

27 מאי 2025

### קורס על בסיסי הדרכה קלינית ינואר 2026

הנהלת בית הספר לאחיות מברכת אותך על התעניינותך בקורס על בסיסי הדרכה קלינית ומאחלת לך למידה פורייה והצלחה.

על מנת להשלים את תהליך הרישום לקורס זה, הנך מתבקש/ת להעביר מסמכים במייל: [ranaj@ziv.gov.il](mailto:ranaj@ziv.gov.il)

1. טופס הרשמה לקורס הדרכה קלינית (מצ"ב – נספח 1) - יש למלא את כל הפרטים שלך והמידע מהאחות האחראית בהתאם להנחיות - סעיפים ג' ו-ד'.

2. העתק נאמן למקור של **תעודת הרישוי באֶחָיוֹת כאחים ואחיות מוסמכים** בעלי תעודה קבועה, מפנקס המורשים לעסוק באֶחָיוֹת.

3. **תעודת בוגר/ת תואר אקדמי מוכר באֶחָיוֹת** (לרבות בוגרי מסלול הסבת אקדמאים) – העבירו אחד מהמסמכים הבאים:

- העתק נאמן למקור של תעודה המעידה על תואר אקדמי **מוכר** באֶחָיוֹת B.SN מאחד המוסדות להשכלה גבוהה בישראל, המוכר ע"י מל"ג.
- העתק נאמן למקור של אישור זכאות לתואר **מוכר** באֶחָיוֹת B.SN חתום ע"י מוסד אקדמי בישראל המוכר ע"י המל"ג.
- בעלי תואר אקדמי מוכר באֶחָיוֹת B.SN מטעם מוסד להשכלה גבוהה בחו"ל חייבים בהעתק נאמן למקור של אישור זכאות לתואר מוכר באֶחָיוֹת B.SN, בצירוף אישור שקילת התואר ממשד החינוך (אישור של הוועדה להערכת תארים ודיפלומות אקדמיים מחו"ל).
- 4. בוגרי מסלול הסבת אקדמאיים באֶחָיוֹת חייבים אישור מביה"ס לאחיות/חוג לאֶחָיוֹת על סיום מסלול הכשרה להסבת אקדמאיים לאֶחָיוֹת בישראל.
- 5. אישור על עמידה במבחן ממיין לתכנית השתלמות מוכרת, ציון 70 ומעלה, שבוצע במהלך 4 שנים קלנדריות הקודמות לשנת הרישום לקורס אילו אתם נרשמים כעת. או מסמך המעיד על פטור ממבחן ממיין.
- 6. צילום תעודת זהות כולל ספח - **מקור וצילום**.
- 7. כתב התחייבות לתשלום שכר לימוד עבור תכנית לימודים בבית הספר לאחיות (נספח 2) מצ"ב.
- 8. טופס תשלום דמי רישום בכרטיס אשראי ע"ס 120 ₪ (מצ"ב – נספח 3). (דמי הרישום אינם מוחזרים במקרה של ביטול ע"י המועמד).

**תנאי הקדם להגשת מועמדות לתוכנית**

- אתם אזרחים או תושבי ישראל
- יש לכם תעודת רישוי של אח או אחות מוסמכים במדינת ישראל
- יש לכם ניסיון של שנה אחת לפחות כאח או אחות
- אתם בעלי תואר ראשון מוכר באחיות
- עברתם את הבחינה הממיינת לקורסים על בסיסיים לאחיות ואחים בציון 70 ומעלה והציון בתוקף (4 שנים קלנדריות מיום הבחינה) או אתם זכאים לפטור מבחינה ממיינת

**בהתאם להנחיות מנהל האחיות, מועמדותך הסופית לקורס תאושר רק לאחר:**

- א. קבלת כל המסמכים ובדיקתם.
- ב. ראיון קבלה.

**היקף הקורס: 300 שעות**

**תשלום:**

עם רישום לקורס עליך לשלם 120 ₪ דמי רישום (דמי רישום לא יוחזרו במקרה של ביטול) ולאחר מכן עם קבלתך לקורס, ייגבו ממך 500 ₪ כתשלום ראשון עד לקבלת חוזר שכ"ל לשנת 2026 ממנהל האחיות לקורס. יתרת התשלום תיגבה לאחר קבלת חוזר שכ"ל מעודכן.

**הערה:**

פתיחה סופית של הקורס מותנית במספר המשתתפים.

**מאחלים לך הצלחה ולמידה מהנה.**

**בברכה,**

**ד"ר ציפי רגב אברהם**

**מנהלת ביה"ס האקדמי לאחיות זיו צפת**



נספח מספר 1

נספח לטופס הרשמה לקורס הדרכה קלינית

חלק א' – למילוי ע"י המועמד/ת

שם \_\_\_\_\_ ת"ז \_\_\_\_\_ תאריך לידה \_\_\_\_\_

כתובת \_\_\_\_\_ טלפון סלולארי \_\_\_\_\_

שנת סיום בי"ס לסיעוד \_\_\_\_\_ שם ביה"ס לסיעוד \_\_\_\_\_

סוג התכנית: אקדמית \ דיפלומה \ הסבת אקדמאים תואר \_\_\_\_\_ בוגר השתלמות מוכרת בסיעוד כן\לא

אם כן, תחום ההשתלמות \_\_\_\_\_ שנת סיום ההשתלמות \_\_\_\_\_

ניסיון מקצועי בסיעוד (מספר שנים) \_\_\_\_\_ תחומים בהם עבד \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ניסיון בהדרכה \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

השתתפות בקידום תהליכים מחלקתיים וחוצי ארגון (מחקרים, פרויקטים) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

קידום ידע מקצועי (השתתפות בכנסים, השתלמויות, לימודים) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

שאיפות ותכניות לעתיד \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

חלק ב' – למילוי ע"י אחות אחראית המחלקה:

מוסד \_\_\_\_\_ מחלקה\מרפאה \_\_\_\_\_

שם המועמד \_\_\_\_\_ ת"ז \_\_\_\_\_

תאריך תחילת העבודה במוסד \_\_\_\_\_ תחילת העבודה במחלקה \_\_\_\_\_



מאפייני המועמד

| מידה בה התכונה מאפיינת את המועמד |                    |                   |                 | תכונה                                      |
|----------------------------------|--------------------|-------------------|-----------------|--------------------------------------------|
| 4 – במידה רבה מאוד               | 3 – במידה משמעותית | 2 – במידה בינונית | 1 – במידה מועטה |                                            |
|                                  |                    |                   |                 | מוטיבציה                                   |
|                                  |                    |                   |                 | נכונות להשקיע ולהתגייס לטובת העשייה במחלקה |
|                                  |                    |                   |                 | יכולות וורבאליות                           |
|                                  |                    |                   |                 | ידע קליני                                  |
|                                  |                    |                   |                 | יכולת למידה                                |
|                                  |                    |                   |                 | יחסים בין אישיים עם העמיתים                |
|                                  |                    |                   |                 | תקשורת עם החולים ומשפחותיהם                |
|                                  |                    |                   |                 | סבלנות וסובלנות                            |
|                                  |                    |                   |                 | רגישות ואמפטיה                             |

הערות \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

שם וחתימת האחות האחראית מחלקה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

חלק ג' – המלצת אחראי/ת ההדרכה בארגון:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

חלק ד' - אישור מנהלת הסיעוד:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

שם וחתימת מנהלת הסיעוד \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_



**טופס המלצה על מועמד להשתלמות מוכרת בסיעוד בתחום**

(לשימוש מנהלת הסיעוד במוסד הרפואי בלבד)

שם המועמד \_\_\_\_\_ ת"ז \_\_\_\_\_

שם המוסד המעסיק \_\_\_\_\_

מחלקה/מרפאה/יחידה בה מועסק המועמד \_\_\_\_\_

תאריך תחילת העבודה במוסד \_\_\_\_\_ תאריך תחילת העבודה במחלקה/מרפאה \_\_\_\_\_

היקף משרה בה מועסק המועמד \_\_\_\_\_ מספר שנות וותק כאח/ות מוסמך/ת \_\_\_\_\_

מבצע אחריות משמרת כן/ לא

תפקיד נוכחי של המועמד \_\_\_\_\_

חוות דעת על המועמד \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

מידת נחיצות ארגונית להכשרת המועמד במסגרת השתלמות מוכרת בתחום \_\_\_\_\_

(סמן V בעמודה המתאימה)

| הכרחי ודחוף | נחוץ במידה רבה | אין צורך מערכתי | לא רצוי |
|-------------|----------------|-----------------|---------|
| 4           | 3              | 2               | 1       |
|             |                |                 |         |

שם וחתמת מנהלת הסיעוד במוסד \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_



## נספח 2

### כתב התחייבות לתשלום שכר לימוד עבור תכנית לימודים בסיעוד

#### חלק א' - פרטים אישיים

שם \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

כתובת \_\_\_\_\_ טלפון סלולארי \_\_\_\_\_

טלפון נוסף \_\_\_\_\_ כתובת דוא"ל \_\_\_\_\_

לומד/ת בתכנית \_\_\_\_\_ מועד פתיחה \_\_\_\_\_ מועד סיום \_\_\_\_\_

בב"ס לסיעוד \_\_\_\_\_

#### חלק ב' - מהות ההתחייבות

אני מצהיר/ה ומתחייב/ת בזאת כדלהלן:

1. שכר הלימוד בו אני מתחייב/ת לעמוד הוא בגובה של \_\_\_\_\_ ₪.
2. ידוע לי שאני מחויב לשלם שכר לימוד כפי שאדרש בהתאם לכללי משרד הבריאות ותקנון בית הספר לסיעוד.
3. ידועים לי הכללים והתנאים לתשלום שכר הלימוד בתכנית בה אני משתתף ואני מתחייב/ת לנהוג על פיהם.
4. ידוע לי שחתימתי על גבי הטופס מהווה התחייבות מצדי לתשלום שכר הלימוד כפי שאדרש.
5. ידוע לי כי במידה ויופסקו לימודי, תהא הסיבה לכך אשר תהא, ייגבה ממני שכר הלימוד באופן יחסי בהתאם לתאריך בו הודיע לי בית הספר על הפסקת לימודי או לחילופין המועד בו התקבל מכתב בחתימתי המודיע למנהלת בית הספר על החלטתי להפסיק לימודים.
6. ידוע לי שלא אהיה זכאי לכל אישור או תעודה כול עוד לא השלמתי שכר לימוד כנדרש.
7. ידוע לי שאם לא אשלם את שכר הלימוד כפי שאדרש אהיה מחויב גם בריבית והצמדה למדד, כנהוג במשרד.
8. ידוע לי שאם לא אעמוד בתנאים ובכללים הנדרשים לתשלום שכר הלימוד, רשאי בית הספר להפסיק לימודי לאלתר, ללא התראה נוספת.

חתימת התלמיד \_\_\_\_\_ תאריך החתימה \_\_\_\_\_

נספח מס' 3

תאריך: \_\_\_\_\_

**שם הקורס: השתלמות מוכרת בסיעוד - הדרכה קלינית 2026**

המתקיים בבי"ס האקדמי לאחיות זיו צפת

**פרטי המשתלם**

שם פרטי: \_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_

ת.ז. \_\_\_\_\_ (9 ספרות)

מספר טלפון נייד של המשתלם: \_\_\_\_\_

**פרטי התשלום**

סה"כ סכום לתשלום דמי רישום: 120 ₪

כרטיס אשראי: ויזה כ.א.ל / ישראכרט / לאומי קארד / \_\_\_\_\_

מספר הכרטיס: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (4 x 4 ספרות)

3 ספרות מאחורי כרטיס: \_\_\_\_\_ (שלוש ספרות ליד החתימה)

בתוקף עד: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (שנה / חודש)

שם בעל הכרטיס: \_\_\_\_\_ (כפי שמופיע בכרטיס)

ת.ז של בעל הכרטיס: \_\_\_\_\_

חתימה: \_\_\_\_\_

**הערה**

דמי רישום לקורס לא יוחזרו במקרה של ביטול