

סטודנט/ית יקר/ה,

אנו שמחים על פנייתך לביצוע התנסות קלינית במרכז הרפואי סורוקה ומתכבדים להגיש לך טופס שמרכז מידע חיוני לקליטתך באופן המיטבי ביותר.

לפניך ערכה בה מרוכז מידע חיוני.

יש למלא בקפדנות ולצרף את כלל האישורים המבוקשים.

בברכת הכשרה מהנה ומוצלחת,

מחלקת משאבי אנוש
המרכז הרפואי סורוקה

הגורם המפנה: _____

תאריך מילוי הטופס: _____

תאריך התחלת התנסות קלינית: _____

תאריך סיום התנסות קלינית: _____

הכשרה בתפקיד: _____

בסקטור: _____

במחלקה: _____

שם פרטי ומשפחה: _____

שם פרטי ומשפחה באנגלית: _____

מספר ת.ז: _____

שם בית הספר: _____

שנת לימוד: _____

מספר טלפון נייד: _____

אנא סמנו את הטפסים שהכנתם:

- צרפתי צילום תעודת זהות כולל ספח.
- צרפתי טופס ג' - אישור חיסונים ממשרד הבריאות/ מרפאת מטיילים.
- צרפתי אישור לימודים חתום.
- צרפתי אישור העדר עבירות מין ע"י משטרת ישראל (גברים). אני אישה.
- צרפתי אישור העדר אלימות כלפי ילדים וחסרי ישע ע"י משטרת ישראל.
- צרפתי טופס ביטחון חתום, ועברתי הדרכה מול מחלקת ביטחון.
- צרפתי טופס אבטחת מידע חתום על ידי. שימו לב, מצורף טופס אבטחת מידע.
- צרפתי שאלון פרטים אישיים שלי. שימו לב, מצורף טופס מילוי פרטים אישיים.
- צרפתי כתב הצהרה והתחייבות
- צרפתי אישור ביצוע לומדות בפמ"א
- צרפתי הצהרה לשמירת סודיות חתומה.

שאלון פרטים אישיים

שם משפחה קודם	שם פרטי	שם משפחה	תואר :	תעודת זהות

מתאריך	אזרחות 2	מתאריך	אזרחות 1	תושב חוזר/ ארעי	ארץ עלייה	תאריך עלייה

מין	לאום	דת	שם האב	ארץ לידה	תאריך לידה
זכר / נקבה					

[כתובת וטלפון:](#)

מתאריך	מיקוד	ישוב	מס'	כניסה	דירה	רחוב

טל' נייד	טל' בבית	כתובת אי מייל
		_____@

[פרטי ביטוח בריאות:](#)

מתאריך	קופת חולים

מצב משפחתי/פרטי בני זוג:

שם משפחה קודם בן/בת זוג	תאריך לידה בן/בת זוג	מס' ת.ז. בן/בת זוג	שם בן/בת זוג	מצב משפחתי (רווק/ נשוי/ נשוי בנפרד/ גרוש/ אלמן)	מתאריך

עיסוק	מקום עבודה	ת.ת עבודה	עובד/לא עובד

פרטי ילדים עד גיל 22:

סטאטוס*	מין	שם הילד	מס' ת.ז.	ת.לידה

שפות:

שפה	* רמת קריאה	* רמת דיבור	* רמת כתיבה	* שפת אם

רישיונות מקצועיים:

סוג רישיון/ תעודת הכרה	תוקף	מס' רישיון	סטאטוס	גורם מוציא רישיון	מס' תעודת מומחה
			זמני / קבוע		
			זמני / קבוע		

השכלה:

מתאריך	עד תאריך	מס' שנות לימוד	שם מוסד הלימוד	כתובת	מגמת לימוד	סוג תעודה/דיפלומה

הצהרת הסטודנט

הנני מצהיר בזאת כי כל הפרטים שמסרתי הינם נכונים ומלאים.

שם: _____ תאריך: _____ חתימה: _____

בדיקת המוסד

אני מאשר כי בדקתי את נכונות הפרטים המובאים בשאלון זה, וכי העובד/ת הנ"ל חתם/ה עליו בנוכחותי.

שם: _____ תאריך: _____ חתימה: _____

הצהרות והתחייבויות של הסטודנט

1. פרטי הסטודנט

שם פרטי	שם משפחה	מס. זהות	בי"ח

2. הצהרה והתחייבויות בדבר שמירת סודיות ומסמכים

הריני מצהיר בזה שלא אוציא מתחום המוסד כל מסמך השייך למוסד ללא נטילת רשות ממי שהוסמך לכך במוסד. לא אמסור לידי איש כרטיסים רפואיים, תצלומים ומסמכים רפואיים מכל סוג שהוא או העתק צילומי מהם, אלא בהתאם להוראות המוסד.

אשמור בסוד, לא אמסור ולא אפרסם ידיעות מקצועיות מסחריות, לרבות מידע הנמצא במאגרי מידע ממוחשבים וקוד כניסה למאגרים ממוחשבים (סיסמא) או כל מידע אחר שהוגדר על ידי המוסד כחסוי, הידוע לי בתוקף עבודתי במוסד, אלא אם כן אקבל רשות לכך מאת גורם מוסמך במוסד.

לא אשתמש בקוד כניסה למאגרים ממוחשבים (סיסמא) אשר לא הוקצה עבורי עפ"י נוהל הקצאת קודי משתמש למערכות במוסד.

איסורים אלה יחולו עלי גם אם אפסיק עבודתי במוסד, במשך תקופה של שלוש שנים מיום הפסקת העבודה.

ידוע לי שאם אפר את האמור בפסקה זו, אהיה צפוי לפיטורים על פי חוקת העבודה. ואם אעבור על ההוראות האמורות בפסקה זו לאחר שאעזוב את עבודתי במוסד, אתבע לדין בערכאות המשפטיות של המדינה.

חתימה:

דגשים ומידע בנושא הגנת המידע בביה"ח

❖ יש לחתום בסיום
❖ אינו מחליף צורך בלומדה

מידע רפואי חסוי אישי- הינו כל מידע הקיים בבית החולים המכיל פרט מזהה כלשהו של המטופל כגון: ת.ז., שם, משפחה, רשיון רכב, מספר אשפוז, מספר קבלה, כתובת, מייל, רישיון רכב, מיקוד וכו'

כל פרט שנפרד עשוי להוביל אותנו לאדם אליו שייך המידע ולכן הופך את המידע לחסוי אישי

לפי ההגדרה הנ"ל כמעט 100% מהמידע הקיים בבית החולים הינו מידע חסוי אישי השייך למטופל בלבד ומשמש את הצוות רק לצורך הטיפול בו!

בבית החולים קיימים 3 סוגי מידע חסוי אישי:



אסטרטגיה- אבטחת המידע

מחובתנו להגן על שלמות המידע, על זמינותו ועל פרטיותו

שם הסטודנט/ית: _____ ת.ז: _____

חתימה: _____ תאריך: _____

דגשים והנחיות בנוגע להגנה על המידע בבית החולים

פירוט	נושא
יש להיכנס באמצעות מפתח ושימוש בידית דלת חד כיוונית בכלל החדרים המאחסנים תיקים/ מחשבים	אבטחת חדרים המאחסנים מידע
יש לנעול שאינם מאוישים (חדרי צוות, מזכירות וכדומה)	
בסיום הפעילות יש לנעול את המידע הפיזי (מסמכים/טפסים/מדבקות) בארון נעול לא מספיק לנעול את החדר! יש לנעול מידע בתוך ארון או מגירה נעולה	
אין להניח מסמכים, טפסים או גיליונות חשופים על הדלפקים ובתחנות	חשיפת מידע פיזי
יש לשוחח בפרטיות ובשקט בעת מתן מידע רפואי בשיחה עם חולה או בני משפחתו	
עגלת גיליונות שאינה בשימוש תמוקם בתוך חדר נעול	
אי לרשום מידע מזהה של מטופלים על גבי עגלת גיליונות או עגלת תרופות (ללא מדבקות שמיות)	
במקומות בהם יש גיליונות מקוצרים על המיטות- יש להקפיד שהגיליונות יהיו הפוכים או מכוסים כך שלא יחשפו מידע	
תאי רופאים ינעלו במפתח, ולא ימוקמו באזורים נגישים	התנהלות מחשבים וחומרה
יש לנעול מחשבים בחדרי צוות שאינם מאוישים	
המשתמש והסיסמה הן טביעת אצבע ובמסגרתן יש הרשאות לפעילות לכל עובד, אין להעביר מעובד לעובד ואין להשאיר יוזר פתוח בסיום הפעילות	
שימו לב- קיימת מערכת לניטור לוגים למעקב שימוש לא תקין בהרשאות!	
אין להיכנס במסגרת היוזר שלך לתיקים או מידע שאינו בתחום אחריותך וטיפולך, אין להיכנס לתיקי מטופלים שלא תחת טיפולך או לא לצרכי ייעוץ.	
מדפסות ופקסים ממוקמים במקום שאינו נגישה לציבור (לא על גבי דלפקים ואזורי קבלה)	
אין לשמור על שולחן עבודה או כונן מקומי מסמכים	
יש להקפיד שמסך המחשב לא יופנה לקהל	
במידה ומקבלים מייל או SMS מגורם/ מספר לא מוכר המכיל לינקים וקבצים מצורפים אין לפתוח! יש לפנות למחשוב ולדווח על מייל חשוד במוקד 777!	

שם הסטודנט/ית: _____ ת.ז: _____

תתימה: _____ תאריך: _____

שולחן עבודה נקי	עמדות העבודה ועגלות ממוחשבות נקיות מסימני זיהוי (סיסמא) של משתמשים לא י נחו בעמדה לא מאוישת מסמכים או גיליונות המכילים מידע רגיש
זיהוי גורם חשוד	במידה ויש אדם המסתובב ביחידתכם ואינו קשור ליחידה, נכנס למשרדים, נכנס לחדרים, שואל שאלות, הולך וחוזר, יש לשאול אותו למעשיו וליצור קשר עם הקב"ט לגבי גורם חשוד במספר 222
שימוש בהרשאות מחשוב	המשתמשים עושים שימוש במחשבים רק באמצעות סיסמה שלהם (לא מבוצעת העברת סיסמאות) מיושמת מדיניות סיסמה מורכבת ומדיניות הרשאות גישה בכל המחשבים מחשבים בתחנות העבודה ננעלים אוטומטית לאחר מספר דקות (מקסימום רבע שעה)
גריסה	קיימים פחי גריסה בכל העמדות הרלוונטיות במחלקה/ביחידה- יש לזרוק נייר רק בפח גריסה נייר שייזרק בפח אשפה רגיל עשוי לגרום לענישות וקנסות (פקחים של הרשות להגנת הפרטיות כבר מסתובבים בבתי החולים ומחלקים דוחות) פחי הגריסה לא יהיו נגישים לקהל
טיפול במידע רגיש	חומר מסווג/חסוי (מידע פסיכיאטרי, רווחה, מידע גנטי, מידע אודות הריון וכדומה) יאוחסן בחדר המאובטח בארונות נעולים, מצלמות במעגל סגור, מערכת אזעקה וכיבוי אש אין להוציא שום מידע מבית החולים ללא אישור מנהל בית החולים!
מסירת מידע רגיש	יש לשמור על פרטיות בהעברת מידע מהסגל הרפואי/ הסיעודי למטופל ואו למלוויו. יש לערוך זיהוי וודאי של מקבל המידע (ידון/ תעודת זהות) אין להעביר מידע רפואי טלפונית לגורם שהתקשר מבחוץ אליך. אם מדובר בצוות מטפל בקהילה יש לקחת שם ומשפחה ולחזור לטלפון הרשום במע' האאוטלוק לגבי שאלות בנושא מחשוב ואחזקה יש לפנות למוקדים 777, 555, אין למסור מידע למי שמתקשר מבחוץ לצורך הנושא מידע פיזי יועבר למטופלים ולמשפחותיהם רק דרך רשומות רפואיות על פי נוהל

שם הסטודנט/ית: _____ ת.ז: _____
חתימה: _____ תאריך: _____

הנני מאשר/ת כי קראתי את המסמך והבנתי את המדיניות וההנחיות להגנת המידע במרכז
הרפואי האוניברסיטאי סורוקה

הנני מסכימ/ה שאפעל על פי ההנחיות הנ"ל במסגרת התנסותי האקדמאית/ התנדבותי/
עיסוקי בבית החולים ואדאג לדווח לגבי כל חריגה מההנחיות ומהנהלים

מסמך זה אינו מהווה תחליף לביצוע הדרכה מרוכזת בהמשך!

שם הסטודנט/ית: _____ ת.ז: _____

חתימה: _____ תאריך: _____

בכל שאלה יש לפנות לממונה להגנת מידע בסורוקה הגב' הילה סטרוגו בטלפון 0502858012

הפנייה למחלקת ביטחון

לכבוד

מחלקת ביטחון

כ א ן

א.ג.נ.,

הריני מפנה אליכם את הסטודנט/ית _____, ת.ז. _____
סטודנט/ית ל _____ להדרכה בנושא ביטחון.

❖ לתיאום הדרכת ביטחון יש ליצור קשר בטלפון: 08-6244666 פקס 08-6282107

סורוקה מרכז רפואי אוניברסיטאי
סניף קרן יצחק
פקידת כ"א ושכר עבור
פקידת ביטחון

בברכה,

טליה קרן יצחק

פקידת כ"א ושכר

הפנייה לביצוע חיסונים

שלום רב,

הנך נדרשת לבצע חיסונים לשם טופס ג'.

פרטי קביעת תור- מרפאת סורוקה פלוס בטלפון מספר 08-6403199, או במייל somr99@clalit.org.il

או בלשכת הבריאות בבאר שבע, בטלפון 08-6263511.

בעת פנייתך למרפאת סורוקה פלוס, אנא ציין תאריך תחילת התנסות, וזאת על מנת שהתור שיתואם לך יקבע טרם כניסתך להתנסות.

אנא בצע זאת מוקדם ככל האפשר על מנת למנוע מצב בו לא תוכל להיקלט בזמן וההתנסות תדחה.

הנדון: אישור ביצוע לומדות בפמ"א

ת.ז.: _____

שם הסטודנט: _____

הסטודנט ביצע לומדות במשרד הפמ"א (פיתוח משאבי אנוש).

- בטיחות כלל העובדים
- איכות הסביבה
- מניעת הטרדה מינית
- מניעת אלימות
- בטיחות הטיפול
- אסטרטגיה
- הגנת מידע

תאריך: _____

חתימת פיתוח משאבי אנוש: _____

אני הח"מ _____ נושא/ת תעודת זהות מספר _____ מצהיר ומתחייב בזאת כדלקמן:

1. הנני סטודנט שנה ב'/ג'/ד'/ה'ו' ללימודי _____ (להלן: "החוג") אוניברסיטה _____ מכללה _____ (להלן: "המכללה").
2. על פי דרישות לימודי המכללה/אוניברסיטה, ועל מנת שתקום לי בעתיד זכאות לקבלת תעודת מקצוע משרד הבריאות, עלי לעבור התנסות קלינית בהנחיה ובהשגחה של המדריך הקליני במוסד רפואי מוכר (להלן: "ההתנסות הקלינית")
3. הופניתי אליכם על ידי החוג ל _____ אוניברסיטה/מכללה _____ בבקשה לעבור התנסות קלינית כאמור במסגרת בית החולים סורוקה השייך לכללית.
4. ידוע לי, כי כללית נעתרה לבקשתי והסכימה לאפשר לי לעבור התנסות קלינית לתקופה כוללת של _____ שעות מיום _____ ועד יום _____ בבית החולים סורוקה (להלן: "תקופת ההתנסות") הכל בהתאם לדרישות מסלול לימודי מכללה/אוניברסיטה ועל פי הוראת משרד הבריאות.
5. ידוע לי כי במהלך תקופת ההתנסות הקלינית אני ממשיד/ה להיות סטודנט/ית מן המניין במכללה/אוניברסיטה ולצורך כך אני משלם למכללה שכר לימוד.
6. ידוע לי כי כללית ו/או בית החולים רשאים להפסיק את ההתנסות הקלינית בכל שלב מסיבות מקצועיות, הפרת חובותיי לכללית/לבי"ח וזאת בתיאום עם המכללה/אוניברסיטה.
7. הנני מתחייב/ת לבצע במהלך תקופת ההתנסות הקלינית/השתלמות את הוראות המדריך הקליני כפי שנדרש על פי תוכנית ההתנסות.
8. הנני מתחייב/ת לחתום קודם לתחילת ההתנסות הקלינית ו/או במהלכה על כל מסמך הנדרש לדעת כללית לצורך ביצוע ההתנסות הקלינית, בכפוף לכל דין ולקבלת הסכמת המכללה לנסח המסמך מראש.
9. ידוע לי כי עלי לעבור בדיקות רפואיות ולהציג תוצאותיהן התקינות בהתאם לנוהלי משרד הבריאות לרבות חישובים בטרם אוכל להתחיל את ההתנסות.
10. הנני מתחייב/ת בזאת כלפי המוסד הרפואי וכלפי שירותי בריאות כללית, לשמור בסודיות גמורה ולא לגלות ולא למסור לשום אדם ו/או גוף כלשהו ולא לעשות כל שימוש בכל מידע הקשור במטופלי שירותי בריאות כללית ובכל מידע הקשור לעובדי שירותי בריאות כללית.
11. ידוע לי כי ביני ובין שירותי בריאות כללית ובית החולים לא מתקיימים יחסי עבודה וכי אינני זכאי/ת לתשלום כלשהו מכללית ו/או מבית החולים סורוקה בקשר עם ההתנסות הקלינית. ידוע לי כי הסכמתי זו מהווה תנאי יסודי להסכמת הכללית לקבל אותי להכשרה.
12. אני מתחייב בזאת שלא לתבוע ו/או לדרוש מכללית בכל טענה ו/או תביעה המנוגדת להתחייבותי במסמך זה. ואולם היה ותוגש תביעה, בין על ידי ובין על ידי מי מטעמי, הנובעת מהטענה לפיה התקיימו ביני לבין הכללית ו/בית החולים יחסי עבודה בתקופת ההתנסות הקלינית ו/או הנובעת מזכויות משפט העבודה, הנני מתחייב/ת לשפות את הכללית בכל סכום אשר יאלץ לשלם לי או למי מטעמי בגין הכרה ביחסי עובד-מעסיק.
13. מיד עם סיום תקופת ההתנסות, אמסור למוסד הרפואי כל נכס השייך לו, לרבות, ומבלי לפגוע בכללית האמור לעיל, מסמכים, ציוד, תוכניות, נוסחאות, מוצרים, דוגמאות, מדגמים וכיו"ב, על כל עותקיהם.

חתימתי על מסמך זה נעשתה לאחר שקראתי את המסמך והבינותי את תוכנו.

חתימה:

שם: