

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

המכתב הופק ע"י: דר' צבי דנוביץ מתן ב-04/09/2023 10:37

מלרד - אורתופדיה
מנהל: דר' שיבר שחף מ.ר. 88637
אחות אחראית: גרינברג תמי
טלפון: 03-9377011
פקס: 03-9222173

שם משפחה: מאיר	תאריך לידה: 12/01/1993
שם פרטי: ליטל	ת. זהות (ללא ספרת ביקורת): 30823739
כתובת: צליליכין ראשון לציון	מין: נקבה
טלפון: 0544432741	גיל: 30

תאריך קבלה: 04/09/2023
מספר קבלה: 2023190252
07:28

אופן הגעה למיון
הגיע למיון: אחר

משרד קבלה
סיבת פנייה: תאונת עבודה
הפנייה: לא
סטטוס מטופל: אזרח

סיום טיפול במלרד: שחרור

אבחנה

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P	Rec
FRACTURE OF LATERAL MALLEOLUS, CLOSED	8242	Left		✓			
WEBER A							

סיבת פנייה

סיבה עיקרית: חבלת קרסול
הערות: שמאל לדבריה שיפשוף בברך ימין

תלונה עיקרית

בת 30
ברקע תת תריסיות מאוזן תחת יוטרוקס
רגישות לאתופן - נפיחות ופריחה

פנתה למלר"ד לאחר נפילה בחניון מקום עבודה במוסדנו. מתארת מעידה על מדרגה וחבלה סיבובית לקרסול שמאל. ללא חבלות נוספות

בבדיקתה
נושאת משקל על רגל שמאל אך כאובה
רגל שמאל - ללא סימני חבלה על העור. נפיחות באזור הפטישון הטרלי. ללא רגישות על הפיבולה הפרוקסימלית ולאורך הטיביה.
ללא רגישות על הסינדרמוזיס
רגישות פטישון לטרלי, ללא רגישות פטישון מדיאלי. רגישות על ה-ATFL.
ללא רגישות ליספרנק/בסיס מסרקים 1,5 ..
הנעת בהונות תקינה. תחושה דיסטלית שמורה. דופק DP נמוש.

בצילום קרסול שמאל- שבר פטישון לטרלי WEBER A

רגישות לתרופות

שם התרופה
ETOPAN
תאריך רישום
03/10/2022
תגובה
פריחה

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

המכתב הופק ע"י: דר' צבי דנוביץ מתן ב-04/09/2023 10:37

מלרד - אורתופדיה
מנהל: דר' שיבר שחף מ.ר. 88637
אחות אחראית: גרינברג תמי
טלפון: 03-9377011
פקס: 03-9222173

שם משפחה: מאיר	תאריך לידה: 12/01/1993
שם פרטי: ליטל	ת. זהות (ללא ספרת ביקורת): 30823739
כתובת: צליליכין ראשון לציון	מין: נקבה
טלפון: 0544432741	גיל: 30

לא ידועה רגישות לחומרים

מדדים

תאריך ושעה	דופק	לחץ דם בישיבה	סטורציה באויר חדר	כאב
07:38 04/09/2023			98	5
07:34 04/09/2023	87	112 / 73		

מעקב סיעודי

נרשם ע"י: וייס סיגל מ.ר. 13465 , מלרד - אורתופדיה

תאריך עדכון: 07:38 04/09/2023

דיווח / דיון: לדבריה אינה מעוניינת בנגד כאבים

בדיקות עזר

תוצאה	תאריך	בדיקה
לא הוקלדה תשובה	04/09/2023	צילום קרסול שמאל במסגרת גפה תחתונה

המלצות

המלצה: #המשך מעקב רופא מטפל
#נגד כאבים לפי הצורך.
#הרמת הרגל וקירור מקומי.
#דריכה לפי מגבלות הכאב
#חבישה אלסטית - יש להסיר בלילה
#ביקורת אורתופד/ית בקהילה בעוד 7-10 ימים.
#בכל החמרה – לבדיקת רפואית בהקדם.
חופשת מחלה: 7 ימים.

*המשך פיזיותרפיה בקהילה. ניתן לתאם תור ישירות מול מכון פיזיותרפיה באזור מגוריו עם הפניה זו.

סטטוס מטופל בשחרור

משתחררת לביתה במצב יציב לאחר שהוסברו הממצאים וההמלצות

רופא אחראי

רופא: דר' צבי דנוביץ מתן מ.ר. 167750

נחתם ע"י: דר' צבי דנוביץ מתן מ.ר. 167750

חתימה: _____

כל ביקור במלר"ד כרוך בתשלום והפניה לטופס התחייבות מקופת החולים

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

המכתב הופק ע"י דר' צבי דנוביץ מתן ב-04/09/2023 10:37

מלרד - אורתופדיה
מנהל: דר' שיבר שחף מ.ר. 88637
אחות אחראית: גרינברג תמי
טלפון: 03-9377011
פקס: 03-9222173

שם משפחה: מאיר	תאריך לידה: 12/01/1993
שם פרטי: ליטל	ת. זהות (ללא ספרת ביקורת): 30823739
כתובת: צלליכין ראשון לציון	מין: נקבה
טלפון: 0544432741	גיל: 30

הגנת מידע למכתב

המכתב הודפס על ידי דר' צבי דנוביץ מתן 04/09/2023 10:37
*****חסוי אישי*****

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות.

מסמכים נלווים

הודפס בתאריך: 05/09/2023 11:52
הודפס ע"י: ד"ר גיידוק אלכסנדר
רישום מתאריך: 05/09/2023 10:57:17

דף 1

רישום ביקורים
מאיר ליטל; ת.ז.: 308237395; גיל: 30.7

גיל: 30.7

שם רופא/ה: ד"ר גיידוק אלכסנדר

תחום הטיפול: כירורגיה אורתופדית

מספר ביקור: 07770005

מקור המידע	פירוט
העברת טפסים באופן יזום לאחר המטופל	11:00:09 05/09/2023 בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.

תלונות: בת 30

בחלת רגל שמאל 04.09.2023 בדרך לעבודה
נבדקה במיון אורתופדי
אובחן שבר WEBER A
הומלץ על חבישה אלסטית
עקב כאבים בקרסול פנתה לבדיקה
בבדיקה אינו מסוגלת לדרוך על הרגל
רגישו תעל פני טיפ של LM

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאים: צילום ביקורת שבר WEBER A ללא תזוזה
הומלץ על סד גבס אנטלגי אחורי

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
	Lt		FRACTURE ANKLE LATERAL MALLEOLUS CLOSED

הערות	בדיקות/הפניות
בתוקף עד - 03/03/2024	מכון רנטגן: קרסול שמאל 3 צילומים (AP+LAT+MORTIS)
בתוקף עד - 04/12/2023	הפניה לאביזר / ציוד רפואי-אורתופדיה
בתוקף עד - 03/03/2024	מכון רנטגן: קרסול שמאל 3 צילומים (AP+LAT+MORTIS)

תרופות	מינון	Rp <Days>	אופן השימוש
ZALDIAR 325/37.5MG	1 tab X 3 -2 op	1 <10>	לבליעה 1 טבליה 3 פעמים ביום, (בוקר 1 טבליה, צהריים 1 טבליה, ערב 1 טבליה) לתקופה של 10 ימים.

POP BELOW KNEE

טיפול

05/09/2023 11:52
הודפס בתאריך:
הודפס ע"י: ד"ר גיידוק אלכסנדר
רישום מתאריך: 05/09/2023 10:57:17

AIRCAST + צילום ביקורת

מוזמן למעקב: ☒ כן ☐ בעוד כ- 7 ימים ☒

המלצות למטופל:

משככי כאבים
ניידות ללא דריכה
רגל מורמת

ר X נקודות קוד
! 1 08.0 2270

שם רופא/ה: ד"ר גיידוק אלכסנדר
תחום הטיפול: כירורגיה אורתופדית

מקור המידע	פירוט
העברת טפסים באופן יזום לאתר המטופל	09:30:16 12/09/2023 ניידות עם דרכי ב ARICAST ביקורת עוד 3 שבועות + XR. בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.

בחלת רגל שמאל 04.09.2023 בדרך לעבודה
נבדקה במיון אורתופדי
אובחן שבר WEBER A
הומלחץ על חבישה אלסטית
עקב כאבים בקרסול פנתה לבדיקה
בבדיקה אינו מסוגלת לדרוך על הרגל
רגישו תעל פני טיפ של LM

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאים: בביקור בתאריך 05/09/2023 בשעה 10:57:17
צילום ביקורת שבר WEBER A ללא תזוזה
הומלץ על סד גבס אנטלגי אחורי

בביקור בתאריך 12/09/2023 בשעה 09:22:05

דיון ואבחנה מבדלת: בביקור בתאריך 12/09/2023 בשעה 09:22:05

מכון רנטגן: קרסול שמאל 3 צילומים (AP+LAT+MORTIS)

ר	X	נקודות	קוד	תיאור
1		05.5	2282	POP leg removal

המלצות למטופל: **ניידות עם דרכיה ב-ARICAST**
ביקורת עוד 3 שבועות + XR

סוג האישור	קוד	מתאריך	עד תאריך
אישור מחלה	C00001	05/09/2023	03/10/2023

☒ שבועותמוזמן למעקב: ☒ כן בעוד כ- 3



מכון דימות:ראשל"צ כתובת: רוטשילד 15 ראשון לציון טלפון: 03-9541111

פרטי רופא מפנה:

שם: גידוק אלכסנדר

מ.ר: 135691

תאריך הבדיקה: 05/09/2023

תאריך הפיענוח: 05/09/2023

שם הנבדק: מאיר ליטל

ת.ז הנבדק: 308237395

כתובת הנבדק: צלליכין 25/5 ראשון לציון 7523161

טלפון הנבדק: 03-9501431 טלפון נייד: 054-4432741

תשובת בדיקת דימות: 23602653

קראסול 3 צילומים

סיבת ההפניה:

מעקב שבר

ממצאים:

שמאל

=====

שבר ללא תזוזה בפטישון חיצוני

בברכה

ד"ר דימה זיו

מומחה/ית ברדיולוגיה אבחנתית

מס' רישיון: 30931

התשובה עברה הגהה ונחתמה אלקטרונית

מסמך זה מכיל מידע מוגן הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסרו שלא כדין עובר עבירה

גרסה 1/1



מכון דימות:ראשל"צ כתובת: רוטשילד 15 ראשון לציון טלפון: 03-9541111

פרטי רופא מפנה:

שם: גידוק אלכסנדר

מ.ר: 135691

תאריך הבדיקה: 12/09/2023

תאריך הפיענוח: 12/09/2023

שם הנבדק: מאיר ליטל

ת.ז הנבדק: 308237395

כתובת הנבדק: צלליכין 25/5 ראשון לציון 7523161

טלפון הנבדק: 03-9501431 טלפון נייד: 054-4432741

תשובת בדיקת דימות: 23617903

קראסול 3 צילומים

סיבת ההפניה:

מעקב

ממצאים:

שמאל:

גפה בגבס.

שבר ידוע בפטישון לטרלי, בתהליך איחוי.

המלצות:

מומלץ ייעוץ אורתופדי.

בברכה

ד"ר אלכסנדר קלינדוכוב

מומחה/ית ברדיולוגיה אבחנתית

מס' רישיון: 31689

התשובה עברה הגהה ונחתמה אלקטרונית

מסמך זה מכיל מידע מוגן הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסרו שלא כדין עובר עבירה

גרסה 1/1



מכון דימות:ראשל"צ כתובת: רוטשילד 15 ראשון לציון טלפון: 03-9541111

פרטי רופא מפנה:

שם: גידוק אלכסנדר

מ.ר: 135691

תאריך הבדיקה: 03/10/2023

תאריך הפיענוח: 03/10/2023

שם הנבדק: מאיר ליטל

ת.ז הנבדק: 308237395

כתובת הנבדק: צלליכין 25/5 ראשון לציון 7523161

טלפון הנבדק: 03-9501431 טלפון נייד: 054-4432741

תשובת בדיקת דימות: 23658005

קראסול 3 צילומים

סיבת ההפניה:

ביקורת של שבר

ממצאים:

שמאל

שבר ידוע ללא תזוזה בפטישון החיצוני .

המלצות:

מומלץ ייעוץ אורתופדי.

מבצע הבדיקה:

בברכה

ד"ר זינובי קפוסטין

מומחה/ית ברדיולוגיה אבחנתית

מס' רישיון: 28005

התשובה עברה הגהה ונחתמה אלקטרונית

מסמך זה מכיל מידע מוגן הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסרו שלא כדין עובר עבירה

גרסה 1/1

תאריך: 03/10/2023

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



ד"ר גיידוק אלכסנדר

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-9541111

פקס: 073-2132669

כתובת: רוטשילד 15, ראשון לציון (גן העיר)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 308237395

שם פרטי: ליטל

שם משפחה: מאיר

טל.עבודה/נייד: 0544432741

039501431

טלפון:

מין: נ

12/01/1993

ת.לידה:



מיקוד 7523161

צלליכין 25/5, ראשון לציון

כתובת:

0308237395

אישור מחלה

הנני לאשר כי הנ"ל חלה/תה, האבחנה מפורטת ברשומה הרפואית.

אינו/ה מסוגל/ת לעבוד מיום: 03/10/2023 עד יום: 26/10/2023 סה"כ: 24 ימים.

03/10/2023

חתימה וחותמת הרופא

תאריך



135691



קוד הפניה: 341104943

טלפון: 03-9541111

פקס: 073-2132669

כתובת: רוטשילד 15, ראשון לציון (גן העיר)

ד"ר גיידוק אלכסנדר

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 308237395

שם פרטי: ליטל

שם משפחה: מאיר

טל.עבודה/נייד: 0544432741

039501431

טלפון:

מין: נ

12/01/1993

ת.לידה:



0308237395

מיקוד 7523161

צלליכין 25/5, ראשון לציון

כתובת:

הפניה לאביזר / ציוד רפואי

מס ביקור



000250770005

רשימת אביזרים שהופקה להם הפניה דיגיטלית בביקור מתאריך 05/09/2023 (דף זה אינו מרשם)

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

• FRACTURE ANKLE LATERAL MALLEOLUS CLOSED Left

אבחנה:

סוג מוצר: מדף

תחום: אורתופדיה

שם אביזר	מאזנים	סך הכל יחידות	קוד אביזר	קוד ספק	נרכש במכביפארם
מייצב קרסול קשיח עם כריות (ללא צורך בהפניה)---שמאל	1	1	96561		כן

תוקף הפניה 90 יום, עד תאריך 04/12/2023

05/09/2023

חתימה וחותמת

תאריך

טרם רכישה, יש לבדוק את תנאי הזכאות לאביזר על פי כללי הביטוח המשלים באתר מכבי (www.maccabi4u.co.il). את האביזרים יש לרכוש בבתי מרקחת נבחרים של מכביפארם ובמכונים אורתופדיים בהסכם בלבד, בכפוף להצגת כרטיס מגנטי, ת.ז. והפניה זו, ובתשלום השתתפות עצמית בלבד. לא ינתן החזר על רכישת אביזר אצל ספק שאינו בהסכם. ישנם אביזרים אותם ניתן לרכוש ללא הפניית רופא, רשימה זו ורשימת נקודות הרכישה מפורסמת באתר מכבי באינטרנט ובמכבי ללא הפסקה-3555*.

לכל סוג אביזר קיים מגוון של מס' יצרנים, לבחירתך.

נפגעי תאונות עבודה מוכרים, שהינם מבוטחי שב"ן-יוכלו לרכוש אביזרים הקשורים לתאונה על-פי כללי השב"ן, אצל ספקים בהסכם, ויהיו זכאים להחזר ההשתתפות העצמית, בכפוף לאישור של רופא השירות במח' תאונות במחוז.

לנפגעי תאונות דרכים-אין זכאות להשתתפות השב"ן במימון אביזר הקשור לתאונה.

קיימים מקרים בהם משרד הבריאות משתתף בעלות אביזרים רפואיים. לפרטים ניתן לפנות למשרד הבריאות ליחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות בטלפון 03-6061807/804.

באם האביזר הומלץ עקב תאונת עבודה, יש לפנות אל סניף מכבי לקבלת אישור מראש, טרם הרכישה

תאריך: 12/09/2023

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



ד"ר גיידוק אלכסנדר

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-9541111

פקס: 073-2132669

כתובת: רוטשילד 15, ראשון לציון (גן העיר)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 308237395

שם פרטי: ליטל

שם משפחה: מאיר

טל.עבודה/נייד: 0544432741

039501431

טלפון:

מין: נ

12/01/1993

ת.לידה:



מיקוד 7523161

צלליכין 25/5, ראשון לציון

כתובת:

0308237395

אישור מחלה

הנני לאשר כי הנ"ל חלה/תה, האבחנה מפורטת ברשומה הרפואית.

אינו/ה מסוגל/ת לעבוד מיום: 05/09/2023 עד יום: 03/10/2023 סה"כ: 29 ימים.

12/09/2023

חתימה וחותמת הרופא

תאריך



135691



קוד הפניה: 344712977

טלפון: 03-9541111

פקס: 073-2132669

כתובת: רוטשילד 15, ראשון לציון (גן העיר)

ד"ר גיידוק אלכסנדר

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 308237395

שם פרטי: ליטל**שם משפחה: מאיר**

טל.עבודה/נייד: 0544432741

039501431

טלפון:**מין:** נ

12/01/1993

ת.לידה:

0308237395

מיקוד 7523161

צלליכין 25/5, ראשון לציון

כתובת:**מכון פיזיותרפיה****תלונות:** בביקור בתאריך 05/09/2023 בשעה 10:57:17

בת 30

בחלת רגל שמאל 04.09.2023 בדרך לעבודה

נבדקה במיון אורתופדי

אובחן שבר WEBER A

הומלתץ על חבישה אלסטית

עקב כאבים בקרסול פנתה לבדיקה

בבדיקה אינו מסוגלת לדרוך על הרגל

רגישו תעל פני טיפ של LM

בביקור בתאריך 12/09/2023 בשעה 09:22:05

העברה מסד גבס ל-AIRCAST

בביקור בתאריך 03/10/2023 בשעה 09:00:18

ממצאים: בביקור בתאריך 05/09/2023 בשעה 10:57:17

צילום ביקורת שבר WEBER A ללא תזוזה

הומלץ על סד גבס אנטלגי אחורי

בביקור בתאריך 12/09/2023 בשעה 09:22:05

בביקור בתאריך 03/10/2023 בשעה 09:00:18

חודש לאחר שבר בקרסול

רגישות על פני LAT MALLEOLUS

מובלות מינימלית בדורסיפלקציה

רנטגן - שבר בשליבי חיבור

• FRACTURE ANKLE LATERAL MALLEOLUS CLOSED Left

אבחנה:

• HYPOTHYROIDISM UNS (01/2021)

בעיות ידועות:

• COPD - CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE (04/2023)

רגישויות לתרופות: - ETOPAN - 16/07/2019

• DESLORATADINE 5MG X 30 1X1X90

תרופות קבועות:

• EUTHYROX 50MCG X100 1X1X90

מעשנת: לא**סיבת ההפניה: הפעלת קרסול /שיחזור טווחי תנועה + דורסיפלקציה הדרכה**



135691



קוד הפניה: 344712977

טלפון: 03-9541111

פקס: 073-2132669

כתובת: רוטשילד 15, ראשון לציון (גן העיר)

ד"ר גיידוק אלכסנדר

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 308237395

שם פרטי: ליטל

שם משפחה: מאיר

טל.עבודה/נייד: 0544432741

039501431

טלפון:

מין: נ

12/01/1993

ת.לידה:

מיקוד 7523161

צלליכין 25/5, ראשון לציון

כתובת:



0308237395

מכון פיזיותרפיה

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 03/10/2023 עד תאריך - 31/03/2024

נא להגיע עם מסמכים רלוונטים

03/10/2023

חתימה וחותמת

תאריך

קביעת תור לטיפול ראשון -במוקד מכבי ללא הפסקה *3555. תורים לטיפול המשך ותור ראשון לטיפול בתחומים מיוחדים (לדוגמא- רצפת אגן, ניקוד לימפתי, טיפולי בית) יקבעו במכון הפיזיותרפיה. הטיפול כרוך בתשלום רבעוני, נא להגיע עם כרטיס מגנטי. במידה והינך משלם במזומן יש להסדיר את התשלום במזכירות הסניף טרם הגעה לטיפול.