

ביה"ס לאחיות במרכז הרפואי שערי צדק**שמח להודיע על פתיחת תכנית השתלמות מוכרת באחיות - מיילדות****תנאי סף לקבלה לתכנית:**

1. תושב ישראל או אזרח ישראל
2. בעלת תעודת רישוי של אח או אחות מוסמכים במדינת ישראל.
3. בעלת תואר ראשון מוכר באחיות - תואר מוכר באחיות הינו תואר שהוכר לאח או אחות על ידי הוועדה הבין-מוסדית ברשות אגף השכר והסכמי עבודה במשרד האוצר. רשימת התארים מתעדכנת מעת לעת בחוזר "[חוגים אקדמיים מוכרים לצרכי שכר בשירות המדינה, שירותי בריאות כללית ובתי החולים](#)" הדסה "ו"-שערי צדק - "אחיות".
4. הצגת ציון 70 לפחות במבחן הממין מארבע השנים* הקלנדריות האחרונות קודם לשנת הרישום לתכנית ההשתלמות. פטור מהצגת ציון במבחן ממין בהתאם להנחיות משרד הבריאות.

היקף התכנית להשתלמות מוכרת באחיות בתחום מיילדות :

993 שעות לימוד: 357 שעות לימוד עיוניות: 636 שעות התנסות קלינית (נכון לתכנית הלימודים לשנת 2026).

תכנית הלימודים תופעל על פי תכנית הלימודים של מנהל האחיות להשתלמות מוכרת במיילדות לשנת 2026.

מסגרת הלימודים :

מועד התחלת תכנית הלימודים: 03.01.2027, יום ראשון כ"ד בטבת תשפ"ז

מועד מוערך לסיום תכנית הלימודים: מרץ 2028

הלימודים העיוניים יתקיימו בימים ראשון, שלישי וחמישי בין השעות 8:00-15:00

מועד מבחן הרישוי הממשלתי יפורסם ע"י מנהל האחיות בהתאם ללוח המבחנים בשנת 2028.

שכר לימוד:

בהתאם להנחיות משרד הבריאות לשנת 2026 שכר הלימוד הינו 17,500 ₪, דמי הרישום הינם: 150 ₪ (לא יוחזרו בכל מקרה).

בית הספר לאחיות שומר לעצמו את הזכות לבצע שינויים במידע הנ"ל ובשכ"ל בהתאם לעדכון מנהל האחיות לשנת 2027 ולעדכן בכך את הנרשמים/ות.

מועמדת יקרה שלום רב,

אנו שמחים על פנייתך להצגת מועמדות לקורס להשתלמות מוכרת באחיות מיילדות לצורך הסדרת ההרשמה יש להגיש למזכירות ביה"ס לאחיות את המסמכים הבאים

- ◀ טופס רישום למועמדת.
- ◀ תעודת זהות+ספח (צילום+מקור) לבעלי תעודת זהות ביומטרית יש לצלם גם את גב הכרטיס
- ◀ תעודת רישוי באחיות כאחיות מוסמכות בעלות תעודה קבועה, מפנקס המורשים לעסוק באחיות (צילום +מקור).
- ◀ תעודת בוגרי תואר אקדמי מוכר באחיות (צילום+מקור) – העבירו אחד מהמסמכים הבאים:
 - תעודה המעידה על תואר אקדמי מוכר באחיות, מאחד המוסדות להשכלה גבוהה בישראל, המוכר על ידי המועצה להשכלה גבוהה.
 - אישור זכאות לתואר מוכר באחיות חתום על ידי מוסד אקדמי בישראל המוכר על ידי המועצה להשכלה גבוהה
 - בעלי תואר מוכר באחיות מטעם מוסד להשכלה גבוהה בחו"ל – אישור זכאות לתואר מוכר באחיות בצירוף אישור של הוועדה להערכת תארים ודיפלומות אקדמיים מחו"ל במשרד החינוך על שקילות התואר לתואר אקדמי בישראל.
- ◀ בוגרי מסלול הסבת אקדמאים לאחיות – תעודת מבית הספר לאחיות המעידה על סיום מסלול הכשרה להסבת אקדמאים לאחיות בישראל + תעודת תואר אקדמי (מקור).
- ◀ הצהרה על העדר רישום פלילי
- ◀ טופס הצהרת בריאות
- ◀ טופס ויתור סודיות
- ◀ טופס חוות דעת ממונה ישיר
- ◀ טופס המלצה על מועמדת להשתלמות מוכרת באחיות מטעם המוסד המעסיק
- ◀ אישור חיסונים – נספח ג' בהתאם לנוהל משרד הבריאות
- ◀ אישור על עמידה במבחן ממיין לתכנית הקורסים העל בסיסים, בציון 70 ומעלה, שבוצע במהלך 4 השנים* הקודמות לשנת הרישום לקורס (מקור + צילום)
- ◀ קבלה על תשלום 150 ש"ח דמי רישום (לא יוחזרו במקרה של ביטול הרשמה)



בעלי פטור ממבחן ממיין - נא לצרף אחד מהמסמכים הבאים:

- תעודת בוגר קורס על בסיסי שניתנה במהלך 5 השנים* הקודמות לשנת הרישום לקורס
- אישור חתום של מנהל האחיות המעיד על ציון 70 ומעלה במבחן רישום ממשלתי למעמד אח או אחות מוסמכים מ 5 שנים* שקדמו למועד הרישום.
- תעודת בוגר תואר PhD מוכר במדינת ישראל.

***בהתאם להוראת השעה לשנת 2026 בנושא קורסים על בסיסים המתוכננים להיפתח ב 2027**

לידיעת המועמדת:

יש להגיע למזכירות ולהגיש באופן אישי מסמכים מקוריים (לא יתקבלו מסמכים סרוקים במייל) מזכירות בית הספר תטפל ברישום מועמדת רק במידה והגישה את כל המסמכים הנדרשים. קבלת קהל במזכירות בית הספר מתקיימת בימי ב - ה בין השעות 09:00-13:00

תהליך קבלה:

1. טופס רישום ייקלט רק במידה והמועמדת עמדה בכל תנאי הקדם והגישה את כל המסמכים בנדרש.
2. בית הספר לאחיות שומר לעצמו את הזכות לקבל את המועמדת המתאימה ביותר בהתאם לקריטריונים שנקבעו לקבלה לקורס.
3. עדיפות בקבלה תינתן למועמדים בעלי המלצה מטעם המוסד המעסיק.

קבלה להשתלמות מוכרת:

1. הודעה על קבלה או אי קבלה לקורס תישלח למועמדת בכתב באמצעות הדואר האלקטרוני.
2. החלטת ביה"ס על קבלה או אי קבלה של מועמדת, כוחה יפה רק לאותה שנת לימודים. מועמדת שהתקבלה ולא מימשה זכותה ללימודים ומעוניינת ללמוד בשנת לימודים אחרת, חייבת להציג מועמדות בשנית.

מספר המקומות בקורס מוגבל

הרישום מסתיים ב-08.10.2026 או/ו כאשר יתמלאו כל המקומות בקורס.

פתיחה סופית של הקורס מותנית במספר הנרשמים ובאישור סופי של המרכז הרפואי שערי צדק ומשרד הבריאות

לפרטים נוספים ניתן לפנות: דנה אלמוג, מדור רישום בית ספר לאחיות 02-6555494,
rishum@szmc.org.il



תאריך: _____

טופס רישום

השתלמות מוכרת באחיות קורס מיילדות

כללי

1. שם המשפחה _____ שם פרטי _____ מס' זהות _____
2. השם המלא בלועזית _____ השם הקודם (אם שונה) _____
- סיבת השינוי _____ מין _____
3. ארץ לידה _____ תאריך לידה _____ תאריך עליה _____
4. מצב משפחתי: רווק/ה נשוי/אה גרוש/ה אלמן/ה אחר _____
5. המען הנוכחי: עיר _____ רח' _____ מס' _____ מיקוד _____
6. מס' טלפון בבית _____ נייד _____
7. כתובת דואר אלקטרוני E.MAIL _____
8. פרטי אדם קרוב (למסירת הודעות במקרי חרום) _____
- שם _____ קרבה משפחתית _____ טלפון בבית/נייד _____

השכלה כללית ומקצועית (סמן את הרלוונטי)

תעודה	תאריך סיום	תאריך התחלה	מקום ביה"ס עיר/ארץ	שם ביה"ס	בית הספר
					בי"ס לאחיות מעשיות
					בי"ס לאחיות מוסמכות
					קורס על בסיסי
					תואר ראשון
					תואר שני
					השתלמויות מקצועיות ואחרות
					השתלמויות מקצועיות ואחרות
					השתלמויות מקצועיות ואחרות

מקום העבודה נוכחי:

שם המוסד: _____ מחלקה: _____
 תפקיד: _____ היקף משרה _____ וותק מקצועי במקום עבודה נוכחי החל
 מתאריך: _____ סה"כ _____ שנים / חודשים
 (מתחת לשנתיים וותק נא לציין מס חודשים)

מקומות עבודה מיום גמר הלימודים בביה"ס לאחיות ועד מקום עבודה נוכחי:

שם המוסד	מחלקה	היקף משרה	תקופת העבודה	סיבת סיום התפקיד



ניסיון בהדרכה:

השתתפות בקידום תהליכים מחלקתיים וחוצי ארגון (מחקרים פרויקטים):

קידום ידע מקצועי (השתתפות בכנסים, השתלמות לימודים):

שאיפות ותכניות לעתיד:

חברות בוועדות ובארגונים:

המניעים לבקשתך להשתתף בקורס:

הערות נוספות:

הנני לאשר כי כל הפרטים בשאלון הינם נכונים ומולאו על ידי.
ולראיה באתי על החתום:

שם _____ חתימה _____ תאריך _____

תאריך _____

נוהל הצהרת העדר רישום פלילי

מועמדים ללימודים בבתי ספר לאחיות

מועמד ללימודי אחיות ולימודי התמחות (קורסים על בסיסיים) בבתי ספר לאחיות, שהכירה בהם האחות הראשית ארצית, או לחוג או למגמה אוניברסיטאית באחיות, יצהיר בעת ההרשמה בפני הנהלת ביה"ס, החוג או המגמה האוניברסיטאית, כדלקמן:

לעניין רישום הפלילי:

המועמד יצהיר כי ידוע לו:

1. שעפ"י תקנות בריאות העם (עוסקים באחיות בבתי החולים), התשמ"ט-1988, סעיף 5 (א): "זכאי להיות רשום בפנקס אזרח או תושב ישראל בן 18 שנים או יותר, שהוכיח להנחת דעתה של האחות הראשית כי הוא בעל הכשרה מקצועית כאמורה בתקנות אלה וכי יש לו ידיעה בסיסית, לפחות, בעברית וְכִי לֹא הוֹרֵשֶׁ בעבירה שדינה מאסר שיש בה, לדעת האחות הראשית, כדי למנוע עיסוק באחיות."
2. שעפ"י תקנות בריאות העם (צוות אחיות במרפאות), התשמ"א-1981, סעיף 11: "המנהל רשאי להורות שלא לרשום בפנקס אדם, אף אם נתמלאו התנאים המורים בתקנה 4, אם המבקש הורשע בעבירה שיש עמה קלון או שיש בה כדי להראות שהוא חסר האחריות הדרושה לעיסוק באחיות, וטרם חלפו עשר שנים אחרי שרצה את עונשו או אחרי שנסתיימה תקופת התנאי לפי סעיף 52(ב) לחוק העונשין, התשל"ז-1977, הכל לפי העניין ולפי המאוחר יותר, ובלבד שנתן הזדמנות למבקש לטעון טענותיו."
3. שעפ"י חוק המרשם הפלילי ותקנות השבים, תשמ"א-1981, סעיף 6: "מסירת מידע לשם פעולה מי שהוסמך על פי חיקוק לתת, לחדש או לבטל רישיון, היתר, זכות עיסוק או זכות אחרת (להלן – זכות), ולשם כך הוא רשאי על פי אותו חיקוק להביא בחשבון את עברו הפלילי של מבקש



הזכות, של בעל הזכות או של אדם אחר הנוגע בדבר, תמסור לו המשטרה מידע מן המרשם על כל אחד מאלה אם הוא הסכים לכך."

4. כל הרשעה פלילית תיבדק גם לקראת הדיון ברישום המועמד/ת בפנקס, או שדרוגו המקצועי.
למועמד/ת תינתן זכות שימוע לפני קבלת החלטה.

שם המועמד _____ חתימת המועמד _____ תאריך: _____



הצהרת בריאות

הריני מצהיר/ה בזה כי :

אינני סובלת ולא סבלתי ממחלה מסכנת, לרבות ממחלת נפש העלולה לסכן את בריאות הציבור
שבטיפול או העלולה לשלול ממני את היכולת לעסוק באחיות לחלוטין, זמנית או חלקית.

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ מספר ת"ז: _____

תאריך: _____



כתב ויתור על סודיות רפואית

לכבוד _____

אני החתומה מטה:

שם _____ מס' ת.ז. _____

כתובת _____

מבקשת בזה למסור למנהלת ביה"ס לאחיות או לכל מי שמונה על ידי המנהלת לעניין זה (להלן "המורשים"), כל מידע שיבקשו המורשים ביחס למצב בריאותי, הן לפני חתימת מסמך זה והן משך התקופה שמיום חתימת מסמך זה ועד לסיום לימודי בביה"ס לאחיות שערי צדק (להלן "התקופה הקובעת"), לרבות – אך בלי לפגוע בכלליות האמור לעיל – על המידע ביחס למחלות ופגיעות גופניות ו/או נפשיות, אשפוזים, טיפולים, חוות דעת רפואיות וכל כיו"ב.

בחתימתי על מסמך זה אני פוטר מפורשות כל מי שימסור למורשים מידע רפואי כאמור לעיל מחובת הסודיות החלה, או זה שתחול, עליו על פי הדיון, הסכם ו/או נוהג ומאשרת ומצהירה כי לא תהיינה לי כל טענות ו/או תביעות כלפי מי שימסור מידע כאמור למורשים במהלך התקופה הקובעת.

כתב ויתור והוראות זה יהא בר תוקף כלפי כל גורם שבידיו מצוי בעת חתימתו, או שימצא במהלך התקופה הקובעת, מידע רפואי המתייחס אליי, לרבות – אך מבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל – משרד הבריאות, משרד הביטחון (ושלטונות צה"ל), קופות חולים, בתי חולים, רופאים וכיו"ב.

לראיה באתי על החתום

היום _____ לחודש _____ שנת _____ חתימה _____



לכבוד

מועמדת לקורס על בסיסי

שלום רב,

עפ"י הנחיות משרד הבריאות תלמידי מקצועות הבריאות מחויבים להיות מחוסנים.

מצ"ב הנחיות לנוהל משרד הבריאות בדבר החיסונים.

https://www.gov.il/BlobFolder/policy/mk05-2023/he/files_circulars_mk_mk05_2023.pdf

את נספח ג' יש להגיש עם כל המסמכים במסגרת תהליך הקבלה.

בברכה,

הנהלת בית הספר לאחיות



טופס חוות דעת אחות אחראית מחלקה על אחות מוסמכת מועמדת לקורס מיילדות

הינך מתבקשת למלא את הגיליון הרצ"ב באופן שישקף את תפקוד האחות כפי שהדבר בא לידי ביטוי בתקופת עבודתו.ה במחיצתך. חוות דעתך חשובה לנו.

שם המוסד:

מחלקה \מרפאה:

תאריך תחילת עבודה במוסד:

תחילת עבודה במחלקה הנוכחית:

פרטים מזהים של המועמדת:

1. שם המועמדת. _____ מס' ת.ז. _____
2. תפקיד נוכחי _____ בתחום _____
3. ניסיון קודם _____
4. שם המעריך.ה _____ תפקיד המעריך.ה _____
5. התקופה שהמעריך.ה מכיר.ה את המועמדת. _____

הנחיות למילוי הטופס:

לפניך הגדים להערכת תחומי תפקוד האחות בעבודה.

הנך מתבקשת לציין באופן מדויק ככל הניתן עד כמה מאפיין כל הגד את המועמדת.

נא סמני ב-x את הסולם המתאים ביותר.

בסעיף הערות אנא צייני דוגמאות שיבטאו את ההיגדים. ניתן להוסיף נושאים נוספים שלא באו לידי ביטוי.

א. אתיקה מקצועית

מאפיין	במידה רבה	במידה משמעותית	במידה בינונית	במידה מועטה	לא רלוונטי
פועלת בהתאם לחוק זכויות החולה					
שומרת על כללי האתיקה					
מדווחת על טעויות ואירועים חריגים					

הערות:

ב. ידע ועשייה סיעודית

מאפיין	תמיד	לעיתים קרובות	לפעמים	לעיתים רחוקות	אף פעם	לא רלוונטי
בעלת ידע מקצועי בהתאם להכשרתה						
יכולת למידה						
מיישמת בפעולותיה את הידע שרכשה						
מנהלת את הטיפול במטופל עפ"י עקרונות מקצועיים בהתאם לנוהלי המוסד (מבצעת אומדן, תכנון, התערבות טיפולית, הדרכה, הערכה ודיווח)						
מקבלת החלטות בתחום סמכותה, פועלת בשיטתיות על סמך ידע ונתונים						
מבטיחה בטיחות ואיכות טיפול תוך מתן מענה לצרכים פיזיים ונפשיים של המטופל ובני משפחתו						
יודעת מתי להתייעץ ו/או להעביר את הטיפול לגורם נוסף/אחר						
פועלת להשגת אורה טיפולית עם המטופל ומשפחתו						
מבקרת פעולותיה ומשנה התנהגות בהתאם						
מקבלת הערכה והערות הממונים בחיוב ומשנה התנהגותה בהתאם להערכה						
עובדת ע"פ נהלים מקצועיים וארגוניים						
מתפקדת באופן מקצועי ושקול במצבי לחץ						
מסתגלת לשינויים הקשורים לטכניקות טיפול חדשות						
נכונות להשקיע ולהתגייס לטובת העשייה במחלקה						

הערות:

ג. תקשורת בין אישית

מאפיין	תמיד	לעיתים קרובות	לפעמים	לעיתים רחוקות	אף פעם	לא רלוונטי
יכולות ורבאליות						
סבלנות וסובלנות						
רגישות ואמפטיה						
יחסים בין אישיים עם עמיתים						
נותנת משוב ומביעה הערכה לחברי צוות אחרים						
מקיימת קשרי עבודה תקינים עם צוות רב מקצועי במוסד ומחוץ למוסד						
מסתגלת לשינויים הקשורים במוסד / ארגון (נהלים, שינויים בכח אדם וכו')						
תקשורת עם המטופלים ומשפחותיהם						

הערות: _____

ד. מוטיבציה להתפתחות מקצועית ועצמית

מאפיין	תמיד	לעיתים קרובות	לפעמים	לעיתים רחוקות	אף פעם	לא רלוונטי
לוקח/ת חלק בפעולות הדרכה יזומות ע"י המוסד						
בעל/ת יוזמה אישית בהרחבת השכלתו/ה ומיומנותיו/יה המקצועיות						
יוזמ/ת רעיונות לשיפור בתחום העבודה						

הערות: _____

חתימה+חותמת ממונה ישיר/ה. אחות אחראית מחלקה: _____

תאריך: _____

**טופס המלצה על מועמד/ת להשתלמות מוכרת באחיות לקורס מיילדות**

(לשימוש הנהלת האחיות במוסד הרפואי בלבד)

שם המועמד.ת. _____ ת.ז. _____

שם המוסד המעסיק: _____

מחלקה/ מרפאה / יחידה בה מועסקת המועמד.ת. : _____

תאריך תחילת עבודה במוסד: _____ תאריך תחילת עבודה במחלקה/ מרפאה :

היקף משרה בה מועסק.ת המועמד.ת. _____ מספר שנות וותק כאח.ות

מוסמכ.ת. _____

מבצע/ת אחריות משמרת כן / לא

תפקיד נוכחי של המועמד.ת. _____

חוות דעת על המועמד.ת. :

מידת נחיצות ארגונית להכשרת המועמד.ת במסגרת השתלמות מוכרת בסיעוד לקורס טיפול נמרץ משולב
(נא לסמן V במקום הרצוי)

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

שם וחתומת מנהל/ת האחיות מוסד _____ תאריך _____