

הנודל הגברי
להפעלת מרכזי נחשפים
באירוע ביולוגי תריג

נספחים



הנחשפים במרכז הנחשפים

עמוד 3	נספח 1: רשימת אנשי קשר להפעלת מרכז הנחשפים
עמוד 4-6	נספח 2: רשימת תיוג לעמדות במרכז הנחשפים
עמוד 7	נספח 3: זימון נחשפים למרכז הנחשפים באמצעות הטלפון - נוסח הודעה
עמוד 8-12	נספח 4: טופס תשאול פונה למרכז הנחשפים
עמוד 13	נספח 5: טופס הפנייה לחדר מיון בבית החולים
עמוד 14	נספח 6: טופס הפנייה לרופא מטפל בקהילה
עמוד 15	נספח 7: הנחיות לקבלת טיפול מונע ומעקב אחר תסמיני המחלה
עמוד 16	נספח 8: תרשים זרימה כללי במרכז הנחשפים
עמוד 17-18	נספח 9: טופס ריכוז הפונים למרכז הנחשפים (יומן המרכז)
עמוד 19-20	נספח 10: רשימת איוש בעלי תפקידים במרכז נחשפים
עמוד 21-22	נספח 11: רשימת ציוד למרכז הנחשפים





נספח 1: רשימת אנשי קשר להפעלת מרכז הנחשפים
(למלא טבלה לחלו לכל מרכז במחוז)

שם המרכז: _____ כתובת המרכז: _____

מס' טלפון של המרכז: _____ / מס' פקס של המרכז: _____

מנהל האתר (בשגרה): _____ מס' טלפון מנהל האתר: _____

כתובת דואר אלקטרוני	מס' פקס	מס' טלפון נייד	תפקיד בשגרה	שם מלא	תפקיד	ארגון
					מנהל מח' בטחון	רשות מקומית
					ממונה מל"ח	
					אחר	
					מפקד מחוז	פיקוד העורף
					קצין ארגון רפואה	
						כללית
						מכבי
						מאוחדת
						לאומית
						משטרה
						מד"א
						חמ"ל הלשכה





נספח 2: רשימת תיוג לעמדות במרכז הנחשפים

תפקיד	תחומי אחריות	תפקידים	ציוד נדרש
מנהל לוגיסטי ממקורות רשות מקומית (או משרד הבריאות)	אחראי לתפעול הלוגיסטי הכולל של המרכז	1. בדיקת צרכי כוח אדם 2. ניווד עובדים לפי הצורך בתיאום המנהל המקצועי של המרכז 3. קבלת עדכון מהחמ"ל לגבי תנועת הפונים מדי שעה 4. דאגה לצרכי הרווחה של צוות העובדים (שתייה, מזון, מנוחה) 5. בדיקת צרכים לוגיסטיים 6. תאום צרכים תקשורתיים 7. ניהול מחסן	1. אמצעי כריזה
מנהל רפואי ממקורות לשכת הבריאות או קופת חולים	ניהול המרכז מבחינה מקצועית	1. בדיקת צרכי צוותי העובדים 2. ניווד עובדים לפי הצורך בתיאום עם המנהל הלוגיסטי 3. קבלת עדכון מהחמ"ל לגבי תנועת הפונים מדי שעה 4. קבלת מידע מהחמ"ל על מצב המלאי הרפואי והצורך בחידושו והעברת המידע לחמ"ל הלשכה הנפתית 5. תאום העברת המידע ממרכז הנחשפים לרופא הנפה ולהיפך 6. מענה מקצועי לסוגיות המתעוררות בעמדות השונות במרכז	1. אמצעי כריזה
אחות אחראית (+אחות עוזרת)	ניהול סיעודי במרכז, איסוף נתונים על הפונים, ניהול המחסן הרפואי	1. בדיקת הצורך בניוד עובדים והעברת המידע למנהל הרפואי 2. קבלת נתונים מעמדת הרשמות בעמדת השחרור מדי שעה והעברתם לחמ"ל 3. מעקב אחר מלאי תרופות ו/או חיסונים וציוד רפואי וקביעת הצורך בחידושו והעברת המידע לחמ"ל	1. ציוד משרדי (כלי כתיבה, ניירות, לוח קשיח)
אחות ממיינת במיון הראשוני	מיון הפונים למסלולים המתאימים	1. תשאול הפונה לגבי תסמיני המחלה בהתאם למחולל 2. מספור הפונה באמצעות מדבקה 3. מתן טופס מתאים ומספורו באמצעות מדבקה 4. הפנייה למסלול המתאים	1. מדבקות ממוספרות 2. טפסים
מסלול מרכזי – נחשפים בריאים			
רופא יועץ	יעוץ רפואי בתחנות השונות	1. מענה לשאלות רפואיות שעולות מהעמדות השונות	1. כלי כתיבה
אחות בעמדת רישום ותשאול	תשאול אפידמיולוגי וניתוב	1. מילוי פרטים דמוגרפיים ופרטי חשיפה של הפונה בטופס התשאול 2. החלטה לגבי הצורך בטיפול מונע 3. ייעוץ עם רופא במידת הצורך והצורך בטיפול בדחק 4. מתן הטופס לפונה והפנייתו לעמדה המתאימה (עמדת טיפול מונע, עמדת דחק, עמדת שחרור) בהתאם להחלטה	1. כלי כתיבה 2. שלטים לקריאה לרופא / עו"ס / אחות אחראית





תפקיד	תחומי אחריות	תפקידים	ציוד נדרש
אחות בעמדת טיפול מונע תרופתי/חיסון	מתן טיפול מונע	<ol style="list-style-type: none"> 1. בדיקת טופס התשאול 2. מתן הסבר על הטיפול 3. מתן הטיפול- חיסון ו/או תרופה 4. רישום בטופס את הטיפול שניתן 5. הפנייה לעמדת השגחה במידה והטיפול הוא חיסוני 6. הפנייה לעמדת שחרור במידה והטיפול הוא תרופתי בלבד 7. מתן מכתב לרופא המטפל להמשך מעקב 8. חלוקת דפי הסבר והנחיות לקבלת הטיפול 	<ol style="list-style-type: none"> 1. כלי כתיבה 2. תרופות וחיסונים 3. קרחומים וציודניות 4. מזרקים ומחטים 5. אלכוהול, צמר גפן, פדים 6. חותמת עם שם החיסון 7. טפסי הסבר והנחיות בשפות שונות על הטיפול הניתן 8. טפסים להפניה לרופא מטפל 9. שלטים לקריאה לרופא / עו"ס / אחות אחראית 10. חומר חיטוי ידיים 11. כפפות חד פעמיות 12. מיכלי ביוהזרד 13. פלסטרים 14. ציוד החייאה כולל אדרנלין
עמדת דחק (פסיכיאטר / פסיכולוג, עו"ס)	מענה ראשוני למצבי דחק	<ol style="list-style-type: none"> 1. בדיקת הפונה 2. קבלת החלטה לגבי המשך טיפול 3. הפנייה לרופא מטפל בהתאם לצורך (במראת לבריאות הנפש או בית חולים) 4. רישום בטופס התשאול 5. הפניה לעמדה המתאימה בהתאם למה שרשום בטופס 	<ol style="list-style-type: none"> 1. כלי כתיבה 2. מכתב הפנייה
פקידה בעמדת שחרור	בקרת שחרור	<ol style="list-style-type: none"> 1. קבלה ובקרה על טופס התשאול 2. הנחת הטופס במגש ייעודי 3. רישום פרטי הפונה ביומן המתאים 4. מתן דף הסבר על המחלה לפונה שלא קיבל טיפול 	<ol style="list-style-type: none"> 1. כלי כתיבה 2. יומן 3. דפי הסבר על המחלה 4. מגש לטפסים
מסלול משני מורכב – עמדת חולים			
אחות	הערכה סיעודית	<ol style="list-style-type: none"> 1. מילוי פרטים דמוגרפים ופרטי חשיפה של הפונה בטופס התשאול 2. מדידת סימנים בהתאם למחלה על פי הרישום בטופס 3. מתן הטופס לפונה והפנייתו לעמדת הרופא להמשך בדיקה 	<ol style="list-style-type: none"> 1. כלי כתיבה 2. חומר לחיטוי ידיים 3. מד לחץ דם 4. מדחום 5. כפפות חד פעמיות
רופא	הערכה רפואית והחלטה אופרטיבית	<ol style="list-style-type: none"> 1. בדיקה גופנית של החולה 2. אבחנה ראשונית 3. עזרה ראשונה לחולה לא יציב 4. הכנת חולה להמשך טיפול בהתאם למצבו: מילוי טופס הפנייה לחדר מיון / רופא מטפל בקהילה / מכתב שחרור 5. הפניה לעמדה מתאימה (טיפול מניעתי, דחק, עמדת פינוי, שחרור) בהתאם להחלטה 	<ol style="list-style-type: none"> 1. כפפות חד פעמיות 2. חומר חיטוי ידיים 3. מכתבי הפנייה למיון/רופא בקהילה 4. מכתב שחרור לפונה 5. כלי כתיבה 6. סטטוסקופ 7. ציוד החייאה כולל אדרנלין
צוות רפואי בעמדת המתנה לפינוי	השגחה לפנוי	<ol style="list-style-type: none"> 1. השגחה על חולים שמחכים לפינוי 2. וידוא שלפונה טופס מתאים 3. לקיחת טופס התשאול והנחתו בעמדת שחרור 	<ol style="list-style-type: none"> 1. מד לחץ דם 2. סטטוסקופ





תפקיד	תחומי אחריות	תפקידים	ציוד נדרש
רופא ואחיות בעמדת מידרדרים	טיפול והכנה לפינוי של חולים במצב רפואי לא יציב	1. טיפול בפונים שהחמיר מצבם לאחר טיפול מונע 2. טיפול בפונים שמחלת רקע שלהם החמירה 3. הכנה לפינוי לבית החולים - טפסים 4. לקיחת טופס התשאלו והעברתו לעמדת שחרור	1. תיק רופא 2. תיק 3. ציוד החייאה- תרופות, אמבו, ציוד עירויים, בלוני חמצן, מסיכות חמצן, 4. מכשיר אק"ג/ דהפיברילטור 5. מיטות 6. טפסים 7. חומר חיטוי ידיים 8. כפפות
פקידה בעמדת שחרור	בקרת שחרור	1. קבלה ובקרה על טופס התשאלו 2. הנחת הטופס במגש ייעודי 3. רישום פרטי הפונה ביומן המתאים 4. מתן דף הסבר על המחלה לפונה שלא קיבל טיפול	1. כלי כתיבה 2. יומן 3. דפי הסבר על המחלה 4. מגש לטפסים
מעטפת מבצעית			
מטה הפעלה של המרכז (חמ"ל)	ניהול הפעילות במרכז	1. תיאום בין כל הגורמים הנוטלים חלק בתפעול מרכז הנחשפים (משטרה, מד"א, רשות מקומית), 2. בנית תמונת מצב והעברת דיווחים עיתיים למנהלים המקצועי והלוגיסטי לגבי זרימת הפונים 3. דיווח למנהלים המקצועי והלוגיסטי בעת מחסור בציוד. 4. תיאום פינוי לבתי חולים	1. טלפונים 2. פקסים 3. רשימת אנשי קשר של כל הגורמים המפעילים את המרכז 4. רשימת טלפונים של חדרי המיון בבתי החולים לתיאום העברת חולים
איש בנא"מ אחראי במחסן לשכת בריאות נפתית במרכז הנחשפים	אחסון וניהול ציוד רפואי ותרופות	1. ניהול המחסן וניהול מלאי 2. להודיע למנהל המקצועי על מחסור בציוד רפואי	1. ציוד רפואי בהתאם להוראות אחסון- תרופות, חיטונים 2. מזרקים, מחטים, אלכוהול, צמר גפן, פדים, מיכלי ביוהורד, כפפות, חומר חיטוי ידיים, פדים, פלסטרים 3. ציוד משרדי- כלי כתיבה 4. טפסים 5. אמצעי מיגון 6. מקררים / ציודניות עם קרחומים
נהגים (לשכת בריאות הנפתית)		1. הסעת עובדים 2. שינוע ציוד ותרופות בהתאם לצורך	1. רכב





נספח 3: זימון נחשפים למרכז הנחשפים באמצעות הטלפון – נוסח הודעה

שלום, שמי _____ מלשכת הבריאות מחוז _____

התקבלה הודעה מלשכת הבריאות / מהמשטרה / מ..... כי יתכן שנחשפת לחומר החשוד כמכיל (או לאדם חולה ב..... ביום

במקום

אם יש לך כעת חום מעל 38 מעלות או סימנים של מחלה כדוגמת

או פצע חדש שלא מטראומה (חבלה שאתה מודע אליה) עליך לפנות מייד לחדר מיון של בית חולים

.....

אנו מזמינים למרכז נחשפים את כל מי שחש כעת בטוב אולם נכח במקום

בין הימים ל..... או שהיה במחיצת אדם חולה ב..... כדי לקבוע אם עליו לקבל טיפול למנוע התפתחות המחלה באמצעות חיסון / טיפול אנטיביוטי מונע.

הבא איתך בני משפחה אחרים שהיו בימים אלה במקום האמור, או שבאו במגע עם אדם החולה ב.....

מרכז הנחשפים ממוקם בכתובת הבאה:

במרכז תקבלו טיפול מונע במידת הצורך והסבר על המחלה בכתב ומענה לשאלות בעל פה.

פרטים נוספים תוכלו למצוא במידת הצורך באתר הבית של משרד הבריאות באינטרנט ובמרכז המידע העירוני.

חובה להצטייד בתעודת זהות. רצוי לתביא פנקס חיסונים.





נספח 4: טופס תשאול מונה למרכז נחשפים

מועד כניסה למרכז: תאריך / / שעה /

1. עמדת רישום ותשאול

1.1. פרטים דמוגרפיים

שם משפחה: שם פרטי:

לאזרח מסי ת.ז.: | | | | | | | | | | | | | | | |

לחייל בשרות מסי אישי: | | | | | | | | | | | | | | | |

לעובד זר / תייר מסי דרכון: | | | | | | | | | | | | | | | |

לאזרח זר מסי דרכון: | | | | | | | | | | | | | | | |

אזרחות: 1. ישראל 2. אחר, פרט לאום: 1. יהודי 2. ערבי 3. אחר, פרט

תאריך לידה: | | | | / | | | | / | | | | מין: 1. זכר 2. נקבה

שנה חודש יום

כתובת מגורים: (עיר) (רחוב) (מס') -

מספרי טלפון: בית - עבודה - נייד -

קופת חולים: 1. כללית 2. מכבי 3. מאוחדת 4. לאומית 5. לא חבר בקופ"ח

סניף: (שם) (עיר) (רחוב) (מס') -

שם הרופא המטפל:

1.2. פרטי חשיפה

1.2.1. תאריך החשיפה: | | | | / | | | | / | | | |

1.2.2. מקום חשיפה:

1.2.3. האם אנשים נוספים נחשפו יחד עמך וידוע לך שלא קבלו הודעה להגיע? 1. לא 2. כן,

אם כן, פרט:

שם	גיל	כתובת	טלפון





1.3. סימנים קליניים

1.3.1. האם הופיעו סימנים קליניים לאחר החשיפה 1. לא 2. כן

אם כן,

1.3.2. מתי החלו הסימנים הראשונים: | | / | | / | | 2. לא ידוע

1.3.3. סמן את הסימנים הרלוונטיים:

- 1.3.3.1. סימנים כלליים: 1. חום 2. כאב ראש 3. כאב שרירים 4. כאבי גרון 5. חולשה 6. חיוורון
- 1.3.3.2. סימנים נשימתיים: 1. קוצר נשימה 2. שיעול 3. כיח 4. דמעת
- 1.3.3.3. סימנים עוריים: 1. פריחה 2. דמומים בעור 3. צהבת 5. נגע עורי
- 1.3.3.4. סימנים במעי העיכול: 1. בחילות 2. הקאות 3. שלשולים
- 1.3.3.5. סימנים המטולוגיים: דמום מאיבר כלשהו _____
- 1.3.3.6. סימנים עצביים: 1. חולשת שרירים/שיתוק 2. הרגשת נימול 2. חוסר תחושה
- 1.3.3.7. אחר: _____

במידה ועונה על אחת התשובות הנ"ל חיובי- לשים מסיכה ולהעביר לעמדת הערכה וטיפול רפואי עם מלווה

1.4. מצבים רפואיים המשפיעים על מתן הטיפול המונע:

1.4.1. רגישות יתר:

1.4.1.1. רגישות לתרופות: 1. לא 2. כן אם כן, פרט: _____

1.4.1.2. רגישות לחלבון ביצה: 1. לא 2. כן אם כן, פרט: _____

1.4.1.3. רגישות אחרת: 1. לא 2. כן אם כן, פרט: _____

1.4.2. דיכוי חיסוני:

1.4.2.1. מחלה הפוגעת במעי החיסון (ממאירות פעילה, נשאות, HIV, השתלות וכו') 1. לא 2. כן

אם כן, פרט: _____

1.4.2.2. טיפול מדכא חסינות 1. לא 2. כן אם כן, פרט: _____

1.4.3. מחלת עור פעילה: 1. לא 2. כן אם כן, פרט: _____

1.4.4. הריון פעיל: 1. לא 2. כן

1.5. החלטת רופא

שם הרופא: _____ חתימה: _____

אם אחת או יותר מהתשובות לשאלות מימין חיוביות -

ייעוץ עם רופא



**1.6. החלטת אחות (או חובש)**(במסלול **ללא סימני מחלה**) הקף בעיגול את הסעיף המתאים:

- 1.6.1. לא נחשף ולכן אין צורך בקבלת טיפול מונע
- 1.6.2. היה במקום חקובע ובזמן הקובע או במגע עם חולה (במקרים רלוונטים) - מופנה לעמדת טיפול מונע
- 1.6.3. מופנה לעמדת רופא
- 1.6.4. מופנה לעמדת דחק

שם אחות/חובש: _____ חתימה: _____

במסלול ללא סימני מחלה - לעבור לסעיף 2 הבא.

במסלול חולים - להמשיך לסעיף 3.

פונים ללא תסמינים ואין התוויות נגד לטיפול מונע**2. עמדת טיפול/טיפול מונע (הקף בעיגול)**

2.1. ניתן טיפול מונע תרופתי:

שם התרופה _____ מינון _____ למשך _____ ימים

2.2. ניתן חיסון:

החיסון _____ מסי אצווה _____ החברה _____

2.3. ניתן טיפול תרופתי:

שם התרופה _____ מינון _____ למשך _____ ימים

2.4. בוצע תדרוך: כן / לא

2.5. קבל דף מידע: כן / לא

2.6. ניתן דף הנחיה: כן / לא

2.7. ניתן טופס הפנייה: כן / לא

2.8. מועבר לעמדת שחרור: כן / לא

שם נותן הטיפול: _____ חתימה: _____



**פונים סימפטומטיים**

3. עמדת הערכה וטיפול רפואי

3.1. בדיקת אחות (בחדר חולים)

3.1.1. חום: _____ לחץ דם: _____ דופק: _____ מס' נשימות: _____

שם אחות/חובש: _____ חתימה: _____

3.2. עמדת רופא

3.2.1. אנמנוה:

3.2.2. בדיקה גופנית: _____

• החלטת רופא:

חולה חשוד במחלה הנידונה:

3.3. במצב המחייב אשפוז - מופנה לחדר מיון _____

הטיפול שקיבל: _____

3.4. לא במצב המחייב אשפוז, מקבל טיפול (מופנה להמשך מעקב רופא מטפל בקהילה)

הטיפול שקיבל: _____

חולה במחלה אחרת / לא חולה:

3.5. נחשף ויקבל טיפול מונע - מועבר לעמדת טיפול מונע _____

3.6. נחשף, אך יש התווית נגד לטיפול מונע (מוחלטת/יחסית), פרט _____

ייתן טיפול מונע חלופי, פרט: _____ - מועבר לעמדת טיפול מונע

3.7. לא נחשף ולכן אין צורך בטיפול - מועבר לעמדת שחרור מועבר לעמדת דחק _____

3.8. תסמיני דחק -

ניתן טופס הפנייה למיון / רופא מטפל (הקף בעיגול)

שם הרופא: _____ חתימה: _____
מס' רשיון: _____ / חותמת



4. עמדת דחק

4.1 סטטוס:

4.2 החלטה טיפולית:

4.3 המשך טיפול/חפנייה:

שם המטפל: _____ חתימה: _____

5. עמדת שחרור

5.1 יעד השחרור ברור למטופל

5.2 קבל תדריך ודף הסבר

5.3 הוחזר להשלמת חסרים בעמדת _____ בשעה _____

5.4 שוחרר מהמרכז ל _____

שעת יציאה מהמרכז: ____ / ____ שם המשחרר: _____

הערות:





נספח 5: טופס הפניה לחדר מיון בבית חולים

תאריך: _____

לכבוד
הרופא המטפל
חדר מיון
בית החולים _____

שם: _____ מס' ת.ז. / דרכון: | | | | | | | | | | | | | | | | | |

1. המטופל הני"ל נבדק במרכז הנשפים היום ונמצא כי סובל מ:

2. המטופל לא נחשף / נחשף ל _____ בתאריך _____ (חקף בעיגול)

3. המטופל קיבל טיפול במרכז הנשפים ב-

לאור זאת מופנה אליכם בחשד ל- _____ לחמשך טיפול.

בכבוד רב,

ד"ר _____

חותמת / מס' רישיון _____





נספח 6: טופס הפניה לרופא מטפל בקהילה

תאריך: _____

לכבוד
הרופא המטפל
קופ"ח _____

שם: _____ מס' ת.ז. / דרכון: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

המטופל הנ"ל נבדק במרכז הנחשים היום.

1. לא הוגדר / הוגדר כי נחשף לאירוע ביולוגי חריג (הקף בעיגול).

2. נמצא כסובל מ-

3. (הקף בעיגול) הנ"ל לא קיבל טיפול במרכז הנחשים / קיבל טיפול כמפורט:

לאור זאת מופנה אליכם בחשד ל- _____ להמשך טיפול ומעקב.

בכבוד רב,

ד"ר _____

חותמת / מס' רישיון _____





נספח 7: הנחיות לקבלת טיפול מונע ומעקב אחר תסמיני המחלה

הנחיות לקבלת טיפול מונע ב _____

אזרחים יקרים,

קבלתם מנה ראשונה של טיפול למניעת התפתחות מחלה _____ את הטיפול המונע יש לקחת במשך _____ ימים לאחר החשיפה האחרונה. מינון התרופה למניעה _____ : _____ טבליות / מיליליטר סירופ ליום.

מעקב:

1. מאחר שאובחנת כנחשף, הנך מתבקש/ת לבצע מעקב עצמי של חום ותסמינים _____ במשך _____ ימים מהחשיפה.
2. המעקב כולל מדידת חום פעמיים ביום (מצ"ב דף לניטור חום). עלית חום יכולה להיות מלווה ב _____.
3. במקרה של חום מעל 38° מעלות ו/או סימנים אחרים תוך _____ ימים ממועד החשיפה, הנך מתבקש/ת לפנות לחדר מיון בבית חולים הסמוך למקום מגוריך.
4. לפני הגעתך, אנא חודיעו טלפונית לחדר מיון על חשיפה אפשרית.

אם לא יופיעו סמני מחלה עליך להתייצב למעקב והמשך טיפול אצל רופא המשפחה המטפל בך בעוד _____ ימים.

בשאלות ניתן לפנות לשכת הבריאות המחוזית באזור המגורים (אם לא הודיעו אחרת).

מחוז חיפה: 048632914

מחוז הצפון: 046557888

מחוז ירושלים: 025314811

מחוז תל אביב: 03-5684655

מחוז המרכז: 08-9788667

מחוז אשקלון: 08-6745555

מחוז הדרום: 08-6263511

בברכה

הרופא המחוזי, לשכת הבריאות המחוזית של משרד הבריאות





חז"ל / תייד / צובד ז

נספח 9 : טופס ריכוז מרטי המונים למרכז הנחשפים

שם המרכז תאריך

שעת יציאה	הופנה	הופנה	סיפול	סיפול מונע		טלפון נייד	טלפון בית	כתובת מגורים	שם מלא	מס' ת"ז / דרכון	מס"ד			
	מטפל	מיון	אחר	היסון	הופתי						ח	ת	ע	
	(כר)	(כר)	(לא)	(כר)	(כר/לא)									
														1
														2
														3
														4
														5
														6
														7
														8
														9
														10



שם המרכז

תאריך

שעת יציאה	הופנה לרופא מטפל	מיון	לחדר מיון	הופנה לחדר מיון	טיפול מונע		טיפול נייד	סלפון בית	כתובת מגורים	שם מלא	מס' ת"ז / דרכון	מס' ת"ז / עובד זר	ח ת ע	מס'ד	
					טיפול אחר	טיפול מונע									
	כן/ לא	כן/ לא	כן/ לא	כן/ לא	חיסון (כן/ לא)	תדפיסי (כן/ לא)									
															2
															3
															4
															5
															6
															7
															8
															9
															10





נספח 10: רשימת בעלי תפקידים לאיוש המרכז
(למלא טבלה לחלו לכל מרכז במחוז)

שם המרכז: _____ כתובת המרכז: _____

מס' טלפון של המרכז: _____ / מס' פקס של המרכז: _____

מנחל האתר (בשגרה): _____ / מס' טלפון מנחל האתר: _____

תפקיד	שם מלא	מס' טלפון נייד	מס' טלפון קווי
מנחל מקצועי			
מנחל לוגיסטי			
רופא			
אחות אחראית			
אחות עוזרת לאחראית			
רופאים יועצים			
רופאים בודקים			
אחיות / חובשים: רישום, תשאול, טיפול,			





מס' טלפון קווי	מס' טלפון נייד	שם מלא	תפקיד
			צוות בריאות הנפש (פסיכיאטרים/עו"ס)
			פקידות / רשמים
			אחות / חובש לעמדת פינוי לבית חולים
			איש מחסן צר"פ ותרופות, לוגיסטיקה
			נהגים
			אנשי חמ"ל





ציוד לחמייל מרכז הנחשפים

קו טלפון		
מכשיר פקס	1	
מכונת צילום	1	
ציוד משרד		

