

=====

תאריך מילוי השאלון _____

נתונים בסיסיים

שם ביה"ח _____ מחלקה _____

שם המנהל _____ מס' ת.ז. _____ היקף משרה _____

מס' רישיון קבוע _____ מס' רישיון מומחה בהמטולוגיה _____

מומחיות נוספת _____ מס' רישיון _____

מס' הרופאים המומחים בהמטולוגיה העובדים במכון במשרה מלאה _____

צוות המחלקה

מומחים ורופאים תחומיים:

[illegible]

מתמחים :

רוטציה ראשונה		בחינות				מתמחה משנת	השם
שם הרוטציה	תאריך יציאה לרוטציה שבועה/מתוכננת	פעמים	בחינות של ב (עבר/נכשל)	פעמים	בחינת שלב א (עבר/נכשל)		

פעילות המחלקה

הערות הוועדה	כמות כן / לא	סוג הפעילות
פעילות קלינית:		
		מספר ביקורים במרפאה ובאשפוז יום בשנה
		ביחידה קיימים התחומים הבאים : - קרישה - השתלת מח עצם ורפואת עירויים - מעבדות המטולוגיות מודרניות כמו : איפיון תאים באמצעות מכשיר FACS והמטולוגיה מולקולרית
		ביחידה ניתן לקבלת את השירותים הבאים : - טיפול כימותרפיים אמבולטוריים - עירוי דם - בדיקות מח עצם
		הטיפולים במחלות ההמטולוגיות העיקריות ניתנים לפי נהלים ידועים וכתובים, שהוגדרו על ידי מנהל היחידה ומעודכנים באופן תקופתי
		החולים ההמטולוגיים מאושפזים ביחידות אשפוז עצמאיות או במסגרת מחלקה פנימית
		היחידה מבצעת את כל הפעולות והבדיקות הנדרשות מהמתמחה לפי הסילבוס להמטולוגיה
		היחידה מפקחת מקצועית על מעבדה המטולוגית רוטינית, הכוללת ספירות דם, צביעות משטחים ומשטחי מח עצם ותפקודי קרישה ועל מעבדות מתקדמות לאימונוהמטולוגיה, לסמני תאים, לבדיקות מולקולריות ולבדיקות אנזימטיות.
		היחידה מקיימת שיתוף פעולה עם מעבדות אחרות בעלות זיקה להמטולוגיה, כגון : המטופתולוגיה, ציטוגנטיקה, בנק דם וסווג רקמות.

האם קיימים בבית החולים השירותים הבאים?

סוג השירות	כן / לא	הערות הוועדה
מחלקה פנימית בעלת 30 מיטות לפחות		
מחלקה כירורגית בעלת 30 מיטות לפחות		
מחלקת הרדמה הנותנת שירותי הרדמה 24 שעות ביממה		
יחידה או מחלקה לטיפול נמרץ כללי מצוידת בציוד מתאים, כולל מכונות הנשמה ודיאליזה דחופה		
מחלקה לרפואה דחופה (מלר"ד) עם צוות וציוד מתאימים לקבלת מקרים דחופים (חולים הזקוקים להחייאה ולעזרה רפואית מיידי)		
מכון רנטגן הכולל : צוות וציוד המאפשרים ביצוע צילומים בכל שעות היממה ביצוע פעולות פולשניות בדיקות C.T בדיקות אולטרה סאונד שירות MRI ו MRA המאפשר השלמת בירורים לפי הצורך הרפואי		
מכון לפתולוגיה הכולל צוות וציוד המאפשר ביצוע FROZEN SECTION בכל שעות היממה, וכן ניתוח לאחר המוות ויתר הבדיקות הדרושות למחלקות, ו/או אלטרנטיבה המאפשרת לקבל שירות המתאים למחלקה		
מעבדות בעלות ציוד וצוות מתאים, המסוגלות להוציא לפועל את הבדיקות הדרושות על ידי המחלקות והמרפאות עם סידורים המאפשרים ביצוע בדיקות דחופות בכל שעות היממה, במיוחד מעבדה לכימיה המשרתת את המחלקה לרפואה דחופה והיחידות לטיפול נמרץ		

הוראה

הוראת המתמחה:

שלבי העברת האחריות למתמחה

שנה ראשונה - _____

שנה שנייה - _____

פעילות הוראתית:

האם מתקיימים סוגי הפעילות הבאים ובאיזה תדירות?

סוג הפעילות ההוראתית	כן / לא	תדירות	פירוט	הערות הוועדה
ביקור גדול אחת לשבוע				
ישיבות בוקר				
פגישות קליניות / אקדמיות של הצוות אחת לשבועיים לפחות				
דיונים קדם-ניתוחיים של הצוות אחת לשבוע, לפחות				
דיונים קליניים				
פגישות צוות קליניות				

				פגישות בין – מחלקתיות
				נהלי עבודה כתובים
				תוכנית הוראה כללית מחייבת למתמחים בביה"ח. פרט
				תוכנית התמחות אישית לכל מתמחה
				עבודות מחקר במסגרת המחלקה
				הטלת אחריות מסויימת וישירה של המתמחה על חולים
				סמינריונים לצוות המתמחים
				מועדון ספרות (זיורנאל קלאב)
				השתתפות בלימודי המשך
				עבודות מחקר קליני ו/או בסיסי, לרבות כתיבה ופרסום של העבודות, או הצגתן בכנסים רפואיים בארץ ובעולם
				ספרי לימוד ונגישות למידע אלקטרוני
				השתתפות מנהל המחלקה/יחידה בוועדות בדיקה מטעם המועצה המדעית ב-5 השנים האחרונות
				השתתפות מנהל המחלקה/יחידה בבחינות שלב ב' מטעם המועצה המדעית ב-5 השנים האחרונות
				פעילות לקידום איכות ב-5 השנים האחרונות, פרט
				מספר הפרסומים על ידי מומחים ומתמחים
				מספר הצגת עבודות בכנסים על ידי מתמחים ומומחים
				אמצעי הוראה טכנולוגיים. פרט :

חתימת מנהל/ת המחלקה

חתימת יו"ר ועדת חינוך רפואי בהתמחות של ביה"ח

למילוי על ידי ועדת ההכרה

מספר הגיליונות שנבדקו _____

ציין 1-5 בכל סעיף על פי הסולם הבא:

1. תקין לחלוטין.
2. משביע רצון.
3. לקויים מסויימים הדורשים תיקון.
4. לקויים מרובים הדורשים תיקון מיד.
5. לא מספק או חסר לחלוטין.

1. הרשומה מודפסת או קריאה ללא כל קושי
2. קיימת חתימה קריאה ו/או חותמת הרופא לאחר כל רישום
3. כל הנתונים הדמוגרפיים קיימים
4. אנמנזה רפואית מלאה לגבי:
 - א. המחלות הנוכחיות
 - ב. תולדות העבר
 - ג. פירוט הרגלים (עישון, שתיה, שימוש בסמים)
 - ד. ציון אלרגיות
 - ה. אנמנזה משפחתית
 - ו. סקירה מערכתית
 - ז. אנמנזה פסיכו – סוציאלית
5. בדיקת גוף מלאה
6. הגדרת הבעיות, דיון ותכנית אבחנתית וטיפולית
7. רישומי בדיקות עזר
8. רישומי מעקב
9. רישומי רופאים בכירים
10. רישומי יועצים
11. סיכום מחלה:
 - א. קריא
 - ב. קיימים פרטים מזהים מלאים של החולה ושל המחלקה
 - ג. ציון נאות של האבחנות
 - ד. קיים פירוט הבירור שנעשה באשפוז
 - ה. קיימות הנחיות מלאות להמשך הטיפול

- **היקף העבודה והתאמתו לסילבוס :** טוב מאוד / טוב / מניח את הדעת / טעון שיפור / לקוי פירוט :

- **כח האדם במחלקה (האם עונה למטלות ולהוראה) :**

טוב מאוד / טוב / מניח את הדעת / טעון שיפור / לקוי

מספר המומחים בהמטולוגיה _____

פירוט :

- **חשיפה קלינית :**

א. האם קיימים בסילבוס נושאים שאין המתמחה נחשף להם? כן / לא

מרפאת קרישה* כן / לא

מחלקת אשפוז המטולוגי* כן / לא

השתלת מח עצם* כן / לא

רפואת עירויים כן / לא

טיפול כימותרפיים אמבולטוריים כן / לא

מעבדות המטולוגיות מודרניות כמו : אפיון תאים באמצעות מכשיר FACS והמטולוגיה

מולקולרית כן / לא

אחר _____

ב. האם קיים ניטור או סקרי מעקב אחרי זיהומים במחלקה? כן / לא

ג. האם קיים מעקב בכתב של תמותה וסיבוכים ניתוחיים? כן / לא

* במידה וחסר אחד מ 3 התחומים הנ"ל, יש לגרוע הכרה בהתאם למפורט בקריטריונים

- **תנאי ההוראה :**

א. נגישות לאינטרנט כן / לא

ב. ספריה כן / לא

ג. מקום לימוד כן / לא

- **פעילות אקדמית (הערכה כללית) :** טוב מאוד / טוב / מניח את הדעת / טעון שיפור / לקוי

פירוט :

• **הוראת המתמחה :**

א. קיום תוכנית התמחות אישית ומימושה :

טוב מאוד / טוב / מניח את הדעת / טעון שיפור / לקוי

פירוט :

ב. ביצוע רוטציות בזמן? כן / לא

ג. ביצוע מדעי יסוד בזמן? כן / לא

ד. במקרה של מחלקה המוכרת חלקית – ביצוע השלמות במחלקה המוכרת מלא

כן / לא

ה. השתתפות במרפאות? כן / לא. מספר פעמים בשבוע

ו. לקיחת אחריות הדרגתית? כן / לא. פירוט

סיכום שיחה בנפרד עם המתמחים (תנאים פיזיים, הוראה, השתתפות בכנסים, קצב התקדמות בהתמחות, גורמים

שניתן לפנות אליהם כשיש בעיה, לקיחת אחריות, חשיפה לכל התחומים, תוכנית התמחות אישית)

שיחת סיכום עם יו"ר ועדת חינוך רפואי בהתמחות ומנהל/ת ביה"ח

הערכה כללית

הצעות הוועדה:

☐ הכרה מלאה

☐ הכרה חלקית למשך _____ מתוך 2.5 שנים

☐ הכרה לסבב של חודש / 3 חודשים / 6 חודשים (יש לסמן)

☐ הכרה משולבת עם _____

☐ הכרה משותפת עם _____

תאריך ביקור הוועדה _____

חתימות חברי הוועדה :

חבר/ת הוועדה

חבר/ת הוועדה

חבר/ת הוועדה

יו"ר הוועדה

שאלון המטולוגיה
ינואר 2026

תוכנית התמחות בהמטולוגיה :

תואר מומחה ברפואה פנימית
2.5 המטולוגיה

או

1 רפואה פנימית
1 שנה המטולוגיה
2 שנים רפואה פנימית
1.5 שנים המטולוגיה
6 חודשים מדעי יסוד

או

3 שנים רפואה פנימית
2.5 שנים המטולוגיה
6 חודשים מדעי יסוד