



מספר רשיון 123862  
טלפון 03-5556555  
פקס 03-5556560  
מחוז ת"א

שם הרופא ד"ר סרגיי סטריגין  
תחום כירורגיה וטראומטולוגיה  
כתובת הרב ניסנבאום, 33  
מרפאה בתימון - מרכז מקצועי - בת ים

תאריך: 04/09/2023

## סיכום ביקור

|              |                 |            |              |             |       |             |              |   |
|--------------|-----------------|------------|--------------|-------------|-------|-------------|--------------|---|
| פרטי המטופל: | שם משפחה ופרטי: | תורג'מן טל | מס זהות:     | 00207820556 | גיל:  | 23.08       | מין:         | ז |
| ת.לידה:      | 08/01/2000      | ישוב:      | תלמי יוסף    | רחוב:       | לבונה | טלפון נוסף: | 50 - 9434434 |   |
| מס בית:      | 95              | טלפון:     | 50 - 9434434 |             |       |             |              |   |

04/09/2023

תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

### שלום רב,

04/09/2023

תאריך הביקור:

04/09/2023

2 תאונת עבודה

סוג ביקור:

רגיל

מהות הביקור:

פניה עצמית

גורם מפנה

תלונות/סיבת הפניה: היום בחזרה מעבודה נפל מהקורקינט על היד ימין

בדיקה גופנית: נפוחות ורגישות באמה מימין  
רגישות בכתף ימין על הגבלה בהרמת יד  
פצע בכתף קדמי 2 סמ

| קוד  | איפיון | אבחנה |
|------|--------|-------|
| E888 |        | FALL  |

| הפניות       | פרטי ההפניה              | קוד | סטטוס |
|--------------|--------------------------|-----|-------|
| הפניה לדימות | 78109-צילום כתף מלא ימין | H3  | הודפס |

### בברכה,

123862

ד"ר סרגיי סטריגין

חתימה וחותמת הרופא

מס' רשיון

שם הרופא



טל: 03-5028211 | פקס: 03-5036408 | wolfson.org.il | 03-5036408  
רח' הלוחמים 62, חולון, 5822012 | 5822012

מעריך: המחלקה לרפואה דחופה

מנהל מעריך:

## סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה

|                              |                                    |                            |
|------------------------------|------------------------------------|----------------------------|
| שם יחידה: מחלקה לרפואה דחופה | מנהל מחלקה: שופן אנדריי מ.ר. 34736 | אח/ות אחראית: ניסימוב יעקב |
| טלפון: 035028313             | פקס:                               | דוא"ל:                     |

|                        |                   |                                            |
|------------------------|-------------------|--------------------------------------------|
| שם משפחה: תורג'מן      | שם פרטי: טל       | ת.ד: 207820556                             |
| תאריך לידה: 08/01/2000 | גיל: 23           | טלפון: 050-9434434                         |
| מין: זכר               | קופת חולים: כללית | כתובת: תלמי יוסף<br>תלמי יוסף 95 תלמי יוסף |

נתוני ביקור - תאריך קבלה: 04/09/2023 שעת קבלה: 15:59 מספר ביקור: 11627071

תאריך שחרור בפועל

תאריך שחרור: 04/09/2023 שעה: 19:15

### אבחנות

| אבחנה                                                 | קוד    | צד | תאריך | עיקרי | S/P | M/P | Rec |
|-------------------------------------------------------|--------|----|-------|-------|-----|-----|-----|
| CLOSED FRACTURE OF NAVICULAR (SCAPHOID) BONE OF WRIST | 814.01 |    |       | ✓     |     |     |     |

סיום טיפול במלרד: שחרור

סיבת פנייה

סיבה עיקרית: תאונה/חבלה

אופן הגעת המטופל/ת: מדא  
דרך הגעה: עצמאי

תלונת החולה בקבלה למיון

|                        |                  |                                       |
|------------------------|------------------|---------------------------------------|
| שם משפחה: תורגמן       | שם פרטי: טל      | ת.ז: 207820556                        |
| תאריך לידה: 08/01/2000 | גיל: 23          | טלפון: 050-9434434                    |
| מין: זכר               | גורם מממן: כללית | כתובת: תלמי יוסף 95 תלמי יוסף 8548900 |

חבלת יד ימין

מחלה נוכחית

בן 23 בריא

מחוסן לטיטנס 09/2023

פנה למיון לאחר שלדבריו רכב פתח דלת עליו בזמן חזרתו מעבודה עם קורקנט.  
נחבל באמה ושורש יד ימין ללא חבלת ראש איבוד הכרה או חבלות נוספות.  
חתך שטחי כ 2 ס"מ בכתף ימין ללא חסר תחושת.

בבדיקותו-מתהלך בתבנית תקינה  
יד ימין- נפוחות וגישות בכף יד דורסלית סביב מסרק 3 יד ימין  
רגישות ונפוחות בשליש מדיאלי יד ימין ללא הימטומה.  
כתף ימין חתך שטחי 2 ס"מ ללא עדות לפגיעת עצבים גידים או כלי דם.

בצילום- שבר סקפואיד שלישי דיסטלי  
CT -ללא מרווח משמעותי בין הפרגמנטים

במיון בוצע גבס ספיקה ליד ימין  
הדבקת החתך בכתף לאחר חיטוי ושטיפה.

המלצות בשחרור:  
-המשך מעקב כירורג כף יד במוסדינו בעוד שבוע עם צילום ביקורת עדכני  
-המשך שימוש במתלה  
-אין להרטיב גבס  
-גפה מזרמת בשינה  
-משככי כאבים לפי הצורך  
-בכל מקרה של החמרה, יש לפנות לבדיקת רופא.  
-חופשת מחלה 14 ימים.

לא ידועה רגישות לחומרים

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידוע שימוש בתרופות קבועות

סיכום ודיון

הדרכת מטופלים

| נושא ההדרכה                                                                                                                                                                                          | אופן ההדרכה | מקבל ההדרכה | סקטור נותן ההדרכה | שפת ההדרכה | תוצאות ההדרכה | תרופות | תאריך הדרכה         | הודרך ע"י |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------------|------------|---------------|--------|---------------------|-----------|
| הדרכה לניהול הטיפול בכאב                                                                                                                                                                             | בעל-פה      | מטופל       | סיעוד             | עברית      | הבין הכל      |        | 04/09/2023<br>16:23 | עמית כהן  |
| דיווח: המטופל/משפחה/מטפל הודרכו: חשיבות הדיווח על כאב ועוצמת הכאב הסבר על התערבות וטיפול- בכאב כולל צוות רב מקצועי הדרכה על טיפול תרופתי ותופעות לוואי                                               |             |             |                   |            |               |        |                     |           |
| נושא ההדרכה                                                                                                                                                                                          | אופן ההדרכה | מקבל ההדרכה | סקטור נותן ההדרכה | שפת ההדרכה | תוצאות ההדרכה | תרופות | תאריך הדרכה         | הודרך ע"י |
| הדרכה למניעת נפילות                                                                                                                                                                                  | בעל-פה      | מטופל       | סיעוד             | עברית      | הבין הכל      |        | 04/09/2023<br>16:23 | עמית כהן  |
| דיווח: סביבה בטוחה – הרחקת חפצים מיותרים סביב המיטה, להימנע מהליכה על רצפה רטובה, הקפדה על שימוש באביזרי עזר (משקפיים, מכשיר שמיעה, מקל הליכה ועוד) לבקש סיוע מהצוות במצב שבו חשים סחרחורת או חולשה. |             |             |                   |            |               |        |                     |           |

אומדן כאב מבוגרים

|                              |  |
|------------------------------|--|
| מועד עדכון: 04/09/2023 16:23 |  |
|------------------------------|--|

זכור כל החמרה ו/או שינוי לרעה במצבך לחזור אלינו במהרה!!!  
נא צייתו להוראות הרופא ובאותה העת בחנו את ההתפתחויות. סימני מחלה יכולים להשתנות מעת לעת ולכן מומלץ מעקב אצל רופא המשפחה על מנת להתאים את הטיפול לפי צורך.

לא בכל מקרה רפואי קיים צורך הכרחי במתן תרופות, ישנם מקרים בהם ההחלמה לוקחת זמן.

הטיפול המומלץ נכתב במכתב השחרור בידכם.

מעקב רופא מטפל בעוד 1 ימים.

בריאותא אינה אחראית להשלכות של חוסר היענות המטופל להוראות הנל.

אם את/ה נתקלת בקושי לקביעת כוונתך מומלץ עליך להגיע לרופא המשפחה ו/או לשוב לבריאותא.

פסור מתשלום השתתפות העצמית חלה גם על מרכז רפואי בריאותא ועל כן על מנת לבדוק אם זכאי להחזר נא לפנות למזכירות המיון.

צוות בריאותא מאחל לכם החלמה מהירה ורפואה שלמה.

מטופל יקר,

אם נפגעת בתאונת דרכים או תאונת עבודה יתכן ואתה זכאי לפיצוי כספי.

לתאום פגישה לקבלת ייעוץ חינוך וללא התחייבות פנה למזכירות או חייג \*9579

Если вы попали в аварию на работе или в ДТП вы можете получить финансовую компенсацию. Чтобы назначить встречу для бесплатной консультации без каких-либо обязательств, свяжитесь с секретариатом или позвоните по номеру \*9579

ניתן לזמן תור באחת הדרכים הבאות:

1. \*9579, 08-9585300

2. דרך whatsapp בטלפון מספר: 08-9585300

3. דרך אתר האינטרנט שלנו בכתובת: [www.briuta-care.co.il](http://www.briuta-care.co.il)

פניה למרכז מידע בו- whatsapp במספר: 08-9585300

מטופל/רופא יקר, לצפיה בצילומים נא להיכנס לאתר בריאותא בכתובת : [www.briuta-care.co.il](http://www.briuta-care.co.il)

יש להזהרות ע"פ ההוראות.

טל תורגמן, ד"ר דר' ביטון עודד ומרכז רפואי בריאותא מאחלים לך החלמה מהירה!

מרכז רפואי בריאותא | יצחק נפחא 25 באר-שבע | \*9579 | ת.ד. 17519 | פקס: 08-8668337

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

מאחל לך רפואה שלמה ובריאות איתנה. תמיד לשירותך - צוות בריאותא.

Rx

ם:

נאריה 13.09.04

תורג'מן טל  
אילן  
23  
20782055-6  
04.09.23  
מ"ד מהלכים  
מיון אורטופד  
מקרה  
11627071  
מ.ר. וולפסון

Date-1-0-1 תאריך נוכחי 19:15  
זסוי רפואי\*\*

THE EDITH WOLFSON  
University Medical Center

Tel: 972 3 5028211 | Fax: 972 3 5036408 | wolfson.  
62 Halohamim St., Holon, 5822012

קה לרפואה דחופה  
ל מערך:  
קה לרפואה דחופה

|                           |                                |
|---------------------------|--------------------------------|
| קה : שופן אנדריי<br>34736 | אח/ות אחראית : ניסימוב<br>יעקב |
| זקס:                      | דוא"ל :                        |

|                                            |       |
|--------------------------------------------|-------|
| ת.ז. : 207820556                           | טל :  |
| טלפון : 050-9434434                        | 2:    |
| כתובת: תלמי יוסף<br>תלמי יוסף 95 תלמי יוסף | כללית |

פר ביקור: 11627071

# ROKACET PLUS

- 1 קפליה 4-3 פעמים ביום ☒  
2 קפליות עד 3 פעמים ביום ☐

למשך 10 ימים

ד"ר עומר גורן  
רופא אורטופדיה  
מ.ר. 1-146467

חתימה וחותמת רופא:

אבחנות

| אבחנות | Rec | MP | S/P | עיקרי | תאריך | צד | קוד    | אבחנות                                                 |
|--------|-----|----|-----|-------|-------|----|--------|--------------------------------------------------------|
| אבחנות |     |    |     | ✓     |       |    | 814.01 | CLOSED FRACTURE OF NAVICULAR (SCAPHOID)<br>NE OF WRIST |

סיום טיפול במלרד: שחרור

סיבת פנייה

סיבה עיקרית: תאונה/חבלה

אופן הגעת המטופל/ת: מדא  
דרך הגעה: עצמאי

תלונת החולה בקבלה למיון



מספר רשיון  
טלפון  
מחוז  
הנהלה  
ראשית  
ומושלם

שם הרופא  
תחום  
כתובת  
מרפאה  
ד"ר היתאם נמארנה  
משפחה  
און-ליין משפחה  
רופא משפחה און-ליין

תאריך: 05/09/2023

## סיכום יעוץ

|                    |  |  |  |                     |  |  |  |             |  |  |  |                          |  |  |  |            |  |  |  |        |  |  |  |
|--------------------|--|--|--|---------------------|--|--|--|-------------|--|--|--|--------------------------|--|--|--|------------|--|--|--|--------|--|--|--|
| פרטי המטופל:       |  |  |  | שם משפחה ופרטי:     |  |  |  | תורג'מן טל  |  |  |  | מס זהות: 00207820556     |  |  |  | גיל: 23.08 |  |  |  | מין: ז |  |  |  |
| ת.לידה: 08/01/2000 |  |  |  | ישוב: תלמי יוסף     |  |  |  | רחוב: לבונה |  |  |  | טלפון נוסף: 50 - 9434434 |  |  |  |            |  |  |  |        |  |  |  |
| מס בית: 95         |  |  |  | טלפון: 50 - 9434434 |  |  |  |             |  |  |  |                          |  |  |  |            |  |  |  |        |  |  |  |

לכבוד: ד"ר אבו האני פאדי

תלונות: המטופל נטל רוקסט משנית לכך נפיחות בשפתיים עם קשיי בליעה של הרוק ללא פריחה

### אבחנות

| מועד גילוי | איפיון | אבחנה   |
|------------|--------|---------|
|            |        | ALLERGY |

### תוכנית אבחנתית

| הפניות          | פרטי ההפניה                | קוד | סטטוס |
|-----------------|----------------------------|-----|-------|
| טופס הפניה כללי | 70050-בדיקה רפואית - דחופה | H4  | הופק  |

בברכה,

\*\*נחתם דיגיטלית\*\*

105150

ד"ר היתאם נמארנה

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

תאריך ביקור: 06/09/2023 מין: ז גיל: 23.08  
סוג ביקור: 0 ביקור רגיל  
מהות הביקור: מרפאה: לא מוזמן  
מיון וויסות מטופלים (טריאז'): כן  
מפגש עם: המטופל.

דיווח המטופל: לפני יומיים עבר תאונת דרכים ביקר במיון -נעשה למטופל גבס. המטופל מבקש הפניה לבריאותא לצורך בדיקת אורטופד בעקבות כאב חד.

|                    |
|--------------------|
| מטרת הביקור        |
| ייעוץ והדרכה פרטני |
| מנהלי              |

סימנים חיוניים

| תאריך      | שעה   | לחץ דם dias | לחץ דם sys | תנחת לחץ דם | מיקום מדידת לחץ דם | דופק לדקה | האם סדיר | תאריך מתן הוראה | שם נותן ההוראה |
|------------|-------|-------------|------------|-------------|--------------------|-----------|----------|-----------------|----------------|
| 19/07/2018 | 19:04 | 59          | 120        | בישיבה      | יד ימין            |           |          |                 |                |
| 09/06/2009 | 12:11 |             |            |             |                    | 81        |          |                 |                |

מתאריך: 120.65 eGFR

משקל וגובה

משקל: 70 ק"ג מתאריך: 10/11/2022

גובה: 170 ס"מ מתאריך: 10/11/2022

24.22 BMI

המשך טיפול

|                         |
|-------------------------|
| המשך טיפול              |
| הופנה לגורם אחר-בריאותא |

הערות: המטופל מופנה לבריאותא לצורך המשך טיפול ומעקב

פרטי עדכון

אחות אחות  
אחיות מוסמכות, מ.ר. 228845

תאריך רישום: 06/09/2023  
שם האחיות: אחינועם רוט  
שם מרפאה: מרכז בריאות שלום  
קוד מרפאה: 7838  
קוד מחוז: 09  
מקצוע המעדכן: 77 סיעוד רפואה ראשונית



מספר רשיון 105150  
טלפון 032222222  
מחוז הנהלה  
ראשית  
ומושלם

שם הרופא  
תחום  
כתובת  
מרפאה  
ד"ר היתאם נמארנה  
משפחה  
און-ליין משפחה  
רופא משפחה און-ליין

תאריך: 05/09/2023

## סיכום יעוץ

|                    |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |                          |  |  |  |            |  |  |  |        |  |  |  |
|--------------------|--|--|--|-----------------|--|--|--|-------------|--|--|--|--------------------------|--|--|--|------------|--|--|--|--------|--|--|--|
| פרטי המטופל:       |  |  |  | שם משפחה ופרטי: |  |  |  | תורג'מן טל  |  |  |  | מס זהות: 00207820556     |  |  |  | גיל: 23.08 |  |  |  | מין: ז |  |  |  |
| ת.לידה: 08/01/2000 |  |  |  | ישוב: תלמי יוסף |  |  |  | רחוב: לבונה |  |  |  | טלפון נוסף: 50 - 9434434 |  |  |  | מס בית: 95 |  |  |  |        |  |  |  |

לכבוד: ד"ר אבו האני פאדי

תלונות: המטופל נטל רוקסט משנית לכך נפיחות בשפתיים עם קשיי בליעה של הרוק  
ללא פריחה

### אבחנות

| מועד גילוי | איפיון | אבחנה   |
|------------|--------|---------|
|            |        | ALLERGY |

### תוכנית אבחנתית

| הפניות          | פרטי ההפניה                | קוד | סטטוס |
|-----------------|----------------------------|-----|-------|
| טופס הפניה כללי | 70050-בדיקה רפואית - דחופה | H4  | הופק  |

בברכה,

\*\*נחתם דיגיטלית\*\*

105150

ד"ר היתאם נמארנה

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

מכתב שחרור בריאותא באר שבע

ת.ז -



|                  |                    |                                  |                                      |                   |                        |                  |
|------------------|--------------------|----------------------------------|--------------------------------------|-------------------|------------------------|------------------|
| שם משפחה: תורגמן | שם פרטי: טל        | כתובת: תלמי יוסף, תלמי יוסף 95/0 | עיר:                                 | טלפון:            | נייד: 05099434434      | גורם מבטח: כללית |
| שם האב:          | שם האם:            | ת.ז - ID: 207820556              | מין: זכר                             | טלפון: 08-8668337 | תאריך לידה: 08/01/2000 | טלפון: *9579     |
| שעת קבלה: 22:29  | מספר ביקור: 715215 | תאריך ביקור: 05/09/2023          | כתובת מייל: office@briuta-care.co.il |                   |                        |                  |

אבחנות בביקור

• ALLERGIC REACTION (1)

מחלה נוכחית

בן 23, בריא בדרך כלל.

לדבריו נפוחות בשפתיים ובצד ימין של הפנים בעקבות נטילת רוקסט לפני כ 4 שעות. מתאר כי מרגיש לחץ לארוך בית החזה. קוצר נשימה שחלף. שולל פריחה, שולל תלונות נוספות.

בדיקה גופנית

מצב כללי: בינוני

מצב הכרה: בהכרה מלאה סימני גירוי מנגינאלי: ללא סימנים מנינגיאליים

סימני מצוקה נשימתית: ללא סימני מצוקה נשימתיים

סימני דהידרציה: ללא סימני צחיחות

עור: ללא פריחה

לוע: ללא בצקת או נפוחות בחלל הפה

לב: קולות לב סדירים ללא אוושות

ריאות: כניסת אוויר דוצ, טובה ושווה. ללא חרחורים וללא צפצופים

בטן: רכה ללא רגישות

גפיים: ללא חוסר NV

סימנים חיוניים

| תאריך ושעה       | לחץ דם   | דופק | חום  | סטורציה |
|------------------|----------|------|------|---------|
| 22:34 05/09/2023 | 123 / 69 | 54   | 37.2 | 100     |

תרופות שנתנו במיון

תאריך ביקור: 06/09/2023 מין: ז גיל: 23.08  
סוג ביקור: 0 ביקור רגיל  
מהות הביקור: מרפאה: לא מוזמן  
מיון וויסות מטופלים (טריאז'): כן  
מפגש עם: המטופל.

דיווח המטופל: לפני יומיים עבר תאונת דרכים ביקר במיון - נעשה למטופל גבס. המטופל מבקש הפניה לבריאותא לצורך בדיקת אורטופד בעקבות כאב חד.

מטרת הביקור

יעוץ והדרכה פרטני  
מנהלי

סימנים חיוניים

| תאריך      | שעה   | לחץ דם<br>dias | לחץ דם<br>sys | תנחות<br>לחץ דם | מיקום מדידת<br>לחץ דם | דופק<br>לדקה | האם<br>סדיר | תאריך מתן<br>הוראה | שם גותן<br>ההוראה |
|------------|-------|----------------|---------------|-----------------|-----------------------|--------------|-------------|--------------------|-------------------|
| 18/07/2018 | 18:04 | 59             | 120           | בשינה           | יד ימין               | 81           |             |                    |                   |
| 09/08/2022 | 12:11 |                |               |                 |                       |              |             |                    |                   |

מתאריך: 0/11/2022 eGFR: 120.65

משקל ותזונה

משקל: 70 ק"ג מתאריך: 10/11/2022

גובה: 170 ס"מ מתאריך: 10/11/2022 BMI: 24.22

תאריך טיפול

המשך טיפול

הופנה לגורם אחר - בריאותא

הערות: המטופל מופנה לבריאותא לצורך המשך טיפול ומעקב

פרטי עדכון

|                            |                       |
|----------------------------|-----------------------|
| תאריך רישום: 06/09/2023    | שם האחות: אחינועם רוט |
| שם מרפאה: מרכז בריאות שלום | קוד מרפאה: 7838       |
| קוד מחוז: 09               | קוד מעדכן: 77         |
| סיעוד רפואה ראשונית        |                       |

סימנים חיוניים  
אחיות מוסמכות  
228845



7: 03-5028211 | פקס: 03-5036408 | wolfson.org.il | Tel: 972 3 5028211 | Fax: 972 3 5036408  
רח' הלוחמים 62, חולון, 5822012 | 42 Halohamim St., Holon, 5822012

מערך: אורתופדיה  
מכתב סיכום ביקור - מרפאת כירורגית יד

|                             |                                       |                         |
|-----------------------------|---------------------------------------|-------------------------|
| שם יחידה: מרפאה כירורגית יד | מנהל/ת מחלקה: דר' יפה דויד מ.ר. 21517 | אחות אחראית: אלה יצחקוב |
| טלפון: 035028111            | פקס: 035028486                        | דוא"ל:                  |
|                             | זימון תורים וולפסון: 03-5028111       |                         |

נתוני ביקור - תאריך: 11/09/2023 שעה: 10:59 מספר ביקור: 32074001

|                        |                   |                                            |
|------------------------|-------------------|--------------------------------------------|
| שם משפחה: תרג'מן       | שם פרטי: טל       | ת.ז: 207820556                             |
| תאריך לידה: 08/01/2000 | גיל: 23           | טלפון: 050-9434434                         |
| מין: זכר               | קופת חולים: כללית | כתובת: תלמי יוסף<br>תלמי יוסף 95 תלמי יוסף |

אבחנות בביקור

| Rec | M/P | S/P | עיקרי | תאריך      | צד    | קוד    | אבחנה                                                 |
|-----|-----|-----|-------|------------|-------|--------|-------------------------------------------------------|
|     |     |     | ✓     | 04/09/2023 | Right | 814.01 | CLOSED FRACTURE OF NAVICULAR (SCAPHOID) BONE OF WRIST |

מעקב רפואי

תאריך עדכון: 11/09/2023 11:05

דיווח / דיון: בן 23, בתאריך 4.9.2023 מעורב בת"ד כרוכב קורקינט בדרום הביתה מעבודתו מלווה חבלה יד ימין. פנה למיון ולאחר הערכה קלינית והדמייתית אובחן שבר בעצם הסירה, 1/3 אמצעי, וקובע בגבס. בבדיקה בגבס ללא סימני מחור, ללא פחת עצבי או וסקולרי בעיון בצילום וב- CT עמדה מתקבלת בצילום מהיום בגבס עמדה מתקבלת

הוראות כלליות

| שם ההוראה ותזמון                                           | פרוטוקול | מועד התחלת ההוראה | מועד סיום ההוראה | דיווח אחרון | סטטוס |
|------------------------------------------------------------|----------|-------------------|------------------|-------------|-------|
| הוראות לגבס: גבס חדש                                       |          | 11/09/2023 11:42  |                  |             | חדש   |
| ביצוע חד פעמי                                              |          |                   |                  |             |       |
| הערות: גבס פלסטי                                           |          |                   |                  |             |       |
| גרשם ע"י: דר' יפה דויד מ.ר. 21517 בתאריך: 11/09/2023 11:42 |          |                   |                  |             |       |

מרכז הרפואי ע"ש א. וולפסון  
דר' יפה דויד  
אורטופד וכירורג יד  
מנהל היחידה לכירורגיה של היד  
מ.ר. 21517, 15862, 22304

לא ידוע שימוש בתרופות קבועות  
לא ידועה רגישות לתרופות  
לא ידועה רגישות לחומרים

חתימת רופא

|          |       |           |
|----------|-------|-----------|
| שם החותם | תפקיד | זמן חתימה |
|----------|-------|-----------|

|                        |                 |                                       |
|------------------------|-----------------|---------------------------------------|
| שם משפחה: תורג'מן      | שם פרטי: טל     | ת.ז: 207820556                        |
| תאריך לידה: 08/01/2000 | גיל: 23         | טלפון: 050-9434434                    |
| מין: זכר               | גורם ממק: כללית | כתובת: תלמי יוסף 95 תלמי יוסף 8548900 |

תאריך ושעת הדפסה: 11/09/2023 11:46  
\*\*חשוי רפואי\*\*

THE EDITH WOLFSON  
University Medical Center



המרכז הרפואי והאונברסיטאי  
ע"ש אדית וולפסון

טל: 03-5028211 | פקס: 03-5036408 | wolfson.org.il | 03-5036408  
רח' הלוחמים 62, חולון, 5822012 | 03-5028111

### מעריך: אורתופדיה מכתב סיכום ביקור - מרפאת כירורגית יד

|                             |                                       |                         |
|-----------------------------|---------------------------------------|-------------------------|
| שם יחידה: מרפאה כירורגית יד | מנהל/ת מחלקה: דר' יפה דויד מ.ר. 21517 | אחות אחראית: אלה יצחקוב |
| טלפון: 035028111            | פקס: 035028486                        | דוא"ל:                  |
|                             | זימון תורים וולפסון: 03-5028111       |                         |

נתוני ביקור - תאריך: 11/09/2023 שעה: 10:59 מספר ביקור: 32074001

|                        |                   |                               |
|------------------------|-------------------|-------------------------------|
| שם משפחה: תורג'מן      | שם פרטי: טל       | ת.ז: 207820556                |
| תאריך לידה: 08/01/2000 | גיל: 23           | טלפון: 050-9434434            |
| מין: זכר               | קופת חולים: כללית | כתובת: תלמי יוסף 95 תלמי יוסף |

#### אבחנות בביקור

| Rec | MP | S/P | עיקר | תאריך      | צד    | קוד    | אבחנה                                                 |
|-----|----|-----|------|------------|-------|--------|-------------------------------------------------------|
|     |    |     | ✓    | 04/09/2023 | Right | 814.01 | CLOSED FRACTURE OF NAVICULAR (SCAPHOID) BONE OF WRIST |

#### מעקב רפואי

תאריך עדכון: 11/09/2023 11:05

דיווח / דיון: בן 23, בתאריך 4.9.2023 מעורב בת"ד כרוכב קורקינט בדרום הביתה מעבודתו מלווה חבלה יד ימין. פנה למיון ולאחר הערכה קלינית והדמייתית אובחן שבר בעצם הסירה, 1/3 אמצעי, וקובע בגבס. בבדיקה בגבס ללא סימני מדור, ללא פחת עצבי או וסקולרי בעיון בצילום וב-CT עמדה מתקבלת בצילום מהיום בגבס עמדה מתקבלת

#### הוראות כלליות

| שם ההוראה ותזמון                                            | פרוטוקול | מועד התחלת ההוראה | מועד סיום ההוראה | דיווח אחרון | סטטוס |
|-------------------------------------------------------------|----------|-------------------|------------------|-------------|-------|
| הוראות לגבס: גבס חדש                                        |          | 11/09/2023 11:42  |                  |             | חדש   |
| ביצוע חד פעמי                                               |          |                   |                  |             |       |
| הערות: גבס פלסטי                                            |          |                   |                  |             |       |
| נרשם ע"י: דר' יפה דויד מ.ר. 21517, בתאריך: 11/09/2023 11:42 |          |                   |                  |             |       |

לא ידוע שימוש בתרופות קבועות  
לא ידועה רגישות לתרופות  
לא ידועה רגישות לחומרים

#### חתימת רופא

זמן חתימה

תפקיד

שם החותם

המרכז הרפואי ע"ש א. וולפסון  
דר' יפה דויד  
אורתופד וכירורג יד  
מנהל מחלקת הכירורגיה של חדר  
ח.י. 21517 מ.ר.י. 22304, 15862



Tel: 972 3 5028211 | Fax: 972 3 5036408 | wolfson.org.il | 03-5036408 פקס: 03-5028211 טל:  
רח' הלוחמים 62, חולון, 5822012 | 5822012 Halohamim St., Holon, 5822012

מערך: אורתופדיה

## מכתב סיכום ביקור - מרפאת כירורגית יד

|                             |                                      |                         |
|-----------------------------|--------------------------------------|-------------------------|
| שם יחידה: מרפאה כירורגית יד | מנהלת מחלקה: דר' יפה דויד מ.ר. 21517 | אחות אחראית: אלה יצחקוב |
| טלפון: 035028111            | פקס: 035028486                       | דוא"ל:                  |
|                             | זימון תורים וולפסון: 03-5028111      |                         |

נתוני ביקור - תאריך: 26/10/2023 שעה: 10:18 מספר ביקור: 32099240

|                        |                   |                                            |
|------------------------|-------------------|--------------------------------------------|
| שם משפחה: תורג'מן      | שם פרטי: טל       | ת.ז: 207820556                             |
| תאריך לידה: 08/01/2000 | גיל: 23           | טלפון: 050-9434434                         |
| מין: זכר               | קופת חולים: כללית | כתובת: תלמי יוסף<br>תלמי יוסף 95 תלמי יוסף |

| אבחנות בביקור | Rec | M/P | S/P | עיקרי | תאריך      | צד    | קוד    | אבחנה                                                 |
|---------------|-----|-----|-----|-------|------------|-------|--------|-------------------------------------------------------|
|               |     |     |     |       | 04/09/2023 | Right | 814.01 | CLOSED FRACTURE OF NAVICULAR (SCAPHOID) BONE OF WRIST |

מעקב רפואי

תאריך עדכון: 26/10/2023 10:46

דיווח / דיון: בביקורת היום הוסר הגבס בצילום אינני משוכנע לגבי האיחוי בבדיקה קלינית ללא רגישות סביב עצם הסירה מופנה למיון לשם השלמת הבירור עם CT ב- CT עדיין ללא סימני איחוי גבס לעוד חודשיים ושימוש במכשיר מלמאק

תאריך עדכון: 11/09/2023 11:05

דיווח / דיון: בן 23, בתאריך 4.9.2023 מעורב בת"ד כרוכב קורקינט בדרכו הביתה מעבודתו מלווה חבלה יד ימין. פנה למיון ולאחר הערכה קלינית והדמייתית אובחן שבר בעצם הסירה, 1/3 אמצעי, וקובע בגבס. בבדיקה בגבס ללא סימני מדור, ללא פחת עצבי או וסקולרי בעיון בצילום וב- CT עמדה מתקבלת בצילום מהיום בגבס עמדה מתקבלת

המלצות כלליות

מוזמן לביקורת:

ביחידה: מרפאה כירורגית יד. בעוד 2 חודשים.

הוראות כלליות

| שם ההוראה ותזמון | פרוטוקול | מועד התחלת ההוראה | מועד סיום ההוראה | דיווח אחרון | סטטוס |
|------------------|----------|-------------------|------------------|-------------|-------|
|------------------|----------|-------------------|------------------|-------------|-------|

|                        |                  |                                       |
|------------------------|------------------|---------------------------------------|
| שם משפחה: תורגמן       | שם פרטי: טל      | ת.ז: 207820556                        |
| תאריך לידה: 08/01/2000 | גיל: 23          | טלפון: 050-9434434                    |
| מין: זכר               | גורם מממן: כללית | כתובת: תלמי יוסף 95 תלמי יוסף 8548900 |

## מחלה נוכחית

בן 23,

בתאריך 4.9.2023 מעורב בת"ד כרוכב קורקינט בדרכו הביתה מעבודתו מלווה חבלה יד ימין. פנה למיון ולאחר הערכה קלינית והדמייתית אובחן שבר בעצם הסירה, 1/3 אמצעי, וקובע בגבס. בבדיקה בגבס ללא סימני מדור, ללא פחת עצבי או וסקולרי בעיון בצילום וב-CT עמדה מתקבלת בצילום מהיום בגבס עמדה מתקבלת, ללא סימני חיבור ניכרים הוחלט להשלים CT - לא הודגמו סימני חיבור ברורים

בדיון עם ד"ר יפה - הוחלט על המשך טיפול בגבס.

לבקשת ד"ר יפה הופנה חזרה אל מרפאת כף יד.

לא ידועה רגישות לחומרים

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידוע שימוש בתרופות קבועות

## סיכום ודיון

### הדרכת מטופלים

| נושא ההדרכה                                                                    | אופן ההדרכה | מקבל ההדרכה | סקטור נותן ההדרכה | שפת ההדרכה | תוצאות ההדרכה | תרופות | תאריך הדרכה         | הודרך ע"י        |
|--------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------------|------------|---------------|--------|---------------------|------------------|
| הדרכה לאוריינטציה                                                              | בעל-פה      | מטופל       | סיעוד             | עברית      | הבין הכל      |        | 26/10/2023<br>11:11 | אירינה מובסיסיאן |
| דיווח: המטופל.ת הודרכה בשלבי הטיפול במלר"ד המטופל.ת הודרכה בשלבי הטיפול במלר"ד |             |             |                   |            |               |        |                     |                  |

### אומדן כאב מבוגרים

|            |                              |  |
|------------|------------------------------|--|
|            | מועד עדכון: 26/10/2023 11:11 |  |
| מצב המטופל | מטופל בהכרה מלאה ומתקשר      |  |
| עצמת הכאב  | 0                            |  |

## המלצות כלליות

המלצה:

1. מעקב רופא מטפל בקופת חולים.
2. בכל החמרה במצב יש לפנות לגורם רפואי.

## חתימת רופא/ה משחרר/ת

|                               |        |                  |
|-------------------------------|--------|------------------|
| שם החותם                      | תפקיד  | זמן חתימה        |
| ד"ר אליזרוב יוסף מ.ר. 1156218 | רופא/ה | 26/10/2023 12:03 |



מספר רשיון 176474  
טלפון 03-6401800  
פקס 03-6428131  
מחוז ת"א

שם הרופא ד"ר אליעזר מטקוביץ  
תחום רפואת משפחה  
כתובת גיג'ר, 7  
מרפאה רמת אביב ב'

תאריך: 09/11/2023

## הפניה לרפואה יועצת

|              |                 |            |              |             |       |             |              |   |
|--------------|-----------------|------------|--------------|-------------|-------|-------------|--------------|---|
| פרטי המטופל: | שם משפחה ופרטי: | תורג'מן טל | מס זהות:     | 00207820556 | גיל:  | 23.10       | מין:         | ז |
| ת.לידה:      | 08/01/2000      | ישוב:      | תלמי יוסף    | רחוב:       | לבונה | טלפון נוסף: | 50 - 9434434 |   |
| מס בית:      | 95              | טלפון:     | 50 - 9434434 |             |       |             |              |   |

מספר הפניה ישירה: 35010032037

גורם שולח



5010

מספר הפניה



035010032037

תז נבדק



0207820556

מספר רשיון



176474

לכבוד: אורתופד

שירות שנבחר

| קוד שירות | קוד משה"ב | תיאור רפואי              | שירות רפואי |
|-----------|-----------|--------------------------|-------------|
| 70017     | L9249     | בדיקה רפואית - אורתופדיה | 70017       |

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות בן 23, רווק, חייל משוחרר, לאחר טיול דרום אמריקה במקור מעוטף עזה שבר את היד פנה למרפאת כירורגית כף יד בוולפסון ב-CT עדיין ללא סימני איחוי גבס לעוד חודשיים ושימוש במכשיר מלמאק

סימנים חיוניים: גובה 170 10/11/2022 משקל 70 10/11/2022 bmi 24.22

לחץ דם 59 / 120 19/07/2018

דופק 81 09/06/2009

10/11/2022 מתאריך 120.65 eGFR

אבחנה משוערת

| קוד | איפיון | אבחנה                                  |
|-----|--------|----------------------------------------|
| V68 |        | ENCOUNTERS FOR ADMINISTRATIVE PURPOSES |

בעיות פעילות

| מ.גילוי    | איפיון | בעיה                                    |
|------------|--------|-----------------------------------------|
| 01/05/2006 |        | VARICELLA                               |
| 01/06/2009 |        | ATTENTION DEFICIT DISORDER OF CHILDHOOD |
| 01/01/2021 |        | SMOKER                                  |

תרופות קבועות

| ביום | פעמים | א. הגשה | כמות | תרופות                       |
|------|-------|---------|------|------------------------------|
| 1    | 1     | טבליט   | 1    | CONCERTA ER TAB 18MG 30 18mg |

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם 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



|          |                                  |            |            |
|----------|----------------------------------|------------|------------|
| שם הרופא | נטע מימון                        | מספר רשיון | 129089     |
| תחום     | רופאה מומחית בכירורגיה אורתופדית | טלפון      | 08-9116221 |
| כתובת    | חפץ חיים, 51, אופקים             | פקס        | 08-9116228 |
| מרפאה    | אופקים - מרכז לרפואה יועצת       | מחוז       | דרום       |

תאריך: 21/11/2023

### הפניה לדימות

|              |                 |            |            |             |            |       |      |   |
|--------------|-----------------|------------|------------|-------------|------------|-------|------|---|
| פרטי המטופל: | שם משפחה ופרטי: | תורג'מן טל | מס זכות:   | 00207820556 | גיל:       | 23.10 | מין: | ז |
| ת.ל.ד:       | 08/01/2000      | ישוב:      | תלמי יוסף  | רחוב:       | לבונה      |       |      |   |
| מס בית:      | 95              | טלפון:     | 50-9434434 | טלפון נוסף: | 50-9434434 |       |      |   |

מספר הפניה ישירה: 33296024250

|            |            |              |           |
|------------|------------|--------------|-----------|
| רשיון רופא | תז נבדק    | מספר הפניה   | גורם שולח |
| 129089     | 0207820556 | 033296024250 | 3296      |

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.

### לכבוד: רנטגן

### שירות שנבחר

|           |           |                                 |             |
|-----------|-----------|---------------------------------|-------------|
| קוד שירות | קוד משה"ב | תיאור רפואי                     | שירות רפואי |
| 78016     | 73140     | צילום שורש כף יד ניקולר צד ימין | 10401207    |
| 78190     | 73100     | צילום שורש/פרק יד ימין          | 10401015    |

המטופל מתלונן על בן 23, לאחר שבר בסקפואיד מימין ב- 4/9/23, טופל שמרנית בגבס SPICA.

### אבחנה משוערת

|      |        |                                            |
|------|--------|--------------------------------------------|
| קוד  | איפיון | אבחנה                                      |
| 8140 | n      | FRACURE CARPAL NAVICULAR (SCAPHOID) CLOSED |

### בעיות פעילות

|            |        |                                         |
|------------|--------|-----------------------------------------|
| מ.גילי     | איפיון | בעיה                                    |
| 01/05/2006 |        | VARICELLA                               |
| 01/06/2009 |        | ATTENTION DEFICIT DISORDER OF CHILDHOOD |
| 01/01/2021 |        | SMOKER                                  |

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה

|           |        |                   |
|-----------|--------|-------------------|
| נטע מימון | 129089 | **נחתם דיגיטלית** |
|-----------|--------|-------------------|

|          |            |                    |
|----------|------------|--------------------|
| שם הרופא | מספר רשיון | חתימה וחותמת הרופא |
|          |            |                    |

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני גציג 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

דף 1 \*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

21/11/2023 הודפס ע"י נטע מימון 00207820556

אל



מספר רשיון 129089  
טלפון 08-9116221  
פקס 08-9116228  
מחוז דרום

נטע מימון  
רופאה מומחית בכירורגיה אורתופדית  
חפץ חיים, 51, אופקים  
אופקים - מרכז לרפואה יועצת

שם הרופא  
תחום  
כתובת  
מרפאה

תאריך: 21/11/2023

## סיכום ביקור

|              |                 |            |              |             |       |             |              |   |
|--------------|-----------------|------------|--------------|-------------|-------|-------------|--------------|---|
| פרטי המטופל: | שם משפחה ופרטי: | תורג'מן טל | מס זהות:     | 00207820556 | גיל:  | 23.10       | מין:         | ז |
| ת.לידה:      | 08/01/2000      | ישוב:      | תלמי יוסף    | רחוב:       | לבונה | טלפון נוסף: | 50 - 9434434 |   |
| מס בית:      | 95              | טלפון:     | 50 - 9434434 |             |       |             |              |   |

### שלום רב,

תאריך הביקור: 21/11/2023

סוג ביקור: 0 ביקור רגיל

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: בן 23, לאחר שבר בסקפואיד מימין ב 4/9/23. טופל שמרנית בגבס SPICA.

בדיקה גופנית: יד בגבס קל. מניע אצבעות. ללא כאבים.  
צילום - שבר מחובר

|      |        |                                             |
|------|--------|---------------------------------------------|
| קוד  | איפיון | אבחנה                                       |
| 8140 | rt     | FRACTURE CARPAL NAVICULAR (SCAPHOID) CLOSED |

דיון/תוכנית טיפולית: מופנה למיון להסרת גבס פיזיותרפיה

| הפניות            | פרטי ההפניה                | קוד  | סטטוס |
|-------------------|----------------------------|------|-------|
| הפניה לדימות      | 78016-צילום שורש כף יד נוי | H3   | הודפס |
| הפניה למיון       | 70069-ביקור במיון          | H134 | הודפס |
| הפניה לפיזיותרפיה | 80015-פיזיותרפיה אבחון וב  | H9   | הופק  |

### בברכה,

נחתם דיגיטלית\*\*

129089

נטע מימון

חתימה וחותמת הרופא

מס' רשיון

שם הרופא



מספר רשיון 129089  
טלפון 08-9116221  
פקס 08-9116228  
מחוז דרום

שם הרופא נטע מימון  
תחום רופאה מומחית בכירורגיה אורתופדית  
כתובת חפץ חיים, 51, אופקים  
מרפאה אופקים - מרכז לרפואה יועצת

תאריך: 21/11/2023

## הפניה לדימות

|              |                 |            |              |             |       |             |              |   |
|--------------|-----------------|------------|--------------|-------------|-------|-------------|--------------|---|
| פרטי המטופל: | שם משפחה ופרטי: | תורג'מן טל | מס זהות:     | 00207820556 | גיל:  | 23.10       | מין:         | ז |
| ת.לידה:      | 08/01/2000      | ישוב:      | תלמי יוסף    | רחוב:       | לבונה | טלפון נוסף: | 50 - 9434434 |   |
| מס בית:      | 95              | טלפון:     | 50 - 9434434 |             |       |             |              |   |

מספר הפניה ישירה: 33296024250

גורם שולח



3296

מספר הפניה



033296024250

תז נבדק



0207820556

רשיון רופא



129089

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.

לכבוד: רנטגן

שירות שנבחר

| קוד שירות | קוד משה"ב | תיאור רפואי                      | שירות רפואי |
|-----------|-----------|----------------------------------|-------------|
| 78016     | 73140     | צילום שורש כף יד נויקולר צד ימין | 10401207    |
| 78190     | 73100     | צילום שורש/פרק יד ימין           | 10401015    |

המטופל מתלון על בן 23, לאחר שבר בסקפואיד מימין ב- 4/9/23. טופל שמרנית בגבס SPICA.

אבחנה משוערת

| קוד  | איפיון | אבחנה                                       |
|------|--------|---------------------------------------------|
| 8140 | rt     | FRACTURE CARPAL NAVICULAR (SCAPHOID) CLOSED |

בעיות פעילות

| מ.גילוי    | איפיון | בעיה                                    |
|------------|--------|-----------------------------------------|
| 01/05/2006 |        | VARICELLA                               |
| 01/06/2009 |        | ATTENTION DEFICIT DISORDER OF CHILDHOOD |
| 01/01/2021 |        | SMOKER                                  |

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה

\*\*נחתם דיגיטלית\*\*

129089

נטע מימון

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם 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



מספר רשיון 129089  
טלפון 08-9116221  
פקס 08-9116228  
מחוז דרום

נטע מימון  
רופאה מומחית בכירורגיה אורתופדית  
חפץ חיים, 51, אופקים  
אופקים - מרכז לרפואה יועצת

שם הרופא  
תחום  
כתובת  
מרפאה

תאריך: 21/11/2023

## סיכום ביקור

|              |                 |            |              |             |       |             |              |   |
|--------------|-----------------|------------|--------------|-------------|-------|-------------|--------------|---|
| פרטי המטופל: | שם משפחה ופרטי: | תורג'מן טל | מס זהות:     | 00207820556 | גיל:  | 23.10       | מין:         | ז |
| ת.לידה:      | 08/01/2000      | ישוב:      | תלמי יוסף    | רחוב:       | לבונה | טלפון נוסף: | 50 - 9434434 |   |
| מס בית:      | 95              | טלפון:     | 50 - 9434434 |             |       |             |              |   |

### שלום רב,

תאריך הביקור: 21/11/2023

סוג ביקור: 0 ביקור רגיל

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: בן 23, לאחר שבר בסקפואיד מימין ב 4/9/23. טופל שמרנית בגבס SPICA.

| קוד  | איפיון | אבחנה                                       |
|------|--------|---------------------------------------------|
| 8140 | rt     | FRACTURE CARPAL NAVICULAR (SCAPHOID) CLOSED |

| הפניות       | פרטי ההפניה                | קוד | סטטוס |
|--------------|----------------------------|-----|-------|
| הפניה לדימות | 78016-צילום שורש כף יד נוי | H3  | הודפס |

### בברכה,

\*\*נחתם דיגיטלית\*\*

129089

נטע מימון

חתימה וחותמת הרופא

מס' רשיון

שם הרופא



מספר רשיון: 129089  
טלפון: 08-9116221  
פקס: 08-9116228  
מחוז: דרום

שם הרופא: נטע מימון  
תחום: רופאה מומחית בכירורגיה אורתופדית  
כתובת: חפץ חיים, 51, אופקים  
מרפאה: אופקים - מרכז לרפואה יועצת

שם הרופא: נטע מימון  
תחום: רופאה מומחית בכירורגיה אורתופדית  
כתובת: חפץ חיים, 51, אופקים  
מרפאה: אופקים - מרכז לרפואה יועצת

תאריך: 21/11/2023

## הפניה לפיזיותרפיה

(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

|              |  |                 |  |            |  |           |  |             |  |       |  |             |  |              |  |         |  |    |  |
|--------------|--|-----------------|--|------------|--|-----------|--|-------------|--|-------|--|-------------|--|--------------|--|---------|--|----|--|
| פרטי המטופל: |  | שם משפחה ופרטי: |  | תורג'מן טל |  | מס זהות:  |  | 00207820556 |  | גיל:  |  | 23.10       |  | מין:         |  | ז       |  |    |  |
| ת.לידה:      |  | 08/01/2000      |  | ישוב:      |  | תלמי יוסף |  | רחוב:       |  | לבונה |  | טלפון נוסף: |  | 50 - 9434434 |  | מס בית: |  | 95 |  |

## לכבוד: פיזיותרפיה

### שירות שנבחר

| קוד שירות | קוד משה"ב | תיאור רפואי                         | שירות רפואי |
|-----------|-----------|-------------------------------------|-------------|
| 80015     | 97001     | פיזיותרפיה אבחון ובניית תכנית טיפול | 80015       |

FRACTURE CARPAL NAVICULAR (SCAPHOID) CLOSED

### אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה: בן 23, לאחר שבר בסקפואיד מימין ב 4/9/23. טופל שמרנית בגבס SPICA.

### בעיות פעילות

| מגילוי     | איפיון | בעיה                                    |
|------------|--------|-----------------------------------------|
| 01/05/2006 |        | VARICELLA                               |
| 01/06/2009 |        | ATTENTION DEFICIT DISORDER OF CHILDHOOD |
| 01/01/2021 |        | SMOKER                                  |

### תרופות קבועות

| ...  | פעמים | א. הגשה | כמות | תרופות                       |
|------|-------|---------|------|------------------------------|
| ביום | 1     | טבליות  | 1    | CONCERTA ER TAB 18MG 30 18mg |

ממצאים קליניים: יד בגבס קל. מניע אצבעות. ללא כאבים. צילום - שבר מחובר

### מטרת הבדיקה: לאחר שבר בסקפואיד, להנעה וטווחים

\*\*נחתם דיגיטלית\*\*

129089

נטע מימון

חתימה וחומת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

מכתב הודפס ע"י מומחה כירורגיה אורתופדית קלסוב יורי

מכתב שחרור מיון אורתופדי בריאותא באר שבע

ת.ז. -



|                             |                      |                                      |
|-----------------------------|----------------------|--------------------------------------|
| שם משפחה: תורגמן            | תאריך                | מנהל המלר"ד: דר' קימיאגרב שמואל      |
| שם פרטי: טל                 | לידה: 08/01/2000     | מ.ר. 107426                          |
| כתובת: תלמי יוסף, תלמי יוסף | ת.ז. - 207820556 ID: | אחות אחראית: גב' חנה שופן            |
| 95/0                        | מין: זכר             | טלפון: *9579                         |
| עיר:                        | גיל: 23              | פקס: 088668337                       |
| טלפון:                      | שם האב: אילן         | תאריך ביקור: 21/11/2023              |
| נייד: 0509434434            |                      | שעת קבלה: 12:38                      |
| גורם מבטח: כללית            |                      | מספר ביקור: 738361                   |
|                             |                      | כתובת מייל: office@briuta-care.co.il |

אבחנות בביקור

- Scaphoid fracture, closed (Right) (814.01)

מהלך המחלה

ביצע ביקורת באופקי לאחר שבר, הופנה אלינו להורדת גבס ספיקה כי אין להם מסור

מחלה נוכחית

תאריך ושעה

פרטים

21/11/2023  
12:44  
ביצע ביקורת באופקי לאחר שבר, הופנה אלינו להורדת גבס ספיקה כי אין להם מסור  
בוצע הורדת גבס כמתוכנן  
מרגיש טוב

ת

המשך מעקב רופא מטפל  
פיזיותרפיה

סימנים חיוניים

| תאריך ושעה       | כאב |
|------------------|-----|
| 12:42 21/11/2023 | 0   |

הוחלט על: שחרור

מועבר למחלקה

מקבל ההודעה במחלקה

שעת הודעה למחלקה  
שעת העברה למחלקה

תאריך שחרור

12:45 21/11/2023

נרשם ע"י מומחה כירורגיה אורתופדית קלוסוב יורי מ.ר. 1130162  
תאריך ושעה: 21/11/2023 12:45  
תאריך ושעת הדפסה: 21/11/2023 12:45

**מכתב נחתם ע"י: מומחה כירורגיה אורתופדית קלוסוב יורי מ.ר. 1130162**

לפני שחרורך אל תשכח/י לשאול 3 שאלות שסייעו להבנת מצבך הרפואי:  
(1) מה הבעיה הרפואית שלי? (2) מה עלי לעשות כדי לטפל בבעיה? (3) למה חשוב שאעשה זאת?

הנחיות לביקורת/מעקב גבס ללקוחות הכללית בלבד:

מטופל שגובס / בוצע איחוי בבריאות - תבוצע ביקורת ללא תשלום בבריאות  
מטופל שגובס במסגרת אחרת ומעוניין לקבל את שירות לביקורת/מעקב בבריאות יחוייב בשתתפות עצמית על פי ההסדר עם הכללי

מטופל יקר,

דף הסבר לביקורת במרפאה, כפי שנקבע עי הרופא המטפלת בביקורת כאן היום.

בריאות הינו מרכז רפואי חדש לרפואה דחופה, הפניה אליה איננה מחליפה את הצורך בהמשך מעקב, בירור ותיעוד הביקורת במרפאה הראשונית וכל זאת לטובת צרכי הרפואיים.

חשוב לציין האבחנה והטיפול נקבעו על סמך הסימנים והנתונים שנראים בעת הביקורת. דרוש לפעמים ביקור נוסף אצל רופא המשפחה להמשך בירור וטיפול. כל החמרה או שינוי לרעה במצבך מצריכים בדיקה רפואית נוספת אצל רופא המשפחה, או אצלנו בבריאות.

סימנים של החמרה במחלה לא מזניחים!

זכור כל החמרה ולא שינוי לרעה במצבך לחזור אלינו במהרה!!!  
מצייתו להוראות הרופא ובאותה העת בחנו את ההתפתחויות. סימני מחלה יכולים להשתנות מעת לעת ולכן מומלץ מעקב אצל רופא המשפחה על מנת להתאים את הטיפול לפי צורך.

לא בכל מקרה רפואי קיים צורך הכרחי במתן תרופות, ישנם מקרים בהם החלמה לוקחת זמן.

הטיפול המומלץ כתוב במכתב השחרור בידכם.

מעקב רופא מטפל בעוד 1 ימים.

בריאות אינה אחראית להשלכות של חוסר היענות המטופל להוראות הנל.

אם את/ה נתקלת/ת בקושי לקביעת מומלץ עליך להגיע לרופא המשפחה ולא לשוב לבריאות.

פטור מתשלום השתתפות העצמית חלה גם על מרכז רפואי בריאות ועל כן על מנת לבדוק אם זכאי להחזר או לפטת למזכירות המיון.

צוות בריאות מאחל לכם החלמה מהירה ורפואה שלמה.

מטופל יקר,

אם נפגעת בתאונת דרכים או תאונת עבודה יתכן ואתה זכאי לפיצוי כספי.  
לתאום פגישה לקבלת ייעוץ חינם וללא התחייבות פנה למזכירות או חייג \*9579

Если вы попали в аварию на работе или в ДТП вы можете получить финансовую компенсацию. Чтобы назначить встречу для бесплатной консультации без каких-либо обязательств, свяжитесь с секретариатом или позвоните по номеру \*9579

ניתן לזמן תור באחת הדרכים הבאות:

1. 9579, \*08-9585300

2. דרך whatsapp בטלפון מספר: 08-9585300

3. דרך אתר האינטרנט שלנו בכתובת: [www.briuta-care.co.il](http://www.briuta-care.co.il)

פניה למרכז מידע בו- whatsapp במספר: 08-9585300

מטופל/רופא יקר, לצפייה בצילומים נא להיכנס לאתר בריאות בכתובת: [www.briuta-care.co.il](http://www.briuta-care.co.il)

יש להזדהות ע"פ ההוראות.

טל תורגמן, ד"ר מומחה כירורגיה אורתופדית קלוסוב יורי ומרכז רפואי בריאות מאחלים לך החלמה מהירה!



David Jaffe, M.D  
Orthopedic and Hand Surgeon  
111 Arlozorov street  
Tel Aviv 62098

ד"ר יפה דיוד  
מומחה באורטופדיה ובכירורגיה של היד  
רחוב ארלוזורוב 111  
תל אביב 62098

Tel : 03-5059291

טלפון:

Fax : 03-5059293

פקס:

Tel : 03-5117142 טלפון לזימון תורים:

15/02/2024

08/01/2000

ת.לידה:

207820556

ת.ז.:

טל

תרוג'מן

שם:

050-9434434

טלפון:

טלפון:

כללית

קופת חולים:

לבונה משק 95, תלמי יוסף

כתובת:

אבחנה

יד

הערה

Fracture Scaphoid

RT

15/02/2024

בן 24, מצב לאחר ת"ד בתאריך 4.9.2023 כרוכב קווינט בדרכו הביתה מעבודתו מלווה חבלה יד ימין, פנה למיון וולפסון וקובע בגבס בשל שבר ב- 1/3 האמצעי של עצם הסירה. הסיר הגבס באזור מגוריו. בביקורת היום חש טוב, כאב במאמץ בבידיקה: ללא רגישות מעל עצם הסירה (דורסלי, וולארי, ASB) מבחן קומפרסיה שלילי, הגבלה קלה בטווחי תנועה, ללא פחת עצבי או וסקולרי

המלצות:

\* אבקש להפנות לצילום שורש יד ימין TRUE PA+LAT וכן PA באגרף. והסיה אולנרית

בכבוד רב,

ד"ר יפה דיוד  
אורטופד וכירורג יד  
מנהל יח' כירורגית יד  
מ.ר. 21517 מ.ר.מ. 15862, 22304

ד"ר יפה דיוד  
אורטופד וכירורג יד  
מנהל יח' כירורגית יד  
מ.ר. 21517 מ.ר.מ. 15862, 22304

תאריך: 16/04/2024

## סיכום ביקור

|              |                 |            |              |             |       |             |              |   |
|--------------|-----------------|------------|--------------|-------------|-------|-------------|--------------|---|
| פרטי המטופל: | שם משפחה ופרטי: | תורג'מן טל | מס זהות:     | 00207820556 | גיל:  | 24.03       | מין:         | ז |
| ת.לידה:      | 08/01/2000      | ישוב:      | תלמי יוסף    | רחוב:       | לבונה | טלפון נוסף: | 50 - 9434434 |   |
| מס בית:      | 95              | טלפון:     | 50 - 9434434 |             |       |             |              |   |

## שלום רב,

תאריך הביקור: 16/04/2024

סוג ביקור: 0 ביקור רגיל

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: תלונות/סיבת הפניה מתאריך 21/11/2023: בן 23, לאחר שבר בסקפואיד מימין ב 4/9/23. טופל שמרנית בגבס SPICA. 16/04/2024  
כ-7 חודשים לאחר השבר. הגיע לביקורת

בדיקה גופנית: בדיקה גופנית מתאריך 21/11/2023: יד בגבס קל. מניע אצבעות. ללא כאבים. צילום - שבר מחובר 16/04/2024  
ללא רגישות באיזור הסקפואיד, כאב בהנעת שורש כף היד, לעיתים רדיאלי ולעיתים אולנרי.  
צילום: בצילום סקפואיד - חשד לחוסר איחוי.

| קוד  | איפיון | אבחנה                                       |
|------|--------|---------------------------------------------|
| 8140 | rt     | FRACTURE CARPAL NAVICULAR (SCAPHOID) CLOSED |

דיון/תוכנית טיפולית: דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 21/11/2023: מופנה למיון להסרת גבס פיזיותרפיה  
ההפניות שהופקו ב 21/11/2023: הפניה לדימות - 78016-צילום שורש כף יד נוי, הפניה למיון - 70069-ביקור במיון, הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב 16/04/2024  
פיזיותרפיה CT שורש כף יד

| הפניות            | פרטי ההפניה                | קוד | סטטוס |
|-------------------|----------------------------|-----|-------|
| הפניה לדימות      | 78016-צילום שורש כף יד נוי | H3  | הודפס |
| הפניה לדימות      | 78073-CT.מ.ט. שורש יד      | H3  | הופק  |
| הפניה לפיזיותרפיה | 80015-פיזיותרפיה אבחון וב  | H9  | הופק  |

## בברכה,

\*\*נחתם דיגיטלית\*\*

129089

נטע מימון

חתימה וחותמת הרופא

מס' רשיון

שם הרופא