בס"ד

רשת מרכזים לרפואה דחופה
Emergency Medical Centers
טרם
TEREM

הנחיות למועמד לקורס לקיחת דם ורידי- טרם

'**קורס הוצאת דם ורידי והחייאה**' מתקיים במרכזי ההדרכה של טרם בכרמיאל, באר שבע ואשדוד. הקורס הינו בן שישה מפגשים לא רצופים (48 שעות), ומטרתו להכשיר את המשתתפים בצורה עיונית ומעשית למקצוע הוצאת דם ורידי והחייאה (פלבטומיה).

הקורס מתבצע בפיקוח המחלקה למעבדות במשרד הבריאות ותחת הנחיותיה, ותעודת ההסמכה ניתנת על ידה לאחר מבחן עיוני ומעשי הנערך על ידה לאחר סיום הקורס. השתתפות במבחן ההסמכה של משרד הבריאות מותנית בסיום הקורס **בצורה מלאה**, בביצוע 100 לקיחות דם במסגרת חיצונית, וכן בתשלום נפרד עבור המבחן.

דרישות קבלה לקורס:

- אזרחי ישראל או תושבי ישראל שגילם למעלה מ- 18 שנה.
- ידיעת השפה העברית

מסמכים:

- מילוי טופס הרשמה.
- צילום ת.ז.
- אישור 12 שנות לימוד/תעודת בגרות/ תואר אקדמאי.
- הגשת הצהרה חתומה על **העדר מחלות** העלולות לסכן את בריאות הציבור ועל העדר כושר לקוי.
- אישור קבלת חיסון נגד דלקת כבד נגיפית (הפטיטיס) מסוג B (לפחות 2 זריקות מתוך 3). אם עברו יותר מ- 10 שנים מקבלת החיסון יש לבצע בדיקת נוגדנים עדכנית .
- הגשת הצהרה חתומה על העדר רישום פלילי. (אין צורך לגשת למשטרה).

מבנה הקורס:

שישה ימי לימוד לא רצופים של לימוד עיוני ומעשי במסגרת 'טרם' הכוללים לימוד אנטומיה, פיזיולוגיה, מחלות המועברות בדם, טכניקות לקיחות דמים, סיבוכים בלקיחת דם ורידי, החייאה ועוד. במסגרת הקורס יבצע כל חניך תרגולים של לקיחת דמים על חניכים אחרים, וישתתף בתרגולים של משתתפים אחרים. ישנה חובה להשתתפות פעילה בכל התרגולים והשיעורים הניתנים בקורס.

במהלך הקורס יחולק חומר עזר וכן יופנו המשתתפים לקריאת חומר באתר האינטרנט של משרד הבריאות.

לאחר סיום הקורס יש לבצע תרגול מעשי (סטאז') של 100 דגימות דם במסגרת חיצונית אשר תיבחר ותתואם באופן עצמי על ידי המשתתף.

עלות הקורס:

התשלום עבור הקורס עומד היום על 2,200 ₪, מתוכם 200 ₪ דמי הרשמה שייגבו מראש לפני פתיחת הקורס, ע"י מסירת פרטי אשראי בטלפון / הגעה למשרד ההרשמה ב'טרם'. שאר התשלום יתבצע ביום הראשון של הקורס במזומן או באשראי בלבד. ניתן לחלק עד 3 תשלומים.

ישנו תשלום נפרד המשולם למשרד הבריאות לצורך ביצוע המבחן בסך : 400 ₪, והוא מתבצע ישירות מולו.

- יש להגיע לקורס עם נעליים סגורות ובלבוש הולם. מומלץ להצטייד מראש בחלוק מעבדה ארוך.
- ישנה חובת השתתפות מלאה בעל חלקי הקורס, כולל השיעורים והתרגולים.
- על פי הנחיות משרד הבריאות הקורס והמבחנים מתקיימים אך ורק בשפה העברית.
- כיבוד ושתייה חמה יעמדו לרשות המשתתפים במהלך הקורס.

מחלקת הדרכה courses@terem.com
טל. 073-2255312 פקס: 072-2579537

רשת מרכזים לרפואה דחופה
Emergency Medical Centers
טרם TEREM

טופס ריכוז נתונים והתחייבות

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____

ת.ז. _____ שנת לידה: _____

נייד: _____

כתובת דוא"ל: _____.____@_____

לפני משלוח הטפסים יש לוודא המצאות כל הטפסים הבאים:

☐ **טופס הרשמה מלא**

☐ **צילום ת.ז ברור**

☐ **הצהרה חתומה על העדר מחלות העלולות לסכן את בריאות הציבור ועל העדר כושר לקוי**

☐ **אישור קבלת חיסון נגד דלקת כבד נגיפית מסוג B (לפחות 2 זריקות מתוך 3) או תוצאות עדכניות (עד חצי שנה) לבדיקת נוגדנים לדלקת כבד נגיפית B באם עברו 10 שנים מקבלת החיסונים.**

☐ **הצהרה חתומה על העדר רישום פלילי**

☐ **אישור בעברית על סיום 12 שנות לימוד/תעודת בגרות/ תואר אקדמאי**

את הטפסים המלאים יש לשלוח בדוא"ל או בפקס לפי הפרטים בתחתית העמוד

התחייבות

הריני מתחייב/ת לעמוד בכל דרישות הקורס ללא תנאי או הסתייגות, כולל עמידה בזמנים, השתתפות פעילה בתרגולים ושמירה על משמעת, סדר ונקיון. ידוע לי כי אי עמידה בתנאים אלו עלולה לגרום להפסקת השתתפותי בקורס ללא הודעה מוקדמת וללא החזר כספי.

שם: _____ ת.ז. _____

תאריך: _____ חתימה: _____

מחלקת הדרכה courses@terem.com
טל. 073-2255312 פקס: 072-2579537

רשת מרכזים לרפואה דחופה
Emergency Medical Centers
טרם
TEREM

טופס הרשמה
<u>לקורס הוצאת דם ורידי והחייאה</u>

לכבוד:
<u>טרם</u>
<u>רשת מרפאות לרפואה דחופה</u>

אבקש להוסיף את שמי לרשימת המועמדים לקורס להוצאת דם ורידי והחייאה הקרוב

א. **<u>להלן פרטי האישיים:</u>**

שם משפחה	**שם פרטי**	**מספר ת.ז**	**תאריך לידה**
_____	_____	_____	_____

כתובת פרטית	**ישוב – מיקוד**
_____	_____

טלפון בבית	**טלפון נייד**
_____-_____	_____-_____

השכלה	**תעודת הסמכה**
_____	_____

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

תאריך	**חתימה**
_____/_____/_____	_____

<u>תנאי קבלה לקורס להוצאת דם ורידי</u>

1. מילוי טופס הרשמה זה, והעברתו **בצירוף כל המסמכים** המבוקשים למחלקת הדרכה 'טרם' במועד.
2. אזרחי ישראל או תושבי ישראל שגילם למעלה מ- 18 שנה.

<u>יש לצרף המסמכים הנ"ל</u>

- ☒ הצהרה חתומה ע"י רופא על העדר מחלות העלולות לסכן את בריאות הציבור ועל העדר כושר לקוי.
- ☒ אישור קבלת **חיסון נגד דלקת כבד נגיפית מסוג B** (לפחות 2 זריקות מתוך 3)
- ☒ הצהרה חתומה על העדר **רישום פלילי**.
- ☒ צילום ת.ז
- ☒ אישור 12 שנות לימוד/תעודת בגרות/ תואר אקדמאי

מחלקת הדרכה courses@terem.com
טל. 073-2255312 פקס: 072-2579537

רשת מרכזים לרפואה דחופה
Emergency Medical Centers
טרם
TEREM

טופס הצהרה על כשירות רפואית

שם: _____.

משפחה: _____.

ת.ז: _____.

הריני מצהיר/ה בזאת כי אני כשיר/ה מבחינה רפואית לעסוק בשאיבת דם ורידי.

תאריך :_____. חתימה _____

מחלקת הדרכה courses@terem.com
טל. 073-2255312 פקס: 072-2579537

רשת מרכזים לרפואה דחופה
Emergency Medical Centers
טרם TEREM

אישור רפואי למועמד לקורס שאיבת דם ווריד

לכבוד
המחלקה למעבדות
משרד הבריאות

הנדון: _____ _____
שם ומשפחה ת.ז

הריני מאשר שהנ"ל קיבל 2/3 חיסונים (סמן בעיגול) נגד צהבת נגיפית B:

תאריך חיסון 1: _____

תאריך חיסון 2: _____

תאריך חיסון 3: _____

או ביצע בדיקת נוגדנים בתאריך _____ ומצורפות תוצאות הבדיקה.

בברכה

שם הרופא: _____ **חתימה+ חותמת**_____

תאריך_____

הערות:

1. יש לסמן את מס' החיסונים שקיבל/ה ואת תאריך כל חיסון.
2. במידה ועברו יותר מ- 10 שנים מזמן החיסונים יש לבצע בדיקת נוגדנים ולצרף את התוצאות.

מחלקת הדרכה courses@terem.com
טל. 073-2255312 פקס: 072-2579537

רשת מרכזים לרפואה דחופה
Emergency Medical Centers
טרם
TEREM

טופס הצהרה על העדר רישום פלילי

שם : _____

משפחה : _____

ת.ז : _____

הריני מצהיר בזאת שאין לי רישום פלילי ולא עסקתי בפלילים.

תאריך : _____ חתימה _____

מחלקת הדרכה courses@terem.com
טל. 073-2255312 פקס: 072-2579537