



סרוב תלמיד מקצועות הבריאות לקבל חיסון

משרד הבריאות ממליץ לך לקבל חיסונים בטוחים ויעילים שיגנו עליך מפני הדבקות במחלה קשה, ותמנענה אפשרות להדבקת מטופלים במחלה קשה. סרובך לקבל אחד או יותר מהחיסונים המומלצים עלול לסכן את בריאותך ואת בריאות מטופליך. כן קיימת השלכה ביטוחית ונזיקית במקרה של הדבקתך במהלך עבודתך, או מעורבתך באירוע של הדבקת מטופלת.

לפני חתימתך על טופס זה, אנא שאלי כל שאלה בכל נושא המתייחס לפעולות החיסון, הנחיות, אמצעי הזהירות והוריות הנגד, והמשמעויות של היעדר חיסון או סירוב להתחסן.

הצהרה:

לאחר שעיינתי בכתוב, קבלתי הסבר וקראתי את דף המידע לתלמיד מקצועות הבריאות על החיסונים שמומלץ כי אקבל, אינני מסכים/ה לקבל את החיסון נגד

שם מלא	מס' ת"ז	חתימה	תאריך
		חתימת האחות או הרופא של מרפאת החיסונים	
		תאריך	

סרוב תלמיד מקצועות הבריאות לבצע בדיקות או לקבל טיפול

משרד הבריאות ממליץ לך לבצע תבחין טוברקולין לאבחון שחפת חביונית או שחפת פעילה ולבצע בדיקת נוגדנים נגד דלקת כבד B אחרי קבלת סדרת החיסון*. לעובד שימצא חיובי בבדיקת טוברקולין תישקל ההמלצה שיקבל טיפול מונע לשחפת חביונית או טיפול בשחפת פעילה כדי להגן עליו מפני המחלה ולמנוע אפשרות שידביק בה חולים אשר בטיפולו.



סרובך לבצע את הבדיקה או לקבל את הטיפול המונע המומלץ לך, עלול לסכן את בריאותך ואת בריאות מטופליך. כן קיימת השלכה ביטוחית ונזיקית במקרה של הדבקתך במהלך עבודתך, או מעורבתך באירוע של הדבקת מטופל/ת.
*מחק את המיותר לפני שתתווס על טופס זה, אנא שאל כל שאלה שתרצה על הבדיקה והטיפול.

הצהרה:

לאחר שעיינתי בכתוב וקבלתי הסבר, אינני מסכים/ה*:

- א. לבצע בדיקת תבחין טוברקלין.
- ב. לקבל טיפול מונע נגד שחפת.
- ג. לבצע בדיקת נוגדנים מסוג Anti HBs

שם מלא	מס' ת"ז	חתימה	תאריך
שם וחתימה של האחות או הרופא		תאריך	