

מערך רפואה

שירות בתי הסוהר



| |
|----------------------------|
| בתוקף מתאריך: 09.03.11 |
| ת' עדכון אחרון: 08.12.2022 |
| עמוד מס' 1 מתוך 4 עמודים |

| |
|--------------------------|
| הפרק: רישום ודיווח רפואי |
| מס' הנוהל: 09-2001 |

העברת מידע רפואי

1. כללי

- 1.1. על פי חוק זכויות החולה - המידע הרפואי שייך למטופל והינו חסוי.
- 1.2. המידע ניתן לצפייה על ידי המטופל, בא כוחו והסגל הרפואי המטפל בו.
- 1.3. חל איסור להעביר מידע רפואי אודות אסיר לגורם שאינו נמנה על האמור בנוהל זה.

2. המטרה

לקבוע הנחיות למסירת מידע רפואי המצוי בידי שב"ס.

3. הגדרות

- 3.1. "אסיר" - לרבות מי שהיה אסיר בתקופה הרלבנטית למידע הרפואי.
- 3.2. "מידע רפואי" - כל מידע הקיים בידי שב"ס על מצב בריאותו של האסיר לרבות תוצאות בדיקות עזר והדמיות ולמעט התכתבות פנימית בעניינו של האסיר הנוגעות לטיפול רפואי או למנהל רפואי.
- 3.3. "גוף חקירות בכוחות הבטחון" - גורם חקירתי בלבד, השייך לאחד מגופי הבטחון.

4. השיטה

- 4.1. מידע רפואי של אסיר יימסר רק לאחר בקשה מפורשת בכתב מטעם האסיר אשר תועבר לידי מנהל המרפאה בבית הסוהר להמשך טיפול.
- 4.2. מסירת מידע רפואי לכל גורם מטעם האסיר תאושר בכפוף להצגת טופס ויתור סודיות רפואית (וס"ר) וייפוי כח חתומים כדין.
- 4.3. מסירת מידע רפואי לכל גוף חקירות בכוחות הבטחון תאושר ללא צורך בהצגת טופס ויתור סודיות רפואית (וס"ר).
- 4.4. מסירת מידע רפואי לאסיר משוחרר, תאושר בכפוף להצגת תעודת זהות (כולל ספח) ובקשה כתובה.

| | |
|--------------------------|----------------------------|
| הפרק: רישום ודיווח רפואי | נוהל מס': 09-2001 |
| הנוהל: העברת מידע רפואי | בתוקף מתאריך: 09.03.11 |
| | ת' עדכון אחרון: 08.12.2022 |
| | עמוד מס' 2 מתוך 4 עמודים |

- 4.5. כאשר מדובר באסיר שנפטר, יש צורך גם בצוואה/ צו ירושה ופרטי היורשים.
- 4.6. כאשר מדובר בקטין, נדרש בא כוחו להציג אישור אפוטרופוס כדין הרלוונטי לבקשה המצורפת. תוקף האישור יהיה חד פעמי.
- 4.7. ככל שהמידע המבוקש הינו עד 20 עמודים, באחריות מנהל המרפאה למסור את המידע בכפוף להחתמת האסיר על קבלת המסמכים וסריקת טופס החתימה לרשומה הרפואית הממוחשבת.
- 4.8. ככל ומדובר במידע אודות אסיר משוחרר ו/או מידע מעל 20 עמודים, תטופל הבקשה על ידי הממונה על חופש מידע במערך הרפואה או על ידי גורם אחר שייקבע על ידי רע"ן רפואת האסיר.
- 4.9. ככל והמידע הרפואי כולל פירוט בדיקות פסיכיאטריות שבוצעו בבית הסוהר, תועבר פנייה לפסיכיאטר בבית הסוהר לשם קבלת אישורו בכתב באשר להעברת המידע. ככל שהפסיכיאטר איננו מאשר את העברת המידע תופנה הבקשה לעיון והחלטת רע"ן פסיכיאטריה.
- 4.10. במידה והמידע הרפואי המבוקש כולל מידע רפואי שמקורו במב"ן, לא יועבר המידע הרפואי השייך למשרד הבריאות, למעט במקרים בהם קיים צו שופט המורה על כך.
- 4.11. ככלל, יועבר למבקש העתק המסמך. במידה ואין אפשרות להפיק העתק מן המסמך המקורי (דיסק רפואי), יוחתם מקבל המסמך על קבלת המסמך המקורי והתחייבות להשבתו בתוך שבועיים (ראה נספח א').
- 4.12. יובהר כי מסמך רפואי מקורי לא יועבר כמקור אלא באחת משתי הדרכים:
- תיק ממוחשב – יופק עותק של המסמך כפי שנמצא בתיק.
 - תיק ישן – תבוצע סריקת החומר אשר תועבר לפונה.
- 4.13. תשלום עבור המידע שיימסר יהיה כמפורט בנוהל אגף האסיר 05-0001 "הטיפול בבקשת אסיר להעתקת מסמכים".
- 4.14. ככל שתתקבל בקשת אסיר על נספחיו מיחידה בשב"ס ונפתח טיפול בבקשה, הכולל תמחור, יש להשלים את הטיפול בבקשה בהתאם לפקודת נציבות 01.15.00 – "מסירת מידע בהתאם להוראות חוק חופש המידע".
- 4.15. ככל שהאסיר מועבר מיחידתו במהלך הטיפול בבקשתו, יש לוודא עדכון של מנהל מרפאה/מי מטעמו למנהל מרפאה ביחידה המקבלת על מנת שיסיים את הטיפול בבקשה, וכן של הממונה על חופש מידע במטה הרפואה.

| | | |
|------------|-----------------|--------------------------|
| 09-2001 | נוהל מס': | הפרק: רישום ודיווח רפואי |
| 09.03.11 | בתוקף מתאריך: | הנוהל: העברת מידע רפואי |
| 08.12.2022 | ת' עדכון אחרון: | |
| עמוד מס' 3 | מתוך 4 עמודים | |

5. אחריות

ברמת הביס"ר : מנהל מרפאה.

ברמת המחוז : קצין ארגון רפואה מחוזי.

ברמת הנציבות : רע"ן רפואת האסיר.

6. נספחים

נספח א' - טופס מסירת מסמכים רפואיים

7. עדכונים קודמים:

08/07/2021 , 09/03/2011

| | | |
|------------|-----------------|--------------------------|
| 09-2001 | נוהל מס': | הפרק: רישום ודיווח רפואי |
| 09.03.11 | בתוקף מתאריך: | הנוהל: העברת מידע רפואי |
| 08.12.2022 | ת' עדכון אחרון: | |
| עמוד מס' 4 | מתוך 4 | |
| עמודים | | |

נספח א'

שירות בתי הסוהר

טופס מסירת מסמכים רפואיים

מסמך/ים רפואי/ים (פרט): _____

1. מסמך רפואי מקורי.....

נמסר על ידי _____
 מספר אישי _____ שם ומשפחה _____ תפקיד _____

_____ תאריך מסירה _____ מקום _____ חתימה _____

2. אני החתום(ה) מטה מתחייב(ת) להחזיר מסמך(ים) רפואי(ים) למוסר תוך פרק זמן של שבועיים.

במידה שמסיבות אובייקטיביות לא ניתן להחזיר מסמכים רפואיים למוסר, הנני מתחייב(ת) לחתום על טופס לתקופה נוספת.

_____ תאריך _____ שם מקבל המסמכים _____ חתימה ברורה _____