



החברה העירונית ראשון לציון לביטחון וסדר ציבורי

אגף ביטחון מוסדות חינוך

שירותי עזרה ראשונה באמצעות מד"א

לידיעתכם החל משנה"ל תשע"ה משרד החינוך מפעיל את חברת "מ.ד.א" למתן שירותי עזרה ראשונה עבור בתי הספר וגני הילדים לצורך מתן טיפול רפואי לתלמידים בלבד. בכול הנושאים האחרים המצריכים סיוע ביטחוני יש ללחוץ על לחצן המצוקה.

הודעה זו באה להנחות ולעדכן את מנהלי המוסד החינוכי בכל הנוגע למקרים שבהן נדרש טיפול רפואי ראשוני לתלמידים בשלושה תחומים:

- א. טיפול רפואי ראשוני בעקבות היפגעות/היפצעות בין כותלי המוסד
- ב. טיפול רפואי בעקבות היפגעות/היפצעות בפעילות חוץ
- ג. טיפול רפואי בעקבות מחלה כרונית או זמנית בזמן פעילות המוסד

בנוסף, **נספח** המסביר את נוהל הטיפול במימון ההוצאות הכספיות בגין טיפול ופינוי תלמידים על רקע אירועים רפואיים

א. טיפול רפואי ראשוני בעקבות היפגעות/היפצעות בין כותלי המוסד

בכל מקרה של היפגעות או היפצעות שאין בהם סכנת חיים או פיקוח נפש יש לפנות למוקד טיפול בתלמידים של מד"א בטלפון שמספרו: **1-700-55-00-96**, או לחצן מצוקה למוקד העירוני.

השירות ניתן בין השעות 07:30-16:00 לאורך כל שנת הלימודים.

מטרת השרות היא להעניק טיפול רפואי ראשוני למקרי היפגעות בשגרה במוסד החינוכי בשעות הלימודים ולתלמידים בלבד.

מוקד בתי הספר וגני הילדים של חברת מד"א נותן מענה לתלמידים במספר דרכים:

ייעוץ טלפוני ראשוני יינתן על ידי רופא או פרמדיק במקרי היפגעות. הזנקת מטפל למוסד החינוכי ומתן טיפול במקום. במקרים אלה, יגיע מטפל (ברכבו או בכל דרך אחרת) ויעניק טיפול לתלמיד. במידה והוגדר על ידי המטפל צורך בפינוי יפונה התלמיד באחריות מד"א באמבולנס או ברכב אחר בהתאם לצורך. בתום הטיפול, ימלא המטפל דו"ח רפואי ובו חוות דעת מסכמת על הטיפול שניתן (עותק מהדו"ח יישאר אצל חברת מד"א) [יובהר: דו"ח זה אינו מבטל את החובה שחלה על המוסד החינוכי למלא טופס תאונה]

בכל שאלה הנוגעת לשירותי עזרה ראשונה בעקבות פגיעה בין כותלי המוסד החינוכי, ניתן לפנות למוקד תלמידים מד"א : **1-700-55-00-96**

במקרי חירום - הפניה תיעשה ישירות למד"א (101) במצבים כדלקמן (ראו לעניין זה סעיף 2 בנספח):
 שינוי במצב ההכרה, איבוד ההכרה או עילפון מכל סיבה שהיא ללא התעוררות מיידית דימום משמעותי ומסכן חיים פרכוסים, חום גבוה המלווה בבלבול / הקאות/פריחה, קשיי נשימה, תגובה אלרגית מלווה בקוצר נשימה/נפיחות באזור הפנים והצוואר/פריחה ממושטת, כאבים חזקים בחזה או בבטן דפיקות לב מהירות, חשד להרעלה על ידי בליעה, שאיפה או חשיפת העור כוויית בפנים או כוויית גוף ממושטות, חבלה בעיניים כתוצאה מפציעה או מחומר זר, נפילה מגובה חבלה בצוואר / גב המלווה בהגבלה בתנועה בכל מקרה של פינוי תלמיד (בשגרה או חירום) על המנהל לדאוג לליווי על ידי מבוגר מטעם המוסד החינוכי, אלא אם אחד ההורים הגיע למוסד ומלווה את ילדו בעצמו.

ב. טיפול חירום רפואי בעקבות היפגעות/היפצעות בפעילות חוץ (כגון: טיול, הצגות, וכדומה)
 בכל מקרה של היפגעות/היפצעות בפעילות חוץ יקבע המלווה הרפואי האם נדרש פינוי חירום. ככל שיידרש פינוי כזה, יש לפנות ישירות למד"א.

ג. טיפול חירום בשל מחלה כרונית או פתאומית בזמן פעילות המוסד החינוכי או מטעמו

תלמיד שנזקק לטיפול רפואי דחוף בעקבות מחלה כרונית כגון: אפילפסיה, אסטמה וכד' ונדרש לפנותו לבית החולים, מנהל המוסד החינוכי יפנה למוקד מד"א ויודיע להוריו של התלמיד. (ראו לעניין זה סעיף 4 בנספח).

נספח-נוהל הטיפול במימון ההוצאות הכספיות בגין טיפול פינוי תלמידים על רקע אירועים רפואיים

להלן הוראות כלליות הנוגעות למימון טיפול/פינוי התלמיד בעקבות אירוע רפואי במוסד החינוכי או בפעילות חוץ.

(1). מובהר בזה כי בהזנקת אמבולנס על ידי מטפל של מד"א עלות הפינוי תחול על מד"א.
(2). בכל מקרה של פנייה ישירה למד"א (101) על ידי המוסד החינוכי, עלות הפינוי תחול כדלקמן:

- א. במידה שהתלמיד אושפז בעקבות הפינוי (במקרי היפגעות ולא במקרה מחלה) יש להנחות את ההורים לפנות לקופת החולים בה מבוטח התלמיד לצורך הסדרת התשלום.
- ב. במידה שהתלמיד לא אושפז (במקרי היפגעות ולא במקרה מחלה) יש לפנות לאחראי על ההסעות במחוז לקבלת הנחיות ולבדיקת זכאות לקבלת החזר בגין הפינוי.
- ג. להלן רשימת האחראים על ההסעות במחוזות ולהחזר הוצאות פינוי באמבולנס: (11)

(3). במקרה זה יש לפנות לאחראי על ההסעות במחוז.

(4). במקרה זה התשלום עבור הפינוי באמבולנס יחול על ההורים.

גן מס' _____
תאריך _____

לכבוד,

בית"ח קפלן/קופת חולים _____

הנדון: טופס רישום פרטי תלמיד אשר נפגע במהלך שהותו בגן / במעון.

1. ילד/ה שפרטיו רשומים להלן נפגע במהלך שהותו בגן/מעון:

• שם הילד/ה :

• מס' תעודת זהות של הילד/ה :

• שם האב :

• כתובת מגורים :

• טלפון של הילד/ה :

• קופ"ח בה מבוטחים הוריו :

• מהות הפגיעה :

• רגישות לתרופות / למזון

שם ממלא הטופס : _____

תפקיד : _____

חתימה _____

שם המוסד _____

תאריך _____

לכבוד

קב"ט _____

מאת:

מנהלת הגן / המעון - שם פרטי _____ שם משפחה _____

שם הגן / המעון _____ טל _____ פקס _____

הנדון: דו"ח אירוע חירום חריג

- מקום האירוע _____

- תאריך האירוע _____ שעה _____

- גורם / סיבת האירוע -

 אלימות מפגע בטיחותי תאונה עצמית אחר

- שם הנפגע _____ טלפון בבית _____ נייד (הורי הנפגע) _____

שם הגן/מעון _____ גיל _____

שנת לידה _____

האם בוצע פינוי ולאן _____

מצבו הרפואי _____

תיאור האירוע - קצר ותמציתי _____

פעולות ראשונות שננקטו _____

מסקנות ראשונות _____

המשך טיפול _____