

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

|                |                    |                                |                       |                                          |
|----------------|--------------------|--------------------------------|-----------------------|------------------------------------------|
| תלונה:<br>נפלה | תיק מס':<br>579154 | Discharge Chart<br>גליון שחרור | ביקור מס':<br>1157880 | תאריך ביקור<br>Date:<br>06:57 19/03/2024 |
|----------------|--------------------|--------------------------------|-----------------------|------------------------------------------|

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

|                                           |                                         |                                            |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------|
| הרופא המטפל במרפאת טרם<br>ד"ר. סלים סמארה | שם: אהרון אורשלימי<br>תז: ID: 027199363 | תודה רבה לללא על הפנייה זו ל-טרם<br>לאומית |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------|

**סיכום הביקור:**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| Contact Info                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | פרטי קשר                                       |
| Diagnosis                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | אבחנה                                          |
| Fx metacarpal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                |
| Pulse: 84, TempC: 37 PO, O2sat: 99, BP: 132/80 (other vitals may be on scanned chart)                                                                                                                                                                                                                                              |                                                |
| Date Of Birth: 13/03/1974 Age: 50 years                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                |
| Injury/Pain Exam:<br><b>RIGHT WRIST</b> : Fell on open outstretched hand, Pain started in < 1 hr, Pain is mild, Distal ulna NOT tender, Distal Radius NOT tender, Ulnar Styloid NOT tender, Joint Space tender, SnuffBox NOT tender, Metacarpals tender, Is sensitive, Is wrist swelling, Is wrist Hematoma, No wrist Deformation, |                                                |
| הסטוריה / אנמנזה רפואית:<br>ימין דומיננטי                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                |
| תלונה של נפילה וחבלה ליד ימין יום טרם קבלתו , חבלה עם יד מושטת מאז כאבים .<br>==                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                |
| בדיקה גופנית:<br>נראה טוב , נינוח , יציב<br>נושא משקל על שתי רגליו , הולך בתבנית תקינה<br>יד ימין -נפיחות והמטומה בכף היד אולנרית , רגישות במישוש מסרק 4-5<br>רגישות במישוש שורש כף היד דורזלית ללא רגישות SB , מבחן טחינה שלילי<br>יד שמורה NV                                                                                    |                                                |
| NO snuff box tenderness,                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                |
| ==                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                |
| מהלך ודיון:<br>בצילום -<br>שבר בבסיס מסרק 5<br>יד הונחה בסזד דורזלי באינטרינסיק פלוס                                                                                                                                                                                                                                               |                                                |
| המלצות -<br>נוגדי כאבים לפי צורך<br>יד מורמת או במתלה<br>אין להוריד או להרטיב גבס<br>ביקורת אורתופד קופ"ח<br>חופשת מחלה עד לביקורת<br>בהחמרה לפנות לרופא<br>יש לעיין גם בגליון הביקור הסרוק                                                                                                                                        |                                                |
| Tests done (results scanned on actual chart)                                                                                                                                                                                                                                                                                       | בדיקות שבוצעו במהלך הביקור (תוצאות נסרקו בתיק) |
| Cast                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                |

ניתן לצפות בצילומי הרנטגן ובתשובת פענוח הרדיולוג ב- [www.teremi.com](http://www.teremi.com)  
יש לעקוב אחר תשובת הפענוח הסופית, במהלך 48 השעות מביצוע הצילום.

|                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Procedures & Treatments done at Visit                 | פרוצדורות וטיפולים שנעשו במהלך הביקור (כולל טיפול תרופתי):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Sling, Cast Ulnar Gutter Splint-Right                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Special instructions and recommendations on discharge | הנחיות מיוחדות והמלצות בשחרור                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                       | על פי בדיקת הרופא במרפאת טרם אובחן כי אתה סובל משבר באחת או יותר מהעצמות.<br>ניתן להקל על הכאב על ידי נטילת משככי כאבים וחבישת גבס לפי הצורך.<br><br>יש לפנות לאורתופד בקופת חולים תוך שלושה ימים לצורך המשך הטיפול.<br><br>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.<br>הוראות טיפול בגפה מגובסת:<br><ul style="list-style-type: none"><li>• 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.</li><li>• הרמת הגפה הפגועה:<ol style="list-style-type: none"><li>1. יד: השתמש במנשא במהלך היום וכרית במהלך הלילה</li><li>2. רגל: השתמש בכרית, לפחות למשך שלושת הימים הראשונים לאחר הפציעה.</li></ol></li></ul> על מנת להתרחץ - יש לעטוף את הגבס בשקית על מנת להשאיר אותו יבש וכל מקרה להמנע מהכנסתו למים.<br><br>יש לגשת באופן מיידי לחדר מיון במידה ומופיעה אחת התופעות הבאות: <ol style="list-style-type: none"><li>1. כאב עז שלא שוכך, אפילו לאחר נטילת משככי כאבים כגון אקמול.</li><li>2. נפיחות באזור החשוף של הגפה (אצבעות, כף יד, כף רגל)</li><li>3. איבוד תחושה או תחושת עקצוץ באצבעות כף היד או כף הרגל.</li><li>4. ירידה בחום של האצבעות</li></ol> |
|                                                       | מעקב עם רופא מטפל בעוד 2 ימים, מעקב עם אורטופד בעוד 2 ימים<br>קובץ זה נחתם דיגיטלית על ידי דר. סלים סמארה מ.ר. 125576                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

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

# הפניה אלקטרונית לטרם

תאריך הפניה: 07:00 19/03/2024

ת.ד.: 027199363 שם המטופל: אורשלימי אהרון

תאריך לידה: 13/03/1974 קופה: לאומית

תלונה:

תלונה עיקרית:

סוג החבלה:

סיפור של איבוד הכרה:

מעל 3 הקאות רצופות מייד לאחר החבלה:

מצוקה נשמתית נשמעת בשיחה:

בכל פנייה בשל חבלת גפיים יש להדריך לפני מתן הפנייה לקבלת הטיפול:

אזור החבלה:

האם יש חשד לשבר פתוח (עצם בולטת מעל פני העור עם חתך פתוח ודימום פעיל):

צועק/ת מכאב:

מידע על המטופל:

הבדיקה הדרושה:

רופא / מטפל: דר לאומית-מוקד אחיות התמחות: רשיון:

הפנייה זו בוצעה ונחתמה באופן אלקטרוני

חבלה

לא בראש - ללא חתך או גוף זר

לא

לא

לא

קירור מקומי, גפה מורמת, חבישה אלסטית, משככי כאבים, מנוחה

גפה עליונה - כתף/זרוע/אמה/צבעות /כף יד

לא

כן - מוקד

|             |                        |                   |                   |                    |
|-------------|------------------------|-------------------|-------------------|--------------------|
| #תק: 579154 |                        | #ביקור: 1157880   | תאריך: 19/03/2024 | שעה: 06:57         |
| חדר         | קופ"ח לאומית           | אהרון אורשלימי    |                   | שם: RR             |
|             | רופא מפנה/הקבוע<br>ללא | תז: 027199363     |                   | %SaO2<br>99%       |
|             | נפלה_תאונה             | מין ז גיל 50 שנים | כתובת: רש"י 25    | T/PO<br>37 PO      |
|             |                        | בני ברק           | טל' בית           | לח"ד B/P<br>132/80 |
|             |                        | נייד 0549014955   |                   | P/פק<br>סדיר       |

לרופא: מתי התחלת לבדוק החולה?

07:04:59  
איהאב ותד  
Allergies: NONE  
לא דקוק לטיפול נד כאב/חם  
שורש כף יד R, כף יד R  
No tests ordered  
No treatments ordered

ביקור: 1157 880 (נבחן)  
הזמן ב: 07:46:07 19/03/2024  
חולה: אהרון א  
תז: 027199363  
רופא: סלים שמארה  
רופא: איהאב ותד  
רופא: לאומית

Sling  
Cast Linear Gutter  
Splint-Right

אבחנה והמלצות שחרור  
מצב החולה בשחרור: מצוין / טוב / יציב / החמיר  
הכיתה ומעקב בקופ"ח ☐  
לביט חולים ☐  
פנוי באמבולנס ☐  
הופנה לרוממה ☐

במקרה של החמרה  
יש לחזור!

אין  
אני מאשר שמספרי הטלפון ואי-מייל  
שמספרי פעילים, ודרכם ניתן ליצור אתי  
קשר יצור מטרות רפואיות ומחקר (אך  
זכות לסרב) ושהרופא המטפל שצוין  
לעיל אינו רופא בקופה



חתימת וחותמת רופא

חתימת חולה:

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

מסמך זה מכיל מידע מוגן

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

**טופס חופש מחלה**

19/03/2024

תאריך ביקור

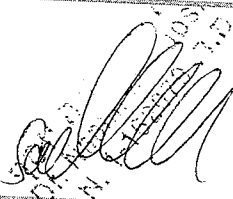
אהרון אורשלימי

שם

027199363

תז

**ימי חופש מחלה 5**



חותמת וחתימה

הרופא/ה המטפל/ו **סלים סמארה**

רשיון **125576**

**האבחנה וסיבת מתן ימי מחלה מופיעים בתיק הרפואי שניתן למטופל**