תאריך: 03.2.2020

לכבוד
עובדי ביה"ח
שלום רב!

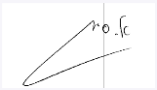
הנדון: **<u>החובה לשמירת סודיות המטופל</u>**

1. להלן רענון בנושא שמירה על סודיות רפואית בביה"ח:
   א. שמירת כבוד המטופל, פרטיותו וסודיותו הרפואית הינן אבן יסוד של הטיפול הרפואי במרת"א
   ב. ביה"ח <u>וכל</u> עובדיו מחוייבים עפ"י חוק בשמירת הסודיות של המטופלים. הנושא בא לידי ביטוי מפורשות בחוק זכויות החולה, בחוק הגנת הפרטיות ובתקנון המשמעת של עובדי המדינה והעירייה.
   ג. הפרת הסודיות הרפואית של המטופל מהווה עבירה <u>פלילית</u> וכמובן <u>משמעתית</u>.
   ד. בגדר החובה לשמירת פרטיות וסודיות רפואית של המטופל, <u>חל איסור חמור</u> על כלל אנשי הצוות בביה"ח, להכנס לרשומה הרפואית של מטופלים שלא לצורך הטיפול הרפואי הישיר והמיידי במטופל.
   ה. בנוסף <u>חל איסור מוחלט</u> על צילום מטופלים אלא כחלק מתיעוד רפואי מקובל ו/או לטובת מחקר , וגם הוא – רק בידיעתו והסכמתו של המטופל, ותוך יידוע שלו שהצילומים הנם חלק מתיקו הרפואי ו/או תיק המחקר אשר עליו חלים כללי הסודיות הנזכרים לעיל. מצ"ב טופס המחייב החתמת המטופל לפני צילום רפואי (ראה נספח א' למכתב זה).
   ו. באם מטופל מצולם, כך שלא ניתן לזהותו בצילום וזאת לטובת התייעצות וכו', אין צורך בהסכמת המטופל בכתב
   ז. מובן מאליו, כי על צוות ביה"ח חל איסור להעלות לכל ערוץ ציבורי או פרטי תמונות שמטופלים מופיעים בהן או כל פרטים מזהים אחרים של חולים. הדבר אמור לגבי כל אתר אינטרנטי, כולל בפורמים או רשתות חברתית כמו פייסבוק, טוויטר, WhatsApp , Tik Tok או אתרים דומים. כמו כן, חל איסור חמור להעביר תמונות אלה לכל גורם מחוץ לביה"ח לרבות כלי תקשורת.
   ח. חל איסור לצלם אנשים בביה"ח כך שניתן לזהותם מבלי לקבל את אישורם בכתב לכך. אין להעמיד אנשים במצב לא נעים ע"י צילום סלפי עימם או כשהם מופיעים ברקע וכו'
2. כל מקרה של הפרת סודיות המטופל כמפורט לעיל, יטופל במלוא החומרה בהיבט המשמעתי, ולפי הצורך גם בהיבט הפלילי.

בברכה



דר' חגית פדובה
סמנכ"ל איכות ובטיחות המטופל



דר' אסתי סייג
סמנכ"ל למערכות מידע ותפעול



עדינה סולומון
ממונה אבטחת מידע

<u>טופס הסכמה לצילומים ושימוש בצילומים</u>

אני הח"מ _____ , ת.ז. _____

לאחר שקיבלתי הסבר מפורט מד"ר _____ , הנני נותן את הסכמתי לכך, כי צילומים שיעשו לי במסגרת הטיפול שהנני מקבל במחלקה/מרפאה _____ של המרכז הרפואי ת"א ע"ש סוראסקי (להלן: "ביה"ח") ישמשו לתיעוד בתיק הרפואי שלי ו/או להוראה למחקר ופרסום בעיתונים מדעיים*.

- אני מסכים שהצילומים יכללו פרטים מזהים
- **איננ**י מסכים שהצילומים יכללו פרטים מזהים**

ידוע לי כי החומר מוגן ע"י דיני הפרטיות והסודיות הרפואית.

הובהר לי, כי הסכמתי זו, <u>אינה</u> תנאי לביצוע הטיפול או המעקב בביה"ח, והסכמתי זו ניתנה מרצוני החופשי.

_____ _____
תאריך חתימת המטופל / אפוטרופוס

הנני מאשר, כי הסברתי בעל פה לחולה/האפוטרופוס של המטופל את משמעות הסכמתו והוא חתם על ההסכמה בפני, מרצונו החופשי, וללא כפייה, לאחר ששוכנעתי שהבין את הסברי במלואם.

_____ _____ _____
שם הרופא/ה מס' רישיון חתימה וחותמת

* מחק את המיותר
** לסמן את האפשרות הנכונה