



ראש שרותי בריאות הציבור
Director of Public Health Services

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

אם חוסנת בעבר, נא ציין את התאריך או השנה בהם קיבלת את החיסון האחרון בסדרה ומס' מנות (למילוי על ידי הנוסע או צוות המרפאה).

תאריך אחרון	מס' מנות	חיסונים בעבר	תאריך אחרון	מס' מנות	חיסונים בעבר
		טטנוס דיפתריה שעלת			דלקת כבד נגיפית A
		טיפוס הבטן (טייפואיד)			דלקת כבד נגיפית B
		שיתוק ילדים			דלקת מח יפנית
		קדחת צהובה			מחלה מנינגוקוקית
		כלבת			אדמת חצבת חזרת
					אבעבועות רוח

תאריך _____ חתימת הנוסע _____ שם וחתימת הרופא/האחות- _____



תכנית החיסונים

שם האחות המחסנת וחתימה	מקום החיסון	מס אוצווה	שם היצרן	שם התרכיב	תאריך בצוע	שם החיסון	המלצה
					1	דלקת כבד A	
					2	מבוגר/ילד	
					1	דלקת כבד B	
					2	מבוגר/ילד	
					3		
					4		
					1	דלקת מח יפנית	
					2		
					3		
						קדחת צהובה	
						מחלה מנינגוקוקית	
						טיפוס הבטן (טייפואיד)	
						דלקת כבד A+טיפוס הבטן	
						דפטריה טטנוס שעלת/ דפטריה טטנוס שעלת פוליו	
						דיפטריה טטנוס	
					1	אדמת חצבת חזרת	
					2		
					1	שיתוק ילדים	
					1	כלבת	
					2		
					3		
						אחר (כגון, שפעת, TBE, אבעבועות רוח, הפניה לתבחין מנטו)	



ראש שירותי בריאות הציבור
Director of Public Health Services

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

הדרכה	המלצה לטיפול נגד מלריה	הדרכה	שונות
	כלורוקווין		שמירה על היגיינה
	מלרון		כללי זהירות בצריכת מזון, מי שתיה ומשקאות
	מפלוקווין		הגנה מפני עקיצות יתושים
	דוקסיצילין		כלבת
	פרימקווין		כללי זהירות בכניסה למאגרי מים
			כללי זהירות לגבי מחלות המועברות באמצעות מגע מיני או דם
			מחלת גבהים וטיפול תרופתי אפשרי

הערות

ניתן טופס הדרכה והסבר כן/לא/לא ידוע/ לא

רלבנטי תאריך _____ שם וחתומת הרופא/האחות _____