



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

מנהל האחיות

Nursing Division

קול קורא – הגשת מועמדות לקורס מומחיות באחיות בתחום טיפול תומך

מנהל האחיות נערך לפתיחת קורס מומחיות בתחום טיפול תומך.

תכנית הלימודים:

תכנית הלימודים למומחיות בתחום טיפול תומך תתקיים בביה"ס האקדמי לאחיות ע"ש שיינברון, איכילוב. התכנית נמשכת כשנה וכוללת סה"כ כ - 750 שעות לימוד מתוכן: כ - 350 שעות לימוד עיוניות במתכונת של 2 ימי לימוד בשבוע וכ - 400 שעות קליניות במתכונת של 3 ימי לימוד בשבוע. התכנית מיועדת להיפתח בתחילת שנת 2026.

שכ"ל לתכנית: כ - 12,600 ₪.

תנאי הקדם להגשת מועמדות לתכנית:

- תואר שני מוכר במדינת ישראל - לפחות אחד מהתארים באחיות (סיעוד).
- וותק נדרש של שנתיים ומעלה בתחום הטיפול התומך.
- השתלמות מוכרת (קורס על בסיס) רלוונטית באחד מהתחומים הבאים: טיפול מוגבר בחולה הגריאטרי, גריאטריה, טיפול נמרץ משולב (כללי), אונקולוגיה, טיפול נמרץ ילדים, טיפול נמרץ פגים, נפרולוגיה, רפואה ראשונית (בריאות הקהילה).

הגשת המועמדות לתכנית:

הגשת כל המסמכים של המועמד על קובץ PDF אחד, באמצעות מייל: avivitha@tlvmc.gov.il.

מסמכים נדרשים להגשת מועמדות:

1. קורות חיים
2. תעודות המעידות על השכלה אקדמית (תואר ראשון ושני) והכשרה מקצועית (קורס על בסיס)
3. המלצת מנהלת האחיות בארגון (משרד אחות ראשית)
4. טופס נספח 2 (מצ"ב בהמשך)
5. חתימת משאבי אנוש במוסד המעסיק המאשר העסקה בתחום על גבי הטופס המצורף בנספח לרבות פירוט היחידות הרפואיות בהם הועסק/ה האחות

בברכה,

ד"ר הילה פיגל
מנהלת המחלקה לפיתוח מקצועי



מנהל האֶחִיּוֹת

Nursing Division

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

נספח 1

פעילות של אח/ות מומחים בתחום הטיפול התומך:

- בדיקת החולה ואומדן מצבו
- הפניות לבדיקות אבחון ומעקב ויועצים רפואיים ופרא רפואיים
- קביעת תכנית הטיפול ומתן הוראות טיפוליות
- ניהול הטיפול התרופתי - התחלה, איזון והפסקת טיפול
- ביצוע טיפולים ייחודיים שהוכרו לביצוע האחות המומחית כחלק מתוכנית הטיפול שנקבעה
- איזון סימפטומים
- הפניית המטופל להמשך טיפול או בירור רפואי נוסף
- הדרכה ומתן ייעוץ לחולה ולמשפחתו ולצוות הרפואי
- מעקב אחר החולים שבטיפול
- עירוב גורמי טיפול רלוונטיים בקהילה



מנהל האקטיות

Nursing Division

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

נספח 2

טופס הגשת מועמד לתוכנית מומחיות בתחום הטיפול התומך

שם המועמד: _____

ת"ז: _____

טל' נייד: _____

כתובת דוא"ל: _____

נתוני השכלה

תואר ראשון (מוכר במדינת ישראל): _____

מוסד הכשרה: _____

תואר שני (מוכר במדינת ישראל): _____

מוסד הכשרה: _____

קורס על בסיסי: _____

נתוני העסקה

שם המוסד: _____

יחידה בה מועסק: _____

ותק בתחום: _____

אחוז משרה: _____

חתימה וחותמת של משאבי אנוש במוסד המעסיק: _____

תאריך: _____