



Assaf Harofeh Medical Center  
 Affiliated to Sackler Faculty of Medicine Tel-Aviv University | Zerifin 70300 Israel  
 Office of the Director  
 Tel: 08-9779500/1 Fax: 08-9779502 email: bdauidson@asaf.health.gov.il

|  |                            |                     |
|--|----------------------------|---------------------|
| <b>מספר הנוהל: 21408</b>   | <b>קטגוריה: משאבי אנוש</b> |                     |
|  | <b>תאריך פרסום:</b>        | <b>תאריך עדכון:</b> |
| <b>מספר עמוד: 1 מתוך 6</b>   |                            |                     |
| <b>שם הנוהל: נוהל הסדרת פעילות סוכנים ביחידות פולשניות וביחידות מגע עם מטופלים</b> |                            |                     |

### 1. כללי

במרכז רפואי "אסף הרופא" נעשה שימוש בטכנולוגיות ומכשור המחייבות לעיתים הדרכה, תמיכה, ליווי, אחזקה, שרות וניהול מלאי ע"י נציגי חברות ייעודיות המשוקות מוצרים ו/או טכנולוגיות רפואיות. לפיכך, נדרשים נציגי החברות להיות נוכחים במתחם היחידות המקבלות את השירות כגון: חדרי ניתוח, מכון הלב, בית מרקחת, הנדסה רפואית ועוד.  
 כל מקום בו מפורט בלשון זכר, הכוונה גם ללשון נקבה וכן להפך.

### 2. מטרת הנוהל

להסדיר את הליך אישור פעילותם של סוכנים הנותנים שירות ביחידות הפולשניות וביחידות מגע עם חולים במרכז הרפואי אסף הרופא.

### 3. אחריות

- 3.1 הנהלת המרכז הרפואי לקביעת המדיניות ובקרת יישום הנוהל.
- 3.2 מנהל הרכש ליישום הנוהל והעברת תוכנו לחברות המשוקות.
- 3.3 מנהלת משאבי אנוש ליישום הנוהל.
- 3.4 מנהל הנדסה רפואית ליישום הנוהל.
- 3.5 מנהל הנדסה ואחזקה כללית ליישום הנוהל.
- 3.6 מנהלת אגף מערכות עני"א ליישום הנוהל.
- 3.7 מנהלת בית מרקחת ליישום הנוהל.
- 3.8 מנהלי מחלקה/יחידה בתחומם פועל הסוכן ליישום הנוהל.
- 3.9 עובדי המרכז הרפואי לידיעת הנוהל.

### 4. נורמות מיושמות

- 4.1 חוק זכויות החולה, התשנ"ו 1996.
- 4.2 חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א 1981.
- 4.3 חוק למניעת העסקתם של עברייני מין במוסדות מסויימים, התשס"א 2001.
- 4.4 חוק המרשם פלילי ותקנת השנים, תשמ"א 1981.
- 4.5 חוזר מנכ"ל משרד הבריאות מיום 7.1.2016 בדבר חיסון תלמידי מקצועות הבריאות ועובדי מערכת הבריאות.

### 5. הגדרות

- 5.1 **חברה** - חברה לשיווק מוצרים רפואיים ו/או טכנולוגיות רפואיות או אחרות, המעוניינת לספק מרכולתה ליחידות השונות במרכז הרפואי אסף הרופא.

|  |                            |                     |
|--|----------------------------|---------------------|
| <b>מספר הנוהל: 21408</b>   | <b>קטגוריה: משאבי אנוש</b> |                     |
| <b>מספר עמוד: 2 מתוך 6</b>   | <b>תאריך עדכון:</b>        | <b>תאריך פרסום:</b> |
| <b>שם הנוהל: נוהל הסדרת פעילות סוכנים ביחידות פולשניות וביחידות מגע עם מטופלים</b> |                            |                     |

5.2 סוכן – עובד חברה חיצונית המצוייה בהתקשרות עם המרכז הרפואי למתן שירותים, אשר במסגרת תפקידו מחוייב בשהייה/בכניסה ליחידות פולשניות/ליחידות מגע עם חולים והעוסק באחד או יותר מהמשימות המפורטות להלן:

- 5.2.1 הדגמה/הדרכה, תפעול והטמעה של שימוש בציוד של חברה משווקת.
- 5.2.2 מתן תמיכה מקצועית ופתרון בעיות הקשורות במכשור/טכנולוגיה בזמן ניתוח על פי דרישות הרופא המנתח, מחלקת הרדמה והצוות הסיעודי.
- 5.2.3 ביצוע תחזוקה לציוד/מכשור במסגרת חוזה שרות.
- 5.2.4 ביצוע ספירת מלאי/איזון מלאי/השלמת ציוד למכשור/ציוד הנמצא בקונסיגנציה (מכר מותנה).
- 5.2.5 ביצוע כל פעולה אחרת הנדרשת לצורך מילוי תפקידו בהתאם להסכם שנחתם בין החברה ובין המרכז הרפואי.

5.3 יחידות פולשניות – אנגיו, צנתורים, גסטרו, אלקטרופיזיולוגיה, יחידה מיילדותית, חדרי ניתוח, מכון ריאות, אורודינאמיקה, וכן כל יחידה אחרת שמטבעה עוסקת בבדיקות ו/או ביצוע פרוצדורות שיש בהן משום חדירה לגופו של אדם, שלא במסגרת בדיקת רופא שגריתית.

5.4 יחידות מגע עם חולים – יחידות שבהן לא מתבצעות פעולות פולשניות, אך גורם החוץ עלול להיחשף להליכי בדיקה רפואית של מטופלים, באופן אשר עלול לפגוע בפרטיותם.

5.5 יחידות אחרות – כל יחידה שאינה פולשנית או שאינה יחידת מגע עם חולים, ואין בה חשש לפגיעה בפרטיות או בסודיות רפואית של מטופלים.

5.6 קונסיגנציה – מכר מותנה או ניהול מלאי בהשאלה - שיטת התקשרות בין ספק לבית החולים יצבה הציוד נשאר בבעלות הספק, ומנוהל על ידו, עד לרגע בו הוא מוכנס לשימוש.

5.7 אחראי רכש – נציג מחלקת הרכש, שמונה על-ידי מנהל הרכש, ואשר מוסמך להחליט בדבר כניסתם או מניעת כניסתם של נציגי החברות למתחם הרלוונטי.

5.8 אחראי משאבי אנוש – מנהלת משאבי אנוש או מי מטעמה ואשר מוסמך להנפיק "היתר פעילות" נספח מספר 8.11 של סוכן ביחידה בתחומי המרכז.

5.9 אחראי הנדסה רפואית – מנהל הנדסה רפואית או מי מטעמו.

5.10 אחראי הנדסה ואחזקה כללית – מהנדס ראשי או מי מטעמו.

5.11 אחראי אגף מערכות עניי-א – מנהלת האגף או מי מטעמה.

5.12 אחראי בית מרקחת – מנהלת בית מרקחת או מי מטעמה.

## 6. שיטה

### 6.1 כללי:

- 6.1.1 לא תתאפשר שהייה/ פעילות סוכן בלא שקיבל אישור מהאחראי כפי שיוגדר להלן.
- 6.1.2 האחריות לקבלת היתר לפעילות הסוכן תחול על מזמין השירות מטעם המחלקה/היחידה.
- 6.1.3 ככלל כל ביקור חייב בתיאום מראש ובליווי של איש צוות מטעם המחלקה/היחידה מקבלת השירות במהלך כל הביקור.
- 6.1.4 ככל שמדובר בפעילות ביחידות שאינן פולשניות / שאינן יחידות מגע עם מטופלים אין צורך באישורים מיוחדים, ובלבד שאותן כניסות/פעילות תואמו מראש עם היחידות הרלוונטיות.
- 6.2 פעילות סוכנים לצורכי הדגמה/הדרכה/ תפעול/הטמעה לרבות בזמן ניתוח
  - 6.2.1 מנהל מחלקה או איש צוות אחר (להלן: המזמין) החפץ בשירותי הדגמה/הדרכה, תפעול/הטמעה של טכנולוגיה מסויימת יפנה את הסוכן מטעם החברה לאחראי הרכש.

|  |                            |                     |
|--|----------------------------|---------------------|
| <b>מספר הנוהל: 21408</b>   | <b>קטגוריה: משאבי אנוש</b> |                     |
| <b>מספר עמוד: 3 מתוך 6</b>   | <b>תאריך עדכון:</b>        | <b>תאריך פרסום:</b> |
| <b>שם הנוהל: נוהל הסדרת פעילות סוכנים ביחידות פולשניות וביחידות מגע עם מטופלים</b> |                            |                     |

- 6.2.2 האמור בסעיף 6.2.1 לא יחול על טכנולוגיות חבישה אי אז יופנה הסוכן לאחראי בבית המרקחת ויטופל בהתאם לסעיף 6.5 להלן.
- 6.2.3 אחראי הרכש יבדוק את הצורך והתנאים להתקשרות וישלח (במייל) לחברה מטעמה פועל הסוכן, את נספחים 8.1-8.6 למילוי והשלמה כתנאי לכניסת הסוכן לפעילות בשטח בית החולים. העתק יישלח לאחראי במשאבי אנוש.
- 6.2.4 באחריות האחראי ברכש לידע את הסוכן שפעילותו בבית החולים וקבלת תג שמי תתאפשר רק אחרי המצאת כל המסמכים המצורפים והמפורטים בנספחים 8.1-8.6, מלאים וחתומים, לאחראי במשאבי אנוש.
- 6.2.5 היתר לפעילות סוכני חברות במרכז הרפואי (נספח מספר 8.11) ינתן על ידי האחראי במשאבי אנוש, רק לאחר קבלת כל האישורים והאסמכתאות במצטבר.  
להלן המסמכים:
- 6.2.5.1 הפנייה כתובה מאחראי מחלקת הרכש (נספח מספר 8.12).
- 6.2.5.2 התחייבות החברה בכתב בדבר תשלום משכורתו של הסוכן, זכויותיו הסוציאליות הפנסיוניות וכן הסדרת ביטוח במקרה רשלנות/תאונות – מצורפת כנספח 8.1 לנוהל זה.
- 6.2.5.3 צילום תעודת זהות.
- 6.2.5.4 תיאור תפקיד, המפרט את המשימות ותחומי האחריות עיקריים של הסוכן ואת דרישות הסף לביצוע התפקיד.
- 6.2.5.5 מסמך המאשר ביצוע בדיקות רפואיות ותוכנית התחסנות – "עובד בריאות" בהתאם לנוהל משרד הבריאות, המצורף כנספח מספר 8.2 לנוהל זה.
- 6.2.5.6 התחייבות סוכן החברה לשמירה על סודיות, המצורפת כנספח 8.5 לנוהל זה.
- 6.2.5.7 הצהרת הסוכן בדבר רישום פלילי המצורף כנספח 8.3.
- 6.2.5.8 אישור בדבר היעדר רישום עבירות מין ממשטרת ישראל (ככל שמדובר בסוכן גבר).
- 6.2.5.9 אישור הסוכן לקריאת דף אוריינטציה המצורף כנספח 8.4 לנוהל זה.
- 6.2.5.10 הצהרה ביטוחית כאמור בנספח 8.6 לנוהל זה.
- 6.2.6 המסמכים הרשומים בסעיף 6.2.5 לעיל, ישמרו בתיק ייעודי במחלקת משאבי אנוש.
- 6.2.7 נתקבלו כל המסמכים לעיל, ינפיק האחראי במשאבי אנוש, היתר לפעילות סוכן ותג שמי בתוקף לשנה.
- 6.2.8 העתק מההיתר ישלח לחברה, לסוכן, לאחראי ברכש, לגורם המזמין, ולאח אחראי (ככל שידרש).
- 6.2.9 האחראי במשאבי אנוש יביא לידיעת החברה כי באחריותה לפנות לאחראי במחלקת רכש בכל מקרה של שינוי (קליטת סוכן חדש או גריעת סוכן ממצבת סוכני החברה) וכן מחויבותה לתאם את ביקור הסוכן מטעמה ומטרת ביקורו מול הגורם המזמין ומול מחלקת הרכש. למען הסר ספק, יש לתאם כל ביקור מחדש.
- 6.2.10 הגורם המזמין לא יאפשר כניסת סוכנים בלא שקיבלו "היתר פעילות" ממשאבי אנוש ותג זיהוי למעט חריגים סעיף 6.7 להלן.
- 6.2.11 היתר הפעילות הנו זמני ויש לחדשו מדי שנה.
- 6.2.12 באחריות מנהל המחלקה להצמיד לסוכן ליווי של איש צוות מטעם המחלקה בה מתקיים הביקור ולהחתימו על דף אוריינטציה ייעודי למחלקה, אשר העתק ממנו יישלח למשאבי אנוש וישמר בתיק הייעודי.
- 6.2.13 ההוראות האמורות לעיל, באות להוסיף ולא לגרוע על כל הוראה אחרת ספציפית בנוהל זה,

|  |                            |                     |
|--|----------------------------|---------------------|
| <b>מספר הנוהל: 21408</b>   | <b>קטגוריה: משאבי אנוש</b> |                     |
| <b>מספר עמוד: 4 מתוך 6</b>   | <b>תאריך עדכון:</b>        | <b>תאריך פרסום:</b> |
| <b>שם הנוהל: נוהל הסדרת פעילות סוכנים ביחידות פולשניות וביחידות מגע עם מטופלים</b> |                            |                     |

או על כללים מסויימים שמנהיג מנהל מחלקה או יחידה במחלקתו.

### 6.3 פעילות סוכנים לצורכי אחזקת ציוד

#### 6.3.1 ציוד רפואי

6.3.1.1 האחריות לאישור פעילות סוכנים לצורך אחזקת ו/או תיקון ציוד רפואי תחול על האחראי בשירותי הנדסה רפואית.

6.3.1.2 סוכן המגיע לתת שירות אחזקה או תיקונים יתודרך וילווה על ידי האחראי במחלקה בה מבוצע השירות.

6.3.1.3 חל איסור חמור בבדיקה/טיפול במיכשור המחובר למטופל.

#### 6.3.2 ציוד אחר

6.3.2.1 האחריות לאישור פעילות סוכנים לצורך אחזקת ו/או תיקון ציוד שאינו רפואי תחול על האחראי בשירותי הנדסה ואחזקה.

6.3.2.2 אנשי אחזקה מטעם חברה חיצונית המוזמנים באמצעות שירותי הנדסה ואחזקה יוחתמו על ידי האחראי מטעם המנהל על טופס בטיחות ושמירת סודיות נספח מספר 8.12

6.3.2.3 באחריות מנהל השירות להצמיד לאיש האחזקה ליווי של איש צוות במהלך כל הביקור ולהנפיק לו תג מבקר.

#### 6.3.3 ציוד מיחשובי ומתן שירותי מחשב

6.3.3.1 האחריות לאישור פעילות סוכנים לצורך מתן שירותים ו/או אחזקת ו/או תיקון ציוד מיחשובי תחול על האחראי באגף מערכות ענ"א ותנוהל בהתאם לתרחישים הבאים:

6.3.3.1.1 ספקי מערכות המספקים שירות באמצעות חיבור מרוחק:

✓ יחוייבו בחתימה על טופס שמירת סודיות נספח מספר 8.13.

✓ החיבור מתבצע בצורה מאובטחת.

✓ נדרשת מערכת לתיעוד פרטי החיבור.

6.3.3.1.2 טיפול במערכות ע"י ספקים באתר ביה"ח:

✓ נדרש תיאום מראש מול האחראי באגף המחשוב.

✓ נדרש ליווי של עובד מחלקת מחשוב אם הטיפול ברמת מערכת/שרתים.

✓ נדרש ליווי של עובד מחשוב או super user, אם הטיפול ברמת תחנות קצה.

6.3.3.1.3 טיפול בציוד קצה ע"י ספקי חוץ:

✓ עבודה עם ספקים זכייני חשכ"ל

✓ הפעלת טכנאים של ספקי חוץ וקבלת דיווח על ביצוע עבודה

6.3.3.1.4 תחום תקשורת:

✓ עבודה עם ספקים זכייני חשכ"ל.

✓ טיפול בתקשורת אקטיבית מתבצע תמיד בליווי עובד מחלקת מחשוב.

✓ טיפול בתקשורת פסיבית - הפעלת טכנאים של ספקי חוץ וקבלת דיווח על ביצוע עבודה.

6.3.3.1.5 העסקת עובד חשכ"ל

✓ העסקת עובדים(שאינם עובדי מדינה) דרך מכרז חשכ"ל לשירותי מחשוב בכבד.

#### 6.4 פעילות סוכנים במסגרת קונסיגנצייה (מלאי בהשאלה)

6.4.1 ציוד במסגרת קונסיגנצייה מצוי בחדרי ניתוח וביחידות פולשניות.

6.4.2 באחריות מנהל הרכש ביצוע חוזה התקשרות מול החברה הרלוונטית.

|  |                            |                     |
|--|----------------------------|---------------------|
| <b>מספר הנוהל: 21408</b>   | <b>קטגוריה: משאבי אנוש</b> |                     |
| <b>מספר עמוד: 5 מתוך 6</b>   | <b>תאריך עדכון:</b>        | <b>תאריך פרסום:</b> |
| <b>שם הנוהל: נוהל הסדרת פעילות סוכנים ביחידות פולשניות וביחידות מגע עם מטופלים</b> |                            |                     |

6.4.3 פעילות הסוכן בהתאם לסעיף 5.2.4 לעיל תלווה באיש צוות במהלך הביקור.

#### 6.5 פעילות סוכנים – להצגת טכנולוגיות תבישה

6.5.1 מנהל מחלקה או איש צוות אחר (להלן: המזמין) החפץ בשירותי הדגמה/הדרכה, של טכנולוגית תבישה יפנה את הסוכן מטעם החברה לאחראי בבית המרקחת.

6.5.2 האחראי בבית המרקחת יוודא אישור משרד הבריאות לייבוא הפריט נספח 8.14, והצעת מחיר.

6.5.3 במידה ויוחלט להתנסות במוצר יופנה הסוכן לגורם המזמין יחד עם "טופס תיעוד קבלת סחורה לפרטי הדגמה" נספח מספר 8.15.

6.5.4 מוצרים דורשים הדגמה של נציג החברה במהלך ניתוח יבוצע בתיאום עם האחראי בחדר ניתוח ובליוי נציג החברה על ידי האחראי או מי מטעמו.

6.5.5 לאחר התנסות עם המוצר על הרופא והאח, להם בוצעה ההדגמה ו/או שהתנסו במוצר, למלא את טופס ההתנסות נספח מספר 8.16 ולהחזיר ישירות לבית המרקחת.

#### 6.6 סטייה מהוראות הנוהל

6.6.1 החמרה לעומת הנוהל הקיים.

6.6.1.1 מנהל יחידה או מי שמונה מטעמו, יכול לבקש כל אישור נוסף על-פי דין, אשר לשיטתו נחוץ לשם פעילות סוכנים ביחידתו.

6.6.2 חריגה מהנוהל הקיים לקולא.

6.6.2.1 יחידה המבקשת באופן חריג לחרוג מההוראות לעיל, תגיש באמצעות מנהלה בקשה חריגה לסגן המנהל האדמיניסטרטיבי כאמור בנספח 8.10.

6.6.2.2 סגן המנהל האדמיניסטרטיבי יהיה רשאי לקבל הבקשה, לדחותה, או לקבלה באופן חלקי תוך שהוא מעמיד תנאים לקבלתה.

#### 7. תחילה

תחילתו של נוהל זה ביום י"ד טבת התשע"ח (01/08/2017).

#### 8. נספחים

8.1 הצהרה בדבר קיום חוקי עבודה לרבות תשלום שכר לעובדים ואישור כשירות

8.2 אישור על קבלת תכנית החיסונים של עובד מערכת הבריאות ותלמיד מקצועות הבריאות

8.3 הצהרה בדבר מידע פלילי ומשמעתי

8.4 אוריינטציה לסוכנים ביחידות פולשניות ויחידות בהם מגע עם חולים

8.5 כתב התחייבות לשמירת סודיות של סוכן – אסף הרופא

8.6 הצהרה בדבר קיום ביטוחים מתאימים

8.7 אוריינטציה לסוכנים המגיעים לחדר ניתוח

8.8 אוריינטציה לסוכנים המגיעים לחדר צינתורים

8.9 אוריינטציה לסוכנים המגיעים לבית המרקחת

8.10 בקשה חריגה לכניסת סוכנים למרכז הרפואי

8.11 היתר לפעילות סוכן במסגרת מרכז רפואי "אסף הרופא"

8.12 נספח בטיחות לקבלנים לעבודות שיפוץ/עבודות קטנות

8.13 טופס שמירת סודיות – מערכות עני"א


8.14 אישור מיוחד לפי צו יבוא חופשי

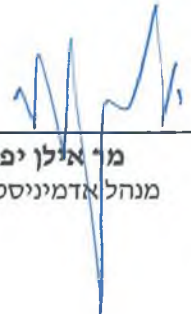
8.15 טופס תיעוד קבלת סחורה לפרטי הדגמה

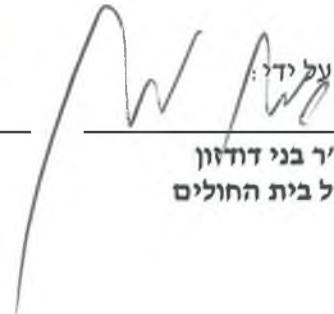
|   |                     |              |
|---|---------------------|--------------|
| מספר הנוהל: 21408   | קטגוריה: משאבי אנוש |              |
| מספר עמוד: 6 מתוך 6   | תאריך עדכון:        | תאריך פרסום: |
| שם הנוהל: נוהל הסדרת פעילות סוכנים ביחידות פולשניות וביחידות מגע עם מטופלים |                     |              |

8.16 טופס הערכה וחוות דעת לציוד רפואי.

הנוהל אושר על ידי:


  
 גב' תמי קנטי  
 מנהלת הסייעוד


  
 מר אלון יפתח  
 מנהל אדמיניסטרטיבי


  
 ד"ר בני דודזון  
 מנהל בית החולים

הנני מצהיר/ה שקראתי את הנוהל המצורף ומאשר/ת זאת בחתימתי.

| שם ומשפחה | תאריך | חתימה | שם ומשפחה | תאריך | חתימה |
|-----------|-------|-------|-----------|-------|-------|
|           |       |       |           |       |       |
|           |       |       |           |       |       |
|           |       |       |           |       |       |
|           |       |       |           |       |       |
|           |       |       |           |       |       |
|           |       |       |           |       |       |
|           |       |       |           |       |       |
|           |       |       |           |       |       |

רשימת התפוצה עבור הנוהל:

- ענף רופאים
- ענף אחיות
- ענף פרא-רפואי
- ענף מנהל
- ענף משק
- ענף רווחה
- ענף מחשוב נוכחות
- מזכירות
- הערות כלליות
- נספחים

\* כל מקום בו מפורט בלשון זכר, הכוונה גם ללשון נקבה וכן להפך.

נספח 1: הצהרה בדבר קיום חוקי עבודה לרבות תשלום שכר לעובדים ואישור כשירות

לכבוד:

משאבי אנוש אסף הרופא:

מספר פקס: 08-9779571

או באמצעות המייל: [xxxx@asaf.health.gov.il](mailto:xxxx@asaf.health.gov.il)

הנדון: הצהרה בדבר קיום חוקי עבודה לרבות תשלום שכר לעובדים ואישור כשירות

שמי הנו \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ המשמש בתפקיד \_\_\_\_\_

בחברת \_\_\_\_\_ ואני מוסמך מטעמה לצהיר כי:

1. מר/גב' \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ הינו עובד של החברה מיום \_\_\_\_\_ ומשמש בתפקיד: \_\_\_\_\_
2. החברה מקפידה על קיום חוקי העבודה ותשלום השכר לעובדיה כדיון, הן בהקשר של ביצוע פעילותם במרכז הרפואי אסף הרופא והן בהקשר לכל פעילות מכל סוג ו/או מין שהוא.
3. מבלי למעט מכלליות האמור לעיל, החברה מקפידה, בין היתר, על ביצוע חוקי העבודה הבאים החלים עליה שהם:
  - 3.1.1 חוק שירות התעסוקה, תשי"ט-1959;
  - 3.1.2 חוק שעות עבודה ומנוחה, תשי"א-1951;
  - 3.1.3 חוק דמי מחלה, תשל"ז-1976;
  - 3.1.4 חוק חופשה שנתית, תשח"א-1951;
  - 3.1.5 חוק עבודת נשים, תשי"ד-1954;
  - 3.1.6 חוק שכר שווה לעובדת ועובד, תשכ"ד-1949;
  - 3.1.7 חוק שכר שווה לעובדת ועובד, תשנ"ו-1996;
  - 3.1.8 חוק עבודת הנוער, תשי"ג-1958;
  - 3.1.9 חוק חיילים משוחררים (החזרה לעבודה), תשי"ט-1949;
  - 3.1.10 חוק התניכות, תשי"ג-1953;
  - 3.1.11 חוק הגנת השכר, תשי"ח-1958;
  - 3.1.12 חוק פיצויי פיטורין, תשכ"ג-1963;
  - 3.1.13 חוק הביטוח הלאומי (נספח משולב), תשנ"ה-1995;
  - 3.1.14 חוק שכר המינימום, התשמ"ז-1987;
4. החברה תהיה אחראית על התשלומים הבאים: משכורת, דמי ביטוח לאומי, פיצויי פיטורין ופרישה, דמי חופשה, דמי הבראה, שכר שעות עבודה נוספות, מס מקביל, תשלומים לקרן פיצויים או לקרן פנסיה, תשלומים בגין מחלה או בגין לידה, וכל יתר התשלומים החלים על המעביד בהתאם לכל דין.
5. החברה בלבד תהיה אחראית כלפי עובדיה, וכל מי שעוסק מטעמה בקשר לביצוע שירותים על פי הסכם זה, בגין מוות, נזק גופני, או נזק לרכוש שייגרם להם, בין במישרין ובין בעקיפין, כתוצאה מתאונה שארעה בעת העבודה או בקשר אליה, או בהליכה לעבודה ובחזרה ממנה.
6. מובן לחברה כי לא תהיינה לה ולכל המועסקים על ידה, כל זכויות של עובדי מדינה או עובד המועסק על ידי המשרדים ולא יהיו זכאים לכל תשלום פיצויים או הטבות אחרות.
7. החברה מסכימה כי המרכז הרפואי לא יישא בשום תשלום, הוצאה, אובדן או נזק מכל סוג שייגרם לחברה, לבאים מכוחה או למועסקים על ידה, בעקבות פעילותם במרכז הרפואי אסף הרופא, וזאת כל עוד אותו הנזק לא נגרם כתוצאה מרשלנות רבתי או מזדון של מי מעובדי המרכז הרפואי.

נספח 1: הצהרה בדבר קיום חוקי עבודה לרבות תשלום שכר לעובדים ואישור כשירות

8. החברה מכירה בכך כי לא ייווצרו יחסי עובד-מעביד בין המרכז הרפואי לבין עובדיה ו/או נותני השירותים מטעמה, ולא יהיו לנותני שירותים ו/או לעובדים אלה זכויות תביעה כלשהן מהמרכז הרפואי, וכי היא תפצה את המרכז הרפואי בגין כל תביעה כזו שתוגש.

9. החברה מתחייבת בדבר כשירות הני"ל לבצע את תפקידו בהתאם לתנאי הסף וההכשרות המתחייבות מתיאור תפקידו. בנוסף מבצעת מעת לעת הערכת ביצועים לצורך קביעת מידת המשך כשירותו.

10. ידוע לי כי מתן היתר לפעילות במסגרת המרכז הרפואי אסף הרופא תינתן בכפוף להמצאת המסמכים הבאים המצורפים בזה:

- צילום תעודת זהות של הסוכן.
- תיאור תפקיד, המפרט את המשימות ותחומי האחריות עיקריים של הסוכן ואת דרישות הסף לביצוע התפקיד.
- מסמך המאשר ביצוע בדיקות רפואיות ותוכנית התחסנות – "עובד בריאות" בהתאם לנוהל משרד הבריאות (נספח מספר --).
- הצהרת הסוכן בדבר היעדר רישום פלילי ממשטרת ישראל (נספח מספר --).
- טופס אוריינטציה חתום על ידי הסוכן (נספח מספר --).
- כתב התחייבות לשמירת סודיות חתום על ידי הסוכן (נספח מספר --).
- אישור בדבר היעדר רישום עבירות מין ממשטרת ישראל.
- הצהרה בדבר קיום ביטוחים מתאימים (נספח מספר --).

חתימה

תפקיד

שם החותם

תאריך



**נספח מספר 2: אישור על קבלת תכנית החיסונים של עובד מערכת הבריאות ותלמיד**

**מקצועות הבריאות**

אני מאשר/ת כי \_\_\_\_\_ מספר תעודת זהות \_\_\_\_\_

1. קיבל/ה את כל החיסונים הדרושים על פי נוהל חיסון עובדי מערכת הבריאות ותלמידי מקצועות הבריאות אשר עליו לקבל.
2. בצע/ה את הבדיקות בהקשר ל HBV - הנדרשות על פי עיסוקו/ה.
3. בצע/ה תבחין טוברקולין (מנטו).

אישור זה הנו:

קבוע

זמני עד \_\_\_\_\_ על מחלקת משאבי האנוש או הנהלת המוסד להכשרת עובדי הבריאות

להפנותו למרפאה להשלמת החיסון לקראת התאריך הנ"ל.

שם עובד המרפאה \_\_\_\_\_:

חתימה \_\_\_\_\_:

נספח מספר 3: הצהרה בדבר מידע פלילי ומשמעתי

1. פרטים אישיים

| שם הסוכן/ת   | שם האב      | מספר זהות    |
|--------------|-------------|--------------|
|              |             |              |
| <b>כתובת</b> |             |              |
|              |             |              |
| <b>רחוב</b>  | <b>מספר</b> | <b>יישוב</b> |
|              |             |              |
| <b>מיקוד</b> |             |              |

2. הצהרה בדבר הרשעות קודמות

א. הורשעתי בעבירה פלילית לרבות בית דין צבאי (למעט קצין שיפוט, עבירות תעבורה (למעט עבירה לפי סעיף 64א לפקודת התעבורה) ועבירות לפי חוק תכנון ובנייה התשכ"ה-1965)). לעניין זה עבירה פלילית: פרטי הרישום<sup>1</sup> המפורטים בסעיף 2 לחוק המרשם הפלילי ותקנת השבים, התשמ"א-1981 (להלן – חוק המרשם הפלילי) והרשעה- היא זו שטרם עברה לגביה תקופת המחיקה לפי סעיף 16 לחוק המרשם הפלילי (למעט כשמדובר במינוי ממשלה או מינוי לתפקיד המסווג סודי ביותר):

לא  כן, (עליך לצרף פס"ד – (הכרעת דין+ גזר דין)

ב. הורשעתי בהליך משמעתי<sup>2</sup>:

לא  כן, (עליך לצרף פס"ד – (הכרעת דין+ גזר דין)

3. הצהרה בדבר הליכים תלויים ועומדים

א. מתנהל נגדי הליך פלילי<sup>3</sup> (לידיעתך, מידע על תיקים סגורים לפי סעיפים 11א ו- 21 לחוק המרשם הפלילי לא יובאו בחשבון)

לא  כן:  נפתחה חקירה  הוגש כתב אישום (עליך לצרפו)

ב. מתנהל נגדי הליך משמעתי:

לא  כן:  נפתחה חקירה  הוגש כתב אישום (עליך לצרפו)

1. ואלה פרטי הרישום:

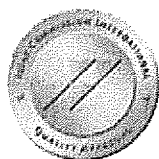
- (א) הרשעות ועונשים של בתי משפט או בית דין בפלילים (להלן-בית משפט) בשל פשעים ועוונות (להלן-עבירות);
  - (ב) קביעת בית משפט באישום בעבירה כי הנאשם אינו מסוגל לעמוד בדין או איננו בר-עונשין מחמת היותו חולה נפש או ליקוי בכושרו השכלי;
  - (ג) שינוי שנעשה בפרט רישום מכוח חנינה או מכוח סמכות אחרת על פי דין;
  - (ד) החלטת נשיא המדינה לפי סעיף 18 לחוק המרשם הפלילי;
2. החל בפתיחת חקירת משמעת על פי דין או החל בהגשת כתב תובענה על פי דין.
3. החל בפתיחה בחקירה על פי דין או בהגשת כתב אישום למעט בעבירות האלה:
- (א) עבירת תעבורה כהגדרתה בסעיף 1 לפקודת התעבורה ( למעט עבירה לפי סעיף 64א לפקודת התעבורה).
  - (ב) עבירה שנקבעה כעבירת קנס לפי כל חיקוק, שתובע לא הגיש בשלה כתב אישום.
  - (ג) עבירה שנקבעה כעבירה מינהלית לפי כל חיקוק, שתובע לא הגיש בשלה כתב אישום.
  - (ד) עבירות לפי חוק התכנון והבנייה, התשכ"ה-1965.

4. הליכים לפי סעיף 31 לחוק שירות המדינה (משמעת), התשכ"ג-1963 (להלן – חוק המשמעת)

ננקטו נגדי אמצעים לפי סעיף 31 לחוק המשמעת (התראה או נזיפה)  לא  כן

5. הנני מצהיר/ה בזאת שכל הפרטים שמסרתי לעיל נכונים ומלאים.

תאריך \_\_\_\_\_ שם החותם \_\_\_\_\_ תפקיד \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_



## נספח מספר 4: אוריינטציה לסוכנים ביחידות פולשניות ויחידות בהם מגע עם חולים

סוכן נכבד,

הנך עתיד להיכנס לאחת ממחלקות/יחידות המרכז הרפואי, בה מתבצעות פעולות פולשניות ו/או קיים מגע עם חולים המטופלים באותה מחלקה/יחידה. טרם כניסתך למחלקה/יחידה, ברצוננו להביא לידיעתך את ההוראות הבאות:

1. במהלך פעילותך ביחידה/מחלקה, יתכן ותיחשף למידע הנוגע למטופלים שונים. מידע זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, התשנ"ו 1996, הוא מוגן במסגרת הזכות לסודיות רפואית, ומשכך אין לחשוף אותו לגורם שאינו מוסמך לקבלו. לפיכך, חלה עליך החובה לשמור על סודיות כל מידע רפואי שיגיע לידך במכוון או בשגגה, לרבות אך לא רק, מידע בנוגע לזהות המטופלים, מידע בנוגע לאופי המחלה ו/או המום מהם הם סובלים, אופי הטיפול שהם מקבלים במחלקה/יחידה, שם המטפל/המטפלים באותם מטופלים וכן התרופות ו/או דרכי הטיפול במטופלים.
2. במהלך ביקורך ביחידה/מחלקה לצורך ביצוע הפעילות לשמה הגעת, עליך להתנהג באופן החולם את תפקידך ולהישמע להוראות הגורם מטעם המרכז הרפואי שזימן אותך. מובהר בזאת, כי סוכן שינהג באופן לא חולם ו/או בניגוד להוראות הגורם אשר זימן אותו, יסולק מהיחידה/מחלקה אליה הגיע.
3. חל עליך איסור לבצע בשטחי המחלקה/יחידה שאליה הגעת כל פעולה, אשר אינה קשורה למטרה לשמה הגעת.
4. במהלך ביקורך ביחידה/מחלקה יתכן ותקבל הדרכה ספציפית לביצוע הפעילות לשמה הגעת, מטעם אנשי צוות של אותה יחידה/מחלקה מזמינה. עליך להישמע לכל ההוראות האמורות ולקיימן כלשונן.
5. חל עליך איסור מוחלט לעשות שימוש כל שימוש בציוד אשר נמצא במחלקה/יחידה, לרבות הפעלת הציוד, לקיחת הציוד עמך, השלכת הציוד לאשפה והזזת הציוד ממקומו, מבלי שניתן לך אישור מפורש לכך מטעם איש צוות מהמחלקה/יחידה אשר זימנה אותך.
6. חל עליך איסור מוחלט לעשות כל שימוש בציוד אשר שייך לחברה מטעמה הגעת ברחבי המחלקה/יחידה אשר זימנה אותך, לרבות הצבת הציוד ברחבי המחלקה/יחידה, השמת הציוד במקום ציוד אחר, מתן הציוד למטופלים, וזאת מבלי שניתן לך אישור מפורש מטעם איש צוות מהמחלקה/יחידה אשר זימנה אותך.
7. חל עליך איסור מפורש ללבוש מדים של המרכז הרפואי מכל מין וסוג שהוא, מבלי שקיבלת לכך אישור מפורש מאיש צוות מהמחלקה/יחידה אשר זימנה אותך. למען הסר הספק, הנך רשאי לקבל מדים של המרכז הרפואי, מהגורם במחלקה/יחידה אשר היה אמון על הזמנת בלבד. בתום השימוש במדים, הנך נדרש להחזירם לגורם אשר זימן אותך, ואינך יכול לקחת אותם עמך לשם שימוש חוזר.
8. במהלך פעילותך במחלקה/יחידה, הנך נדרש לענוד בכל עת את תג הסוכן שהונפק לך, ולהציבו באופן אשר מאפשר לכל אדם לדעת את זהותך.
9. אם הגעתך לביצוע פעילות ביחידה/מחלקה המבצעים פעילות פולשנית או שיש בה מגע עם מטופלים, הנך יכול להתהלך בה רק בליווי איש צוות מאותה יחידה/מחלקה, וזאת אלא אם ניתן לך אישור אחר ממנהל המחלקה/יחידה.



**Assaf Harofeh Medical Center**  
**Affiliated to Sackler Faculty of Medicine Tel-Aviv University | Zerifin 70300 Israel**  
**Office of the Director**  
Tel: 0 8-9779500/1 Fax: 08-9779502 email: b davidson@asaf.health.gov.il



10. אישור יחידה/מחלקה מסויימת להתהלך בשטחה, אינה מהווה אישור להתהלך ברחבי יחידה/מחלקה אחרת. לפיכך, חל עליך איסור להיכנס לכל יחידה/מחלקה אחרת לשם ביצוע פעילות מטעם החברה, מבלי שקיבלת אישור מפורש לכך מגורם מוסמך מאותה יחידה/מחלקה.
11. דע לך, כי בנוסף על הוראות מסמך זה, ישנן הוראות נוספות מסויימות לגבי יחידות שונות במרכז הרפואי, והוראות אלה חלות במצטבר עליהן.

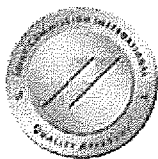
אני הח"מ \_\_\_\_\_ סוכן מטעם חברת \_\_\_\_\_, ת.ז. \_\_\_\_\_, מתחייב בזאת כי קראתי את כל החוראות לעיל, ובחתימתי הני מצהיר כי הבנתי את תוכנו ואפעל בכל דרך על-מנת לקיימן. ידוע לי כי אי קיום החוראות על-ידי, יכול להביא להפסקת פעילותי ברחבי המרכז הרפואי באופן זמני או לצמיתות.

חתימה

תפקיד

שם החותם

תאריך



Assaf Harofeh Medical Center  
Affiliated to Sackler Faculty of Medicine Tel-Aviv University | Zerifin 70300 Israel  
Office of the Director  
Tel: 08-9779500/1 Fax: 08-9779502 email: b davidson@asaf.health.gov.il



### נספח מספר 5: כתב התחייבות לשמירת סודיות של סוכן – אסף הרופא

אני הח"מ, \_\_\_\_\_, נושא ת.ז. מספר \_\_\_\_\_, מרח' \_\_\_\_\_, מצהיר ומתחייב כלפי המרכז הרפואי אסף הרופא (להלן: אסף הרופא) כדלקמן:

לשמור בסודיות מוחלטת, לא לגלות, לא להעביר, לא לעשות שימוש כלשהו ללא הסכמה בכתב של אסף הרופא ולא למסור בכל דרך שהיא ובשום זמן שהוא, בין במישרין ובין בעקיפין, הן במשך זמן עבודתי אצל אסף הרופא והן לאחר מכן, כל מידע, ידיעה, מסמך, תוכנה ו/או כל חומר שהוא, לרבות רעיונות ומידע לא כתוב על הנעשה אצל אסף הרופא ו/או הקשור בעסקיו ו/או תוכניותיו ו/או פעולותיו ו/או תהליכי ו/או הצעות מחיר ו/או מידע מסחרי ו/או כל עניין מקצועי אחר שיגיע לידיעתי אגב ביצוע תפקידי כסוכן אצל אסף הרופא עצמו ו/או גופים הקשורים אליו ו/או גופים המסונפים אליו ועל כל אדם, גוף או ישות הקשורים בו, לרבות ספקיו ולקוחותיו.

לאחר סיום תפקידי כסוכן מטעם החברה בתחומי אסף הרופא, מכל סיבה שהיא, לא אשאיר ברשותי כל מסמך, חומר ממוחשב, ו/או חומר אחר שנמסרו לי או הגיעו לרשותי בעקבות ו/או כתוצאה מפעילותי באסף הרופא ואני מתחייב להחזיר מיד, כל מסמך, מכשיר, חפץ או חומר כאמור עם סיום פעילותי אצל אסף הרופא ו/או להשמיד בתיאום מראש עם אסף הרופא כל מידע שנאסף ו/או נשאר ברשותי ושלא הועבר לרשות אסף הרופא.

כל תהליך, פיתוח עתידי, שיטה, שיפור, רעיון, מידע, אשר הגיע אלי ו/או ליישומי ו/או לטיפולי ו/או יובאו לידיעתי, בין עצמאית ובין בקשר ו/או בשיתוף עם אחרים, בין במישרין ובין בעקיפין, בתקופת פעילותי אצל אסף הרופא, יהיו שייכים לאסף הרופא ובבעלותו המלאה והיחידה, לרבות כל זכות, בהווה ובעתיד, הנובעת או קשורה או נגזרת מכל הנ"ל.

ידוע לי כי כל מידע, ידיעה, מסמך ו/או חומר שהוא, לרבות רעיונות ומידע לא כתוב על הנעשה באסף הרופא ו/או הקשור באסף הרופא ו/או תוכניותיו ו/או פעולותיו ו/או הצעות מחיר ו/או מידע מסחרי ו/או כל עניין מקצועי אחר שהגיעו לידיעתי, נמסרו לי מתוקף פעילותי, וכן ידוע לי שנוק רב עלול להיגרם לאסף הרופא באם אפר הוראה מהוראות כתב התחייבות זה.

אני מאשר ומצהיר כי הנני חותם על כתב התחייבות זה מרצוני החופשי, ומאשר כי מובנות לי כל ההגבלות וההתחייבויות שהנני נוטל על עצמי על פי כתב התחייבות זה. כמו כן, הנני מודע לכך, כי לעניין גילוי מידע שנמסר לי מתוקף פעילותי באסף הרופא, חלים הוראות סימן ה' לחוק העונשין, התשל"ז 1977 וכן הוראות סעיף 496 לאותו החוק לפי ההקשר.

כל התחייבויותי על פי כתב התחייבות זה הינן בלתי חוזרות.

בחתימתי שלהלן אני מתחייב לכל האמור בכתב התחייבות זה:

חתימה

תפקיד

שם החותם

תאריך

## נספח מספר 6: הצהרה בדבר קיום ביטוחים מתאימים

הננו מאשרים בזה כי ערכנו למבוטחנו \_\_\_\_\_ (להלן "החברה")

לתקופת הביטוח מיום \_\_\_\_\_ עד יום \_\_\_\_\_ בקשר להפקת  
וצילום סדרת  
טלוויזיה \_\_\_\_\_ במרכז הרפואי אסף הרופא, בהתאם לחוזה עם מדינת ישראל – משרד  
הבריאות, המרכז הרפואי אסף הרופא, את הביטוחים המפורטים להלן:

### ביטוח חבות המעבידים

1. אחריותה החוקית כלפי עובדיה בכל תחומי מדינת ישראל והשטחים המוחזקים.
2. גבול האחריות לא יפחת מסך 5,000,000 דולר ארה"ב לעובד, למקרה ולתקופת ביטוח (שנה).
3. הביטוח מורחב לכסות את חבותו של המבוטח כלפי קבלנים, קבלני משנה ועובדיהם היה ויחשב כמעבידם.
4. הביטוח על פי הפוליסה מורחב לשפות את מדינת ישראל – משרד הבריאות, המרכז הרפואי אסף הרופא היה ונטען לעניין קרות תאונת עבודה/מחלת מקצוע כלשהי כי היא נושאת בחבות מעביד כלשהם כלפי מי מעובדי החברה, קבלנים, קבלני משנה ועובדיהם שבשירותה.

### ביטוח אחריות כלפי צד שלישי

1. אחריותה החוקית בביטוח אחריות כלפי צד שלישי על פי דיני מדינת ישראל, בגין נזקי גוף ורכוש בכל תחומי מדינת ישראל והשטחים המוחזקים.
2. גבול האחריות לא יפחת מסך 1,500,000 דולר ארה"ב, למקרה ולתקופת הביטוח (שנה).
3. בפוליסה ייכלל סעיף אחריות צולבת (CROSS LIABILITY).
4. הביטוח מורחב לכסות את חבותו של המבוטח כלפי צד שלישי בגין פעילות של קבלנים, קבלני משנה ועובדיהם.
5. שחקנים ומשתתפים אחרים כולל רכושם, שאינם מכוסים במסגרת ביטוח חבות המעבידים של החברה, ייחשבו צד שלישי.
6. צוות המרכז הרפואי, המטופלים ורכוש מדינת ישראל ייחשבו צד שלישי.
7. חריג אחריות מקצועית יבוטל לגבי נזקי גוף ורכוש בקשר להפקת וצילום הסדרה [אין למחוק ללא אישור מפורש של המרכז הרפואי].
8. הביטוח על פי הפוליסה מורחב לשפות את מדינת ישראל – משרד הבריאות, המרכז הרפואי אסף הרופא ככל שייחשבו אחראים למעשי ו/או מחדלי החברה והפועלים מטעמה.

### ביטוח רכוש

ביטוח כל הציוד, לרבות ציוד הצילום המובא על ידה ומטעמה לתחום המרכז הרפואי לצורך ביצוע הצילומים בביטוח אש מורחב או כל הסיכונים בהתאם לאופי הציוד.

## כללי

בפוליסות הביטוח נכללו התנאים הבאים:

1. לשם המבוטח יתווספו כמבוטחים נוספים: **מדינת ישראל – משרד הבריאות, המרכז הרפואי אסף הרופא, בכפוף להרחבי השיפוי כמפורט לעיל.**
  1. בכל מקרה של צמצום או ביטול הביטוח ע"י אחד הצדדים לא יהיה להם כל תוקף אלא אם ניתנה על ידינו הודעה מוקדמת של 30 יום לפחות במכתב רשום ליועצת המשפטית של המרכז הרפואי אסף הרופא.
  2. אנו מוותרים על כל זכות תחלוף/שיבוב, תביעה, השתתפות או חזרה, כלפי מדינת ישראל- משרד הבריאות, המרכז הרפואי אסף הרופא ועובדיהם, וכן כלפי מטופלי המרכז הרפואי ובלבד שהויתור לא יחול לטובת אדם שגרם לנזק מתוך כוונת זדון.
  4. החברה אחראית בלעדית כלפינו לתשלום דמי הביטוח עבור כל הפוליסות ולמילוי כל החובות המוטלות על המבוטח על פי תנאי הפוליסות.
  5. ההשתתפויות העצמיות הנקובות בכל פוליסה ופוליסה תחולנה בלעדית על החברה.
  6. כל סעיף בפוליסות הביטוח המפקיע או מצמצם בדרך כל שהיא את אחריות המבטח, כאשר קיים ביטוח אחר לא יופעל כלפי מדינת ישראל, והביטוח הינו בחזקת ביטוח ראשוני המזכה במלוא הזכויות על פי הביטוח.
- בכפוף לתנאי וסייגי הפוליסות המקוריות עד כמה שלא שונו במפורש על פי האמור באישור זה.**

בכבוד רב,

\_\_\_\_\_  
חתימת מורשה המבטח וחותרת המבטח

\_\_\_\_\_  
תאריך



**Assaf Harofeh Medical Center**  
Affiliated to Sackler Faculty of Medicine Tel-Aviv University | Zerifin 70300 Israel  
**Office of the Director**  
Tel: 08-9779500/1 Fax: 08-9779502 email: bdauidson@asaf.health.gov.il



### נספח מספר 7: אוריינטציה לסוכנים המגיעים לחדר ניתוח

סוכן נכבד,

במהלך פעילותך במרכז הרפואי, הנך עתיד להיכנס לאחד או יותר מחדרי הניתוח. טרם כניסתך, ברצוננו להביא לידיעתך את ההוראות המחייבות הבאות:

1. במהלך פעילותך בחדר הניתוח, יתכן ותיחשף למידע הנוגע למטופלים שונים. מידע זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, התשנ"ו 1996, הוא מוגן במסגרת הזכות לסודיות רפואית, ומשכך אין לחשוף אותו לגורם שאינו מוסמך לקבלו. לפיכך, חלה עליך החובה לשמור על סודיות כל מידע רפואי שיגיע לידך במכוון או בשגגה, לרבות אך לא רק, מידע בנוגע לזהות המטופלים, מידע בנוגע לאופי המחלה ו/או המום מהם הם סובלים, אופי הטיפול שהם מקבלים במחלקה/יחידה, שם המטפל/המטפלים באותם מטופלים וכן התרופות ו/או דרכי הטיפול במטופלים.
2. אין להתהלך ברחבי חדר הניתוח ללא ליווי של איש צוות מחדר הניתוח.
3. אישור להתהלך בחדר ניתוח מסויים, איננה מהווה אישור להתהלך בחדר ניתוח אחר. לפיכך, אין להתהלך בשטחו של חדר ניתוח אחר, מבלי שניתנה הוראה מפורשת לכך.
4. בהיותך בחדר הניתוח, עליך ללבוש מדים מתאימים לחדר הניתוח, אשר ינופקו לך על-ידי גורם מהיחידה אשר הזמינה אותך. בתום השימוש, הנך נדרש להשיב את המדים לגורם אשר ניפק לך אותם, או להשליכם לפח האשפה על פי הוראותיו. בשום מקרה, אין להוציא מדים של חדר ניתוח מחוץ לכותלי המרכז הרפואי.
5. במהלך שהותך בחדר ניתוח, עליך לענווד את תג הסוכן שנופק לך, באופן אשר מאפשר ללמוד על זהותך מתמונתך ושםך.
6. חל עליך איסור מוחלט לעשות כל שימוש מכל סוג ומין שהוא בציוד אשר נמצא בחדר הניתוח.
7. חל עליך איסור מוחלט להציב ציוד אשר ניתן לך מטעם החברה אשר שלחה אותך בחדר הניתוח, מבלי שניתן לכך אישור מפורש מטעם גורם מוסמך מצוות חדר הניתוח.
8. חל עליך להתערב בהליך הניתוח ו/או בהליך הפעלת ציוד בחדר הניתוח, מבלי שניתן לכך אישור מפורש מטעם גורם מוסמך מצוות חדר הניתוח.
9. חל עליך איסור לבצע בשטחי חדר הניתוח כל פעולה, אשר אינה קשורה למטרה לשמה הגעת.

אני הח"מ \_\_\_\_\_ סוכן מטעם חברת \_\_\_\_\_, ת.ז. \_\_\_\_\_, מתחייב בזאת כי קראתי את כל ההוראות לעיל, ובחתימתי הני מצהיר כי הבנתי את תוכנו ואפעל בכל דרך על-מנת לקיימן. ידוע לי כי אי קיום ההוראות על-ידי, יכול להביא להפסקת פעילותי ברחבי המרכז הרפואי באופן זמני או לצמיתות.

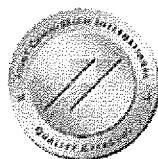
חתימה

תפקיד

שם החותם

תאריך





Assaf Harofeh Medical Center  
Affiliated to Sackler Faculty of Medicine Tel-Aviv University | Zerifin 70300 Israel  
Office of the Director  
Tel: 08-9779500/1 Fax: 08-9779502 email: bdauidson@asaf.health.gov.il



### נספח מספר 8: אוריינטציה לסוכנים המגיעים לחדר צינתורים

סוכן נכבד,

במהלך פעילותך במרכז הרפואי, הנך עתיד להיכנס לחדר צינתורים. טרם כניסתך, ברצוננו להביא לידיעתך את ההוראות המחייבות הבאות:

1. במהלך פעילותך בחדר הצינתורים, יתכן ותיחשף למידע בנוגע למטופלים שונים. מידע זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, התשנ"ו 1996, הוא מוגן במסגרת הזכות לסודיות רפואית, ומשכך אין לחשוף אותו לגורם שאינו מוסמך לקבלו. לפיכך, חלה עליך החובה לשמור על סודיות כל מידע רפואי שגיע לידך במכוון או בשגגה, לרבות אך לא רק, מידע בנוגע לזהות המטופלים, מידע בנוגע לאופי הטיפול ו/או המום מהם הם סובלים, אופי הטיפול שהם מקבלים בחדר הצינתורים, שם המטפל/המטפלים באותם מטופלים וכן התרופות ו/או דרכי הטיפול במטופלים.
2. אין להתהלך ברחבי חדר הצינתורים ללא ליווי של איש צוות מתחדר הצנתורים.
3. בהיותך בחדר הצנתורים, עליך ללבוש מדים מתאימים לחדר הצינתורים, אשר ינופקו לך על-ידי גורם מהיחידה אשר הזמינה אותך. בתום השימוש, הנך נדרש להשיב את המדים לגורם אשר ניפק לך אותם, או להשליכם לפח האשפה על פי הוראותיו. בשום מקרה, אין להוציא מדים של חדר הצינתורים מחוץ לכותלי המרכז הרפואי.
4. במהלך שהותך בחדר הצינתורים, עליך לענווד את תג הסוכן שנופק לך, באופן אשר מאפשר ללמוד על זהותך מתמונך ושםך.
5. חל עליך איסור מוחלט לעשות כל שימוש מכל סוג ומין שהוא בציוד אשר נמצא בחדר הצנתורים.
6. חל עליך איסור מוחלט להציב ציוד אשר ניתן לך מטעם החברה אשר שלחה אותך בחדר הצינתורים, מבלי שניתן לכך אישור מפורש מטעם גורם מוסמך מצוות חדר הניתוח.
7. חל עליך להתערב בהליך הצינתור ו/או בהליך הפעלת ציוד בחדר הצינתורים, מבלי שניתן לכך אישור מפורש מטעם גורם מוסמך מצוות חדר הניתוח.
8. חל עליך איסור לבצע בשטחי חדר הצינתורים כל פעולה, אשר אינה קשורה למטרה לשמה הגעת.

אני הח"מ \_\_\_\_\_ סוכן מטעם חברת \_\_\_\_\_, ת.ז. \_\_\_\_\_, מתחייב בזאת כי קראתי את כל ההוראות לעיל, ובחתימתי הני מצהיר כי הבנתי את תוכןן ואפעל בכל דרך על-מנת לקיימן. ידוע לי כי אי קיום ההוראות על-ידי, יכול להביא להפסקת פעילותי ברחבי המרכז הרפואי באופן זמני או לצמיתות.

תתימה

תפקיד

שם החותם

תאריך



Assaf Harofeh Medical Center  
Affiliated to Sackler Faculty of Medicine Tel-Aviv University | Zerifin 70300 Israel  
Office of the Director  
Tel: 08-9779500/1 Fax: 08-9779502 email: bdauidson@asaf.health.gov.il



### נספח 9: אוריינטציה לסוכנים המגיעים לבית המרקחת

סוכן נכבד,

במהלך פעילותך במרכז הרפואי, הנך עתיד להיכנס לבית המרקחת של המרכז הרפואי. טרם כניסתך, ברצוננו להביא לידיעתך את ההוראות המחייבות הבאות:

1. אין להתהלך ברחבי בית המרקחת ללא ליווי של איש צוות מבית המרקחת.
2. במהלך שהותך בבית המרקחת, עליך לענוד את תג הסוכן שנופק לך, באופן אשר מאפשר ללמוד על זהותך מתמונתך ושםך.
3. חל עליך איסור מוחלט לעשות כל שימוש מכל סוג ומין שהוא בציוד אשר נמצא בבית המרקחת.
4. חל עליך איסור מוחלט לגעת בכל תרופה מכל מין ו/או סוג שהוא וכן לעיין בכל מסמך או מרשם אשר מצויים בבית המרקחת, מבלי שניתן לכך אישור מפורש מאיש צוות מוסמך מבית המרקחת.
5. עליך להישמע להוראות אנשי צוות בית המרקחת בעת שהותך בו.

אני הח"מ \_\_\_\_\_ סוכן מטעם חברת \_\_\_\_\_, ת.ז. \_\_\_\_\_, מתחייב בזאת כי קראתי את כל ההוראות לעיל, ובחתימתי הני מצהיר כי הבנתי את תוכןן ואפעל בכל דרך על-מנת לקיימן. ידוע לי כי אי קיום ההוראות על-ידי, יכול להביא להפסקת פעילותי ברחבי המרכז הרפואי באופן זמני או לצמיתות.

חתימה

תפקיד

שם החותם

תאריך

**לכבוד**  
סגן מנהל אדמיניסטרטיבי

**הנדון: בקשה חריגה לכניסת סוכנים למרכז הרפואי**

אני \_\_\_\_\_ מנהל יחידת \_\_\_\_\_, פונה לקבלת היתר חריג לכניסת  
סוכן/סוכנים ליחידה עליה אני אמון, במובן זה שלא יתקיימו כל ההוראות האמורות בסעיף 6.1  
שבנוהל הסדרת פעילות סוכנים בתחומי המרכז הרפואי.  
הנימוקים לבקשתי החריגה הנם:

---

---

---

---

---

---

---

---

לאחר שעיינתי בבקשה לעיל החלטתי ל:

- לדחות הבקשה.
- לקבל את הבקשה.
- לקבל את הבקשה תחת התנאים הבאים: \_\_\_\_\_

---

---

\_\_\_\_\_  
סגן מנהל אדמיניסטרטיבי

\_\_\_\_\_  
תאריך

נספח מספר 11 : היתר לפעילות סוכן

תאריך:

\_\_\_\_\_

לכבוד:  
החברה השולחת

הנדון: \_\_\_\_\_

הריני לאשר פעילות הסוכן הנ"ל החל מיום \_\_\_\_\_ עד ליום \_\_\_\_\_  
ביחידה \_\_\_\_\_ בלבד - שבמרכז רפואי "אסף הרופא"

את תוקפו של היתר זה יש לחדש בתום התקופה אצל האחראי במחלקת משאבי  
אנוש.

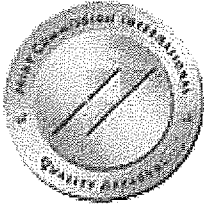
באחריות החברה ליידע את מנהל הרכש באסף הרופא בכל מקרה של שינוי סטטוס  
הסוכן גריעתו או העברתו ליחידה אחרת לרבות שינוי בכשירותו המקצועית של  
הסוכן למתן השירות בגינו נשלח.

באחריות החברה להודיע לגורם המקבל את השירות על מטרת הביקור ולתאם את  
ביקור הסוכן מטעמה מול הגורם המזמין ומול מחלקת הרכש. למען הסר ספק, יש  
לתאם כל ביקור מחדש.

בברכה,

מיכל אושרי-תורגימן  
מנהלת משאבי אנוש

העתקים:  
מנהל רכש/הנדסה ביו-רפואית/בית מרקחת  
גורם מזמין  
אחות אחראית ביחידה מזמינת השירות  
הסוכן  
תיק אישי



**Assaf Harofeh Medical Center**

Affiliated to Sackler Faculty of Medicine Tel-Aviv University | Zerifin 70300 Israel

Division of Engineering, Construction and Maintenance

Tel: +972-8-9779273-6 Fax: +972-8-9779277 email: elic@asaf.health.gov.il

**נספח 12: בטיחות לקבלנים לעבודות שיפוץ ו/או עבודות קטנות**

1. **חוקים ותקנות** - חובת הקבלנים והמועסקים באמצעותם, לפעול בהתאם לכל החוקים ותקנות הבטיחות בעבודה ולהצטייד ברישיונות לציווד ולעובדים כנדרש בחוק.
2. **הדרכות** - מחובת הקבלן לתת הדרכת בטיחות לעובדים המועסקים באמצעותו ולפקח על ציות להוראות ונהלי הבטיחות של מרכז הרפואי "אסף הרופא".
3. **גידור ושילוט אזהרה** - מחובת הקבלן לנקוט בכל האמצעים למנוע מחולים, מבקרים ועובדים להיכנס לאתר הבניה/עבודה, ע"י גידור ונעילת האתר במנעול, בזמן העבודה ולאחר שעות העבודה והתקנת שילוט אזהרה מתאים בכניסות לשטח העבודה.
4. **בטיחות הסביבה** - הקבלן יבצע את עבודתו באופן שלא יפריע לפעולה רציפה של המבנה הפועל וללא גרימת סכנות ומפגעים לחולים, לעובדים ולמבקרים השוהים במבנה.
5. **עבודה בגובה** - הקבלן יכשיר את עובדיו לעבודה בגובה וינקוט בכל האמצעים הנדרשים למניעת נפילת אדם בהתאם לתקנות בטיחות בעבודה (עבודה בגובה התשס"ז 2007).
6. **ציווד מגן אישי** - מחובת הקבלן לספק לעובדיו ציווד מגן אישי כנדרש לביצוע העבודות, כגון משקפי מגן, קסדת בטיחות, נעלי בטיחות, כפפות וכל ציווד שנדרש להבטיח את שלומו של העובד.
7. **איסור כניסה** - הכניסה לחדרי פיקוד, חדרי חשמל, חדרי מכונות, אזורי אחסון חומרים מסוכנים, הינה אסורה בהחלט (אלא אם נקבע אחרת בכתב) לקבלנים ולעובדיהם.
8. **עבודה בחום** - במידה והקבלן מבצע עבודות חום עליו לסייר ולוודא בשטח, בטרם ביצוע העבודה, שאין חומרים דליקים ואם יש אז להרחיקם אל מחוץ לרדיוס במרחק של 11 מטר ממקום העבודה. חומרים דליקים שלא ניתן להרחיקם, יש לכסות במעטה בלתי דליק, כגון שמיכת אסבסט או מעטה ברזנט רטוב.  
במידה ובמתחם העבודה מצויים חומרים דליקים והעבודה מוגדרת כ"עבודת חום", יש למנות אדם אשר ישמש כ"צופה אש" המצויד באמצעי כיבוי מתאימים וישימים לסוג החומרים הבעירים שבמתחם. במידה ואין חומרים דליקים, ניתן להסתפק באמצעי כיבוי שימוקם ליד מבצע העבודה, בלא צורך ב"צופה אש".
9. **סדר וניקיון** - על הקבלן לשמור את אזור העבודה נקי ומסודר ולהקפיד להשאירו נקי עם תום יום העבודה על מנת למנוע פיזור הפסולת והאבק לתוך האזורים הפעילים בשגרה בבית החולים, כמו כן לאסוף את כל חומרי הבניה והפסולת ולהעבירם מדי יום למרכז אשפה מורשה ע"י העירייה.

**הצהרת קבלן בעבודות שיפוץ ואחזקה:**

הנני מאשר כי קראתי והבנתי את ההנחיות שלעיל המוטלות עליי ומתחייב לפעול לפיהן,  
 ועל כן באתי על החתום:  
 שם החברה: \_\_\_\_\_ מקום אתר העבודה: \_\_\_\_\_  
 שם הקבלן: \_\_\_\_\_ ת"ז: \_\_\_\_\_  
 חתימה: \_\_\_\_\_

**אישור מיוחד לפי צו יבוא חופשי, תשע"א - 2011 - אישור חד פעמי**

**טופס בקשה**

**פרטי המבקש:**

**שם היבואן:**

**כתובת:**

**סלפון:**

**פקס (להחזרת האישור):**

**שם הספק:**

**ארץ היבוא:**

**חשבונית מס'**

**תאור הטובין:**

**סוג פרט המכס:**

**ארץ הייצור:**

**רצ"ב חשבון/הזמנה**

**הערות נוספות:**

**חתימה וחותמת:**

**מתאריך:**

**תאריך:**

**אישור אגף הרוקחות**

**ניתן בזה אישור ליבואן הנ"ל ליבוא את הטובין הנ"ל על פי הרצ"ב**

**שם המאשר ותפקידו:**

**חתימה וחותמת:**



**נספח 15: טופס הערכה וחוות דעת לציוד רפואי**

תאריך: 16.3.17

**פרטי הפריט המבוקש: POSISEP X**

|           |              |
|-----------|--------------|
|           | שם המנתח:    |
| POSISEP X | שם הפריט:    |
| נאופרם    | שם החברה:    |
| 9212106   | מק"ט יצרן:   |
|           | חברה מייצרת: |
|           | נבדק בניתוח: |

**חוות הדעת:**

| חוות הדעת | שם |                     |
|-----------|----|---------------------|
|           |    | חוות דעת המנתחים:   |
|           |    | חוות דעת האחים/יות: |

החלטת הסמכות הרפואית/סיעודית:

---



---



---



---

תאריך: \_\_\_\_\_ שם: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

