**משרד החינוך**

**המינהל למדע ולטכנולוגיה**

**הפיקוח על מגמת ניהול עסקי ומגמת הנדסת תעשייה וניהול**

 ‏21 אוגוסט 2025

**אל רכזי ומורי מנהל רפואי**

הנדון: **ערכת מסמכים ללמידה ותרגול – יישומים במנהל רפואי**

מצורף בזה טפסים המיועדים ללמידה ותרגול במקצוע יישומים במנהל רפואי. טפסים אלו מיועדים להבנת עבודה בתחום המנהל הרפואי להמחשה של הטיפול המנהלי בחולה, הן בבתי חולים והן במרפאות.

מבנה הטפסים והפרטים הנכללים בו בדומה למשתמשים במוסדות רפואיים ובהתאם לדרישות של תוכנית הלימודים מתפרסמת באתר :

 <https://pop.education.gov.il/tchumey_daat/industry-business-management-entrepreneurship/high-school/pedagogy-of/Continuing-studies-health-systems-curricula/>

הערכה תשמש את הלומד להכנת תלקיט תהליכי, שילווה אותו עם התקדמותו בלמודים מחד, ומאידך יאפשר לו להבין את הטפסים שאותם הוא יפגוש בעת ביצוע הסטאג'.

**תכולת הערכה כוללת את הטפסים:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **מס'** | **שם הטופס** | **מס'** | **שם הטופס** |
| **1** | [בקשה](#סימניה1) להתקבל לבית חולים | **10** | [טופס הסכמה לניתוח](#סימניה10) |
| **2** | [הוראות קבלה לאשפוז](#סימניה2) | **11** | [טופס הסכמה להרדמה](#סימניה11) |
| **3** | [גיליון חום](#סימניה3) | **12** | [הכנת חולה לניתוח](#סימניה12) |
| **4** | [תולדות מהלך המחלה](#סימניה4) | **13** | [סיכום מחלה](#סימניה13) |
| **5** | [גיליון פקודות](#סימניה5) | **14** | [דו"ח לטיפול](#סימניה14) פיזיותרפיה |
| **6** | [הזמנה ועירוי דם](#סימניה6) | **15** | [טופס](#סימניה15) פרמדיקציה |
| **7** | [בקשה לקבלת](#סימניה7) רשומות רפואיות | **16** | [כתב ויתור על סודיות](#סימניה16) |
| **8** | [בקשה להתייעצות](#סימניה8) | **17** | [**הסכמה לביצוע הפנוט**](#סימניה17)**/טיפול פסיכולוגי** |
| **9** | [גיליון ניתוח](#סימניה9) | **18** | [**בקשה לקבלת מסמכים רפואיים**](#סימניה18) |

הערכה מעודכנת לשנת הלימודים תשפ"ו

[**www.education.gov.il/MadaTech/NihulIsky**](http://www.education.gov.il/MadaTech/NihulIsky)**- אתר מגמת ניהול עסקי**

רח' השלושה 2,  תל-אביב 67060 טל.  03-6896157   מזכירה: 03-6896809  פקס. 03-6896199

**בקשה להתקבל לבית החולים**

**לוגו בית החולים**

**[בקשה להתקבל לבית החולים]**

 **פרטי החולה**

שם משפחה: שם פרטי : שם האב: מספר הזהות:

כתובת: תאריך לידה: מס' טלפון:

|  |
| --- |
|  |

 לא

אני החתום/ה מטה, מבקש/ת לקבלני/לקבל את החולה\* לבית החולים, על שלוחותיו, מחלקותיו ויחידותיו השונות, לשם קבלת טיפול רפואי, עריכת בדיקות רפואיות ונקיטה בהליכים רפואיים נחוצים אחרים.

אני מבקש/ת שהרופאים, הסגל הסיעודי וכל צוות העובדים, בין המועסקים על ידי בית החולים ובין המוזמנים על ידיו, יקבעו ויבצעו את ההליכים הנחוצים, יערכו בדיקות ויתנו לי/לחולה\* כל טיפול הדרוש לפי שיקול דעתם המקצועית בהתאם לנסיבות המקרה.

אני מאשר/ת שלא ניתנה לי כל הבטחה בדבר תוצאות הטיפולים, הבדיקות וההליכים הרפואיים שיינתנו לי/לחולה\* בבית החולם וכי ידוע לי ואני מסכים/ה שהטיפולים בבית החולים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות הקיימים בבית החולים, ואני מצהיר/ה בזה כי לא הובטח לי שייעשו כולם או חלקם בידי אדם מסוים.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **תאריך:** |  | **שעה:** |  | **חתימת החולה:** |  |
| **אישור אפוטרופוס** |  |  |  |  |
| **שם:** |  | **קרבה:** |  | **חתימה** |  |
| **(אם המטופל קטין, פסול דין או חולה נפש)** |  |  |

**- חלק ב' -**

 **אל בית החולים**

 **פרטי החולה**

שם משפחה\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שם האב \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מספר הזהות \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

כתובת\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מס' טלפון \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. אני החתום/ה מטה, מוותר/ת על סודיות רפואית כלפי בית החולים, עובדיו, כל מי שפועל מטעמו ו/או בשליחותו ו/או בהרשאתו, בכל הקשר למצב בריאותי/בריאות החולה, לצורך הטיפולים, הבדיקות וההליכים הרפואיים שינתנו לי/לחולה, במסגרת האשפוז בבית החולים. כן הנני נותן/נת בזאת את הסכמתי מראש לצוות הרפואי לקבלו/או למור לגורם רפואי מטפל בהווה ו/או בעתיד, לצורך הטיפול בי, כל מידע הקשור למצב בריאותי.
2. אני מוותר/ת על סודיות בקשר לעובדת היותי/היות החולה מאושפז/ת בבית החולים /או במחלה בה אני/החולה מאושפז/ת כלפי הפונים לבית החולים ומבקשים פרטים אלו בעל פה.
3. אני מתחייב/ת לעזוב/להוציא את החולה מבית החולים מיד עם קבלת הודעתכם הראשונה על סיום הטיפול הרפואי בי/בחולה.
4. כמו כן אני מתחייב/ת לשלם לכם לפי דרישתכם הראשונה עבור עלות כל יום אשפוז נוסף בו אשהה/ישהה החולה בבית החולים לאחר קבלת הודעתכם על סיום הטיפול הרפואי בי/בחולה ונותן/ת לכם בזה יפוי כח מלא להוציאני מבית החולם ולהעבירני למוסד אחר או למען מגורי המפורט לעיל/להוציא את החולה ולהעבירו לרשותי או למוסד אחר, לפי הצורך, הכל על חשבוני ועל אחריותי.
5. הובהר לי וידוע לי, כי אינכם אחראים בכל צורה שהיא לכספים ו/או לדברי ערך אשר לא הופקדו בכספת משרדכם.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **תאריך:** |  | **שעה:** |  | **חתימת החולה:** | **צ. מרמרוש** |
| **אישור אפוטרופוס** |  |  |  |  |
| **שם:** |  | **קרבה:** |  | **חתימה** |  |
| **(אם המטופל קטין, פסול דין או חולה נפש)** |  |  |

\*חתימה על חלק ב' של טופס זה אינה מהווה תנאי לקבלת החולה לאשפוז ו/או לקבלת הטיפולים הנחוצים לו.

\*\*המתאשפז/ת אפוטרופסו, רשאי/ת שלא להסכים לוותר על סודיות בקשר לעובדת האפשוז בבית החולים ו/או במחלקה.

\*\*\*המתאשפז/אפוטרופסו, רשאי/ת שלא להסכים לוותר על סודיות בקשר למידע הרפואי המתייחס אליו/ה.

**לוגו בית החולים**

**[הוראות קבלה לאשפוז]**

**מיון/מחלקה:**

**הוראות קבלה לאשפוז**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **מספר תעודת זהות** |

 **למשרד הקבלה,**

 **נא לקבל את החולה:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| **שם משפחה** |  | **שם פרטי** |  | **שם האב** |

**למחלקה:**

 **אבחנת הרופא השולח:**

 **הרופא השולח סוג הקבלה**

 רופא המטפל דחוף חדש

 רופא מקצועי מוזמן חוזר

 רופא תורן אחר

 ללא הפניה

 **תאריך: ­­­­ חתימה וחותמת:**

**טופס זה יש להצמיד לכרטיס הקבלה**

**לוגו בית החולים**

**[גיליון חום]**

תאריך קבלה: שעת קבלה:

תאריך שחרור: שעת שחרור:

**גיליון חום**

**מחלקה:**

שם משפחה: שם פרטי : מס' ת.ז.: תאריך לידה:

כתובת: טלפון: קופ"ח:

מין: ז / נ התחייבות: 🞎 כן 🞎 לא

|  |
| --- |
|  |

 לא

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  | תאריך |
|  |  |  |  |  | יום אשפוז |
|  | **2** |  | **7** |  | **2** |  | **7** |  | **2** |  | **7** |  | **2** |  | **7** |  | **2** |  | **7** | חום | דופק |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | משקל |
|  |  |  |  |  | כמות שתן |
|  |  |  |  |  | לחץ דם |
|  |  |  |  |  | לחץ דם |
|  |  |  |  |  | צואה |
|  |  |  |  |  | הקאה/שאיבה |
|  |  |  |  |  | שתיה |
|  |  |  |  |  | כלכלה |
|  |  |  |  |  | עירוי נוזלים + תרופות חד-פעמיות | הוראות רופא |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | תרופות |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | שונות |

**לוגו בית החולים**

**[תולדות ומהלך המחלה]**

**תולדות ומהלך המחלה**

 **פרטי החולה**

שם משפחה: שם פרטי : שם האב: מספר הזהות:

מין: מצב משפחתי: תאריך לידה: ארץ לידה:

תאריך עליה: מקצוע: הרופא השולח/מרפאה:

|  |
| --- |
|  |

 לא

|  |  |
| --- | --- |
| **תאריך** | **האנמנזה נתקבלה ע"י ד"ר: תאריך:**  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**לוגו בית החולים**

**[גליון פקודות]**

**גליון פקודות**

 **פרטי החולה**

שם משפחה: שם פרטי : שם האב: מספר הזהות:

מין: מצב משפחתי: תאריך לידה: ארץ לידה:

תאריך עליה: מקצוע: הרופא השולח/מרפאה:

|  |
| --- |
|  |

 לא

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **תאריך** | **שעה** | **הפקודה****(יש לרשום כל הוראה למתן תרופה וכן כל הוראה להפסקת תרופה)** | **חתימת הרופא** | **חתימת האחות** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**לוגו בית החולים**

**[הזמנה ועירוי דם ומוצריו לחולה]**

**הזמנה ועירוי דם ומוצריו לחולה**

**שם החולה: מספר ת"ז: טלפון:**

**כתובת: מס' מיון: מס' גליון:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **הזמנה** | **עירוי** | **תגובות לעירוי****(הערות)** |
| **תאריך משלוח דם לסוג והצלבה****🞾** | **כמות מוזמנת** | **סוג ו-RH המוצר** | **שם המוצר****🞾🞾** | **מספר סידורי של המוצר****🞾🞾🞾** | **תאריך ושעת תחילת העירוי** | **חתימת הרופא המערה לאחר זיהוי החולה** | **חתימת מזהה שני (רופא או אחות)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**🞾** ההזמנה מתבטלת אוטומטית לאחר 48 שעות ממתן עירוי המנה הראשונה ובכל מקרה לאחר 72 שעות. על

 המחלקה להודיע לבנק הדם במידה וההזמנה מתבטלת מצידה, לפני ה- 72 שעות.

🞾🞾 דם מלא, כדוריות דחוסות (P.C.), פלסמה טריה (FFP), קריופרציפיטט, אחר.

🞾🞾🞾 אין צורך לפרט את המספרים הסידוריים של הטסיות או קריופרציפיטט.

**בקשת רשומות רפואיות**

**לוגו בית החולים**

**[טופס בקשת רשומות רפואיות]**

**לכבוד**

**בית-חולים "המרפא" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 אבקש לקבל את התיק/ים הרפואי/ם שלי מהגורמים המטפלים הבאים:

1. 3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. 4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

אני מעוניין בתיקים הנ"ל עבור (נא לפרט הסיבה לבקשת המידע הנ"ל):

 שם פרטי ומשפחה: מספר תעודת זהות:

 כתובת: טלפון:

לשימוש המשרד

 נתבקש/ו התיק/ים בתאריך: \_\_/\_\_/\_\_

 הגיעו התיק/ים ונמסרה למבקש הודעה בתאריך: \_\_/\_\_/\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| חותמת ביה"ח |  | שם החותם |  | תפקיד |

 למילוי על-ידי המבקש

 אני הח"מ מאשר כי בתאריך: \_\_/\_\_/\_\_ קיבלתי לידי העתק/תדפיס של רשומות רפואיות.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| שם המבקש |  | חתימה |  | תאריך |

 **לשימוש המשרד:**

 הריני מאשר בזאת כי המידע נמסר למבקש הנ"ל לאחר שהציג תעודה מזהה.

 שם מוסר/ת המידע: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ תאריך: \_\_/\_\_/\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| תאריך |  | חתימה וחותמת |

**לוגו בית החולים**

**[בקשה להתיעצות]**

**בקשה להתיעצות**

 **פרטי החולה**

שם משפחה: שם פרטי : שם האב: מספר הזהות:

מין: מצב משפחתי: תאריך לידה: ארץ לידה:

תאריך עליה: מקצוע: הרופא השולח/מרפאה:

|  |
| --- |
|  |

 לא

 **למחלקה:**

 **מטרת ההתייעצות:**

 **אנמנזה וממצאים:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| תאריך |  | חתימה וחותמת |

 **תשובה:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| תאריך |  | חתימה וחותמת |

**לוגו בית החולים**

תאריך קבלה: שעת קבלה:

תאריך שחרור: שעת שחרור:

מחלקה:

הועבר למחלקה ביום:

הודעה דחופה ל:

**[גליון ניתוח]**

**גליון ניתוח**

שם משפחה: שם פרטי : שם האב: מספר הזהות:

מין: מצב משפחתי: תאריך לידה: ארץ לידה:

תאריך עליה: מקצוע: הרופא השולח/מרפאה:

|  |
| --- |
|  |

 לא

|  |  |
| --- | --- |
| **האבחנה הקלינית:** | **מנתח:** |
| **האבחנה לאחר הניתוח:** | **עוזר 1:** |
| **הניתוח:** | **עוזר 2:** |
| **ההרדמה:** | **מרדים:** |
| **תאריך:** | **אחות:** |

 **מהלך הניתוח**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**[טופס הסכמה לניתוח/הסכמה רפואית]**

**טופס הסכמה לניתוח/פעולה רפואית**

**בית חולים\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

שם משפחה: שם פרטי : שם האב: מספר הזהות:

תאריך לידה: כתובת: טלפון:

**שם החולה:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **שם משפחה** |  | **שם פרטי** |  | **שם האב** |  | **ת"ז** |

**לאחר שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר:**

 **שם משפחה שם פרטי**

 **על הצורך בביצוע ניתוח/פעולה רפואית**

לרבות על התוצאות המקוות, הסיכונים הסבירים ודרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, לרבות הסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה, והבדיקות והטיפולים הכרוכים בכך.

אני נותן בזה את הסכמתי לביצוע הניתוח / הפעולה הרפואית כאמור לעיל (להלן-"הטיפול הרפואי") בבית

החולים. הוסבר לי ואני מבין/ה כי קיימת אפשרות שתוך מהלך "הטיפול הרפואי" יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותן כעת בוודאות או במלואן, אך משמעותן הובהרה לי, לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות ניתוחים ופעולות פולשניות נוספות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניים או דרושים במהלך "הטיפול הרפואי".

הסכמתי ניתנת, כמו כן, להרדמה, בין כללית ובין מקומית, אם ובמידה שיהיה צורך בכך בהתאם לשיקול דעתם של הרופאים המטפלים.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך ש"הטיפול הרפואי" וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של בית החולים, וכי לא הובטח לי שייעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שייעשו באחריות המקובלת בבית החולים בכפוף לחוק.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| תאריך |  | שעה |  | חתימת החולה |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| שם האפוטרופוס |  | חתימת האפוטרופוס **(במקרה של קטין, פסול דין, או חולה נפש)** |

**אני מאשר כי הסברתי בעל-פה לחולה/לאפוטרופוס של החולה\* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי**

**הוא /היא חתם/ה על הסכמה בפני, לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסבריי במלואם.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| שם הרופא וחתימה |  | מס' רשיון |

**\*מחק את המיותר**

**טופס הסכמה להרדמה**

**[טופס הסכמה להרדמה]**

שם משפחה: שם פרטי : שם האב: מספר הזהות:

תאריך לידה: כתובת: טלפון:

**סוגי ההרדמה (אלחוש) המקובלים הם הרדמה כללית, אזורית ומקומית, או שילוב בין השיטות.**

 **הרדמה כללית** מתבצעת על ידי הזרקת תכשירים למערכת הדם ו/או החדרת תכשירים למערכת הנשימה באמצעות צינור קנה (טובוס), ו/או מסכה. התכשירים גורמים לירידה ברמת ההכרה, להרפיית השרירים ולהורדת תחושת הכאב.קצב ההתעוררות מהרדמה תלוי בגורמים שונים הקשורים בסוג הניתוח, בהרדמה ובמצבו הכללי של החולה.

 **הרדמה אזורית** מתבצעת על ידי הזרקת תכשירים אל עצבים או סביבם וגורמת לאילחוש של אזור מסוים בגוף. דוגמאות להרדמה אזורית הן הרדמה אפידורלית והרדמה ספינלית, בהן מוזרק חומר ההרדמה לחלל סביב חוט השדרה (בגב).

 **הרדמה מקומית** מתבצעת על ידי הזרקת תכשירים לקרבת האזור המנותח. בדרך כלל הדבר מבוצע על ידי המנתח עצמו.יתכן שילוב של סוגי הרדמה שונים, לדוגמא: הרדמה כללית והרדמה אזורית, הרדמה אזורית והרדמה מקומית, וכן שילוב של שיטות הרדמה אזורית.

 **סיכוני ההרדמה:** על כל סוגיה, אינם קשורים בהכרח בסוג הניתוח ובמורכבותו. על החולה למסור למרדים מידע מלא על מחלותיו/ה, סיפור משפחתי מיוחד ופרטים על-הריון, מצב השיניים, אכילה, שתייה, ועישון לאחרונה ותגובות להרדמה קודמת, כולל סיבוכים במידה והתרחשו, רגישות לתרופות, תרופות וסמים שנוטל.

**קיבלתי הסבר על הצורך בהרדמה לשם ביצוע הניתוח המתוכנן.**

הוסברו לי סיבוכים אפשריים לאחר הרדמה כללית לרבות: כאב גרון ואי נוחות בבליעה, כאבי שרירים,

בחילות והקאות ואי נוחות כללית. כמו כן הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: נזק לשיניים ולקנה הנשימה כתוצאה מהחדרת המכשור הנחוץ להרדמה, נזקים לרקמות שונות, במקרים נדירים יתכנו סיבוכים קשים לרבות: תגובה אלרגית חריפה, קרישת יתר או תמס הדם, תסמונת החום הממאיר, הפרעות בתפקודי כבד, ו/או בתפקוד מערכות חיוניות אחרות וזיהומים. במקרים נדירים ביותר אפשרי מוות מסיבוכים אלה.

**הוזהרתי על סכנות היתר עקב מחלות הרקע שלי.**

**אני נותן בזאת את הסכמתי לביצוע ההרדמה**, למעט \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ הוסבר לי שיתכן כשלון בביצוע ההרדמה , עקב מגבלות במבנה האנטומי שאת חלקן לא ניתן לצפות מראש. כשלון בביצוע ההרדמה עלול לחייב, לעיתים, מתן טיפולים להבטחת הפעילות של מערכות חיוניות , ועד ביצוע פעולות לצורך הצלת חיים. הובהר לי כי במקרה כזה יתכן שלא יבוצע הניתוח המתוכנן. הודגש שאין לעמוד/ללכת בשעות הקרובות לאחר ההרדמה, וגם אחר כך בזהירות ובליווי צמוד. בנוסף, אין לנהוג או לקבל החלטות משמעותיות לפחות ביממה הקרובה. הוסבר לי שעלי לפנות לסיוע רפואי בכל אירוע חריג גם לאחר השחרור מבית החולים. אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שההרדמה, על צורותיה השונות, תעשה בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד, וכי לא הובטח לי שתעשה, כולה או חלקה, בידי אדם מסוים, ובלבד שתעשה באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק. תיתכן השתתפות סטודנטים ומתלמדים בפיקוח מלא במהלך הניתוח / ההרדמה.

 **אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **תאריך** |  | **שעה** |  | **שם החולה** |  | **מס' ת"ז** |  | **שם האב** |  | **חתימת החולה** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| **שם האפוטרופוס** |  | **(קירבה)** |  | חתימת האפוטרופוס **(במקרה של קטין, פסול דין, או חולה נפש)** |

 **אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה / לאפוטרופוס של החולה\* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש**

 **וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| שם הרופא וחתימה |  | מס' רשיון |

**\*מחק את המיותר**

**[טופס הכנת חולה לניתוח]**

**לוגו בית החולים**

**יש לעבור על הרשימה ולאשר**

**ביצוע, על פי הסימנים המוסכמים:**

בוצע (✔)

לא רלבנטי (X)

לא בוצע (משבצת ריקה)

 **תאריך:**

**הכנת חולה לניתוח (Check List)**

שם משפחה: שם פרטי : שם האב: מספר הזהות:

תאריך לידה: כתובת: טלפון:

**באחריות הרופא:**

 **קבלה רפואית הדרכת חולה**

 **א.ק.ג. טופס הסכמה לניתוח חתום**

 **בדיקות רלבנטיות בדיקת מרדים+הוראות לפרמדיקציה**

 **סוג והצלבה טופס הסכמה להרדמה חתום**

 **הזמנת דם סימון מקום הניתוח**

 **צילום חזה עירוי (בהתאם לצורך)**

 **בדיקות הדמיה רלבנטיות, פרט: הוראה למתן אנטיביוטיקה (בהתאם לצורך)**

 **רגישות לתרופות פרט:**

**הוראות נוספות להכנה**

 **שם+חתימת הרופא:**

**באחריות האחות במחלקה לבדוק ולהכין: (הביצוע בערב או בבוקר בהתאם לנהלי המחלקה)**

* **הטופס נועד לצורך לימודים בלבד!!!**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ערב** | **בוקר** | **זיהוי חולה + ענידת צמיד זיהוי**  | **ערב** | **בוקר** | **הכנת מקום הניתוח** |
|  |  | **אנמנזה סיעודית** |  |  | **מדידת חום\_\_\_\_\_\_ שעה\_\_\_\_\_** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | **מדבקת ביוהזרד (בהתאם לצורך)** |  |  | **מדידת לחץ דם\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שעה\_\_\_\_\_\_** |
|  |  | **הדרכת חולה ע"י אחות** |  |  | **שיניים תותבות יש/אין**  |
|  |  | **צום משעה\_\_\_\_\_\_** |  |  | **הסרת תכשיטים וחפצי ערך** |
|  |  | **גילוח (בהתאם לצורך)**  |  |  | **תרופות שניתנו כהכנה לניתוח** |
|  |  | **חוקן** |  |  |  |
|  |  | **מדידת סוכר בגלוקומטר (בהתאם לצורך)** |  |  |  |

 **התרופה שעת מתן**

 **תוצאה:\_\_\_\_\_\_\_ שעה: \_\_\_\_\_\_\_**

**1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **שם וחותמת האחות: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ערב בוקר:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ערב** | **בוקר** | **מתן פרמדיקציה וחתימת האחות על המתן בדף (לאחר שהאחות וידאה טופס הסכמה לניתוח ולהרדמה חתום).**  |
|  |  | **חולה לבוש לחדר ניתוח** |
|  |  | **בגדי החולה נשמרים במחלקה/משפחה** |
|  |  | **מתן שתן** |
|  |  | **המצאות מדבקות בגיליון ובדיקתן** |
|  |  | **בדיקת הגיליון (לוודא שכל הטפסים נושאים את שם החולה)** |

**הוראות נוספות:**

**\* העדר הכנה, מסמכים או תעוד נדרש – פרוט:**

**\* הודעה על אי ביצוע מהצ'ק ליסט (כמפורט לעיל) נמסרה לד"ר**

**1. שם וחותמת האחות המכינה בערב: שעה:**

**2. שם וחותמת האחות המכינה בבוקר: שעה:**

**3. שם וחותמת האחות השולחת לאחר בדיקת כל הצ'ק ליסט: שעה**

**באחריות האחות בחדר קבלה לניתוח, לבדוק:**

 **זיהוי החולה**

 **בדיקת הכנת החולה על פי ה- Check List**

 **הודעה למנהל חדר ניתוח או לבא כוחו-על העדר הכנה, מסמכים או תיעוד נדרש (פרוט)**

**הודעה נמסרה לד"ר (שם הרופא)**

 **הערות:**

 **שם + חותמת האחות בקבלה:**

**באחריות אח/ות חדר ניתוח לבדוק בחדר קבלה, לפני כניסת החולה לחדר ניתוח:**

 **זיהוי חולה**

 **הסכמה חתומה לניתוח**

 **הסכמה חתומה להרדמה**

 **סימון מקום/מקומות הניתוח**

 **שם + חותמת אח/אחות חדר ניתוח:**

**[סיכום מחלה]**

**לוגו בית החולים**

**סיכום מחלה**

 **פרטי החולה**

שם משפחה: שם פרטי : שם האב: מספר הזהות:

מין: מצב משפחתי: תאריך לידה: ארץ לידה:

תאריך עליה: כתובת: מס' טלפון:

מקצוע: תאריך אשפוז: תאריך שחרור:

|  |
| --- |
|  |

 לא

 **המחלקה:**   **תאריך**

 **האבחנה:**

 **נתונים/פעולות:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| שם הרופא |  | חתימה וחותמת |  | תאריך |

**לוגו בית החולים**

**[דו"ח טיפולי פיזיותרפיה במחלקות ביה"ח]**

**דו"ח טיפולי פיזיותרפיה במחלקות ביה"ח**

שם משפחה: שם פרטי : שם האב: מספר הזהות:

תאריך לידה: כתובת: טלפון:

**האבחנה:**

**אבחנות נילוות:**

**קונטראינדיקציות:**

 **שם וחתימת רופא:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **תאריך** | **הערות** | **שם** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**לוגו בית החולים**

**[טופס פרמדיקציה]**

**טופס פרמדיקציה**

**שם המחלקה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**שם החולה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מס' ת"ז:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מס' גליון: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**הוראות הרופא המרדים:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **דרך מתן → מינון → התרופה** | **שעת הנתינה** | **שם האחות נותנת התרופה** |
| **ערב לפני הניתוח** |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **ביום הניתוח** |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**הוראות נוספות:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **שם הרופא המרדים** |  | **חתימה וחותמת** |  | **תאריך** |  | **שעה** |

לכבוד

**[טופס כתב ויתור על סודיות רפואית]**

המרכז הרפואי

**ייפוי** **כוח וכתב ויתור על סודיות רפואית**

אני הח"מ נותן בזה למסור ל: מס' ת"ז

את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל, לרבות מידע גנטי או מידע על טיפול פסיכאטרי או נפשי ובאופן שידרוש המבקש על מצב בריאותי ועל מחלותי, או על מצב בריאותו/ה ועל מחלותיו של

הגב' / מר:

הנני משחרר אתכם כל עובד מעובדיכם וכל מי מטעמכם, מחובת שמירה על כל הסודיות הרפואית בכל הנוגע ל מצב בריאותי או בריאות/ה ולא תהיינה לי כל ו/או לו/ה אליכם כל טענה או תביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת המידע כאמור.

 חתימה:

 תאריך:

השם והמשפחה:

הכתובת:

מספר ת.ז.

 ייפוי כח וכתב ויתור זה יעמוד בתוקף עד לתאריך:

פרטי העד לחתימה (עו"ד, רופא, עו"ס, אחות, פסיכולוג, מורשה חתימה בבנק, סוכן ביטוח)

השם והמשפחה:

הכתובת:

מספר ת.ז.

חותמת:

 חתימה:

 תאריך:

תאור החומר הנמסר:

שם המקבל: חתימת המקבל: תאריך קבלה:

**[טופס הסכמה לביצוע הפנוט/טיפול פסיכולוגי]**

הסכמה לביצוע היפנוט למטרת אבחון או /ו טיפול פסיכולוגי

אני החתומ/ה מטה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מאשר/ת בזאת שהפסיכולוג/ית המומחה/ית \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , בעל/ת רשיון לעסוק בפסיכולוגיה מס' \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

בעל/ת רשיון לעסוק בהיפנוזה מס' \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ הסביר/ה לי את מהות

התהליך ההיפנוטי והשלכותיו האפשריות.

הנני נותנ/ת בזאת את הסכמתי לעבור תהליך של היפנוט למטרה של אבחון או/ו טיפול

פסיכולוגי.

שם ת.ז.

חתימה: תאריך:

~חסוי רפואי~ לאחר מילוי

**[טופס בקשה לקבלת מסמכים רפואיים]**

הנחיות לגבי טופס זה, יימסרו למטופל על ידי מחלקת ניהול ורישום מידע רפואי בלבד

**מחלקת ניהול ורישום מידע רפואי**

**בקשה לקבלת מסמכים רפואיים**

 תאריך:

**פרטי המטופל:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ת.ז. דרכון:  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| שם משפחה |  | שם פרטי |  | טלפון |  | מספר נייד |  |
| **במקרה שהפונה אינו המטופל** |  |  |
| שם משפחה |  | שם פרטי |  | טלפון |  | מספר נייד |  |

**\*\*\* הוצאת מידע רפואי כרוכה בתשלום על פי תעריפון של משרד הבריאות \*\*\***

חובה לצרף **צילום ת.ז.**

**המידע המבוקש יש לציין תאריך הביקור:**

**המידע המבוקש:**

|  |  |
| --- | --- |
| **צילום תיק אשפוז במלואו** | **העתקת פיענוח בדיקה במכונים** |
| **צילום מכתב שחרור ממיון / חדר לידה** | **איתור מסמכים מלפני שנת 1967** |
| **צילום תיק מרפאה** | **איתור מסמכים אחרי שנת 1967** |
| **צילום סיכום מחלה** | **אחר:** |
| **צילום דוח ניתוח / צינתור** |  |

**אופן קבלת המסמכים: (סמן בX בהתאם למבוקש(**

* **הגעה עצמית (לאחר מתן הודעה כי החומר מוכן)**
* **דואר רשום – בתוספת תשלום בהתאם לתעריפי דואר ישראל.**
* **דואר ישראל**
* **כתובת למשלוח דואר**

**עיר: רחוב ומספר מיקוד**

**רצ"ב**

**מיופה כח – חובה לצרף טופס ויתור על סודיות רפואית/ ייפוי כוח חתום על ידי המטופל / במקרה של נפטר.**

**בנוסף יש לצרף צילום ת.ז. של מיופה הכוח ושל המטופל.**

**שם מלא:; חתימה:**

**לשימוש מחלקת ניהול ורישום מידע רפואי:**

**התקבל על ידי: בתאריך:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **נשלח בדואר** | **נשלח בדואר רשום** | **הגיע פיזית** | **נשלח לכתובת אלקטרוני** | **נשלח בפקס** | **תאריך** |

**ניתן ליצור קשר עם המחלקה:**

**באמצעות הפקס:**

**באמצעות כתובת מייל:**