


| | | |
|---|---|---|
| מספר הנוהל: 14-0103 בתוקף מתאריך: 07.01.20 מהדורה: 1 תאריך עדכון אחרון: עמוד 1 מתוך 2 | הטכניון - מכון טכנולוגי לישראל נהלים |  |
| | אישור עבודה עם בעלי חיים לצרכי מחקר במעבדות חוץ בטכניון | |

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 פיסיוולוגיים מסוימים יכולים להוות סיכון מוגבר לבריאות העובד עם בעלי חיים. אינך חייבת/ל לווטר על פרטיותך ולדווח, אבל חשוב שתדעי/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 סובלת/מתופעות אלרגיות בדרך כלל
- אני סובלת/מתופעות אלרגיות לעיתים
- למיטב ידיעתי האלרגיות מהן אני סובלת/הן לחומרים הבאים: נא פרטי/

אני סובלת/מאסתמה

אינני אלרגית/לחיות

| | | |
|---|---|---|
| מספר הנוהל: 14-0103 בתוקף מתאריך: 07.01.20 מהדורה: 1 תאריך עדכון אחרון: עמוד 2 מתוך 2 | הטכניון - מכון טכנולוגי לישראל נהלים |  |
| | אישור עבודה עם בעלי חיים לצרכי מחקר במעבדות חוץ בטכניון | |

אני סובלת/מאלרגיה לבעלי חיים – סמני/ את הרלוונטיים:

| | | | |
|---------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> חתול | <input type="checkbox"/> כלב | <input type="checkbox"/> עכבר | <input type="checkbox"/> חולדה |
| <input type="checkbox"/> ארנבות | <input type="checkbox"/> כבשים | <input type="checkbox"/> חזירים | |

אחר פרטי/ _____

אני נוטלת/תרופות נגד האלרגיות שאני סובל מהם

במהלך השנה האחרונה הופיעו אצלי תופעות אלרגיות (רלוונטי למי שעובד/ת מעל שנה בבית חיות)

אני סובלת/מבעיות עור הקשורות לעבודתי - תגובות לכפפות לטקס, פריחות, יובש עור סדוק וכיוצא בזה

אני נוטלת/תרופות שעלולות לפגוע/לדכא את מערכת החיסון כגון סטרואידים, כמוטרפיה וכד'.

קיבלתי חיסון לטטנוס בעשר השנים האחרונות, ציין/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.**