**נספח ב' : טופס הצהרת בריאות לעובד ברשות למחקר פרה קליני**

"הצהרה רפואית לעובדים במחקר בבע"ח"

**הצהרת בריאות לעובדים עם בעלי-חיים בטכניון**

|  |
| --- |
| **שם פרטי ומשפחה:** |
| **מספר ת.ז:** |
| **פקולטה:** |
| **ממונה ישיר:** |
| **תאריך:** |

* מצבים פיסיולוגיים מסוימים יכולים להוות סיכון מוגבר לבריאות העובד עם בעלי חיים. אינך חייב/ת לוותר על פרטיותך ולדווח, אבל חשוב שתדע/י כי עבודה עם בעלי חיים עלולה לחשוף אותך לסיכון מוגבר לתחלואה במידה ואת/ה סובל מאחד מהמצבים שלהלן:
* כשל חיסוני מולד
* כשל חיסוני נרכש – HIV
* סרטן
* הריון
* עברת השתלת רקמות או תאים
* אלרגיות
* טיפול תרופתי המדכא מערכת חיסונית

**להלן הצהרת בריאות שתסייע לנו לבחון האם להפנותך ליעוץ לרופא תעסוקתי – יש לסמן את האפשרות הנכונה:**

[ ]  איני סובל/ת מתופעות אלרגיות בדרך כלל

[ ]  אני סובל/ת מתופעות אלרגיות לעיתים

[ ]  למיטב ידיעתי האלרגיות מהן אני סובל/ת הן לחומרים הבאים: נא פרט/י \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  אני סובל/ת מאסתמה

[ ]  אינני אלרגי/ת לחיות

[ ]  אני סובל/ת מאלרגיה לבעלי חיים – סמנ/י את הרלוונטיים:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ ]  חתול | [ ]  כלב | [ ]  עכבר | [ ]  חולדה |
| [ ]  ארנבות | [ ]  כבשים | [ ]  חזירים |  |

 [ ]  אחר פרט/י \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  אני נוטל/ת תרופות נגד האלרגיות שאני סובל מהם

[ ]  במהלך השנה האחרונה הופיעו אצלי תופעות אלרגיות (רלוונטי למי שעובד/ת מעל שנה

 בבית חיות)

[ ]  אני סובל/ת מבעיות עור הקשורות לעבודתי - תגובות לכפפות לטקס, פריחות, יובש עור

 סדוק וכיוצא בזה

[ ]  אני נוטל/ת תרופות שעלולות לפגוע/לדכא את מערכת החיסון כגון סטרואידים, כמוטרפיה

 וכד'.

[ ]  קיבלתי חיסון לטטנוס בעשר השנים האחרונות, ציינ /י תאריך קבלת החיסון \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

  **במקרה של פציעה יש להתחסן שוב באם עברו חמש שנים מיום החיסון.**

[ ]  לא קבלתי חיסון נגד טטנוס בעשר השנים האחרונות ולכן מתחייב/ת להתחסן בתוך חודש.

[ ]  ברצוני לקבל הפניה לרופא תעסוקה

אני הח"מ מאשר/ת בזאת כי עניתי לפי מיטב ידיעתי לשאלות בטופס,

ומאשר/ת בזאת לטכניון להעבירו לרופא תעסוקתי על פי שיקול הדעת של יחידת הבטיחות

|  |
| --- |
| **שם פרטי ומשפחה:**  |
| **חתימה:** |

**לידיעתך –**

**במידה וחל שינוי במצבך הבריאותי באחריותך להעביר הצהרת בריאות עדכנית ליחידת הבטיחות.**