

מ.ל.ב.

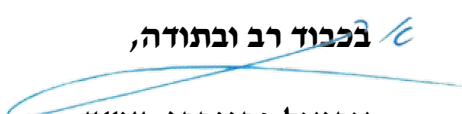
27.11.23

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
ענף נפגעי עבודה – סניף נתניה
באמצעות האתר

א.ג.נ.,

הנדון: שליח עמית הימין, ת.ז. 324194042
תאונה מיום 18.8.23

1. הריני מייצג את מרשי שבנדון.
2. מרשי נפגע בתאונה קשה עם מעורבות של חבלת ראש ושבר בגולגולת.
***רצ"ב תעודות רפואיות ותמונות.**
3. מחמת התאונה ותוצאותיה הקשות נמצא מרשי במעקב רפואי והוא נעדר כושר לעבודה. נוכח חומרת מצבו ניתנו לו תעודות מחלה בהלימה להיעדר כושרו וזאת עד ליום 17.11.23 (לפחות).
4. נוכח האמור, בשים לב לעובדה כי מרשי נפגע בתאונה קשה מאוד כתוצאה ממנה נעדר הוא כושר עבודה אודה לעיונכם וטיפולכם המסור בתשלום דמי הפגיעה בהקדם.
- *רצ"ב תעודה רפואית נוספת לנפגע בעבודה כפי שנשלחה למוסדכם הנכבד מספר פעמים.
5. לעיונכם וטיפולכם המסור והמהיר אודה.

בכבוד רב ובתודה, 

אריאל פרייברג, עו"ד

THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
TEL AVIV SOURASKY MEDICAL CENTER
Affiliated with Tel-Aviv University Faculty of Medicine
6 Weizmann St. Tel-Aviv 6423906
Tel: 03-6974444



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
מסונף לפקולטה לרפואה באוניברסיטת תל-אביב
רח' ויצמן 6, תל-אביב 6423906
טל: 03-6974444

מערך ניירוכירורגי
מנהל/ת המערך: פרופ' רוט יונתן מ.ר. 33964

מכתב שחרור רפואי

שם יחידה: מחלקה ניירוכירורגיה	מנהל מחלקה: דר' שפירא יובל מ.ר. 38344	אח/ות אחראי/ת: מרואן עבד אלנבי
טלפון: 03-6973269	פקס: 03-6974579	דוא"ל:

שם משפחה: הימן	שם פרטי: שליו	ת.ז.: 324194042
תאריך לידה: 31/08/2001	גיל: 21	טלפון: 053-6232369
מין: זכר	מבוטח בקופה: מאוחדת	כתובת: גורדון 9 נתניה 4228807

נתוני ביקור - מספר מקרה: 12981057

תאריך קבלה למחלקה: 18/08/2023 מספר ימי אשפוז במחלקה: 3

תאריך קבלה למיון/לביה"ח: 18/08/2023 מספר ימי אשפוז בביה"ח: 3

תאריך שחרור

תאריך שחרור: 20/08/2023 שעה: 14:17
עד השחרור: לביתו/ה - עצמאי

רופא בכיר אחראי

רופא: דר' שחר טל מ.ר. 37522

אבחנות ניירוכירורגיה

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P	Rec
SKULL FRACTURE	803.00			✓			

תלונה עקרית

חבלת ראש

מחלה נוכחית

בן 21, בריא בד"ר
דומינטיות ימנית
ללא טיפול תרופתי קבוע
ללא מדללי דם

מטופל שהתקבל לאחר ארוע של תאונת דרכים רוכב אופנים מול אופנוע. הוכנס לחדר הלב. בוצע קלירנס כיורוגי בחדר הלב עם FAST שלילי.
שפשוף רבים.

בדיקה ניירולוגית - שכוב במיטתו, עירני, חיוני, מתמצא, אישונים שווים ומגיבים לאור, GCS 15, מניע 4 גפיים כח גס שמור.

הדמייה CT

שם: שליו הימן	ת"ז: 324194042	מקרה: 12981057	מחלקה: מחלקה נירוכירורגיה
---------------	----------------	----------------	---------------------------

קו שבר עדין אוקסיפטילי משמאל המתמשך עד לפורמן מגנום. CTV תקין
ללא דמם

ת
בדין כונן ד"ר טל שחר יתאשפז למחלקתנו להמשך השגחה
אנא לסיים את כלל היעוצים טרם העלתו אל מחלקתנו
ספירה, כימיה, קרישה, צלח, אק"ג

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

הרגלים

מעשן/ת: לא

אלכוהול: לא

סמים: לא

שינה: תקינה

לא ידוע שימוש בתרופות קבועות

בדיקה גופנית בקבלה

נבדק: כ

סיכום דיון

בן 21, בריא

התקבל לאחר ת"ד כרוכב אופנים מול אופנוע.

בבדיקת GCS15 ללא חסר נירולוגי. סימני שפשוף רבים בפנים ובגפיים.

ב-CT קו שבר עדין אוקסיפטילי משמאל המתמשך עד לפורמן מגנום. CTV תקין.

שוחזר מבחינה כירורגית.

ללא צורך בהתערבות נירוכירורגית, אושפז במחלקתנו להשגחה.

בדין עם פלסטיקאי תורן - זקוק לשיטפה יסודית של הפצעים ולאחר מכן למרח טראולון או בטאקורטן G פעמיים ביום.

במהלך אשפוזו עירני ומתמצא, מניע 4 גפיים ומבצע הוראות ללא חסר נירולוגי.

לאור מצבו הכללי משיע הרצון משתחרר כעת עם ההמלצות הבאות:

המלצות כלליות

המלצה:

ביקורת במרפאת חוץ נירוכירורגית מתמחים בעוד שבועיים בתיאום מראש.

ביצוע CT מוח ללא חומר ניגוד כביקורת בעוד כ-10 ימים. יש להביא את דיסק הבדיקה לביקורת.
משככי כאבים לפי הצורך.

שיטפה יסודית של הפצעים ולאחר מכן למרח טראולון פעמיים ביום למשך שבוע.

מעקב רופא מטפל בקהילה, מחר בבוקר עם מכתב שחרור זה.

בכל החמרה, שינוי במצב הכרה, חסר נירולוגי חדש, חום, כאבי ראש עזים והקאות - יש לפנות לבדיקת רופא.

חופשת מחלה: 30 ימים.

תרופות מומלצות

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓				7 ימים	2 X ביום	1 application	Topical	THREOLONE OINTMENT (PREDNISOLONE, CHLORAMPHENICOL)
✓				7 ימים	1 X ביום	30 ml	Topical	SEPTAL SCRUB 4% (CHLORHEXIDINE GLUCONATE)

תמונות



תמונות

חתימת רופא משחרר

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
ד"ר שפטובסקי דוד מ.ר. 171090	רופא/ה מתמחה	20/08/2023 14:33

שם רופא בכיר מאשר השחרור

השחרור אושר על ידי: ד"ר שחר

בכל פנייה למיון לאחר שחרור מאשפוז, עליך להצטייד בהתחייבות כספית או בתשלום כספי.

מרכז הזכויות בבית החולים איכילוב מממין אותך לבדיקה וסיוע במיצוי זכויותיך בגין שינוי במצב בריאותי, **ללא תשלום!**
השירות ניתן מטעם משרד הבריאות והמשרד לשוויון חברתי

כתובתנו - בית החולים איכילוב, מגדל אשפוז אריסון, קומת קרקע (לובי הפסנתר) במרכז המידע והשירות
מרכז מיצוי זכויות (עד גיל פרישה): 03-6947888 מייל: Zchuiot.sourasky@moh.gov.il בימים א-ה בין השעות 10:00-18:00
יחידת סגולה (מעל גיל פרישה): 03-6947680 מייל: sgula@tlvmc.gov.il בימים א-ה בין השעות 08:00-16:00

אנחנו כאן בשבילכם!

ת.ז: 1324194042	שם המבוטח:	הימן שליו עמי	מין:	זכר	ביטוח:	שיא	ת.לידה:	31/08/2001
כתובת:	חיים ברלב 64 רמת גן	מיקוד:	52653	טלפון:	053-6232369			

מס. טופס	7562001128
----------	------------

בתוקף מ: 21/08/2023
עד: 20/10/2023

הבדיקה הדחשה: CT ראש / מח - CT10001

תאונת דרכים:	לא	תאונת עבודה:	ק	מוכר משרד הביטחון:	לא
--------------	----	--------------	---	--------------------	----

תלונות החולה:

• תלונה עקרית

חבלת ראש מחלה נוכחית בן 21, בריא בד"כ דומינטיות ימנית ללא טיפול תרופתי קבוע ללא מדללי דם מטופל שהתקבל לאחר ארוע של תאונת דרכים רוכב אופנים מול אופנוע. הוכנס לחדר הלב. בוצע קליינס כירורגי בחדר הלב עם שלילי. FAST שפשוף רבים. מניע 4 גפיים כח גס שמור. GCS 15, בדיקה נירולוגית שכוב במיטתו, עירני, חיוני, מתמצא, אישונים שווים ומגיבים לאור

CT הדמיה

תפיחות רקמתית פרונטלית ופריאוריטלית מימין.

תפיחות רקמתית אוקסיפיטלית משמאל.

CTV. קו שבר עדין אוקסיפיטלי משמאל המתמשך עד לבסיס הגולגולת, מומלץ להשלים ללא דמם תוך גולגולתי טרי לאור מצבו הכללי משביע הרצון משתחרר כעת עם ההמלצות הבאות:

המלצות כלליות

המלצה: ביקורת במרפאת חוץ נירוכירורגית מתמחים בעוד שבועיים בתיאום מראש. מוח ללא חומר ניגוד כביקורת בעוד כ-10 ימים. יש להביא את דיסק הבדיקה לביקורת. CT ביצוע משככי כאבים לפי הצורך.

שטיפה יסודית של הפצעים ולאחר מכן למרוח טראולון פעמיים ביום למשך שבוע.

מעקב רופא מטפל בקהילה, מחר בבוקר עם מכתב שחרור זה.

בכל החמרה, שינוי במצב הכרה, חסר נירולוגי חדש, חום, כאבי ראש עזים והקאות יש לפנות לבדיקת רופא.

חופשת מחלה: 30 ימים

אבחנות:

- CONTUSION ARM SHOULDER AXILLA
- CONTUSION FACE SCALP OR NECK
- CONTUSION FOOT
- ROAD ACCIDENT

שאלות לבדיקה:

לאחר החבלה הנ"ל, נדרש CT לביקורת

רופא/מטפל:	פרופ' ברחנא מיכה	רשיון:	21693
תחום עיסוק:	רפואה כללית	טלפון:	09-8917733
כתובת:	המיסדים 41 אבן יהודה		



לכבוד

הימן שליו

גורדון 9

נתניה, 4228807

20.08.23



32419404-2

מס' זימון: 00000000

א.ג.נ.

הנדון: זימון למרפאה נוירוכירורגית

מר/גב' **הימן שליו** 32419404-2 מוזמן/ת ביום שלישי **05/09/2023** לשעה **10:45**
למרפאה נוירוכירורגית בבנין הראשונים קומה 5.

לבדיקות	קוד שירות	תיאור שירות	כמות
	L9269	בדיקת רופא נוירוכירורג - א5	1

שעת הזימון הינה שעה משוערת ותיתכן המתנה

- תעודה מזהה עם תמונה (עבור ילד ת.ז של ההורה כולל ספח).
- הפניה רפואית וכל מסמך רפואי, כולל תוצאות בדיקות וצילומים.
- התחייבות כספית (טופס 17) או אמצעי תשלום אחר.
- חייילים מתבקשים להביא אסמכתא תקציבית.
- במקרה של תאונת דרכים, יש להביא התחייבות מקופות חולים.

אנא
הקפד
להביא

לתשומת ליבך: ללא סידור כספי ותעודה מזהה לא נוכל לקבלך

הזמנה זו היא בתוקף לתאריך זה בלבד, במידה ואין באפשרותך להגיע, אנא הודיענו בהקדם האפשרי.

מס' טלפון מרפאה: 03-6974000
מס' פקס מרפאה: 074-7219824
דוא"ל מרפאה: nes-c@tlvmc.gov.il

פרטי
התקשרות

1. חולים לאחר אשפוז-יש להביא העתק דו"ח סיכום מחלה של האשפוז האחרון!
2. מטופל נכה, בעל תו חניה ממשרד התחבורה, זכאי לחניה חינם-בימי חול מהשעה 07:00 עד 16:00 למחרת ובימי שישי מהשעה 07:00 עד 13:00 בחניון סמי עופר ובשאר השעות בחניון וייצמן. לקבלת הטבה, הצג/י תו נכה בתוקף בהגעה למרפאה.
3. כשקיימת מוגבלות העלולה לסכן את בטיחותך ולגרום לנפילה (במיוחד אם נפלת מספר פעמים החודש) סובל מהפרעות ביציבות\ נעזר במקל\ הליכון), חובתך להגיע למרכז הרפואי עם מלווה.

הערות

4. לקראת הביקור ניתן לטעון קבצי בדיקות הדמיה שבוצעו מחוץ לבי"ח בקישור להלן: <https://cdi.tasmc.org.il/custom>

5. המרפאה הינה בבי"ח ציבורי ועפ"י הנחיות משרד הבריאות, אין התחייבות לקבלה לרופא מקצועי ספציפי, הנותן שירות במרפאה.
6. המרכז הרפואי ת"א הינו בית חולים אוניברסיטאי ומתקיימת בו הוראת סטודנטים במהלך וכחלק מהטיפול הרפואי בך, תוך שמירה על פרטיותך וכבודך.
7. אפליקציית ניווט להולכי רגל בביה"ח! חפש "איכילוב" בחנות האפליקציות.

בברכה,

הנהלת מרפאות חוץ

THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
TEL AVIV SOURASKY MEDICAL CENTER
Affiliated with Tel-Aviv University Faculty of Medicine
6 Weizmann St. Tel-Aviv 6423906
Tel: 03-6974444



המרכז הרפואי תל-אביב
ע"ש סוראסקי
איכילוב
www.tasmc.org.il

מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
מסונף לפקולטה לרפואה באוניברסיטת תל-אביב
רח' ויצמן 6, תל-אביב 6423906
טל: 03-6974444

מערך נירוכירורגי
מנהל/ת המערך: פרופ' רוט יונתן מ.ר. 33964

סיכום ביקור רפואי

שם יחידה: מרפאה נירוכירורגיה	מנהל/ת המרפאה: פרופ' רוט יונתן מ.ר. 33964	אח/ות אחראי/ת:
טלפון: 03-6973269	פקס: 03-6974579	דוא"ל:

שם משפחה: הימן	שם פרטי: שליו	ת.ז.: 324194042
תאריך לידה: 31/08/2001	גיל: 22	טלפון: 053-6232369
מין: זכר	מבוטח בקופה: מאוחדת	כתובת: גורדון 9 נתניה נתניה 4228807

נתוני ביקור - תאריך: 05/09/2023 שעה: 11:05 מספר ביקור: 43098294

סיקור כאב

המטופל/ת חש/ה כאב: לא

תלונה עקרית

חבלת ראש

מחלה נוכחית

בן 21, בריא

התקבל לאחר ת"ד כרוכב אופנים מול אופנוע.

בבדיקתו GCS15 ללא חסר נירולוגי. סימני שפשוף רבים בפנים ובגפיים.

ב-CT קו שבר עדין אוקסיפיטלי משמאל המתמשך עד לפורמן מגנום. CTV תקין. שוחרר מבחינה כירורגית.

ללא צורך בהתערבות נירוכירורגית, אושפז במחלקתנו להשגחה.

בדיון עם פלסטיקאי תורן - זקוק לשטיפה יסודית של הפצעים ולאחר מכן למרוח טראולון או בטאקורטן G פעמיים ביום.

במהלך אשפוזו עירני ומתמצא, מניע 4 גפיים ומבצע הוראות ללא חסר נירולוגי.

לאור מצבו הכללי משביע הרצון משתחרר כעת עם ההמלצות הבאות:

מרפאה 5.9.2023 -

=====

הגיע לביקורת כעת ללא סיטי חדש - בפועל אין הצדקה.

מרגיש סה"כ טוב, ללא כאבי ראש.

הסברתי שאין צורך להשלים CT נוסף

בשלב זה סיים השגחתנו

להקפיד להימנע מחשיפה לשמש, לאור פגיעה ושפשופים משמעותיים בפנים.

סיכום דיון

סודי רפואי

שם: שליו הימן	ת"ז: 324194042	ביקור: 43098294	תאריך: 05/09/2023	מרפאה נויורכירורגיה
---------------	----------------	-----------------	-------------------	---------------------

מעקב לאחר חבלת ראש עם שבר, CTV תקין

סיים מעקבנו

הפניה לניתוח

מופנה לניתוח: לא

המלצות כלליות

המלצה: -פנייה לרופא משפחה עם מכתב זה
-אין צורך בהדמיות נוספות או המשך מעקב מרפאה
-להימנע מחשיפה לשמש באזור השפשופים בפנים.

תרופות מומלצות

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓				7 ימים	ביום 1 X	30 ml	Topical	SEPTAL SCRUB 4% (CHLORHEXIDINE GLUCONATE)
✓				7 ימים	ביום 2 X	1 application	Topical	THREOLONE OINTMENT (PREDNISOLONE, CHLORAMPHENICOL)

תמונות

נחתם ע"י: דר' קרפוב יבגני מ.ר. 140626

חתימה: _____

ת"ז: 1-32419404/2 שם מבוטח: שליו עמי הימן מין: זכר ביטוח: שיא טלפון: 053-6232369 סלולרי: 053-6232369 ת.לידה: 31/08/2001 גיל: 22.0 כתובת: רמת גן, חיים ברלב 64

148.00

בקבוצת סיכון בינונית 130 MG/DL

מומלץ ערך קטן מ

בקבוצת סיכון גבוהה 100 MG/DL

מומלץ ערך קטן מ

בקבוצת סיכון גבוהה במיוחד 85 MG/DL

מומלץ ערך קטן מ

בכל מקרה יש

להיוועץ עם הרופא המטפל באשר לערך המטרה הרצוי

MAGNESIUM

1.85 MG/DL (1.60- 2.60) (*.....)

TRIGLYCERIDES

71.00 MG/DL (35.00- 170.00) (*.....)

GFR(ESTIMATED)

127.40

(יחידות: 1.73M2/ML/MIN)

חושב לפי נוסחת

עבור נבדקים מעל גיל 18 CKD-EPI

לא מתאים לנשים

הרות

TSH

2.45 μ IU/mL (0.35- 4.94) (...*.....)

VITAMIN B12

699.00 PG/ML (187.00- 1060.00) (....*.....)

B12 PG/ML יתכן חסר ב ויטמין

בין 187 ל 300

יש לקבל החלטה

בהתאם למצב הקליני

אין צורך לחזור על

הבדיקה תוך כדי טיפול

VITAMIN D 25-OH

29.30 NG/ML

VIT.D 25-OH < 10 NG/ML = SEVERE DEFICIENCY

VIT.D 25-OH 10 - 19 NG/ML = MILD TO

31/08/2001 ת.לידה:

053-6232369 סלולרי:

שיא ביטוח:

053-6232369 טלפון:

זכר מין:
52653 מיקוד:

שם מבוטח: שליו עמי הימן
22.0 גיל:

MODERATE DEFICIENCY

VIT.D 25-OH 20 - 50 NG/ML = SUFFICIENT
LEVELS (30-50 NG/ML OPTIMUM LEVELS)

VIT.D 25-OH 51 - 80 NG/ML = INCREASED RISK
OF HYPERCALCIURIA

VIT.D 25-OH > 80 NG/ML = TOXICITY
POSSIBLE

WBC

6.30 K/UL (4.00- 10.00) (..*.....)

IMMATURE GRANULOCYT

ES K/UL (0.00- 0.09) (*.....)

0.02

IMMATURE GRANULOCYT

ES % % (0.00- 0.62) (...*.....)

0.30

NEUTROPHILS

3.70 K/UL (1.80- 6.60) (...*.....)

NEUTROPHILS %

58.90 % (46.00- 68.00) (...*.....)

LYMPHOCYTES

1.80 K/UL (1.10- 3.50) (..*.....)

LYMPHOCYTES %

28.60 % (15.00- 45.00) (...*.....)

MONOCYTES

0.50 K/UL (0.08- 0.90) (...*.....)

MONOCYTES %

8.00 % (2.00- 10.00) (...*.....)

EOSINOPHILS

0.21 K/UL (0.00- 0.60) (...*.....)

EOSINOPHILS %

3.40 % (0.00- 6.00) (...*.....)

BASOPHILS

0.05 K/UL (0.00- 0.15) (...*.....)

BASOPHILS %

0.80 % (0.00- 1.50) (...*.....)

RBC

5.34 M/UL (4.30- 6.00) (...*.....)

HEMOGLOBIN

15.10 G/DL (13.50- 17.50) (...*.....)

HEMATOCRIT

44.70 % (38.00- 50.00) (...*.....)

ת.לידה: 31/08/2001

סלולרי: 053-6232369

ביטוח: שיא

טלפון: 053-6232369

זכר

מיקוד: 52653

מין:

שם מבוטח: שליו עמי הימן

גיל: 22.0

ת"ז: 1-32419404/2

כתובת: רמת גן, חיים ברלב 64

MCV	83.70 FL	(80.00- 98.00)	(.*.....)
MCH	28.30 PG	(27.00- 33.00)	(.*.....)
MCHC	33.80 G/DL	(32.00- 35.50)	(...*....)
RDW	12.80 %	(11.00- 16.00)	(..*.....)
NRBC	0.00 K/UL	(0.00- 0.01)	(*.....)
NRBC%	0.00 %	(0.00- 0.10)	(*.....)
PLATELETS	219.00 K/UL	(150.00- 400.00)	(.*.....)
PLATELET-LARGE CELL	RATIO 37.70 %		
	N.R. 19.4-43.7%		
MPV	11.50 FL		
	N.R 6.5-11.5 FL		

Report

Himan, Shalev Amit, 1324194042

:Patient

31/08/2001

:Date of birth

410005057402 :Accession number

4705

:Examinations

Report created by

Printed from Sectra IDS7 on 27/09/2023, 14:31 by mrikab1

שירות:

0770450310

תיאור שירות:

CT ראש\מוח, ללא חומר ניגוד

ממצאי בדיקה:

* תשובה סופית *

בדיקת CT מוח ללא הזרקת חומר ניגודי:

אין בידינו בדיקות קודמות להשוואה.

התוויה קלינית: לאחר חבלה.

ממצאים:

קו שבר אוקסיפיטלי משמאל מתמשך עד הבסיס הגולגולת עם תפיחות קלה של רקמות רכות בסמוך.

קו שבר בעצם טמפורלי (squamous part) מימין עם מעורבות TMJ מלווה במלאות בכמות קטנה תאי מסטואיד

בסמוך. קונדיל מנדיבולרי שמור.

ללא עדות לדמם.

חדרים, ציסטרנות חריצים מתאימים לגיל הנבדק.

צפיפות החומר הלבן האפור והלבן תקינה.

אין עדות לממצא פוקלי.

ללא עדות לבצקת, דימום, אפקט מסה סטית קו האמצע.

שרוולי הראה נראים מעובים דו"צ, מומלץ המשך בירור.

איורור תקין של מערות הפנים.

רקמות הרכות האקסטראקרניאליות ללא ממצא מיוחד.

לסיכום:

ללא עדות לדמם.

קו שבר אוקסיפיטלי משמאל מתמשך עד הבסיס הגולגולת.

קו שבר בעצם טמפורלי (squamous part) מימין עם מעורבות TMJ מלווה במלאות בכמות קטנה תאי מסטואיד

בסמוך.

שם רדילוג:

דר. נגיבה סאידה







סיכום ביקור

ביקור ב - 21/08/2023 17:51 אצל פרופ' ברחנא מיכה , רפואה כללית מ.ר: 21693
 ביקור ראשון עם אישור זמני

סיבת פניה - תאונת עבודה בתאריך: 18/08/2023

סיבת ביקור

• תלונה עקרית

חבלת ראש מחלה נוכחית בן 21, בריא בד"כ דומיננטיות ימנית ללא טיפול תרופתי קבוע ללא מדללי דם מטופל שהתקבל לאחר ארוע של תאונת דרכים רוכב אופנים מול אופנוע. הוכנס לחדר הלם. בוצע קלייננס כיורוגי בחדר הלם עם שלילי. FAST שפשוף רבים. מניע 4 גפיים כח גס שמור. GCS 15, בדיקה נירולוגית שכוב במיטתו, עירני, חיוני, מתמצא, אישונים שווים ומגיבים לאור CT הדמייה

תפיחות רקמתית פרונטלית ופריאוריטלית מימין.

תפיחות רקמתית אוקסיפיטלית משמאל.

CTV. קו שבר עדין אוקסיפיטלי משמאל המתמשך עד לבסיס הגולגולת, מומלץ להשלים ללא דמם תוך גולגולתי טרי

לאור מצבו הכללי משביע הרצון משתחרר כעת עם ההמלצות הבאות:
 המלצות כלליות

המלצה: ביקורת במרפאת חוץ נירוכירורגית מתמחים בעוד שבועיים בתיאום מראש. מוח ללא חומר ניגוד כביקורת בעוד כ-10

ימים. יש להביא את דיסק הבדיקה לביקורת. CT ביצוע משככי כאבים לפי הצורך.

שטיפה יסודית של הפצעים ולאחר מכן למרוח טראולון פעמיים ביום למשך שבוע.

מעקב רופא מטפל בקהילה, מחר בבוקר עם מכתב שחרור זה.

בכל החמרה, שינוי במצב הכרה, חסר נירולוגי חדש, חום, כאבי ראש עזים והקאות יש לפנות לבדיקת רופא.

חופשת מחלה: 30 ימים

אבחנות

- ROAD ACCIDENT
- CONTUSION FACE SCALP OR NECK
- CONTUSION ARM SHOULDER AXILLA
- CONTUSION FOOT

מעבדה

• טופס מס. 1: PERIOD.CHECK UP ADULT+CBC, CBC, TSH, MAGNESIUM, CALCIUM SERUM, VITAMIN B12, VITAMIN D 25-OH, AST(GOT)

הפניות למכונים

• CT ראש / מח

תרופות





תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

ת.ז:	1324194042	שם המבוטח:	הימן שליו עמי	מין:	זכר	ביטוח:	שיא	ת.לדה:	31/08/2001
כתובת:		כתובת:	חיים ברלב 64 רמת גן	מיקוד:	52653	טלפון:	053-6232369		

שם המעביד: תן ביו
טלפון:
כתובת המעביד:

מקצוע:
שכיר: לא
רופא מטפל: פרופ' ברחנא מיכה
נמצא בטיפול מיום: 18/08/2023
תאריך התאונה: 18/08/2023

האיבר שנפגע: פנים, יד ימין, רגל ימין
התעסקות בשעת הפגיעה:
תאור התאונה:
פרטי הטיפול ששנעשו במקום:
צילומי רנטגן שנעשו במקום:

אבחנות:

- CONTUSION ARM SHOULDER AXILLA
- CONTUSION FACE SCALP OR NECK
- CONTUSION FOOT
- ROAD ACCIDENT

הוא אינו מסוגל עדיין לעסוק בעבודתו או בעבודה מתאימה אחרת.
אשר זה הוא, לפי דעתי, תוצאה ישירה מהפגיעה שקרתה, לפי דברי הנפגע הנ"ל ביום: 18/08/2023
דעתי היא, שאי כשר זה ימשך מיום 18/08/2023 עד יום 17/11/2023 סה"כ 92 ימים



רופא/מטפל: פרופ' ברחנא מיכה
תחום עיסוק: רפואה כללית
כתובת: המיסדים 41 אבן יהודה
רשיון: 21693
טלפון: 09-8917733



ת.ז: 1324194042 שם המבטח: הימן שליו עמי מין: זכר ביטוח: שיא טלפון: 053-6232369 ת.ל.י: 31/08/2001 כתובת: חיים ברלב 64 רמת גן



מס. טופס

5889000062

הפנייה לפיזיותרפיה

הבדיקה הדחשה: פיזיותרפיה - PRG0017

תלונות החולה:

- לפני כחודשיים היה מעורב בתאונת אפוניים, נחבל ביד ימין ורגל ימין. נבדק במיון של איכילוב, היה מהשגחה באשפוז מספר ימים עקב שבר בגולגולת. בבדיקה - צלקות אספקט וולרי של שורש כף ואספקט חיצוני של השוק, הגבלה בטווחי תנועת שורש כף היד, ללא חוסרה NV.

- CONTUSION HAND

אבחנות:

תוקף ההפניה עד שלושה חודשים מיום הוצאתה



רשיון: 37507

רופא/מטפל: ד"ר קולטנוב דמיטרי

תחום עיסוק: אורתופדיה

כתובת: נתן הנביא 1 בני ברק

טלפון:



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
77	108	320194042	
רחוב	מס'	עיר	מיקוד
	64	רמת גן	טלפון

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

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או 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 אף כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהלן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת 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 ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.

למרות האמור לעיל לא יחול כתב ויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים:

שם קופ"ח:	סניף:	מס' חבר:	שם המוסד:
רופאים:	1.	2.	3.
מכונים, מעבדות:	1.	2.	3.
	4.	3.	4.

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

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

תאריך: 29.9.23 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____

אריאל פריברג, עו"ד _____ חתימה: _____

מ.ר. 62254 _____ (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

יפוי כח

הריני מייפה את כוחו של: _____ לקבל את המידע הרפואי המפורט לעיל

תאריך	שם פרטי ושם משפחה	חתימה
-------	-------------------	-------

י פ ו י כ ה

אני הח"מ, 324904042 /-10
ת.ז. מס' כח 69 ו-1, מרחוב במשפחתי
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או יגאל רסקין להיות באי כוחי במשפחתי
נגד 19/1/23 בענין תאונת דרכים מיום 19/1/23
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 הכרזת פשיטת רגל, או פרוק 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 בוררין 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 את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הנ"ל, לרבות הוצאות בימ"ש ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
9. להוציא לפועל כל פס"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. להודות 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 ברישומו או במחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.

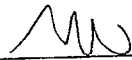
14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

15. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, לפטור ולמנות אחרים במקומם 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 באתי על החתום

היום 21 לחודש 9 שנה 23

חתימה: 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

אריאל פריברג, עו"ד

מ.ר. 62254

עורך-דין