

גיליון ריכוז נתוני ההתמחות-מעודכן

החל ממועד חורף (נובמבר) 2024 יתקבל טופס זה בלבד !

אל המתמחה :

במהלך ההתמחות עליך, להשלים דרישות שונות הכוללות : עבודה במסגרת התמחות מרפאתית ואשפוזית, קבלת שעות הדרכה בפסיכותרפיה, פסיכודיאגנוסטיקה וראיון ממדריכים שונים, הכשרה בשתי גישות טיפול (גישה דינמית, וגישת טיפול נוספת קוגניטיבית-התנהגותית, או מערכתית-משפחתית), וביצוע הערכות פסיכודיאגנוסטיות הכוללות כלי אבחון מגוונים.

על מנת שתוכלי/י לסיים את תהליך ההתמחות ולגשת לבחינה, עליך להגיש לוועדה המקצועית אישורים על ביצוע כל דרישות ההתמחות וחוות דעת של כל מדריךך ממהלך ההתמחות.

מהניסיון שנצבר, חשוב לנהל מעקב שוטף אחר תהליך ההתמחות בכל השנים ובכלל זה לדאוג לקבל אישורים וחוות דעת מכל המדריכים מיד בתום כל שנת הדרכה (בסיום ההתמחות חלק מהמדריכים כבר לא זמינים מסיבות שונות). על הפסיכולוג הראשי במקום ההתמחות לספק לך את כל דרישות ההתמחות, יחד עם זאת, את/ה אחראית לתהליך ההתמחות שלך, מילוי הדרישות, תיעודן והגשת המסמכים לוועדה המקצועית.

לצורך ניהול מעקב שוטף, מצורף גיליון ריכוז נתוני ההתמחות, אותו עליך למלא במהלך ההתמחות. ולהגישו לוועדה המקצועית עם סיום ההתמחות, כולל טופס בקשה לקבלת תואר מומחה והרשמה לבחינת סיום ההתמחות.

הגיליון כולל :

1. פירוט מקומות ההתמחות.
 2. ריכוז נתונים ואישורים מכל המדריכים ומהפסיכולוגים האחראים על ההתמחות.
 3. טבלת מעקב -הערכות פסיכודיאגנוסטית ואינטייקים.
 4. דף רישום ומעקב אחר תהליך ההכשרה בהתמחות, בו מפורטות דרישות ההתמחות. אנא, וודא וסמן כי מלאת אחר כל התנאים והדרישות.
- יש לשלם לב - לכל שינוי במהלך ההתמחות, יש לקבל מראש אישור בכתב מהוועדה המקצועית (כגון : תחילת התמחות, שינוי מקום התמחות, הפסקה בתהליך ההתמחות וחזרה אליו, רישום לבחינה וכד').

בסוף גיליון ריכוז הנתונים, יש להחתים את הפסיכולוג האחראי על ההתמחות

בהצלחה !

הועדה המקצועית לפסיכולוגיה קלינית

מועצת הפסיכולוגים

משרד הבריאות

רח' הרבי מבכרך 5, תל אביב-יפו 66849

psytest@mky.health.gov.il

שם הנבחן: _____ מס' ת.ז: _____ טלפון נייד: _____

עפ"י החלטת הוועדה המקצועית לפסיכולוגיה קלינית יש לשלוח אישורי כח-אדם על תקופת התמחותך במוסדות מוכרים, על האישור להיות רשמי ממחלקת כח אדם במוסד ולכלול את תקופת עבודתך במוסד והיקף המשרה.

פירוט מקומות ההתמחות

שם המוסד	סוג היחידה מרפאתי/אשפוזי	תקופת העבודה ממתי עד מתי	היקף המשרה	חתימת הפסיכולוג הראשי/אחראי על ההתמחות האם צורך אישור כ"א מהמוסד: כן / לא

האם השלמת לפחות שנת אשפוז אחת ? כן / לא

האם השלמת לפחות שנת מרפאה אחת ? כן / לא



שם הנבחן: _____ מס' ת.ז: _____ טלפון נייד: _____

עפ"י החלטת הוועדה המקצועית לפסיכולוגיה קלינית יש לרשום ולהחתים את כל המדריכים שהדריכו אותך במהלך ההתמחות, גם כאלה ששעות ההדרכה שקבלת מהם אינן נספרות למניין ההדרכות. בהתאם, חובה לקבל ולהגיש הערכת מכל אחד ואחת מהמדריכים שהדריכו אותך בתום כל שנת הדרכה, או תקופת ההדרכה (המוקדם מהשניים), על טופס ההערכה הפורמלי ובחתימתם לפורטל האישי.

טופס ריכוז נתוני הדרכה ואישור המדריכים

ראיון		פסיכודיאגנוסטיקה				פסיכותרפיה			תקופת ההדרכה מתאריך עד תאריך	שם המוסד	האם טופס הערכה הועלה לפורטל האישי ?	חתימת המדריך	לשנת התמחות אחרונה בלבד האם לדעתך יכול לגשת לבחינה ?	שם המדריך
קבוצתי משוקלל *	אישי	מס' אבחונים פסיכודיאגנוסטיים	קבוצתי משוקלל ¹	זוגי משוקלל ²	אישי	גישה	קבוצתי משוקלל *	אישי						
						דינמי CBT משפחת י					כן / לא		כן / לא	
						דינמי CBT משפחת י					כן / לא		כן / לא	
						דינמי CBT משפחת י					כן / לא		כן / לא	

¹ לשימוש הועדה המקצועית: "קבוצתי משוקלל": שעה וחצי של הדרכה קבוצתית, שוות ערך לשעה אחת משוקללת
² לשימוש הועדה המקצועית: "זוגי משוקלל": שעה וחצי של הדרכה זוגית, שוות ערך לשעה אחת משוקללת פרטנית



ראיון		פסיכודיאגנוסטיקה				פסיכותרפיה			תקופת ההדרכה מתאריך עד תאריך	שם המוסד	האם טופס הערכה הועלה לפורטל האישי ?	חתימת המדריך	לשנת התמחות אחרונה בלבד האם לדעתך יכול לגשת לבחינה ?	שם המדריך
קבוצתי משוקלל *	אישי	מס' אבחונים פסיכודיאגנוסטיים	קבוצתי משוקלל ¹	זוגי משוקלל ²	אישי	גישה	קבוצתי משוקלל *	אישי						
						דינמי CBT משפחת י					כן / לא		כן / לא	
						דינמי CBT משפחת י					כן / לא		כן / לא	
						דינמי CBT משפחת י					כן / לא		כן / לא	
						דינמי CBT משפחת י					כן / לא		כן / לא	
						דינמי CBT משפחת י					כן / לא		כן / לא	
						דינמי CBT משפחת י					כן / לא		כן / לא	
						דינמי CBT משפחת י					כן / לא		כן / לא	
									סיכום שעות ההדרכה :					

שם הנבחן: _____ מס' ת.ז: _____ טלפון נייד: _____

טבלת מעקב אחר אינטייקים והערכות פסיכודיאגנוסטית – מספר אבחונים וכלי אבחון

חתימת המדריך	כלי האבחון (נא לסמן) *										גיל הנבדק	שנת ההתמחות	תאריך האבחון	מס' אבחון
	כלים נוספים (פרט)	בנדר II-	מבחנים נרטיבים- אימפליציטים	אבחון להערכת קשב		שאלונים לדיווח עצמי		אכנבך	MMPI2	רורשאך (אנא ציין אקסנר/ r-pas	ווכסלר (מלא) פרט את שם המבחן			
			פרוט הכלים CAT, TAT, RATC (רוברטס).	נא לציין האם נערכו באבחון/בראיון	פרוט הכלים והשאלונים	נא לציין האם נערכו באבחון/בראיון	פרוט השאלונים							
														1.
														2.
														3.
														4.
														5.
														6.
														7.
														8.



חתימת המדריך	כלי האבחון (נא לסמן) *										גיל הנבדק	שנת ההתמחות	תאריך האבחון	מס' אבחון
	כלים נוספים (פרט)	בנדר II-	מבחנים נרטיבים- אימפליציטים	אבחון להערכת קשב		שאלונים לדיווח עצמי		אכנבך	MMPI2	רורשאך (אנא ציין אקסנר/ r-pas	ווכסלר (מלא) פרט את שם המבחן			
			פרוט הכלים CAT, TAT, RATC (רוברטס).	נא לציין האם נערכו באבחון/בראיון	פרוט הכלים והשאלונים	נא לציין האם נערכו באבחון/בראיון	פרוט השאלונים							
														9.
														10.
														11.
														12.
														13.
														14.

סד הערכות	סד השאלונים	סה"כ מס' אבחונים :
באבחון _____	באבחון _____	
בראיון _____	בראיון _____	

* יש לבדוק את ההנחיות בנושא מס' האבחונים וכלי האבחון הנדרשים

שם הנבחן: _____ מס' ת.ז: _____ טלפון נייד: _____

דף רישום ומעקב אחר תהליך ההכשרה בהתמחות

- ☐ קיבלתי הכשרה וערכתי ראיון קליני (אינטייק) בשנה 1 / 2 / 3 / 4 (סמנו את כל שנות ההתמחות הרלוונטיות).
- ☐ קיבלתי הכשרה וטיפולתי בפועל בגישה פסיכודינמית בשנה 1 / 2 / 3 / 4 (סמנו את כל שנות ההתמחות הרלוונטיות).
- ☐ קיבלתי הכשרה וטיפולתי בפועל בגישה קוגניטיבית התנהגותית בשנה 1 / 2 / 3 / 4 (סמנו את כל שנות ההתמחות הרלוונטיות, נדרשת לפחות שנה בגישה זו או בגישה המערכתית מתוך ההתמחות במסגרת המרפאתית).
- ☐ קיבלתי הכשרה וטיפולתי בפועל בגישה מערכתית משפחתית בשנה 1 / 2 / 3 / 4 (סמנו את כל שנות ההתמחות הרלוונטיות, נדרשת לפחות שנה בגישה זו או בגישה הקוגניטיבית מתוך ההתמחות במסגרת המרפאתית).
- ☐ הוכשרתי והעברתי 3 אבחונים פסיכודיאגנוסטיים מלאים או יותר בכל אחת מהשנים 1 / 2 / 3 / 4 (סמנו את כל השנים הרלבנטיות, נדרש להעביר לפחות 3 אבחונים בכל אחת משנות ההתמחות).
- ☐ כל אבחון פסיכודיאגנוסטי מלא שערכתי כולל לפחות 4 ממדים ו- 4 כלי אבחון שונים, בהתאמה (אבחון מלא = סימון של 4 תאים לפחות, בכל שורת אבחון בטבלת המעקב).
- ☐ העברתי מבחן הוכסלר ב- 7 אבחונים לפחות.
- ☐ העברתי מבחן הרורשאך ב- 7 אבחונים לפחות.
- ☐ העברתי MMPI 2 ב- 4 אבחונים לפחות (למתמחים במבוגרים).
- ☐ העברתי אכנבך ב- 4 אבחונים לפחות (למתמחים בילדם ונוער).
- ☐ אם התמחית בילדים ובמבוגרים במשולב - עד שנתיים בכל אוכלוסיה יש להעביר לפחות מחצית מהדרישות בכל אחת מהאוכלוסיות, מעל שנתיים באחת האוכלוסיות או בשתייהן נדרש להעביר לא פחות מ- MMPI 2 3 ו/או 3 אכנבך, בהתאמה לאוכלוסייה.
- ☐ העברתי שאלונים לדיווח עצמי 7 פעמים לפחות, בכללן _____ פעמים כחלק מאבחון פסיכודיאגנוסטי ו- _____ פעמים כחלק מראיון קליני.
- ☐ הערכתי תפקודי קשב 4 פעמים לפחות, בכללן _____ פעמים כחלק מאבחון פסיכודיאגנוסטי ו- _____ פעמים חלק מראיון קליני.

- ☐ העברתי מבחנים נרטיבים- אימפליסיטים לפחות 7 פעמים במבוגרים, ו/או בילדים ונוער (ניתן להחליף עד TAT 2 בילדים ונוער ב-RATC רוברטס).
- ☐ העברתי בנדר II לפחות 4 פעמים.
- ☐ השתתפתי בסמינרים בשנה 1 / 2 / 3 / 4 פרטו את שמות הסמינרים:

חתימת הפסיכולוג/ית האחראי/ת על ההתמחות במסגרת מרפאתית / אשפוזית

בדקתי את גיליון ריכוז הנתונים של _____ ואני מאשר/ת כי כל דרישות ההתמחות מולאו כמפורט לעיל.

שם מלא: _____ מס' רישיון: _____ חתימה: _____ תאריך: _____

שם מלא: _____ מס' רישיון: _____ חתימה: _____ תאריך: _____

חתימתך זו מהווה אישור כי המתמחה סיים את כל דרישות ההתמחות.