

מספר תיק	7492-11-23
שם תיק	אלקרינאוי נ' המוסד לביטו
סוג תיק	ב"ל
סוג מסמך	חוות דעת
מזהה מסמך	434943905
מספר עמודים	0
תיאור מסמך	חומר בדיסק מסורוקה



NGCS 434943905



NGCS 434943905



תחילת טיפול

אחרון

2420008188191

שולם סד קבלה מס' מס' התחייבות שטר חוב מס'

תאריך:

[illegible]

שם האב _____ תאריך לידה _____

במסגרת תוכנית זו יתקיימו שני סדורי הרצאות:

מכתב פניה לך כן בלע

סיבת הפניה

☐ ת. דרכים ☐ ת. עבודה ☐ מחלה ☐ פיגוע חבלני ☐ אחר

מלווה: ☒ כן ☐ לא הערות _____

אָנזאָג (מ.א. _____) חתום _____

_____ זמן

אחות

פיגוע המוני
מצב הנפגע:

קשה ☐

בינוני

קל ☐

09:51 14/09/01 139650-01
52000 מיון ילדים 0032384919
עיד עלי אלקרי נאוי
רחט רהט 17
09/01 7 י
מחלה
תלונה אחר
דרום
0109 סורומה

מועבר ממיון: כללי, נשים, ילדים, עיניים, א.א.ג., מרפאות חוץ

סיבת הפניה

מצב החולה

דגישויות

Toxoid DT כן / לא

עוצבה

[illegible]

2864

שְׁתוּ _____ הַמַּסְטִיק _____ שְׁאֵרִית _____ מִשְׁקָל 2869

הדמייה _____ שעה _____ יעוצים _____ שעה _____

_____ שעה _____ יעוצים _____ B.HCG _____ E.C.G _____

המטולוגיה _____ כימיה _____ יעוצים _____ שעה _____

[illegible]

139650-01
0032384919
אלקרינאוי
רהט רהט 17
09/01
מחלה
סורוקה

14/09/01
מיון ילדים
על
עיד
09:51
52000
0109

תלונה אחר
דרום

מכתב שחרור

לכבוד הרופא המטפל

הנדון:

בן 8' ח' עם דגירה אק גלוק וסכר ויהי נבאק.
מאקס 3+20, גזרנו 2500, כלכלניקו גלוק.
מאקס אק B-, סמק, מאק B+ (סמק גלוק)
מאקס מאקס מאקס מאקס מאקס מאקס מאקס מאקס

מאקס מאקס מאקס מאקס מאקס מאקס מאקס מאקס
מאקס מאקס מאקס מאקס מאקס מאקס מאקס מאקס

15.0. מאקס T.B. קלוק

Neonatal Jaundice

Glu	WBC
Urea	Hb
Creat	Hct
Na	Thr
K	
Ca	PH
Bil	PO ₂
Diast	PCO ₂
	Bic
	SAT

בדיקות עור:
מאקס מאקס מאקס מאקס מאקס מאקס מאקס מאקס

אבחנה משוערת:
מאקס מאקס מאקס מאקס מאקס מאקס מאקס מאקס

המלצות:
מאקס מאקס מאקס מאקס מאקס מאקס מאקס מאקס

תאריך: _____ שם הרופא: _____
מספר: _____ האחראי: _____
שעה: _____

מאקס מאקס מאקס מאקס מאקס מאקס מאקס מאקס



נספח למכתב שחרור

[illegible]

תאריך: 14/09/01 שעה: 11:05

דיווח תוצאות

אל : מיון ילדים סורו
שם הרופא :
מדבקה : 912604093

שם הנבדק : אלקרינאוי עלי	ת.ז. : 323849190
מין : זכר	ת. לידה : 07/09/2001
קליטה : 14/09/01 10:54	ביצוע : 14/09/01 10:54

הע'	טווח	תחום יחוס	יח'	תוצאה	בדיקה
	0 - 1.5	[.....] *	mg/dL	15.0	BILIRUBIN, NEONATAL



2420008188196

תחילת טיפול

רופא

אחות

פיגוע המוני

מצב הנפגע:

קשה

בינוני

קל ☐

12:43 05/02/03 019549-03

0032384919-0 מיון ילדים 52000

אלקרי נאוי עלי עיד

רהט רהט 17

050- 795913 1 1n16 09/01

מחלה כויה חזה

סורוקה דרום 0109

01010101010101010101010101010101

מועבר ממיון: כללי, נשים, ילדים, עיניים, א.א.ג., מרפאות חוץ

סיבת הפניה

מצב החולה

רגישויות

Toxoid DT כן / לא

עוצבה

[illegible]

שְׁתֵּן _____ הַמַּסְטִיק _____ שְׁאֵרִית _____ מַשְׁקָל _____

הדמייה _____ שעה _____ יעוצים _____ שעה _____

_____ B.HCG _____ E.C.G
 _____ יעוצים _____ שעה _____

המטולוגיה _____ כימיה _____ יעוצים _____ שעה _____

[illegible]

מכתב שחרור

לכבוד הרופא המטפל

הנדון:

בן א' - אהרון נחום זקן חם
בהבדלה - חוה 37, דובר 135, 126/48 סטוליה נאיה 94/9
81 יאג 30 חלון ווקג
הלב כחול, אהוב, לא רוצה נשיאה, זקן סימן גירוי מניקטור
כחול מוקד, ה היה חמצן עיון וצמח רזה חמון
חם יקן, נצב אב סניו, אלו אולג - בספירה רב סמולס
משחרר ממון יאגם
חופה לחילן כרצני סלספיקה

Glu _____ WBC _____
Urea _____ Hb _____
Creat _____ Hct _____
Na _____ Thr _____
K _____
Ca _____ PH _____
Bil _____ PO₂ _____
Diast _____ PCO₂ _____
Bic _____
SAT _____

14 degree

בדיקות עזר:

אבחנה משוערת:

המלצות:

חתימה וחותמת
שם הרופא האחראי
מספר הרשיון
1325

תאריך:
שעה:



נספח למכתב שחרור

[illegible]



המרכז הרפואי האוניברסיטאי סורוקה

מיון ילדים

ת.ד. 151, באר שבע 84101

פקס: 08-6403340

טלפון: 08-6400471

מנהל: פרופ' יוסף פרס

בדיקה בקבלה

תאריך ושעת ביקור: 05/02/03 12:56 תאריך ושעת הדפסה: 05/02/03 13:06 מס' ביקור: 00000000000000000000

שם חולה: עלי אלקרינאוי ת"ז: 32384919 ת"ל: 9/7/2001 גיל: 16 חודשים ו-28 ימים
עיר: רהט שם רחוב: שכ 81 מס' בית: 10 טלפון: 00000000000000000000

סיבת הפנייה: כוויה בחזה וצוואר מאתמול בלילה
מלווה: אמא
חום שנמדד בבית: $^{\circ}\text{C}$ איפה נמדד: מתי נמדד: לא נמדד חום בנשימה

סימנים חיוניים:

שעה	חום	איפה נמדד	דופק	לחץ דם	סטורציה	מס' נשימות	דקסטר
05/02/03 12:57	37	רקטלי	135	68 / 126	94	30	

משקל: 11 ק"ג גובה/אורך: ס"מ היקף ראש: 00000000000000000000

תרופות:

רגישות: לא ידוע

אנמנזה סיעודית: הכרה - מלאה, התנהגות תקינה

היסטוריה רפואית:

הערות:

שם האחות המטפלת: פנינה
מס' רישיון: 2273



שם הרופא
התמחות
מספר רשיון
כתובת
טלפון

ד"ר אלקאיד חסן
משפחה וילדים
33167
רהט ב'
AAAAA

מחוז:דרום
מרפאה:רהט ב'

05/02/2003

תאריך

הפניה כללית

פרטי המטופל

עיד 07/09/2001 ז 1.04 00-32384919-0

אלקרינאוי עלי

שם האב שם המשפחה ושם פרטי מס זהות גיל מין ת.לידה שם האב

50 - 795913
טלפון

10
מס בית

71/81
שכונה רחוב

רהט
ישוב

הופנה ל מיון ילדים - פלסטיקה

אבחנה משוערת

BURN - NOS

אבחנה

אפיון

קוד
9490

תלונות נכוה בחזה מאתמאל בלילה

ממצאים בבדיקה כוויה בחזה וצוואר



33167
מספר רשיון

ד"ר אלקאיד חסן
שם הרופא



סורוקה



2420008188192

מרכז רן

שירותי

בריאות כללית

שנת תשנ"ה
תורף מומחה
21239 מ.מ.
22958 *

רופא

אחות

פיגוע המוני

מצב הנפגע:

קשה

בינוני ☐

קל ☐

21.41 20/03/08 045099-08
53100 מיון אורח 0032384919-0
ע"ד עלי אלקרינאוי
רחט רחט 17
052-5896708 ז 6 09/01
יד חבלה נפילה
0109 הדרום סורוקה

מועבר ממיון: כללי, נשים, ילדים, עיניים, א.א.ג., מרפאות חוץ

סיבת הפניה

מצב החולה

רגישויות

Toxoid DT כן / לא

עוצבה

סוכר בגלוקומטר

דחף אחרון

משקל

שארית

המסטיק

שתן

שעה

יעוצים

שעה

הדמייה

שעה

יעוצים

B.HCG

— E.C.G

שעה

יעוצים

כימיה

המטולוגיה

[illegible]

העתק



מכתב שחרור

לכבוד הרופא המטפל

הנדון:

כאבים בלסת ימנית, יד ימנית (כאב)
הגוף: חבלה ימנית

Undisplaced :
Longitudinal Fr. Distal
Phalanx, Rt. Thumb

מחלת : פגם בלסת
שבר ימני בלסת

מקום חבלה ימנית בלסת

Glu	WBC
Urea	Hb
Creat	Hct
Na	Thr
K	
Ca	PH
Bil	PO ₂
Diast	PCO ₂
	Bic
	SAT

בדיקות עור:
אבחנה משוערת:
המלצות:

ד"ר יעקב אגודי
אורחופי סורוקה
22958 מ.מ. 21239

שם הרופא	מספר הרישוי	חתימה וחותמת
שעה:		

[illegible]



שם הרופא
התמחות
מספר רשיון
כתובת
טלפון
פקס
מרחק: רהט ב'
מחוז: דרום

תאריך 20/03/2008

הפניה כללית

פרטי המטופל	אלקרינאוי עלי
שם משפחה ושם פרטי	00-32384919-0
מס זהות	6.06
גיל	ז
מין	07/09/2001
ת.לידה	שם האב
שם האב	50 -5795913
טלפון	10 /
מס בית	18 שכ
רחוב	רהט
ישוב	

הופנה ל מיון טראומה

אבחנה משוערת

אבחנה	איפיון	קוד
NO DIAGNOSIS - MEDICAL/SURGICAL PROCEDURE		7998
# 1 fing rt.hand	RT	

תלונות / סיבת הפניה מתאריך 19/03/2008
סיפור של חבלה לפני יומיים באגודל ימין מנפילת אבן על האצבע
20/03/2008
היום באופן דחוף ביצע צילום - יש שבר בפלנג דיסטלי באגודל יד ימין
היתיעצתי במח' רנטגן קי"ח ג בטל.

סימנים חיוניים גובה 110 11/12/2007 משקל 20 11/12/2007 bmi 16.53

ממצאים בבדיקה מצב יציב באצבע - נפיחות במישוש רגישות

ד"ר סרגי לזרב
מספר רשיון 35522
חתימה ותחתום הרופא

35522
מספר רשיון

ד"ר סרגי לזרב
שם הרופא



מס. קבלה: 087540-12
ת.ז.: 0032384919-0
נא לקחת דו"ח

מרב רפואי סורוקה -

כללית
הכי טובה למשפחה

תחילת טיפול

סורוקה

שולם סך _____

חוב מסי _____

ת.ה. _____

שם משפחתי _____

2420008188193

שם האב _____

כתובת _____

קו"ח _____

טלפון _____

מכתב פניה ☐ כן ☐ לא

סוכת הפניה _____

☒ ת.דרכים ☐ ת.עבודה ☐ מחלוק ☐ פינוע חבלני ☐ אחר ☐

מלווה: ☒ כן ☐ לא הערות _____

אזרח ☐ חייל (מ.א. _____) (_____)

רופא _____
 אחות _____

פיגוע המוני
מצב הנפגע:



14:18 21/05/12 087540-12

53100 מיון אורח 0032384919-0

עיד עלי אלקרי נאוי

רחט רחט 17

052-5896708 ז 10 07/09/01

יד תאונה אחרת חבלה

0109 הדרום סורוקה

קשה ☐

בינוני ☐

קל ☐

מועבר ממיון: כללי, נשים, ילדים, עניים, א.א.ג., מרפאות חוץ

מצב החולה

רגישויות

Toxoid DT כן / לא

עוצבה

[illegible]

שתן

המסטיק

שארית

משקל

הדמייה

שעה

יעוצים

שעה

 E.C.G

B.HCG

יעוצים

שעה

המטולוגיה

כימיה

יעוצים

שעה

[illegible]

כללית

הכי טובה למשפחה

העתק

14-18 21/05/12 087540-12
 53100 מיון אורתפ 0032384919-0
 ע"ד עלי אלקרינאוי
 052-5896708 ז רהט רהט 17
 0109 יד תאונה אחרת חבלה 10 07/09/01
 הדרום סורוקה

מכתב שחרור

לכבוד הרופא המטפל

הנדון:

בן מילניק, 31 שנים, יליד 1981, תושב יבנה.
 נפצע ב-10/05/12 בעת טיפוס כדורסל.

בבדיקה גופנית - אין סימנים חיצוניים.
 בדיקת רנטגן - שבר מלא של עצם הריבוע.

ד"ר - גרין - יליד 1981, תושב יבנה.

Dr. Green stick fracture of Distal Radius, ulna
 IT fibrous

Glu	WBC
Urea	Hb
Creat	Hct
Na	Thr
K	PH
Ca	PO ₂
Bil	PCO ₂
Diast	Bic
	SAT

בדיקות עזר:
 (1) ירידה ב-Hb + Hct
 (2) עלייה ב-Creat
 (3) עלייה ב-Bil
 (4) עלייה ב-AsT

מרכז רפואי אונקולוגי סורוקה
 ד"ר אבו קיעאן-תאופיק
 מחלקה אורטופדית
 מ.רשיון 114423

תאריך: _____ שעה: _____
 שם הרופא: _____ מספר: _____
 האחראי: _____ הרישיון: _____

שם הרופא: ד"ר מיכאלה גרבר
התמחות: רופאת משפחה
מספר רשיון: 35485
כתובת: מרפאת רהט ב רהט
טלפון: 08-6627222
פקס:
מרפאה: רהט ב' מחוז: דרום

תאריך: 21/05/2012
13:27

הפניה למיון

פרטי המטופל					
אלקרינאווי עלי	00-32384919-0	10.08	ז	07/09/2001	עיד
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת. לידה	שם האב
רהט	18 ש	10 /		3308282-57	
ישוב	רחוב	מס בית		טלפון	טלפון נוסף

גורם שולח
7433

מספר הפניה
037433023838

מספר הפניה: 37433023838
תז נבדק
0323849190

רשיון רופא
035485

לכבוד: מיון אורטופדי

שירות רפואי 70069	תיאור רפואי	קוד שירות 70069	קוד משה"ב 99283
ביקור במיון תשלום גלובלי			

שירות שנבחר

אבחנה
susp fracture
OBSERVATION - PATIENT UNDER OBSERVATION

קוד
איפיון
7

אבחנה משוערת

תלונות: היום נפל בבית הספר על יד שמאלית לא מזיז יד שמאלית

סימנים חיוניים: גובה 110 11/12/2007 משקל 18.8 25/05/2008 15.54 bmi

ממצאים בבדיקה: יד שמאלית באזור אמה נפוחות ניכרת

מספר רשיון: 35485
שם הרופא: ד"ר מיכאלה גרבר

מספר רשיון: 35485
שם הרופא: ד"ר מיכאלה גרבר

תוקף ההפניה למיון הינו עד לסוף יום למחרת ממועד הפקתה

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

ה.ר. 1

דף 1 מ 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה למיון

21/05/2012

הודפס ע"ד"ר מיכאלה גרבר

00-32384919-0

אלקרינאווי עלי

שם משפחה	שם פרטי	שם פרטי
מען מגורי החולה	מען מגורי האפוטרופוס	
14:18 53100 ע"ד	21/05/12 מיון אורח ע"ד	087540-12 0032384919-0 אלקרי נאוי 17 רה"ט 10 07/09/01 תאונה אחרת סורוקה
מספר זהות	מספר טלפון	מספר טלפון
052-5896708 ז 0109		

- אני החתום מטה, מבקש/ת לקבלתי/ן לר"ה רה"ט 17, 10/07/01 תאונה אחרת סורוקה, הסגל הטיפולי, הבדיקות וההליכים הרפואיים שיינתנו לי/ן לחולה* בבית החולים ו/או מסכים/ה שהטיפולים בבית החולים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות הקיימים בבית החולים, ואני מצהיר/ה בזה כי לא הובטח לי שיעשו כולם או חלקם בידי אדם מסוים.
- אני מברקש/ת שהרופאים, הסגל הטיפולי, הבדיקות וההליכים הרפואיים שיינתנו לי/ן לחולה* בבית החולים ו/או מסכים/ה שהטיפולים בבית החולים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות הקיימים בבית החולים, ואני מצהיר/ה בזה כי לא הובטח לי שיעשו כולם או חלקם בידי אדם מסוים.

אישור אפוטרופוס (אם המטופל קטין, פסול דין או חולה נפש) * מחקי את המיותר

תאריך שעה חתימת החולה חתימה קרבה שם

חלק ב*

אל שירותי בריאות כללית

בית החולים

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	מספר זהות
מען מגורים			מספר טלפון

- אני החתום/ה מטה, מאשר/ת כי הוסבר לי כי בית החולים משמש להכשרת סטודנטים במקצועות הבריאות ואני מסכים/ה / איני מסכים/ה (מחקי את המיותר) לכך שבהערכה ובטיפול יטלו חלק סטודנטים בפיקוח הצוות הרפואי המטפל.
- אני הח"מ מסכים/ה לקבל עירוי דם ו/או מרכיביו במהלך האשפוז הנוכחי, ככל שהדבר יידרש לפי שיקול דעת המטפלים בי והנני מצהיר/ה בזאת, כי ידוע לי שקיימת הסתברות נמוכה לסיבוכים רפואיים בדרגות חומרה שונות כתוצאה מעירוי דם.
- אני החתום/ה מטה, מוותר/ת על סודיות רפואית כלפי שירותי בריאות כללית, בית החולים, עובדיהם, כל מי שפועל מטעמם ו/או בשליחותם ו/או בהרשאתם, בכל הקשור למצב בריאותי/ בריאות המטופל/ חולה, לצורך הטיפולים, הבדיקות וההליכים הרפואיים שיינתנו לי/ן למטופל/ לחולה, במסגרת האשפוז בבית החולים. כן הנני נותן/נת בזאת את הסכמתי מראש לצוות הרפואי לקבל ו/או למסור לגורם רפואי מטפל בהווה ו/או בעתיד, לצורך הטיפול בי, כל מיניע הקשור למצב בריאותי.
- א. אני מוותר/ת על סודיות בקשר לעובדת היותי/ חולה, מאושפז/ת בבית החולים ו/או במחלקה כלפי הפונים לבית החולים ומבקשים פרטים אלו בעל פה לרבות טלפונית.*
ב. ניתן למסור מידע רפואי לקרובי משפחה מדרגה ראשונה ו/או לפונים שלהלן בלבד (מחקי את המיותר):
א. _____ ב. _____ ג. _____ ד. _____
- למי שאינו/ אינה מבוססת/ת בשירותי בריאות כללית * אם קופת החולים בה אני/ המטופל/ חולה מבוססת/ת בה, לא תשלם מאיזו סיבה שהיא עבור כל או חלק מההוצאות הקשורות באשפוזי/ באשפוז המטופל/ חולה, לפי קביעת רופאים, אני מתחייב/ת לשלם בעצמי את המגיע לכם, לפי דרישתכם הראשונה.
- אני מתחייב/ת לעזוב/ להוציא את המטופל/ חולה מבית החולים עם קבלת הודעתכם הראשונה על סיום הטיפול הרפואי בי/ במטופל/ חולה.
- כן אני מתחייב/ת לשלם לכם לפי דרישתכם הראשונה עבור עלות כל יום אשפוז נוסף בו אשהה/ ישהה המטופל/ חולה בבית החולים לאחר קבלת הודעתכם כאמור בסעיף 4 לעיל, ונותן/ת לכם בזה יפוי כוח מלא להוציאני מבית החולים ולהעבירני למוסד אחר או למען מגורי המפורט לעיל/ להוציא את המטופל/ חולה ולהעבירו לרשותי או למוסד אחר, לפי הצורך, הכל על חשבוני ועל אחריותי.
- הובר לי וידוע לי, כי אינכם אחראים בכל צורה שהיא לכספים ו/או לכל דברי ערך אשר לא הופקדו בכספת משרדכם.

אישור אפוטרופוס (אם המטופל קטין, פסול דין או חולה נפש)

תאריך שעה חתימת החולה חתימה קרבה שם

חתימה על חלק ב' של טופס זה אינה מהווה תנאי לקבלת המטופל / חולה לאשפוז ו/או לקבלת הטיפולים הנחוצים לו.
* המאושפז/ת / אפוטרופוס, רשאי/ת שלא להסכים לוותר על סודית בקשר לעובדת האשפוז בבית החולים ו/או במחלקה.
* המאושפז/ת / אפוטרופוס, רשאי/ת שלא להסכים לוותר על סודית בקשר למידע רפואי ייחודי אודותיה.



מחלקת מיון

סורוקה

כללית סורוקה
הכי טובה למו



2420008188194

דחיפות 1 2 3 4 5

שעת שחרור

ביקור חוזר תוך 24 שעות
כן / לא
ביקור חוזר בשבוע האחרון
כן / לא

סיבת הפניה

☐ ת. דרכים ☐ ת. עבודה ☐ מחלה ☐ פיגוע חבלני ☐ אחר

☐ מלווה: ☐ כן ☐ לא הערות ☐ אורח ☐ חייל (מ.א.)

01:42 27/09/22 200623-22
50010 מיון פנימי 0032384919-0
עיד עלי אלקרינאוי
רהט שכ 10 18
053-9634238 : 21 07/09/01
ת.ע. ללא ב מכת חשמל
סורוקה ***קופ"ח מאו 0605

מועבר ממיון: כללי, נשים, ילדים, עיניים, א.א.ג., מרפאות חוץ

סיבת הפניה

מצב החולה

רגישויות

Toxoid DT כן / לא

דחף אחרון סוכר בגלוקומטר

עוצבה

שעה	חם P.O.	חם P.R.	דופק	לחץ דם	נשימות	סטורציה	גלוקוז	VAS	חתימה

שתן _____ המסטיק _____ שארית _____ משקל _____
הדמייה _____ שעה _____ יעוצים _____ שעה _____
E.C.G _____ BHCG _____ יעוצים _____ שעה _____
המטולוגיה _____ כימיה _____ יעוצים _____ שעה _____

שעת ההוראה	הוראות רופא	חתימת רופא	שעת ביצוע	חתימת אחות





הכי טובה למשפחה
כלילת 100 מעל שנה

מכתב עזרור

לכבוד הרופא המטפל

המדרון:

Glu _____
 Urea _____
 Creat _____
 Na _____
 K _____
 Ca _____
 Bil _____
 Diast _____
 WBC _____
 Hb _____
 Hct _____
 Thr _____
 PH _____
 PO₂ _____
 PCO₂ _____
 Bic _____
 SAT _____

בד־קוֹת עֶזְרָ:

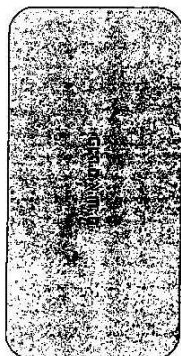
אברהם משיחית:

המצלצות:

DATE	_____	BY	_____
TIME	_____	BY	_____

תאריך:

שעה:



הכי טובה למשפחה

נספח למכתב שחרור

[illegible]

הגנה עליון

22/09/22

הגנה עליון

הגנה עליון

323849190

21/12

הגנה עליון

הגנה עליון

הגנה עליון

הגנה עליון

הגנה עליון

הגנה עליון

הגנה עליון

Electrical injury

Acute stress reaction

הגנה עליון

הגנה עליון

הגנה עליון

שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות
כתובת	תאריך לידה	מספר טלפון
שם האפטרופוס	כתובת האפטרופוס	מספר טלפון

אני החתום/ה מטה, מבקש/ת לקבל/לקבל את המטופל/ת*, לבית החולים, על שלוחותיו, מח. ייחודיותו השונות, לשם קבלת טיפול רפואי, עריכת בדיקות רפואיות, ונקיטה בהליכים רפואיים נחוצים.

- ידוע לי ואני מסכים/ה שהטיפולים בבית החולים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות הקיימים בבית החולים, ואני מצהירה/ה בזה כי לא הובטח לי שיעשו כולם או חלקם בידי אדם מסוים.
- אני מאשר/ת כי הוסבר לי כי בית החולים משמש להכשרת סטודנטים במקצועות הבריאות ואני מסכים/ה אינני מסכים/ה *לכך שבהערכה ובטיפול ייטלו חלק סטודנטים בפיקוח הצוות הרפואי המטפל.
- אני מוותר/ת על הסודיות הרפואית שלי כלפי שירותי כללית, בית החולים, עובדיהם, כל מי שפועל מטעמם ו/או בשליחותם ו/או בהרשאתם, בכל הקשור למצב בריאותי/בריאות המטופל/ת*, לצורך הטיפולים, הבדיקות וההליכים שיינתנו לי/למטופל/ת*, במסגרת האשפוז בבית חולים. כן הנני נותן/ת בזאת את הסכמתי מראש לצוות הרפואי לקבל ו/או למסור לגורם רפואי מטפל בהווה ו/או בעתיד, לצורך הטיפול בי, כל מידע הקשור למצב בריאותי.
- א. אני מוותר/ת / לא מוותר/ת על סודיות עובדת היותי/היות, המטופל/ת, מאושפז/ת בבית החולים ו/או במחלקה כלפי הפונים לבית החולים ומבקשים פרט זה בעל פה לרבות טלפונית*
ב. ניתן למסור מידע רפואי עדכני לקרובי משפחה מדרגה ראשונה ו/או לפונים שלהלן בלבד:
א. _____ ב. _____ ג. _____ ד. _____
- אני מתחייב/ת לעזוב/להוציא את המטופל/ת* מבית החולים עם קבלת הודעתכם הראשונה על סיום הטיפול הרפואי בי/במטופל/ת.
- כן אני מתחייב/ת לשלם לכם לפי דרישתכם הראשונה עבור עלות כל יום אשפוז נוסף בו אשהה/ישהה המטופל/ת בבית החולים לאחר קבלת הודעתכם כאמור בסעיף 5 לעיל, ונותן/ת לכם בזאת ייפוי כוח מלא להוציאני מבית החולים ולהעבירני למוסד אחר או למעון מגורי המפורט לעיל/להוציא את המטופל/ת ולהעבירו/ה לרשותי או למוסד אחר, לפי הצורך, הכול על חשבוני ועל אחריותי.
- למי שאינו/אינה מבוטח/ת בשירותי בריאות כללית -אם קופת החולים בה אני/המטופל/ת מבוטח/ת בה, לא תשלם מסיבה כלשהיא עבור כל או חלק מההוצאות הקשורות באשפוזי/באשפוז המטופל/ת, לפי קביעת רופאיכם, אני מתחייב/ת לשלם בעצמי את המגיע לכם, לפי דרישתכם הראשונה.
- אני מאשר/ת לשירותי בריאות כללית לשלוח אלי מידע בצורה דיגיטלית (דואר אלקטרוני, מסרונים, הודעות טלפוניות) הקשור באשפוזי. אם אינך מעוניין/ת לקבל מידע רפואי בצורה דיגיטלית- אנא חתום/י פה _____
- הובהר לי וידוע לי, כי אינכם אחראים בכל צורה שהיא לכספים ו/או לכל דברי ערך אשר לא הופקדו בכספת משרדכם.

אנינו מסוגל לחתום

שעה: _____ חתימת המטופל/ת _____
שם: _____ קרבה: _____ חתימה: _____

**אישור אפטרופוס
(אם המטופל/ת
קטינה או פסולת
דין)**

* מחקי את המיותר. בכל מקום בו מופיעות שתי אפשרויות -יש להקיף בעיגול את האפשרות הרצויה.

בסעיף 4 - המטופל/ת/אפטרופוס רשאי/ת שלא להסכים לוותר על סודיות בקשר למידע/להסכים כי מידע אודותיו יימסר לגורמים שיקבע.



2420008188195

מרכז רפואי סורוקה - מ

כללית סורוקה
הכי טובה למשפחה

דחיפות 1 2 3 4 5

ביקור חוזר תוך 24 שעות
כן / לא
ביקור חוזר בשבוע האחרון
כן / לא

סיבת הפניה

☐ ת. דרכים ☐ ת. עבודה ☐ מחלה ☐ פיגוע חבלני ☐ אחר

מלווה: ☐ כן ☐ לא הערות

☐ אזרח ☐ חייל (מ.א.)

לתשלום
02:00 27/09/22 200632-22
50010 מיון פנימי 0032384919-0
עיד עלי אלקרינאוי
רהט שכ 10 18
053-9634238 ז 21 07/09/01
מיון חוזר מכת משמל
סורוקה ***קופ"ח מאו 0605

מועבר ממיון: כללי, נשים, ילדים, עיניים, א.א.ג., מרפאות חוץ

סיבת הפניה

מצב החולה

רגישויות

Toxoid DT כן / לא

עוצבה

שעה	חם P.O.	חם P.R.	דופק	לחץ דם	נשימות	סטורציה	גלוקוז	VAS	חתימה

שנתן _____ המסטיק _____ שארית _____ משקל _____
הדמייה _____ שעה _____ יעוצים _____ שעה _____
E.C.G _____ B.HCG _____ יעוצים _____ שעה _____
המטולוגיה _____ כימיה _____ יעוצים _____ שעה _____

שעת ההוראה	הוראות רופא	חתימת רופא	שעת ביצוע	חתימת אחות





מכתב עזרזר

לכבוד הרופא המטפל

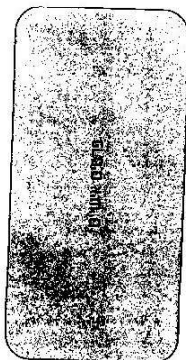
הנדרש:

Glu	_____	WBC	_____
Urea	_____	Hb	_____
Creat	_____	Hct	_____
Na	_____	Thr	_____
K	_____		
Ca	_____	PH	_____
Bil	_____	PO ₂	_____
Diast	_____	PCO ₂	_____
		Bic	_____
		SAT	_____

בדיקות עור: _____

אברתה משוערת: _____

המלצות: _____

[illegible]

הכי טובה למשפחה
מעל 100 שנה
כלילית

נספח למכתב עוזר

[illegible]

הופק ע"י דר' אל חאג' חאלד 27/09/2022 05:03

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלד

מנהל יחידה למיין פנימי: ד"ר דן שוורצפוקס מנהל המלר"ד: דר' שניידר יבגני מ.ר. 26765 אחות אחראית רחל דרור טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 27/09/2022 02:03 מספר ביקור: 2022200623 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL	שם משפחה: אלקרינאוי שם פרטי: עלי כתובת: שכ 10 81 רהט 8535700 טלפון: 0539634238 סוג דם: גורם מממן: מאוחדת	תאריך לידה: 07/09/2001 תעודת זהות: 32384919 מין: זכר גיל: 21 שם האב: עיד
--	---	---

סיים טיפול במלוד: שחרור

שעת הודעה למחלקה
שעת העברה למחלקה

נועבר למחלקה
נקבל ההודעה במחלקה

אבחנות בשחרור

- electric shock

תלונה עיקרית ומחלה נוכחית

התחשול

תוספת למחלה נוכחית

בן 21 בריא בדרך כלל.
התקבל לאחר שהתחשמל בזמן העבודה מטוסטר במשך שניות
ללא כאב חזה או אובדן הכרה

בבדיקה ללא סימני כביה
ללא נזק נראי

מעבדה - תרופות שלילי מיוגורין שלילי CPK תקין
ללא מצא נוסף

לאקו סינסי ללאסימטי אסימטיה

לסיכום הלשים מספר שעות השגחה כעת מצבו יציב ומאשפר שחרור

לא ידועה רגישות לתרופות

מדדים

תא ירושעה	הכרה EWS	לחץ דם	דופק	חום PO	סטורציה	VAS
02.05.27.19/2022	ער וצלול	126 / 60	68	36.8	98	2

רופא אחראי

רופא דר' אל חאג' חאלד מ.ר. 1152272

הופק ע"י ד"ר אל האג' חאלד : 27/09/2022 05:0

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלד

מנהל יחידה למיון פנימי: ד"ר ין שוורצפוקס מנהל המלד"ד: ד"ר שניידרמנץ מר. 26765 אחות אחראית החל דחור: טלפון: 08-6400345 פקס: 08-640043 תאריך ביקור: 27/09/2022 02:00 מספר ביקור: 2022200623 דואר אלקטרוני: MALINDSOR@CLALIT.ORG.IL	תאריך לידה: 07/09/2001 תעודת זהות: 32384919 מין: זכר ג: 21 שם האב: עיד	שם משפחה: אלהרינאוי שם פרטי: עלי כתובת: ישכ 91 10 רהט 8535700 טלפון: 0039334236 סוג דם: גורם מממן: מא חדת
---	--	--

תוצאות מעבדה באירוע

פרופיל	בדיקה	ערכי ייחוס	27/09/22 04:42	27/09/22 03:55	27/09/22 03:55
המטולוגיה	Hb (g/dL)	14.0-18.0	14.1		
המטולוגיה	HCT (%)	42.0-52.0	41.3↓		
המטולוגיה	HbC (*10 ⁶ /ul)	4.70-6.10	4.53↓		
המטולוגיה	MCV (fl)	80.0-94.0	91.2		
המטולוגיה	MCH (pg)	27.0-31.0	31.1↑		
המטולוגיה	MCHC (g/dL)	33.0-37.0	34.1		
המטולוגיה	RDW-CV (%)	11.5-14.5	11.8		
המטולוגיה	RDW-SD (fl)		39.1		
המטולוגיה	WBC (*10 ³ /ul)	4.80-10.80	6.42		
המטולוגיה	NEUT abs (*10 ³ /ul)	1.90-8.00	3.55		
המטולוגיה	LYMP abs (*10 ³ /ul)	0.90-5.20	2.37		
המטולוגיה	MONO abs (*10 ³ /ul)	0.16-1.00	0.40		
המטולוגיה	EOS abs (*10 ³ /ul)	0.00-0.80	0.07		
המטולוגיה	BASO abs (*10 ³ /ul)	0.00-0.20	0.03		
המטולוגיה	NEUT% (%)		55.3		
המטולוגיה	LYM% (%)		36.9		
המטולוגיה	MONO% (%)		6.2		
המטולוגיה	EOS% (%)		1.1		
המטולוגיה	BASO% (%)		0.5		
המטולוגיה	NORMOBLAST abs (*10 ³ /ul)		0.00		
המטולוגיה	NORMOBLAST% (%)		0		
המטולוגיה	PLT (*10 ³ /ul)	130-400	187		
המטולוגיה	MPV (fl)	7.1-11.1	11.4↑		
המטולוגיה	PCT (%)		0.2100		
ביוכימיה	HEMOLYTIC (mg/dL)	0		0	0
ביוכימיה	ICTERIC (mg/dL)	0		0	0
ביוכימיה	LIPEMIC (mg/dL)	0		0	0
ביוכימיה	GLUCOSE (mg/dL)	70-100			106↑
ביוכימיה	UREA (mg/dL)	17.0-43.0			23.9
ביוכימיה	CREATININE (mg/dL)	0.67-1.17			0.82



הופק ע"י דר' אל חג' חאלד 27/09/2022 05:03

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

שם משפחה: אלקרינאוי שם פרטי: עלי כתובת: שכ 10 81 רהט 8535700 טלפון: 0539634238 סוג דם: גורם מממן: מאוחדת	תאריך לידה: 07/09/2001 תעודת זהות: 32384919 מין: זכר גיל: 21 שם האב: עיד	מנהל יחידה למיון פנימי: ד"ר דן שוורצפוקס מנהל המלרד: ד"ר דר' שניידר יבגני מ.ר. 26765 אחות אחראית רחל דחורי טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 27/09/2022 02:03 מספר ביקור: 2022200623 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL
--	--	--

פרופיל	בדיקה*	ערכי ייחוס	27/09/22 04:42	27/09/22 03:55	27/09/22 03:55
ביוכימיה	BILIRUBIN TOTAL (mg/dL)	0.30-1.20			0.81
ביוכימיה	BILIRUBIN-DIRECT (mg/dL)	0.00-0.20			0.18
ביוכימיה	BILIRUBIN INDIRECT (mg/dL)				0.63
ביוכימיה	SODIUM (mEq/L)	135-145			137
ביוכימיה	POTASSIUM (mEq/L)	3.5-5.1			4.0
ביוכימיה	CHLORIDE (mEq/L)	98-106			102
ביוכימיה	CALCIUM (mg/dL)	8.80-10.60			9.48
ביוכימיה	PHOSPHORUS (mg/dL)	2.5-5.0			4.4
ביוכימיה	MAGNESIUM (mg/dL)	1.60-2.60			2.15
ביוכימיה	ALK. PHOSPHATASE (U/L)	30-120			81
ביוכימיה	AST (GOT) (U/L)	0-35			20
ביוכימיה	ALT (GPT) (U/L)	0-45			11
ביוכימיה	GGT (U/L)	0-55			14
ביוכימיה	AMYLASE (U/L)	28-100			75
ביוכימיה	LIPASE (U/L)	0-67			21
ביוכימיה	TROPONIN T (ng/L)	0.000-14.000		<13	
ביוכימיה	MYOGLOBIN - BLOOD (ng/mL)	28-72			קטן מ-21
אימונו-סרו	C-REACTIVE PROTEIN (mg/dL)	0.02-0.50			קטן מ-0.10

* תדפיס זה אינו כולל הערות ונבדק מדויק או בדיקה

1152272-1
מלרד
סור
מכתב

מכתב נחתם ע"י דר' אל חג' חאלד מ.ר. 1152272

לפני שחרור אל תשכח/י לשאול 3 שאלות שיישעו להבנת מצבך הרפואי: מה הבעיה הרפואית שלי? מה עלי לעשות כדי לטפל בבעיה? למה חשוב שאעשה זאת?

הודפס על ידי דר' אל האג' חאלד 27/09/2022 05:03

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

מנהל יחידה למיין פנימי: ד"ר דן שוורצפוקס מנהל המלרד: ד"ר שניידר יבגני מ.ר. 26765 אחות אחראית רחל דרורי טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 27/09/2022 02:03 מספר ביקור: 2022200623 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL	תאריך לידה: 07/09/2001 תעודת זהות: 32384919 מין: זכר גיל: 21 שם האב: עיד	שם משפחה: אלקרינאוי שם פרטי: נילי כתובת: שכ' 10 81 רהט 8535700 טלפון: 0539634238 סוג דם: גורם מממן: מאוחדת
--	---	---

מטופל/ת נכבד/ה,
באחריותך לבדוק עם קופת החולים בה הנך מבטח/ת, האם המשך טיפול במרכז הרפואי
סורוקה דורש הפניה או התחייבות.

11

הופק ע"י ושאחי רביע 02:05 27/09/2022

סיכום טריאז

מנהל המלר"ד: דר' שניידר יבגני מ.ר. 26765 אחות אחראית רחל דרורי טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 27/09/2022 02:03 מספר ביקור: 2022200623 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL	שם משפחה: אלקרינאוי שם פרטי: עלי תעודת זהות: 32384919 תאריך לידה: 07/09/2001 מין: זכר גיל: 21 שם האב: עיד	שכ 10 81 רהט 8535700 0539634238 טלפון: סוג דם: גורם מממן: מאוחדת
--	--	---



ת"ז מטופלת

27/9
17

סיבת פנייה

סיבה עיקרית: אחר
הערות: התחשמות
מלין על חולשת רגליים

זיהוי מטופל

בוצע זיהוי מטופל: ק
למטופל צמיד זיהוי: ק

לא ידועה רגישות לתרופות

מדדים

תאריך ושעה	הכרה EWS	דופק	לחץ דם	סטורציה בא.ח.	חום PO	VAS
02:05 27/09/2022	ער וצלול	68	126 / 60	98	36.8	2

רמת דחיפות: 3

תמונות מטופל

תאריך	תמונה	מועד יציאה בפועל	מועד חזרה משוער	מיחידה	ליחידה	הערות
02:05:22 27/09/2022	העברה במערך			המחלקה לרפואה דחופה	מיון פנימי	

הועבר על ידי - ושאחי רביע מ.ר. 187466

בקשה להתקבל לבית חולים

פרטי המטופל/ת:

מדבקה			שם פרטי	שם משפחה
			תאריך לידה	כתובת
			כתובת האפטרופוס	שם האפטרופוס

אני החתום/ה מטה, מבקש/ת לקבלני/לקבל את המטופל/ת*, לבית החולים, על שלוחותיו, מחלקותיו ויחידותיו השונות, לשם קבלת טיפול רפואי, עריכת בדיקות רפואיות, ונקיטה בהליכים רפואיים נחוצים.

1. ידוע לי ואני מסכים/ה שהטיפול בבית החולים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות הקיימים בבית החולים, ואני מצהיר/ה בזה כי לא הובטח לי שיעשו כולם או חלקם בידי אדם מסוים.

2. אני מאשר/ת כי הוסבר לי כי בית החולים משמש להכשרת סטודנטים במקצועות הבריאות ואני מסכים/ה אינני מסכים/ה *לכך שבהערכה ובטיפול ייטלו חלק סטודנטים בפיקוח הצוות הרפואי המטפל.

3. אני מוותר/ת על הסודיות הרפואית שלי כלפי שירותי כללית, בית החולים, עובדיהם, כל מי שפועל מטעמם ו/או בשליחותם ו/או בהרשאתם, בכל הקשור למצב בריאותי/בריאות המטופל/ת*, לצורך הטיפולים, הבדיקות וההליכים שיינתנו לי/למטופל/ת*, במסגרת האשפוז בבית חולים. כן הנני נותן/ת בזאת את הסכמתי מראש לצוות הרפואי לקבל ו/או למסור לגורם רפואי מטפל בהווה ו/או בעתיד, לצורך הטיפול בי, כל מידע הקשור למצב בריאותי.

4. א. אני מוותר/ת / לא מוותר/ת על סודיות עובדת היותי/היות, המטופל/ת, מאושפז/ת בבית החולים ו/או במחלקה כלפי הפונים לבית החולים ומבקשים פרט זה בעל פה לרבות טלפונית*
ב. ניתן למסור מידע רפואי עדכני לקרובי מייספח מדרגה ראשונה ללא צורך בפנייה לפונים שלהלן בלבד*

א. _____ ב. _____ ג. _____ ד. _____

5. אני מתחייב/ת לעזוב/להוציא את המטופל/ת* מבית החולים עם קבלת הודעתכם הראשונה על סיום הטיפול הרפואי בי/במטופל/ת.

6. כן אני מתחייב/ת לשלם לכם לפי דרישתכם הראשונה עבור עלות כל יום אשפוז נוסף בו אשהה/ישהה המטופל/ת בבית החולים לאחר קבלת הודעתכם כאמור בסעיף 5 לעיל, ונותן/ת לכם בזאת ייפוי כוח מלא להוציאני מבית החולים ולהעבירני למוסד אחר או למעון מגורי המפורט לעיל/להוציא את המטופל/ת ולהעבירו/ה לרשותי או למוסד אחר, לפי הצורך, הכול על חשבוני ועל אחריותי.

7. למי שאינו/אינה מבוטח/ת בשירותי בריאות כללית -אם קופת החולים בה אני/המטופל/ת מבוטח/ת בה, לא תשלם מסיבה כלשהיא עבור כל או חלק מההוצאות הקשורות באשפוזי/באשפוז המטופל/ת, לפי קביעת רופאים, אני מתחייב/ת לשלם בעצמי את המגיע לכם, לפי דרישתכם הראשונה.

8. אני מאשר/ת לשירותי בריאות כללית לשלוח אלי מידע בצורה דיגיטלית (דואר אלקטרוני, מסרונים, הודעות טלפוניות) הקשור באשפוזי. אם אינך מעוניין/ת לקבל מידע רפואי בצורה דיגיטלית-אנא חתום/י פה _____

9. הובהר לי וידוע לי, כי אינכם אחראים בכל צורה שהיא לכספים ו/או לכל דברי ערך אשר לא הופקדו בכספת משרדכם.

שעה: _____ חתימת המטופל/ת _____
שם: _____ קרבה: _____ חתימה:

**אישור אפטרופוס
(אם המטופל/ת
קטין/ה או פסול/ת
דין)**

* מחקי/ את המיותר. בכל מקום בו מופיעות שתי אפשרויות -יש להקיף בעיגול את האפשרות הרצויה.

בסעיף 4 - המטופל/ת/אפטרופוס רשאי/ת שלא להסכים לוותר על סודיות בקשר למידע/להסכים כי מידע אודותיו יימסר לגורמים שיקבע.

27-9-2022 02:12:00

ID: 00003284919

M 21yrs (7-9-2001)

27-9-2022 02:12:00

Name: ALI ALKHAJIRI

HR: 70



1cm/mV
25mm/s

Filter: HF25, AC/S, DF0.5

FX-8200-V51-01

27-9-2022 02:12:00

ID:00002384919

M

ID:00002384919
Name: A.I. ALKRNAMI
M 21yrs (7-9-2001)

E2: Sinus Arrhythmia
E3: ST-T Abnormality II, V6
304: Left Ventricular Hypertrophy
11: Unsatisfactory Record V6

* Abnor



50010 1212 1112
*** 0032384919-0
1112 1112

1112 1112
1112 1112

Beat: 9

HR : 75bpm
P-R : 0.803sec AXIS : 82°
P-R : 0.167sec RMV : 2.63mV
QRS : 0.109sec SVI : 1.25mV
QT : 0.344sec R-S : 3.94mV
QTc : 0.383 QTcf : 0.370

Comment:

Minnesota
8-9-1 3-1-2
4-1 3-3-2
5-4 9-8-4
5-4

* Unconfirmed report *

FX-8200-V51-01-T502-03



2420008188207

מרכז רפואי סניוקה - מו

שירותי
בריאות כללית

תחילת טיפול

שולם סך _____ קבלה מס' _____ מס' התחייבות _____ שטר חוב מס' _____

ת.ז. _____ תאריך _____ שעה _____

שם משפחה _____ שם פרטי _____

שם האב _____ תאריך לידה _____

כתובת _____ קו"ח _____

טלפון _____ מכתב פניה ☐ כן ☐ לא

סיבת הפניה _____

☐ ת. דרכים ☐ ת. עבודה ☐ מחלה ☐ פיגוע חבלני ☐ אחר ☐

מלווה: ☐ כן ☐ לא הערות _____

☐ אזרח ☐ חייל (מ.א. _____) (_____)

13:00 15/09/01 140228-01
52000 מילון ילדים 0032384919
עיד עלי אלקרינאו
רחט רהט 17
99/01 יי8
מחלה
סורוקה
תלונה אחר
דרום
0109

רופא

אחות

פיגוע המוני
מצב הנפגע:

קשה ☐

בינוני

קל ☐

מועבר ממיון: כללי, נשים, ילדים, עיניים, א.א.ג., מרפאות חוץ

סיבת הפניה

מצב החולה

דגישויות

Toxoid DT כן / לא

עוצבה

שנכר בגלוקומטר

דחף אחרון -

[illegible]

אתן _____ המסטיק _____ שארית _____ משקל _____
 זדמיה _____ שעה _____ יעוצים _____ שעה _____
 E.C. _____ B.HCG _____ יעוצים _____ שעה _____
 מטולוגיה _____ כימיה _____ יעוצים _____ שעה _____

[illegible]



מכתב שחרור

לכבוד הרופא המטפל

הנדון:

האדם ביקור / ביל רובי / אטמולט 15
גוס'לסן / גימ'ס

Glu _____ WBC _____
Urea _____ Hb _____
Creat _____ Hct _____
Na _____ Thr _____
K _____
Ca _____ PH _____
Bil _____ PO₂ _____
Diast _____ PCO₂ _____
Bic _____
SAT _____

בדיקות עזר:

אבחנה משוערת:

המלצות:

תאריך:

שעה:

חתימה
וחותמת

מספר
הרישוי

שם הרופא
האחראי

מכתב שחרור

לכבוד הרופא המטפל

הנדון:

בן 8' עם סכ דגל מק גלון נספה הו נספח
מספר טלפון 3.920, גמור 2800, כלכלה נספח
מיון מק - B, סכ דגל, B+ (סכ נספח)
נרשם נספח נספח נספח נספח נספח

מספר 37 PR
מספר 37 PR
מספר 37 PR

15.0 T.B. Illusion קנל

Neonatal Jaundice

Glu	WBC
Urea	Hb
Creat	Hct
Na	Thr
K	
Ca	PH
Bil	PO ₂
Diast	PCO ₂
	Bic
	SAT

בדיקות עזר:
מספר טלפון 3.920, גמור 2800, כלכלה נספח

אבחנה משוערת:

מספר טלפון 3.920, גמור 2800, כלכלה נספח

המלצות:

מספר טלפון 3.920, גמור 2800, כלכלה נספח

תאריך:

שעה:

חתימה

מספר
הרישיון

שם הרופא
האחראי

מספר 37 PR
מספר 37 PR
מספר 37 PR

ת.ד. 151, באר שבע 84101

טלפון: #שגיאה פקס: #שגיאה

מנהל: פרס יוסף

בדיקה בקבלה

תאריך ושעת ביקור: 14/09/01 10:22 תאריך ושעת הדפסה: 15/09/01 13:05 מס' ביקור: 67093

שם חולה: ת"ז: 32384919 ת"ל: 12/31/9999 גיל: 2921316 (ימים) מ"י: מ"י: -
עיר: רהט שם רחוב: שכונה 71/81 מס' בית: 10 טלפון: -

לא היה חום בבית.

סיבת הפנייה: ביקורת, צהבת
מלווה: אמא

סימנים חיוניים:

שעה	חום במיון	איפה נמדד	דופק	לחץ דם	סטורציה	מס' נשימות	סוכר בדם בסטיק	אנמביה
15/09/01 13:04	37.2	רקטלי	135	80 / 27	97	48	95	

משקל: 2.8 ק"ג גובה: ס"מ היקף ראש: ס"מ

תרופות:

רגישות: לא ידוע

אנמנזה סיעודית: הכרה - מלאה, התנהגות תקינה, עור צהוב

היסטוריה רפואית:

הערות:

שם האחות המטפלת: גולדמן ולנטינה
מס' רישיון: 164583

תאריך: 15/09/01 שעה: 14:02

דיווח תוצאות

אל : מיון ילדים סורו
שם הרופא :
מדבקה : 912604141

שם הנבדק : אלקרינאוי עלי	ת.ז. : 323849190
מין : זכר	ת. לידה : 07/09/2001
קליטה : 15/09/01 13:40	ביצוע : 15/09/01 13:40

טווח	תחום יחוס	יח'	תוצאה	בדיקה
*[.....]	0 - 1.5	mg/dL	13.3	BILIRUBIN, NEONATAL



מיון ילדים

ת.ד. 151, באר שבע 84101

טלפון: 08-6400471 פקס: 08-6403340

מנהל: ד"ר יוסף פרס

שם:
ת"ז: 323384919

מכתב שחרור

תאריך ושעת הדפסה: 15/09/01 13:26

תאריך ושעת ביקור: 15/09/01 13:21

שם החולה: שם האב: שם רחוב: מס' בית: מס' ביקור: 67263
ת"ל: גיל: #שגיאה עיר: שם רחוב: מס' בית: מס' ביקור: 67263

רגישויות

תלונה עיקרית

צהבת
תינוק בן 9 ימים הגיע ל ביקורת בילירובין אתמול נבדק ב מיון עקב צהבת בילירובין היה 15 תינוק נולד לאחר
הריון ולדה תקינים מישקל לידה 3120 ב שיחרור 2800 אם סוג דם B - תינוק סוג דם B +

מחלה נוכחית

בעיות נוספות

אין בעיות נוספות

בדיקה גופנית

« מצב כללי: ללא מצוקה נשימתית, ללא סימני יובש, ללא סימנים מנינגיאליים, מצב כללי טוב,
« עור: צהבת,
« בית חזה: כניסת אויר טובה ושווה לריאות,
« בטן: בטן רכה ללא סימני גרוי צפקי,

13.3

אבחנות

הערות	מתארים	ICD-9	בעיקרית
1		S7746 JAUNDICE NEONATAL	☐

המלצות לטיפול
מעקב רופא מטפל, במידה והמצב מחמיר יש לפנות להערכה מחודשת ע"י רופא, המשך מעקב בילירובין ו
המטוקרית

ד"ר מיקי ביץ איזנברג
ממחה בפואת ילדים
15958 25469

המלצות בשיחרור וטיפול תרופות הוסברו בפרוט לחולה / מלווים.
הנ"ל מאשרים בחתימתם שהבינו את ההסברים

ת"ז:

חתימה:

שם הרופא המשחרר, חתימה וחותמת: ד"ר בלנקוביץ אירנה

מספר רשיון: 25469

[illegible]



נספח למכתב שחרור

[illegible]

Abrasion
Friction

Other 1

E9689 □

929 □

E9101 □

3340 ☐

3740 ☐

744

V716 □

V715 ☒

3788 □

□ 888

□ 0300

353

357 □

שירותי

נספח למכתב שחרור

140144-07
מיון ילדים
52000 0032384919-0
אלקרינאוי
עלי
עיד 5 09/01
109
13:07 06/09/07
ב"ח סורוקה

[illegible]

06/09/2007 תאריך

הפניה כללית

פרטי המטופל			
אלקרינאוי עלי	00-32384919-0	6.00	07/09/2001
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ת. לידה
רהט	שכונה 17 / 18	מס בית	עיד
ישוב	רחוב	מס	שם האב
		10 / 000	50 -795913
			טלפון

הופנה ל מיון כירורגי

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
9492	of foot	BURN SECOND DEGREE

תלונות כוויה בכפות רגליים בעיקר ברגל שמאל

סימנים חיוניים

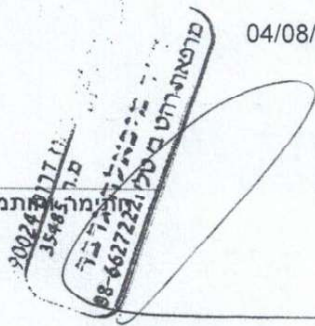
משקל 10 04/08/2003

ממצאים בבדיקה כוויה דרגה שניה בכפות רגליים בעיקר בכף רגל שמאל

35485 מספר רשיון

ד"ר מיכאלה גרבר
שם הרופא

הרופא



מיון ילדים

ת.ד. 151, באר שבע 84101

טלפון: 08-6400471

מנהל: פרופ' יוסף פרס

פקס: 08-6403340

בדיקה בקבלה

מס' ביקור: 289507

תאריך ושעת הדפסה: 06/09/07 13:36

תאריך ושעת ביקור: 06/09/07 13:14

מיון: ז

ת"ל: 07/09/2001 גיל: 6 שנים

ת"ז: 32384919

שם חולה: עלי אלקרינאוי

טלפון:

מס' בית:

שם רחוב:

רהט

עיר:

סיבת הפנייה: כוויה בכפות הרגליים - לפני 4 ימים דרך על גחלים. (כפות רגליים חבושות, מתהלך ללא כאב).

מלווה: דוד

מתי נמדד:

איפה נמדד:

חום שנמדד בבית: 37.0

סימנים חיוניים:

שעה	חום	איפה נמדד	דופק	לחץ דם	סטורציה	מס' נשימות	דקסטר	אמבטיה
06/09/07 13:26	37	פה	90	60 / 90	97	24		

היקף ראש: ס"מ

גובה/אורך: ס"מ

משקל: 18 ק"ג

תרופות:

לא ידוע

רגישות:

אנמנזה סיעודית: הכרה - מלאה, הערכת כאב POCIS 0, התנהגות תקינה

היסטוריה רפואית:

מטופל באוגמנטין. מחוסן כפי גילו.

הערות:

אשטמקר רוזי
9765899

שם האחות המטפלת:
מס' רישיון:

בקרת נוזלים

יציאת נוזלים			
שעה	כמות שתן	כמות כמות בזנדה	כמות הקאה/ שלשול

הכנסת נוזלים			
שעה	סוג תמיסה	כמות	כמות שקיבל

ש ת ן											
שעה	WBC	ניטריטים	אורוביל	חלבון	PH	דם	מ.ס.	קטונים	בילירובין	גלוקוז	חתימה

הנני מצהיר/ה בזאת כי סירובי להתקבל לבדיקה במיון הוא על אחריותי הבלעדית ביודעי את כל התוצאות העלולות לנבוע מכך. כמו כן, לא תהיינה לי כלפיכם כל טענה או תביעה מסוג כל שהוא בקשר לנייל בעתיד.

חתימה

תוכנית והערות קבלה / רפואי וסעודי

1395 - בשוחה סאטן אה האם

א"י ארנוגאן

האם שנה - חדר 299506/5

נא לתת את הסמכות האדם, לרבות אין נזכרת לתורמה

או ימון א תחילה ואחרונה ויתאם אים הפוך

אלטמבר חזי
מ.ד. 14402

יחידה, חדר 299506/5

האם אלמון 299506/5 - 299506/5

איש קשר _____ טל _____

חפצי ערך _____	בגדים _____	נמסר ל- _____
שניים תותבות _____	שם מקבל ההודעה _____	שעה _____
דוח למשטרה ע"י _____		

הועבר ל:

נכמי נפש ☐ שעה _____	ח. הרופא _____	מחלקה _____	שעה _____	ח. הרופא _____
תסוק ☐ שעה _____	ח. הרופא _____	פינוי _____	שעה _____	ח. הרופא _____
ת השתייה ☐ שעה _____	ח. הרופא _____	נשלח הביתה ☐	שעה _____	ח. הרופא _____
חדר ניתוח ☐ שעה _____	ח. הרופא _____		שעה _____	ח. הרופא _____

		3	2	3	8	4	9	1	9
--	--	---	---	---	---	---	---	---	---

מספר תעודת זהות

		אל	אלקרינאו
--	--	----	----------

שנת לידה

שם האב

שם פרטי

שם משפחה

--	--	--	--

מיקוד

מספר

רחוב

עיר

--

טלפון נייד

--

טלפון עבודה

--

טלפון בית



71601 003238-4-919-0 1	
עיד	עלי
אלקרינאוי	
ארכיון מרפאות ח תיק רגיל	



המרכז הרפואי האוניברסיטאי "סורוקה"
המערך האמבולטורי

0032384919-0	
2003-067942	עלי
עיד	עלי
17	רחט
050-795913	09/2001
7433	דרום
33600 12/02/03	
מר פלסטיק	
חשדות האמבולטורי	
זכאי	

0032384919-0
 2003-192149
 ע"ד 17
 050-795913
 7433
 09/2001
 29/04/03
 33600
 מר פלסטיק
 תשרות האמבולטורי
 זכאי

המרכז הרפואי האון
 6400482
 ס"ח
 מחלק

הפנייה לטיפול - ריפוי בעיסוק

לכבוד
 המכון/המחלקה/היחידה לריפוי בעיסוק
 שם המטופל:

מספר ת. זהות	גיל	פרטי	משפחה
--------------	-----	------	-------

אבחנה:
 Slip Burn chest
 Hypertrophic scar chest middle
 תאריך הפגיעה: 5.02.03
 הנ"ל סובל ממחלות אחרות - לפרט

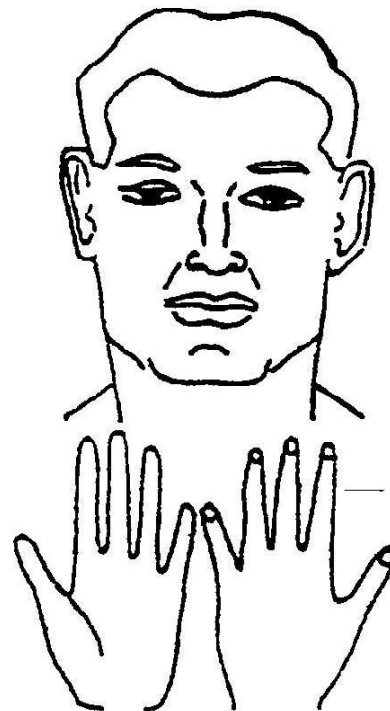
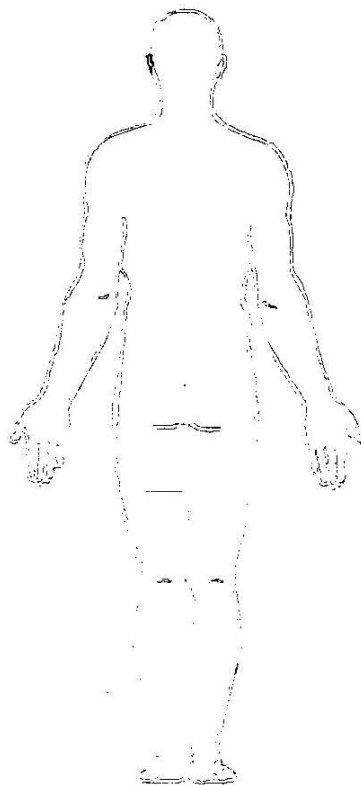
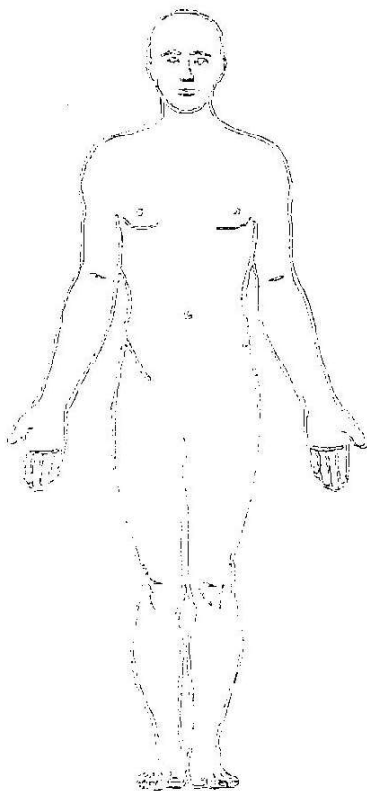
סיבות הפנייה:
 למען אילן מקימי ז"ל
 סליקין, גמס"ח
 הטיפול המומלץ:

מוזמן לביקורת רפואית בתאריך:	שם הרופא/מומחה	תאריך
29.04.03		
חתימה		

- תחומי טיפול בריפוי בעיסוק:
- * איבחון והערכת תפקודים פיזיים, קוגניטיביים, נפשיים.
 - * שיקום תפקודים פיזיים - כח, היקף תנועה, קואורדינציה.
 - * שיפור תפקודי תפיסה, קוגניציה, תחושה.
 - * שיקום תפקודים נפשיים, חברתיים, תפקודי עבודה.
 - * הדרכה בתפקודי יום - יום (A.D.L).
 - * התאמה והתקנת סדים, התאמת חבישות לחץ.
 - * התאמה והתקנת מכשירי עזר, התאמת כסא גלגלים.
 - * ייעוץ בהתאמת תנאי דיור.



מחלקה כירורגית פלסטיקה - ריפוי בעיסוק



RT/LT

PT/LT

סמן בקפידה:

תאריך	Scar#	Vascularity	Pliability	Height	Compliance
6.5.03	7	3	3	3	

☐ כויה עמוקה
 ☐ כויה שטחית
 ☐ אודם בלבד

שם החולה: _____

גיל: _____ משקל: _____

תאריך קבלה: _____ תאריך כויה: 5.2.03

סיבת הכויה: _____

Vascularity

0 normal-color that closely resembles the color over the rest of one's body.

- 1 pink
- 2 red
- 3 purple

Height

- 0 normal
- 1 <2mm
- 2 <5mm
- 3 >5mm-

Pliability

- 0 normal
- 1 supple- flexible with minimal resistance
- 2 yielding-giving way to pressure
- 3 firm -inflexible not easily moved
- 4 bending-rope like tissue blanches with extention or flexion
- 5 contracture-permanent shortening of scar, producing deformity

Compliance

- 0 Good
- 1 FAIR
- 2 POOR

6.5.03 - באקווי - RRR - ניהיל א'סל ער Medical פילד + 6

10.6.03 באקו עיין אבואה, מסט קטל, ניין אלסל בעיראלסל.
ניין מיטל ע' 3 יונן.

15.7.03 באקו ינה יל, עיין ויזיב, סטל קטל ילוי. קיביל
מיטל ויזיב א'סלסל.

2.9.03 באקו סטאטל ילוי, ילוי ויזיב, מיטל, מיטל
ערס כחול ער ייגיראלסל (ער ע' ילוי).
וילא מיטל יק ער ילוי. קוטל מיטל אלס
מיטל אלסלסל.



2012-347003 עלי 0032384919-0 אלקרי נאוי
17 רהט 07/09/01
052- 5896708 הדרום
7433 מר אורטופ 33100 12/06/12
השרות האמבולטורי
זכאי

מרפאה אורטופדית

לתשומת לב הרופא המטפל:
נא לחתום את שמך בסופו של כל רשום!

0	מדבקה/תאריך
# of distal radius = μna (4) 24/5/12	 2012347003 0032384919-0 אלקרינאוי 07/09/01 עלי 12/06/12 עיד 7433 הדריס 33100 מר, אורטופ 2012-347003
למסלול... 	
3. ילקוי - חתך, אבג, סיג חתך סיג	
... 	
28147 34787 ...	

מִרְפָּאָה אורטופִּדִית מִרְפָּאָה אורטופִּדִית מִרְפָּאָה אורטופִּדִית מִרְפָּאָה אורטופִּדִית



0032384919-0
אלקרינאו' עלי
רחט 09/2001
795913 050-
7433
מר פלסטק 33600 12/02/03
חשרות האמבולטורי
זכאי

מרפאה פלסטית

לתשומת לב הרופא המטפל:
נא לחתום את שמך בסופו של כל רשום!

[illegible]

