



Associate Dean Office
Prof Shmuel Banai

משרד דקאן משנה
פרופ' שמואל בנאי

לימודי רפואה לסטודנטים ישראלים הלומדים בחו"ל -

תאגיד הבריאות ליד במרכז הרפואי תל אביב ע.ר. - תנאים כלליים

כללי:

המרכז הרפואי תל אביב – איכילוב, פותח את שעריו לסטודנטים וסטודנטיות ישראלים שלומדים בחו"ל ומעוניינים ללמוד סבבים קליניים בבתי החולים בישראל. תכנית הלימודים בסבבים תתבסס על הנסיון רב השנים של בית החולים בהוראת סטודנטים לרפואה ועל תכניות הלימוד של בתי הספר לרפואה בישראל, ותותאם לסילבוס של בתי הספר בחו"ל.

תהליך הרשמה וקבלה - דרישות הסף להרשמה לסבבים קליניים ומסמכים נדרשים:

1. השלמת פרטי מועמד/ת כמפורט בטופס הרישום – נספח א.
2. צילום/סריקה של תעודת זהות או דרכון.
3. רישום "במאגר סטודנטים ישראלים לרפואה בחו"ל" של משרד הבריאות והצגת אישור רישום. לינק למאגר מצורף מטה.
4. השלמת פרטים וחתימה על התחייבות לתשלום – נספח ב'.
5. אישור לימודים עדכני הכולל את שנת הלימוד הנוכחית ומספר השנים הנוותרות לסיום התואר. נוסח של אישור – נספח ג'.
6. אישור על ביצוע חיסונים כנדרש בהתאם להנחיות משרד הבריאות (נספח ה) או אישור ג' של משרד הבריאות לסטודנטים במקצועות הבריאות.
7. אישור משטרתי לפי חוק למניעת העסקת עברייני מין (למועמדים ממין זכר בלבד) . מצורף טופס לפניה למשטרה.
8. חתימה על טופס סודיות (נספח ד) לצורך קבלת הרשאות למערכות המיחשוב.
9. אישור על ביטוח רפואי מלא לכל תקופת האלקטיב (אישור מקופת חולים/חברת ביטוח).

קישורית למאגר סטודנטים לרפואה הלומדים בחו"ל.

<https://www.gov.il/he/pages/form-students-abroad>

Associate Dean Office
Prof Shmuel Banai

משרד דקאן משנה
פרופ' שמואל בנאי

שיחות משוב והערכה:

בתום תקופת הסבב תערך שיחת משוב לסטודנט/ית על ידי הטיטור וינתן אישור לימודי והערכה על תפקוד הסטודנט/ית

הסטודנט/ית תידרש לענות על משוב על המחלקה והמורים שלמדו בתכנית הסבב.

חובות הסטודנט/ית בתקופת הסבב:

- הגעה 5 ימים בשבוע למחלקה ליום פעילות מלא.
- תוכר עד 20% היעדרות, בכפוף לאישור הגורם המוסמך במחלקה.
- השתתפות בכל פעילויות המחלקה הקליניות והאקדמיות, בתאום עם הטיטור של הקבוצה.
- קבלה וליווי של מטופל/ת אחד/ת בשבוע, והצגתו לטיטור, כולל תכנית אבחון וטיפול.

אישור לימודים:

בתום תקופת הסבב יוענק לסטודנט/ית אישור רשמי מטעם המרכז הרפואי על תקופת הסבב חתום על ידי מנהל/ת המחלקה ודקאן משנה בבית החולים.
אישורים נוספים יינתנו על פי דרישה מוקדמת.

מוסכם בזאת מפורשות כי לא ייווצרו בגין ההכשרה הקלינית יחסי עובד/ת מעסיק בין תאגיד הבריאות ו/או המרכז הרפואי לבין הסטודנט/ית. כמו כן, הסטודנט/ית לא יהיה/תהיה זכאי/ת לדרוש מתאגיד הבריאות ו/או מהמרכז הרפואי כל תמורה ו/או תנאים נלווים כלשהם בגין עבודתו/ה במסגרת השתלמות ו/או לדרוש להעסיקו/ה במרכז הרפואי ו/או בתאגיד הבריאות.

Associate Dean Office
Prof Shmuel Banai

משרד דקאן משנה
פרופ' שמואל בנאי

התמורה

- על כל שבוע הוראה יש לשלם 300 ש.
- יש להשלים את העברת התשלום **עד שבועיים ממועד תחילת ההתנסות הקלינית**.
- ללא תשלום מלא של התמורה, לא ניתן להתחיל את הסבב ולא תהיה לסטודנט/ית כל טענה או דרישה כלפי תאגיד הבריאות ו/או המרכז הרפואי.

ביטול ודמי ביטול:

- ביטול הסבב על ידי הסטודנט/ית יעשה בכתב בלבד באמצעות דוא"ל לכתובת:
ilanitsha@tlvmc.gov.il
- באחריות הסטודנט/ית לוודא כי הודעת הביטול התקבלה.
- הביטול ייחשב תקף **אך ורק לאחר קבלת אישור בכתב** ממשרד משנה דקאן.
- למען הסר ספק, **ביטול שלא הועבר בכתב לא ייחשב תקף**.
- במקרה של ביטול, ייגבו דמי ביטול בהתאם לפירוט הבא:
- **ביטול תוך 14 ימים ממועד הרישום**, ובתנאי שהביטול נעשה לפחות 14 ימים (שאינם ימי מנוחה) לפני מועד תחילת ההכשרה – התשלום יוחזר במלואו, ללא דמי ביטול.
- **ביטול לאחר 14 ימים ממועד הרישום ועד תחילת האלקטיב** – ייגבו דמי ביטול בגובה 50% מהתמורה ששולמה.
- **ביטול לאחר תחילת הסבב** – לא יינתן כל החזר כספי, והסטודנט/ית יחויב/תחוייב בתשלום 100% מהתמורה, גם אם לא השתתף/ה בפועל בהכשרה.
- במקרה של סתירה בין הוראות תקנון זה להוראות **חוק הגנת הצרכן ותקנותיו** (להלן: "החוק") יגברו **הוראות החוק**.

Associate Dean Office
Prof Shmuel Banai

משרד דקאן משנה
פרופ' שמואל בנאי

נספח א – פרטי מועמד/ת

**טופס מועמדות לסטודנטים/ות לרפואה ללימודים קליניים במרכז הרפואי תל אביב במסגרת תאגיד
הבריאות ליד המרכז הרפואי תל אביב ע.ר.**

פרטי המועמד/ת

שם מלא בעברית _____

שם מלא באנגלית _____

ת.ז/דרכון _____

כתובת מלאה _____

טלפון נייד _____

כתובת דוא"ל _____

מוסד לימודים _____

כתובת מוסד לימודים _____

שנת לימודים _____

מספר שנות לימוד שנותרו עד סיום התואר _____

מחלקה מבוקשת _____

תקופה ההכשרה מ _____ עד _____

טל': 03-6947335 | פקס: 03-6974700

טל': *8801 | www.tasmc.org.il | רח' ויצמן 6, תל אביב, 6423906 Tel Aviv, 6 Weizman St



Associate Dean Office
Prof Shmuel Banai

משרד דקאן משנה
פרופ' שמואל בנאי

נספח ב – התחייבויות המועמד/ת

תקופת הלימודים הינה _____ שבועות.

1. התשלום עבור כל שבוע עומד על 300 ₪.

התשלום יבוצע בהעברה בנקאית לפקודת:

תאגיד הבריאות ליד המרכז הרפואי תל אביב ע.ר.

בנק הפועלים (12), סניף 532 חשבון 681136

קוד מספר זה"ב (IBAN) לחשבון IL780125320000000681136

בפרטי ההעברה יש לרשום: ST, שם מלא, מספר זהות/דרכון

2. אני מתחייב/ת כי אני עומד/ת בכל **תנאי הסף והדרישות** במפורט בפרק תהליך הקבלה

וההרשמה, ולהעביר את כל המסמכים הנדרשים. ידוע לי כי תנאי לקבלתי ללימודים הוא

עמידה בתנאי הסף וכן חתימה על טופס שמירת סודיות (נספח ג').

3. **ביטוח רפואי ואחריות** - ידוע לי כי התכנית אינה מספקת שירותי בריאות או ביטוח רפואי.

ואני אחראי/ת לכיסוי הוצאות רפואיות וביטוח אישי כולל אשפוז בעת שהותי בישראל.

- בעת השתתפותי בתכנית, אחזיק ביטוח בריאות ותאונות תקף לישראל (אם אני תושב/ת ישראל, אהיה מבוטח/ת בביטוח לאומי, ביטוח בריאות ממלכתי, חבר בקופת חולים ובעל ביטוח תאונות אישי).
- אעביר מסמכים המעידים על חיסונים כנדרש.
- מצבי הבריאותי – לפי מיטב ידיעתי – תקין, איני זקוק/ה לטיפול רפואי מיוחד.

התחייבות המועמד/ת

אני מאשר/ת כי הפרטים שמסרתי נכונים, מלאים ומדויקים, ואני מתחייב/ת לפעול בהתאם

להתחייבויותי לעיל.

שם המועמד/ת:

תעודת זהות/דרכון:

תאריך:

חתימה:

Fax: 03-6974700 :פקס | Tel: 03-6947335 :טל

טל: *8801 | www.tasmc.org.il | רח' ויצמן 6, תל אביב, 6423906 Weizman St . Tel Aviv

Associate Dean Office
Prof Shmuel Banai

משרד דקאן משנה
פרופ' שמואל בנאי

נספח ג – אישור בית הספר לרפואה

To Be Completed by the Dean or Authorized Official of the Student's Medical School:

The student (full name) _____ is in
good academic standing.

Currently a _____ year medical student out of _____ years, in our MD
curriculum program.

Clinical clerkship started on: _____ Expected date of graduation:

Authorized by:

Name: _____

Title: _____

School of Medicine: _____

University: _____

City: _____

Date: _____

Signature: _____

School's Official Seal

Associate Dean Office
Prof Shmuel Banai

משרד דקאן משנה
פרופ' שמואל בנאי

נספח ד – כתב סודיות

לכבוד

תאגיד הבריאות ליד המרכז הרפואי תל אביב ע"ר (להלן: "התאגיד")

הואיל ואני עתיד/ה לבצע אצלכם הכשרה קלינית בתחום _____
(להלן: "ההכשרה הקלינית");

והואיל ובמהלך ההכשרה הקלינית איחשף למידע סודי בהגדרתו להלן;
לפיכך, אני מצהיר/ה ומתחייב/ת כלפיכם כדלקמן:

1. שמירת סודיות

1.1. אני מתחייב/ת לשמור בסודיות מוחלטת כל מידע סודי בהגדרתו להלן, ולא לגלותו, למסרו, להעתיקו או להפיצו, בכל דרך שהיא, במישרין או בעקיפין, לצדדים שלישיים, אלא אם קיבלתי לכך אישור מפורש מראש ובכתב מהתאגיד.

1.2. התחייבותי זו תחול הן במהלך תקופת ההכשרה הקלינית והן לאחר סיומה, ללא הגבלת זמן.

2. הגדרת מידע סודי

7 מידע סודי" משמעו כל מידע ונתון, בין אם בכתב, בעל פה, באמצעים אלקטרוניים או בכל צורה אחרת, אשר הגיע או יגיע לידיעתי במסגרת ההכשרה הקלינית, לרבות אך לא רק:

- מידע רפואי או אישי של מטופלים;
- מידע רפואי מקצועי, נהלים, שיטות עבודה ומידע ארגוני;
- מידע הנוגע לפעילות התאגיד והמרכז הרפואי, לרבות מערכות מידע, טכנולוגיות רפואיות ומחקרים;
- כל מידע אחר אשר נמסר לי מתוך הנחה כי מדובר במידע סודי.
- מידע סודי לא יכלול מידע אשר:
- היה בידיעתי כדין לפני שנמסר לי על ידי התאגיד;
- הפך לנחלת הכלל שלא כתוצאה מהפרת התחייבות זו על ידי;
- התקבל על ידי ממקור חיצוני כדין וללא חובת סודיות כלשהי.

3. שימוש במידע סודי

טל': 03-6947335 | פקס: 03-6974700

טל': *8801 | www.tasmc.org.il | רח' ויצמן 6, תל אביב, 6423906 Tel Aviv, 6 Weizman St.

Associate Dean Office
Prof Shmuel Banai

משרד דקאן משנה
פרופ' שמואל בנאי

3.1. אני מתחייבת/ת להשתמש במידע הסודי אך ורק לצורך ביצוע ההכשרה הקלינית ובהתאם להנחיות התאגיד.

3.2. לא אעשה כל שימוש אישי, עסקי או אחר במידע הסודי, ולא אנצל אותו במישרין או בעקיפין לרבות לצורך לימודים, מחקרים, פרסומים, הרצאות או כל פעילות אחרת, אלא אם קיבלתי לכך אישור מפורש מראש ובכתב מהתאגיד.

4. הגבלת העתקה ושמירה

4.1. לא אצלם, לא אסרוק, לא הקליט ולא אשמור כל מידע סודי בכל אמצעי, לרבות אך לא רק בטלפון נייד, מחשב אישי, כונן נייד או תיבת דוא"ל פרטית.

4.2. עם סיום ההכשרה הקלינית או עם דרישה מוקדמת מטעם התאגיד, אני מתחייבת/ת להשיב לתאגיד או להשמיד כל מסמך או מידע סודי אשר נמצא ברשותי.

5. דיווח על הפרת סודיות

אני מתחייבת/ת לדווח באופן מיידי לתאגיד על כל חשש להפרת התחייבות זו, בין אם ביוזמתי ובין אם על ידי צד שלישי.

6. אחריות משפטית

6.1. אני מודעת/ת לכך שהפרת התחייבותי על פי כתב סודיות זה עלולה לגרום לנזקים חמורים לתאגיד ולמרכז הרפואי, ולפיכך התאגיד יהיה רשאי לנקוט כלפיי בכל האמצעים המשפטיים העומדים לרשותו, לרבות תביעת נזיקין.

6.2. אני מתחייבת/ת לשפות את התאגיד על כל נזק שייגרם לו כתוצאה מהפרת התחייבות זו מצדי.

7. סמכות שיפוט

7.1. כתב סודיות זה וכל הנובע ממנו יהיו כפופים לדיני מדינת ישראל.

7.2. כל מחלוקת שתתעורר בקשר להסכם זה תידון באופן בלעדי בבתי המשפט המוסמכים במחוז תל אביב-יפו.

הצהרת המועמד

טל': 03-6947335 | פקס: 03-6974700

טל': *8801 | www.tasmc.org.il | רח' ויצמן 6, תל אביב, 6423906 Tel Aviv, 6 Weizman St.

Associate Dean Office
Prof Shmuel Banai

משרד דקאן משנה
פרופ' שמואל בנאי

אני החתום/ה מטה מאשר/ת כי קראתי והבנתי את כתב הסודיות, וכי אני מקבל/ת על עצמי את כל
האמור בו ומתחייב/ת לפעול על פיו.

שם המועמד/ת _____

תעודת זהות/דרכון _____

תאריך _____

חתימה _____

Associate Dean Office
Prof Shmuel Banai

משרד דקאן משנה
פרופ' שמואל בנאי

נספח ה'

Immunization Record Instructions

Dear Physician/Fellow/Student,

Listed below is information regarding immunizations necessary for work at Tel Aviv Sourasky Medical Center (TASMC). The Immunization Record is to be completed and signed by a health care official and should include the following written documentation:

1. Measles, mumps and rubella (at least one of the following):
 - a. Positive antibody titers for measles, mumps, and rubella.
 - b. Documentation of 2 doses of MMR vaccine (given at least 28 days apart).
 - c. For healthcare workers born before 1957, no documentation of immunization is needed.
2. Varicella (at least one of the following):
 - a. History of varicella disease.
 - b. Positive antibody titer for varicella.
 - c. Documentation of 2 doses of varicella vaccine (given at least 28 days apart).
3. Hepatitis B:
 - a. Three doses of hepatitis B vaccine and a positive post-immunization titer of hepatitis B surface antibody ($\geq 10\text{miu/ml}$ is required).
 - b. If the post-immunization titer is negative, a hepatitis B surface antigen test must be performed.
 - c. If both the antibody and antigen tests are negative, a second hepatitis B series is indicated.
4. Hepatitis C antibody test within 12 months before arrival at TASMC.

טל': 03-6947335 | פקס: 03-6974700

טל': *8801 | רח' ויצמן 6, תל אביב, 6423906 Tel Aviv . Weizman St .
www.tasmc.org.il



Associate Dean Office

Prof Shmuel Banai

משרד דקאן משנה

פרופ' שמואל בנאי

5. HIV screening within 12 months before arrival at TASMC.
6. Influenza vaccination (IIV or LAIV) if arrival dates at TASMC are between October and January.
7. Polio booster (either IPV or OPV) given after 18 years of age.
8. Tetanus, diphtheria and pertussis:
 - a. Tdap booster given after 18 years of age.
 - b. Td booster within 10 years (only if Tdap given more than 10 years ago).
9. Tuberculosis:
 - a. A PPD or Quantiferon test within **one year** before arrival at TASMC.
 - b. If the PPD is greater than 10mm or the Quantiferon test is positive, the clinician must answer the health questions (Section I of the Visiting Physician Immunization Record) and a negative chest X-ray report must be attached.
10. Clinician-verified physical examination.

We wish you an enjoyable experience,

The Infection Control and Prevention Team, Tel Aviv Sourasky Medical Center

Immunization Record

Name: _____ Date of Birth: _____

A. Measles, Mumps, Rubella Immunity:

Measles Titer (IgG) _____ (date) ☐ Pos ☐ Neg

Mumps Titer (IgG) _____ (date) ☐ Pos ☐ Neg

Rubella Titer (IgG) _____ (date) ☐ Pos ☐ Neg OR

MMR #1 _____ (date) MMR #2 _____ (date)

טל': 03-6947335 | פקס: 03-6974700

טל': *8801 | www.tasmc.org.il | רח' ויצמן 6, תל אביב, 6423906 Tel Aviv, Weizman St. 6



Associate Dean Office

Prof Shmuel Banai

משרד דקאן משנה

פרופ' שמואל בנאי

B. Hepatitis B Immunity:

Hepatitis B #1 _____ (date) Hep B #2 _____ (date)

Hep B #3 _____ (date)

Post-immunization Hep B Surface Antibody (IgG) _____ (date)

Result: ☐ Pos ☐ NegHep B Surface Antigen _____ ☐ Pos ☐ Neg (if HBsAb post-immunization titer is negative)

(If HBsAb titer is negative, 3 additional Hep B vaccines are required with a HBsAb titer 30 days after the last Hep B)

C. Hepatitis C Antibody: _____ (date) ☐ Pos ☐ NegD. HIV screening: _____ (date) ☐ Pos ☐ NegE. Varicella Immunity:Varicella Disease (Clinician verified) ☐ Yes ☐ No ORVaricella Titer (IgG) _____ (date) ☐ Pos ☐ Neg OR

Varicella Vaccine #1 _____ (date) Varicella #2 _____ (date)

F. Pertussis and Tetanus/Diphtheria Immunity:

Tdap booster _____ (date) AND

If Tdap given > 10 years ago, most recent Td booster _____ (date)
(must be within 10 years)G. Polio Immunity:Polio booster _____ (date) ☐ IPV ☐ OPV (indicate formulation)

טל': 03-6947335 | פקס: 03-6974700

טל': *8801 | www.tasmc.org.il | רח' ויצמן 6, תל אביב, 6423906 Tel Aviv, Weizman St. 6



Associate Dean Office

Prof Shmuel Banai

משרד דקאן משנה

פרופ' שמואל בנאי

H. Influenza Immunity:Influenza vaccine _____ (date) ☐ IIV ☐ LAIV (indicate formulation)I. Tuberculosis Testing:

(PPD should be placed even with a history of BCG administration; must be within one year before arrival date)

PPD placed _____ (date) PPD read _____ (date) Induration _____ mm OR

Quantiferon Gold/TB Spot (circle which) _____ (date) Result: ☐ Pos ☐ Neg

If PPD is >10 mm (5 mm if HIV+ or recent contact) or if Quantiferon Gold/TB Spot is positive, please answer the following questions:

Does the patient suffer from: Cough? ☐ Yes ☐ No; Night sweats? ☐ Yes ☐ No;Weight Loss? ☐ Yes ☐ NoHistory of BCG? ☐ Yes ☐ No; If yes, year given _____Treatment with INH? ☐ Yes ☐ No; If yes, from _____ (mo-yr) to _____ (mo-yr)Chest X-Ray _____ (date); ☐ Pos ☐ Neg (Please attach CXR report).J. Physical Examination: _____ (date) (Must be within 12 months of arrival date)I certify that _____ (name) is in good health and without contraindications to clinical care of patients. ☐ Yes ☐ No

Clinician's Name & Title (printed) _____

Signature: _____

Date: _____

טל': 03-6947335 | פקס: 03-6974700

טל: *8801 | www.tasmc.org.il | רח' ויצמן 6, תל אביב, 6423906 Tel Aviv, Weizman St. 6



Associate Dean Office
Prof Shmuel Banai

משרד דקאן משנה
פרופ' שמואל בנאי