



המחלקה לרפואת שיניים לילדים ראשת המחלקה: ד"ר סיגלית בלומר

מרכז המחלקה: ד"ר טל רצון

התמחות ברפואת שיניים לילדים 2020-21 אחראי ההתמחות - פרופ' בני פרץ

סגל ההוראה

- * ד"ר סיגלית בלומר / פרופ' בני פרץ / ד"ר טל רצון / ד"ר מורן רובננקו / ד"ר ג'יזלה ברנשטיין / ד"ר נורית דגון / ד"ר ג'וני ח'רעובה / ד"ר שגית ניסן / ד"ר רודיקה כהנא / פרופ' חיים סרנת / ד"ר שלי סגל / ד"ר אילה שפירר
- * בנוסף ידריכו במסגרת ההתמחות אנשי סגל נוספים

מטרת התכנית

- מטרת התוכנית הינה להקנות למתמחה ניסיון ומיומנות בטיפול בילדים במגוון גילים ובעיות, תוך הדרכה ופיקוח צמודים ושמירה על כללי המקצוע והאתיקה המקצועית.
1. יצירת קשר עם הילד, הדרכתו, וחינוכו לקבל טיפול דנטלי במינימום של חרדה. חינוך הילד לשיתוף פעולה ויצירת מוטיבציה להמשך הטיפול והשמירה על בריאות הפה.
 2. שיתוף ההורים במהלך הטיפול על ידי הסברת הצורך בטיפול והדרכתם בשיטות מניעה על מנת לחזק ולהגביר את המוטיבציה של הילד.
 3. לבצע ברמת מיומנות גבוהה את הטיפולים הדרושים למניעת מחלות הפה, להגנה וטיפול במוך השן ושחזור שיניים, תוך שמירה על שלמות מערכת הלעיסה והתפתחות התקינה.
 4. לתת טיפול יעיל ואפקטיבי מיידי והמשכי במקרים של חבלות ונזקים טראומטיים לשיניים ולאזור חלל הפה, כולל שיחזור השיניים שניזוקו, וכן לתת ייעוץ, הדרכה ומכשור למניעת מקרים אלו.
 5. לזהות, לאבחן ולטפל, או להפנות בעת הצורך, מצבים של הפרעות התפתחות חמורות וסטיות מנשך, וגם נגעים ומצבים פתולוגיים ברקמות חלל הפה.
 6. לתת ייעוץ וטיפול דנטלי לילדים בעלי צרכים מיוחדים – פיזיים, שכליים או רגשיים, במסגרת המשפחה ו/או האשפוז בבתי חולים ובמוסדות.
 7. להשתלב במערך צוות הטיפול בילד על ידי הכרת נושאים רפואיים ופארא-רפואיים הקשורים בהתפתחות הילד ובבריאותו. להיות מסוגל לתת ייעוץ דנטלי לצוות הרפואי, הפארא-רפואי, ולהורים בכדי לבצע טיפול נאות.
 8. לתת טיפול לילדים שאינם מסוגלים לקבל טיפול רגיל, תוך שימת דגש על behavior management ושימוש באמצעים פרמקולוגיים כמו סדציה והרדמה כללית.

9. להשתלב במסגרת הקהילה ולפעול להגברת המודעות לבעיות רפואת השיניים, ולחינוך הציבור לבריאות וגהות הפה, ולעזור בתכנון שירותים (טיפול, מניעה, וחינוך) לילדים ונוער בקהילה.
10. להכיר לקרוא ולהעריך את הספרות המקצועית בשטחי ההתמחות ולהיות ער להתפתחויות וההתקדמות במקצוע.

מבנה ההתמחות

תכנית ההתמחות **ברפואת שיניים לילדים**, בהתאם לתקנות המועצה המדעית ומשרד הבריאות, כוללת את המסלול הבא:

- א. 24 חודשים במחלקה לרפואת שיניים לילדים (מחלקת אם).
- ב. 3 חודשים במחלקת הרדמה כללית (בבית חולים).
- ג. 3 חודשים במחלקה או במרפאה לילדים – פדיאטריה (בבית חולים).
- ד. 6 חודשים מקצוע בחירה – מתוכם 3 חודשים במחלקה לאורתודונטיה.
- ה. 6 חודשים מדעי יסוד ועבודת מחקר*.

* מתמחים בעלי תואר MSc או PhD במדעי החיים או הרפואה יהיו פטורים ממדעי היסוד ויעשו 2 עבודות מחקר.

לאחר עמידה בכל דרישות תוכנית ההתמחות, רשאי המתמחה לגשת לבחינות המועצה המדעית לקבלת הסמכה כמומחה מטעם משרד הבריאות.

יש לקבל את אישור ראש מחלקת האם לרוטציות.

מהלך ההתמחות

משך ההתמחות שלוש וחצי שנים, והיא תחל בנובמבר 2019. ההתמחות תתקיים בהיקף מלא, עפ"י לוח הפעילות שיקבע מדי שנה (בכפוף לשינויים). תיתכן אפשרות לשלב במסגרת התוכנית לימודים לתואר מוסמך.

בנוסף, חייב כל מתמחה:

1. לבצע מחקר במסגרת מחלקת האם עפ"י תוכנית שתקבע על ידי ראש המחלקה או ראש ההתמחות. מחקר זה הוא בנוסף למדעי היסוד. מתמחים בעלי תואר MSc או PhD במדעי החיים או הרפואה יהיו פטורים ממדעי היסוד אך יבצעו **שתי עבודות מחקר**.
2. להשתתף באופן פעיל בהדרכת סטודנטים לרפואת שיניים במרפאות הסטודנטים – לפחות בקליניקה אחת בשבוע.
3. לטפל במספר רחב של מתרפאים ולבצע את מכלול הפרוצדורות המרכיבות את רפואת השיניים לילדים.

במהלך ההתמחות תבוצענה הערכות שוטפות של הישגי המתמחה. **מתמחה שלא יעמוד בדרישות תופסק ההתמחות.**

עלות ההתמחות - 150,000 ₪.

מתמחה שלא יסיים את התמחותו המעשית תוך 3.5 שנים ויאשר לו להמשיך תקופה נוספת, יחויב בתוספת שכר לימוד על פי עלות יחסית של תוכנית ההתמחות.

תנאי הרשמה להתמחות:

רופא שיניים בעל רישיון קבוע לעסוק ברפואת שיניים בישראל.

לטופס ההרשמה יש לצרף:

1. דיפלומה על סיום לימודים בבית ספר לרפואת שיניים של מוסד להשכלה גבוהה שהכירה בו המועצה להשכלה גבוהה, או של אוניברסיטה או בית ספר לרפואת שיניים ברמה אוניברסיטאית בחוץ לארץ שהמנהל הכיר בהם.
 2. רישיון בר תוקף לעסוק בריפוי שיניים בישראל.
 3. קורות חיים ותמונה עדכנית.
 4. גיליון ציונים של כל שנות לימוד רפואת שיניים – כולל לימודים קדם קליניים.
 5. מיקום בכיתה בשנים הקליניות. (באוניברסיטאות שאינן מפיקות מיקום בכיתה, יש להביא אישור לכך שהאוניברסיטה לא מנפיקה מיקום בכיתה).
 6. שני מכתבי המלצה בתחום רפואת השיניים – לפחות אחד מהם ממומחה בתחום. מכתבי המלצה יישלחו ישירות על ידי הממליץ למזכירות ביה"ס לפי הפרטים בהמשך.
 7. אישור פטור מאנגלית לבוגרי אוניברסיטאות בחו"ל שהלימודים בהם לא התנהלו בשפה האנגלית.
 8. ביטוח אחריות מקצועית בתוקף.
 9. תעודת יושר מהמשטרה.
 10. אישור על תשלום דמי רישום בסך של 600 ₪.
- כל המסמכים צריכים להיות מקוריים, או צילומים מאושרים ע"י המוסד (נאמן למקור), או ע"י נוטריון.

ההרשמה ללימודי התמחות מתבצעת במזכירות בית הספר לרפואת שיניים בתאריכים:

1.1.20 – 25.2.20

נרשמים שלא ישלמו תיק הרשמתם הכולל מסמכים, אישורים, תעודות, ותשלום דמי רישום עד לתאריך 25.2.20, לא תידון מועמדותם.

פרטים נוספים וטופסי רישום ניתן לקבל ממר מוסטפא אבו ראס בדואר אלקטרוני: mrass@tauex.tau.ac.il

ובטלפון 03-640-9675.

הליכי הקבלה:

סינון ראשוני על סמך נתוני המועמד.
מבחני התאמה לבחינת כישורים ואפיון במכון התאמה (כדוגמת מכון "אדם מילוא", וכד').
ראיון אישי הכולל מספר מראיינים כאשר אחד מהם אינו ממחלקת ההתמחות.

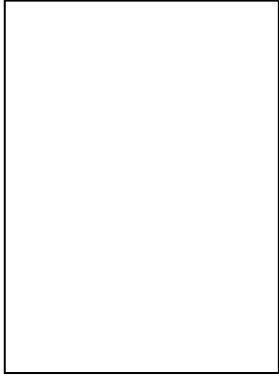
דמי רישום

בסך 600 ₪ (ישולמו עם הגשת המועמדות):
לא ניתן להגיש מועמדות מבלי להסדיר את תשלום דמי הרישום.
יודגש כי דמי הרישום אינם מוחזרים בשום שלב בתהליך ואינם מהווים חלק משכר הלימוד (במידה וההתמחות לא תיפתח ביוזמת היחידה, יזוכה המועמד בסכום דמי הרישום ששולמו על ידו).

כללי:

ביצוע הליך הרישום אינו מהווה אישור קבלת לתכנית. המתמחים יוכלו ללמוד בתכנית רק לאחר אישור מועדת הקבלה (מכתב קבלה) והסדרת תשלום שכר הלימוד.

התכנית כפופה לשינויים.



לכבוד:
בית-הספר לרפואת שיניים ע"ש גולדשלגר
אוניברסיטת תל-אביב, רמת אביב, תל-אביב 6997801
מזכירות הסטודנטים

אבקש לרשום אותי להתמחות ברפואת שיניים לילדים נובמבר 2020

תאריך: _____

שם משפחה (בעברית): _____ שם פרטי (בעברית): _____

שם משפחה קודם (בעברית): _____ ת"ז: _____

שם משפחה (באנגלית): _____ שם פרטי (באנגלית): _____

שם משפחה קודם (באנגלית): _____

כתובת מגורים: רחוב _____ ישוב _____ מיקוד _____

טלפון בבית: _____ טלפון בעבודה: _____ טלפון נייד: _____

E-mail _____ פקס: _____

תאריך לידה: _____ ארץ לידה: _____ שנת עליה: _____

אזרחות: _____

שרות צבאי: _____

מקום עבודה נוכחי וכתובתו: _____

תואר	שנת סיום	שנת התחלה	ארץ / עיר	מוסד	השכלה
					תיכונית
					אקדמית
					אקדמית
					אקדמית
					השתלמות

פרט ניסיון מעשי ברפואת שיניים:

פרסומים (יש לצרף דף פרסומים):

פרסים ותארים (נא לצרף תעודות):

תחומי התעניינות נוספים פרט לרפואת שיניים (כמו ספורט, תחביב):

דברים אחרים שלדעתך יכולים לעניין את ועדת הקבלה (שירות לקהילה, וכד'):

מהן תוכניותיך לאחר גמר התמחותך:

היכן שמעת על התכנית?

- מצ"ב דמי הרישום בכרטיס אשראי בסך 600 ₪ / אישור על תשלום דמי רישום בסך 600 ש"ח
- הריני מאשר/ת שקראתי את כל המידע הרשום במכתב הקבלה להשתלמות המתקדמת ברפואת שיניים לילדים לשנת תש"פ

תשלום דמי רישום לתכנית:

ישראלכרט / ויזה / דיינרס / אמריקן אקספרס

מס' הכרטיס:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

בתוקף עד: קוד בגב הכרטיס:

פרטי בעל הכרטיס:

שם

מס' ת"ז

מס' טלפון

--	--	--

תאריך _____ חתימה _____