

אוגדן מידע לסטודנט/ית המשתתף/ת בקורס שאיבת דם ורידי

להלן מידע חשוב אודות קורס שאיבת דם ורידי לבדיקות מעבדה במבוגרים (מעל גיל 14), דרישותיו ואפשרויות ההסמכה בו. יש לקרוא את האוגדן בעיון רב, לצרף את המסמכים והאישורים הנלווים הנדרשים ולחתום עליו.

אוגדן זה מנוסח בלשון זכר מטעמי נוחות ומופנה לגברים ונשים כאחד.

אופי הקורס

נוטלי דמים (פלבוטומיסטים) מסייעים לצוות הרפואי בביצוע פעולה של שאיבת דם. קורס שאיבת דם ורידי לבדיקות מעבדה במבוגרים (מעל גיל 14) הינו קורס המיועד לאנשים שאינם בעלי מקצוע רפואי ולבעלי מקצוע רפואי כאחד המעוניינים לרכוש ידע ותעודה כיצד לבצע שאיבת דם ורידי לבדיקות מעבדה (לא כולל שאיבת דם לסוג והצלבה).

ההכשרה מחולקת לשלושה שלבים

שלב א': קורס במד"א

קורס בהיקף 48 שעות לימוד הנערך ב- 6 מפגשים רצופים בין השעות 08:00-17:00. הקורס מתקיים במרכז ההדרכה ת"א / מרכז ההדרכה חיפה / מרכז ההדרכה באר שבע / מרכז שירותי הדם של מד"א בתל השומר - מתחם המרכז הרפואי שיבא.

במסגרת הקורס נלמדים פרקים עיוניים ומעשיים באנטומיה ובפיזיולוגיה של גוף האדם, ניתן דגש על המערכת הקרדיוסקולרית, בטיחות ומחלות המועברות בדם, סיכונים וסיבוכים, המטולוגיה ומניעת זיהומים, טכניקה אספטית, השימוש בציוד להוצאת דם ועקרונות הפעלתו, דגימות דם ותרגול שאיבת דם, פרוצדורות מיוחדות לשאיבת דם ורידי, טיפול בדגימות דם, החייאה במבוגר, ילד ותינוק, תרגול מעשי, מבחן הסמכה עיוני.

הקורס כולל תרגול מעשי הדדי (החניכים מתרגילים אחד על השני).

הקורס נערך בשפה העברית, באחריות המשתתפים לדאוג לכלכלה ולחנייה.

שלב ב': השתלמות בעבודה מעשית (באחריות החניך)

בתום הקורס במד"א, חייב החניך לעבור התנסות בשאיבת 100 דגימות ממבוגרים. באחריות החניך לדאוג בעצמו למקום ההתנסות. את ההתנסות יש לבצע במוסדות המוכרים ע"י משרד הבריאות, תחת השגחה של רופא או אחות מוסמכת.

יש להשלים את שלב ההשתלמות בעבודה מעשית בתוך חודשיים מיום סיום הקורס במד"א.

לצורך השלמת שלב ב' בקורס מד"א ישלם עבור החניכים דמי ביטוח לאומי למשך חודשיים מיום סיום שלב א' בקורס. לאחר מכן, באחריות החניך לדאוג לתשלומי ביטוח לאומי עבור שלב זה.

בהתאם לנוהל משרד הבריאות, רק לאחר ביצוע 100 שאיבות דם מנבדקים ניתן יהיה לגשת למבחן ההסמכה המעשי שיבוצע ע"י משרד הבריאות.

יודגש כי תיאום השלב המעשי של שאיבת 100 דגימות דם, הינו באחריות החניך בלבד.

שלב ג': מבחן הסמכה של משרד הבריאות

מבחן ההסמכה נערך ע"י משרד הבריאות. כדי להשתתף בבחינה עליך להעביר למשרד הבריאות אישור חתום על ביצוע 100 דגימות ממבוגרים ואישור תשלום דמי בחינה למשרד הבריאות (הסבר על אופן התשלום יינתן במהלך הקורס).

רח' הפלדה 5, אור יהודה, טל. *8101, פקס: 03-6870494, 5 HaPlada st. Or Yehuda

אתר האינטרנט: www.mdais.org

תנאי קבלה לקורס:

1. אזרח ישראלי או תושב ישראל שגילם מעל גיל 18.
2. שליטה בשפה העברית.
3. תעודה המעידה על 12 שנות לימוד מהארץ ו/או תעודה מקבילה מחו"ל שאושרה כמקבילה ע"י משרד החינוך.
4. אישור רפואי מרופא המשפחה המעיד על כשירות תקינה לשאיבת דם ורידי.
5. הצהרת חתומה בכתב יד של המועמד כי הוא כשיר מבחינה רפואית לעסוק בשאיבת דם ורידי וכי אין בעברו רישום פלילי (נספח א' לאוגדן זה).
6. קבלת חיסון נגד דלקת נגיפית מסוג B ורמת נוגדנים חיובית.
7. עמידה בדרישות משרד הבריאות.

עלות הקורס במד"א:

עלות הקורס 2,000 ₪ למשתתף (200 ₪ דמי הרשמה + 1,800 ₪ - סה"כ 2,000 ₪).
על מנת להצטרף לקורס עליך לשלוח את הטפסים חתומים ולשלם דמי רישום בסך 200 ₪ באשראי למוקד ההדרכה. **דמי הרישום לא יוחזרו מכל סיבה שהיא.**
את יתרת התשלום יש להעביר עד 14 יום טרם פתיחת הקורס. (אפשרויות התשלום מפורטות בעמ' 3).

משתתף/ת המפסיק את השתתפותו בקורס, בכל שלב בקורס, ו/או משתתף אשר אינו עומד בדרישות הקורס והשתתפותו בקורס הופסקה אינו זכאי להחזר כספי.

* מחיר הקורס עשוי להשתנות מעת לעת. המחיר הקובע הינו בהתאם לתעריף מד"א ביום התשלום בגין הקורס.

עלויות נוספות:

ישנה עלות נוספת על סך 400 ₪ המשולמת ישירות למשרד הבריאות בגין הבחינה המעשית ותעודת ההסכמה (המחיר הנקוב נכון ליום 06/12 ועשוי להתעדכן מעת לעת).
כמו כן, דמי החניה במתחם המרכז הרפואי שיבא/ בסמוך למרכזי ההדרכה של מד"א הינם על חשבון המשתתף בלבד. למשתתפים יסופק כיבוד קל בלבד במהלך הקורס.

חיסונים

הנך נדרש לבצע חיסון כנגד דלקת כבד נגיפית מסוג B לפני מועד פתיחת הקורס. החיסון מורכב מ-3 זריקות שניתנות במרווחי זמן, נדרשים לפחות 2 החיסונים הראשונים.
יתכן כי במהלך הקורס תידרש לבצע חיסונים נוספים. בעניין זה פועל מד"א בהתאם להנחיות משרד הבריאות המתעדכנות מעת לעת. נבקש להביא לידיעתך כי אי עמידה בחיסונים הנדרשים עלולה למנוע את השתתפותך והסמכתך בקורס.

דרישות:

נוכחות: ככלל הנוכחות חובה בכל המפגשים, אין לאחר. במקרה בו משתתף יאחר/יעדר (מכל סיבה שהיא), תופסק השתתפותו בקורס והוא לא יהיה זכאי להחזר תשלום.

מבחנים: במהלך הקורס יערכו מספר בחנים/מבחנים, הן עיוניים והן מעשיים. ציון עובר בכל מבחן הוא 70. אם תיכשלי במבחן הינך זכאי/ת למבחן נוסף אחד אשר יערך עד חצי שנה לאחר המועד המקורי. אם לא תעמוד/תעמדי בהצלחה גם במבחן החוזר, תחויבי/י לעבור את הקורס מחדש ולשאת בתשלום מלא בגינו. יובהר כי האחריות על תיאום מועד נוסף חלה על המשתתף בקורס.

רח' הפלדה 5, אור יהודה, טל. 8101*, פקס: 03-6870494, HaPlada st. 5

אתר האינטרנט: www.mdais.org

הערות כלליות:

1. ההשתתפות בקורס אינה מקימה יחסי עובד-מעביד בין החניך למד"א.
2. החניך לא זכאי לתמורה ו/או שכר ממד"א בגין השתתפותו בקורס.
3. מד"א אינו מתחייב להעסיק את בוגרי הקורס.
4. מועד פתיחת הקורס מותנה במספר מינימאלי של משתתפים.
5. חיילים משוחררים יכולים לשלם עבור הקורס ע"ח הפיקדון בתיאום מראש.
6. משתתפי הקורס יחויבו לעמוד בדרישות הביטחון של שירותי הדם.
7. אוגדן זה הינו בהתאם לחוזר מינהל הרפואה מס' 4/2016 בנושא "הכשרה והרשאה לשאיבת דם ורידי" מיום 25.01.16.

במעמד ההרשמה יש לשלוח למוקד ההדרכה באמצעות פקס / דוא"ל / ווצאפ:

1. צילום תעודת זהות.
2. צילום תעודה המעידה על 12 שנות לימוד או תעודה שמשרד החינוך והתרבות מכיר בה כשוות ערך 12 שנות לימוד. אם מדובר בתעודה שאינה בשפה העברית תרגום נוטריוני לא מספיק ויש לפנות למשרד החינוך בטל' 02-5601371/2 ולקבל את אישורם ללימודים.
3. אוגדן זה, לרבות כל הנספחים, מלאים וחתומים ע"י המועמד.
4. אישור רפואי מרופא המשפחה המעיד על כשירות תקינה לשאיבת דם ורידי.
5. דמי הרשמה וטיפול ע"ס 200 ש"ח שלא יוחזרו מכל סיבה שהיא שהנם חלק מעלות הקורס.
6. אישור על קבלת חיסונים צהבת זיהומית B (לפחות 2 זריקות).
7. אישור רמת נוגדנים חיובית לצהבת נגיפית מסוג B.

שיבוץ לקורס

על מנת לקבל שיבוץ לקורס עליך לעמוד בכל הדרישות שלהלן:

1. שליחת כלל הטפסים למחלקת ההדרכה של מד"א.
2. קבלת אישור ממחלקת ההדרכה כי הטפסים התקבלו במלואם וכי הם תקינים.
3. תשלום מלא עבור הקורס.

רק לאחר עמידה בכל התנאים שלעיל תוכל לקבל ממד"א שיבוץ לקורס.

אפשרויות תשלום:

את התשלום בגין הקורס ניתן לשלם באמצעות:

1. תשלום טלפוני באשראי (טל' 1-700-500-430 / 8101 * שלוחה 1).
2. העברה בנקאית לפקודת מגן דוד אדום בישראל, בנק דיסקונט (11), סניף יד אליהו (151), חשבון מס' 56956. לאחר העברה יש לשלוח אישור על ביצוע העברה באמצעות דוא"ל / ווצאפ / פקס 03-6306003 בציון שם החניך בגינו בוצע התשלום.
3. תשלום במזומן במשרדי מד"א באור-יהודה בתיאום מראש.

דרכי תקשורת:

מחלקת הדרכה של מד"א תשמח לעמוד לרשותך בכל עת בשעות הפעילות,
ניתן לפנות אלינו בכתובת המייל: Training.info@mda.org.il
טלפון: *8101 / 1-700-500-430, פקס: 03-6306003, ווצאפ 03-6880022.

אנו מאחלים לך הצלחה בקורס!

הריני לאשר כי קראתי והבנתי את תנאי ודרישות הקורס המפורטים באוגדן זה ואני מאשר
בחתימתי כי אני עומד בתנאים ובדרישות אלו. כמו-כן ידוע לי כי מגן דוד אדום אינו מתחייב
להעניק לי תעודת סיום באם לא אעמוד בדרישות הקורס ובתנאים הנ"ל.

תאריך	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	חתימה
כתובת דוא"ל		טלפון נייד		

טופס הצהרה להשתתפות בקורס שאיבת דם ורידי – נספח ה

לכבוד

מגן דוד אדום בישראל

הואיל ומגן דוד אדום בישראל (להלן: "מד"א" ו/או "האגודה"), נתן הסכמתו לכך שאצטרף לקורס שאיבת דם ורידי המבוצע בשרותי הדם מד"א (להלן: "הקורס"), הנני מתחייב ומצהיר כדלהלן:

1. ידוע לי, כי תכנית הקורס כוללת 6 ימי לימוד (48 שעות), כאשר במסגרת זו אתאמן לצד שאר החניכים, בביצוע שאיבת דם ורידי זה מזה, והכל עפ"י תכנית הלימודים המפורטת באוגדן זה.
2. ידוע לי כי לצורך קבלת ההסמכה ממשרד הבריאות עלי לקיים השתלמות בעבודה מעשית בהיקף של לפחות 100 לקיחות דם ורידי (להלן: "השתלמות בעבודה מעשית") וכן יום נוסף שבו יערך מבחן הסמכה של משרד הבריאות (להלן: "מבחן ההסמכה של משרד הבריאות").
3. ידוע לי כי לאחר השלמת התכנית העיונית יהיה עלי לדאוג בעצמי (ללא כל השתתפות ו/או סיוע מטעם מד"א) למקום השתלמות בעבודה מעשית כאמור, בהתאם לדרישות משרד הבריאות וכי אין על האגודה כל חובה כלפי לעניין תקופת ההשתלמות בעבודה מעשית ו/או מבחן ההסמכה של משרד הבריאות.
4. ידוע לי, כי ההשתתפות בקורס אינה מקימה יחסי עובד-מעביד ביני לבין האגודה וכי לא אחשב כעובד האגודה לכל דבר ועניין. למען הסר ספק, הנני מצהיר כי הובהר לי כי אינני זכאי לתמורה ו/או שכר בגין השתתפותי בקורס.
5. מובהר כי אין למד"א כל התחייבות להעסיק אותי לאחר השתתפותי בקורס.

ולראיה באתי על החתום:

תאריך	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	חתימה

טופס הרשמה

(נא למלא בכתב ברור וקריא)

א. פרטים אישיים

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות (9 ספרות)	מין	שנת לידה
			☐ זכר ☐ נקבה	

ב. מען מגורים

רחוב	מספר בית	דירה	יישוב/עיר	מיקוד
תא דואר	מספר טלפון	מספר טלפון נייד		
דוא"ל	מספר פקס			

ג. פרטים על השכלה

יסודית	תיכונית	מקצועית/ אחרת	גבוהה

ד. אישורים

- ☐ תעודת סיום 12 שנות לימוד.
☐ הצהרה על מצב בריאותי ועבר פלילי – מצ"ב נוסח (נספח א' – עמ' 7).
☐ אישור על קבלת חיסון להפטיטיס B, ותשובת מעבדה על רמת נוגדנים להפטיטיס B.
☐ הצהרת המועמד – מצ"ב נוסח (נספח ה' – עמ' 5).
☐ חתימה על אוגדן למשתתף בקורס (עמ' 4).
☐ אישור על תשלום דמי הרשמה.
☐ צילום תעודת זהות.

ה. פרטי תעסוקה נוכחית

שם מקום העבודה	כתובת	מיקוד	ותק בעבודה	התפקיד

ו. שכר לימוד

שכר הלימוד למשתתף	☐ שכר הלימוד ישולם ע"י המועמד ☐ שכר הלימוד ישולם על ידי המעסיק	שם המעסיק

ז. הצהרה

הנני מצהיר בזאת שכל הפרטים הנ"ל נכונים – וכי הבנתי בעברית מספיקה להשתתפות בקורס.
תאריך _____ חתימה _____

רח' הפלדה 5, אור יהודה, טל. *8101, פקס: 03-6870494, 5 HaPlada st. Or Yehuda

אתר האינטרנט: www.mdais.org



שירותי בריאות הציבור
המחלקה למעבדות | המעבדות לבריאות הציבור
Department of Laboratories

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

הצהרת המועמד (נספח א')

טופס הצהרת המועמד - קורס הכשרה והרשאה לשאיבת דם ורידי

להלן פרטי האישיים:

שם משפחה	שם פרטי	מספר ת.ז.	תאריך לידה
----------	---------	-----------	------------

☐ הנני מצהיר/ה בזאת כי הבנתי בעברית מספיקה להשתתפות בבחינה שתיערך בעברית.

☐ הנני מצהיר/ה בזאת שאני כשיר מבחינת רפואית לעסוק בשאיבת דם ורידי ולהשתתף בקורס.

☐ הנני מצהיר/ה בזאת כי אין בעברי רישום פלילי.

חתימה

תאריך



שירותי בריאות הציבור
המחלקה למעבדות | המעבדות לבריאות הציבור
Department of Laboratories

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

תאריך: _____

אישור רופא

הנדון: _____ שם פרטי _____ שם משפחה _____ ת.ז.

☐ הריני מאשר בזאת שהנ"ל חוסן כנגד צהבת B - 2 חיסונים לפחות שבוצעו ב-10 שנים האחרונות. (יידעתי את הנ"ל שחובה עליו להשלים חיסון שלישי תוך חצי שנה מהחיסון הראשון).

☐ ראיתי בדיקת מעבדה עדכנית ל-12 חודשים האחרונים המעידה על כייל נוגדנים מחסן בנבדק.

בברכה,

חתימה וחותמת הרופא המאשר

שם הרופא