



מדינת ישראל  
משרד החינוך

# הצהרת בריאות שנתית

## לשנה "ל תשפ"ה

יש למלא הצהרת בריאות שנתית עבור כל תלמיד/ה בנפרד. מתן מידע מלא ומפורט יאפשר לצוות החינוכי בבית הספר לדעת על מגבלות רפואיות שונות.

- בסעיפים שבהם ציינת שקיימת בעיה רפואית, יש לציין מהי הבעיה ולפרט במידת הצורך. אם אין ערך מתאים ברשימה, חובה לפרט.

במסגרת ההצהרה מוצג מפרט החיסונים שבשגרה ובדיקות הסינון לפי שלבי חינוך ולפי כיתות, הניתנים לתלמידים במוסד החינוכי.

חובה לצרף את כל המסמכים הרפואיים הרלוונטיים.

יש להקיף בעיגול **כן** / **לא**, אם סימנת כן, יש למלא את הפרטים שמתחת לשאלה.

כל השדות הינם חובה למילוי.



שם התלמיד/ה: \_\_\_\_\_ ת"ז: \_\_\_\_\_ כיתה: \_\_\_\_\_ שם מוסד: \_\_\_\_\_

### חלק א' – הצהרת ההורים על מצבו הבריאותי של התלמיד

1. האם קיימת מגבלה בריאותית המונעת מהתלמיד/ה להשתתף בפעילות בית ספרית ומטעמו?

כן / לא

טיול

פעילות בחדר כושר

פעילות גופנית

תחרות ספורט של בתי הספר

פעילות אחרת

פירוט: \_\_\_\_\_

\* אם סימנת כן, יש לצרף לטופס זה מסמך רפואי המפרט את המגבלה של התלמיד.



מדינת ישראל  
משרד החינוך

2. האם קיימת לתלמיד/ה בעיה בריאותית כרונית? **כן / לא**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> צליאק - כרסת קרישיות דם - | <input type="checkbox"/> מחלת מעיים - קרוהן          | <input type="checkbox"/> אפילפסיה – מחלת נפילה |
| <input type="checkbox"/> המופיליה קרישיות דם -     | <input type="checkbox"/> מחלת מעיים - קוליטיס        | <input type="checkbox"/> בעיה קרדיולוגית       |
| <input type="checkbox"/> טרומבוציטופניה            | <input type="checkbox"/> מחלת עור                    | <input type="checkbox"/> מושתל אברים           |
| <input type="checkbox"/> G6PD                      | <input type="checkbox"/> ניוון שרירים - <b>דושן</b>  | <input type="checkbox"/> מחלה ממארת –          |
| <input type="checkbox"/> בעיה כרונית אחרת          | <input type="checkbox"/> סוכרת מסוג 1 - סוכרת נעורים | <input type="checkbox"/> טיפול כימוטרפיה       |

פירוט:

---



---



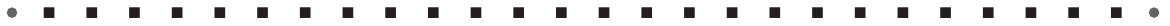
3. האם התלמיד/ה נוטל/ת תרופה/תרופות באופן קבוע? **כן / לא**

פירוט התרופות:

---



---



4. האם קיימת לתלמיד/ה רגישות לתרופות? **כן / לא**

פירוט:

---



---



5. האם קיימת לתלמיד/ה רגישות למזון או לחומרים אחרים? **כן / לא**

- |  |   |                                       |                                       |
|--|---|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> שמרים         | <input type="checkbox"/> עקיצת צרעות    | <input type="checkbox"/> חלב          | <input type="checkbox"/> אגוזים       |
| <input type="checkbox"/> שקדים         | <input type="checkbox"/> פול            | <input type="checkbox"/> יוד          | <input type="checkbox"/> בוטנים       |
| <input type="checkbox"/> חומר/מזון אחר | <input type="checkbox"/> צמחים (אבקנים) | <input type="checkbox"/> לטקס         | <input type="checkbox"/> ביצים        |
|  | <input type="checkbox"/> קיווי          | <input type="checkbox"/> סויה         | <input type="checkbox"/> גלוטן (חיטה) |
|  | <input type="checkbox"/> קרדית אבק הבית | <input type="checkbox"/> עקיצת דבורים | <input type="checkbox"/> דבש          |
|  | <input type="checkbox"/> שומשום         | <input type="checkbox"/> עקיצת יתושים | <input type="checkbox"/> דגים         |

פירוט:

---



---

\* במידת הצורך ועל פי המלצת רופא יש לשאת מזרק אפינפרין (אפיפן) אישי



6. האם התלמיד/ה נושא/ת מזרק אפינפרין (אפיפן) אישי? **כן / לא**



מדינת ישראל  
משרד החינוך

## 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>הערכת גדילה (מדידת משקל גוף וגובה)</li> <li>בדיקת ראייה</li> <li>בדיקת שמיעה</li> <li>בדיקת שיניים</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>חיסון משולב (MMRV) : נגד חזרת, חצבת, אדמת ואבעבועות רוח</li> <li>במחוזות (משרד הבריאות) דרום וצפון יכול להינתן גם חיסון משולב (Tdap+Ipv): נגד אסכרה, פלצת, שעלת ופוליו</li> <li>בחינוך המיוחד: חיסון נגד שפעת</li> </ul>
ב	<ul style="list-style-type: none"> <li>השלמת בדיקת ראייה (אם לא בוצעה בכיתה א')</li> <li>השלמת בדיקת שמיעה (אם לא בוצעה בכיתה א')</li> <li>בדיקת שיניים</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>חיסון משולב (Tdap+Ipv): נגד אסכרה, פלצת, שעלת ופוליו</li> <li>חיסון נגד שפעת</li> </ul>
ג	<ul style="list-style-type: none"> <li>בדיקת שיניים</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>חיסון נגד שפעת</li> </ul>
ד	<ul style="list-style-type: none"> <li>בדיקת שיניים</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>חיסון נגד שפעת</li> </ul>
ה	<ul style="list-style-type: none"> <li>בדיקת שיניים</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>בחינוך המיוחד: חיסון נגד שפעת</li> </ul>
ו	<ul style="list-style-type: none"> <li>בדיקת שיניים</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>בחינוך המיוחד: חיסון נגד שפעת</li> </ul>
ז	<ul style="list-style-type: none"> <li>הערכת גדילה (מדידת משקל גוף וגובה)</li> <li>בדיקת שיניים</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>במחוזות (משרד הבריאות) דרום, מרכז, חיפה וצפון (ללא נפת צפת) תינתן מנה ראשונה של חיסון נגד זיהומים הנגרמים על ידי נגיף הפפילומה (HPV)</li> </ul>
ח	<ul style="list-style-type: none"> <li>בדיקת ראייה</li> <li>בדיקת שיניים</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>חיסון משולב (Tdap): נגד אסכרה, פלצת, שעלת</li> <li>חיסון נגד זיהומים הנגרמים על ידי נגיף הפפילומה (HPV) בשתי מנות</li> </ul>
ט	<ul style="list-style-type: none"> <li>השלמת בדיקת ראייה (אם לא בוצעה בכיתה ח')</li> <li>בדיקת שיניים</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>לא מתוכננים חיסונים בשכבה זו</li> </ul>
י	<ul style="list-style-type: none"> <li>לא מתוכננות בדיקות סקר בשכבה זו</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>לא מתוכננים חיסונים בשכבה זו</li> </ul>
יא	<ul style="list-style-type: none"> <li>לא מתוכננות בדיקות סקר בשכבה זו</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>לא מתוכננים חיסונים בשכבה זו</li> </ul>
יב	<ul style="list-style-type: none"> <li>לא מתוכננות בדיקות סקר בשכבה זו</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>לא מתוכננים חיסונים בשכבה זו</li> </ul>

השלמת חיסונים תבוצענה בכל שנה בהתאם לצורך, השלמת בדיקות סינון (ראייה 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:



מדינת ישראל  
משרד החינוך

8. האם לתלמיד/ה הייתה תגובה חריגה למתן חיסון? **כן / לא**

פירוט: \_\_\_\_\_

9. הסכמה להשתתפות בבדיקות סינון במסגרת שירותי הבריאות הנקבעת על ידי משרד הבריאות.  
**כן / 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 \_\_\_\_\_