

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



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

מערך המחלקה לרפואה דחופה
שחרור רפואי

שם יחידה : המחלקה לרפואה דחופה	מנהל/ת מחלקה : דר' בוגוסלבסקי ויקטוריה מ.ר. 34136	אח/ות אחראי/ת : מר בן רוזנבליט
טלפון : 03-6973232	פקס : 03-6973652	דוא"ל :

שם משפחה : כהן	שם פרטי : גבריאל	ת.ז. : 34949776
תאריך לידה : 28/03/1979	גיל : 44	טלפון : 054-6598477
מין : זכר	מבוטח בקופה : מכבי	כתובת : גוש עציון 9/4 תל אביב - יפו תל אביב-יפו 6772032

נתוני ביקור - תאריך ושעת קבלה: 19/02/2024 06:55 מספר מקרה: 13109785

סיום טיפול במלר"ד: שחרור

תלונה עיקרית
הימטוריה

אבחנות במיון

Rec	M/P	S/P	עיקרי	תאריך	צד	קוד	אבחנה
			✓			599.70	HEMATURIA

לא ידועה רגישות לתרופות
לא ידועה רגישות לחומרים
נתונים קליניים
בדיקת שתן

תאריך ושעה	שתן כללית	תרבית שתן
08:19 19/02/2024		בוצע
07:22 19/02/2024	בוצע	

נקזים וצנתרים

תאריך ושעה	VL1 הכנסה
07:23 19/02/2024	בוצע

בדיקות דם שכיחות

תאריך ושעה	רוטינת בטן
07:22 19/02/2024	בוצע

סיכום

המטוריה קצרה ללא כאב מותני עם הרגשת כאב בפין.
ברור כולל שתן כללית ומעבדה עם המטוריה מינימלית ומדדי דלקת תקינים.
יתכן והעביר אבן אך שולל כאבים.

המלצות כלליות

שם: גבריאל כהן	ת"ז: 34949776	מקרה :	מחלקה: המחלקה לרפואה דחופה
----------------	---------------	--------	----------------------------

המלצה: סוגר דרכי שתן בקהילה תוך מעקב רופא מטפל ואורולוג
שתייה מרובה
שתן לציטולוגיה בהחלטת רופא מטפל
חופשת מחלה: 3 ימים.

הדרכה סיעודית בשחרור

המטופל הודרך לשחרור בהתאם להמלצות הרופא הוצא ונפולן

תוצאות מעבדה

* בדיקות	ערכי ייחוס	19/02/24 07:24	19/02/24 07:20
תפקודי קרישה			
PT, Sec - blood	Sec	10.03 - 12.43	9.70 ↓
PT, INR		0.97 - 1.19	0.89 ↓
PTT	Sec	25.00 - 34.00	29.00
ספירת דם			
RBC	10e6/ μ L	4.3 - 5.8	5.6
Hemoglobin	g/dL	13.2 - 17.0	15.7
HCT	%	39 - 49	46
MCV	fL	80.0 - 96.0	81.8
MCH	pg	26.0 - 34.0	27.9
MCHC	g/dL	31.0 - 37.0	34.1
RDW	%	0.0 - 15.0	13.5
NRBC/100 WBC	%		0.1
WBC	10e3/ μ L	4.0 - 11.0	8.3
Neutrophils %	%	40.0 - 75.0	58.1
Neutrophils No.	10e3/ μ L	1.4 - 6.0	4.8
Lymphocytes %	%	20.0 - 40.0	28.4
Lymphocytes No	10e3/ μ L	1.2 - 3.0	2.4
Mono%	%	2.0 - 13.0	9.6
Monocytes No.	10e3/ μ L	0.0 - 1.3	0.8
Eosinophils %	%	0.0 - 6.0	2.9
Eosinophils No.	10e3/ μ L	0.0 - 0.4	0.2
Basophils%	%	0.0 - 1.9	1.0
Basophils No.	10e3/ μ L	0.0 - 0.2	0.1
Platelet, automated count	10e3/ μ L	150 - 450	278
Mean platelet volume	fL	7.0 - 12.0	7.7
Neutrophils/lymphocytes ratio - blood			2.0
כימיה בדם			
Glucose - blood	mg/dL	70 - 110	116 ↑
Urea nitrogen (BUN) - blood	mg/dL	5 - 25	11
Sodium - blood	mmol/L	135.0 - 146.0	138.0
Potassium - blood	mmol/L	3.50 - 5.30	3.90

שם: גבריאלי כהן	ת"ז: 34949776	מקרה :	מחלקה: המחלקה לרפואה דחופה
-----------------	---------------	--------	----------------------------

* בדיקות	ערכי ייחוס	19/02/24 07:24	19/02/24 07:20
Chloride - blood	mmol/L 95 - 110	106	
Creatinine	mg/dL 0.70 - 1.30	1.00	
Bilirubin, total - blood	mg/dL 0.10 - 1.20	0.38	
Alanine amino transferase, ALT (GPT) - blood	U/L 8 - 39	39	
Gamma glutamyltransferase (GGT) - blood	U/L 6 - 42	36	
CRP (WIDE RANGE)	mg/L 0.00 - 5.00	10.50 ↑	
Lipase - blood	U/L 12 - 51	33	
eGFR	ml/min/1.73m 60 - 200	91	
גזים בדם			
Actual base excess - venous blood			1
pH - venous blood	7.320 - 7.420		7.355
pCO2 - venous blood	mmHg 38.0 - 52.0		51.2
Base excess/deficit - venous blood	mmol/L -3.0 - 3.0		2.4
pO2 - venous blood	28.0 - 48.0		35.1
HCO3 (Bicarbonate) - venous blood	mmol/L 19.0 - 25.0		28.0 ↑
tCO2- - venous blood	mmol/L 23.0 - 28.0		29.5 ↑
Carboxyhemoglobin - blood	% 0.0 - 2.0		5.3 ↑
Methemoglobin, quantitative - blood	% 0.0 - 1.5		0.3
Calcium, ionized - blood	mmol/L 1.15 - 1.35		1.19
Oxyhemoglobin - blood	% 40 - 70		68
Deoxyhemoglobin - blood	% 30.0 - 60.0		26.5 ↓
Hemoglobin, total - venous blood	g/dl 12.0 - 18.0		15.7
Chloride, direct - blood	mmol/L 95.00 - 105.00		102.00
Glucose, direct - blood	MG/DL 70 - 115		121 ↑
Potassium, direct - blood	mmol/L 3.60 - 4.80		3.98
Sodium, direct - blood	mmol/L 135.00 - 145.00		141.30
SO2 (Oxygen saturation), estimated - venous blood	% 70.0 - 75.0		63.9 ↓
Lactate (lactic acid) - blood	mmol/L 0.50 - 2.20		1.26

* תדפיס זה אינו כולל הערות עבור מדבקה או בדיקה

חתימת אחות משחררת

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
כהנא יהונתן	אח/ות משחרר/ת	19/02/2024 08:38

רופאה משחררת

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
ד"ר סרוב יעקב מ.ר. 17862	רופא/ה משחרר	19/02/2024 08:36

**המשך מעקב רופא מטפל לפי הצורך, בכל החמרה יש לפנות לרופא בהקדם
בפנייה חוזרת למיון או בפנותך למרפאה אליה הוזמנת, עליך להצטייד בהתחייבות כספית או בתשלום כספי.**

מסמכים נלווים

בימים אלה, כולנו ביחד.
אנחנו כאן באיכילוב עושים הכל כדי להמשיך ולספק לך
את השירות הרפואי הטוב ביותר.
לידיעתך, פעילות בית חולים מתקיימת כסידרה.

במידה והינך זקוק.ה לסיוע נוסף, לרשותך:
השירות הסוציאלי בית חולים איכילוב - 03-6973574
ערן - עזרה ראשונה נפשית - 1201
נט"ל - נפגעי טראומה על רקע לאומי 1-800-363363
מוקד מידע וסיוע משרד הרווחה וביטחון חברתי - 118



**מנצחים
ביחד**

מטופל/ת יקר/ה

בימים אלה, כולנו עוברים תקופה לא קלה, לא אחת מלווה במתח נפשי ובדידות.
להלן מספרי טלפון לסיוע:

מוקד החירום של משרד הרווחה והשירותים החברתיים - 118

מוקד לאזרחים וותיקים: מיצוי זכויות, הפגת בדידות, סיוע סוציאלי - *8840

יחידת סגולה לאזרחים וותיקים 03-6947680

קווי החירום לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית - 1202: נשים 1203: גברים

ערן - עזרה ראשונה נפשית - 1201

מרכז מיצוי זכויות למטופלים מתחת לגיל הפרישה 03-9647888

כל זכות - מאגר מידע אודות זכויות www.kolzechut.org.il

השירות הסוציאלי בית חולים איכילוב - 03-6973574

שם: גבריאל כהן	ת"ז: 34949776	מקרה :	מחלקה: המחלקה לרפואה דחופה
----------------	---------------	--------	----------------------------

לקראת חזרתך הביתה ולשם שמירה על הרצף הטיפולי וחזרה לתפקוד מיטבי, מומלצת החלמה ביתית בליווי רפואי. למידע נוסף קישור לאתר איכילוב הום: <https://www.tasmc.org.il/ichilov-home/Pages/home-care.aspx>



תאריך: 4/02/2024
שעה: 16:54:54

שם: כהן ת.ז.: 34949776 0 התחייבות זו בתוקף עד לתאריך: 30/01/2024

בית חולים
חדר מיון
ויצמן
איכילוב-סוראסקי (בי"ח/קרן) (1201)
חדר מיון כללי
6
64239
טלפון: 03-6974444 מייל:

התחייבות לתשלום עבור שירותי בריאות
מספר התחייבות: 240220276

היננו מאשרים כי כהן גבריאלי ת.ז.: 34949776
חבר ב- מכבי זהב - מכבי ש.בריאות ומבקשים לקבלו לטיפול בהתאם לתעריף שנקבע,
על חשבון: מכבי שרותי בריאות
לשימוש המוסד נותן השרות :

ת.ז. חבר:	התחייבות:	תאריך טיפול:
		
034949776	240220276	29012024

קוד מס CPT	קוד טיפול	קוד מקורי	תאריך	תאריך יציאה	כמות
99245 0 01	ביקור במלר"ד-תשלום גלובל	בנותן שרות 99281	29/01/2024	1	1

ישוב: תל אביב-יפו מרכז רפואי: יד-אליהו
מתאם שרות: בלה סוליימנוב
58 לה גרדיה טל: 03-6307222
התחייבות זו היא רק עבור השירותים המופעים למעלה, ורק למוסד רפואי זה.

נספח להתחייבות מספר 240220276:

מכבי חסוי אישי - המסמך מכיל מידע המוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות
התחייבות זו תקפה למשך 24 שעות, עבור ביקור בחדר מיון בלבד.
בברכת בריאות טובה "מכבי שרותי בריאות"

בקשה לדימות

סוג הבדיקה: M.R.I

תאריך פתיחת הבקשה: 04/02/2024 פותח הבקשה: דר' ביין אברהם
נבחר יעוץ: חייב

פרטי הרופא

ת.ז. רופא: 52224870 שם הרופא: דר' ביין אברהם מס' רשיון: 018667
מקצוע: אורתופדיה טלפון: 03-6944693

פרטי הפניה

מקור הבקשה: הפניה מרופא

גורם משלם: 6 תאונת עבודה

תלונות:

הנל עבר לדבריו תאונת דרכים בעבודה עם אופנוע ב-29.1.2024 נפגע בברך ימין
הועבר לאיכילוב באמבולנס לא אובחנו שברים

ממצאים:

נפיחות בגלל נוזל בברך ימין רגישות בסדק מיפרקי פנימי טסטים מניסקיאלים
חיוביים למניסקוס פנימי

אבחנה:

• ARTHRALGIA

בעיות פעילות:

• PSEUDOTUMOR CEREBRI (6/2013)
• FRACTURE ANKLE BIMALLEOLAR CLOSED Left (2014)

שאלה	תשובה
קלסטרופוביה	לא / לא ידוע
קוצב לב	לא
שתלים מתכתיים / רסיסים בגוף / עין / אוזן	לא

creatinine: 0.8 תאריך: 18/10/2021

eGFR: 110 תאריך: 18/10/2021

שאלה לרדיולוג/פרוטוקול ביצוע הבדיקה:

בשאלה של קרע במניסקוס או אחר

תשובת מרכז דימות

הבדיקה הדרושה	סטטוס	תאריך	כמות
MRI ברך (ימין)			1

בית חולים: אסותא-רמת החיל תל אביב

הסטוריה:

סטטוס	תאריך	תיאור
בהמתנה	04/02/2024	

סטטוס ההפנייה: בהמתנה



תאריך קבלת הטופס בקופה

30/11/24
תאריך מתן האישור

טופס למתן טיפול רפואי לנפגע עבודה (בל/ 250)
מעסיק נכבד, נא עיין בדברי ההסבר שמעבר לדף לפני מתן הטופס לעובד.

שם המעסיק / שם המפעל / הקיבוץ / המעביד	מספר תיק במוסד	מספר טלפון
חיות רחוב	930000013	0
רחוב	מספר בית	מספר פקס
סמית	26	0

לכבוד

קופת חולים / בית חולים מכבי

נא להגיש עזרה רפואית לעובד / למתנדב (נא מחק את המיותר):

שם משפחה	שם פרטי	מין	מספר זהות	דרכון
כפן	הביטל	זכר	0349497716	☐
רחוב	מספר בית	כניסה	דירה	יישוב
חיל 33	9			רחוב
מספר טלפון	מספר טלפון נייד	מס' תא דואר	דואר נע	מיקוד
0	0546598444			

שנפגע בתאריך 29/01/24 בשעה 10:20 כאשר עבד ב חברת הביטוח העבודה סוג העבודה הציה

מקום התאונה: ☐ במפעל ☐ ת. דרכים בעבודה ☐ ת. דרכים בדרך לעבודה ☐ תאונה בדרך ללא רכב ☒ אחר

כתובת מקום התאונה: בבית אורי, פינת רחוב חיים רבין, רמת השרון
תאור התאונה: קצין שירות בטיחות, בלונדון, רמת השרון, רחוב הארבע עשרה
אנדרטת וינסטון צ'רצ'יל, רמת השרון.

האבר שנפגע כף ימין, יד ימנית.

☐ הנפגע חבר בקופת חולים מכבי

☐ עובד זר

שם המאשר חיות רחוב

תפקידו במפעל

חתימת המפעל

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

שם משפחה כהן	שם פרטי גבריאלי	שם האב אביגדור	מס' זיהוי 34949776	שכיר/עצמאי שכיר
ישוב תל אביב - יפו	רחוב גוש עציון	מס' 9	מיקוד 6772032	שנת לידה 1979
חבר (כול) כ	שם המעביד וכתובתו ערית תא			
מקצוע פועל		טלפון 0546598477		התעסקות בשעת הפגיעה נסיעה הביתה
ת. פגיעה 29/01/2024		שעה 10:20		הממצא הקליני: נפיחות בגלל נזל בברך ימין רגישות בסדק מיפרקי פנימי טסטים מניסקיאלים חיוביים למניסקוס פנימי
האיבר שנפגע ברך ימין		שם הרופא המטפל		נמצא בטיפול מיום

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

הנל עבר לדבריו תאונת דרכים בעבודה עם אופנוע ב-29.1.2024 נפגע בברך ימין הועבר לאיכילוב באמבולנס לא אובחנו שברים

הממצא הקליני:

נפיחות בגלל נזל בברך ימין רגישות בסדק מיפרקי פנימי טסטים מניסקיאלים חיוביים למניסקוס פנימי

אבחנה:

• ARTHRALGIA

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת על-ידי הנ"ל:

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

ימים, היינו מיום: 29/01/2024 עד יום: 08/02/2024 (בכלל)

04/02/2024

חתימה וחוקמת הרופא

תאריך הבדיקה

חשוב - תעודה זו מיועדת לצורך הגשת תביעה למימוש זכויותך כנפגע עבודה, למוסד לביטוח לאומי. אי הגשת תביעה עלולה למנוע המשך קבלת שירות רפואי מהקופה ותהיה על אחריותו הבלעדית של הנפגע.



מס מרשם: 1703069
תוקף מ: 29/01/2024 עד: 12/02/2024

טלפון סלולרי:

המרכז הרפואי תל-אביב
ע"ש סוראסקי
רפואה מובילה ואנושית



34949776

כהן גבריאל

תלידה: 28/03/1979

מין: זכר

גיל: 44.10

כתובת: גוש עציון 9/4 תל אביב - יפו טלפון: 054-6598477

תל אביב-יפו

מיקוד: 6772032

גורם מבטח: מכבי

קופה: מכבי

TAB ZALDIAR FC TAB 37.5
mg/325mg (TRAMADOL
HCL, PARACETAMOL)

1 tab

ביום-2

5 ימים

הוראות לשימוש:

2 X tab 1 P.O (שתיים) פעמים ביום למשך 5 (חמישה) ימים

סיכון גבוה לנפילות במבוגרים

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXX XXXXXX

מסמך זה נוצר אוטומטית על ידי מערכת הרפואה

29/01/2024: תאריך הוצאה לפועל

אליאס רוזי

מ.ר.

איכילוב המחלקה לרפואה דופה 03-6973232

מ.ר גורם מפנה



0066144916



123158

קוד הפניה: 363718014

מסמך אושר
דיגטלית
מכבי

טלפון: 03-7910100

פקס: 073-2132119

כתובת: דרך ההגנה 41, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:

שם משפחה: כהן

שם פרטי: גבריאלי

ת.ז.: 34949776

ת.לידה: 28/03/1979

מין: ז

טלפון: 035372871

טל.עבודה/נייד: 0546598477

כתובת: גוש עציון 9, תל אביב - יפו

מיקוד 6772032



0034949776

US איברים

הבדיקה הדרושה אולטראסאונד

כליות ודרכי השתן

בטן עליונה כולל כליות

קוד

5256

6705

שאלה למבצע הבדיקה: כאבים

תלונות: משבוע שעבר כאבים מותן ימין לסירוגין, ללא תלונות GU או GI
בעברו סבל מכאבים דומים
כאב אינו מופק בלחיצה

אבחנה:

- FILL OUT FORMS
- FLANK PAIN

בעיות ידועות:

- PSEUDOTUMOR CEREBRI (6/2013)
- FRACTURE ANKLE BIMALLEOLAR CLOSED Left (2014)

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

08/02/2024

מרכז זימון תורים *3555, יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

תאריך

חתימה וחותמת

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 08/02/2024 עד תאריך - 06/08/2024

הבדיקה כרוכה בחשיפת האזור הנבדק ובמגע פיזי של מבצע הבדיקה. רצוי להגיע לבדיקה עם בגד בשני חלקים
(חלק עליון וחלק תחתון). באפשרותך להגיע עם מלווה לבדיקה.

הוראות הכנה לבדיקה:

- צום של 6 שעות לפני הבדיקה. בטווח שעות אלו אין לעשן ואין ללעוס מסטיק.
- במשך שעה לפני הבדיקה יש לשתות 4 כוסות מים.
- לא להטיל שתן (יש להגיע עם שלפוחית מלאה).



018667



דר' בין אברהם

כירורגיה אורתופדית | אורתופדיה קרסול וכף רגל

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

קוד הפניה: 362835799

טלפון: 03-6944693

פקס: 03-6380830

כתובת: ז'בטינסקי 18 קומה 3 ב-פ, ראשון לציון (קומה 3 כניסה ב-פ)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 34949776

שם פרטי: גבריאל

שם משפחה: כהן

טל.עבודה/נייד: 0546598477

טלפון: 035372871

מין: ז

ת.לידה: 28/03/1979

מיקוד 6772032

גוש עציון 9, תל אביב - יפו

כתובת:



0034949776

מכון פיזיותרפיה

גורם משלם: 6 תאונת עבודה

תלונות: הנל עבר לדבריו תאונת דרכים בעבודה עם אופנוע ב-29.1.2024 נפגע בברך ימין
הועבר לאיכילוב באמבולנס לא אובחנו שברים

ממצאים: נפיחות בגלל נזל בברך ימין רגישות בסדק מפרקי פנימי טסטים מניסקיאלים
חיוביים למניסקוס פנימי

• ARTHRALGIA

אבחנה:

- PSEUDOTUMOR CEREBRI (6/2013)
- FRACTURE ANKLE BIMALLEOLAR CLOSED Left (2014)

בעיות ידועות:

מעשנות: כן

סיבת ההפניה: לטיפולכם המסור בברך ימין

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 04/02/2024 עד תאריך - 02/08/2024

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

04/02/2024

תאריך

חתימה וחותמת

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

טופס הזמנה לרנטגן מיון

מתאריך: 29/01/24 שעה: 11:35

שם : כהן גבריאל ת.ז. : 3494977-6 מקרה : 0013094364 גיל : Y44 מין : זכר

פרטי ההזמנה

יחידה רפואית מזמינה : מחלקה לרפואה דחופה

יחידה סיעודית מזמינה : מלרד

חדר-/מיטה-

טלפון ביחידה המזמינה : 3686

מספר הזמנה : 37311346

תאריך רצוי : שעה רצויה : עדיפות : ללא עדיפות ד.זיהום :

נתוני הזמנה

תולדות מחלה : תאונת פנוע

רשימת שאלות : 000

אבחנה :

סוג שינוע :

מאפיינים מיוחדים :

שירותים מוזמנים

שירות	תיאור שירות	טקסט משלים	לוקליזציה	כמות	צום
ME10154	צילום עמוד שדרה מותני		שני צדדים	1	
ME10181	צילום עצמות האגן		ללא לוקליזציה	1	
ME10186	צילום ברך		ימין	1	

חתימה

מ.ר.ר. :

רופא מזמין : סא.אבו עטן



018667



קוד הפניה: 362836509

טלפון: 03-6944693

פקס: 03-6380830

כתובת: ז'בטינסקי 18 קומה 3 ב-פל, ראשון לציון (קומה 3 כניסה ב-פל)

פרטי הנבדק:	שם משפחה: כהן	שם פרטי: גבריאל	ת.ז.: 34949776
ת.לידה: 28/03/1979	מין: ז	טלפון: 035372871	טל.עבודה/נייד: 0546598477
כתובת: גוש עציון 9, תל אביב - יפו	מיקוד: 6772032		



0034949776

דף מידע לבדיקות

ההפניה לבדיקות שהומלצו ממתינה בשירות המעבדה בכל סניפי מכבי.

להלן הבדיקות שהומלצו ע"י הרופא אנא פעל בהתאם להנחיות:

Creatinine (B) - 02565

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

צום לפני הבדיקה: לביצוע הבדיקות בהפנייה זו אין צורך בצום

בערבי חג שירותי המעבדה במרכז הרפואי סגורים.

בלקחת דם ורידי לתינוקות עד גיל שנה יש לקבוע תור בטלפון *3555

לבדיקות דחופות: IVF, בילירובין ילודים (נאונאטל), INR למטופלי קומדין וספירת דם יש לפנות למוקדי רפואה דחופה שבסניפי מכבי בין השעות: 7:00-8:30

תוקף ההמלצה ל 90 יום, מתאריך 04/02/2024 עד תאריך 04/05/2024. לעיתים תתבצענה בדיקות נוספות ביזמת המעבדה.

את תוצאות הבדיקות ניתן לראות גם בכתובת WWW.MACCABI-HEALTH.CO.IL, לקבלת סיסמה אנא פנה לסניף.

חדש!! שירות לקחת דגימות מעבדה בשעות אחר הצהריים (בימים א-ד) בסניפים נבחרים.

לא ניתן לקחת דגימות לתפקודי קרישה, TSH וספירת דם לתינוקות.

לברור המעבדה הקרובה למקום מגוריך ושעות השירות יש לבדוק במדריך השירותים ובמוקד מכבי ללא הפסקה.

ד"ר בין אברהם
אורתופדיה
מ.ר. 11.7.8



0052224870



018667

קוד הפניה: 362836388

טלפון: 03-6944693

פקס: 03-6380830

כתובת: זבטינסקי 18 קומה 3 ב-ש-פל, ראשון לציון

פרטי הנבדק:	שם משפחה: כהן	שם פרטי: גבריאל	ת.ז.: 34949776
ת.לידה: 28/03/1979	מין: ז	טלפון: 035372871	טל.עבודה/נייד: 0546598477
כתובת: גוש עציון 9, תל אביב - יפו	מיקוד: 6772032		

הפניה למכון דימות - M.R.I

שם המכון:

אסותא-רמת החיל תל אביב
(M.R.I) תהודה מגנטית
20 הברזל
69710

03-7644444

תלונות:

הנל עבר לדבריו תאונת דרכים בעבודה עם אופנוע ב-29.1.2024 נפגע בברך ימין
הועבר לאיכילוב באמבולנס לא אובחנו שברים

ממצאים:

נפוחות בגלל נזל בברך ימין רגישות בסדק מיפרקי פנימי טסטים מניסקיאלים
חיוביים למניסקוס פנימי

אבחנה:

• ARTHRALGIA

בעיות ידועות:

- PSEUDOTUMOR CEREBRI (6/2013)
- FRACTURE ANKLE BIMALLEOLAR CLOSED Left (2014)

מעשנת: כן

קוד מב"ר	פרוטוקול ביצוע הבדיקה	בדיקה דרושה
73721		MRI ברך (ימין)

שאלה לרדיולוג:

בשאלה של קרע במניסקוס או אחר

מידע נוסף	פירוט
קלסטרופוביה	לא / לא ידוע
קוצב לב	לא
שתלים מתכתיים / רסיסים בגוף / עין / אוזן	לא

תאריך ביצוע	לפני	תוצאה	בדיקת מעבדה
18/10/2021	2.3 שנים	0.8	Creatinine
18/10/2021	2.3 שנים	110	eGFR

שם הרופא: ד"ר בין אברהם

תאריך: 04/02/2024

תוקף ההפניה ל-270 יום, מתאריך - 04/02/2024 עד תאריך - 31/10/2024

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

שם: גבריאל כהן	ת"ז: 34949776	מקרה :	מחלקה: המחלקה לרפואה דחופה
----------------	---------------	--------	----------------------------

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

נתונים קליניים

מדדים

תאריך ושעה	כאב
12:01 29/01/2024	5

מדדים לרופא מרדים

תאריך ושעה	כאב
12:01 29/01/2024	5

ביצוע תרופות

תרופה	תזמון מהוראה	תאריך ושעה	צורת מינון ומינון
ABITREN INJ 75 mg	Once	12:18 29/01/2024 קובליוב אווה	INJ 75 mg I.M
OPTALGIN INJ 1000 mg/2mL 1000 mg	Once	13:03 29/01/2024 אליאס רוטי	mg I.V 1000

סיכום

כמתואר תאונת דרכים חבלת ברך מבודדת, בדיקה גופנית כמתואר, הדמיה לא נראה ממצא חבלתי טרי
טופל באנלגטקה עם השפעה טובה
משוחרר בהמלצות הבאות

המלצות כלליות

המלצה: #אנלגטקה לפי מרשם

#מנוחה

#מעקב רופא/ה מטפל/ת, יש לפנות עם מכתב זה

#בכל החמרה יש לפנות לעזרה רפואית.

בריאות שלמה!

חופשת מחלה: 4 ימים.

תרופות מומלצות

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓	סיכון גבוה לנפילות במבוגרים			5 ימים	ביום X 2	1 tab	P.O	ZALDIAR FC TAB 37.5 mg/325mg (TRAMADOL HCL, PARACETAMOL)

הדרכה סיעודית בשחרור

המטופל הודרך לשחרור בהתאם להמלצות הרופא הוצא ונפלו

חתימת אחות משחררת

שם החותם אליאס רוטי	תפקיד אחות משחררת	זמן חתימה 29/01/2024 13:04
------------------------	----------------------	-------------------------------

רופאה משחררת

שם החותם ד"ר עוסמאן בילאל מ.ר. 1147198	תפקיד רופא/ה משחרר	זמן חתימה 29/01/2024 12:44
---	-----------------------	-------------------------------

המשך מעקב רופא מטפל לפי הצורך, בכל החמרה יש לפנות לרופא בהקדם

בפנייה חוזרת למיון או בפנותך למרפאה אליה הוזמנת, עליך להצטייד בהתחייבות כספית או בתשלום כספי.

מסמכים נלווים

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



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

מעריך המחלקה לרפואה דחופה
שחרור רפואי

שם יחידה: המחלקה לרפואה דחופה	מנהלת מחלקה: דר' בוגוסלבסקי ויקטוריה מר. 34136	אחות אחראית: גב' ויקטוריה גרינברג
טלפון: 03-6973232	פקס: 03-6973652	דוא"ל:

שם משפחה: כהן	שם פרטי: גבריאל	ת.ז.: 34949776
תאריך לידה: 28/03/1979	גיל: 44	טלפון: 054-6598477
מין: זכר	מבוטח בקופה: מכבי	כתובת: גוש עציון 9/4 תל אביב - יפו תל אביב-יפו 6772032

נתוני ביקור - תאריך ושעת קבלה: 29/01/2024 11:00 מספר מקרה: 13094364

סיום טיפול במלר"ד: שחרור

תלונה עיקרית

חבלת ברך מימין במהלך נסיעה

מחלה נוכחית

בן 44 בריא בדר"כ.

מתקבל לאחר מעורבות בתאונה לדבריו במהלך נסיעה על אופנוע חבוש קסדה, חבלת ברך מבודדת מימין, נפל על צד ימין כאבים בברך, שולל חבלת ראש אובדן הכרה, פרכוסים או הקאות, מלין על כאבים בגב תחתון ללא תלונות נוספות

בקבלתו יצי הימודינמית ונשימתית

מדדים 36.9, ל"ד 154/95, ד 80, סט 94%

GCS 15

A ללא פגיעה בנתיב אויר ללא רגישות מידליין על פני עמ"א, רחשם לרגישות פאראוורטברלית מימין אזור עמ"א מותני

B כניסת אויר טוה שווה ו"צ, ללא צפצופים לל אחרחורים, בית חזה אלסטי ללא סימני חבלה, סט שמורה בא"ח

C ל"ד 154/95, ללא סימני קיפוח הימודינמי, פיריפריה חמה.

D שמור נוירולוגית ללא אסמטריה בפנים, מניע 4 גפיים ללא חס רמוטורי/סנסורי, כוח ס שמור בכל הפגיים, עומד נושא משקל יציב בהליכה

ללא הפרעה בתנועות עיניים ללא נסטגמוס.

ברך מימין יציבה ללא דיפורמציה, יישור כיפוף מלא, רגישות בהנעה

F לא נראה נוזל בכל התחנות, לא נראה תפליט פיריקרדיאלי.

לסיכום כמתואר חבלת ברך מבודדת מימין במהלך נסיעה על אופנוע ללא חבלות נוספות, שולל חבלת ראש אודן הכרה פרכוסים או הקאות, ללא איבוד שליטה על סוגרים.

הדמי לא נראה ממצא חבלתי טרי

טופל באנלגטקה עם השפעה טובה

אבחנות במיון

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P	Rec
MOTOR VEHICLE TRAFFIC ACCIDENT, UNSPECIFIED	E819.9			✓			



מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים

מספר תיק פלא 66768/2024
סיווג תיק ת.ד., כללי
מס' מסמך בתיק א
תאריך 15/02/2024, ו' אדר תשפ"ד, 09:57
יחידה יחידת בוחנים מחוז תא
כתובת המסגר 14
טלפון 03-6925320
פקס
דואל bohanim.telaviv@police.gov.il

לכל המעוניין

תאריך התאונה 29/01/2024 בשעה 10:20

מקום התאונה

בכביש בין עירוני כביש מס 20 ק"מ מס 16.0

הערות מקום

פרטי כלי הרכב והמעורבים

פרטי הרכב

מספר רכב	סוג רכב	תוצר רכב
30531003	אופנוע	הונדה איטליה
חברת ביטוח	מספר פוליסה	סוג לוחית
הפול הישראלי	20376190037922300	ישראלית

מעורבים ברכב

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
נהג	34949776	כהן גבריאל	28/03/1979	ת"א - יפו, גוש עציון 9	הדסה עירוני - איכילוב	קלה

פרטי הולכי רגל

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
-------------	------	--------	----------	-------	-------------------	--------------

כמות נפגעים

דר' ביין אברהם

מומחה כירורגיה אורתופדית

מס' רשיון: 18667

כתובת: ז'בטינסקי 18 קומה 3 ב-פל, ראשון לציון

טלפון: 03-6944693

תעודה רפואית נוספת לפגיעה בעבודה

שם משפחה כהן	שם פרטי גבריאל	שם האב אביגדור	מס' זיהוי 34949776	שכיר
ישוב תל אביב - יפו	רחוב גוש עציון	מס' 9	מיקוד 6772032	שנת לידה 1979
שם המעביד וכתובתו		טלפון 0546598477		
		טלפון 035372871		

תוצאות הבדיקה:

בביקור בתאריך 04/02/2024 בשעה 11:31:02
נפוחות בגלל נזל בברך מיין רגישות בסדק מיפרקי פנימי טסטים מניסקיאלים
חיוביים למניסקוס פנימי

בביקור בתאריך 20/02/2024 בשעה 16:00:46
MRI שינויים שחיקתיים במדור הלטראלי בצד המדיאלי המתאימה לקונטוזיה בקונדיל המדיאלי מצב לאחר
מניסקטומיה במניסקוס החיצוני קרע פריפרי במניסקוס הפנימי שינויים קלים בסחוס הקונדיל הפמוראלי הפנימי נזל
בכמות קטנה

אני מאשר שהנפגע הנ"ל סובל מ:

• ARTHRALGIA

והוא אינו מסוגל עדיין לעסוק בעבודתו או בעבודה מתאימה אחרת.

אי כושר זה הוא, לפי דעתי, תוצאה ישירה מהפגיעה שקרתה, לפי דברי הנפגע הנ"ל,

ביום: 29/01/2024

דעתי היא, שאי כושר זה ימשך עוד, לפחות: 7 ימים, היינו מיום: 09/02/2024

עד יום: 15/02/2024 (בכלל).

20/02/2024

תאריך הבדיקה

חתימה וחוממת הרופא



טל: 04-8812345 או *6050
פקס: 03-6250222
שעות מענה: א-ה 08:00-17:00
קבלת קהל: א, ג, ה 08:30-13:00

סניף: תל אביב
יצחק שדה 17
תל אביב-יפו 6777517



0101000791

תיק: 3494977-6
מנה: 0322

דף 1 מתוך 1

611-169-074

תיק: 3494977-6

ג' באדר ב', תשפ"ד
13 במרץ 2024

לכבוד

גבריאל כהן

גוש עציון 9 דירה 4

תל אביב - יפו 6772032



1/1

אדון נכבד,

הנדון: תביעה לדמי פגיעה

אנו מאשרים שקיבלנו את התביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה (בל 211) שהוגשה ב- 13/03/2024

המסמכים המפורטים להלן התקבלו בביטוח הלאומי, אין צורך למסור אותם שוב:

1. כתב ויתור סודיות רפואית
2. תיק משטרה לעניין תאונת דרכים
3. פוליסת ביטוח חובה של רכב

ייתכן שיידרשו מסמכים נוספים כדי להחליט בתביעתך.
משך הטיפול המשוער בתביעה זו הוא 60 ימים.

בכבוד רב,
מירב עגיב
נציג שירות
המוסד לביטוח לאומי



ord-0310-240313-LTORFA 611169074_0_6772032_1060349497_00034949776_-1507311982_01305_1.pdf





דף 1 מתוך 3

תיק:
034949776-60-02
ז' באדר ב', תשפ"ד
17 במרץ 2024

611-169-074

לכבוד
גבריאל כהן
גוש עציון 9 דירה 4
תל אביב - יפו 6772032

מספר תיק: 03494977-6
תאריך פגיעה: 29/01/2024

אדון נכבד,

תביעתך לדמי פגיעה. תאונה מתאריך 29/01/2024

הננו מאשרים כי הכרנו בפגיעה מתאריך 29/01/2024 כתאונת עבודה.

הפגimות שהוכרו כתוצאה מהתאונה:

חבלה ברך ימין.

על פי המידע שבידינו אתה חבר בקופת חולים מכבי שירותי בריאות.

לקבלת החזר הוצאות הריפוי בגין הפגיעה, יש לפנות עם אישור זה לקופת החולים.

- קצבת נכות מהעבודה • באפשרותך להגיש תביעה לקצבת נכות מעבודה תוך 12 חודשים ממועד ההכרה בפגיעתך (17/03/2024), באמצעות אתר הביטוח לאומי או בסניף הקרוב לביתך.
- הגשת התביעה לאחר 12 חודשים עלולה לפגוע בתקופת הזכאות לתשלום (לפי סעיף 296 ו/או סעיף 107 לחוק הביטוח הלאומי).
- אחרי הגשת התביעה יישלח אליך זימון לוועדה רפואית שתקבע אם הפגיעה הותירה נכות שעבודה תהיה זכאות לקצבה.
- אפשר לקבל ייעוץ והכנה לוועדה הרפואית ללא עלות במרכז "יד מכוונת", 2496* או באתר האינטרנט.

בכבוד רב
אמור בטי ברטה
פקידת תביעות
המוסד לביטוח לאומי



BTL.GOV.IL

טל: 6050* או 1-222-6050

פקס: 03-6250222

שעות מענה:

ראשון עד חמישי 08:00 עד 17:00

סניף תל אביב

יצחק שדה 17

תל אביב - יפו 6777517

קבלת קהל: ראשון, שלישי, חמישי 8:30 עד 13:00





דף 1 מתוך 1

תיק:
034949776-60-02

מנה: 0312

ח' באדר ב', תשפ"ד

18 במרץ 2024

611-169-074

לכבוד
גבריאלי כהן
גוש עציון 9 דירה 4
תל אביב - יפו 6772032



אדון נכבד,

הנדון: גמלה דמי פגיעה - פגיעה בעבודה מיום: 29/01/2024

אשרנו את תביעתך לדמי פגיעה בעבור 17 ימים לתקופה/ות האלה:

עד - 15/02/2024

מ - 30/01/2024

הגמלה חושבה לפי 75% משכרך ברבע השנה שקדם לפגיעה בסך 31842 ש"ח.
עפ"י הרשאה שניתנה למעבידך שולמו דמי הפגיעה למעבידך בסך 1327 ש"ח.

על מעבידך לשלם לך דמי פגיעה עבור כל ימי אי הכושר כולל 12 הימים הראשונים, גם אם לא קיבל
החזר מביטוח לאומי.

לתשומת לבך, הבסיס לחישוב תשלום הגמלה נקבע על פי חודשים: 10/2023 , 11/2023 , 12/2023
במידה שהנך מעוניין שנבצע חישוב לפי חודש הפגיעה, אנא העבר אלינו:

1. תלוש שכר לחודש הפגיעה
2. אישור ממעסיקך, שבו יצוין מהם הרכיבים הקבועים ואינם משתנים ששולמו לך בחודש
הפגיעה עד מועד הפגיעה, על מנת שנוכל לבדוק את חישוב הבסיס מחדש

אם לאחר הפגיעה שולמו לך הפרשי שכר ו/או תשלומים נוספים המתייחסים להכנסתך בתקופה
רבע השנה, יש לשלוח אישורים המעידים על תשלום ההפרשים לסניף המטפל כדי לערוך חישוב
מחדש, בתוך 12 חודשים ממועד תשלום ההפרשים.

אנחנו כאן לשירותך.

בכבוד רב,
פקיד תביעות
נפגעי עבודה

BTL.GOV.IL

טל: 6050 * או 1-222-6050

פקס: 03-6250222

שעות מענה:

ראשון עד חמישי 08:00 עד 17:00

סניף תל אביב

יצחק שדה 17

תל אביב - יפו 6777517

קבלת קהל: ראשון, שלישי, חמישי 8:30 עד 13:00



דף 1 מתוך 2

תיק:
034949776-60-02
ט' באדר ב', תשפ"ד
19 במרץ 2024

611-169-074

לכבוד
גבריאלי כהן
גוש עציון 9 דירה 4
תל אביב - יפו 6772032


מספר תיק: 03494977-6
תאריך פגיעה: 29/01/2024

אדון נכבד,

הנדון: אישור הכרה ודרישת מסמכים

אושרה תביעתך להכרה בפגיעה מ- 29/01/2024 כתאונת עבודה לתקופה:
15/02/2024 - 11/02/2024 , 10/02/2024 - 30/01/2024
כדי שנוכל לבדוק את המשך זכאותך לתשלום דמי פגיעה, נבקשך להעביר אלינו -
• תלושי שכר עבור חודשים 10/23, 11/23 ו-12/23.

את המסמכים אפשר להעביר אלינו באחת מהדרכים הבאות:

- אתר הביטוח הלאומי <--- שליחת טפסים
- דואר, לכתובת המופיעה בראש העמוד
- תיבת השירות של הסניף הקרוב אליך
- פקס שמספרו מופיע בראש העמוד

BTL.GOV.IL

טל: 6050 *או 1-222-6050
פקס: 03-6250222
שעות מענה:
ראשון עד חמישי 08:00 עד 17:00

סניף תל אביב
יצחק שדה 17
תל אביב - יפו 6777517
קבלת קהל: ראשון, שלישי, חמישי 08:30 עד 13:00

