

## התמחות בטיפול תומך - הליך

צו בריאות העם (קביעת מומחיות מוכרת בתחום הטיפול התומך) התשס"ט – 2009, קובע את התנאים וההוראות להכרה באחות מומחית בטיפול תומך. ההנחיות שלהלן מפרטות את הליך ההכרה כאחות מומחית בטיפול תומך וכוללות: א. אישור כמתמחה, ב. תכנית ההתמחות, ג. הכרה במומחית בטיפול תומך.

### א. אישור כמתמחה –

- לא ניתן להתחיל בהליך התמחות לפני קבלת אישור להתמחות בטיפול תומך ממינהל הסייעוד.

1. זכאית להגיש בקשה לאישור כמתמחה, מי שעומדת בכל התנאים הבאים:
  - אחות מוסמכת, רשומה בפנקס האחיות במדינת ישראל
  - בעלת תואר שני ממוסד להשכלה גבוהה המוכר על ידי המועצה להשכלה גבוהה, בחוג לסייעוד.
  - בוגרת קורס על בסיסי (השתלמות מוכרת, כמשמעותה בתקנות) בנושא אונקולוגיה או גריאטריה ורשומה במדור השתלמות מוכרת בפנקס.
  - קיבלה אישור ממומחית בטיפול תומך על הסכמתה לשמש מומחית מלווה (נספח 2)

2. א. הבקשה תוגש על גבי טופס בקשה לאישור כמתמחה בטיפול תומך (נספח 1).
3. א. הבקשה תוגש למחלקה לפיתוח מקצועי, מינהל הסייעוד, רח' בן-טבאי 2 ירושלים 93591

### ב. מסלול ההתמחות –

כולל תכנית לימודים עיונית ותכנית עבודה מעשית כמפורט להלן:

#### ב.1 תכנית לימודים עיונית –

- בהיקף שנה אקדמית (2 סמסטרים).
- \* בתכנית מאושרת על ידי מינהל הסייעוד.

#### ב.2 תכנית עבודה מעשית –

- מתכונת התכנית: יום בשבוע במשך 6 סמסטרים.
- מקום ביצוע התכנית: ביחידות המאושרות ע"י משרד הבריאות כמפורט להלן:
  - הוספיס אשפוזי - 2 סמסטרים, יום בשבוע.
  - הוספיס בית - 2 סמסטרים, יום בשבוע.
  - אונקולוגיה והמטואונקולוגיה (מחלקה/אשפוז יום) - 2 סמסטרים, יום בשבוע

\*- תכניות הלימודים המאושרות מפורסמות באתר האינטרנט של מינהל הסייעוד בכתובת: [www.health.gov.il/nursing](http://www.health.gov.il/nursing)  
- באוקטובר 2010 (שנת לימודים תשע"א) – לימודי התמחות בסייעוד פליאטיבי באונ' בן גוריון בנגב, במסגרת הפקולטה למדעי הבריאות

- התכנית תתבצע בהנחיה ובאישור של אחות מומחית מלווה (נספח 2)
- ניתן לבצע את ההתנסות הקלינית במקביל לתכנית הלימודים העיונית.
- תשלום על פי תעריף שיקבע ע"י מינהל הסיעוד.

ג. הכרה כמומחית בטיפול תומך –

תונפק תעודת אחות מומחית בטיפול תומך למי שעמדה בהצלחה במבחן רישוי ממשלתי ונרשמה בפנקס האחיות במדור מומחיות בטיפול תומך על מנת לקבל אישור להיבחן במבחן רישוי, יש להעביר למינהל הסיעוד:

1. תעודת סיום תכנית לימודים כמפורט בסעיף ב1.
2. אישור עמידה בתכנית עבודה מעשית- בחתימת מומחית מלווה (נספח 3)

מצורפים:

1. טופס בקשה לאישור כמתמחה בטיפול תומך. (נספח 1)
2. אישור מומחית בטיפול תומך על הנחיית תכנית התמחות. (נספח 2)
3. אישור עמידה בתכנית עבודה מעשית בהתמחות בטיפול תומך. (נספח 3)

רשימת מומחיות לצורך התקשרות עם מומחית מלווה, ודרכי התקשרות ניתן לקבל באתר מינהל הסיעוד באינטרנט בכתובת: [www.health.gov.il/nursing](http://www.health.gov.il/nursing)

## נספח מס' 1

טופס בקשה לאישור כמתמחה בטיפול תומך  
עפ"י צו בריאות העם (קביעת מומחיות מוכרת בתחום הטיפול התומך), התשס"ט 2009

בקשה לקבלת אישור להתמחות בטיפול תומך כוללת:

א. פרטי המבקש:

שם פרטי ושם משפחה:

\_\_\_\_\_

מס' תעודת זהות:

\_\_\_\_\_

תעודת בוגר תואר שני -

\_\_\_\_\_ חוג \_\_\_\_\_ אוניברסיטה

בוגר קורס על בסיסי:

\_\_\_\_\_ תחום \_\_\_\_\_ שנה \_\_\_\_\_ מס' רישום \_\_\_\_\_

ב. יש לצרף המסמכים הבאים:

- טופס אישור מומחית בטיפול תומך על הנחיית תכנית התמחות.
- העתק נאמן למקור של תעודת אחות מוסמכת
- העתק נאמן למקור של תעודת בוגר קורס על בסיסי
- העתק נאמן למקור של תעודת תואר שני
- קורות חיים, כולל תעודות ואישורים למפורט בקורות החיים
- אישור המעסיק על ניסיון מקצועי

ג. יש לשלוח את המסמכים אל מינהל הסייעוד המחלקה לפיתוח מקצועי, רחוב בן טבאי 2 ירושלים מיקוד: 91010.  
לברורים ניתן להתקשר לטלפון: 02-6705953.

\_\_\_\_\_ חתימה

\_\_\_\_\_ תאריך

**נספח מס' 2**

**אישור מומחית בטיפול תומך על הנחיית תכנית עבודה מעשית למתמחה –  
מומחית מלווה**

שם המומחית המלווה: \_\_\_\_\_

מס' תעודת זהות: \_\_\_\_\_

מס' רישוי מומחה: \_\_\_\_\_

שם המשתלם: \_\_\_\_\_

מס' תעודת זהות: \_\_\_\_\_

על פי צו בריאות העם (קביעת מומחיות מוכרת בתחום הטיפול התומך) התשס"ט – 2009, סעיף 3 (א), על המבקש אישור התמחות בטיפול תומך, לצרף לבקשה "אישור של אחות מומחית בטיפול תומך, המציין כי תלווה את האחות המוסמכת בתהליך ההתמחות, במוסד רפואי שבו מתבצעת העבודה המעשית כאמור בסעיף 4 (2) ותהיה אחראית להנחייתה ולתאום מסלול ההתמחות (להלן מומחית מלווה)".

אני מאשרת הסכמתי להנחות תכנית התמחות בטיפול תומך עבור המשתלמת הנ"ל כמומחית מלווה, ולאשר עמידתה בתכנית התמחות בטיפול תומך.

\_\_\_\_\_  
חותמת

\_\_\_\_\_  
חתימה

\_\_\_\_\_  
תאריך

**נספח מס' 3**

**אישור עמידה בתכנית עבודה מעשית בהתמחות בטיפול תומך**

ימולא על ידי מומחית מלווה החתומה על "אישור מומחית בטיפול תומך על הנחיית תכנית התמחות".

שם המתמחה: \_\_\_\_\_

מס' תעודת זהות: \_\_\_\_\_

מועד תחילת ההתמחות: \_\_\_\_\_

מועד סיום ההתמחות: \_\_\_\_\_

שם המומחית המלווה: \_\_\_\_\_

מס' תעודת זהות: \_\_\_\_\_

מס' רישוי מומחה: \_\_\_\_\_

אני מאשרת כי \_\_\_\_\_ בעל/ת תעודת זהות מס' \_\_\_\_\_  
שם/שם משפחה

עמד/ה בהצלחה כנדרש בתכנית התמחות בעבודה מעשית בטיפול תומך כמפורט להלן:

מקום העבודה	תאריך	סמסטר
	מ- _____ עד - _____	1
	מ- _____ עד - _____	2
	מ- _____ עד - _____	3
	מ- _____ עד - _____	4
	מ- _____ עד - _____	5
	מ- _____ עד - _____	6

\_\_\_\_\_ חתימה

\_\_\_\_\_ תאריך