

מחלקת יום לנוער - מחלקה ו'

הסכם בין המחלקה להורי המטופלים

במטרה להבטיח שיתוף פעולה מלא בין ההורים לצוות הטיפולי במחלקה, **אנו מתחייבים:**

1. להיות זמינים בכל עת לשיחות טלפונית מן המחלקה כל זמן שהילד/ה מטופל/ת במחלקתנו.
 2. במידה וידרש על ידי איש צוות, אגיע למחלקה באופן מידיי ובזמן סביר (עד כחצי שעה).
 3. אנו מבינים כי בזכותה של המחלקה לדרוש את נוכחותנו במחלקה בשעות הפעילות על פי דרישת הצוות ובהתאם להנחייתו. ליווי עלול להידרש בימי ההסתגלות ו/או כשהילד תוקפני או מסוכן לעצמו. הפסקת נוכחות הורים במחלקה תעשה בתיאום ובאישור המחלקה בלבד.
 4. אנו מתחייבים לדאוג לסידור ההסעה של הילד/ה בימים בהם אין הסעות. אנו אחראים לדאוג להגעתו של הילד/ה בבוקר למחלקה ולאיסופו בסיום היום. חל איסור מוחלט לילדים לצאת משער בית החולים ללא ליווי הורה.
 5. אנו מודעים לכך שהשבוע הראשון לשהות במחלקה הינו שבוע נסיון שבסופו ייקבע האם בננו/ביתנו יוכלו להמשיך את הטיפול במחלקה.
 6. אנו מודעים לכך שבמקרה של תוקפנות מילולית ו/או פיזית של הילד/ה יתכן כי ינקטו צעדים טיפוליים שונים כולל: השעיה, הרחקה למספר ימים, שלילת זכויות ועד שחרור הילד מהמחלקה והמלצה להעברתו למסגרת מוגנת יותר.
 7. טיפול מכל סוג, לרבות הדרכת הורים, קבוצות טיפוליות, טיפול תרופתי, אם מומלצים על ידי הצוות הטיפולי, הנן חלק בלתי נפרד מהטיפול במחלקה ויש לשתף פעולה עם ההמלצות.
 8. המחלקה אינה אחראית לציוד אישי שהמטופלים מביאים.
 9. במחלקה מתקיימת קבוצת הורים בימי ג' בשעה 16:00-15:00 והיא חלק מהטיפול במטופלי המחלקה. יש לאשר השתתפות מול המטפל.
 10. אנו מודעים לכך ואיננו מתנגדים לכך שמידי פעם נערכים במחלקה ביקורים של אנשי צוות רפואי ומשרד הבריאות והם פוגשים חלק מהמטופלים במסגרת הביקור.
- אני החתום מטה, מצהיר כי קראתי את הכתוב ואני מסכים לעמוד בכללי המחלקה כפי שהוצגו בפניי בהסכם זה. אני מבין כי במידה והפר את כללי המחלקה הילד/ה ישוחרר מהמחלקה.**

שם מלא וחתימת האם :

שם מלא וחתימת האב :
