

**ARIEL FREIBERG, ADV
IGAL RASKIN, ADV**

**אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד**
Office@freiberg-law.com

(SILVER BUILDING) ABA HILLEL ST 7
RAMAT GAN, 5252204
077-3180983, Fax2mail 03-7412358Tel

רחוב אבא הלל 7 (בית סילבר)
רמת גן 5252204
טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

מ.ל.ב.

23.8.23

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
ענף נפגעי עבודה – סניף רמת גן
באמצעות האתר

א.ג.נ.,

הנדון: סיון חסיד, ת.ז. 032587719
תאונה מיום 23/3/23

1. מצ"ב טופס תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה בצירוף תעודות רפואיות.

2. לעיונכם וטיפולכם המסור בתביעת מרשתי אודה.


בכבוד רב ובתודה,
אריאל פרייברג, עו"ד

עמוד 1 מתוך 5

032587719

נא למלא מספר תעודת זהות

מס' זהות / דרכון									
סוג המסמך									
דפים									
לשימוש פנימי בלבד (סריקה)									

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



תביעה לקביעת דרגת נכות
מעבודה ולתשלום גמלת
נכות מעבודה

1

פרטי התובע

שם משפחה

שם פרטי

חסי

ס"ו

מספר זהות
ס"ב

032587719

תאריך לידה

שנה חודש יום

מספר אישי בצה"ל

עיסוק

☒ שכיר

☐ זכר

☐ מתנדב ☐ עצמאי

☒ נקבה

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב/תא דואר

ירושלים

מס' בית

21

כניסה

דירה

7

יישוב

אך ירושלים

מיקוד

טלפון נייד

0509602096

דואר אלקטרוני:

@

טלפון קווי

אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – אנא השלם את הפרטים הבאים:

שם משפחה של איש קשר

שם פרטי של איש קשר

מס' זהות של איש קשר
ס"ב

☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט (SMS), דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)

רחוב/תא דואר

מס' בית

כניסה

דירה

יישוב

מיקוד

פרטי הפגיעה

2

23032023

תאריך הפגיעה

החלק מהזמן שבו נפגעה
שנה חודש יום

פרטים על הפגיעה

3

פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון, אנא מלא סעיף 3א

שכיר - שם, טלפון וכתובת מקום העבודה
עצמאי - שם, טלפון וכתובת העסק
מתנדב - שם הגוף השולח לפעולת ההתנדבות

שם מקום העבודה / העסק / הגוף השולח לפעולת ההתנדבות		טלפון	
רחוב/תא דואר		מס' בית	כניסה
דירה		יישוב	מיקוד

המקצוע ערב הפגיעה: סיוע חינוך ניהול

3א

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות

- ☐ צה"ל ☐ משמר הכנסת
☐ שב"ס ☐ משמר אזרחי
☐ משטרה ☐ אחר

טלפון קווי
טלפון נייד
מס' פקס

רחוב/תא דואר מס' בית יישוב מיקוד

תאריך כניסה לשירות קבע תאריך סיום השירות בקבע

האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה?

☐ כן ☐ לא

אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, אנא צרף העתק ממכתב הדחייה.

4

פרטי הטיפול הרפואי

האם נזקקת לאשפוז עקב הפגיעה? ☐ לא ☒ כן, פרט זיהל תה"ש 1 תקופת אשפוז שם בית החולים

האם נעשו לך בדיקות עקב הפגיעה (צילומי רנטגן, CT, MRI וכד')?

☐ לא ☐ כן, פרט

שם המוסד הרפואי שבו נעשו הבדיקות וכתובתו

אם יש בידיך צילומים או תוצאות בדיקות, נא לצרפם לטופס התביעה.

אני מבטח בקופ"ח כלל

ציין בטבלה שלהלן את שמות הרופאים שטיפלו בך או עדיין מטפלים בך:

שם הרופא	תחום מומחיות	כתובת המרפאה
יורם		

5

המגבלות שיש לך עקב הפגיעה שבגינן אתה תובע גמלה

המסמך או התיעוד הרפואי הקשור למגבלה שציינת

המגבלות או הכאבים שמהם אתה סובל

כ"ה

כאלי רסל וסחרחורת

דחלף וחוסר יציג

הרדית רסל, כאלי גיר, שתי צינור

כאבים וניזלה לתנועת הצוואר ושלפוחית

האם סבלת בעבר ממחלה או כאבים באיברים שנפגעו שציינו על ידך לעיל?

☐ לא ☐ כן, פרט ממה סבלת, ממת, יש לצרף מסמכים רפואיים:

6

חזרה לעבודה

האם חזרת לעבודה לאחר הפגיעה?

☐ כן - חזרתי לאותה העבודה

☐ כן - חזרתי לעבודה אחרת. פרט

שם המעביד וכתובתו

תאריך החזרה לעבודה

☐ לא חזרתי לעבודה - ציין את הסיבה

לידיעתך, לצורך הטיפול בתביעה אנו נפנה למעסיקיך לפי הצורך, לקבלת נתוני הכנסותיך

אם הנך מתנגד לכך עליך לסמן את ההצהרה הבאה

☐ אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטאלי (ממוחשב) של הכנסותיי.

ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי.

7

שליטה בשפה העברית

☐ אני לא שולט בשפה העברית. אני דובר

☐ אגיע לוועדה עם מלווה דובר עברית

☐ לא אגיע לוועדה עם מלווה דובר עברית

8

פרטים על תשלומים

האם אתה מקבל או זכאי לתשלום או תגמול ממשד הביטחון?

☐ לא ☐ כן - ציין את סוג התשלום

מס' תיק באגף השיקום

האם הגשת או שאתה מתכוון להגיש תביעה לפיצוי נזיקין בגין המקרה?

☐ לא ☐ כן - ציין את שם הנתבע

9

סיוע וייצוג בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☒ כן

הגוף המייצג או המסייע: ☒ עורך דין ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוונת ☐ בית חולים ☐ עמותה

אחר ☐

אם אתה מיוצג ע"י עורך דין יש לבקש מעורך הדין להזין ייפוי כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס, יש לשלוח אלינו טופס בל/73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

טלפון 03-7412359

כתובת תל אביב, הרצל

שם גורם מסייע מ"ח

10

פרטי חשבון הבנק של התובע

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני הפרטיו רשומים מטה:

שמות בעלי החשבון

שם הבנק	שם הסניף/כחובתו	מס' סניף	מספר חשבון
מזרחי	יין - ג' ר"ן ירו	525	164866

לחבר קיבוצ או מושב שיתופי - אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיבוצ/המושב ☐ לחשבון הפרטי

אני השותף בחשבון הבנק של ת"ז _____ שם _____, מתחייב להשתמש בכספי הגמלה שיופקדו בחשבון בעבור מקבל הגמלה.

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיזפי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימים על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיזפי הכוח, במהלך תקופת הזכאות ולאחריה.

אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי שהצהרתי לעיל, ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחלופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עליי להמציאם לפי דרישה.

תאריך 23.8.23 חתימת מקבל הגמלה * חתימת השותפים לחשבון * _____

11

הצהרה

אני החתום מטה, מצהיר בזאת כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה, ובנספחיה הם נכונים ומלאים.

ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עבירה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביוזעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

ידוע לי כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות עליי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

☐ אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותיי לגורמים נותני ההטבות.

☐ אני מסכים לוועדה בוודאו צ'אט

תאריך 23.8.23 חתימת התובע * _____

אם התביעה לא חתומה ע"י התובע נא לציין את הסיבה לכך, את שם החותם, כתובתו ומס' זהותו. אם התביעה נחתמה בטביעת אצבע, נא לציין את שם העד לחתימה ומספר זהותו.

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: נכות מעבודה

פרטים אישיים

1

תאריך הפגיעה
23/03/2023
שנה חודש יום

מספר זהות/דרכון

032587719

קוד גמלה

11

שם פרטי

ס'ל

שם משפחה

ח'ס'ר

חבר בקופת חולים

☒ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר

הצהרה

2

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית שלי ומבקש בזאת למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידי כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותי.

חתימת המבוטח *

23.8.23

תאריך

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
יחסי-מ	ס'ן	032587719	
רחוב	מס'	עיר	טלפון
21	ארי' יחיאל	מיקוד	ס'ן

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ואו מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאית, עובדיה ואו מי מטעמן ואו לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ואו לצבא הגנה לישראל ואו למשרד הבטחון ואו לכל עובד בתחום הסוציאלי ואו הסיעודי למסור ל- _____ (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בנתינת השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ואו הסוציאלי ואו מצבי בתחום הסיעודי ואו השיקומי ואו כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחיר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים ואו כל רופא מרופאיהם ואו כל עובד מעובדיהם ואו כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים ואו פסיכיאטריים ואו שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ואו השיקומי ואו הסוציאלי ואו הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופת-החולים ואו למו מרופאיהם ואו עובדיהם ואו מי מטעמם ואו נותני השירותים שלהלן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר במסירת מידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א - 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופת-החולים ואו רופאיהם ואו עובדיהם ואו מי מטעמם ואו נותני השירותים שיפורטו להלן.

למרות האמור לעיל לא יהול כתב וויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: _____
או על המידע המפורט להלן: _____

חלק ב'

שם קופי"ח: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____

רופאים:	1. _____	2. _____	3. _____	4. _____
מכונים, מעבדות:	1. _____	2. _____	3. _____	4. _____

מס' אישי בצה"ל: _____ שם קופי"ח קודמת: _____

במקרה של קטין: שם האם _____ ת.ז. _____ שם האב _____ ת.ז. _____

תאריך: 23.8.23 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____ X

אריאל פרידברג, עו"ד
מ.ר. 62254

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, מס' 1797/2008 חס"ר, מרחוב רח"ל גר אר"ר, להיות באי כוחי במשפט של ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או 23.3.27 בענין תאונת דרכים מיום 23.3.27 מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לחתום על ו/או לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרות פשיטת רגל, או פרוט גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות והנובעות מהענין הנ"ל.
3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
5. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררות כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
6. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
7. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
8. לגבות אית סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הנ"ל, לרבות הוצאות בימ"ש ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחופץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ונמתיאם.
9. להוציא לפועל כל פסי"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
10. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
11. לחודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
12. להופיע בשמי וליצגני בפני רושם הקרקעות, במשרדי ספרי אחוזה, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עיסקה המוכרת ע"י החוק וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבלו עפ"י דין.
13. ליצגני ולהופיע בשמי בפני רושם החברות, רושם השותפויות, רושם העמותות ורושם האגודות השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי, לטפל ברישומי או במחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.

14. לטפל בטמני בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

15. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, לפטרם ודמנות אחרים במהומם ולנהל את עניני הנ"ל לפי ראות עיניו ובכלל לעשות את כל הצעדים שימצא לנכון ומועיל בקשר עם המשפט או עם עניני הנ"ל, והנני מאשר את מעשיו או מעשי ממלאי המקום בתוקף יפוי כח זה מראש.

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באנוני על החתום

היום 23 לחודש 3 שנה 23

חתימת: רוס' 3 ס"ל א

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

אריאל פריברג, עו"ד

מ.ר. 62254

עורך-דין

תאריך: 23/03/2023

סיכום ביקור

פרטי המטופל:		חסידי סיון	
שם משפחה ופרטי:	מס זהות: 00032587719	ת.לידה: 27/04/1986	מס בית: 001 / 4
גיל: 36.11	מין: נ	ישוב: אור יהודה	טלפון: 3-7304587
רחוב: ירושלים	טלפון נוסף: 50-9602096		

סוג תאונה 2 תאונת עבודה תאריך תאונה 23/03/2023

שלום רב,

תאריך הביקור: 23/03/2023

סוג ביקור: 2 תאונת עבודה תאריך תאונה: 23/03/2023

מהות הביקור: שיחה טלפונית

גורם מפנה פניה עצמית

תלונות/סיבת הפניה: שיחה טלפונית עם דודה של המטופלת. נחבלה בראשה במהלך עבודתה מכדור. ללא אובדן הכרה, מלינה על בחילות. מומלץ על המשך בירור במיון.

נושא הבדיקה: כירורגיה כללית

קוד A80 איפיון אבחנה ACCIDENT/INJURY; NOS

הפניות הפניה למיון פרטי ההפניה קוד סטטוס H134 הודפס 70069-ביקור במיון

בברכה,

ד"ר נדב בן דוד 107487

שם הרופא מס' רשיון חתימה וחותמת הרופא



המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח
א.אחראית: גב' אנגלרד הינדי
מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי
טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

מכתב שחרור

32587719 חסיד סיון

בת: 36

כתובת: ירושלים 21 אור יהודה . אור יהודה 6026329
מספר קבלה: 01050123032023
תאריך ביקור: 23/03/2023 10:59

אבחנות מסכמות

- Injury of head [trauma] (959.01)

בריאה בדרך כלל

ניתוחים בעבר

S/P CESAREAN DELIVERY AFFECTING FETUS OR NEWBORN (7634)

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

אנמנזה סיעודית

סיבה עיקרית: חבלה/נפילה

הערות: בת 36 מורה, בריאה

נחבלה מכדור בראש שהועף לעברה

ללא איבוד הכרה

סימנים חיוניים

תאריך ושעה	כאב
11:21 23/03/2023	4

אנמנזה ובדיקה גופנית

ד"ר רותם עומרי מ.ר. 146778 11:29 23/03/2023

בת 36 ברקע היפרתיראוידזם ביום פניה במהלך עבודתה נחבלה מכדור כדורגל בראשה לא אובדן הכרה, ללא טשטוש ראייה, ללא הקאות מלינה על כאב ראש ומעט סחרחורות בבדיקתה ללא סימני חבלה חיצוניים, מניעה צוואר ללא הגבלה, אישונים שווים ומגיבים לאור לסיכום חבלת ראש ללא דגלים אדומים ייתכן זעזוע מח קל

סיכום רופא משחרר

בת 36

ברקע היפרתיראוידזם

ביום פניה במהלך עבודתה נחבלה מכדור כדורגל בראשה לא אובדן הכרה, ללא טשטוש ראייה, ללא הקאות מלינה על כאב ראש ומעט סחרחורות

בבדיקתה ללא סימני חבלה חיצוניים, מניעה צוואר ללא הגבלה, אישונים שווים ומגיבים לאור

מכתב שחרור

32587719 חסיד סיון

בת: 36

כתובת: ירושלים 21 אור יהודה . אור יהודה 6026329

מספר קבלה: 01050123032023

תאריך ביקור: 23/03/2023 10:59

חסוי רפואי

The State of Israel
Ministry of Health
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University Sackler
School of Medicine
Tel-Hashomer 52621. Israel



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר 52621, ישראל

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח

אחראית: גב' אנגלרד הינדי

מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי

טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

לסיכום חבלת ראש ללא דגלים אדומים ייתכן זעזוע מח קל

המטופלת תשוחרר במצב כללי יציב עם ההמלצות הבאות:

המלצות

תאריך ושעה	נושא	נרשם ע"י	פרטים
23/03/2023 11:38	ד"ר רותם עומרי מ.ר. 146778	מעקב רופא מטפל	יש להקפיד על שתייה מרובה, מנוחה, הימנעות מפעילות מאומצת בשבוע הקרוב

משככי כאבים לפי הצורך והמשם המצורף

מומלצים 3 ימי מנוחה

בל מקרה של החמרה לרבות שינוי במצב ההכרה, טשטוש ראייה, הקאות, או כל החמרה נוספת יש לפנות לבדיקת רופא בהקדם

טיפול תרופתי במלרד

צורת מינון ומינון	תאריך ושעה	תזמון מהוראה	תרופה
1000 mg	23/03/2023 11:23 לוי נאוה	Once	PARACETAMOL tab 1000 mg

Omri Rotem

23/03/2023 11:38:59

DocuSign

חתימה:

נחתם ע"י: ד"ר רותם עומרי מ.ר. 146778

תעודה זו ניתנת על ידי לשם הגשתה כראיה לבית משפט. והריני מצהיר בזאת כי ידוע לי היטב, שלעניין החוק הפלילי בדבר עדות שקר בשבועה, בבית משפט. דין תעודה זו כשהיא חתומה על ידי כדין עדות בשבועה שנתתי בבית המשפט.

על פי הנחיות משרד הבריאות, בתום הביקור במחלקה לרפואה דחופה, המטופל יחזור להמשך טיפול אצל רופאו בקופת חולים.

חסידי רפואי

The State of Israel
Ministry of Health
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University Sackler
School of Medicine
Tel-Hashomer 52621, Israel



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר 52621, ישראל

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח

א.אחראית: גב' אנגלרד הינדי

מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי

טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

במידה והופנית להמשך טיפול במרפאות החוץ או במכוני שיבא, קבע תור בטלפון 03-5305000. תוצאות בדיקות שבוצעו בשיבא ימסרו דרך שיבא קונקט" או דרך הרופא המטפל בקהילה. להצטרפות חנים לשיבא קונקט יש לפנות לצוות פקידות הקבלה. תשובה לבדיקת קורונה מתקבלת אצל רופא קופ"ח.

לבירור תשובת תרבות/וירולוגיה ניתן להתקשר בימים א-ה לטלפון 035309159 ולשאיר הודעה במענה הקולי
אנחנו ניצור איתך קשר תוך 24 שעות.

במידה ועברת בדיקת C.T, ניתן להזמין העתק של הבדיקה במכון הדימות בעלות של 52 ₪. זמני הקבלה במכון הדימות, ימים א-ה בין השעות 08:00-14:30 או בטלפון 03-5302656. במידה ומגיע נציג מטעמו של הנבדק יש להצטייד בייפוי כוח + ת.ז.

כל ביקור במלר"ד כרוך בתשלום או בטופס התחייבות מקופת חולים. ניתן לשלוח את טופס ההתחייבות [ט.17] לפקס 03-5302113/7447 או במייל: hovot@sheba.health.gov.il. באם הגעת למלר"ד עקב תאונת עבודה, נא לגשת לפקידת הקבלה להחתמת הטופס עבור ביטוח לאומי

דע את זכויותיך! הנך זכאי לקצבה מהמוסד לביטוח לאומי בשלושת המצבים הבאים:
פגיעה כתוצאה מתאונה אישית, פגיעה כתוצאה מתאונת עבודה, אשפוז או מחלה מעל ל- 90 יום כשהינך מוגבל כתוצאה ממחלתך הקשורה לאשפוז זה.
מוצע שתבדוק את זכויותיך באתר האינטרנט של הביטוח הלאומי, באתר ניתן להוריד טופס תביעה לכל הקצבאות ולשלוח באמצעות האתר, בדואר או להגיש בסניף הביטוח הלאומי <http://www.btl.gov.il>
בברכת בריאות שלמה

תשובה לבדיקת קורונה מתקבלת אצל רופא קופ"ח.



מספר רשיון 120442
טלפון 03-5382400
פקס 03-5382401
מחוז דן-פ"ת

2700

ד"ר סמואל בלומר בנשימול
רפואת משפחה
משה הדדי, 6
גורדון-אור יהודה

שם הרופא
החום
כתובת
מראה

תאריך: 26/03/2023

הפניה לדימות

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	חסידי סיון	מס זהות:	00032587719	גיל:	36.11	מין:	נ
ת.לידה:	27/04/1986	ישוב:	אור יהודה	רחוב:	ירושלים	טלפון נוסף:	50-9602096	
מס בית:	4 / 001	טלפון:	3-7304587					

35255012943

מספר הפניה ישירה:

גורם שולח



5255

מספר הפניה



035255012943

תז נבדק



32587719

רשיון רופא



120442

ביום הבדיקה, נא לפנות למשרד מכון הרנטגן והדימות כ- 15 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה.
נא להגיע עם טופס ההפניה, מסמכים רלוונטיים וצילומים קודמים.
לנשים בלבד!

אם הינך בהריון או במצב של אפשרות להריון, חובה עליך ליידע את הרופא המפנה לבדיקה ואת הצוות המבצע במכון הרנטגן והדימות.
נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין תור לבדיקה ב- 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78073	L1039 ט.מ. CT ראש	תיאור רפואי	שירות רפואי
			10104005

המטופל מתלונן על בת 36 מתלוננת על כאב ראש, אחרי שקיבלה מכה בראש עם כדור של כדור רגל
היתה במיון ויש המלצות

סימנים חיוניים	גובה	153	נמדד ב: 30/10/2019	משקל	61	נמדד ב: 17/01/2020	BMI	26.06
לחץ דם	104 / 55	נמדד ב: 11/01/2017						
דופק	101	נמדד ב: 11/01/2017						

28/12/2021 מתאריך: 122.07 eGFR

ממצאים עיקריים ללא מימצא חריג בבדיקת ראש

אבחנה משוערת

קוד	אבחנה
7840	HEADACHE
8590	HEAD TRAUMA
346	MIGRAINE

בעיות פעילות

מ.גילוי	אבחנה
01/01/1997	MIGRAINE

רגישויות ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
OPTALGIN CPL 500MG BOX 21(D) 500mg	אנטיאדמה.	המטופל

תולדות עבר

מ.סיום	מ.גילוי	אבחנה
01/04/1998		PITYRIASIS ALBA

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לדימות

26/03/2023

הודפס ע"י ד"ר סמואל בלומר בנשימול

00032587719

חסידי סיון



שם הרופא
נחום
כתובת
מרפאה

ד"ר סמואל בלומר בנשימול
רפואת משפחה
משה הדדי, 6
גורדון-אור יהודה

מספר רשיון
טלפון
פקס
מחוז

120442
03-5382400
03-5382401
דן-פ"ת

תאריך: 26/03/2023

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

פרטי המטופל:
שם משפחה ופרטי:
ת.לידה:
מס בית:

חסידי סיון
27/04/1986
4 / 001

מס זהות:
רחוב:
טלפון בוסף:

00032587719
ירושלים
50- 9602096

גיל:
מין:

36.11
נ

סוג תאונה:
מועד הפניה לקופ"ח:
אבחנות

2 תאונת עבודה
26/03/2023

תאריך תאונה: 23/03/2023

קוד	איפיון	אבחנה
7840		HEADACHE
8590		HEAD TRAUMA

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל:

⊙ איבדה מסוגל'ת לעסוק בעבודתו/ה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 23/03/2023 עד יום 28/03/2023 (בכלל) סה"כ 6 ימים

26/03/2023

26/03/2023

תאריך מתן התעודה
ת. הבדיקה

חתימת המרפאה
חתימה וחתימת הרופא של השרות הרפואי המוסמך

הזכות לגמלה נקבעת על - ידי המוסד לביטוח לאומי ואין התעודה מקנה זכות זו
תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

ד"ר סמואל בלומר בנשימול

04-1132
120442

תאריך: 11/05/2023

תעודה רפואית נוספת לנפגע בעבודה

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	חסידי סיון	מס זהות:	00032587719	גיל:	37.00	מין:	נ
ת.לידה:	27/04/1986	ישוב:	אור יהודה	רחוב:	ירושלים	טלפון נוסף:	50-9602096	
מס בית:	4 / 001	טלפון:	3-7304587					

תאריך תאונה: 23/03/2023

2 תאונת עבודה

סוג תאונה:

אבחנות

קוד	איפיון	אבחנה
8509		CONCUSSION
7840		HEADACHE

הטיפול הנוכחי:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל:

⊙ אינו/ה מסוגלת/ל לעסוק בעבודתו/ה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 08/05/2023 עד יום 31/05/2023 (בכלל) סה"כ 24 ימים

11/05/2023

11/05/2023

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

ד"ר מרכיאל יהוד

חותמת המרפאה

חותמת המרפאה

הזכות לגמלה נקבעת על - ידי המוסד לביטוח הלאומי ואין התעודה מקנה זכות זו

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

תאריך: 20/04/2023

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל:
שם משפחה ופרטי: חסיד סיון
מס זהות: 00032587719
גיל: 37.00 מין: נ
ת.ל.ידה: 27/04/1986
מס בית: 001 / 4
ישוב: אור יהודה
טלפון: 3-7304587
רחוב: ירושלים
טלפון נוסף: 50-9602096

מספר הפניה ישירה: 35108013680

מספר רשיון	תז נבדק	מספר הפניה	גורם שולח
165080	32587719	035108013680	5108

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70023	L9270	בדיקה רפואית - נוירולוגיה	70023

הריני מפנה את המטופל הנל להתייעצות בשל

תלונות קיבלה מכה מכדורגל בבית הספר בה עובדת באופן חזק. מתארת כאב ראש חגורתי מערב כאב צוואר. סובלת ממיגרנות - בד"כ צד ימין כולל AURA, שטשטוש ראייה פוטופוביה פונופוביה, מעיר משינה בד"כ. סחרחורות ובהילות.

סימנים חיוניים:	גובה	153	30/10/2019	משקל	61	17/01/2020	bmi	26.06
	לחץ דם	55 / 104	11/01/2017					
	דופק	101	11/01/2017					

28/12/2021 מתאריך 122.07 eGFR

ממצאים בבדיקה עצבים קרניאליים שמורים ללא דיסדיאדוקינזיה הלכיה בתבנית תקינה כוח גס וחיששה שמום רומברג שלילי.

אבחנה משוערת

קוד	אבחנה	איפיון
8509	CONCUSSION	
7840	HEADACHE	
346	MIGRAINE	

דין/תוכנית טיפולית: יעץ נוירולוגי דחוף. תמשיך לטפל בריזאלט. אקמול. קפאין

בעיות פעילות

מגילוי	אפיון	בעיה
01/01/1997		MIGRAINE
מידע ישן:		Rec.OM
בעיות בעבר		

מ.סיום	מגילוי	אפיון	בעיה
01/04/1998			PITYRIASIS ALBA

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
OPTALGIN CPL 500MG BOX 21(D) 500mg	אנגיואדמה.	המטופל

תרופות קבועות

ב...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	כמוסות	1	AKTIFERRIN SOFT 34MG BOX OF 30 34MG
ביום	1	טבליות	1	FOLIC ACID TAB 5MG 5MG
ביום	1	טבליות	1	CYANOCOBALAMIN SUBLINGUAL TAB 1000MCG

מטרת הבדיקה: מופנית לנוירולוג בדחיפות

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

ד"ר מרכיאל יהוד

165080

שם הרופא

מספר רשיון

חתימה וחוקתמת הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.

פניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת ביה"ח מפורסמת באתר הכללית

תאריך: 30/04/2023

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	חסידי סיון	מס זהות:	00032587719	גיל:	37.00	מין:	נ
תלידה:	27/04/1986	ישו:	אור יהודה	רחוב:	ירושלים	טלפון נוסף:	50-9602096	
מס בית:	4 / 001	טלפון:	3-7304587					

סוג תאונה: 23/03/2023 תאריך תאונה:

2 תאונת עבודה

שם המעביד וכתובת: בית ספר תיכון ראשית התשעים ושלוש 3 תל אביב.

תאור התאונה: חבלת ראש מכדור רגל

פרטי הטיפול שניתן לפני הגעה לשרותי בריאות כללית:

מיון תל השומר

26/03/2023

מזעזע הפניה לקופ"ח:

אבחנות

קוד	אפיון	אבחנה
8509		CONCUSSION
7840		HEADACHE

הטיפול שניתן: משככי כאבים

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל:

⊙ איננה מסוגלת לעסוק בעבודתה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 23/03/2023 עד יום 15/04/2023 (בכלל) סה"כ 24 ימים

30/04/2023

30/04/2023

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

ד"ר מרכיאל יהוד

חתימה וחזמת הרופא של השרות המוסמך

חזמת המריפאה

הזכות לגמלה נקבעת על - ידי המוסד לביטוח הלאומי ואין התעודה מקנה זכות זו

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

תאריך: 01/05/2023

תעודה רפואית נוספת לנפגע בעבודה

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	חסידי סיון	מס זהות:	00032587719	גיל:	37.00	מין:	נ
ת.לידה:	27/04/1986	ישוב:	אור יהודה	רחוב:	ירושלים	טלפון נוסף:	50-9602096	
מס בית:	4 / 001	טלפון:	3-7304587					

תאריך תאונה: 23/03/2023

2 תאונת עבודה

סוג תאונה:

אבחנות

קוד	איפיון	אבחנה
8509		CONCUSSION
7840		HEADACHE

הטיפול הנוכחי:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל:

⦿ אינו/ה מסוגלת/ל לעסוק בעבודתו/ה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 20/04/2023 עד יום 08/05/2023 (בכלל) סה"כ 19 ימים
01/05/2023 01/05/2023

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

ד"ר מרכיאל יהוד

חותמת המרפאה חתימה וחותמת הרופא של השרות הרפואי המוסמך

חותמת המרפאה

הזכות לגמלה נקבעת על - ידי המוסד לביטוח הלאומי ואין התעודה מקנה זכות זו

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

תאריך: 08/05/2023

סיכום ביקור

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	חסידי סיון	מס זהות:	00032587719	גיל:	37.00	מין:	נ
ת.לידה:	27/04/1986	ישוב:	אור יהודה	רחוב:	ירושלים	טלפון נוסף:	50 - 9602096	
מס בית:	4 / 001	טלפון:	3 - 7304587					

סוג תאונה 2 תאונת עבודה תאריך תאונה 23/03/2023

שלום רב,

תאריך הביקור: 08/05/2023

סוג ביקור: 2 תאונת עבודה

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: 04/06/2020:

אירוע של נפיחות בשפתיים (ANGIOEDEMA) ללא קוצר נשימה, קיבלה PREDNISON. ידוע אלרגיה ל OPTALGIN. PRICK TEST למזון ללא כל רגישות. TELFATS 180 מעקב. החמרה בהתקפים מיגרנה שסובלת מילדות-פעם בשבועה, נימשח יומיים, עם בחילות, ללא הקאות, עם פונו-פוטופוביה, מעיר מהשינה בלילה. טישטוש ראייה?

08/05/2023:

הפציאנטית בעבר סבלה מכאבי ראש מיגרנוטיים, לא עברה בירור לכאבי ראש. כאבים בשנים אחרונות פחתו בתדירות ועוצמה. ב-23.03.2023 קיבלה מכת ראש מהכדור בעבודתה. עובדת בב'ה'ס לילדים עם חינוך מיוחד. לא איבדה הכרה אך היו סחרחורת, בחילות. נבדקה במיון שיבה, לא עברה CT מחצ במיון. ידוע על אלרגיה לאופטלגין. אחרי חבלת ראש התחזקו כאבי ראש, עם תדירות גבוהה, כמה פעמים בשבוע, מלווים בהבזקים בעיניים, סחרחורת, בחילה, כאבי ראש גם בלילה.

04/06/2020:

בדיקה גופנית:

עצבים קרניאליים תקינים. כוח גס שמור בארבע גפיים. החזרים שווים, תקינים. תחושה תקינה. רומברג שלילי. אצבע-אף תקין. ללא סימנים צרבריים או פירמידליים.

08/05/2023:

אישונים תקינים, תנועות העיניים מלאות, ללא נסיטגמוס. ללא פרונציה או חולשת צד. החזרים ערים בארבעת הגפיים. מבחן אצבע-אף ללא דיסטוריה. התחושה תקינה.

קוד	איפיון	אבחון
346	EXACERBATION	MIGRAINE
		S/P HEAD INJURY

דיון/תוכנית טיפולית: ההפניות שהופקו ב 04/06/2020:

טופס הפניה כללי - 78073-ט.מ. CT ראש, הפניה למעבדה - ביוכימיה, 08/05/2023

מומלץ CTA מח עם ח.נ. לשלול פגיעה סטרוקטורלית. לחזור עם תוצאות. לחזור עם תוצאות CTA. לפני בדיקת CTA לעשות בדיקה להריון-הוסבר שלא מבצעים בדיקה בהריון. מומלץ על המשך חופש מחלה עד ביצוע CTA.

הפניות	פרטי ההפניה	קוד	סטטוס
טופס הפניה כללי	78094-ט.מ. אנגיו CTA מוח	H4	הודפס

תאריך: 08/05/2023 15:15

הפניה כללית.

פרטי המטופל:

שם משפחה ופרטי: חסיד סיון
ת.לידה: 27/04/1986 ישוב: אור יהודה
מס בית: 4 / 001 טלפון: 3-7304587
מס זהות: 00032587719 רחוב: ירושלים
גיל: 37.00 מין: נ טלפון נוסף: 50-9602096

סוג תאונה 2 תאונת עבודה תאריך תאונה 23/03/2023

מספר הפניה ישירה: 33063087064

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

מספר רשיון



3063



033063087064



32587719



033119

לכבוד: CTA מח עם ח.נ.

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78094	L1040 ט.מ. אנגיו CTA מוח		10104045

אבחנה משוערת:

קוד	אפיין	אבחנה
346	EXACERBATION	MIGRAINE
		S/P HEAD INJURY

תלונות: 04/06/2020

אירוע של נפיחות בשפתיים (ANGIOEDEMA)

ללא קוצר נשימה, קיבלה PREDNISONE.

ידוע אלרגיה ל OPTALGIN

PRICK TEST למזון ללא כל רגישות

TELFATS 180

מעקב. החמרה בהתקפים מיגרנה שסובלת מילדות-פעם בשבועה, נימשח

יומיים, עם בחילות, ללא הקאות, עם פונו-פוטופוביה, מעיר מהשינה בלילה. טישטוש

ראיה?

08/05/2023

הפציאנטית בעבר סבלה מכאבי ראש מיגרנוטיים, לא עברה ברור לכאבי ראש.

כאבים בשנים אחרונות פחתו בתדירות ועוצמה.

ב-23.03.2023 קיבלה מכת ראש מהכדור בעבודתה. עובדת בבית לילדים עם

חינוך מיוחד. לא איבדה הכרה אך היו סחרחורת, בחילות. נבדקה במיון שיבה,

לא עברה CT מחצ במיון.

ידוע על אלרגיה לאופטלגין.

אחרי חבלת ראש התחזקו כאבי ראש, עם תדירות גבוהה, כמה פעמים בשבוע,

מלווים בהבזקים בעיניים, סחרחורת, בחילה, כאבי ראש גם בלילה.

ממצאים בבדיקה: 04/06/2020

עצבים קרניאליים תקינים. כוח גס שמור בארבע גפיים. החזרים

שווים, תקינים. תחושה תקינה. רומברג שלילי. אצבע-אף תקין. ללא סימנים

צרבריים או פירמידליים.

08/05/2023

אישונים תקינים, תנועות העיניים מלאות, ללא נסיטגמוס. ללא פרונציה או

חולשת צד. החזרים ערים בארבעת הגפיים. מבחן אצבע-אף ללא דימסטרסה.

התחושה תקינה.

דיון/תוכנית טיפולית: ההפניות שהופקו ב 04/06/2020

טופס הפניה כללי - 78073-ט.מ. CT ראש, הפניה למעבדה - ביוכימיה,

08/05/2023

סניף מור מגדל המאה ת"א
היחידה לטומוגרפיה ממוחשבת (C.T.)
טלפון: 03 - 7760100

תוצאות בדיקת C.T.

שם נבדק/ת: חסיד , סיון
תאריך בדיקה: 18/05/2023
כתובת: אור יהודה , ירושלים , 0021
050
גורם מפנה: תל אביב-יפו
מדפיסה:
ת.ז.: 032587719
טלפון: 9602096 - 050
רופא מפנה/מטפל: ד"ר וייצמן נינה

לכבוד
הרופא המטפל

להלן ממצאי בדיקת CT של הראש ללא/ולאחר הזרקה של חומר ניגוד תוך ורידי פרוטוקול CTA

סיבת הפניה: כאב ראש
אין בידינו בדיקות קודמות להשוואה

ממצאים:

ראש:
ללא עדות לדמם טרי תוך גולגולתי, שבר טרי או סימני לחץ.
לא נצפו ממצאים מוקדיים ברקמת המוח.
חדרי המוח והחללים התת עכווישים תקינים ברוחבם, סימטרים.
איזור האוכף התורכי, ארובות עיניים ופורמן מגנום בטווח התקין.
חללי האוויר בגולגולת מאווררים היטב.
מבנה גרמי שמור.

CTA:
MCA: רוחב ומהלך תקינים
ACA: רוחב ומהלך תקינים
ACOM: פתוח.
PCOM: פתוחים משני הצדדים.
המערכת האחורית:
BA: רוחב ומהלך תקין. רק מעורק ורטברלי שמאלי.
העורק הוורטברלי האינטרה-קרניאלי הימני היפופלסטי ואינו מרכיב את ה- BA
PCA: רוחב ומהלך תקין.

לסיכום:
מילוי תקין של עורקי המערכת הקדמית והאחורית של מעגל על שם וילי

**לנבדק/ת- יש להעביר את תוצאת הבדיקה בהקדם אל הרופא/ה המפנה/המטפל/ת לצורך המשך טיפול ומעקב.
יש להביא בדיקות קודמות להשוואה בכל פניה לביצוע בדיקה חדשה.**

דו"ח זה מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות. המוסרו שלא כדין עובר עבירה.

עמוד 1 מתוך 2

סניף מור מגדל המאה ת"א
היחידה לטומוגרפיה ממוחשבת (C.T.)
טלפון: 03 - 7760100

תוצאות בדיקת C.T.

ת.ז. : 032587719

שם נבדק/ת : חסיד , סיון
תאריך בדיקה 18/05/2023

בברכה,

ד"ר שלי מרקס
מומחית לרדיולוגיה אבחנתית
מ.ר. 122010 מ.ר.מ. 38646

לנבדק/ת- יש להעביר את תוצאת הבדיקה בהקדם אל הרופא/ה המפנה/המטפל/ת לצורך המשך טיפול ומעקב.
יש להביא בדיקות קודמות להשוואה בכל פניה לביצוע בדיקה חדשה.

דו"ח זה מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות. המוסרו שלא כדין עובר עבירה.

עמוד 2 מתוך 2

תאריך: 07/06/2023

סכום ביקור

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	חסידי סיון	מס זהות:	00032587719	גיל:	37.01	מין:	נ
ת.לידה:	27/04/1986	ישוב:	אור יהודה	רחוב:	ירושלים	טלפון נוסף:	50-9602096	
מס בית:	4 / 001	טלפון:	3-7304587					

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

תאריך תאונה: 23/03/2023

שלום רב,

תאריך הביקור: 07/06/2023

סוג ביקור: 2 תאונת עבודה

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: חבלת ראש, סחרחורות

בדיקה גופנית: אוזניים תקינות. בדיקת וובר תקינה. ללא ניד ספונטני. רומברג-נטיה אחורה. אף-תפיחות אלרגית של רירית עם סטיה של מחיצת האף שמאלה.

אבחנה בביקור

קוד	אבחנה	איפיון
7804	DIZZINESS AND GIDDINESS	
477	RHINITIS ALLERGIC	

פעולות

פעולות	קוד	כמות
CALORIC TEST/HOLPIKE T	702	1

ברכה,

מספר רשיון 28276
ד"ר מוסיי קריחלי
רופא א.א.ג.
מרכז רפואי בת-ימין, טל' 03-5586655

28276

מספר רשיון

מוסיי קריחלי

שם הרופא

תאריך: 08/06/2023

הפניה כללית - נוסח חופשי

פרטי המטופל:		שם משפחה ופרטי:		חסידי סיון	
מס זהות:	00032587719	גיל:	37.01	מין:	נ
רחוב:	ירושלים	ת.לידה:	27/04/1986	ישוב:	אור יהודה
טלפון נוסף:	50-9602096	מס בית:	001 / 4	טלפון:	3-7304587

גורם שולח	מספר הפניה	תז נבדק	מספר רשיון
3063	033063096606	32587719	033119

לכבוד: רפואה משלימה

אבחנה משוערת

קוד	אפיון	אבחנה
346	EXACERBATION	MIGRAINE
		S/P HEAD INJURY

תלונות 04/06/2020

אירוע של נפיחות בשפתיים (ANGIOEDEMA)
ללא קוצר נשימה, קיבלה PREDNISON.
ידוע אלרגיה לOPTALGIN.
PRICK TEST למזון ללא כל רגישות
TELFAST 180

מעקב. החמרה בהתקפים מיגרנה שסובלת מילדות-פעם בשבועה, נימשח יומיים, עם בחילות, ללא הקאות, עם פונו-פוטופוביה, מעיר מהשינה בלילה. טישטוש ראה?

08/05/2023

הפציאנטית בעבר סבלה מכאבי ראש מיגרנוטיים, לא עברה בירור לכאבי ראש. כאבים בשנים אחרונות פחתו בתדירות ועוצמה.
ב23.03.2023 קיבלה מכת ראש מהכדור בעבודתה. עובדת בבית לילדים עם חינוך מיוחד. לא איבדה הכרה אך היו סחרחורת, בחילות. נבדקה במיון שיבה, לא עברה CT מחצ במיון.
ידוע על אלרגיה לאופטליגין.

אחרי חבלת ראש התחזקו כאבי ראש, עם תדירות גבוהה, כמה פעמים בשבוע, מלווים בהבזקים בעיניים, סחרחורת, בחילה, כאבי ראש גם בלילה.

08/06/2023

הפציאנטית חזרה עם תוצאות CTA- בדיקה תקינה. עדיין סובלת ממיגרנה עם תדירות גבוהה, לפעמים מיגרנה עם טישטוש ראה.

ממצאים בבדיקה 04/06/2020

עצבים קרניאליים תקינים. כוח גס שמור בארבע גפיים. החזרים שווים, תקינים. תחושה תקינה. רומברג שלילי. אצבע-אף תקין. ללא סימנים צרברליים או פירמידליים.

08/05/2023

אישונים תקינים, תנועות העיניים מלאות, ללא נסיגמוס. ללא פרונוציה או חולשת צד. החזרים ערים בארבעת הגפיים. מבחן אצבע-אף ללא דיסטוריה. התחושה תקינה.

דיון/תוכנית טיפולית

ההפניות שהופקו ב 04/06/2020
טופס הפניה כללי - 78073-ט.מ. ראש, הפניה למעבדה - ביוכימיה,
08/05/2023
מומלץ CTA מח עם ח.נ. לשלול פגיעה סטרוקטורלית. לחזור עם תוצאות.
לחזור עם תוצאות CTA. לפני בדיקת CTA לעשות בדיקה להריון-הוסבר שלא

הפניות	פרטי ההפניה	קוד	סטטוס
טופס הפניה כללי - נוסח חופשי	דיקור סיני או רפלקסולוגיה או שיאטסו.	H138	הודפס

פעולות ביעוץ

פעולות	קוד	כמות	בוצע בתאריך
152 פתיחת תיק	152	1	08/05/2023

בברכה,

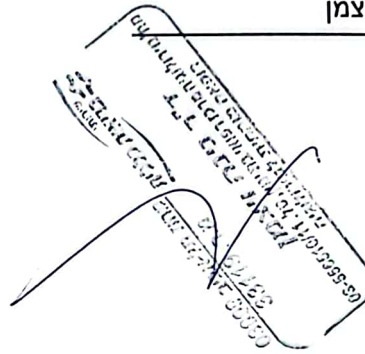
ד"ר נינה וייצמן

שם הרופא

33119

מספר רשיון

חתימה וחותמת הרופא



תאריך: 11/06/2023

אישור מחלה

פרטי המטופל:	
שם משפחה ופרטי:	חסיד סיון
ת.לידה: 27/04/1986	ישוב: אור יהודה
מס בית: 001 / 4	טלפון: 3-7304587
מס זהות: 00032587719	רחוב: ירושלים
גיל: 37.01	טלפון נוסף: 50-9602096
מין: נ	

נבדק עקב 0 ביקור רגיל

סובל מ	קוד	איפיון	אבחנה
	79989		DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD

מומלץ על מנוחה מתאריך: 01/06/2023 עד תאריך: 11/06/2023 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה: 11

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

****נחתם דיגיטלית****

165080

ד"ר מרכיאל יהוד

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית

דף 1

*****המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות*****

אישור מחלה

11/06/2023

הודפס ע"י ד"ר מרכיאל יהוד

00032587719

חסיד סיון

תאריך: 08/06/2023

סיכום יעוץ

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	חסידי סיון	מס זהות:	00032587719	גיל:	37.01	מין:	נ
ת.לידה:	27/04/1986	ישוב:	אור יהודה	רחוב:	ירושלים	טלפון נוסף:	50-9602096	
מס בית:	4 / 001	טלפון:	3-7304587					

תאריך תאונה 23/03/2023

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

לכבוד: ד"ר יהוד מרכיאל

תלונות: 04/06/2020

אירוע של נפיחות בשפתיים (ANGIOEDEMA) ללא קוצר נשימה, קיבלה PREDNISON, ידוע אלרגיה לOPTALGIN, PRICK TEST למזון ללא כל רגישות TELFATS 180

מעקב. החמרה בהתקפים מיגרנה שסובלת מילדות-פעם בשבועה, נימשח יומיים, עם בחילות, ללא הקאות, עם פונו-פוטופוביה, מעיר מהשינה בלילה. טישטוש ראייה?

08/05/2023

הפצייאנטית בעבר סבלה מכאבי ראש מיגרנוטיים, לא עברה בירור לכאבי ראש. כאבים בשנים אחרונות פחתו בתדירות ועוצמה.

ב23.03.2023 קיבלה מכת ראש מהכדור בעבודתה. עובדת בבית'ס לילדים עם חינוך מיוחד. לא איבדה הכרה אך היו סחרחורת, בחילות. נבדקה במיון שיבה, לא עברה CT מחצ במיון.

ידוע על אלרגיה לאופטלגין.

אחרי חבלת ראש התחזקו כאבי ראש, עם תדירות גבוהה, כמה פעמים בשבוע, מלווים בהבזקים בעיניים, סחרחורת, בחילה, כאבי ראש גם בלילה.

08/06/2023

הפצייאנטית חזרה עם תוצאות CTA- בדיקה תקינה. עדיין סובלת ממיגרנה עם תדירות גבוהה, לפעמים מיגרנה עם טשטוש ראייה.

ממצאים: 04/06/2020

עצבים קרניאליים תקינים. כוח גס שמור בארבע גפיים. החזרים שווים, תקינים. תחושה תקינה. רומברג שלילי. אצבע-אף תקין. ללא סימנים צרבריים או פירמידליים.

08/05/2023

אישונים תקינים, תנועות העיניים מלאות, ללא נסיטגמוס. ללא פרונציה או חולשת צד. החזרים ערים בארבעת הגפיים. מבחן אצבע-אף ללא דיסטוריה. התחושה תקינה.

אבחנות

מועד גילוי	אבחנה	אבחנה
	EXACERBATION	MIGRAINE
		S/P HEAD INJURY

דיון / תוכנית טיפולית: ההפניות שהופקו ב 04/06/2020

טופס הפניה כללי - 78073-ט.מ. CT ראש, הפניה למעבדה - ביוכימיה,

08/05/2023

מומלץ CTA מח עם ח.נ. לשלול פגיעה סטרוקטורלית. לחזור עם תוצאות. לחזור עם תוצאות CTA. לפני בדיקת CTA לעשות בדיקה להריון-הוסבר שלא מבצעים בדיקה בהריון.

מומלץ על המשך חופש מחלה עד ביצוע CTA.

ההפניות שהופקו ב 08/05/2023

טופס הפניה כללי - 78094-ט.מ. אנגיו CTA מוח

08/06/2023

טיפול ברפואה משלימה. טיפול באלטרולאט 10 מ"ג פעם ביום בערב (עם גלולות- לא מומלץ על טיפול באלטרולאט בהריון).

מבצעים בדיקה בהריון.
מומלץ על המשך חופש מחלה עד ביצוע CTA.
ההפניות שהופקו ב-08/05/2023
טופס הפניה כללי - 78094-ט.מ. אנגיו CTA מוח
08/06/2023
טיפול ברפואה משלימה. טיפול באלטרולאט 10 מ"ג פעם ביום בערב (עם גלולות-
לא מומלץ על טיפול באלטרולאט בהריון).

היסטוריה רפואית- בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/01/1997		MIGRAINE

Rec.OM

מידע ישן

היסטוריה רפואית- בעיות בעבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
	01/04/1998		PITYRIASIS ALBA

רגישויות ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
OPTALGIN CPL 500MG BOX 21(D) 500mg	אנגיואדמה.	המטופל

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופה
ביום	1	טבליות	1	FERROCAL (30) TAB CF
ביום	1	טבליות	1	FOLIC ACID TAB 5MG 5MG
ביום	1	טבליות	1	CYANOCOBALAMIN SUBLINGUAL TAB 1000MCG

מטרת ההפניה: דיקור סיני או רפלקסולוגיה או שיאטסו.

מספר רשיון 33119
שם הרופא ד"ר נינה וייצמן
חתימה וחותמת הרופא

שם הרופא

מספר רשיון

חתימה וחותמת הרופא

תאריך: 12/06/2023

תעודה רפואית נוספת לנפגע בעבודה

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	חסידי סיון	מס זהות:	00032587719	גיל:	37.01	מין:	נ
ת.לידה:	27/04/1986	ישוב:	אור יהודה	רחוב:	ירושלים	טלפון נוסף:	50 - 9602096	
מס בית:	4 / 001	טלפון:	3 - 7304587					

תאריך תאונה: 23/03/2023

2 תאונת עבודה

סוג תאונה:

אבחנות

קוד	איפיון	אבחנה
V68		ENCOUNTERS FOR ADMINISTRATIVE PURPOSES

הטיפול הנוכחי:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל:

⦿ אינו/ה מסוגלת/ל לעסוק בעבודתו/ה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 01/06/2023 עד יום 11/06/2023 (בכלל) סה"כ 11 ימים

12/06/2023

12/06/2023

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

ד"ר מרכיאל יהוד

חותמת המרפאה

חותמת המרפאה

הזכות לגמלה נקבעת על - ידי המוסד לביטוח הלאומי ואין התעודה מקנה זכות זו

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד



מספר רשיון 165080
טלפון 03-6503600
פקס 03-6503610
מחוז ת"א

שם הרופא ד"ר מרכיאל יהוד
תחום רפואת משפחה
כתובת וייצמן 25, אזור
מרפאה אזור

תאריך: 19/06/2023

תעודה רפואית נוספת לנפגע בעבודה

פרטי המטופל:	חסידי סיון
שם משפחה ופרטי:	מס זהות: 00032587719
ת.לידה: 27/04/1986	גיל: 37.02 מין: נ
מס בית: 001 / 4	ישוב: אור יהודה
טלפון: 3-7304587	רחוב: ירושלים
	טלפון נוסף: 50-9602096

תאריך תאונה: 23/03/2023

2 תאונת עבודה

סוג תאונה:

אבחנות

קוד	איפיון	אבחנה
7840		HEADACHE

הטיפול הנוכחי:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל:

⦿ אינו/ה מסוגלת/ל לעסוק בעבודתו/ה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 12/06/2023	עד יום 12/06/2023 (בכלל)	סה"כ 1 ימים
19/06/2023	19/06/2023	

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

ד"ר מרכיאל יהוד

חותמת המרפאה

חותמת המרפאה

הזכות לגמלה נקבעת על - ידי המוסד לביטוח הלאומי ואין התעודה מקנה זכות זו

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

תאריך: 21/06/2023

סיכום ביקור

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	חסידי סיון	מס זהות:	00032587719	גיל:	37.02	מין:	נ
ת.לידה:	27/04/1986	ישוב:	אור יהודה	רחוב:	ירושלים	טלפון נוסף:	50 - 9602096	
מס בית:	001 / 4	טלפון:	3 - 7304587					

23/03/2023 תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

שלום רב,

תאריך הביקור: 21/06/2023

תאריך תאונה: 23/03/2023

סוג ביקור: 2 תאונת עבודה

מהות הביקור: רגיל

בדיקה גופנית:

לפני כמספר חודשים נחבלה בראש בעבודה. מאז סובלת מכאבים בצוואר. במצב כללי טוב. מתהלכת חופשי, לא על בסיס רחב. צוואר - תנוחה אנטלגית. ללא נפיחות, אודם, חום מקומיים. טווח תנועות בצוואר מוגבל עקב כאבים. במישוש - כאב מעל צוואר צד שמאל. כח גס, תחושה, החזרים בידיים - תקינים, שווה דו"צ. HOFFMAN חיובי דו"צ, REVERSE RADIAL שלילי דו"צ. שוללת אי שליטה על הסוגרים. XR עמ"ש צווארי - ביטול לורדוזיס צווארי. פרט מזה אינני מזהה פתולוגיה גמרית חריפה.

קוד	איפיון	אבחנה
A80	WORK	ACCIDENT/INJURY; NOS
7231		PAIN NECK CERVICALGIA

הפניות	פרטי ההפניה	קוד	סטטוס
הפניה לדימות	78184-צילום עמוד שדרה דנס	H3	הופק
הפניה לדימות	78073-ט.מ. CT עמוד שדרה צו	H3	הודפס

סיכום והמלצות: הופנתה ל CT עמ"ש צווארי - בדיקה עם תוצאות.

בברכה,

36760

ד"ר (רופא) רולן מכלין

חתימה וחתימת הרופא

מס' רשיון

שם הרופא