

# תקנון החוג לסייעוד-תוספת לתקנון המכללה

## 1. מידע כללי

במקרה של סתירה בין תקנון המכללה לבין תקנון החוג לסייעוד. תקנון המכללה הוא הקובע. הסטודנטים בחוג לסייעוד מחויבים בנוסף לתקנון הכללי של המכללה האקדמית עמק יזרעאל בפעולות הבאות:

- לחתום על קריאת הנוהל העדר רישום פלילי – בעת ההרשמה למכללה (ראה נספח 1)
- לחתום על הצהרת העדר רישום פלילי – בעת ההרשמה למכללה (ראה נספח 2)
- להמציא אישור מלשכת הבריאות על מצב חיסוני המאפשר התחלת התנסות קלינית – עד סוף סמסטר א' שנה ב'.

## 2. חיסונים

סטודנט שהתקבל ללימודים חייב להתחסן בחיסונים הנדרשים לפי נוהל משרד הבריאות "חיסון תלמידי מקצועות בריאות 6/2006". הנוהל מופיע לשירותכם באתר המכללה תחת החוג לסייעוד.

את החיסונים הסטודנט יקבל במרפאות חיסונים במרפאות ליוצאים לחו"ל במשרד הבריאות. המידע מצוי באתר משרד הבריאות:

<http://www.health.gov.il/pages/printer.asp?maincat=73&catid=605&pageid=3455>

הסטודנט יקבע תור למרפאת חיסונים ויביא עימו את התיעוד על החיסונים שקיבל בעבר (פנקס חיסונים ישראלי/חו"ל, תיעוד על קבלת חיסונים בצבא, ו/או קופת חולים או כל מסמך רפואי אחר המעיד על קבלת חיסונים בעבר).

הצגת מסמכים המעידים על קבלת חיסונים בעבר עשוי לחסוך קבלת חיסונים נדרשים לעובדי מקצועות בריאות וגם לחסוך לסטודנט תשלום כספי עבור חיסונים מיותרים.

הסטודנט יחל התנסות קלינית ראשונה רק לאחר שיציג:

- אישור חסינות לפי "נוהל חיסון תלמידי מקצועות הבריאות" חתום על ידי מרכזת תחום אפידמיולוגיה בלשכת הבריאות. הטופס המקורי החתום על כל שלושת חלקיו, יועבר למרכזת החוג עד סוף שנת הלימודים הראשונה.

האחריות לביצוע החיסונים והגשת הטפסים החתומים הינה של הסטודנט.

## 3. ועדה רפואית

בכפוף לתקנות:

תקנות בריאות העם העוסקים בסייעוד במרפאות 1981 ו- תקנות בריאות העם העוסקים בסייעוד בבתי חולים 1988 (התקנות מופיעות לשירותכם בצורת קבצים לצפייה באתר המכללה תחת החוג לסייעוד), כאשר מתעורר חשש לאי כשירות גופנית או נפשית של הסטודנט לתפקד במקצוע הסייעוד, החוג לסייעוד ידווח על כך למינהל הסייעוד במשרד הבריאות.

הליך הטיפול:

1. ראש החוג או מי שימונה על ידו לעניין זה, יהא רשאי לפנות לגורמים המוסמכים, ולבקש מידע רפואי בכפוף לחתימת הסטודנט על **כתב הוראות ויתור על סודיות רפואית (ראה נספח 3)**.
2. המנהל הכללי של משרד הבריאות רשאי לדרוש בדיקה של הכושר הגופני או הנפשי של הסטודנט לסייעוד ושל מי שמבקש להירשם בפנקס הסגל הסייעודי. כמו כן, הוא רשאי לדרוש את התייצבותו בפני ועדה רפואית.
3. לשם כך, תמונה במשרד הבריאות ועדה רפואית של 3 רופאים אשר תגיש את ממצאיה ומסקנותיה בכתב למנהל הסייעוד.
4. עד הבדיקה, לא יירשם מבקש הרישום בפנקס.
5. אם הועדה הרפואית תקבע שהסטודנט לסייעוד, המבקש להירשם בפנקס הסגל הסייעודי, אינו מסוגל לעסוק בסייעוד, לחלוטין או באופן זמני, עקב מחלה מסכנת, יורה המנהל לא לרשום אותו בפנקס.
6. אם הועדה תקבע שהסטודנט מסוגל לעסוק בסייעוד בהגבלות או בתנאים מסוימים, יורה המנהל לציין זאת בפנקס.
7. סירב הסטודנט להיבדק ע"י הוועדה הרפואית או, שנמצא לוקה במחלה מוגדרת, לא יתחיל הסטודנט התנסות קלינית או התנסותו הקלינית תופסק.
8. סברה הוועדה כי המחלה המוגדרת בה לוקה הסטודנט עשויה לחלוף, היא רשאית להמליץ בפני ראש החוג לאפשר לסטודנט לשוב ולהיבדק בתום פרק זמן שייקבע על ידה.
9. הסטודנט יהיה חייב לדווח לראש החוג או למי שימונה על ידו לעניין זה, בכל מקרה בו יאושפז במהלך לימודיו לתואר.

#### 4. תנאים להגשת הסטודנט לבחינת הגמר הממשלתית

- קבלת ציון עובר בכל הקורסים העיוניים
- קבלת ציון עובר בכל ההתנסויות הקליניות
- עמידה בשעות ההתנסות הקלינית לפי דרישת משרד הבריאות
- בדיקה במשטרה ע"י משרד הבריאות, אם קיימת הרשעה פלילית נגד הסטודנט
- צילום של תעודת זהות עם הספח המציין אזרחות.

המידע על הנחיות משרד הבריאות להגשה לבחינת רישוי מצוי באתר משרד הבריאות מתעדכן מעת לעת.

**הנחיות הגשה לבחינת רישוי מופיעות לשירותכם באתר המכללה תחת החוג לסייעוד.**

## 5. תנאים לרישום בפנקס במדור אחות מוסמכת

- תעודת בגרות ישראלית או תעודה מחו"ל שמשרד החינוך אישר כי בעל התעודה זכאי להתקבל לאוניברסיטה בארץ שבה תנפקה או שיש לו הזכות להתקבל כסטודנט מן המניין למסד להשכלה גבוהה בישראל שהוכר ע"י המועצה להשכלה גבוהה או שהוא מעל גיל 30.
- סיום למודי סיעוד לאח/ות מוסמכ/ת בחוג לסיעוד בישראל שהכירה בו האחות הראשית במשרד הבריאות והמצאת אישור על כך בחתימת ראש החוג.
- אישור המעיד על אזרחות ישראלית או מעמד תושב קבע.
- חתימה על הצהרה בדבר העדר עבירות – **בשאלון לעובדים מקצועיים בתחום הבריאות**
- חתימה על הצהרת בריאות – **בשאלון לעובדים מקצועיים בתחום הבריאות**
- הגשת מסמכי בקשה לרישום
- עמידה בבחינת הגמר הממשלתית בציון 60 לפחות.

# נספח 1 - הצהרה על העדר רישום פלילי

מדינת ישראל  
STATE OF ISRAEL

משרד הבריאות  
MINISTRY OF HEALTH  
ירושלים JERUSALEM

מינהל הסייעוד  
NURSING DIVISION

תאריך: \_\_\_\_\_

## נוהל הצהרת העדר רישום פלילי - מועמדים ללימודים בבתי ספר לסייעוד

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

לענין 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 4, אם המבקש הורשע בעבירה שיש עמה קלון או שיש בה כדי להראות שהוא חסר האחרייות 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 הענין ולפי המאוחר יותר, ובלבד שנתן הזדמנות למבקש לטעון טענותיו."
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 רשיון, 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 המשרה מידע מן המרשם על כל אחד מאלה אם הוא הסכים לכך."
4. כל הרשעה פלילית תבדק גם לקראת הדיון ברישום המועמד/ת בפנקס, או שדרוגו המקצועי.  
למועמד/ת תינתן זכות שימוע לפני קבלת החלטה.

חתימת המועמד \_\_\_\_\_

שם המועמד \_\_\_\_\_

נהלים-2 ש.ר.

רחי-בן-טבאי 2, ירושלים 93591 ת"ד 1176, ירושלים 91010, טל: 02-6705852 פקס: 02-6787782  
2, BEN TABAI ST. JERUSALEM 93591 P.O.B. 1176, JERUSALEM 91010, TEL: (02) 6705852, FAX: 972-2-6787782  
internet: www.health.gov.il/nursing

## נספח 2- הצהרה על העדר רישום פלילי

מדינת ישראל  
STATE OF ISRAEL

משרד הבריאות  
MINISTRY OF HEALTH  
ירושלים JERUSALEM

מינהל הסייעות  
NURSING DIVISION

### נספח

תאריך: \_\_\_\_\_

### הצהרת 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 ויוכח אחרת, עשוי הדבר להוות עילה להפסקת לימודי, זאת לאחר שתנתן 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 האחיות או שדרוג מקצועי.

חתימת המועמד \_\_\_\_\_

שם המועמד \_\_\_\_\_

והליח-3 ש"ב

רח' בן-טבאי 2, ירושלים 93591 ת"ד 1176, ירושלים 91010, טל: 02-6705852, פקס: 02-6787782  
2, BEN TABAI ST. JERUSALEM 93591 P.O.B. 1176, JERUSALEM 91010, TEL: (02) 6705852, FAX: 972-2-6787782  
internet: www.health.gov.il/nursing

### נספח 3- כתב הוראות ויתור על סודיות רפואית

אני החתום(ה) מטה :

שם \_\_\_\_\_ מס' תעודת- זהות \_\_\_\_\_

כתובת \_\_\_\_\_

מבקש(ת) בזה לראש החוג לסייעוד או לכל מי שמונה על ידו לעניין זה, כל מידע שיבקשו ביחס למצב בריאותי, הן לפני חתימת מסמך זה והן משך התקופה שמיום חתימת מסמך זה ועד לסיום לימודי בסייעוד, לרבות- אך מבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל- כל מידע ביחס למחלות ופגיעות גופניות ו/או נפשיות, אשפוזים, טיפולים, חוות דעת רפואיות וכל כיו"ב.

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

כתב הוראות ויתור זה יהא בר-תוקף כלפי כל גורם שבידיו מצוי, בעת חתימתו, או שיומצא במהלך התקופה הקובעת, מידע רפואי בהתייחס אלי, לרבות- אך מבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל- משרד הבריאות, משרד הביטחון ושלטונות צה"ל, קופות החולים, בתי החולים, רופאים וכיו"ב.

ולראיה באתי על החתום :

היום \_\_\_\_\_ לחודש \_\_\_\_\_ שנה \_\_\_\_\_

חתימה