



בס"ד

15 יוני 2021
ה' תמוז תשפ"א

הנדון: המענה הרפואי באימון גדנ"ע – עדכון

1. המענה הרפואי לגדנ"עים תוקף לאחרונה ע"י קרפ"ר ומתייחס לשתי סוגיות עקרוניות:
א. הגורם אשר אמור להעניק את הטיפול לגדנ"ע-י סוגייה שנמצאת עדיין בבחינה.
ב. הסעיפים הפוסלים מהשתתפות בגדנ"ע- סוגייה זו הוחלטה באופן סופי ותפורט במסמך זה.
2. רשימת מצבים פוסלים מהשתתפות בשבוע גדנ"ע:

מצבים רפואיים	בלתי כשיר להשתתפות בשבוע גדנ"ע	בלתי כשיר לביצוע מטווחים
Angioedema עם תגובה סיסטמית בשנה האחרונה	+	
Systemic anaphylactic reaction מגורם בלתי ידוע	+	
אירוע של תגובה רב מערכתית למזונות (מכל זוג).	+	
תגובה סיסטמית מסכנת חיים לעקיצות דבורנים	+	
Diabetes mellitus המטופל באינסולין	+	
HB, Anemia פחות מ-9 g/dl	+	
Thrombocytopenia רמת טסיות פחות מ-50,000	+	
Bleeding disorder עם תופעות דם עצמוניות, לאחר אירוע טרומבוטי או טיפול בנוגדי קרישה	+	
Hematological Malignancy תוך כדי טיפול	+	
מצב לאחר Bone Marrow Transplantation	+	
Asthma קשה ולא מאחזת	+	
מום לב בדרגה קשה	+	
Cardiomyopathy מכל סוג	+	



	+	הפרעות קצב הלב סימפטומטיים מכל סוג כולל Channelopathy או מצב לאחר השתלת קוצב לב
	+	מחלות קשות בכלי דם- מכל סיבה
	+	Renal Disease עם הפרעה משמעותית בתפקוד כליות
	+	Inflammatory Bowel Disease לא מאחנת
	+	אפילפסיה לא מאחנת, התקף אפילפטי בחצי שנה אחרונה
+		תנועות בלתי רצוניות
	+	גידול ממאיר מכל סוג או גידול שפיר עם הדבלה תפקודית
	+	מצב לאחר השתלת איבר (מכל סוג)
	+	התערבות כירורגית מכל סוג בחצי שנה האחרונה
	+	מחלת רקטום, PNS עם הפרעה תפקודית קשה
+		ליקוי שמיעה בכל מדרג
	+	בירור רפואי מתמשך, ללא אבחנה, בגין אחת מהמצבים המפורטים מעלה

3. כשירות הגדנ"עים לביצוע שבוע הגדנ"ע:

א. מוסדות החינוך יבצעו הליך בדיקת כשירות לתלמידים, באמצעות הצהרת בריאות שימלאו ההורים על בריאות ילדם אותו ימסרו למוסד החינוכי. במקרה שהצהרת ההורה מציינת מצב חולי, יש לצרף להצהרה התייחסות עדכנית הרופא המטפל האזרחי בהתאם לנספח א'.



ב. הרופא האזרחי ייקבע:

1. אם התלמיד כשיר רפואית להשתתפות בשבוע הגדנ"ע.
 2. אם התלמיד כשיר רפואית להשתתפות בשבוע הגדנ"ע במגבלות המוגדרות: כשיר להשתתפות פרט לביצוע מטווחים או כשיר להשתתפות פרט לביצוע פעילות גופנית.
 3. אם התלמיד בלתי כשיר לשבוע הגדנ"ע בהתאם לרשימת מצבים רפואיים פוסלים אשר תקבע על ידי משרד החינוך, בהתייעצות עם גורמי הצבא. בנוסף, הרופא האזרחי יהיה רשאי לקבוע כי תלמיד איננו כשיר להשתתפות בשבוע הגדנ"ע גם במצבים רפואיים שאינם כלולים ברשימה, בהתאם לשיקול דעתו.
- ג. אחריות המוסד החינוכי להעביר לחיל החינוך והנוער מערך מגן לבסיס הגדנ"ע הרלוונטי את רשימת התלמידים בחלוקה הבאה:
1. רשימת התלמידים הכשירים להשתתפות במחנה הגדנ"ע ללא מגבלות.
 2. רשימת התלמידים הכשירים להשתתפות במחנה הגדנ"ע פרט לביצוע מטווחים.
 3. רשימת התלמידים הכשירים להשתתפות במחנה הגדנ"ע פרט לפעילות גופנית.
- ד. מובהר, כי הסגל הצבאי לא יעסוק בכשירות רפואית של התלמידים לרבות מיון ומעבר על הצהרת הורים או כל מסמך רפואי אחר.
- ה. נוסף על האמור לעיל, באחריות מוסדות החינוך למנוע הגעת תלמידים הסובלים ממחלה חריפה אשר התפתחה בסמיכות לשבוע הגדנ"ע, לדוגמא: מחלת חום, מחלה מדבקת או פציעה חדשה.

בברכה,

סא"ל יעריט גוזלן

מפקדת יחידת הגדנ"ע והנח"ל



נספח א' – אישור הורים (ואישור רפואי לבעלי מגבלה רפואית)

הנדון: טופס אישור הורים להשתתפות באימון הגדנ"ע בבסיס שדה בוקר/ צלמון

הורה יקר,

שבוע התנסות בגדנ"ע נערך באחד מבסיסי הגדנ"ע ברחבי הארץ, וכולל פעילות פיזית כמתואר: **השתתפות במסע (2-3 ק"מ), יום מטווחים, יום שטח ושדאות, שיעורי ספורט, כולל מאמץ גופני קבוע כגון שכיבות שמיכה, כפיפות בטן, ריצה ועמידה ממושכת.**

בהתאם להתפרצות נגיף הקורונה והנחיות משרד הבריאות- אני מצהיר כי בני/בתי אינו/ה נחשף לחולה קורונה בשבועיים האחרונים ולא פיתח תסמינים בתקופה זו, ואף אין לילדי, לי או למי מבני המשפחה המתגוררים עמנו, תסמיני קורונה (חום, שיעול, קושי בנשימה או כל תסמין נשימתי אחר). **במידה ויש בעיה רפואית, אפילו הקלה ביותר, יש להביא אישור גם מרופא משפחה.**

הנני מאשר/ת לבני/בתי לצאת לאימון התנבות בבסיס גדנ"ע שדה בוקר/צלמון בתאריכים _____
תאריך: _____ שם התלמיד/ה: _____ כיתה: _____ שם ההורה: _____

ת.ז ההורה: _____ טלפון ההורה: _____ חתימת ההורה: _____

נספח לבדיקת רופא- במידה וקיימות מגבלות רפואיות

לאחר שבדקתי את התלמיד: _____ ת.ז: _____, עיינתי בתיקו הרפואי וברשימת המצבים הפוסלים מהשתתפות בשבוע גדנ"ע ושקלתי אם הוא עומד ברשימת המצבים הרפואיים הפוסלים מהשתתפות בשבוע הגדנ"ע או אם הוא סובל ממצב רפואי אחר, שעל פי שיקול דעתי איננו מאפשר השתתפותו בשבוע הגדנ"ע, אני:

1. מאשר את השתתפותו המלאה של התלמיד בשבוע גדנ"ע
2. מאשר את השתתפותו של התלמיד למעט השתתפות במטווחים
3. מאשר את השתתפותו של התלמיד למעט השתתפות בפעילות גופנית
4. **אינני** מאשר את השתתפותו של התלמיד בשבוע הגדנ"ע

במידה ואושר לתלמיד לצאת לאימון וקיימת בעיה רפואית נוספת העלולה להפריע להתנהלות שוטפת במהלך שבוע הגדנ"ע/ תרופות קבועות שעל החניך לקחת, נא פרט/י:
*חשוב לציין שעלינו לדעת על כל בעיה רפואית (גם כזו שאינה פעילה בשנים האחרונות)

שם הרופא: _____ חתימה וחותמת: _____ תאריך: _____