

י"ד באייר, התשע"ד

14 מאי 2014

מס' חוזר: 8/14

**הנדון: עדכון נספחים בחוזר מנכ"ל על חיסון עובדי מערכת בריאות בעניין סירוב לחתום על "טופס סירוב"**

סימוכין: חוזר מנכ"ל מס 1/13 בנושא חיסון עובדי מערכת הבריאות מיום 4 במרץ 2013

הנספחים 5 א' ו-5 ב' שבחוזר הנדון מעודכנים בזאת כדי שיתאימו גם למצבים שבהם עובד מערכת הבריאות מסרב לחתום על "טופס סירוב" לקבל חיסון או לבצע בדיקה.

העדכון הוא הוספת המשפט שלהלן בשולי הטופס:

"אם העובד סרב לחתום על טופס זה יחתמו בשורה זו אחות או רופא המרפאה".

רצ"ב נספחים 5 א' ו-5 ב' המעודכנים.

תוקף העדכון מיום הפצת חוזר זה.

בברכה,



פרופ' איתמר גרוטו  
ראש שירותי בריאות הציבור

### סירוב עובד בריאות לקבל חיסון

משרד הבריאות ממליץ לך לקבל חיסונים בטוחים ויעילים שיגנו עליך מפני הדבקות במחלות קשות, וימנעו ממך להדביק מטופלים במחלות כאלה.

סירובך לקבל אחד או יותר מהחיסונים המומלצים עלול לסכן את בריאותך ואת בריאות מטופליך. כן קיימת השלכה ביטוחית ונזיקית במקרה של הדבקות במהלך עבודתך, או מעורבותך באירוע של הדבקה מטופל/ת. לעובדי בריאות מסוימים במערכת הבריאות הממשלתית יאסר לבצע פעולות מוגדרות אם לא יקבלו חיסונים מסוימים כלהלן:

- א. חסינות מוכחת נגד דלקת כבד B היא תנאי לביצוע פעולות פולשניות מועדות לחשיפה.
- ב. קבלת חיסון Tdap היא תנאי לעבודה עם תינוקות עד גיל שנה.
- ג. חסינות נגד חצבת, אדמת, חזרת ואבעבעות רוח היא תנאי לטיפול בחולים מדוכאי חיסון.

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

הצהרה:

לאחר שעיינתי בכתוב לעיל, קבלתי הסבר וקראתי את דף המידע לעובד בריאות על החיסונים שמומלץ כי אקבל, אינני מסכים/ה לקבל את החיסון נגד

---

---

---

שם מלא	מס' ת"ז	חתימה	תאריך
--------	---------	-------	-------

---

חתימת האחות או הרופא האחראית/ת על פעולות החיסון \_\_\_\_\_

אם העובד סרב לחתום על טופס זה יחתמו בשורה זו אחות או רופא המרפאה: \_\_\_\_\_

סירוב עובד בריאות לבצע בדיקה

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 שחפת פעילה כדי להגן עליו מפני המחלה ולמנוע אפשרות שידביק בה חולים אשר בטיפולו.

סירובך לבצע את הבדיקה / לקבל את הטיפול המונע המומלץ לך\*, עלול לסכן את בריאותך ואת בריאות מטופליך. כן קיימת השלכה ביטוחית ונזיקית במקרה של הדבקותך במהלך עבודתך, או מעורבותך באירוע של הדבקות מטופל/ת.

לפני שתחתום על טופס זה, אנא שאל/י כל שאלה על הבדיקה והטיפול.

הצהרה:

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

לבצע בדיקת תבחין טוברקולין.

לקבל טיפול מונע נגד שחפת.

לבצע בדיקות בהקשר לחסינות נגד נגיף דלקת כבד B.

שם מלא	מס' ת"ז	חתימה	תאריך
_____	_____	_____	_____

שם וחתימה של האחות או הרופא: \_\_\_\_\_

אם העובד סרב לחתום על טופס זה יחתמו בשורה זו אחות או רופא המרפאה: \_\_\_\_\_

\*מחק את המיותר