





מדינת ישראל
משרד הבריאות

חלק ב' – שירותי בריאות התלמיד הניתנים על ידי משרד הבריאות, מתוקף חוק ביטוח בריאות ממלכתי

• השירות ניתן בהתאם למחוזות משרד הבריאות – [קישור לתכנית החיסונים לתלמידי בית ספר משרד הבריאות](#)

• בכל שנה הנכם חותמים על פי השירותים הניתנים לפי שכבת הגיל בו ילדכם לומד:

כיתה	בדיקות סינון	חיסונים
א	- הערכת גדילה (מדידת משקל גוף וגובה) - בדיקת ראייה - בדיקת שמיעה - בדיקת שיניים	- חיסון משולב (MMRV) : נגד חזרת, חצבת, אדמת ואבעבועות רוח - במחוזות (משרד הבריאות) דרום וצפון יכול להינתן גם חיסון משולב (Tdap+Ipv) : נגד אסכרה, פלצת, שעלת ופוליו - בחינוך המיוחד: חיסון נגד שפעת
ב	- השלמת בדיקת ראייה (אם לא בוצעה בכיתה א') - השלמת בדיקת שמיעה (אם לא בוצעה בכיתה א') - בדיקת שיניים	- חיסון משולב (Tdap+Ipv) : נגד אסכרה, פלצת, שעלת ופוליו - חיסון נגד שפעת
ג	בדיקת שיניים	חיסון נגד שפעת
ד	בדיקת שיניים	חיסון נגד שפעת
ה	בדיקת שיניים	בחינוך המיוחד: חיסון נגד שפעת
ו	בדיקת שיניים	בחינוך המיוחד: חיסון נגד שפעת
ז	- הערכת גדילה (מדידת משקל גוף וגובה) - בדיקת שיניים	במחוזות (משרד הבריאות) דרום, מרכז, חיפה וצפון (ללא נפת צפת) תינתן מנה ראשונה של חיסון נגד זיהומים הנגרמים על ידי נגיף הפפילומה (HPV)
ח	- בדיקת ראייה - בדיקת שיניים	- חיסון משולב (Tdap) : נגד אסכרה, פלצת, שעלת - חיסון נגד זיהומים הנגרמים על ידי נגיף הפפילומה (HPV) בשתי מנות
ט	- השלמת בדיקת ראייה (אם לא בוצעה בכיתה ח') - בדיקת שיניים	לא מתוכננים חיסונים בשכבה זו
י	לא מתוכננות בדיקות סקר בשכבה זו	לא מתוכננים חיסונים בשכבה זו
יא	לא מתוכננות בדיקות סקר בשכבה זו	לא מתוכננים חיסונים בשכבה זו
יב	לא מתוכננות בדיקות סקר בשכבה זו	לא מתוכננים חיסונים בשכבה זו

השלמת חיסונים תבוצענה בכל שנה בהתאם לצורך, השלמת בדיקות סינון (ראיה ושמיעה) תבוצענה בשנה העוקבת לתלמיד שלא נבדק.

בחינוך המיוחד ניתנים החיסונים לפי גיל התלמיד

* החיסון במחוזות דרום וצפון (משרד הבריאות) יכול להינתן גם לתלמידי כיתה א'

** חיסון הפפילומה במחוזות דרום, מרכז, חיפה וצפון (ללא נפת צפת), תינתן המנה הראשונה בכיתה ז'

*** חיסון נגד שפעת – בחינוך המיוחד, החיסון ניתן לתלמידי כיתות א'-ו'

7. אני מאשר/ת שבמסגרת שירותי בריאות לתלמיד, יקבל/תקבל בני/ביתי חיסון לפי תכנית החיסונים הנקבעת על ידי משרד הבריאות. **כן / לא**

אם אין הסכמה לחלק מהחיסונים יש לפרט:



פירוט:

בן / לא

אם אין הסכמה לחלק מהבדיקות, יש לפרט:

פירוט:

10. הסכמה לקבלת מסרון SMS ודוא"ל על אודות חיסונים, בדיקות סקר ותוצאות בדיקות הסינון במסגרת שירותי הבריאות לתלמיד. **כן / לא**

11. במקרה של בעיה רפואית יש ליצור קשר עם:

• שם מלא: _____ מספר טלפון: _____

• שם מלא: _____ מספר טלפון: _____

אני מאשר/ת מתן מידע ו/או העברת הצהרת הבריאות לצוות החינוכי ו/או לצוות בריאות התלמיד בבית הספר מטעם משרד הבריאות ו/או מי מטעמו בכל הקשור למצב הבריאות של בני/בתי ומתחייב/ת להודיע למחנך/ת הכיתה על כל שינוי או הגבלה, זמניים או קבועים, שיחולו במצבו/במצבה הבריאותי

הוצהר על ידי

ת"ז

תאריך

חתימה