להשתתף בקורס:

במה לדעתך תוכלי/י לתרום למקום עבודתך לאחר סיום הקורס?

חתימה: _____

תאריך: _____

כתב הוראות ויתור על סודיות רפואית

אני החתום (ה) מטה:

שם: _____ מס' ת.ז. _____

כתובת: _____

מבקש(ת) בזה למסור למנהלת ביה"ס לסייעוד או לכל מי שמונה על ידי המנהלת לעניין זה (להלן "המורשים"), כל מידע שיבקשו המורשים ביחס למצב בריאותי, הן לפני חתימת מסמך זה והן משך התקופה שמיום חתימת מסמך זה ועד לסיום לימודי בביה"ס לסייעוד (להלן "התקופה הקובעת"), לרבות – אך בלי לפגוע בכלליות האמור לעיל – כל מידע ביחס למחלות ופגיעות נוספות נפשיות ו/או אשפוזים, חוות דעת רפואיות וכל כיו"ב.

בחתימתי על מסמך זה אני מוותר(ת) מפורשות לכל מי שימסור למורשים מידע רפואי כאמור לעיל מחובת הסודיות החלה, או זו שתחול, עליו על פי דין, הסכם ו/או נוהג המאשר(ת) ומצהיר(ה) כי לא תהיינה לי כל מענות ו/או תביעות כלפי מי שימסור מידע כאמור למורשים במהלך התקופה הקובעת.

כתב ויתור והוראות זה יהיה בר תוקף כלפי כל גורם שבידיו מצוי בעת חתימתו, או שימצא במהלך התקופה הקובעת, מידע רפואי המתייחס עלי לרבות – אך מבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל – משרד הבריאות, משרד הביטחון (שלטונות צה"ל), שירותי בריאות כללית, בתי החולים, רופאים וכיו"ב. ולראיה באתי על החתום,

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____

תאריך: _____ חתימה: _____

הצהרת בריאות

אני החתום/ה מטה:

שם משפחה _____ שם פרטי _____ ת.ז. _____
כתובת _____ מספר טלפון _____

מצהירה, מאשר/ת ומתחייב/ת בזה כדלקמן (נא לסמן במקום המתאים):

1. למיטב ידיעתי, מצב בריאותי בעת חתימת הצהרה זו תקין ואינני חולה בכל מחלה שהיא לרבות, מוגבלות ו/או ליקוי גופני ו/או נפשי (להלן: "מחלה").

אני חולה במחלה/ות הבאה/ות, אנא פרט/י:

2. בעבר חליתי במחלה/ות הבאה/ות, אנא פרט/י:

3. אינני מקבל/ת בעת מתן הצהרה זו טיפול רפואי בגין המחלה/ות המפורטות/ות בסעיף 1 ו/או 2 לעיל.

אני מקבל/ת בעת מתן הצהרה זו טיפול רפואי בגין המחלה/ות המפורטות/ות בסעיף 1 ו/או 2 לעיל. אנא פרט/י:

4. לא קיבלתי בעבר טיפול רפואי בגין המחלה/ות המפורטות/ות בסעיף 1 ו/או 2 לעיל.

קיבלתי בעבר טיפול רפואי בגין המחלה/ות המפורטות/ות בסעיף 1 ו/או 2 לעיל.

5. לא אושפזתי מעודי בבית חולים.

אושפזתי בבית חולים: _____ מתאריך _____ עד תאריך _____ מהסיבות
הבאות _____

6. אינני סובל/ת מליקויי למידה אשר בגללם נזקקתי בעבר להתייחסות מיוחדת בלימודים או במהלך בחינות

אני סובל/ת מליקויי למידה הבאים: _____
ובגינם נזקקתי להקלות להלן: _____

7. אני מתחייב/ת כי אם יחולו שינויים בתוכן הצהרותי אלה, אודיע על כך לאלתר לבית הספר.

אני מצהירה/ה ומאשר/ת בזה כי הפרטים הנ"ל הם הפרטים המדויקים, המלאים והנכונים ביחס למצב בריאותי בעבר ובהווה. ידוע לי כי הצהרה כוזבת, לרבות אי דיוק כלשהו בהצהרת בריאות זו, מהווה הפרה של תנאי הלימודים ביה"ס לסייעוד ע"ש הנרייטה סאלד של הדסה ירושלים.

במקרה זה ביה"ס יהיה רשאי לנקוט בכל צעד שימצא לנכון, לרבות, אך לא רק, הפסקת הלימודים לאלתר. ולראיה באתי על החתום להלן:

תאריך: _____ חתימה: _____



הצהרה ויתור על סודיות

אני החתום מטה, מרשה בזה להנהלת בית הספר לסייעוד להעביר מידע הכלול בתיקי האישי, לרבות תיעוד רפואי, להנהלת שרותי בריאות כללית, למנהל הסיעוד במשרד הבריאות ולגורמים אחרים רלוונטיים לצורך הטיפול בהכשרה המקצועית.

לא יהיו לי טענות או תביעות כל שהן לביה"ס לסייעוד ע"ש הנרייטה סאלד של הדסה והאוניברסיטה העברית באשר להעברת המידע הנ"ל.

מס' תעודת זהות

שם ומשפחה

תאריך

חתימה

נוהל הצהרת העדר רישום פלילי – מועמדים ללימודים בבתי ספר לסייעוד

מועמד ללימודי סיעוד וקורסים על בסיסיים בבתי ספר לסייעוד, שהכירה בהם האחות הראשית הארצית, או לחוג או למגמה אוניברסיטאית בסייעוד, יצהיר בעת ההרשמה בפני הנהלת ביה"ס, החוג או המגמה האוניברסיטאית, כדלקמן:

לעניין הרישום הפלילי:
המועמד יצהיר כי ידוע לו:

1. שעפ"י תקנות בריאות העם (עוסקים בסייעוד בבתי החולים), התשמ"ט-1988, סעיף 5 (א): "זכאי להיות רשום בפנקס אזרח או תושב ישראל בן 18 שנים או יותר, שהוכיח להנחת דעתה של האחות הראשית כי הוא בעל הכשרה מקצועית כאמורה בתקנות אלה וכי יש לו ידיעה בסיסית, לפחות, בעברית וכי לא הורשע בעבירה שדינה מאסר שיש בה, לדעת האחות הראשית, כדי למנוע עיסוק בסייעוד".
2. שעפ"י תקנות בריאות העם (צוות סיעוד במרפאות), התשמ"א-1981, סעיף 11: "המנהל רשאי להורות שלא לרשום בפנקס אדם, אף אם נתמלאו התנאים המורים בתקנה
3. שעפ"י חוק המרשם הפלילי ותקנות השבים, תשמ"א-1981, סעיף 6: "מסירת מידע לשם פעולה מי שהוסמך על פי חיקוק לתת, לחדש או לבטל רישיון, היתר, זכות עיסוק או זכות אחרת (להלן-זכות), ולשם כך הוא רשאי על פי אותו חיקוק להביא בחשבון את עברו הפלילי של מבקש הזכות, של בעל הזכות או של אדם אחר הנוגע בדבר, תמסור לו המשטרה מידע מן המרשם על כל אחד מאלה אם הוא הסכים לכך".
4. אם המבקש הורשע בעבירה שיש עמה קלון או שיש בה כדי להראות שהוא חסר האחריות הדרושה לעיסוק בסייעוד, וטרם חלפו עשר שנים אחרי שרצה את עונשו או אחרי שנסתיימה תקופת התנאי לפי סעיף 52(ב) לחוק העונשין, התשל"ז-1977, הכל לפי העניין ולפי המאוחר יותר, ובלבד שנתן הזדמנות למבקש לטעון טענותיו.
5. כל הרשעה פלילית תיבדק גם לקראת הדיון ברישום המועמד/ת בפנקס, או שדרוגו המקצועי. למועמד/ת תינתן זכות שימוע לפני קבלת החלטה.

שם המועמד _____ חתימת המועמד _____

תאריך: _____

הצהרה על העדר הרשעה בעבירה פלילית

יש להקיף בעיגול את התשובה.

1. אני _____ ת.ז. _____

מצהיר/ה בזאת, כי הורשעתי / לא הורשעתי אי פעם במשפט פלילי בארץ או בחו"ל, במידה והורשעת, נא פרט/י העבירה, נסיבותיה, מועד ביצועה והעונש שנפסק:

2. אני מצהיר/ה, כי מידע זה נכון ומדויק ובמידה ויזכר אחרת, עשוי הדבר להוות עילה להפסקת לימודיי, זאת לאחר שתינתן לי זכות לשימוע.

3. בהתאם לחוק המרשם הפלילי ותקנות השבים, תשמ"א-1981, סעיף 6, אני הח"מ מסכים/ה כי יועבר למשרד הבריאות מידע על הרשעות מהמרשם הפלילי המתייחס אלי וכן אני מסכים/ה שיימסר מידע כאמור מרשויות הסמכה בארץ ובחו"ל.

אני מוסר/ת מידע זה מתוך ידיעה שיישמר בסוד וכי הוא ישמש רק לעניין לימודי סיעוד ורישום בפנקס האחות או שדרוג מקצועי.

שם המועמד _____ חתימת המועמד _____



הצהרה על אחריות אישית לקבלת חיסונים

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____

מס' ת.ז.: _____

הנני מצהיר/ה בזאת שידוע לי כי עלי לדאוג להתחסן, כפי שקובע נוהל משרד הבריאות,
מתאריך 4.4.06.

אני יודע כי בהתאם להנחיות משרד הבריאות לא אוכל להתחיל את ההתנסויות הקליניות בביה"ס עד אשר
לא אסיים את החיסונים כנדרש ואחזיר למזכירות ביה"ס תיעוד חתום ממשרד הבריאות על קבלת החיסונים
(חלק ג').

חתימה:

תאריך:



טופס אישור העברת פרטים אישיים

אני הח"מ מאשר/ת בזאת לביה"ס לסייעוד ע"ש הנרייטה סאלד של הדסה ירושלים להעביר את נתוני האישיים לגורמים שונים בהדסה כגון: מח' ביטחון, משאבי אנוש הנהלת הסייעוד וכד'.

תאריך

חתימה

ת.ז.

שם פרטי ושם משפחה

התחייבות סטודנט לשמירת סודיות

ולכבוד
בית הספר לסייעוד ע"ש הנרייטה סאלד של
הדסה ירושלים

לכבוד
הסתדרות מדיצינית הדסה
ירושלים

א. ג. נ.

אני הח"מ _____ ת.ז. _____

- מאשר/ת בזה כי אני תלמיד/ה בבית הספר לסייעוד ע"ש הנרייטה סאלד של הדסה ירושלים.
- ידוע לי כי במסגרת עבודתי ו/או לימודי ו/או הכשרתי יבוא לידיעתי מידע הנוגע לפעילות של הדסה, של עובדים בה ושל אחרים הקשורים בה, וכן מידע הנוגע לצדדים שלישיים ומטופלים, ספקים וגורמים שונים (להלן - המידע).
- ברור לי שעלי לשמור על סודיות מוחלטת של המידע כדי להגן על זכויות ואינטרסים של הדסה ואחרים. התחייבותי זו מתייחסת בין היתר במפורש ובמיוחד לשמירת הסודיות הרפואית ולהגנת הפרטיות של המטופלים וידוע לי כי אני מחויב/ת לכך בחוק.
- ידוע לי כי אסור לי למסור מידע כלשהו הקשור במטופלים ובטיפולים בהם אלא לצורך עבודתי.
- לפיכך אני מתחייב/ת להשתמש במידע אך ורק לביצוע לימודי.
- בנוסף על האמור בסעיף 3 אני מתחייב/ת לשמור את המידע בסודיות מוחלטת, לא לגלותו לאיש ולנקוט בכל האמצעים שברשותי כדי למנוע גילוי המידע לאחרים. על אף האמור לעיל מסירת מידע לחברי ללימודים, ולאחרים בהסכמת המטופל או אם אחויב לכך בד"ר, לא תחשב כהפרת התחייבותי זו.
- אני מתחייב/ת שלא לשמור ברשותי, ושלא להוציא מתחומי הדסה כל מסמך, מקור או העתק שהגיע אלי במסגרת לימודי ו/או הכשרתי אלא אם יהא הדבר הכרחי, והמסמך יוחזר לתחומי הדסה מיד עם ביטול ההכרח.
- אני מתחייב/ת למסור לכם מיד עם דרישתכם הראשונה כל מסמך כנ"ל, בין שיהיה ברשותי ובין שיהיה ברשות צד ג', לו יימסר המידע.
- לא אסייע ולא ארשה לכל אדם להשתמש במידע שיובא לידיעתי.
- התחייבות זו הינה לצמיתות ותישאר בתוקף גם לאחר סיום לימודי בהדסה.
- מבלי לפגוע או לגרוע מכל זכות וסעד העומדים לכם לפי הדין, הפרת התחייבותי זו או כל חלק ממנה, תזכה אתכם בפיצוי מוסכם ומוערך מראש בסך השווה ל- 5000 ש"ח.

ולראיה באתי על החתום:

תאריך: _____ חתימה: _____

עד לחתימה: שם פרטי ושם משפחה: _____ חתימה: _____
(החתימה מתבצעת בבית הספר מול איש סגל)

אישור לשימוש בצילומים

במסגרת הכנת חומרים שיווקיים (תמונות, סרטים) על בית הספר שישמשו לצורך שיווק בית הספר במדיה (עיתונות כתובה ומשודרת, פייסבוק וכדומה) אנו מצלמים סיטואציות שונות המשקפות את חוויית הלימודים בבית ספרנו.

הנך מתבקש/ת לחתום על הסכמה או אי הסכמה להשתתפות בצילומים אלה.

השימוש בצילומים יהיה אך ורק לצרכי פרסום בית הספר לסייעוד של הדסה

אני הח"מ (נא לסמן בעיגול): **מאשר/ת** / **לא מאשר/ת** להשתתף בצילומים אלה

חתימה

ת.ז.

שם התלמיד/ה

תאריך

הצהרה לעניין התאמה של אח/ות מוסמך/ת להצטרף לתכנית השתלמות מוכרת בסייעוד
בתחום _____ לפי מסלול א'/ב'

(על מנת להחתים את מנהלת הסייעוד בטופס זה יש להגיע עם המלצת אח ראשי)

אני מנהלת/ת הסייעוד _____ שם פרטי
_____ שם משפחה

בבי"ח _____ מצהירה בזאת כי:

האח/ות _____ שם מלא
_____ מספר תעודת זהות

מועסקת לפחות שנה ברצף בהיקף של משרה מלאה או שוות ערך נכון למועד תחילת הלימודים
ב: (נא סמך/י V)

- יחידה לטיפול נמרץ כללי
- יחידה לטיפול נמרץ ילדים
- יחידה לטיפול נמרץ פגים
- מחלקה לרפואה דחופה
- חדר ניתוח
- דיאליזה

שימו לב, היחידות הבאות שייכות למסלול ב' (המסלול הארוך)

- יחידה לטיפול נמרץ לבבי (קרדיולוגיה)
- טיפול נמרץ ניתוחי לב
- טיפול נמרץ נוירוכירורגי
- יחידת כוויות
- יחידת השתלות מח עצם
- התאוששות
- אחר _____

אני מצהירה כי ניסיונו/ה ופתקודו/ה המקצועי של האח/ות מאפשר לו/ה להשתלב במסלול א'/ב'
כמפורט בהנחיות להפעלת התכנית. זאת במידה ויעמוד/תעמוד בתנאי הקבלה ויחל/תחל לימודי
הכשרה על בסיסית בתחום.

חתימה וחותמת _____ מנהלת הסייעוד
_____ תאריך

שובר תשלום בקופת הדסה

(יש להדפיסו ולגשת איתו לאירית מרדכי במחלקת כספים)

אל:
אירית מרדכי
קופת אגף הכספים
הדסה עין כרם

הנדון: דמי רישום עבור קורס רפואה דחופה 2024

אבקש לקבל מגב' _____ סך של 100 ₪
עבור דמי רישום קורס רפואה דחופה 2024

נא לזכות את הסעיף התקציבי שמספרו PC 354710 / GL 9549610
(קורס רפואה דחופה 2024)

קופת הדסה פתוחה בימים: א' ג' ה' בשעות: 10:00-12:00.

בברכה,

מזכירות סטודנטים

טל' 6778403



תאריך _____

הנדון: חיוב באמצעות כרטיס אשראי

פרטי המבקש:

שם הלקוח: _____ מס' פלאפון: _____

כתובת: _____ עיר: _____

פרטי כרטיס האשראי:

ת"ז בעל הכרטיס: _____

שם בעל הכרטיס _____

מספר כרטיס האשראי: _____ תוקף כרטיס: _____

CW: _____

סכום לחיוב: _____

מס תשלומים: _____

סוג כרטיס האשראי (נא להקיף בעיגול):

ויזה: לאומי קארד / ויזה רגיל **מסטרקארד:** ישראכרט / לאומי קארד

ישראכרט / **אמריקן אקספרס** / **דיינרס**

שם הבנק _____

מס' חשבון בנק _____

מס' בנק _____

מס' סניף _____

חתימת בעל הכרטיס _____

למילוי ע"י ההנהלה:

| | |
|------------------|------------------|
| מס' חשבון: הנה"ח | 354710 |
| פרטים | קורס רפואה דחופה |