

מכתב סיכום שחרור רפואי - ביקור במלרד
תאריך קבלה: 19/12/2023
תאריך שחרור: 19/12/2023

הופק ע"י דר' אברהם דנה 19/12/2023 19:03

מיון אורתופדי
דר' שקליאר ארקדי מ.ר. 34568
רונית אילסר
08-9441399
08-9441711
2023123556

מיון:
מנהל:
אחות אחראית:
טלפון:
פקס:
מס' קבלה למחלקה:

שם משפחה:	ברקוביץ	ת. לידה:	07/04/1971
שם פרטי:	אמיר	ת זהות:	2812845
כתובת:	הצדף 18/ יבנה	גיל:	52
טלפון:	0537215228	שם האב:	אדוארד
סוג דם:			

נא ליצור קשר עם הרופא המטפל, לבירור תשובות סופיות לבדיקות שבוצעו

מועד קבלה למיון

תאריך: 19/12/2023 14:48

מספר קבלה: 2023123556

גורם מממן : מכבי

סיום טיפול במלרד: שחרור

שעת הודעה למחלקה
שעת העברה למחלקה

מועבר למחלקה
מקבל ההודעה במחלקה

אבחנה

- BACK PAIN (7245)

תלונה עיקרית בבדיקה

מחלה נוכחית ובדיקה גופנית

תאריך ושעה	נושא	נרשם ע"י	פרטים
19/12/2023 18:20	דר' אברהם דנה מ.ר. 164255	בן 52, בריא בד"כ.	פנה בשל כאבי גב אשר החלו מספר שעות טרם קבלתו כעת מלין על כאבים וקושי בתנועות הגב. ללא חסר נוירולוגי או אי שליטה על סוגרים. הקרנה לרגל שמאל ללא סיפור של חום, הזעות לילה, ללא סיפור של ירידה לא מוסברת במשקל או היסטוריה של ממאירות. שולל סימפטומים אורייניים. ממצאים עיקריים בבדיקה גופנית: כאוב, ללא קושי בהליכה, מניע 4 גפיים. GCS=15 גב:

מכתב סיכום שחרור רפואי - ביקור במלרד

תאריך קבלה: 19/12/2023

תאריך שחרור: 19/12/2023

הופק ע"י דר' אברהם דנה 19/12/2023 19:03

מיון אורתופדי
דר' שקליאר ארקדי מ.ר. 34568
רונית אילסר
08-9441399
08-9441711
2023123556

מיון:
מנהל:
אחות אחראית:
טלפון:
פקס:
מס' קבלה למחלקה:

שם משפחה:	ברקוביץ	ת. לידה:	07/04/1971
שם פרטי:	אמיר	ת זהות:	2812845
כתובת:	הצדף 18/ יבנה	גיל:	52
טלפון:	0537215228	שם האב:	אדוארד
סוג דם:			

נא ליצור קשר עם הרופא המטפל, לבירור תשובות סופיות לבדיקות שבוצעו

רגישות פאראורטברלית בגב תחתון, ללא רגישות או סימני חבלה מעל החוליות.
 כח גס: RT: ILI=5/5 Quad=5/5 TA=5/5 TP=5/5 EHL=5/5
 כח גס: LT: ILI=5/5 Quad=5/5 TA=5/5 TP=5/5 EHL=5/5
 אנטלגיה: ללא חסר תחושת.
 SLR שלילי

רפלקסים הופקו תקינים ושווים דו"צ, ללא החזרים פתולוגיים.
 דפקים פריפרים נמושו היטב.

דר' אברהם דנה מ.ר. 164255 צילום ללא סימני שבר או פריקה

19/12/2023
19:03

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

מדדים

תאריך ושעה	כאב
15:23 19/12/2023	10

בדיקות עזר

תוצאה	תאריך	בדיקה
לא הוקלדה תשובה	19/12/2023	צילום עמוד שדרה מותני סקראלי במסגרת עמוד שדרה

ביצוע תרופות

מינון	צורת מינון	תאריך ושעה	תזמון מהוראה	תרופה
Drug Dosage: 1000 mg	SYR	19/12/2023 15:20 פרץ אייל מ.ר. 234188	Once Rate from nurse:0	V-DALGIN 1.25g/5mL SYR 1000 mg
Drug Dosage: 100 mg	INJ	19/12/2023 18:07	Once Rate from nurse:0	TRAMA INJ 100 mg
Drug Dosage: 10 mg	INJ	19/12/2023 18:08	Once Rate from	PRAMIN INJ 10 mg

מכתב סיכום שחרור רפואי - ביקור במלרד

תאריך קבלה: 19/12/2023

תאריך שחרור: 19/12/2023

הופק ע"י דר' אברהם דנה 19/12/2023 19:03

מיון אורתופדי
דר' שקליאר ארקדי מ.ר. 34568
רונית אילסר
08-9441399
08-9441711
2023123556

מיון:
מנהל:
אחות אחראית:
טלפון:
פקס:
מס' קבלה למחלקה:

שם משפחה:	ברקוביץ	ת. לידה:	07/04/1971
שם פרטי:	אמיר	ת זהות:	2812845
כתובת:	הצדף 18/ יבנה	גיל:	52
טלפון:	0537215228	שם האב:	אדוארד
סוג דם:			

נא ליצור קשר עם הרופא המטפל, לבירור תשובות סופיות לבדיקות שבוצעו

Oral	PERCOcet 5mg/325mg TAB 1 tab	nurse:0 Once Rate from nurse:0	19/12/2023 19:03	TAB	Drug Dosage: 1 tab
------	---------------------------------	---	------------------	-----	--------------------

המלצות

המלצה: פיזיותרפיה לחיזוק שרירי גב
עמש מותני

מעקב רופא/ה מטפל/ת
משככי כאבים לפי הצורך
פעילות גופנית מתונה

רפואה משלימה - דיקור, שיאצו
מעקב אורטופד בקופ"ח
מנוחה למשך 5 ימים

בהחמרה: כאב מוחמר, חסר נירולוגי, אי שליטה על סוגרים # לפנות לטיפול רפואי

תרופות מומלצות להמשך טיפול

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓	לפי הצורך, לשינוך כאב	1		5 ימים	50 X 3 ביום	1000 mg	Oral	OPTALGIN DRP 500mg/mL (500mg in 25 Drops) (DIPYRONE)
✓	נגד כאב, עלול להרדים	20		5 ימים	1 X 2 ביום	1 cap	Oral	ROKAcet PLUS (PARACETAMOL, CAFFEINE, CODEINE PHOSPHATE)
✓		20		10 ימים	1 X 1 ביום	20 mg	Oral	BREXIN (PIROXICAM BETA-CYCLODEXTRIN)

רופא אחראי

רופא: דר' אברהם דנה מ.ר. 164255

הוראות

מכתב סיכום שחרור רפואי - ביקור במלרד

תאריך קבלה: 19/12/2023

תאריך שחרור: 19/12/2023

הופק ע"י דר' אברהם דנה 19/12/2023 19:03

מיון אורתופדי
דר' שקליאר ארקדי מ.ר. 34568
רונית אילסר
08-9441399
08-9441711
2023123556

מיון:
מנהל:
אחות אחראית:
טלפון:
פקס:
מס' קבלה למחלקה:

שם משפחה:	ברקוביץ	ת. לידה:	07/04/1971
שם פרטי:	אמיר	ת זהות:	2812845
כתובת:	הצדף 18/ יבנה	גיל:	52
טלפון:	0537215228	שם האב:	אדוארד
סוג דם:			

נא ליצור קשר עם הרופא המטפל, לבירור תשובות סופיות לבדיקות שבוצעו
גם בפניה חוזרת למיון יש להצטייד בהפניית רופא

מכתב נחתם ע"י: דר' אברהם דנה מ.ר. 164255

חתימה: _____

מרפאת אורתופדיה פעילה בימים א'-ה', לקביעת תורים יש להתקשר לטלפון- 08-9441515
מרפאת כף יד פעילה בימים ב' + ה', לקביעת תורים יש להתקשר לטלפון- 08-9441611

מכתב סיכום שחרור רפואי - ביקור במלרד
תאריך קבלה: 19/12/2023
תאריך שחרור: 19/12/2023

הופק ע"י דר' אברהם דנה 19/12/2023 19:03

מיון אורתופדי
דר' שקליאר ארקדי מ.ר. 34568
רונית אילסר
08-9441399
08-9441711
2023123556

מיון:
מנהל:
אחות אחראית:
טלפון:
פקס:
מס' קבלה למחלקה:

שם משפחה:	ברקוביץ	ת. לידה:	07/04/1971
שם פרטי:	אמיר	ת זהות:	2812845
כתובת:	הצדף 18/ יבנה	גיל:	52
טלפון:	0537215228	שם האב:	אדוארד
סוג דם:			

נא ליצור קשר עם הרופא המטפל, לבירור תשובות סופיות לבדיקות שבוצעו

מועד קבלה למיון

תאריך: 19/12/2023 14:48

מספר קבלה: 2023123556

גורם מממן : מכבי

סיום טיפול במלרד: שחרור

מועבר למחלקה

מקבל ההודעה במחלקה

שעת הודעה למחלקה
שעת העברה למחלקה

אבחנה

• BACKPAIN (7245)

תלונה עיקרית בבדיקה

מחלה נוכחית ובדיקה גופנית

נרשם ע"י

נושא

תאריך ושעה

פרטים

דר' אברהם דנה מ.ר. 164255 בן 52, בריא בד"כ.

19/12/2023
18:20

פנה בשל כאבי גב אשר החלו מספר שעות טרם קבלתו
כעת מלין על כאבים וקושי בתנועות הגב.
ללא חסר נוירולוגי או אי שליטה על סוגרים.
הקרנה לרגל שמאל
ללא סיפור של חום, הזעות לילה, ללא סיפור של ירידה לא מוסברת
במשקל או היסטוריה של ממאירות.
שולל סימפטומים אורינוריים.

ממצאים עיקריים בבדיקה גופנית:
כאוב, ללא קושי בהליכה, מניע 4 גפיים. GCS=15
גב:

מכתב סיכום שחרור רפואי - ביקור במלרד
תאריך קבלה: 19/12/2023
תאריך שחרור: 19/12/2023

הופק ע"י דר' אברהם דנה 19/12/2023 19:03

מיון אורתופדי
דר' שקליאר ארקדי מ.ר. 34568
רונית אילסר
08-9441399
08-9441711
2023123556

מיון:
מנהל:
אחות אחראית:
טלפון:
פקס:
מס' קבלה למחלקה:

שם משפחה:	ברקוביץ	ת. לידה:	07/04/1971
שם פרטי:	אמיר	ת זהות:	2812845
כתובת:	הצדף 18/ יבנה	גיל:	52
טלפון:	0537215228	שם:	אדוארד
סוג דם:	האב:		

נא ליצור קשר עם הרופא המטפל, לבירור תשובות סופיות לבדיקות שבוצעו

רגישות פאראורטברלית בגב תחתון, ללא רגישות או סימני חבלה מעל החוליות.
כח גס: RT: ILI=5/5 Quad=5/5 TA=5/5 TP=5/5 EHL=5/5
כח גס: LT: ILI=5/5 Quad=5/5 TA=5/5 TP=5/5 EHL=5/5
אנטלגיה, ללא חסר תחושת.
SLR שלילי.
רפלקסים הופקו תקינים ושזויים דו"צ, ללא החזרים פתולוגיים.
דפקים פריפרים נמושו היטב.

דר' אברהם דנה מ.ר. 164255 צילום ללא סימני שבר או פריקה

19/12/2023
19:03

לא ידועה רגישות לתרופות
לא ידועה רגישות לתומרים

מדדים

תאריך ושעה	כאב
15:23 19/12/2023	10

בדיקות עזר

תוצאה	תאריך	בדיקה
לא הוקלדה תשובה	19/12/2023	צילום עמוד שדרה מותני סקראלי במסגרת עמוד שדרה

ביצוע תרופות

מינון	צורת מינון	תאריך ושעה	תזמון מהוראה	תרופה
Drug Dosage: 1000 mg	SYR	19/12/2023 15:20 פרץ אייל מ.ר. 234188	Once Rate from nurse:0	V-DALGIN 1.25g/5mL SYR 1000 mg
Drug Dosage: 100 mg	INJ	19/12/2023 18:07	Once Rate from nurse:0	TRAMA INJ 100 mg
Drug Dosage: 10 mg	INJ	19/12/2023 18:08	Once Rate from	PRAMIN INJ 10 mg

מכתב סיכום שחרור רפואי - ביקור במלרד

תאריך קבלה: 19/12/2023

תאריך שחרור: 19/12/2023

הופק ע"י דר' אברהם דנה 19/12/2023 19:03

מיון אורתופדי
דר' שקליאר ארקדי מ.ר. 34568
רונת אילסר
08-9441399
08-9441711
2023123556

מיון:
מנהל:
אחות אחראית:
טלפון:
פקס:
מס' קבלה למחלקה:

שם משפחה:	ברקוביץ	ת. לידה:	07/04/1971
שם פרטי:	אמיר	ת זהות:	2812845
כתובת:	הצדף 18/ יבנה	גיל:	52
טלפון:	0537215228	שם האב:	אדוארד
סוג דם:			

נא ליצור קשר עם הרופא המטפל, לבירור תשובות סופיות לבדיקות שבוצעו

Oral	PERCOcet 5mg/325mg TAB 1 tab	nurse:0 Once Rate from nurse:0	19/12/2023 19:03	TAB	Drug Dosage: 1 tab
------	---------------------------------	---	------------------	-----	--------------------

המלצות

המלצה: פיזיותרפיה לחיזוק שרירי גב
CT עמש מותני
מעקב רופא/ה מטפל/ת
משככי כאבים לפי הצורך
פעילות גופנית מתונה
רפואה משלימה - דיקור, שיאצו
מעקב אורתופד בקופ"ח
מנוחה למשך 5 ימים
בהחמרה: כאב מוחמר, חסר ניירולוגי, אי שליטה על סוגרים # לפנות לטיפול רפואי

תרופות מומלצות להמשך טיפול

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓	לפי הצורך, לשינוך כאב	1		5 ימים	50 X 3 ביום	1000 mg	Oral	OPTALGIN DRP 500mg/mL (500mg in 25 Drops) (DIPYRONE)
✓	נגד כאב, עלול להרדים	20		5 ימים	1 X 2 ביום	1 cap	Oral	ROKAcet PLUS (PARACETAMOL, CAFFEINE, CODEINE PHOSPHATE)
✓		20		10 ימים	1 X 1 ביום	20 mg	Oral	BREXIN (PIROXICAM BETA-CYCLODEXTRIN)

רופא אחראי

רופא: דר' אברהם דנה מ.ר. 164255

הוראות

מכתב סיכום שחרור רפואי - ביקור במלרד
תאריך קבלה: 19/12/2023
תאריך שחרור: 19/12/2023

הופק ע"י דר' אברהם דנה 19:03 19/12/2023

מיון אורתופדי
דר' שקליאר ארקדי מ.ר. 34568
רונית אילסר
08-9441399
08-9441711
2023123556

מיון:
מנהל:
אחות אחראית:
טלפון:
פקס:
מס' קבלה למחלקה:

שם משפחה:	ברקוביץ	ת. לידה:	07/04/1971
שם פרטי:	אמיר	ת. זהות:	2812845
כתובת:	הצדף 18/ יבנה	גיל:	52
טלפון:	0537215228	שם האב:	אדוארד
סוג דם:			

נא ליצור קשר עם הרופא המטפל, לבירור תשובות סופיות לבדיקות שבוצעו
גם בפניה חוזרת למיון יש להצטייד בהפניית רופא

מכתב נחתם ע"י: דר' אברהם דנה מ.ר. 164255

חתימה:

מרפאת אורתופדיה פעילה בימים א'-ה', לקביעת תורים יש להתקשר לטלפון- 08-9441515
מרפאת כף יד פעילה בימים ב' + ה', לקביעת תורים יש להתקשר לטלפון- 08-9441611



0051923985



021085



קוד הפניה: 356736342

טלפון: 08-9424040

פקס: 073-2284795

כתובת: גיבורי החיל 1/26, יבנה

פרטי הנבדק:	שם משפחה: ברקוביץ	שם פרטי: אמיר	ת.ז.: 28128452
ת.לידה: 07/04/1971	מין: ז	טלפון: 0537215228	טל.עבודה/נייד: 0537215228
כתובת: 0028128452	הצדף 18/46, יבנה	מיקוד: 8103821	

הפניה למכון דימות - C.T

פרטי הרופא שלבקשתו נערכה ההזמנה:

שם הרופא: דר' אברהם דנה

התמחות: אורתופדיה

בית חולים: קפלן.

מחלקה/מרפאה: מיון אורתופדיה.

שם המכון:

אסותא כלניות

תלונות:

אשתו כאן.

המטופל עם כאבי גב תחתון.

נבדק במיון קפלן על ידי אורתופדי דר' אברהם דנה.

צ. ע"ש מתני במפ.

הומלץ להשלים בירור עם CT ע"ש מתני.

אבחנה:

• LOW BACK PAIN

בעיות ידועות:

- FATTY LIVER (03/2018)
- HYPERGLYCEMIA (03/2018) impaired fasting
- HYPERCHOLESTEROLEMIA (03/2018)
- HYPERURICEMIA (08/03/2018)

מעשנת: לא

קוד מב"ר	פרוטוקול ביצוע הבדיקה	בדיקה דרושה
L1039		CT עמוד שדרה מותני וסקרלי

שאלה לרדיולוג:

בירור כאבי גב תחתון עם הקרנה לברך.
בהמלצת אורתופדיה.

תאריך ביצוע	לפני	תוצאה	בדיקת מעבדה
07/12/2020	3.0 שנים		Creatinine (B)
07/12/2020	3.0 שנים		eGFR
		1.04	
		84	

תאריך: 28/12/2023

שם הרופא: דר' ד. שפיץ

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 28/12/2023 עד תאריך - 25/06/2024

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

דף מידע - מרכז יעוץ ארצי לבדיקות דימות

(CT, MRI, מיפויים מורכבים ברפואה גרעינית)

שלום רב,

הרופא המטפל בך פנה למרכז הייעוץ הארצי לבדיקות דימות במכבי, לצורך התייעצות עם רדיולוג מומחה בגין סוג הבדיקה ונחיצותה עבורך.

במרכז הייעוץ עומדים לרשות רופא מכבי מיטב הרופאים המומחים ברדיולוגיה אשר מטרתם לבצע דיון רפואי משותף לביצוע הבדיקה המתאימה לך בטכניקה הנכונה.

בתום ההתייעצות, המתבססת על ניסיון רב, הכרת שיטות הדימות השונות ויכולתם לתרום לקידום הטיפול הרפואי בך, תועבר תשובת מרכז הייעוץ ישירות לרופא המטפל בך.

ישנם 3 סוגי תשובות של מרכז הייעוץ:

1. במקרה ולצורך מתן חוות הדעת באשר לנחיצות וסוג הבדיקה ידרש מידע רפואי נוסף נפנה אליך או לרופא המטפל בך לקבלת המידע. עם קבלת מידע זה נוכל לגבש המלצתנו.
 2. במקרה והבדיקה לא תומלץ לביצוע, יקבל הרופא המטפל בך את הנימוקים לכך, וינחה אותך על המשך הטיפול המתאים.
 3. כאשר הבדיקה כן תומלץ, יהיה עליך לפנות בטלפון למכון המבצע לתאום המועד לביצוע הבדיקה. יש להקפיד ולהגיע לבדיקה עם טופס ההפניה וההתחייבות אותם ניתן להדפיס כמפורט בהמשך.
- את תשובת מרכז הייעוץ (כולל הפניה והתחייבות לביצוע הבדיקה שהומלצה) ניתן לראות בדרך כלל בחלוף 4 ימי עבודה מעת שליחת הבקשה ו/או קבלת המידע הנוסף, בכל אחד מהמקומות הבאים:
- * מחשב אישי - אתר מכבי און ליין - באמצעות סיסמא אישית.
 - * סניפי מכבי - מתקן מכבי לי - באמצעות כרטיס מגנטי.
 - * מרפאת הרופא שולח הבקשה.

רפואה שלמה**צוות מרכז יעוץ ארצי לבדיקות דימות**

הנחיות לבדיקות CT

מספר דברים שיש לוודא לפני ההגעה לבדיקה:

1. יש להגיע למכון המבצע עם: ההפניה לבדיקה, התחייבות, במידה ובהפניה שקבלת רשום שהבדיקה תתבצע עם חומר ניגוד, יש להציג תוצאות של בדיקת דם של תפקודי כליות (קריאטינין ו e-GFR) שבוצעו ב 90 יום אחרונים.
2. אם ברשותך תוצאות של בדיקות דימות קודמות לאותו אזור גוף רצוי להביא את הדיסקים והפענוחים.
3. בזימון התור יש לוודא האם יש הנחיות מסוימות (למשל צורך בצום, הנחיות אחרות וכו'). ישנן בדיקות CT עבורן לא נדרשת הכנה כלל.

מצבים רפואיים שאם קיימים אצלך דורשים התייחסות:

✓ נבדקים עם רגישות לiod:

- ישנו צורך ליטול תרופות נוגדות אלרגיה לפני הזרקת חומר ניגוד מכיל iod.
- הוראות ופרוטוקול הכנה עם מרשמים לתרופות יקבעו וינתנו על ידי הרופא המפנה.

✓ נבדקים חולי אסתמה:

- אסתמה לא פעילה (ללא טיפול וללא התקף בחודשיים האחרונים): אין צורך בהכנה טרם בדיקה.
- אסתמה פעילה: יש להביא את המשאף ליום הבדיקה. ייתכן ותבקשו להשתמש בו לפני התחלת הבדיקה.

✓ נבדקים שנוטלים תרופה לטיפול בסוכרת המכילה מטפורמין (גלוקומין וכו'): במידה ובבדיקות שלך קיימת ירידה משמעותית בתפקוד הכליות

כלומר (e-GFR נמוך מ-30) יש להפסיק את מתן התרופה במשך 48 שעות לאחר הזרקת חומר ניגוד מבוסס iod.

אם אין החמרה בתפקודי כליות (לפי בדיקת דם עדכנית) ניתן לחדש את נטילת התרופה לאחר מכן. יש להגביר שתיית מים ביממה לאחר ההזרקה.

✓ נבדקים עם הפרעה משמעותית בתפקוד הכליות:

במידה וסוג הבדיקה דורש הזרקת חומר ניגוד מבוסס iod, לרוב הרופא המפנה לבדיקה יתייעץ עם נפרולוג לקבל הדרכה על ההכנה המומלצת לך טרם הבדיקה.

✓ נשים בהריון:

בדיקת CT אסורה ככלל. במקרים מסוימים ייתכן אישור בהתייעצות עם מרכז דימות.

✓ נשים מניקות:

אין מניעה להמשיך להניק.

✓ נבדקים עם מחלת פעילות יתר של בלוטת תירואיד (בלוטת מגן):

- כאשר יש היפרתירואידיזם פעיל – אין להזריק חומר ניגוד מבוסס iod ללא ההתייעצות עם אנדוקרינולוג טרם הבדיקה.
- אם ידוע לכם שאתם אמורים לעבור טיפול עם iod רדיואקטיבי או מיפוי תירואיד בחודשיים הקרובים – אין להזריק חומר ניגודי מבוסס iod.

תאריך: 28/12/2023
שעה: 11:14:28



(1716)

אסותא כלניות
טומוגרפיה ממוחשבת (C.T)

00126

לכבוד
בית חולים
מכון
דרך מנחם בגין

טלפון: 03-7644444

התחייבות מספר: 231250152

הנדון: התחייבות בבית חולים

היננו מאשרים כי ברקוביץ אמיר ת.ז. 28128452
חבר ב- מכבי זהב - מכבי ש.בריאות ומבקשים לקבלו לטיפול בהתאם לתעריף שנקבע,
על חשבון: מכבי שרותי בריאות
גיל החבר: 52

ת.ז. חבר:	התחייבות:	תאריך טיפול:
028128452	231250152	28122023

קוד	מס	קוד	מס	קוד	מס	קוד	מס	קוד	מס
CT	01	0	72133	0	72133	0	72133	0	72133
עמוד שדרה מותני סקראל	1	כמות	1	כמות	1	כמות	1	כמות	1
תאור טיפול	1	תאריך	1	תאריך	1	תאריך	1	תאריך	1
בנותן שרות	1	כניסה/טפול	1	כניסה/טפול	1	כניסה/טפול	1	כניסה/טפול	1
72131	1	28/12/2023	1	28/12/2023	1	28/12/2023	1	28/12/2023	1
קוד מקורי	1	תאריך	1	תאריך	1	תאריך	1	תאריך	1
72131	1	28/12/2023	1	28/12/2023	1	28/12/2023	1	28/12/2023	1
כניסה/טפול	1	תאריך	1	תאריך	1	תאריך	1	תאריך	1
72131	1	28/12/2023	1	28/12/2023	1	28/12/2023	1	28/12/2023	1
כמות	1	כמות	1	כמות	1	כמות	1	כמות	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

מרכז רפואי: יבנה הירוקה
הדוגית
טל: 08-6866230

ישוב: יבנה
מתאם שרות:

התחייבות זו בתוקף עד לתאריך: 5/06/2024

במידה והתחייבות לא מומשה, יש להחזירה לסניף לבדיקת החיוב

נספח להתחייבות מספר 231250152:
התחייבות זו עבור שרותים אמבולטוריים בלבד.

מכבי חסוי אישי - המסמך מכיל מידע המוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות

התחייבות זו בתוקף כל עוד הינך חבר/ת מכבי שרותי בריאות.

אתר אסותא מרכזים לזימון תורים:

[HTTPS://APPOINTMENT.ASSUTA.CO.IL](https://appointment.assuta.co.il)

ההתחייבות תקפה לשלוחות אסותא רמת החייל, חיפה, ראשלי"צ, ב"ש
וכלניות. אין צורך לעדכן את טופס ההתחייבות במידה והבדיקה
מבוצעת באחת משלוחות אלה.

"מכבי שרותי בריאות"

בברכת בריאות טובה

טר"מ – איכילוב רפואה דחופה בקהילה בע"מ
רחוב ז'בוטינסקי 160, בני ברק 51328
1599-520520 פקס: 0722740627

רשת מרכזים לרפואה דחופה
Emergency Medical Centers



לכבוד אמיר ברקוביץ: TO:

תז ID#: 028128452
הרותם 19 ראשון לציון
מס' תיק Patient #: 441375 מס' ביקור: 1136560
תאריך רישום: 19/12/2023 Date of Payment:

Invoice #:
713689:om

מקור

מספר עוסק מורשה:
514508373
מס ע"מ לצורך דווח מעמ
514508373

Receipt of Payment
חשבונית מס קבלה

Description: תיאור: ביקור רגיל

כרטיס אשראי: 150 ש"ח

Subtotal :

VAT :

Total :

128.21 ש"ח

21.79 ש"ח

150.00 ש"ח

סהכ לפני מעמ:

מע"מ

סהכ כולל מעמ:

מספר שובר: 36002007
הונפק בתאריך: 19/12/2023



Prescription

Age: 52.74yrs

הרותם 19

ראשון לציון

IC 1136560 #ביקור

מרשם

עבור: אמיר ברקוביץ

קופה: מכבי

תז 028128452 תאריך ביקור 19/12/2023

Omeprazole (Omepradex
LOSEC) 20 mg caplets PO

1 (One) caplets

1 (One) TIMES PER DAY FOR 5 (Five) DAYS #:5 (Five) caplets

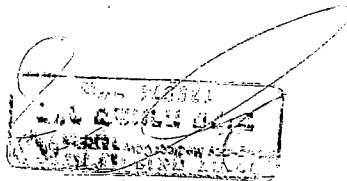
Diclofenac Sodium (VOLTAREN

ABITREN

BETAREN) 100 mg tabs S.R. PO

1 (One) tablet

1 (One) TIMES PER DAY FOR 5 (Five) DAYS #:5 (Five) tablet



חותמת

הרופא/ה המטפל/ו סלים סמארה

רשיון 125576

טופס חופש מחלה

19/12/2023

תאריך ביקור

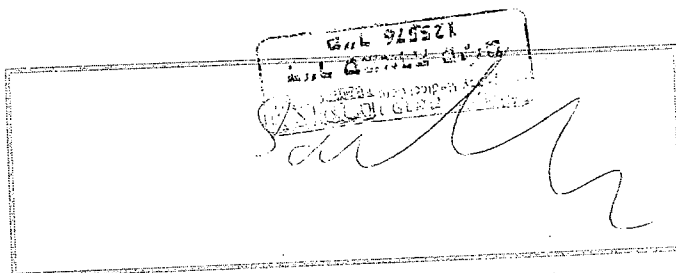
אמיר ברקוביץ

שם

028128452

תז

ימי חופש מחלה 3



חותמת וחתימה

הרופא/ה המטפל/ו סלים סמארה

רשיון 125576

האבחנה וסיבת מתן ימי מחלה מופיעים בתיק הרפואי שניתן למטופל



מס מרשם: 599728

תוקף מ: 19/12/2023 עד: 02/01/2024

טלפון סלולרי: 089510442

כללית



2812845

תלידה: 07/04/1971

גיל: 52.8

טלפון: 0537215228

יבנה

ברקוביץ אמיר

כתובת: הצדף 18

מיקוד: 8103821

קופה: מכבי

גורם מבטח: קופ"ח מכבי

DRP OPTALGIN DRP 500mg/mL (500mg in 25 Drops) (DIPYRONE)

1000 mg

5 ימים ביום 3 X 50
DRP

1 (אחת) יחידות לניפוק

הוראות שימוש:

50 Oral (חמישים) 3 X (שלוש) פעמים ביום למשך 5 (חמישה) ימים

לפי הצורך, לשיכוך כאב

CPL ROKAcet PLUS (PARACETAMOL,CAFFEINE,CODEINE PHOSPHATE) 1 cap

5 ימים ביום 2 X 1
CPL

20 (עשרים) יחידות לניפוק

הוראות שימוש:

1 Oral (אחד) 2 X (שתיים) פעמים ביום למשך 5 (חמישה) ימים

נגד כאב, עלול להרדים

TAB BREXIN (PIROXICAM BETA-CYCLODEXTRIN)

20 mg

10 ימים ביום 1 X 1
TAB

20 (עשרים) יחידות לניפוק

הוראות שימוש:

1 Oral (אחד) 1 X (אחת) פעמים ביום למשך 10 (עשרה) ימים

XXXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXX

דר' אברהם דנה



מ.ר. 164255

סנימה ומחמת הרופא:

תאריך הפקה: 19/12/2023

מרכז רפואי קפלן מיון אורתופדי 08-9441399

צוות מרפאת טרם מאחל לך רפואה שלמה והחלמה מהירה!
לשירותך בכל עת בטלפון: 1599-520-520
www.terem.com

תאריך ביקור Date 17:18 28/01/2024	ביקור מס': 192620	גליון שחרור Discharge Chart	תיק מס': 128116	תלונה: תאונת דרכים
---	----------------------	--------------------------------	--------------------	-----------------------

במקרה של החמרה יש לחזור לבדיקה נוספת! אין להזניח סימנים של החמרה במחלה!

תודה רבה לאחיות מכבי-מוקד (אח/אחות) על הפנייה זו ל-טרם קופה: מכבי	שם: אמיר ברקוביץ תז: ID: 028128452	הרופא המטפל במרפאת טרם דר. באקר גרגאוי
---	---------------------------------------	---

סיכום הביקור:

פרטי קשר	טל נייד: 0537215228 אימייל: אין
אבחנה	
Diagnosis	
Fx radius head	
Pulse: 98, O2sat: 99, BP: 112/76 (other vitals may be on scanned chart)	
Date Of Birth: 07/04/1971 Age: 52 years 9 months	
הסטוריה / אנמנזה רפואית: בן 52, בריא בדרך כלל	
נפל מאופנוע שהיה עומד, לא בנסיעה ללא סיפור של חבלת ראש, ללא הקאות או איבוד הכרה מלין על כאבים במרפק ושורש כף יד שמאל ===	
בדיקה גופנית: במצב כללי טוב, לא במצוקה מרפק שמאל- רגישות באיזיר ברוקסימאלי אולנה וראש רדיוס עם נפיחות קלה ללא המטומה, ללא דפרמציה כאבים בברונציה וספינציה תחושה שמורה, דפקים נמושו טווח תנועה עם כאבים והגבלה עד 90 מעלות שורש כף יד שמאל- רגישות באיזיר דסטאל אולנה ללא נפיחות, ללא המטומה או דפרמציה טווח תנועה עם כאבים, ללא הגבלה ללא רגישות ב SB ===	
מהלך ודיון: צילום שורש ומרפק- שבר בראש רדיוס טופל עם סד גבס	
מעקב רופא טמפל מעקב רופא אורטופיד בקופה משככי כאבים לפי הצורך רפואה שלמה! ש לעיין גם בגליון הביקור הסרוק	
בדיקות שבוצעו במהלך הביקור (תוצאות נסרקו בתיק)	
Tests done (results scanned on actual chart)	
Cast	
Procedures & Treatments done at Visit	
Sling, Cast Posterior Long Arm Splint-Left	
פרוצדורות וטיפולים שנעשו במהלך הביקור (כולל טיפול תרופתי):	

על פי בדיקת הרופא במרפאת טרם אובחן כי אתה סובל משבר באחת או יותר מהעצמות. ניתן להקל על הכאב על ידי נטילת משככי כאבים וחבישת גבס לפי הצורך.

יש לפנות לאורתופד בקופת חולים תוך שלושה ימים לצורך המשך הטיפול.

יש לחזור למרפאת טרם במידה והכאב חזק או שהינך מרגיש לחץ מהגבס.

גבס נועד להחזיק את השבר במקומו, להגן על האיזור ולמנוע תנועה על מנת לזרז את תהליך הריפוי ולהקל על הכאב. הוראות טיפול בגפה מגובסת:

- הפחתת נפיחות- שים קרח עטוף בשקית או בקבוק מים קרים ישירות על הגבס, בדיוק מעל מקום השבר. יש לחזור על פעולה זו במהלך היומיים הראשונים שלאחר הפציעה פעמיים או שלוש, כל פעם למשך 30-60 דקות.
- הרמת הגפה הפגועה:
- 1. יד: השתמש במנשא במהלך היום וכרית במהלך הלילה
- 2. רגל: השתמש בכרית, לפחות למשך שלושת הימים הראשונים לאחר הפציעה.

על מנת להתרחץ - יש לעטוף את הגבס בשקית על מנת להשאיר אותו יבש ובכל מקרה להמנע מהכנסתו למים.

יש לגשת באופן מיידי לחדר מיון במידה ומופיעה אחת התופעות הבאות:

1. כאב עז שלא שוכך, אפילו לאחר נטילת משככי כאבים כגון אקמול.
2. נפיחות באזור החשוף של הגפה (אצבעות, כף יד, כף רגל)
3. איבוד תחושה או תחושת עקצוץ באצבעות כף היד או כף הרגל.
4. ירידה בחום של האצבעות

**מעקב עם רופא מטפל בעוד 3 ימים, מעקב עם אורטופד בעוד 2 ימים
קובץ זה נחתם דיגיטלית על ידי דר. באקר גרגאוי מ.ר. 171514**

מרפאת טרם מספקת שרותי רפואה דחופה. חלק בלתי נפרד מרפואה דחופה הינו מעקב מקצועי ואחראי לאחר השחרור מטרם. טרם אינה אחראית להשלכות של חוסר היענות המטופל להוראות הנ"ל. אם את/ה נתקל/ת בקושי בקביעת ביקורת כמומלץ, עליך להיבדק ע"י רופא המשפחה, או לחזור לטרם

בכל ביקור במרפאות טרם נא להביא כרטיס מגנטי של קופ"ח, תקציר מידע רפואי מקופ"ח כולל רשימת מחלות ותרופות עדכנית, אקג, תוצאות מעבדה אחרונות, מידע רלוונטי אחר.

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

שעה: 17:18		תאריך: 28/01/2024		#ביקור: 192620		#תיק: 128116	
שם:	אמיר ברקוביץ	תז:	028128452	מין:	ז	גיל:	52 שנים 8 חודשים
כתובת:	הצדף 18	יבנה		טל בית:	0537215228	נייד:	0537215228
RR	%SaO2	T/P		לח"ר B/P	112/76	דופק/P	98 סדיר
	99%						
חדר	קופ"ח מכבי	רופא מפנה/הקבוע	אחיות מכבי-מוקד (את/אחות)	תאונת דרכים			

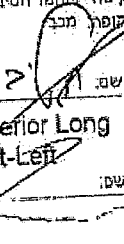
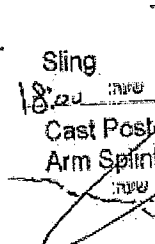
תאונת דרכים 28/01/24
IC 1145304
IC 1136560 19/12/23 Lumbago
YV 144392 23/08/21 Foreign
body of eye TO ER
IC 831372 20/01/20 Hiccup /
singultus - ECG
MO 1200121 17/04/17 Fx radius
distal , XR

THERE ARE OLD ECGS !!!

לוחות התחלת לבדוק החולה?

ביקור 192 620 (1)
הזמן ב: 28/01/2024 18:00:07
חולה: אמיר ב

תז: 452
מזמין: באקר גרגאוי
קובל: מוסמד חטיב
קופת מכבי

Sling
18.25 שעות
שם: 
Cast Posterior Long
Arm Splint-Left
שם: 
שעות:

ULMBINJ מטריאג

17:26:37
סאהר חאטר

Allergies: NONE

לא הוצה טיפול נגד כאב/תם

No xrays ordered

No tests ordered

No treatments ordered

אבחנה וחמלצות שחרור מצב החולה בשחרור: מצוין / טוב / יציב / החמיר

הכיתה ומעקב בקופ"ח

לבית חולים

פני באמבולנס

הופנה לרוממה

ד"ר גרגאוי באקר
Dr. Gargawi Bakār
L.N. 1-171514



חתימות וחותמת רופא

במקרה של החמרה
יש לחזור !!

אין
אני מאשר שמספרי הטלפון אי-מיל
שמספרי פעילים, ודרכם ניתן ליצור איתי
קשר לצורך מטרות רפואיות ומחקר (אך
זכותי לסרב) ושחזרפא המטפל טמין
לעיל אכן רופאי בקופה

חתימות חולה:

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

מסמך זה מכיל מידע מגן

שום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסרו שלא כדין עובר עבירה

טופס חופש מחלה

28/01/2024

תאריך ביקור

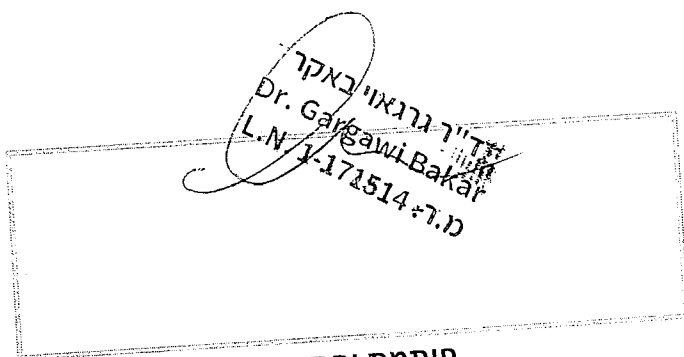
אמיר ברקוביץ

שם

028128452

תז

ימי חופש מחלה 5



חותמת וחתימה

הרופא/ה המטפל/ו באקר גרגאוי

רשיון 171514

האבחנה וסיבת מתן ימי מחלה מופיעים בתיק הרפואי שניתן למטופל

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

שם משפחה ברקוביץ	שם פרטי אמיר	שם האב אדוארד	מס' זהו 28128452	שכיר/עצמאי שכיר
ישוב יבנה	רחוב הצדף	מס' 18	מיקוד 6103821	שנת לידה 1971
חבר (כול)	כ	מקצוע	טלפון 0537215228	מקצוע
ת. פגיעה 28/01/2024	שעה 11:30	התעסקות בשעת הפגיעה		
האיבר שנפגע יד שמאל	שם הרופא המטפל		נמצא בטיפול מיום	

תאור התאונה, פרטי הטיפול שניתן לפני הגיעו אלינו והיכן קיבל טיפול:

חבלה במרפק שמאל ב-28.1.24 נפילה עם אופנוע עומד
צילום שבר 1 MASON בראש רדיוס שמאל טופל בשירם גבס
הורדת גבס
הפעלה הסבר

אבחנה:

• FRACTURE RADIUS HEAD CLOSED Left

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת על ידי הנ"ל:

הנ"ל אינו מסוגל לעסוק בעבודתו ואף לא בעבודה מתאימה אחרת

במשך: 30 ימים, היינו מיום: 28/01/2024 עד יום: 26/02/2024
30/01/2024

תאריך הבדיקה

חתימה וחותמת הרופא

חשוב -

תעודה זו מיועדת לצורך הגשת תביעה למימוש זכויותך כנפגע עבודה, למסר לביטוח

לאומי. אי הגשת תביעה עלולה למנוע המשך קבלת שירות רפואי מרקופה ותהיה על
אחריותו הבלעדית של הנפגע.



סודי רפואי

מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא המטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי

ממצאי בדיקה טומוגרפיה ממוחשבת קרן
טלפון: 08-9779610 פקס: 08-9779831

שם: ברקוביץ אמיר
ת.ז.: 2812845-2
טלפון: 050-5071550
כתובת: הרוותם 19 ראשון לציון 7553414
מקרה: 34833220
גיל: 52 ש
מין: ז
גורם מפנה: מכבי
יחידה ארגונית מזמינה: טומוגרפיה ממוחשבת CT

בדיקות שבוצעו

תאריך אישור ביצוע	שעת אישור ביצוע	תיאור שירות
01/01/2024	17:30	CT עמוד שדרה מותני, ללא חומר ניגוד

תולדות מחלה

ראה מסמך מצורף

שאלה לבירור

ראה מסמך מצורף

תיאור הבדיקה והמצאים

להלן ממצאי בדיקת CT ע"ש מותני
הבדיקה בוצעה בחתכים דקים ועוקבים כולל שחזורים למרווחים הדיסקלים.
מצאים:
ללא עדות לתמטם, תזוזות או שינויים הרסניים בחוליות.
ללא עדות למסות פרה או פרא ורטברליות.
תעלה ספינלית ברוחב תקין.
בהסתכלות ספציפית על המרווחים הדיסקלים:
גובה L1-L2: בגדר הנורמה.
גובה L2-L3: בגדר הנורמה.
גובה L3-L4: פרוטרודיה פורמינלית משמאל הגורמת להיצרות ופרמינה נוירלית ולחץ שורשי על L3 שמאלי.
גובה L4-L5: בגדר הנורמה.
גובה L5-S1: פרוטרודיה מרכזית קטנה עם לחץ מינימלית על השק התקאלי. פורמינות נוירליות חופשיות.

התרשמות: כמתואר

שם הרופא המפענח	מ.ר.ר	מ.ת.מ	תאריך פענוח	שעת פענוח
ד"ר. שלמן אלונה	136225	1-43611	18/01/2024	17:38

תאריך הקלדה: 18/01/2024



125448



כירורגיה אורתופדית | אורתופדיה החלפות מפרקים

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 08-6866580

פקס: 076-8893702

כתובת: אבנר בן נר 1, נס ציונה

קוד הפניה: 357918818

פרטי הנבדק:	שם משפחה: ברקוביץ	שם פרטי: אמיר	ת.ז.: 28128452
	ת.לידה: 07/04/1971	מין: ז	טלפון: 0537215228
	כתובת: הצדף 18/46, יבנה	מיקוד: 8103821	טל.עבודה/נייד: 0537215228
	0028128452		

התייעצות מומחה

תחום שירות: טיפול בכאב - במכבי

תלונות: מזה חודש כאבים בגב תחתון הקרנה לרגל ימין עד הברך.
ללא שיפור לאחר טיפול בנוגדי דלקת.
שולל סימני B

ממצאים: הליכה תקינה, מבחן בהונות עקבים תקין, רגישות פרהרכולית מותנית, טווחים מוגבלים, כח גס תחושה שמורים בכל התחנות.
SLR שלילי.

אבחנה:

• LOW BACK PAIN

מעשנת: לא

בעיות ידועות:

- FATTY LIVER (03/2018)
- HYPERGLYCEMIA (03/2018) impaired fasting
- HYPERCHOLESTEROLEMIA (03/2018)
- HYPERURICEMIA (08/03/2018)

מטרת ההפניה: לשקול זריקה אפידורלית / SNRB

** גא להצטייד בכרטיס מגנטי **

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

אם הנך פונה לרופא פרטי, מומלץ לבדוק מראש האם הרופא נכלל ברשימת רופאי מכבי זהב/ מכבי שלי

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 04/01/2024 עד תאריך - 02/07/2024

04/01/2024

חתימה וחותמת

תאריך

מ.ר גורם מפנה

ד"ר פקטור שי

כירורגיה אורתופדית



134084



קוד הפניה: 360423180

טלפון: 08-9424040

פקס: 073-2284795

כתובת: גיבורי החיל 1/26, יבנה

מומחה כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 28128452

שם פרטי: אמיר

שם משפחה: ברקוביץ

טל.עבודה/נייד: 0537215228

טל.בית: 0537215228

מין: ז

ת.לידה: 07/04/1971



מיקוד: 8103821

הצדף 18/46, יבנה

כתובת:

0028128452

מרפאת חוץ

הפעולה הנדרשת:

שם הטיפול

קוד

9943 בדיקת רופא

נותן שירות: בי"ח אסותא אשדוד ציבורי

אורתופדיה - עמוד שדרה

מחלקה:

סובל מכאב גב מקרין לרגל שמאל מזה חודש

תלונות:

החל לאחר תנועה חדה במהלך רכיבה על אופנוע

נבדק בקפלן - ללא חסר נוירולוגי גס, הומלץ CT

עבר CT (אסה"ר) 1.1.24

גובה: L1-L2 לבגדר הנורמה. גובה: L2-L3 לבגדר הנורמה.

גובה: L3-L4 פרוטרודיה פורמינלית משמאל הגורמת להיצרות ופרמיניה נוירלית ולחץ

שורשי על L3 שמאלי

גובה: L4-L5 לבגדר הנורמה.

גובה: L5-S1 פרוטרודיה מרכזית קטנה עם לחץ מינימלית על השק התקאלי. פורמיניות

נוירליות חופשיות.

היה במעקב אורטופד, כמו כן עבר זריקה במסגרת מרפאת גב

ללא הטבה

בבדיקה כעת - נושא משקל

SLR שלילי דוץ

ללא חסר נוירולוגי כעת בבדיקה.

לדברי המטופל מעוניין בפתרון ניתוחי, קיבל הטבר על כך שמדובר בכאב מזה חודש וללא חסר נוירולוגי וצורך בניתוח דחוף

מבקש בדיקת מומחה ממ"ש

• BACKACHE

אבחנה:

- FATTY LIVER (03/2018)
- HYPERGLYCEMIA (03/2018) impaired fasting
- HYPERCHOLESTEROLEMIA (03/2018)
- HYPERURICEMIA (08/03/2018)

בעיות ידועות:

ד"ר פקטור שי
מ.ר 134084

21/01/2024

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

נא להצטייד בכרטיס מגנטי

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 21/01/2024 עד תאריך - 19/07/2024

לתשומת לבך: הפניה זו איננה מהווה התחייבות לבית החולים. עלך לקבל בנוסף טופס התחייבות במידה ולא קיבלת מהרופא טופס התחייבות עליך לפנות עם ההפניה לסניף מכבי הקרוב למקום מגוריך להמשך טיפול. ניתן לבקש התחייבות גם דרך האפליקציה. ברצוננו להדגיש כי נותן השירות יקבע ע"י מכבי בעת אישור הרקשה.

תאריך: 04/01/2024

מ.ר גורם מפנה



מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

מכבי שירותי בריאות
העונת טופס
04/01/2024

ד"ר ליבשיץ גלעד

כירורגיה אורתופדית | אורתופדיה החלפות מפרקים

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 08-6866580

פקס: 076-8893702

כתובת: אבנר בן נר 1, נס ציונה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 28128452

שם פרטי: אמיר

שם משפחה: ברקוביץ

טל.עבודה/נייד: 0537215228

0537215228

טלפון:

מין: ז

ת.לידה: 07/04/1971



0028128452

כתובת:

הצדף 18/46, יבנה

מיקוד 8103821

אישור מחלה

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

אינו/ה מסוגל/ת לעבוד מיום: 01/01/2024 עד יום: 30/01/2024 סה"כ: 30 ימים.

04/01/2024

תאריך

חתימה וחותמת הרופא

חתימה וחותמת הרופא
ד"ר ליבשיץ גלעד
כירורגיה אורתופדית
מכבי



125448

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

טלפון: 08-6866580

פקס: 076-8893702

כתובת: אבנר בן נר 1, נס ציונה

קוד הפניה: 357918818

פרטי הנבדק:

שם משפחה: ברקוביץ

שם פרטי: אמיר

ת.ז.: 28128452



0028128452

ת.לידה: 07/04/1971

מין: ז

טלפון: 0537215228

טל.עבודה/נייד: 0537215228

הצדף 18/46, יבנה

כתובת:

מיקוד 8103821

התייעצות מומחה

תחום שירות:

טיפול בכאב

- במכבי

תלונות:

מזה חודש כאבים בגב תחתון הקרנה לרגל ימין עד הברך.
ללא שיפור לאחר טיפול בנוגדי דלקת.
שולל סימני B

ממצאים: הליכה תקינה, מבחן בהונות עקבים תקין, רגישות פרהרבלית מותנית, טווחים מוגבלים, כח גס תחושה שמורים בכל התחנות.
SLR שלילי.

אבחנה:

• LOW BACK PAIN

מעש/ת: לא

בעיות ידועות:

- FATTY LIVER (03/2018)
- HYPERGLYCEMIA (03/2018) impaired fasting
- HYPERCHOLESTEROLEMIA (03/2018)
- HYPERURICEMIA (08/03/2018)

מטרת ההפניה: לשקול זריקה אפידורלית / SNRB

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

אם הנך פונה לרופא פרטי, מומלץ לבדוק מראש האם הרופא נכלל ברשימת רופאי מכבי זהב/מכבי שלי

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 04/01/2024 עד תאריך - 02/07/2024

04/01/2024

תאריך

תתימה וחותמת

מס' זיהוי מטופל מס' נבדק מין גיל שם ההורה	28128452 ברקוביץ אמיר 69737227 זכר 52Y/9M	רחוב מס' בית עיר הצדף טלפון טלפון נוסף	12 יבנה 053-7215228 053-7215228	לקוח גג מכבי לא ידועה רגישות לתרופות
--	---	---	--	---

מידע רפואי אישי - מסמך זה מכיל מידע המוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות. כל המוסר שלא כדין עובר עבירה.

דוח פעולה

פרטי הפעולה	אלרגיות רופא מבצע אחות אחרת מועד הפעולה	לא ידועה רגישות לתרופות דר' Ilya Bronstein מ.ר. 33550 ילנה 10/01/2024
-------------	--	---

אבחנות/פעולות	אבחנות ניתוח/פעולה	LBP, Low Back Pain 724.2 LT Radicular pain syndrome of lower limb 724.4 LT Lumbar nerve root block - L4-5 03.91
---------------	-----------------------	---

בשיחה מקדימה עם המטופל/ת.	לאחר הסבר מפורט של משמעות הטיפול, תופעות לוואי וסיבוכים אפשריים, מול יעילות הטיפול התקבלה הסכמה בעל פה ובכתב לביצוע טיפול פולשני.
---------------------------	---

הרדמה	סוג ההרדמה	מקומית וסדציה
	מיקום הפעולה	חדר שיקוף רנטגן
	אמצעי הדמיה	Fluoroscopy
	ניטור	SpO2
	חומר ניגוד	Iopamiro 300
תרופות תוך וריד	Dormicum 1 mg	
חומר הרדמה מקומית	Lidocaine 2% -1 ml	
טיפול תרופתי שהוזרק	Lidocaine 1% -1 ml	
	Depo Medrol 80 mg	
סוג מחט	22G	מס' מחט
		Straight Sharp Needle

מהלך הפעולה	טען תבנית מהלך הפעולה	Lumbar nerve root block בתנוחה על העל הבטן רחצה וכיסוי סטרילי. בבקרת שיקוף רנטגן. הזרקת חומר ניגוד לווידוא מיקום. הזרקת תמיסה כנ"ל ללא סיבוכים מיידיים. מהלך לאחר הפעולה תקין.
-------------	--------------------------	--

דוח פעולה - מרפאת כאב	מרכז רפואי אסותא כלניות אשדוד שדרות מנחם בגין, מרכז כלניות, רובע ח' אשדוד טל: 08-8546333	תאריך כתיבת הגרסה: 10/01/2024 19:40:09	מ.ר. Bronstein Ilya דר' 33550
עמוד 1 מתוך 2			

מס' זיהוי	28128452	רחוב	הצדף	לקוח גג מכבי
מטופל	ברקוביץ אמיר	מס' בית	12	
מס' נבדק	69737227	עיר	יבנה	לא ידועה רגישות לתרופות
מין	זכר	טלפון	053-7215228	
גיל	52Y/9M	טלפון נוסף	053-7215228	
שם ההורה				

****מידע רפואי אישי**** - מסמך זה מכיל מידע המוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות. כל המוסר שלא כדין עובר עבירה.
משתחרר במצב כללי טוב

המלצות

במידה ויש עליית חום מעל 38.0 מעלות, הפרשה מוגלתית, כאב עז, חסר נירולוגי חדש, לפנות בדחיפות לחדר מיון.
איסור מוחלט לנהוג תוך 8 שעות לאחר הפעולה.
ביקור אצל רופא המטפל
חופשת מחלה לשלושה ימים.
מעקב רמות סוכר בדם
מעקב ערכי לחץ דם
פעילות גופנית לפי מגבלות הכאבים
מעקב ורישום רמת כאב, 3 פעמים ביום, למשך שבוע, כפי שהוסבר

ד"ר ברקוביץ אמיר
מומחה/פרומת / פיסיון כאב
מ.ר. 33550 מ.ר.מ. 27759

דוח פעולה - מרפאת כאב	מרכז רפואי אסותא כלניות אשדוד שדרות מנחם בגין, מרכז כלניות, רובע ח' אשדוד טל: 08-8546333	תאריך כתיבת הגרסה: 10/01/2024 19:40:09	מ.ר. Bronstein Ilya דר' 33550
עמוד 2 מתוך 2			



115660



פרטי הנבדק:					
שם משפחה: ברקוביץ		שם פרטי: אהרון		ת.ז.: 28128452	
ת.ל.י.: 07/04/1971		מיקוד: 0537215228		טל.בית/בית: 0537215228	
כתובת: הצדף 18/46, יבנה		מיקוד: 8103821		0028128452	

התייעצות מומחה

- במכבי

טיפול בכאב

תחום שירות:

תלונות: בן 52

בריא.

מזה חודשים - כאב רדיקולרי לרגל שמאל.

רגל < גב.

טופל עם תרופות לסיראוגין ללא הטבה.

פיזיותרפיה 3 מפגשים ללא הטבה.

זריקה סלקטיבת L4-L5 ללא הטבה.

ממצאים: הליכה תקינה, עקבים בזהירות.

SLR שלילי.

מצביע על כאב בפיזור קדמת הירך (L3-L4).

CT - דיסק ארקטראפורמינלי שמאלי L3=L4.

דיון ואבחנה מבדלת: זקוק לזריקה לשורש L3 - L4 - !!!!!

מרפאות כאב - בדיקה וזריקה חוזרת.

התייעצות מומחה עם"ש.

אבחנה:

• DISC HERNIATION - LUMBAR NO MYELOPATHY

מעשית: לא

בעיות ידועות:

- DISC HERNIATION - LUMBAR NO MYELOPATHY (02/2024)
- FATTY LIVER (03/2018)
- HYPERGLYCEMIA (03/2018) impaired fasting
- HYPERCHOLESTEROLEMIA (03/2018)
- HYPERURICEMIA (08/03/2018)

מטרת ההפניה: זריקה לשורש L3 - אסקטראפורמינלי L-L4 או ל DRG לדעת:

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

אם תוך פונה לרופא פרטי, נאמולץ לבדוק מראש תורם ולכלל בהתייעצות רופא המפנה/מרכזי שלי

תוקף ההפניה ל-180 יום, מהתאריך - 07/02/2024 עד תאריך - 05/05/2024

07/02/2024

תאריך

חתימה וחותמת