



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

פרייברג רסקין
משרד עורכי דין

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד

22 מאי 2024
Office@freiberg-law.com

1.7.22

לכבוד

רשות המסים בישראל

בקשה לוועדה רפואית להקלות במסים

באמצעות האתר

מ.ל.ב.

א.ג.נ.,

הנדון: ארז בנימיני, ת.ז. 059612523
בקשה לוועדה רפואית להקלות במסים

הריני מייצג את מרשי שבנדון והנני מתכבד לפנות כדלקמן:

1. מצ"ב בקשה לקביעת וועדה רפואית להקלות במיסים בצירוף טופס 169, קבלה ותיעוד רפואי.
2. מרשי שבנדון אובחן עם גידול מסוג קרצינומה כלייתית ואושפז לצורך כריתה חלקית בהפניה להמשך מעקב רפואי, טיפול ומעקב.
3. מאז סובל מרשי, מטופל ומצוי במעקב רפואי.
4. בנסיבות, מתבקשת הוועדה הנכבדה לקבוע נכות מקסימלית המזכה בפטור ממס הכנסה.
5. לעיונכם וטיפולכם המסור אודה.

מצ"ב יפוי כח וטופס וס"ר חתומים על ידי מרשי.

בכבוד רב ובב"ח,

אריאל פרייברג, עו"ד



רשות המיסים
פקיד שומה - חוליה 17
ועדות רפואיות

בקשה לקביעת אחוזי נכות - הנחיות

עפ"י תקנות מס-הכנסה (קביעת אחוזי נכות) התש"ס-1979

א. ג. נ.

1. הפטור ממס עפ"י סעיף 5(9) לפקודת מס הכנסה, ניתן לעיוור או לנכה שנקבעה לו נכות בשיעור של 100%, או נכות בשיעור של 90% לפחות, מחמת שלקה באיברים שונים והאחוז האמור הוא תוצאה של חישוב מיוחד של הליקוי באיברים השונים (בשיטת האחוז הפוחת), שבלעדיו היה נקבע אחוז נכות של 100% לפחות, ומגבלה אחת היא בשיעור של 40% לפחות, ובתנאי שתקופת הנכות היא 185 ימים לפחות.

2. אם נקבעו לך אחוזי נכות כאמור, לפי אחד החוקים המפורטים בסעיף 3 לטופס "בקשה לקביעת אחוזי נכות לצורך פטור ממסים" (טופס 169 המצ"ב), הינך זכאי לפטור ממס כאמור. לצורך מימוש הפטור יש לפנות לפקיד השומה עם פרוטוקול הוועדה.

3. אם לא נקבעה נכותך עפ"י אחד החוקים האמורים, או שנקבעה נכותך בשיעור הנמוך מהנדרש לצורך פטור ממס הכנסה, אחוז הנכות יקבע ע"י ועדה רפואית של מס הכנסה המתקיימת במוסד לביטוח לאומי.

4. לצורך הבדיקה הרפואית, יהיה עליך לשלם למוסד לביטוח לאומי את הוצאותיו. התשלום הינו עבור הבדיקה ונקבע ע"י המוסד לביטוח לאומי. שובר התשלום יינתן לך ע"י פקיד השומה. לאחר התשלום, עליך לצרף לטופס הבקשה את שובר התשלום, חתום ע"י הבנק.

5. לשם העברת הבקשה לטיפול במוסד לביטוח לאומי, הינך מתבקש להמציא למשרדנו את המסמכים הבאים:

א. טופס "בקשה לקביעת אחוזי נכות לצורך פטור ממסים" (טופס 169), אחרי שמולאו בו כל הפרטים הנדרשים.

ב. כל המסמכים הרפואיים המתייחסים לבקשתך כגון: חוות דעת רפואיות, סיכומי מחלות, צילומי רנטגן, תוצאות בדיקות רפואיות וכיו"ב.

ג. יש להגיש טופס ויתור על סודיות רפואית (עמוד 4 לטופס 169 המצ"ב) הותם בארבעה העתקים, אחרי שמולאו בו כל הפרטים הנדרשים.

ד. קבלה על תשלום ההוצאות של המוסד לביטוח לאומי, כפי שנקבעו ע"י המוסד.

לידיעתך: אי פירוט ליקוי או פגימה בטופס 169 וכן העדר מסמכים רפואיים, עלולים לגרום לאי קביעת אחוזי נכות בגין הליקוי או הפגם.

6. המסמכים שתמציא לנו, יועברו על-ידינו לסניף המוסד לביטוח לאומי והסמך למקום מגוריך.

7. הזמנה להתייצב בפני הוועדה הרפואית תישלח אליך עם פירוט המועד והמקום, ע"י המוסד לביטוח לאומי. אם לא תתייצב בפני הוועדה במועד הנקוב בהזמנה, או במועד אחר שקבעה, מבלי שהודעת למוסד לביטוח לאומי על-כך בכתב, לפחות 4 ימים לפני המועד, או מבלי שנתת סיבה מתקבלת על הדעת לאי התייצבותך, רואים את בקשתך כאילו לא הוגשה. בקשה מחדש לקביעת אחוזי נכות כרוכה בתשלום הוצאות.

אם הינך מסכים שהוועדה הרפואית תקבע את אחוזי הנכות לפי המסמכים שהגשת, ללא נוכחותך, יש לציין זאת במקום המיועד לכך בטופס הבקשה (טופס 169).

יצוין כי הוועדה רשאית לזמן אותך לבדיקה על אף הסכמתך הנ"ל.

לידיעתך: יתכן שתוזמן למספר רופאים, בהתאם למומחיות הנדרשת עפ"י הליקויים והמחלות שהמצאת לגביהם מסמכים.

8. לאחר שהוועדה הרפואית תקבע את אחוזי הנכות, תקבל מהמוסד לביטוח לאומי הודעה על אחוזי הנכות שנקבעו לך.

במקביל, תיקן הרפואי יועבר להמשך טיפול במשרד פקיד השומה.

עם סיום הטיפול, תקבל ממשרד פקיד השומה הודעה בכתב, בצירוף העתק פרוטוקולי הדיונים.



לכבוד

המוסד לביטוח לאומי

באמצעות פקיד השומה

חותמת נתקבל
פקיד שומה

בקשה לקביעת אחוזי נכות לצורך פטור ממסים

עפ"י תקנות מס הכנסה (קביעת אחוזי נכות), התש"ס - 1979

חותמת נתקבל
ביטוח לאומי

יש לסמן ☐ בריבוע המתאים

אני, הח"מ, מבקש לעבור בדיקה של ועדה רפואית, לצורך קבלת פטור/הנחה ממסים, ואני מבקש לקבוע לי את אחוזי הנכות עפ"י התקנות הנ"ל.

☐ בקשה ראשונה ☐ החמרה ☐ תוס זמניות

1. פרטי המבקש

שם פרטי	שם משפחה	מין	תאריך לידה	מספר זהות
ארז	כרמלי	זכר	1965/04/18	059612523
כתובת מגורים	כתובת למשלוח דואר	מספר טלפון נייד	מספר טלפון בעבודה	
רחוב 34, בית 10	רחוב 43, בית 10	0523997888		
מספר הבית	מספר הבית	מיקוד	מיקוד	
10	10	10	10	
כתובת דואר אלקטרוני	מספר טלפון בבית			
	03/9604016			

2. הליקויים ו/או הגיממות לגביהם אני מבקש/ת בדיקה ע"י הוועדה (אם המקום אינו מספיק, ניתן לצרף דף נוסף)
לידיעתך: אי פירוט ליקוי או פגימה וכן העדר מסמכים רפואיים עלולים לגרום לאי קביעת אחוזי נכות בגין הליקוי או הפגם.

פירוט הליקויים ו/או המחלות	מתאריך (שנה, חודש)	האם נבדקת אצל רופא מומחה בתחום המחלה?	האם אושפזת בגין המחלה בשנתיים האחרונות?	האם צורף מסמך רפואי?
1. בעיה נפשית (מוקבל טיפול)	/	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן
2. הפרעות בבלות התריס	/	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן
3. יתר לחץ דם	/	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן	☒ כן ☐ לא
4. ליקוי שכלי	/	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן
5. ליקוי שמיעה	/	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן
6. ליקויי ראייה ומחלות עיניים - האם קיבלת תעודת עיוור ממשרד הרווחה - השירות לעיוור ☐ כן ☐ לא	/	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן
7. מחלה אורטופדית (גפיים עליונות ותחתונות, גב, צוואר, דלקת פרקים)	/	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן
8. מחלות בתחום נייורולוגי (כולל אלצהיימר, פרקינסון, אפילפסיה ואירוע מוחי)	/	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן
9. מחלות דרכי עיכול (כולל קיבה ומועיים)	/	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן
10. מחלת כבד (כולל צהבת)	/	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן
11. מחלת כליות (כולל דיאליזה)	/	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן
12. מחלת לב	/	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן
13. מחלת עור	/	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן
14. מחלת ריאות (כולל אסטמה)	/	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן
15. סוכרת	/	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן
16. סרטן (כולל לימפומה ולוקמיה)	07/2021	☒ כן ☐ לא	☒ כן ☐ לא	☒ כן ☐ לא
17. אחר	/	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן
18. אחר	/	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן
19. אחר	/	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן
20. אחר	/	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן

נא סמן/י האם עברת אחת או יותר מהבדיקות המפורטות להלן ושנתיים האחרונות (אם כן, נא צרף) את תוצאות הבדיקות:

3. מידע על נכות מועדות קודמות
 3א. נקבעו לי אחוזי נכות ע"י אחד החוקים דלהלן
 יש לצרף: ☐ אישור עדכני ☐ פרוטוקול הוועדה הרפואית.

החוק	בשיעור	מנתאריך	עד תאריך
☐ חוק הנכים (תגמולים ושיקום)	%		
☐ חוק נכי המלחמה בנאצים	%		
☐ חוק התגמולים לנפגעי פעולות איבה	%		
☐ חוק הביטוח הלאומי - נכות כללית ו/או נפגעי עבודה (לרבות מתנדבים)	%		
☐ חוק לפיצוי נפגעי גזות	%		

3ב. להלן פירוט סעיפי הליקוי בהם נקבעו לי אחוזי נכות ע"י הוועדה מכח אחד החוקים המפורטים בסעיף 3א (אם המקום אינו מספיק, ניתן לצרף דף נוסף)
 לידעית: אי פירוט ליקוי או פגימה וכן העדר מסמכים רפואיים, עלולים לגרום לאי קביעת אחוזי נכות בגין הליקוי או הפגם.

פירוט הליקויים ו/או המחלות	מתאריך (שנה, חודש)	עד תאריך (שנה, חודש)	ס' ליקוי
1. ☐ בעיה נפשית (מקבל טיפול)	/	/	
2. ☐ הפרעות בבלוטת התריס	/	/	
3. ☐ יתר לחץ דם	/	/	
4. ☐ ליקוי שכלי	/	/	
5. ☐ ליקוי שמיעה	/	/	
6. ☐ ליקוי ראייה ומחלת עיניים - האם קיבלת תעודת עיוור ממשרד הרווחה - השירות לעיוור ☐ כן ☐ לא	/	/	
7. ☐ מחלה אורטופדית (גפיים עליוניות ותחתונות, גב, צוואר, דלקת פרקים)	/	/	
8. ☐ מחלות בתחום ניורולוגי (כולל אלצהיימר, פרקינסון, אפילפסיה ואירוע מוחי)	/	/	
9. ☐ מחלות דרכי עיכול (כולל קיבה ומעינים)	/	/	
10. ☐ מחלת כבד (כולל צהבת)	/	/	
11. ☐ מחלת כליות (כולל דיאליזה)	/	/	
12. ☐ מחלת לב	/	/	
13. ☐ מחלת עור	/	/	
14. ☐ מחלת ריאות (כולל אסטמה)	/	/	
15. ☐ סוכרת	/	/	
16. ☐ סרטן (כולל לימפומה ולוקמיה)	/	/	
17. ☐ אחר	/	/	
18. ☐ אחר	/	/	
19. ☐ אחר	/	/	
20. ☐ אחר	/	/	

נא סמן/י האם עברת אחת או יותר מהבדיקות המפורטות להלן בשנתיים האחרונות (אם כן, נא צרף/י את תוצאות הבדיקות):
☐ אקו לב ☐ EMG ☐ CT (טומוגרפיה ממוחשבת) ☐ MRI (תמונה מגנטית) ☐ תפקוד ראות ☐ צנתור ☐ אנדוסקופיה

4. הסכמה לקביעת הנכות ע"י הרופא ללא נוכחות

אני מסכים בזאת, שרופא יקבע לי את אחוזי הנכות הרפואית, ע"פ מסמכים בלבד ובלי לזמן אותי לבדיקה רפואית. ידוע לי שאף שנתתי את הסכמתי לכך, ייתכן שיהיה עליי להגיע לבדיקה, אם הרופא ידרוש זאת.
☒ מסכים ☐ לא מסכים

5. מצורפת קבלה

☒ קבלה על תשלום הוצאות המוסד לביטוח לאומי.

6. הסכמה להעברת החלטת הוועדה ע"י הביטוח הלאומי לצורך מיצוי זכויות

אני הח"מ מסכים כי החלטת הוועדה הרפואית תימסר לגופים אחרים ע"י הביטוח הלאומי לצורך מיצוי זכויותיי (רנו חברה חשמל)

7. מגבלות לביצוע וועדה

☐ כסא גלגלים ☐ שפה ☐ עיוור ☐ חרש ☐ מגבלת זמן (ימים) _____
אם המבוטח מיוצג ע"י עו"ד או אם אינו יכול להגיש תביעה עקב מצבו הבריאותי. על מגיש התביעה למלא את הפרטים הבאים:
פרטי מגיש התביעה

מספר זהות 066630930	שם פרטי אחא	שם משפחה פרידל	יחס קרבה לתובע ☐ קרוב משפחה ☐ אפטרופוס ☒ עו"ד
דואר אלקטרוני Frei.arid@gmail.com	טלפון להתקשרות 03/7412358	☒ ייפוי כח ☐ צו אפטרופוס ☐ פסק דין ☐ אחר: _____ אם ברשותך אחד מהמסמכים הנ"ל ציין איזה וצרף העתק	

פרטי חשבון בנק *

מספר חשבון 237859	מספר סניף סמל סניף 772	בנק הסח"א
-----------------------------	-------------------------------------	---------------------

8. הבהרה

מובהר בזאת כי יש להגיש את כל המסמכים הרפואיים ולציין את סעיפי הליקוי בטופס. לא יתקבלו מסמכים רפואיים נוספים לאחר הגשת הבקשה להמשך טיפול. רק לאחר הגשת המסמכים לרבות שובר התשלום, משולם, תועבר בקשתך להמשך טיפול בביטוח לאומי.

9. הצהרה

אני מצהיר כי הפרטים שמסרתי לעיל הינם נכונים ומלאים וכי ידועים לי הוראות החוק והעונשים על אי הצהרת אמת

תאריך **21/5/24** שם **אריס רומני** חתימה 

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי סניף _____

הנני מופנה אליכם את הנ"ל לבדיקה ע"י ועדה רפואית של מוסדכם, לקביעת אחוז נכותו עפ"י תקנות מס הכנסה (קביעת אחוז נכות), התש"ס - 1979.

בכבוד רב,

חתימה

תפקיד

שם

תאריך

ויתור על סודיות רפואית

ויתור על סודיות רפואית - המוסד לביטוח לאומי

לכבוד

פרטי המבקש

שם	מספר זהות	חבר קופ"ח
אילן רחמי	059612523	כל"ת
כתובת		
זולק 3, חדר 7א		

הצהרה

אני הח"מ, שפרטי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית שלי ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי, לרשות המיסים או לבאי כוחם, כל מידע בקשר למחלת, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו, או כל מידע אחר שידרש על ידם או כל מסמך רפואי אודותי

חתימה

שם

תאריך

27/5/24

אילן רחמי

המוסד לביטוח לאומי

אישור תשלום בכרטיס אשראי עבור ועדת מס הכנסה דרג ראשון

מספר מזהה לעסקה: 40478821

לכבוד,

ת.ז.: 059612523 ארז בנימיני

שלום רב,

הרינו לאשר תשלום על סך 679 ₪ בתאריך 22/05/2024.

התשלום בוצע בתשלום אחד בכרטיס אשראי המסתיים בספרות 5254

מספר האסמכתא מחברת האשראי הוא: 65920

הוראת התשלום נקלטה בהצלחה במוסד לביטוח לאומי.

אנו מודים לך על ביצוע התשלום באמצעות אתר התשלומים של המוסד לביטוח לאומי,
ומקווים כי מצאת את השירות יעיל ונוח.

בכבוד רב,

**המוסד לביטוח לאומי
אתר התשלומים**

לתשומת לבך, בכל מקרה של סתירה בין הרשום באישור זה לבין הרישומים בקובץ המידע של המוסד לביטוח לאומי/או בתיקו של המבוטח, הרישומים שבידי המוסד לביטוח לאומי קובעים.
טלפון לברורים - בימים א' עד ה' בין השעות 08:00 עד 17:00 048812245, *6050



מרכז רפואי רמת אביב
Ramat Aviv Medical Center
מחלקה ראשונה ברפואה

מר מד בע"מ
NORMED LTD.

מכון ה-CT דו"ח פענוח בדיקה

תאריך בדיקה: 10/06/2021
מספר ביקור: 3557954
שם הבדיקה: CT בטן אגן
תאריך פענוח: 13/06/2021

שם הנבדק: בנימיני ארז
ת.ז. נבדק: 059612523
תאריך לידה: 18/04/1965

לכבוד הרופא המטפל: ד"ר רפאל ברוק
קופ"ח כללית

פרטים קליניים: בן 56, במעקב גסטרואנטרולוגי עקב ציסטה כבדית. בעבר הועלה חשד שמדובר בציסטה אכינוקוקלית אך סרולוגיה הייתה שלילית ובבדיקת MRI לא נמצאו ממצאים מאפיינים. ידוע על המגיומות בכבד ועל הסננה שומנית של הכבד. הופנה להמשך מעקב.

טכניקה: בוצעה סריקה של הבטן והאגן במכשיר ICT מתקדם, בפרוטוקול כבד תלת פאזי. הבדיקה בוצעה לאחר שתיית מים כחומר ניגוד פומי. הכבד נסרק לפני ולאחר הזרקה תוך ורידית (עם מזרק דו ראשי) של 120 סמ"ק של אומניפק-20 סמ"ק של סליין, בשלבים העורקי והפורטלי. הבדיקה בוצעה בחתכים דקים של 3 מ"מ למעט הסריקה העורקית שנערכה בחתכים של 0.9 מ"מ ששוחזרו לחתכים של 3 מ"מ במישור האקסיאלי. בוצעו שיחזורים קורונליים וסגיתלים.

השוואה: CT קודם מתאריך 27/02/2018, MRI מתאריך 19/08/2018.

ממצאים:

מעבר חזה בטן: גרנולומה מסוידת בבסיס הימני, ללא שינוי מהותי. פרט לכך, ללא ממצא.

הכבד בגודל תקין עם שינוי שומני קל דיפוזי. בכיפת הכבד בסגמנט 4A נגע ציסטי לא צלול במימדים של 24X42 מ"מ פחת באופן מינימאלי מהבדיקה הקודמת. ללא הסתיידויות ברורות, ללא מחיצות ברורות או מרכיב עובר האדרה. בכיפת סגמנט 2 נגע היפודנסי עובר האדרה חזקה לאחר הזרקת חומר ניגודי ונשאר היפרדנסי ביחס לכבד, קוטר כ-15 מ"מ, לא השתנה מהותית מתאים להמגיומה עם מילוי מהיר. תהליך היפודנסי ידוע בקוטר כ-30 מ"מ תת קפסולרי בסגמנט 6 עובר האדרה היקפי נודולרית לאחר הזרקת חומר ניגודי עם מילוי כלפי המרכז מתאים להמגיומה ידועה, לא השתנה מהותית. בכיפת סגמנט 8 נגע כ-5 מ"מ שעובר האדרה בולטת בשלב עורקי ונשאר היפרדנסי ביחס לכבד, מתאים להמגיומה קטנה עם מילוי קפילארי מוקדם גם כן ללא שינוי מהותי מן הבדיקה הקודמת. נגע נוסף המודגם בשלב עורקי ואינו נשטף קוטר כ-9 מ"מ בסגמנט 5, גם כן ללא שינוי מן הבדיקה הקודמת מתאים להמגיומה (501-72). מספר מוקדים נוספים של האדרה עורקית מודגמים בכבד, למשל בסגמנט 8 בקוטר של 6 מ"מ (-501-44). נגע נוסף כ-3 מ"מ תת קפסולרי בסגמנט 5 (501-51) גם כן לא השתנה.

נגעים היפודנסיים בכיפת סגמנט 2 בקוטר של עד כ-7 מ"מ, ללא שינוי בשלבים השונים של הבדיקה, מתאימים לציסטות קטנות (19-601) – הגדול גבר בהשוואה והנוסף נראה חדש. נגע זעיר נוסף שאינו מזוהה בבירור בבדיקה הקודמת בקוטר כ-2 מ"מ בסגמנט 4A (43-601) ייתכן גם כן ציסטה זעירה חדשה.

כיס המרה ללא אבנים וללא סימני דלקת. דרכי מרה תוך או חוץ כבדיות אינן מורחבות.

טחול תקין בגודל ובמרקם. מודגם טחולון בסמוך לטחול.



בלב תקין במרקמו ובמבנהו, לא הודגמה הרחבת צינור הלב. ללא שינוי מהותי. אדרנל שמאלי מעט מעובה באופן לובולרי. אדרנל ימין תקין, ללא שינוי מהותי.

כליות תקינות בגודל ובמבנה. ציסטות קורטיקליות בודדות מודגמות בכליה הימנית, גברו מעט בהשוואה לשנת 2018. נגע קורטיקלי קטן להערכה היפודנסי בקוטב התחתון (501-89) לא הודגם בבירור בבדיקה הקודמת, בלתי ספציפי. בקוטב עליון של הכליה הימנית מודגם תהליך אנדופיטי רקמתי הטרוגני קוטרו כ-18X26 מ"מ, עובר האדרה ברורה לאחר הזרקת חומר ניגודי (501-70, 601-70) חשוד לתהליך תופס מקום של הכליה (ראה למשל גם בשחזור קורונרי 602-66), קוטרו הקרניו קאודלי כ-18 מ"מ. בהסתכלות רטרופסקטיבית מכוונת התהליך נרמז בבדיקות משנת 2018 אז היה קוטרו כ-8 מ"מ. עד כמה שניתן להעריך התהליך אינו מערב את המערכת המאספת, גורם לאפקט מאסה קל על הגביע העליון. וריד הכליה הימני שמור. הכליה השמאלית ללא ממצא מוקדי, ללא הידרונפרוזיס, ללא שינוי מהותי. הפרשה טובה ושווה הודגמה בשתי הכליות בסריקה המאוחרת.

הרטופריטונאום ללא הגדלת קשריות לימפה. האאורטה הבטנית ברוחב תקין עם שינויים אטרסקלרוטיים מסוידיים בחלקם לאורכה.

הקיבה אינה בדיסטנציה טובה, ללא ממצא בולט. פתולי המעי הדק והגס מודגמים ללא הרחבה ובמהלך תקין. אין עדות לנוזל חופשי.

אברי האגן ללא ממצא.

עצם ורקמות רכות: מוקד סקלרוטי קטן בסקרום משמאל כ-4 מ"מ מוכר משנת 2018, יכול לייצג אי עצם. שינויים ניוונים קלים מודגמים בעמוד השדרה, ללא הרס גרמי או שינוי מהותי.

לסיכום:

בהשוואה לבדיקות משנת 2018:

1. שינוי שומני קל בכבד. המנגיומות כבדיות ידועות ויציבות. ציסטות בודדות בכבד חלקן גברו. שני נגעים זעירים מודגמים חדשים. ציסטה בכיפת הכבד המכילה תוכן שאינו צלול, לא השתנתה.
2. תהליך רקמתי חשוד לתהליך תופס מקום בקוטב עליון של הכליה הימנית. באופן רטרופסקטיבי מכוון ככל הנראה נרמז בבדיקות משנת 2018 וגבר מאוד בהשוואה. התהליך גורם אפקט מאסה על המערכת המאספת, אינו מערב אותה בבירור וללא מעורבות של וריד הכליה. לא הודגמו קשריות לימפה רטרופריטונאליות מוגדלות או ממצא אחר החשוד לפיזור מרוחק. מומלץ ייעוץ אורולוגי.

דו"ח הפענוח יכול לעיתים לכלול גם ממצאים חוליניים משמעותיים ואף מסכני חיים. לפיכך חובה לפנות לרופא המטפל עם דו"ח הפענוח בהקדם האפשרי לאפשר המשך ברור וטיפול. דוח זה מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות. המוסר שלא כדין עובר עבירה. **בירורים ושאלות בנוגע לפענוח יופנו לרופא הרדיולוג- על ידי הרופא המפנה בלבד.

תודה על הפניית הנבדק/ת
 דר שור מ.ר. 37963
 מומחית ברדיולוגיה מ.ר.מ. 31629

בנימיני ארז 059612523



מרכז רפואי רמת אביב
Ramat Aviv Medical Center
מחלקה ראשונה ברפואה

מר מד בע"מ
NORMED LTD.

שם מדפיסה: מוניקה ס
מסמך זה נחתם אלקטרונית

Prof. ZISSIN RIVKA
SENIOR RADIOLOGIST
Head of CT unit Meir Medical Center
Dor 2 Kokhav yair 44864

e-mail: z_rivka@netvision.net.il 0524502976 / 0774001387.50

פרופ' זיסין רבקה
מומחית ברדיולוגיה אבחנתית
מנהלת יחידת CT, מרכז רפואי מאיר
רח' דור 2, כוכב יאיר 44864

חוות דעת על בדיקת CT בטן ואגן של בינימיני ארז תז 59612523 מתאריך 10.6.21
תקציר אנמנזה: מעקב ממצאים כבדיים
הבדיקה בוצעה לפני ולאחר הזרקת ח.נ. בשלב עורקי פורטלי והפרשתי.
קימת בדיקה קודמת להשוואה מתאריך 27.2.18, 9.12.15
מעבר חזה בטן: מוקד סיד פלאורלי בבסיס ימני ללא שינוי.
כבד בממדים תקינים. מרקמו שומני. ציסטות קטנות בודדות באונה שמאלית [חלקן
חדשות] והמנגיומות ידועות בשתי אונותיו. ממצא היפודנסי אובלי יציב 1.7X4.5 ס"מ
בכיפת אונה שמאלית ללא שינוי. דרכי מרה אינן מורחבות
טחול, אדרנלים תקינים. טחולון קטן.
לבלב בממדים תקינים ללא הרחבת צינור וירסונג
כליות בגודל וצורה תקינים ללא אבנים או הידרונפרוזיס. ציסטות קטנות דו"צ. ציסטה
קורטיקלית 2.1X1.5 ס"מ בכליה ימנית מעט גדלה [היתה בקוטר כ-1.1 ס"מ]. הופיע
תת"מ רקמתי בקוטר כ-2.3 ס"מ באספקט לטרלי של הפרנקימה של הכליה הימנית
במחציתה העליונה. לא מערב מערכת מאספת. קימת הפרשה טובה.
ברטרופריטוטאום ובאגן לא הודגמו בלוטות מוגדלות.
שינויים טרשתיים באאורטה וענפיה. וריד רנאלי שמאלי רטרואאורטלי-וארינט.
סעיפים בודדים בסיגמה.
שלפוחית שתן תקינה. ערמונית מעט מוגדלת. אין נוזל חופשי.
חלון עצם: שינויים ניווניים קלים בע"ש.

בסיכום:

ממצאים שפירים יציבים בכבד
גדל תת"מ בכליה ימנית, הציסטה הקטנה בה מעט גדלה.
השאר כמפורט

תאריך: 14.7.21

בברכה
פרופ' רבקה זיסין
מ.ר. 15840

בדיקת US כליות ודרכי שתן של בנימיני ארז ת.ז. 05961252-3

מתאריך 12.07.2021

כליות בגודל ומבנה תקינים, פרנכימה שמורה.
בכליה הימנית – באספקט המדיאלי הודגמה ציסטה בגודל כ-1,5 ס"מ.
הממצא שתואר בבדיקת ה-CT לא הודגם בבירור.
מערכת איסוף אינה מורחבת משני הצדדים, לא נראו אבנים.
כיס שתן בקיבולת טובה, ללא ממצא חריג בדופן.
ערמונית בגודל כ-4,4*4,4*4,6 ס"מ, משקל כ-46,5 ג'.
התרוקנות מלאה, ללא שארית שתן.

תודה על הפניית הנבדקת

ד"ר גבירץ גרוס גבריאלה

מומחית ברדיולוגיה אבחנתית
14950
מ.ר. ראלטרסאונד
14950
גבירץ גרוס

15/07/2021 תאריך

סיכום יעוץ

פרטי המטופל

בנימיני ארז	00-05961252-3	56.03	18/04/1965	נסים
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ת.לידה	שם האב
בית דגן	לילך	43	3997888	9604016 - 3
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון נוסף

לכבוד: ד"ר גרון הנרי

תלונות: תלונות מתאריך 12/07/2021:
עבר CT עקב בעית כבד ומצאה תהליך ריקמתי חשוד לתהליך תופס מקום בקוטב עליון של כליה ימנית
US כליות ציסטה באספקט המדיאלי של כליה ימנית לא הודגמה ממצא של CT ערמונית 46 גר שארית שתן אין
15/07/2021
לאחר יעוץ נוסף של CT בטן מומלץ ניתוח כריתת התהליך של כליה ימנית

אבחנה

מועד גילוי	איפיון	אבחנה
		FOLLOW-UP EXAMINATION
		SOL RT KIDNEY

דיון / תוכנית טיפולית: ההפניות שהופקו ב 12/07/2021:
טופס הפניה כללי - 78012-א.ס. US כליות / דרכי
15/07/2021

סיכום והמלצות: לניתוח

בברכה,

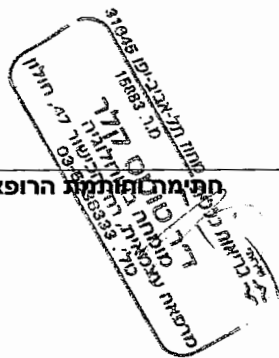
15883

ד"ר טאמז קלר

חתימת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא



מרפאה: הרצליה מדיקל סנטר, החושלים 8, הרצליה
טל: 054-7371999 פקס: 09-7445355
Dr.naduclic1@gmail.com

26-27/9
HMC

11.8.21

בנימיני ארז, 059612523
בן 56,

דיסליפידמיה, נוטל אספירין.

גילוי אקראי של גוש בכליה הינמית.

CT בטן – כליה שמאלית תקינה.

כליה ינמית – גוש רקמתי כ 3 ס"מ, תוך כלתי מוחלט ללא מרכיב אקסופיטי,

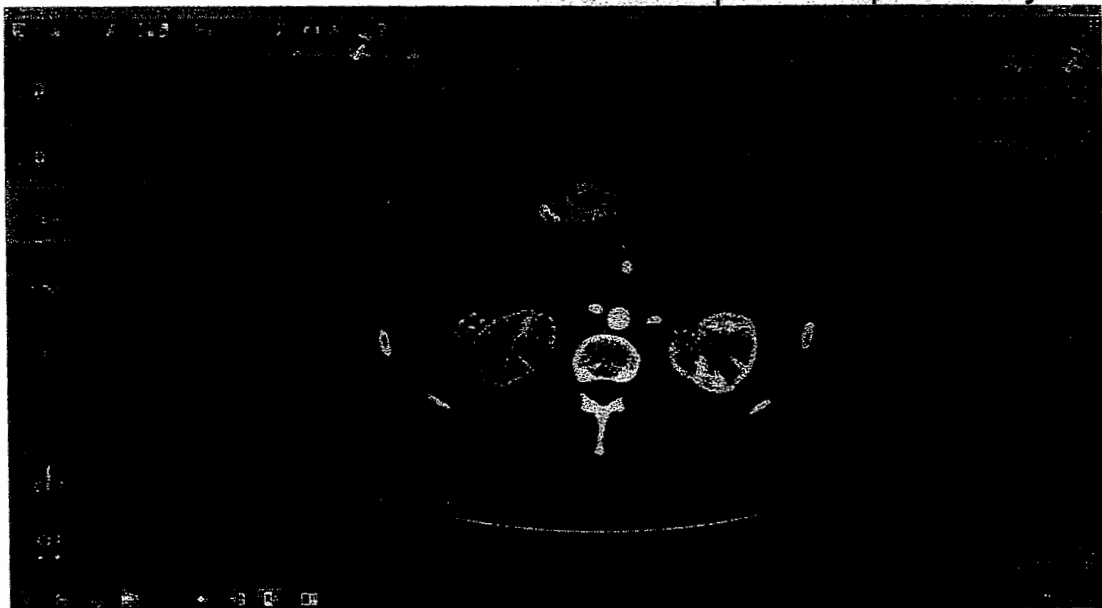
מקבל האדרה בלתי אחידה, קוטב עליון לטרלי אחורי.

שוחחנו אודות הממצא הכלתי, הסיכוי ל RCC (כ 80%) ואופציות טיפוליות

שהן למעשה ניתוח הסרת הגוש, תוך ידיעה שמיקום הגוש מעלה את הסיכוי

לכריתה שלמה של הכליה במהלך הניתוח.

Robotic partial Nephrectomy RT



בברכה,

ד"ר נדו, מ.ר. 23688

ד"ר נדו אנדריי
מ.ר. 23688

Dr. Andrei Nadu

UROLOGIC SURGEON

ד"ר אנדריי נדו

אורולוג

מנהל היחידה לאורולוגיה לפרוסקופית
מרכז רפואי רבין, קמפוס בילינסון
מרפאה: הרצליה מדיקל סנטר, החושלים 8, הרצליה
טל: 054-7371999 פקס: 09-7445355
Dr.naduclic1@gmail.com

הפניה לניתוח

המטופל אלין דנימין ת.ז. 059612523
מועמד לניתוח בנימל איה חלקיה דחזקט - ימין ע"י ד"ר נדו אנדריי,
בתאריך בבית חולים הרצליה מזיקל סנטר

בברכה,

ד"ר נדו, מ.ר. 23688

ד"ר נדו אנדריי
שירות/רפואה

מרפאה: הרצליה מדיקל סנטר, החושלים 8, הרצליה
טל: 054-7371999 פקס: 09-7445355
Dr.naduclic1@gmail.com

11.8.21

בנימיני ארז, 059612523

בן 56,

דיסליפידמיה, נוטל אספירין.

גילוי אקראי של גוש בכליה הינמית.

CT בטן – כליה שמאלית תקינה.

כליה ינמית – גוש רקמתי כ 3 ס"מ, תוך כלתי מוחלט ללא מרכיב אקסופיטי,

מקבל האדרה בלתי אחידה, קוטב עליון לטרלי אחורי.

שוחחנו אודות הממצא הכלתי, הסיכוי ל RCC (כ 80%) ואופציות טיפוליות

שהן למעשה ניתוח הסרת הגוש, תוך ידיעה שמיקום הגוש מעלה את הסיכוי

לכריתה שלמה של הכליה במהלך הניתוח.

Robotic partial Nephrectomy RT



20.10.21

עבר ניתוח משמר כליה במהלך תקין.

CCRCC pT1a Fuhrman2

הוסר בשלמות.

המשך מעקב אורולוגי אונקולוגי קהילה, חצי שנה CT בטן

בברכה,

ד"ר נדו, מ.ר. 23688



הופק על ידי דר' נדו אנדריי 17:00
26/09/2021

סיכום ניתוח

10301463	מספר תיק:	59612523	מספר זיהוי:	שם המטופל:	בנימיני ארז
זכר	מין:	18/04/1965	תאריך לידה:	שם האב:	נסים
גורם מממן:	כללית מושלם	טלפון:	טלפון נוסף:	כתובת:	לילך 43, בית דגן
		0523997888		מחלקה:	חדר ניתוח

תאריך הניתוח: 26/09/2021

רופא מטפל אחראי

רופא: דר' נדו אנדריי מ.ר. 23688

אנדיקציה לניתוח ומחלה נוכחית

גוש בכליה ימין

צוות בניתוח

שם פרטי	שם משפחה	תפקיד
אנדריי	נדו	רופא / מנתח
ז'אנה	פילונב	אח/ת מסתובבת
חסן	סואעד	אח/ת רחוצה
ארתור	גורלובצקי	מרדימים
אחמד	עיראקי	סניטר
שיר	טיגר	אסיסטנט

זמני ניתוח

פירוט	זמן
השכבת מנותח	15:00
התחלת הרדמה	15:00
התחלת ניתוח	15:35
סיום ניתוח	16:46

אבחנה נוכחית לפעולה

- Neoplasm Of Uncertain Behavior Of Kidney And Ureter (Right) (23691)

שם הניתוח

Robotic partial nephrectomy 554,1742 (Right)

הרדמה והתאוששות

הרדמה: כללית

סוג הרדמה: Balance נתיב אוויר. טובוס סוג טובוס: CUFF קוטר: 7

הערות על נתיב אוויר:

easy mask ventilation bilateral breathing sounds uneventful videolaryngoscopic intubation

הערות במהלך ההרדמה:

GA sevoflurane+N2O+O2

סיכום ניתוח

ממצאים:

גוש רקמתי כ 3 ס"מ, תוך כלתי מוחלט, תת קורטיקלי, ללא מרכיב אקסופיטי, לטרלי קוטב עליון כליה ימנית. מערב מערכת מאספת ושומן בסינוס הרגלי.

זוהה עם US לפרוסקופית תוך ניתוחי

מהלך הניתוח:

שכיבה על צד שמאל רחצה וכיסוי. ניפוח הבטן מחט ורס. טרוקרים 5, 8, 8, 12, 12

הסטה מדיאלית קולון עולה ותרסריון. חשיפת הכליה, זיהוי הגוש עם US לפרוסקופי תוך ניתוחי, והגדרתו מסביב.

דיסקציה בשער הכליה, זיהוי והפרדת עורק הכליה, סגירתו עם קלמפ לפרוסקופי. כריתת הגוש עם שוליים תקינים. סגירת גביע ו

Herzliya Medical Center
7 Eli Landau Blvd., Herzliya,
4685107
Telephone: 09-959-2555



הרצליה מדיקל סנטר
שד' אלי לנדאו 7, הרצליה,
4685107
טלפון: 09-959-2555

שם המטופל:	בנימיני ארז	מספר זיהוי:	59612523	מספר תיק:	10301463
------------	-------------	-------------	----------	-----------	----------

לוק 3/0 ממושך. סגירת הכליה וי לוק 3/0 ממושך בבסיס הכריתה, סגירת השוליים וייקיריל 2/0 ממושך. הסרת הקלמפ, זמן איסכמיה חמה 16 דקות. הוצאת הגוש בשלמותו בתוך שקית לפרוסקופית סגורה. נקז 10 JP. סגירת פצעים לפי שכבות, וייקיריל 0 לפסיה, עור מומקיריל 3/0 ממושך.

איבוד דם

לא

חתימת רופא

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
ד"ר נדו אנדר" מ.ר. 23688	רופא מומחה	26/09/2021 17:00
ד"ר נדו אנדר" מ.ר. 23688	רופא מומחה	26/09/2021 17:00

Herzliya Medical Center
7 Eli Landau Blvd., Herzliya
Telephone: 09-959-2555



הרצליה מדיקל סנטר
שד' אלי לנדאו 7, הרצליה, 4685107
טלפון: 09-959-2555

הופק על ידי דר' נדו אנדריי 17:02
26/09/2021

סיכום אשפוז

10301463	<u>מספר תיק:</u>	59612523	<u>מספר זיהוי:</u>	שם המטופל:	בנימיני ארז
זכר	<u>מין:</u>	18/04/1965	<u>תאריך לידה:</u>	שם האב:	נסים
גורם מממן:	<u>גורם מממן:</u>	טלפון:	טלפון:	כתובת:	לילך 43, בית דגן
כללית מושלם		0523997888	<u>טלפון נוסף:</u>	מחלקה:	חדר ניתוח

רופא מטפל אחראי

רופא: דר' נדו אנדריי מ.ר. 23688

תאריך קבלה: 26/09/2021 12:27

תאריך שחרור: 28/09/2021

אבחנה נוכחית לפעולה

- Neoplasm Of Uncertain Behavior Of Kidney And Ureter (Right) (23691)

אינדיקציות לניתוח והיסטוריה של מחלה נוכחית

גוש בכליה ימין

שם הניתוח

Robotic partial nephrectomy 554,1742 (Right)

תרופות קבועות מהבית

ELETRIPTAN FC tab 40 mg P.O	40 mg	1 X 1	ביום
רק אם כאבים			
proPRANOlol tab 10 mg P.O	10 mg	2 X 1	ביום
RAMipril tab 2.5 mg P.O	2.5 mg	1 X 1	ביום
STATOR tab 20 mg P.O	20 mg	1 X 1	ביום

בדיקה גופנית

...

אבחנות רקע

- KIDNEY (Right) (900)
- KIDNEY (Right) (900)
- Hyperlipidemia (2724)
- Hypertension (4019)
- COMMON MIGRAINE (3461) neurologist prescribed propranolol and eletriptan
- OTHER CHRONIC NONALCOHOLIC LIVER DISEASE (5718) fatty liver
- CORONAVIRUS (COVID-19) RECOVERED PATIENT - CURRENT EPISODE (V12.05) 08/01/2021
- HEMANGIOMA OF UNSPEC. SITE. (22800) liver- followed up by hepatologist
- TOBACCO USE DISORDER, IN REMISSION (30513) מ2017 סיגריות ליום
- OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA (32723) CPAP
- IMPAIRED FASTING GLUCOSE (79021)

בדיקת COVID-19

12:42 26/09/2021

בדיקת קורונה לקראת טיפול: בוצעה

סוג בדיקה: PCR

תאריך הבדיקה: 23/09/2021

תוצאת הבדיקה: שלילי

ניתוחים בעבר

Herzliya Medical Center
7 Eli Landau Blvd., Herzliya,
4685107
Telephone: 09-959-2555

הרצליה
מדיקל
סנטר



הרצליה מדיקל סנטר
שד' אלי לנדאו 7, הרצליה,
4685107
טלפון: 09-959-2555

שם המטופל:	בנימני ארז	מספר זיהוי:	59612523	מספר תיק:	10301463
------------	------------	-------------	----------	-----------	----------

S/P COLONOSCOPY
(benign polyps) 01/01/2019))

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים
תיאור הניתוח ומהלך לאחר ניתוח

TUMOR RT KIDNEY
TOTALLY INTRARENAL TUMOR
ROBOTIC PARTIAL NEPHRECTOMY

סיכום מהלך האישפוז כולל אירועים ובדיקות מיוחדות

מהלך האשפוז: תקין

מצב המטופל במועד השחרור
משתחרר במצב יציב

המלצות בשחרור והמשך מעקב לאחר השחרור

המלצה: מנחה וחזרה הדרגתית לפעילות
נוגדי כאב לפי הצורך
כלכלה רגילה
חידוש מדלל דם שבוע מהניתוח לפי הצורך
חופשת מחלה 6 שבועות
בקורת מרפאת דר דוד בתאום טלפוני

לפניה בנושאים רפואיים לאחר הניתוח / פעולה
אנחנו פה בשבילך 24/7
"מוקד מעקב והחלמה" הרצליה מדיקל סנטר
03-7166190

מכתב נחתם ע"י: דר' נדו אנדריי מ.ר. 23688

חתימה:



Name : שם בנימין ארז	I.D. # תעודת זהות 059612523	Pathology # פתולוגיה 18195/21	
Physician : רופא ד"ר אמרי מוז	Date : תאריך 26/9/21	Age/גיל 56	Sex/מין ♂

Page 1

Clinical history: Right renal tumor.

Previous specimen:

11005/19 - Transverse colon Two mucosal fragments in part showing normal mucosa and in part showing features of a mildly dysplastic tubular adenoma.
11007/19 - Rectum - 6mm polyp. Mildly dysplastic tubular adenoma.
11009/19 - Rectum - ?hyperplastic polyps. Benign colonic mucosal fragments with areas of hyperplastic polyp formation.

Macroscopic examination: 27/9/21

The specimen consists of a wedge shaped renal tissue excision, on the surface including a segment of the renal capsule and perinephric fat.

The wedge measures 4,5x3,5x3cm and on section shows a soft, grey-white well circumscribed tumor mass 3cm in maximal diameter.

The mass is very close to the deep margins of excision.

Sections were processed as follows:

18195-A-Mass with deep margins.
18195-B-Mass.
18195-C-Capsule and perinephric fat.

Microscopic examination: 30/9/21

Sections show the presence of a well circumscribed and encapsulated clear cell renal carcinoma

The tumor is composed of sheets and tubules composed of uniform cuboidal cells having well defined cell borders, clear cytoplasm and central round nuclei devoid of prominent nucleoli - consistent with a WHO grade 2 tumor.

Interspersed between the tumor cells are vascular channels and fresh hemorrhage.

The tumor is surrounded by a compact collagenous layer forming a capsule.

At peripheral margins a thin "rim" of normal renal parenchyma, with normal glomeruli and tubules are present.

At the deep margins a very thin "rim" of the fibrous capsule (that is however intact) surrounds the tumor mass.

No tumor invasion is present into the renal capsule or perinephric fat.

Conclusion: Partial nephrectomy showing:

1. Clear cell renal carcinoma - 3cm in diameter - WHO grade 2
2. Peripheral rim of normal renal tissue.
3. Very thin fibrous capsule "rim" at the deep margin
3. No tumor invasion present into renal capsule or perinephric fat.

Prof. D. Y. Cohen.
Pathologist

פרופ' ד. כהן.
פתולוג

Snomed: 8310/3

22/10/2021 תאריך

אישור מחלה

פרטי המטופל

בנימיני ארז	00-05961252-3	56.06	18/04/1965	נסים
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ת.לידה	שם האב
לילך	43	3997888	52	9604016 - 3
בית דגן	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון נוסף
רחוב				

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 0 ביקור רגיל

סובל מ	קוד	איפיון	אבחנה
79989			DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD

מומלץ על מנוחה מתאריך 26/09/2021 עד תאריך 21/10/2021 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה 26

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

נחתם דיגיטלית

24036

ד"ר הנרי גרון

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית

Test	Result/Remark	Units	Low	High
גלוקוז				
GLUCOSE	97	mg/dL	70	100
UREA	27.90	mg/dL	17	43
CREATININE	0.87	mg/dL	.67	1.17
URIC ACID	4.9	mg/dL	3.5	7.2
CALCIUM	9.10	mg/dL	8.5	10.5
PHOSPHORUS	3.98	mg/dL	2.5	5
PROTEIN-TOTAL	6.94	g/dl	6.6	8.3
ALBUMIN	4.43	g/dl	3.5	5.2
CHOLESTEROL	133.4* ערך רצוי קטן מ 200.	mg/dL		
TRIGLYCERIDES	112* ערך רצוי קטן מ 150.	mg/dL		
NON HDL CHOLESTEROL	92	mg/dL	35	150
CHOLESTEROL- HDL	41* ערך רצוי גדול מ 40.	mg/dL		
CHOLESTEROL-LDL calc	70.0* ערך רצוי קטן מ 100.	mg/dL		
AST (GOT)	18	U/L	0	35
ALT (GPT)	17	U/L	0	45
LDH	252	U/L	230	480
CPK	95	U/L	20	200
BILIRUBIN TOTAL	0.49	mg/dl	.3	1.2
BILIRUBIN-DIRECT	0.10	mg/dl	.1	.3
HEMOGLOBIN A1C %	6.5 H* ערכי יחס שונים 1.10.13.	%	0	5.7
SODIUM	140.3	mEq/L	135	145
POTASSIUM	4.60	mEq/L	3.5	5.1
ICTERIC	0			
HEMOLYTIC	0		0	1
LIPEMIC	0			
שטן כללי				
GLUCOSE - U STRIP	Negative	mg/dL		
BILIRUBIN- U STRIP	Negative	mg/dL		
KETONES- U STRIP	Negative	mg/dL		
SPECIFIC GRAV-U STRI	1.027		1.001	1.03
PROTEIN- U STRIP	50	mg/dL		
NITRITE- U STRIP	Negative			
LEUCOCYTES - U STRIP	Negative	/μl		
ERYTHROCYTES-U STRIP	150	/μl		
UROBILINOGEN-U STRIP	2	mg/dL		
PH- U STRIP	5.0		4.8	7.4
LEUCOCYTES-SED	1	/HPF		
ERYTHROCYTES-SED	14	/HPF		
MUCUS-SED	MANY			
HYALINES CASTS-SED	6	/LPF		
GRANULAR CASTS-SED	4	/LPF		
המטורלוגיה				
WBC	5.8	K/ul	4.5	11
RBC	5.51	M/ul	4.5	5.9
HB	15.2	g/dl	13.5	17.5
HCT	46.7	%	41	53
PLT	218	K/ul	150	450
MCV	84.8	fL	80	100
MCH	27.6	pg	26	34

Test	Result/Remark	Units	Low	High
MCHC	32.5	g/dl	30	36.7
RDW	14.4	%	11	16
MPV	8.8	fL	4	13
LUC%	1.1	%	0	4.5
LUC abs	0.1	K/ul	0	.4
MACRO%	0.2	%	0	15
MICRO%	1.8	%	0	10
HYPER%	0.7	%	0	10
HYPO%	1.1	%	0	10
LYMP.abs	2.2	K/ul	1	4.8
LYMP%	37.6	%		
NEUT.abs	2.9	K/ul	1.8	7.7
NEUT%	49.4	%		
MONO.abs	0.4	K/ul	0	.8
MONO%	6.2	%		
EOS.abs	0.3	K/ul	0	.5
EOS%	5.0	%		
BASO abs	0.0	K/ul	0	.2
BASO%	0.8	%		
ביוכימיה- שתן				
CREATININE- U SAMPLE	299.2	mg/dL		
MICROALBUMIN-U SAMP	48.02* ערכה שונתה ב- 22/02/16. תוצאה גבוהה ב-15%.	mg/L		
MICROALBUMIN/CREAT	16.05	mg/g	0	30
סגדים				
ALPHA FETOPROTEIN TM	9.46* ב.97% מהבריאים נמוך מ-9. אינו שולל או מאמת ממאירות. שיטה חדשה מ-21.1.18. בוצע במכשיר ארכיטקט.	ng/mL		
PSA	2.13* ב.95% מהבריאים נמוך מ-4. אינו שולל או מאמת ממאירות. שיטה חדשה מ-21.1.18. בוצע במכשיר ארכיטקט. מעל 2.5 הערכת סיכון אישי.	ng/mL		
Other Tests				
MICRO%/HYPO%	1.6		0	10

08/02/2022 תאריך

הפניה לדימות

פרטי המטופל					
00-05961252-3	56.10	18/04/1965	נשים	בנימיני ארז	שם משפחה ושם פרטי
מס זהות	גיל	ת. לידה	שם האב	שם משפחה ושם פרטי	
43	52	3997888	9604016	לילך	בית דגן
מס בית	טלפון	טלפון	טלפון נוסף	רחוב	ישוב

מספר הפניה ישירה: 35140084880

גורם שולח
5140

מספר הפניה
035140084880

תז נבדק
59612523

רשיון רופא
024036

ביום הבדיקה, נא לפנות למשרד מכון הרנטגן והדימות כ- 15 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה.
נא להגיע עם טופס ההפניה, מסמכים רלוונטים 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: CT - עם דגש לכבד (פרוטוקול כבד מולטי פאזי)

שירות שנבחר

שירות רפואי	תיאור רפואי	קוד שירות	קוד משה"ב
10704005		L1039	78073

ט.מ. CT בטן ואגן

המטופל מתלונן על החולה חוזר לאחר ייעוץ גסטרו אשר המליץ על CT בטן ובדיקות דם - ALPHA
FETO
החולה נמצא גם במעקב אורולוג

סימנים חיוניים גובה 165 נמדד ב: 25/05/2021 משקל 70 נמדד ב: 25/05/2021 BMI 25.71

לחץ דם 164 /94 נמדד ב: 22/08/2021

דופק 74 נמדד ב: 22/08/2021 סדיר

09/09/2021 מתאריך 99.58 eGFR

ממצאים עיקריים במצב כללי משביע רצון

אבחנה משוערת

קוד	אבחנה	איפיון
7	FOR UROLOGICAL EVALUATION OBSERVATION - PATIENT UNDER OBSERVATION FOR GASTRO-ENTEROLOGICAL FOLLOW UP	

דף 1 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

08/02/2022

הודפס ע"י ד"ר הנרי גרון 00-05961252-3

הפניה לדימות

בנימיני ארז

מ גילוי	איפיון	בעיה
01/10/2009		VITAMIN B12 DEFICIENCY
01/10/2009		HYPERCHOLESTEROLEMIA
13/08/2012		SLEEP APNEA
25/11/2018		FATTY LIVER NONALCOHOLIC
25/11/2018		HEMANGIOMA
25/11/2018		LIVER CYST
04/03/2019		DIABETES MELLITUS
26/09/2021		S/P ROBOTIC PARTIAL NEPHRECTOMY-RT.SIDED DUE TO CA

תולדות עבר

מ סיום	מ גילוי	איפיון	בעיה
01/01/2018	01/01/2018		SMOKER

מטרת הבדיקה: אבקש לעשות את הבדיקה ולברר האם ישנו ממצא אשר יכול להסביר את התלונות של החולה הנ"ל

הערות: בירור

קדימות הבדיקה : בהקדם

CREATININE: 0.80 מתאריך 09/09/2021

מחלקת מרפא
נדיבות כרית
ד"ר הנרי גרון
חתימה וחותמת הרופא

24036

ד"ר הנרי גרון

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 בי"ח מפורסמת באתר הכללית

לכבוד
הרופא המטפל

ד"ר נכבד

הנדון: אריז בנימיני ת.ז. 059612523
הבדיקה בוצעה במאר סניף: רפאל בתאריך: 21/02/2022

להלן מסצאי סריקה טופוגרפיה סמוחשבת מכוונת ללבלב:

הבטן והאגן נסרקו בפרוטוקול אנגיוגרפיה של אבי העורקים עם תזמון באמצעות בולוס פרו.
הבדיקה כללה סריקה של אבי העורקים לפני ולאחר הזרקת יוד תוך ורידי.

הסיבה לביצוע הבדיקה – מעקב נסטראנטרולוגי.
אין בדיקה להשוואה.

מעבר חזה בטן - בסיסי הראות ללא תסנין, תפליט או תהליך מוקדי.

בטן:
הכבד במרקם שומני. בסגמנט הרבעי הודגם תהליך היפודנסי בעל מראה נוזלי אך צפיפותו מעט גבוהה ללא החמרה לאחר הזרקת יוד, בעל צורה אובלית איט מעוגל בגודל כ-5 ס"מ, האם מדובר בתהליך ציסטי בעל תוכן סמיך?
באונה הימנית הודגמו 5 תהליכים, הגדול בסגמנט ה-7 בגודל עד 4 ס"מ, באטונה השמאלית תהליך נוסף בגודל כ-1.5 ס"מ, התהליכים מדגימים האדרה עורקית חזקה עם הטרוגניות לא רציפה ולא הומוגנית מתמשכת משער הפרטלי, ללא שטיפה בשלב המאוחר, ייתכנו בהמגניומות בלבד.
באונה השמאלית שתי ציסטות זעירות פחות מ-1 ס"מ.
לא הודגמה הרחבת דרכי טרה תוך או חוץ כבדיות.
כיס המרה מכווץ חלקית.

טחול תקין בגודל ובמרקם.
אדרנלים - ללא ממצא פתולוגי.
לבלב תקין במרקמו ובמבנהו. לא הודגמה הרחבת צינור הלבלב.
כליות תקינות בגודל ובמיקום, מרכוזות סימטרית, ללא הידרונפרוזיס.
שופכנים תקינים.
כליה ימנית: בקוטב עליון אזור קורטיקלי צלקתי סיכות מתכתיות ייתכן לאחר כריתת תהליך, הודגמו שינויים פוסט-ניתוחיים ללא מרכיב האדרתי וסולידי בולט. ציסטה קורטיקלית באותו אזור בגודל כ-2 ס"מ.
רטופריטונאום ללא הגדלת קשריות לימפה. אאורטה בטנית אינה מורחבת.
פתולי המעי ללא ממצא חריג. דיברטיקולוזיס בסיגמא.
לא הודגם נוזל או אוויר חופשי בבטן או באגן.
שלפוחית השתן במילוי חלקי.
אברי האגן ללא ממצא חריג.
מבנה גרמי: ללא הרס גרמי.

לסיכום:

הכבד במרקם שומני, הודגמו מספר תהליכים סולידיים בעלי מאפיינים של המגניומות, בנוסף למבנה היפודנסי ייתכן ציסטי בעל תוכן לא צלולי להשלים אלטרסאונד מכוון באם הממצא לא ידועה שינויים פוסט-ניתוחיים בקוטב עליון של כליה ימנית.
דיברטיקולוזיס בסיגמא.

(2,0,0, 2)

תודה על המיית הנבדק
ובברכה,

הנדון: אריז בנימיני ת.ז. 059612523, בדיקה מתאריך: 21/02/2022

מומחה לרדיולוגיה אבחנתית מ.ר. 42748

הוקלד ע"י: אבו יונס עבדאללה

התשובה חתומה אלקטרונית ע"י הרדיולוג/ית המפענח/ת

תאריך 14/03/2022
 18:21

הפניה כללית.

פרטי המטופל					
בנימיני ארז	00-05961252-3	56.11	18/04/1965	נשים	
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ת. לידה	שם האב	
לילך	43	52	3997888	3	
רחוב	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון נוסף	
בית דגן					
ישוב					

מספר הפניה ישירה: 39232006363

גורם שולח



9232

מספר הפניה



039232006363

תז נבדק



59612523

מספר רשיון



015883

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78012	76700	US .o.a בטן עליונה	10705004

אבחנה משוערת

קוד	אבחנה	איפיון
V67	FOLLOW-UP EXAMINATION	
	S/P PARTIAL RT NEPHRECTOMY	
	CYST RT KIDNEY ?	

תלונות: תלונות מתאריך 15/07/2021

תלונות מתאריך 12/07/2021

עבר CT עקב בעית כבד ומצאה תהליך ריקמתי חשוד לתהליך תופס מקום בקוטב עליון של כליה ימנית
 US כליות ציסטה באספקט המדיאלי של כליה ימנית לא הודגמה ממצא של CT ערמונית 46 גר שארית שתן אין

15/07/2021

לאחר יעוץ נוסף של CT בטן מומלץ ניתוח כריתת התהליך של כליה ימנית

14/03/2022

עבר כריתה חלקית של כליה ימנית לפני כ6 חודשים
 CT בטן ציסטה לא צלולה כליה ימנית בכבד מספר תהליכים סולידיין המגנימות

דיון/תוכנית טיפולית: דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 15/07/2021

ההפניות שהופקו ב 12/07/2021

טופס הפניה כללי - 78012-א.ס.א. כליות / דרכי

15/07/2021

14/03/2022

העתק 17/03/2022

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

העתק הודפס ע"י ד"ר טאמז קלר בעיה	איפיון	מ גילוי
VITAMIN B12 DEFICIENCY		01/10/2009
HYPERCHOLESTEROLEMIA		01/10/2009
SLEEP APNEA		13/08/2012
FATTY LIVER NONALCOHOLIC		25/11/2018
HEMANGIOMA		25/11/2018
LIVER CYST		25/11/2018
DIABETES MELLITUS		04/03/2019
S/P ROBOTIC PARTIAL NEPHRECTOMY-RT.SIDED DUE TO CA		26/09/2021

היסטוריה רפואית- בעיות בעבר

מ סיום	מ גילוי	איפיון	בעיה
01/01/2018	01/01/2018		SMOKER

תרופות קבועות

ב...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	טבליות	1	CANDESARTAN TAB 8MG 8MG
ביום	1	טבליות	0.5	PROPRANOLOL TAB 40MG 40MG
ביום	1	טבליות	1	ELETRIPTAN TAB 40MG 10 40MG
ביום	1	יחידות	1	STRIP CONTOUR TEST
ביום	1	טבליות	1	ACETYLSALICYLIC ACID 100MG TAB 10
ביום	1	טבליות	1	ROSUVASTATIN TAB 20MG 20MG
ביום	1	קפוליות	1	OMEPRADAX 20MG CAP 20MG

ד"ר טאמז קלר

15883

חתימה וחומת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

פניה לטיפול באחד מבין ח"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת בי"ח מפורסמת באתר הכללית

ד"ר גבריאלה גבירץ גרוס
מומחית ברדיולוגיה אבחנתית/אולטרסאונד

רח' הכישור 47 חולון
טל. 03-5038333/4

עוסק מורשה
014378699

מקור

חשבונית מס/קבלה מס' 13141

תאריך 17/3/22

לכבוד קליניק סלז

כתובת

סה"כ		פרטים
150	-	נס ס
		סה"כ
		% מע"מ
150	-	סה"כ כולל מע"מ

נתקבל במזומן סך 150

בצ'ק מס' _____ בנק _____ סניף _____ ז.פ. _____ סך _____
בצ'ק מס' _____ בנק _____ סניף _____ ז.פ. _____ סך _____
בצ'ק מס' _____ בנק _____ סניף _____ ז.פ. _____ סך _____

חתימה ספיה

תאריך 17/3/22

בדיקת US בטן ודרכי שתן של בנימיני ארז ת.ז. 05961252-3
מתאריך 17.03.2022

כבד עם הסננה שומנית קלה. באונה השמאלית הודגם תהליך ציסטי
לובולרי בגודל כ- $2,5 \times 3,5$ ס"מ. כמו כן, באונה הימנית הודגם תהליך בלתי הומוגני
בגודל כ- $2,2 \times 2,7$ ס"מ ובאונה השמאלית הודגם תהליך דומה בגודל כ- $1,5$ ס"מ.
הממצאים הנ"ל יכולים להתאים להמגיומות לא טיפוסיות – ידוע
על המגיומות מבדיקות CT קודמות.
כיס מרה בעל דפנות תקינים, לא נראו אבנים.
דרכי המרה התוך-כבדיים אינם מורחבים, הצינור המשותף ברוחב תקין.
הלבלב לא הודגם עקב ריבוי גזים באזור.
טחול בגודל ומרקם תקינים.
בחלל הפריטוניאלי – אין עדות למיימת.
כליות בגודל ומבנה תקינים, פרנכימה שמורה.
אי סדירות של הפרנכימה בקוטב העליון של הכליה
הימנית – מצב לאחר כריתה חלקית עקב שאת.
מערכת איסוף אינה מורחבת משני הצדדים, לא נראו אבנים.
כיס שתן בקיבולת טובה, ללא ממצא חריג בדופן.
ערמונית בגודל כ- $4,4 \times 5,4$ ס"מ, משקל כ-46 ג'.
התרוקנות מלאה, ללא שארית שתן.

תודה על הפניית הנבדקת
ד"ר גבירץ גרוס גבריאלה

ד"ר ג. גבירץ-גרוס
מוסמית ברדיולוגיה אבחנתית
ואולטרסאונד
מ.ר. 14950
14950

תאריך 17/03/2022

סיכום יעוץ

פרטי המטופל					
בנימיני ארז	00-05961252-3	56.11	ז	18/04/1965	נשים
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת. לידה	שם האב
בית דגן	לילך	43		52	3997888
ישוב	רחוב	מס בית		טלפון	טלפון נוסף
					9604016 - 3

לכבוד: ד"ר גרן הנרי

תלונות: תלונות מתאריך 14/03/2022
תלונות מתאריך 15/07/2021
תלונות מתאריך 12/07/2021
עבר CT עקב בעית כבד ומצאה תהליך ריקמתי חשוד לתהליך תופס מקום בקוטב עליון של כליה ימנית
US כליות ציסטה באספקט המדיאלי של כליה ימנית לא הודגמה ממצא של CT ערמונית 46 גר שארית שתן אין
15/07/2021
לאחר יעוץ נוסף של CT בטן מומלץ ניתוח כריתת התהליך של כליה ימנית
14/03/2022
עבר כריתה חלקית של כליה ימנית לפני כ6 חודשים
CT בטן ציסטה לא צלולה כליה ימנית בכבד מספר תהליכים סולידיין המגנימות
17/03/2022
US כליות ימנית מצב לאחר כריתה חלקית עקב שאת . כבד עם המגנימות ערמונית 46 גר אין שארית שתן

אבחנה

מועד גילוי	איפיון	אבחנה
		FOLLOW-UP EXAMINATION
		S/P PARTIAL RT NEPHRECTOMY
		CYST RT KIDNEY ?

דיון / תוכנית טיפולית: דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 14/03/2022
דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 15/07/2021
ההפניות שהופקו ב 12/07/2021
טופס הפניה כללי - 78012-0.א. US כליות / דרכי
15/07/2021
14/03/2022
ההפניות שהופקו ב 14/03/2022
טופס הפניה כללי - 78012-0.א. US בטן עליונה
17/03/2022

סיכום והמלצות: מעקב עם CT בטן

ד"ר טאמז קלר

שם הרופא

15883

מספר רשיון

חתימה וחוקמת הרופא

הרופא
ד"ר טאמז קלר
מספר רשיון 15883
17/03/2022

מספר תיק: 589906114
תאריך: 17:56 14/03/2022

אישור

ת.ז.: 0005961252-3
סך של: 27 ₪
אמצעי תשלום: הוראה לחיוב חשבון
החשבון שלך יחויב בסכום הנ"ל

אישור: 006294 - 9232
לכבוד: בנימיני ארז
עבור ביקור ראשון בתקופה במרפאה של רופא עצמאי

חתימה וחותמת הרופא

נא לשמור את הקבלה להתחשבות עתידית



הזמנה

שם הלקוח:	ארז בנימיני	מספר זהות:	5961252-3
מועד הביקור:	20/10/22 יום ה' כ"ה תשרי תשפ"ג	שעה:	14:00
שם הרופא:	CT	מקצוע:	CT המטוריה/אורוגרפיה
מרפאה:	מור - מגדל המאה - תל אביב	טלפון:	3171*
כתובת:	אבן גבירול 124, תל אביב יפו		
אוטובוסים:	24,25,26,125,48,56,126,192		

הנחיות: אם אין באפשרותך להגיע, אנא בטל/י את התור לפחות יום אחד לפני המועד שלו.

הנחיות לקוח

1. נכים על כיסא גלגלים:
יהבדיקה מתבצעת בשכיבה על הגב - במידה ואינו יכול, לא ניתן לבצע את הבדיקה
• יש להגיע בליווי
2. להמשיך ליטול תרופות כרגיל
3. אין לבצע 10 ימים לפני הבדיקה בדיקות עם חומר ניגוד ויום לפני הבדיקה מיפוי עצמות
4. נשים מניקות בדיקה עם חומר ניגוד – יש לדלג על הנקה אחת
5. לא מתבצע לנשים הרות אלא אם כן יש הנחיה מפורשת של רופא
6. הבדיקה מבוצעת לשוקלים עד 200 ק"ג.

הכנה לבדיקה

1. הבדיקה מתבצעת עם הזרקת חומר ניגוד ושתייה
2. במידה והנך רגיש ליוזד:
הבדיקה תתבצע ללא הזרקת חומר ניגוד רק עם שתייה - יש לעדכן רופא מפנה
- למעט בדיקות: דרכי שתן/אורוגרפיה / CTU / תלת פאזי פילוגרפיה/ אנטרוגרפיה / פרוטוקול לבלב/ פרוטוקול מעי - שלא מבוצעות במור ללא חומר ניגוד
3. נבדקים שאינם רגישים ליוזד:
- 3.1 יש לצום 6 שעות לפני הבדיקה (ניתן לשתות מים במהלך הצום)
- 3.2 לסובלים מסכרת / יתר לחץ דם / בעיות בכליות / מעל גיל 60: יש להביא בדיקת דם קריאטנין מעודכנת ל- 3 חודשים
- כל יתר הנבדקים: יש להביא בדיקת דם קריאטנין מעודכנת 6 חודשים
- 3.3 לסובלים מסכרת ומטופלים בגלוקומין, גלוקוריין או גלוקופז': לפנות לרופא המטפל לקבלת הנחיות
- 3.4 לסובלים מאסמה פעילה (מטופלים בקביעות ע"י משאפים או טיפול אחר): יש לפנות לרופא המטפל לקבלת טיפול מונע לפני הבדיקה
- 3.5 מטופלים בדיאליזה – יש לקבוע את הבדיקה ביום הדיאליזה לפני הטיפול

מידע כללי

1. זמן ההשות במרפאה כולל הבדיקה כשעתיים

2. תוצאות כעבור 14 ימי עבודה
3. יש להצטייד בהפניה, טופס התחייבות במידה ולא הונפק אוטומטי, ת"ז ובדיקות קודמות במידה ויש
4. עד גיל 18 - יש להגיע בליווי אחד ההורים

תאריך הדפסה: 30/09/2022 08:22:54



שירותי בריאות כללית

ה-

תאריך: 30/09/22

מחוז מנפק : 007 מרכז
מרפאה מנפקת : 5140 מרפאת בית דגן
גורם מממן : 007 מרכז

אל : מור-מכון למידע רפואי בע"מ לקביעת תור : 2700*

אישור לטיפולים אמבולטוריים
מס': 307680765

המבוטח : 0005961252-3 בנימיני ארז
רופא מפנה : 15883 קלר טאמו
סיבת הפניה : הופנה ע"י רופא

הפניה לצורך :

קוד שירות	קוד תאור הטיפול/בדיקה	שירות	קוד שירות
78073	טומוגרפיה ממוחשבת	1	60001

תאריך זימון: 29/09/22 האישור בתוקף עד לתאריך: 29/03/23

מאבי טופז

שם הפקיד/מנהל אדמ' במרפאה

נופק ללא תשלום: עבר תקרה

ככל שטופס ההתחייבות לא ימומש, אנא פנה למרפאה לשם קבלת החזר דמי ההשתתפות העצמית

לתשומת לב בית החולים/המכון !

להלן תנאי האישור להפניה:

- האישור משמש התחייבות הקופה למימון אך ורק של השירותים הרפואיים הרשומים בטופס זה והכלולים "בסל שירותים" כמשמעו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994.
- טופס ההתחייבות יכובד, בתנאי שהמטופל מבוטח בשירותי בריאות כללית במעמד מתן השירות אצל נותן השירותים.
- התשלום מותנה בשליחת מכתב/סיכום רפואי חתום ע"י רופא בית החולים, אל רופא המשפחה של המבוטח.
- טופס זה מיועד למספר פעולה/ות ביקורים/ים כמצוין לעיל.
- על בית החולים/המכון לצרף לטופס הזמנתם לביקור (ראשון/חוזר), מכתב רפואי המפרט את מצב המטופל והטיפול/בדיקות הנדרשים בביקור אליו הזמנו.
- התחייבות זו לא תשמש למימון שירות אשר סופק בשר"פ, למעט אם נתקבל לכך אישור מראש על ידי כללית מושלם.
- התחייבות זאת תכובד בכפוף להוראות כל דין והסכם וכנגד שירותים שיינתנו על פי דין.
- תוקפו של טופס זה מותנה בכך שההתחייבות לא תשמש למימון שירותים אשר סופקו למבוטח בתוספת תשלום עבור בחירת רופא או מנתח - בין אם תוספת התשלום שולמה ע"י המטופל באופן אישי ובין אם במימון צד ג' כלשהוא, לרבות חברת ביטוח.
- במידה ונתן השירות בוחר ליתן את השירותים נשוא ההתחייבות על ידי תאגיד בריאות, תוקפה של ההתחייבות זאת מותנה וכפוף לכך שהשירותים יינתנו בהתאם ועל פי תקנות יסודות התקציב (כללים לפעולת תאגיד בריאות), התשס"ב - 2001.

בשעה: _____

חוזמן תור לתאריך: ____/____/____

טו-17

סניף מור מגדל המאה ת"א
היחידה לטומוגרפיה ממוחשבת (C.T.)
טלפון: 03-7760100

תאריך הדפסה: 24 אוקטובר, 2022

תוצאות בדיקת C.T.

שם נבדקת: בנימיני , ארז
תאריך בדיקה: 20/10/2022
כתובת: בית דגן , לילך , 0043
גודל מפנה: המרכז
מדפיסה: סמ
ת.ז.: 059612523
טלפון: 052-3997888 050-7366100
רופא מפנה/מטפל: ד"ר קלר טאמו

לכבוד
הרופא המטפל
ד"ר נכבד,

להלן סריקה טומוגרפית ממוחשבת של הבטן והאגן- בפרוטוקול כליות :

הבדיקה בתצעה לפני ולאחר הזרקת חומר ניגוד תוך ורידי.
סיבת הבדיקה: מעקב לאחר הסרת שאת מכליה ימנית , שאלה של ציסטה בכליה ימנית .
השוואה ל-CT קודם מ- 2018.

ממצאים:

בסיסי הריאות מאווררים היטב, ללא ממצא ריאתי או תפליט פלוריאלי.
הכבד בגודל תקין , מרקמו שומני . מספר המגניומות בגודל עד 3.7 ס"מ בשתי האונות , בדומה ל- CT מ- 2018.
דרכי המרה החוץ והתוך רבדיות אינן מורחבות.
טחול בממדים ובמרקם תקינים, ללא ממצאים בתוכו.
לבלב בממדים ובמרקם תקינים, צינור הלבלב אינו מורחב.
אדרתלים מודגמים בצורה תקינה.
כליות בגודל, מבנה ומטח תקינים, ללא אבנים או הידרונפרוזיס.
מצב לאחר ניתוח בקוטב עליון של הכליה הימנית – שינויים צלקתיים במיטת הניתוח .
ציסטה פשוטה בכליה ימנית בגודל כ- 2.2 ס"מ . ב-2018 הציסטה הייתה בגודל כ- 1.2 ס"מ .
האדרה טובה של כליות דו"צ.
אין עדות ללימפאדנופטיה רטופריטונאלית או אגנית.
האאורטה ברוחב תקין.
ללאות המעיים במהלך וקוטר תקין.
כיס השתן בעל דופנות סדירים.
איברי האגן שמורים.
המבנה הגרמי שמור.
אין לזהות נגע פקאלי חשד בשלד הגרמי בטווח הסריקה.

לסיכום: מצב לאחר ניתוח בעבר בכליה ימנית .
ציסטה פשוטה בכליה ימנית , הפעם נמדדת 2.2 ס"מ .
כבד עם הסננה שומנית והמגניומות בשתי האונות , בדומה לבדיקה מ- 2018.

לנבדקת- יש להעביר את תוצאת הבדיקה בהקדם אל הרופא/ה המפנה/המטפל/ת לצורך המשך טיפול ומעקב.
יש להביא בזיקות קודמות להשוואה בכל מניח לביצוע בדיקה חדשה.

ד"ר זה מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות. המוסר/ו שלא כדין עובר עבירה.

עמוד 1 מתוך 2

סניף מור מגדל המאה ת"א
היחידה לטומוגרפיה ממוחשבת (C.T.)
טלפון: 03-7760100

תאריך הדפסה: 24 אוקטובר, 2022

תוצאות בדיקת C.T.

ת.ז.: 059612523

שם נבדקת: בנימיני , ארז
תאריך בדיקה 20/10/2022

בברכה,

ד"ר סורין אליאס
מומחה ברדיולוגיה אבחנתית
מ.ר 17331 מ.ר.מ. 11693

לנבדקת- יש להעביר את תוצאת הבדיקה בהקדם אל חרופא/ה המפנה/המטפלת לצורך המשך טיפול ומעקב.
יש להביא בדיקות קודמות להשוואה בכל פניה לביצוע בדיקה חדשה.

ד"ח זה מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות. המוסרו שלא כוין עובר עבירה.

עמוד 2 מתוך 2

תאריך: 14/11/2022

סיכום יעוץ

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	בנימיני ארז	מס זהות:	00059612523	גיל:	57.07	מין:	ז
ת.לידה:	18/04/1965	ישוב:	בית דגן	רחוב:	לילך	טלפון נוסף:	3-9604016	
מס בית:	43	טלפון:	52-3997888					

לכבוד: ד"ר גרון הנרי

תלונות: תלונות מתאריך 18/08/2022
תלונות מתאריך 02/05/2022
תלונות מתאריך 17/03/2022
תלונות מתאריך 14/03/2022
תלונות מתאריך 15/07/2021
תלונות מתאריך 12/07/2021

עבר CT עקב בעית כבד ומצאה תהליך ריקמתי חשוד לתהליך תופס מקום בקוטב עליון של כליה ימנית
US כליות ציסטה באספקט המדיאלי של כליה ימנית לא הודגמה ממצא של CT ערמונית 46 גר שארית שתן אין
15/07/2021

לאחר יעוץ נוסף של CT בטן מומלץ ניתוח כריתת התהליך של כליה ימנית
14/03/2022

עבר כריתה חלקית של כליה ימנית לפני כ-6 חודשים
CT בטן ציסטה לא צלולה כליה ימנית בכבד מספר תהליכים סולידיין המנגיומות
17/03/2022

US כליות ימנית מצב לאחר כריתה חלקית עקב שאת. כבד עם המנגיומות
ערמונית 46 גר אין שארית שתן
02/05/2022

מרגיש טוב ללא תלונות אורנריות
18/08/2022

כאבי מותן ימין
לפני כשנה עבר ניתוח כריתה חלקית של כליה ימנית
תיפקודי כליות תקינים
14/11/2022

כאבי מותן ימין
CT בטן כליה ימנית לאחר כריתה חלקית עם ציסטה בתוכה

אבחנות

מועד גילוי	איפיון	אבחנה
		FOLLOW-UP EXAMINATION
		S/P PARTIAL RT NEPHRECTOMY
		CYST RT KIDNEY ?
		LOW BACK PAIN

דיון / תוכנית טיפולית: דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 18/08/2022
דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 02/05/2022
דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 17/03/2022
דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 14/03/2022
דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 15/07/2021
ההפניות שהופקו ב 12/07/2021
טופס הפניה כללי - 78012-א.ס. US כליות / דרכי
15/07/2021
14/03/2022
ההפניות שהופקו ב 14/03/2022
טופס הפניה כללי - 78012-א.ס. US בטן עליונה
17/03/2022
02/05/2022
18/08/2022
ההפניות שהופקו ב 18/08/2022
טופס הפניה כללי - 78073-ט.מ. CT בטן ואגן

14/11/2022

סיכום והמלצות: אורטופד

בברכה,

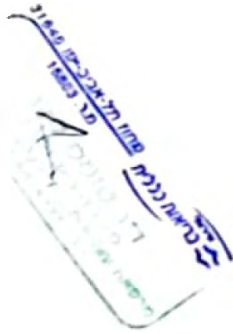
ד"ר טאמז קלר

שם הרופא

15883

מספר רשיון

חתימה וחוממת הרופא



סיכום יעוץ

בנימיני ארז

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

00059612523

הודפס ע"י ד"ר טאמז קלר

14/11/2022

דף 2

תאריך: 10/02/2023

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	בנימיני ארז	מס זהות: 00059612523	גיל: 57.10	מין: ז
ת.לידה: 18/04/1965	ישוב: בית דגן	רחוב: לילך	טלפון נוסף: 3-9604016		
מס בית: 43	טלפון: 52-3997888				

מספר הפניה ישירה: 35140005357

מספר רשיון	מספר הפניה	תז נבדק	גורם שולח
024036	035140005357	59612523	5140

לכבוד: רופא אורולוג

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70024	L9248	בדיקה רפואית - אורולוגיה	70024

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות / סיבת הפניה מתאריך 26/08/2022:
החולה עדיין סובל מכאבי לאחר הניתוח בכליה
מוסר שישנו קושי בהליכה
החולה מתלונן גם על כאבים בכתפיים וכף רגל שמאל וגם מקשה לו בהליכה
10/02/2023
החולה זקוק ליעוץ גסטרו ואורולוג

סימנים חיוניים: גובה 165 05/01/2023 משקל 70 05/01/2023 bmi 25.71

לחץ דם 127 / 80 05/01/2023

דופק 74 05/01/2023 סדיר

25/12/2022 מתאריך 95.34 eGFR

FEV1 (%) 126 עודכן ב 01/03/2022 FVC (%) 122 עודכן ב 01/03/2022 FEV1/FVC 0.83

ממצאים בבדיקה
ממצאים מתאריך 26/08/2022:
במצב כללי משביע רצון
10/02/2023
נראה סובל עם נפיחות בבטן

אבחנה משוערת

קוד	אבחנה	איפיון
	FOR UROLOGICAL EVALUATION - AFTER OPERATION	
	ABDOMINAL PAIN AFTER OPERATION	
7	OBSERVATION - PATIENT UNDER OBSERVATION	
L14	LEG/THIGH SYMPTOMS/COMPLAINTS	
	FOR GASTRO-ENTEROLOGICAL FOLLOW UP	

דיון/תוכנית טיפולית:
דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 26/08/2022:
המשך מעקב אורולוג המנתח
יעוץ ומעקב אורטופד
10/02/2023

בעיות פעילות

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לרפואה יועצת

10/02/2023

הודפס ע"י ד"ר הנרי גרון

00059612523

בנימיני ארז

אפיין	בעיה
	VITAMIN B12 DEFICIENCY
01/11/2018	HYPERCHOLESTEROLEMIA
13/08/2018	SLEEP APNEA
25/11/2018	FATTY LIVER NONALCOHOLIC
25/11/2018	HEMANGIOMA
25/11/2018	LIVER CYST
04/03/2019	DIABETES MELLITUS
26/09/2021	S/P ROBOTIC PARTIAL NEPHRECTOMY-RT.SIDED DUE TO CA

בעיות בעבר

מ.סיום	מ.גילוי	אפיין	בעיה
01/01/2018	01/01/2018		SMOKER

תרופות קבועות

...ב	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	טבליות	1	CANDESARTAN TAB 8MG 8MG
ביום	1	טבליות	0.5	PROPRANOLOL TAB 40MG 40MG
ביום	1	טבליות	1	ELETRIPTAN TAB 40MG 10 40MG
ביום	1	יחידות	1	STRIP CONTOUR TEST
ביום	1	טבליות	1	ACETYLSALICYLIC ACID 100MG TAB 100MG
ביום	1	קפליות	1	OMEPRADAX 20MG CAP 20MG
ביום	1	טבליות	1	ROSUVASTATIN TAB 20MG 20MG

מטרת הבדיקה: אבקש את חוות דעתך לגבי המשך הטיפול של החולה הנ"ל
המטופל עדיין עם כאבים, ישנה ירידה בתיפקודו וקשי תיפקוד. מה ניצן לעשות כהמשך הבירור
של התלונות שלו?
לאחר ניתוח אורולוגי

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך



24036

ד"ר הנרי גרון

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 ב"ח
מפורסמת באתר הכללית

תאריך: 10/02/2023

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	בנימיני ארז	מס זהות:	00059612523	גיל:	57.10	מין:	ז
ת.לידה:	18/04/1965	ישוב:	בית דגן	רחוב:	לילך	טלפון נוסף:	3-9604016	
מס בית:	43	טלפון:	52-3997888					

מספר הפניה ישירה: 35140005359

גורם שולח



5140

מספר הפניה



035140005359

תז נבדק



59612523

מספר רשיון



024036

לכבוד: רופא גסטרו-אנטרולוג

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70029	L9257	בדיקה רפואית - גסטרואנטרולוגיה	שירות רפואי
			70029

הריני מפנה את המטופל הנל להתייעצות בשל

תלונות
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 26/08/2022:
החולה עדיין סובל מכאבי לאחר הניתוח בכליה
מוסר שישנו קושי בהליכה
החולה מתלונן גם על כאבים בכתפיים וכף רגל שמאל וגם מקשה לו בהליכה
10/02/2023
החולה זקוק לייעוץ גסטרו ואורולוג

סימנים חיוניים:
גובה 165 05/01/2023 משקל 70 05/01/2023 bmi 25.71
לחץ דם 80 / 127 05/01/2023
דופק 74 05/01/2023 סדיר

25/12/2022 מתאריך 95.34 eGFR

0.83 FEV1/FVC 01/03/2022 עודכן ב 122 (%)FVC 01/03/2022 עודכן ב 126 (%)FEV1

ממצאים בבדיקה
ממצאים מתאריך 26/08/2022:
במצב כללי משביע רצון
10/02/2023
נראה סובל עם נפיחות בבטן

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
		FOR GASTRO-ENTEROLOGICAL FOLLOW UP
		ABDOMINAL PAIN AFTER OPERATION
		FOR UROLOGICAL EVALUATION - AFTER OPERATION
7		OBSERVATION - PATIENT UNDER OBSERVATION
L14		LEG/THIGH SYMPTOMS/COMPLAINTS

דיון/תוכנית טיפולית:
דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 26/08/2022:
המשך מעקב אורולוג המנתח
ייעוץ ומעקב אורטופד
10/02/2023

בעיות פעילות

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לרפואה יועצת

10/02/2023

הודפס ע"י ד"ר הנרי גרון

00059612523

בנימיני ארז

אפיין	בעיה
01/10/2018	VITAMIN B12 DEFICIENCY
01/10/2018	HYPERCHOLESTEROLEMIA
13/08/2012	SLEEP APNEA
25/11/2018	FATTY LIVER NONALCOHOLIC
25/11/2018	HEMANGIOMA
25/11/2018	LIVER CYST
04/03/2019	DIABETES MELLITUS
26/09/2021	S/P ROBOTIC PARTIAL NEPHRECTOMY-RT.SIDED DUE TO CA

בעיות בעבר

מ.סיום	מ.גילוי	אפיין	בעיה
01/01/2018	01/01/2018		SMOKER

תרופות קבועות

...ב	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	טבליות	1	CANDESARTAN TAB 8MG 8MG
ביום	1	טבליות	0.5	PROPRANOLOL TAB 40MG 40MG
ביום	1	טבליות	1	ELETRIPTAN TAB 40MG 10 40MG
ביום	1	יחידות	1	STRIP CONTOUR TEST
ביום	1	טבליות	1	ACETYSALICYLIC ACID 100MG TAB 100MG
ביום	1	קפליות	1	OMEPRADAX 20MG CAP 20MG
ביום	1	טבליות	1	ROSUVASTATIN TAB 20MG 20MG

מטרת הבדיקה: אבקש את חוות דעתך לגבי המשך הטיפול של החולה הנ"ל
החולה עם כאבי בטן לאחר ניתוח. נמצא במעקב אורולוג אך זקוק גם להמשך המעקב גסטרו

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

החולה נמצא במעקב אורולוג אך זקוק גם להמשך המעקב גסטרו
נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

24036

ד"ר הנרי גרון

מספר רשיון

שם הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפסד והשם מעלה
פניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת ביה"ח
מפורסמת באתר הכללית

תאריך: 10/02/2023

הפניה לדימות

פרטי המטופל:
שם משפחה ופרטי: בנימיני ארז
ת.לידה: 18/04/1965
מס בית: 43
מס זהות: 00059612523
גיל: 57.10 מין: ז
רחוב: לילך
טלפון נוסף: 3-9604016
בית דגן: 52-3997888
טלפון: 43

מספר הפניה ישירה: 35140005356

רשיון רופא	תז נבדק	מספר הפניה	גורם שולח
024036	59612523	035140005356	5140

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: DOPPLER עורקי וורידי רגלים

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78023	93925 א.ס. US	דופלקס MAPPING עורקי גפיים תחתונות	10905009
78023	93925 א.ס. US	דופלקס MAPPING ורידי גפיים תחתונות	10905008

המטופל מתלונן על החולה עם כאבי רגליים וקשי הליכה

סימנים חיוניים	גובה	נמדד ב: 05/01/2023	משקל	נמדד ב: 05/01/2023	BMI	25.71
לחץ דם	165	נמדד ב: 05/01/2023	70	נמדד ב: 05/01/2023		
דופק	74	נמדד ב: 05/01/2023	סדיר			

25/12/2022 מתאריך: 95.34 eGFR

FEV1 (%)	עודכן ב: 01/03/2022	עודכן ב: 01/03/2022	FEV1/FVC	0.83
126	עודכן ב: 01/03/2022	עודכן ב: 01/03/2022		
122 (%)FVC				

ממצאים עיקריים במצב כללי משביע רצון

אבחנה משוערת

קוד	אבחנה	אפיפון
L14	LEG/THIGH SYMPTOMS/COMPLAINTS	
7	OBSERVATION - PATIENT UNDER OBSERVATION	

בעיות פעילות

מ.גילוי	אפיפון	בעיה
01/10/2009		VITAMIN B12 DEFICIENCY
01/10/2009		HYPERCHOLESTEROLEMIA
13/08/2012		SLEEP APNEA
25/11/2018		FATTY LIVER NONALCOHOLIC
25/11/2018		HEMANGIOMA
25/11/2018		LIVER CYST
04/03/2019		DIABETES MELLITUS

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לדימות

10/02/2023

הודפס ע"י ד"ר הנרי גרון

00059612523

בנימיני ארז

אפיפון
בעיה
S/P ROBOTIC PARTIAL NEPHRECTOMY-RT.SIDED DUE TO CA

אפיפון
בעיה
מגילוי
01/01/2018
01/01/2022
SMOKER

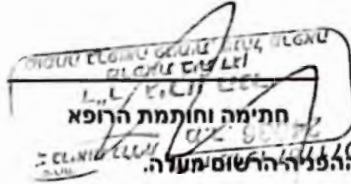
ות: בירור

דימות הבדיקה : בהקדם

25/12/2022 מתאריך CREATININE: 0.87

ד"ר הנרי גרון

24036



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

תאריך: 10/02/2023

הפניה לדימות

פרטי המטופל:
שם משפחה ופרטי: **בנימיני ארז**
ת.לדה: 18/04/1965
מס בית: 43
מס זהות: 00059612523
גיל: 57.10 מ"ן: ז
רחוב לילך
טלפון נוסף: 3-9604016
בית דגן
טלפון: 52-3997888

מספר הפניה ישירה: 35140005356

גורם שולח



5140

מספר הפניה



035140005356

תז נבדק



59612523

רשיון רפא



024036

ביום הבדיקה, נא לפנות למשרד מסן הרנסגן והדימות כ- 15 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה.
נא להגיע עם סופס ההפניה, מסמכים רלוונטיים וצילומים קודמים.
לשים לבדל

אם היך בהריון או במצב של אפשרות להריון, חובה עליך ליידע את הרופא המפנה לבדיקה ואת הצוות המבצע במסן הרנסגן והדימות.
נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין תור לבדיקה ב 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

לכבוד: DOPPLER עורקי ווריד רגלים

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78023	93925 א.ס. US	MAPPING עורקי גפיים תחתונות	10905009
78023	93925 א.ס. US	MAPPING ורידי גפיים תחתונות	10905008

המטופל מתלח על החולה עם כאבי רגליים וקשי הליכה

סימנים חיצוניים	גובה	נמדד ב: 05/01/2023	משקל	נמדד ב: 05/01/2023	נמדד ב: 05/01/2023	BMI	25.71
לחץ דם	165	127 / 80	70	נמדד ב: 05/01/2023	נמדד ב: 05/01/2023	נמדד ב: 05/01/2023	נמדד ב: 05/01/2023
דופק	74	נמדד ב: 05/01/2023	סדיר	נמדד ב: 05/01/2023	נמדד ב: 05/01/2023	נמדד ב: 05/01/2023	נמדד ב: 05/01/2023

25/12/2022: מתאריך: 95.34 eGFR

FEV1 (%) 126 עודכן ב: 01/03/2022
FEV1/FVC 0.83 עודכן ב: 01/03/2022
FVC (%) 122

מצבים עיקריים במצב כללי משיע רצון

אבחנה משוערת

קוד	אבחנה
L14	LEG/THIGH SYMPTOMS/COMPLAINTS
7	OBSERVATION - PATIENT UNDER OBSERVATION

בעיות פעילות

מגילי	אבחנה
01/10/2009	VITAMIN B12 DEFICIENCY
01/10/2009	HYPERCHOLESTEROLEMIA
13/08/2012	SLEEP APNEA
25/11/2018	FATTY LIVER NONALCOHOLIC
25/11/2018	HEMANGIOMA
25/11/2018	LIVER CYST
04/03/2019	DIABETES MELLITUS

דף 1

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

הפניה לדימות

10/02/2023

הודפס ע"י ד"ר הנרי גרון

00059612523

בנימיני ארז

גילוי	אפיין	בעיה
26/09/2021		S/P ROBOTIC PARTIAL NEPHRECTOMY-RT.SIDED DUE TO CA

חת עבר

מסיום	מגילוי	אפיין	בעיה
01/01/2018	01/01/2018		SMOKER

הערות: בירור

קדימות הבדיקה : בהקדם

25/12/2022 מתארך CREATININE: 0.87

24036

ד"ר הנרי גרון

שם הרופא	מספר רשיון	חתימה וחותמת 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

דף 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לדימות

10/02/2023

הודפס ע"י ד"ר הנרי גרון

00059612523

בנימיני ארז

ייחוס רגליים - מדידת אורך רגליים מדידת אורך רגליים - מדידת אורך רגליים 0.00	
מדידת אורך רגליים מדידת אורך רגליים מדידת אורך רגליים	מדידת אורך רגליים מדידת אורך רגליים מדידת אורך רגליים

תאריך ביקור: 16/05/2023

שם משפחה: בנימיני
 פרטי: ארז
 מקלידה: רויטל
 עיר/יישוב: ראשון לציון
 תיק מס': 2351526
 שם: בריאות כללית
 יעד: ת. לידה: 18/04/1965
 מין: ז
 רופא מפנה: גרון
 הנרי ר. רופא מפנה: 24036

דופלקס עורקי רגליים במנוחה ובמאמץ

יחס לחץ קרסול זרוע במנוחה:

RT	LT
1.04	1.06

יחס לחץ קרסול זרוע במאמץ:

RT	LT
1.02	1.05

לסיכום:

ימין: אין עדות להפרעה המודינמית בזרימת הדם.
 שמאל: אין עדות להפרעה המודינמית בזרימת הדם.

הנדסאי מכשור ויפואי: מיכאל זרצקי

רופא/ה בודק/ת : ד"ר קופרמן

מומחה ברדיולוגיה אבחנתית

רישיון רופא בודק : 19015

רישיון מומחה : 13217

נחתם דיגיטלית!

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א-1981 ואין למסור אותו ולא את תוכנו ולא איזה פרט שהוא ממנו לכל אדם ולא גוף אלא בהתאם להוראות החוק. מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלה, מהווה עבירה. מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא מטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי.

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

ד"רסטרקט - פנימיים למנהל רפואי בנים מנהל משרדית, משרדית פנימי, ד"ר, רפואי כללי 0.000		
פנימי-עקב מידע 00 מל 0000000000 מל 0000000000	רפואי מל 0000000000 מל 0000000000 מל 0000000000	קליני-עקב מל 0000000000 מל 0000000000 מל 0000000000
רפואי-עקב מל 0000000000 מל 0000000000 מל 0000000000	רפואי מל 0000000000 מל 0000000000 מל 0000000000	קליני-עקב מל 0000000000 מל 0000000000 מל 0000000000

תאריך ביקור: 16/05/2023

עיר/יישוב: ראשון לציון תיק מס': 2351526

מקלידה: רויטל 18:03

גורם מבטח: ש. בריאות כללית יעד :

רופא מפנה: גרון הנרי ר. רופא מפנה: 24036

שם משפחה: בנימיני

שם פרטי: ארז

מספר זהות: 059612523

ת. לידה: 18/04/1965 מין: ז

בדיקת דופלר ורידי רגליים

ורידים עמוקים:

זרימה	זרימה	זרימה	זרימה	זרימה	
עצמונית	אפאזית	פועמת	הגברת זרימה	זרימה הפוכה	
+					CFV-ימין
+					שמאל
+					SFV-ימין
+					שמאל
			+		POP-ימין
			+		שמאל
			+		TIB-ימין
			+		שמאל

ורידים שטחיים:

שמאל	ימין	
-	-	אי ספיקה ספני- פמורלית
-	-	אי ספיקה ספנה קטנה

פרפורנטים מורחבים	.	.
-------------------	---	---

לסיכום:

1. אין עדות ל DVT (deep vein thrombosis) ברגליים דו צדדי.
2. אין עדות ל SVT (superficial vein thrombosis) משני הצדדים.
3. לא הודגמה אי ספיקה בורידים עמוקים ושטחיים.

הנדסאי מכשור רפואי: מיכאל זרעקי

רופא/ה בודק/ת : ד"ר קופרמן

מומחה ברדיולוגיה אבחנתית

רישיון רופא בודק : 19015

רישיון מומחה : 13217

נחתם דיגיטלית!

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א-1981 ואין למסור אותו ראו את תוכנו ראו איזה פרט שהוא ממנו לכל אדם ראו גוף אלא בהתאם להוראות החוק.

מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלה, מהווה עבירה.

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

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

תאריך: 10/02/2023

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	בנימיני ארז	מס זהות:	00059612523	גיל:	57.10	מין:	ז
תלדה:	18/04/1965	ישוב:	בית דגן	רחוב:	לילך			
מס בית:	43	טלפון:	52-3997888	טלפון נוסף:	3-9604016			

מספר הפניה ישירה: 35140005357

מספר רשיון	תז נבדק	מספר הפניה	גורם שולח
024036	59612523	035140005357	5140

לכבוד: רופא אורולוג

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70024	L9248	בדיקה רפואית - אורולוגיה	שירות רפואי
			70024

הרני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות
תלונות/סיבת הפניה מתאריך 26/08/2022:
החולה עדיין סובל מכאבי לאחר הניתוח בכליה
מוסר שישנו קושי בהליכה
החולה מתלונן גם על כאבים בכתפיים וכף רגל שמאל וגם מקשה לו בהליכה
10/02/2023

החולה זקוק לייעוץ גסטרו ואורולוג

סימנים חיוניים:
גובה 165 05/01/2023 משקל 70 05/01/2023 bmi 25.71
לחץ דם 127 / 80 05/01/2023
דופק 74 05/01/2023 סדיר

25/12/2022 מתאריך 95.34 eGFR

FEV1 (%) 126 עודכן ב 01/03/2022 FVC (%) 122 עודכן ב 01/03/2022 FEV1/FVC 0.83

ממצאים בבדיקה
ממצאים מתאריך 26/08/2022:
במצב כללי משביע רצון
10/02/2023
נראה סובל עם נפיחות בבטן

אבחנה משוערת

קוד	אבחנה
	FOR UROLOGICAL EVALUATION - AFTER OPERATION
	ABDOMINAL PAIN AFTER OPERATION
7	OBSERVATION - PATIENT UNDER OBSERVATION
L14	LEG/THIGH SYMPTOMS/COMPLAINTS
	FOR GASTRO-ENTEROLOGICAL FOLLOW UP

דיון/תוכנית טיפולית:
דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 26/08/2022:
המשך מעקב אורולוג המנתח
ייעוץ ומעקב אורטופד
10/02/2023

בעיות פעילות

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לרפואה יועצת

10/02/2023

הודפס ע"י ד"ר הנרי גרון

00059612523

בנימיני ארז

אפיין	בעיה
	VITAMIN B12 DEFICIENCY
01/10/2018	HYPERCHOLESTEROLEMIA
13/08/2018	SLEEP APNEA
25/11/2018	FATTY LIVER NONALCOHOLIC
25/11/2018	HEMANGIOMA
25/11/2018	LIVER CYST
04/03/2019	DIABETES MELLITUS
26/09/2021	S/P ROBOTIC PARTIAL NEPHRECTOMY-RT.SIDED DUE TO CA

בעיות בעבר

מסיום	מבילי	אפיין	בעיה
01/01/2018	01/01/2018		SMOKER

תרופות קבועות

ב.	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	טבליות	1	CANDESARTAN TAB 8MG 8MG
ביום	1	טבליות	0.5	PROPRANOLOL TAB 40MG 40MG
ביום	1	טבליות	1	ELETRIPTAN TAB 40MG 10 40MG
ביום	1	יחידות	1	STRIP CONTOUR TEST
ביום	1	טבליות	1	ACETYLSALICYLIC ACID 100MG TAB 100MG
ביום	1	קפלויות	1	OMEPRADAX 20MG CAP 20MG
ביום	1	טבליות	1	ROSUVASTATIN TAB 20MG 20MG

מטרת הבדיקה: אבקש את חוות דעתך לגבי המשך הטיפול של החולה הנ"ל
המטופל עדיין עם כאבים, ישנה ירידה בתיפקודו וקשי תיפקוד. מה ניין לעשות כהמשך הבירור
של התלונות שלו?
לאחר ניתוח אורולוגי

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך



24036

ד"ר הנרי גרון

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

תאריך: 23/04/2023 16:50

הפניה כללית.

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	בנימיני ארז	מס זהות:	00059612523	גיל:	58.00	מין:	ז
ת.לדה:	18/04/1965	ישוב:	בית דגן	רחוב:	לילך	טלפון נוסף:	3-9604016	
מס בית:	43	טלפון:	52-3997888					

*27
503833

מספר הפניה ישירה: 33761079084

גורם שולח



3761

מספר הפניה



033761079084

תז נבדק



59612523

מספר רשיון



015883

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78012	76700	US. א.ס. כליות / דרכי שתן / שלפוחית	10805005

אבחנה משוערת:

קוד	אבחנה	איפיון
V67	FOLLOW-UP EXAMINATION	
	S/P PARTIAL RT NEPHRECTOMY	
	CYST RT KIDNEY ?	
7242	LOW BACK PAIN	

תלונות: תלונות מתאריך 14/11/2022:

תלונות מתאריך 18/08/2022:

תלונות מתאריך 02/05/2022:

תלונות מתאריך 17/03/2022:

תלונות מתאריך 14/03/2022:

תלונות מתאריך 15/07/2021:

תלונות מתאריך 12/07/2021:

עבר CT עקב בעית כבד ומצאה תהליך ריקמתי חשוד לתהליך תופס מקום בקוטב עליון של כליה ימנית

US כליות ציסטה באספקט המדיאלי של כליה ימנית לא הודגמה ממצא של CT ערמונית 46 גר שארית שתן אין

15/07/2021

לאחר יעוץ נוסף של CT בטן מומלץ ניתוח כריתת התהליך של כליה ימנית

14/03/2022

עבר כריתה חלקית של כליה ימנית לפני כ6 חודשים

CT בטן ציסטה לא צלולה כליה ימנית בכבד מספר תהליכים סולידיין המנגיומות

17/03/2022

US כליות ימנית מצב לאחר כריתה חלקית עקב שאת. כבד עם המנגיומות ערמונית 46 גר אין שארית שתן

02/05/2022

מרגיש טוב ללא תלונות אורנריות

18/08/2022

כאבי מותן ימין

לפני כשנה עבר ניתוח כריתה חלקית של כליה ימנית

תיפקודי כליות תקינים

14/11/2022

כאבי מותן ימין

CT בטן כליה ימנית לאחר כריתה חלקית עם ציסטה בתוכה

23/04/2023

כאבי מותן ימין חולשה כללית

23/04/2023
 ע"י ד"ר טאמז קלר
 14/11/2022 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך
 18/08/2022 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך
 02/05/2022 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך
 17/03/2022 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך
 14/03/2022 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך
 15/07/2021 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך
 12/07/2021 ההפניות שהופקו ב
 טופס הפניה כללי - 78012-א.ס. US כליות / דרכי
 15/07/2021
 14/03/2022
 ההפניות שהופקו ב 14/03/2022
 טופס הפניה כללי - 78012-א.ס. US בטן עליונה
 17/03/2022
 02/05/2022
 18/08/2022
 ההפניות שהופקו ב 18/08/2022
 טופס הפניה כללי - 78073-ט.מ. CT בטן ואגן
 14/11/2022
 23/04/2023

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מגילי	איפיון	בעיה
01/10/2009		VITAMIN B12 DEFICIENCY
01/10/2009		HYPERCHOLESTEROLEMIA
13/08/2012		SLEEP APNEA
25/11/2018		FATTY LIVER NONALCOHOLIC
25/11/2018		HEMANGIOMA
25/11/2018		LIVER CYST
04/03/2019		DIABETES MELLITUS
26/09/2021		S/P ROBOTIC PARTIAL NEPHRECTOMY-RT.SIDED DUE TO CA

היסטוריה רפואית- בעיות בעבר

מסיום	מגילי	איפיון	בעיה
01/01/2018	01/01/2018		SMOKER

תרופות קבועות

ב	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	טבליות	1	CANDESARTAN TAB 8MG 8MG
ביום	1	טבליות	0.5	PROPRANOLOL TAB 40MG 40MG
ביום	1	טבליות	1	ELETRIPTAN TAB 40MG 10 40MG
ביום	1	יחידות	1	STRIP CONTOUR TEST
ביום	1	טבליות	1	ACETYLSALICYLIC ACID 100MG TAB 100MG
ביום	1	קפלויות	1	OMEPRADAX 20MG CAP 20MG
ביום	1	טבליות	1	ROSUVASTATIN TAB 20MG 20MG

15883

ד"ר טאמז קלר

חתימה וחומת 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 הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת ביה"ח מפורסמת באתר הכללית

הזמנה

שם הלקוח: ארז בנימיני מספר זהות: 5961252-3
מועד הביקור: 17/05/23 יום ד' כ"ו אייר תשפ"ג שעה: 15:50
שם הרופא: אבו נאג'י עדי מקצוע: אולטרסאונד - כליות ודרכי שתן
מרפאה: מאר - מכון רנטגן/הדמיה - תל אביב יפו טלפון: 5867*
כתובת: תל אביב יפו
אוטובוסים: 266, 220, 189, 76, 75, 54, 52, 42, 22, 12, 8, 7, 6

הנחיות: אם אין באפשרותך להגיע, אנא בטל/י את התור לפחות יום אחד לפני המועד שלו.

הבדיקה מתבצעת במכון פרטי או בבית חולים ומחייבת להגיע עם טופס 17 יש להגיע לתור עם הפניה מהרופא המטפל.
המכון נימצא בקריית עתידים בניין 3 תל אביב

23/04/2023 16:57:42

תאריך
הדפסה:

שירותי בריאות כללית

איש

-מקור-

תאריך: 23/04/23

002 ת"א יפו :
נפקת : 3761 מרפאת יועצת חולון
002 ת"א יפו : ממ

לקביעת תור: 003-9305652

ממוגרף-מכון לאבחון רפואי בע"מ

אישור לטיפולים אמבולטוריים
מס': 302479695

המבוטח : 0005961252-3 בנימיני ארז
רופא מפנה: 15883 קלר טאמז
סיבת הפניה : הופנה ע"י רופא

רופא מטפל: 24036 גרון הנרי

הפניה לצורך:

קוד	שירות תאור הטיפול/בדיקה	קוד	כמות שירות ספק
78012	US של הבטן - כללי	1	78012

תאריך זימון: 23/04/23

האישור בתוקף עד לתאריך: 23/10/23

ביקדאין יעל דסטה

שם הפקיד/מנהל אדם' במרפאה

חתימת

588833

כרטיס האשראי יחויב בסך של 37.00 ש"ח, אישור מספר
ככל שטופס ההתחייבות לא ימומש, אנא פנה למרפאה לשם קבלת החזר

לתשומת לב בית החולים/המכון!
להלן תנאי האישור להפניה:

- * האישור משמש התחייבות הקופה למימון אך ורק של השירותים הרפואיים הרשומים בטופס זה והכלולים "בסל שירותים" כמשמעו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994.
- * טופס ההתחייבות יכובד, בתנאי שהמטופל מבוטח בשירותי בריאות כללית במעמד מתן השירות אצל נותן השירותים.
- * התשלום מותנה בשליחת מכתב/סיכום רפואי חתום ע"י רופא בית החולים, אל רופא המשפחה של המבוטח.
- * טופס זה מיועד למספר פעולה/ות ביקור/ים כמצוין לעיל.
- * על בית החולים/המכון לצרף לטופס הזמנתם לביקור (ראשון/חוזר), מכתב רפואי המפרט את מצב המטופל והטיפול/בדיקות הנדרשים בביקור אליו הוזמן.
- * התחייבות זו לא תשמש למימון שירות אשר סופק בשר"פ, למעט אם נתקבל לכך אישור מראש על ידי כללית מושלם.

הוזמן תור לתאריך ____/____/____ בשעה ____:

16:50 תאריך: 23/04/2023

הפניה כללית.

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	בנימיני ארז	מס זהות:	00059612523	גיל:	58.00	מין:	ז
ת.לדה:	18/04/1965	ישוב:	בית דגן	רחוב:	לילך	טלפון נוסף:	3-9604016	
מס בית:	43	טלפון:	52-3997888					

מספר הפניה ישירה: 33761079084

גורם שולח



3761

מספר הפניה



033761079084

תז נבדק



59612523

מספר רשיון



015883

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78012	76700	US כליות / דרכי שתן / שלפוחית	10805005

אבחנה משוערת:

קוד	אבחנה	אבחנה
V67	FOLLOW-UP EXAMINATION	
	S/P PARTIAL RT NEPHRECTOMY	
	CYST RT KIDNEY ?	
7242	LOW BACK PAIN	

תלונות: תלונות מתאריך 14/11/2022

תלונות מתאריך 18/08/2022

תלונות מתאריך 02/05/2022

תלונות מתאריך 17/03/2022

תלונות מתאריך 14/03/2022

תלונות מתאריך 15/07/2021

תלונות מתאריך 12/07/2021

עבר CT עקב בעית כבד ומצאה תהליך ריקמתי חשוד לתהליך תופס מקום

בקוסב עליון של כליה ימנית

US כליות ציסטה באספקט המדיאלי של כליה ימנית לא הודגמה ממצא של CT

ערמונית 46 גר שארית שתן אין

15/07/2021

לאחר יעץ נוסף של CT בטן מומלץ ניתוח כריתת התהליך של כליה ימנית

14/03/2022

עבר כריתה חלקית של כליה ימנית לפני כ-6 חודשים

CT בטן ציסטה לא צלולה כליה ימנית בכבד מספר תהליכים סולידריים המגנימות

17/03/2022

US כליות ימנית מצב לאחר כריתה חלקית עקב שאת, כבד עם המגנימות

ערמונית 46 גר אין שארית שתן

02/05/2022

מרגיש טוב ללא תלונות אורגניות

18/08/2022

כאבי מותן ימין

לפני כשנה עבר ניתוח כריתה חלקית של כליה ימנית

תיפקוד כליות תקינים

14/11/2022

כאבי מותן ימין

CT בטן כליה ימנית לאחר כריתה חלקית עם ציסטה בתוכה

23/04/2023

כאבי מותן ימין חולשה כללית

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 14/11/2022
 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 18/08/2022
 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 02/05/2022
 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 17/03/2022
 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 14/03/2022
 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 15/07/2021
 ההפניות שהופקו ב 12/07/2021
 טופס הפניה כללי - 78012-א.ס. US כליות / דרכי
 15/07/2021
 14/03/2022
 ההפניות שהופקו ב 14/03/2022
 טופס הפניה כללי - 78012-א.ס. US בטן עליונה
 17/03/2022
 02/05/2022
 18/08/2022
 ההפניות שהופקו ב 18/08/2022
 טופס הפניה כללי - 78073-ט.מ. CT בטן ואגן
 14/11/2022
 23/04/2023

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מגילי	אפיין	בעיה
01/10/2009		VITAMIN B12 DEFICIENCY
01/10/2009		HYPERCHOLESTEROLEMIA
13/08/2012		SLEEP APNEA
25/11/2018		FATTY LIVER NONALCOHOLIC
25/11/2018		HEMANGIOMA
25/11/2018		LIVER CYST
04/03/2019		DIABETES MELLITUS
26/09/2021		S/P ROBOTIC PARTIAL NEPHRECTOMY-RT.SIDED DUE TO CA

היסטוריה רפואית - בעיות בעבר

מסיום	מגילי	אפיין	בעיה
01/01/2018	01/01/2018		SMOKER

תרופות קבועות

שם	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	טבליות	8MG 8MG 1	CANDESARTAN TAB 8MG
ביום	1	טבליות	40MG 40MG 0.5	PROPRANOLOL TAB 40MG
ביום	1	טבליות	40MG 10 40MG 1	ELETRIPTAN TAB 40MG
ביום	1	יחידות	1	STRIP CONTOUR TEST
ביום	1	טבליות	100MG TAB 100MG 1	ACETYLSALICYLIC ACID 100MG
ביום	1	קפלויות	20MG CAP 20MG 1	OMEPRADAX 20MG
ביום	1	טבליות	20MG 20MG 1	ROSUVASTATIN TAB 20MG

15883

ד"ר טאמז קלר

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

01/06/2023

20:44

לכבוד
הרופא המטפל

ד"ר נכבד

הנדון: ארז בנימיני ת.ז. 059612523
הבדיקה בוצעה במאר סניף: רפאל בתאריך: 01/06/2023

להלן ממצאי בדיקה על קולית של הכליות ודרכי השתן:

סיבת הבדיקה: בירור

כליה ימנית מצב לאחר התערבות ניתוחית בגודל תקין.
פרנכימה מצולקת.
לא הודגמה הרחבה של מערכת מאספת.
הודגמה ציסטה צלולח בגודל 2.5 ס"מ.
לא הודגמו תחליכים.
לא הודגמו אבנים.

כליה שמאלית בגודל תקין.
פרנכימה שמורה.
לא הודגמה הרחבה של מערכת מאספת.
הודגמה ציסטה צלולח בגודל 0.7 ס"מ.
לא הודגמו תחליכים.
לא הודגמו אבנים.

ללא ממצא פתולוגי באיזור אדרנלים.

שלפוחית השתן בקיבולת רגילה, דפנות חלקים.

בלוטת הערמונית מוגדלת, בנפח כ- 31 סמ"ק.

שארית השתן לאחר ההתרוקנות הודגמה שארית השתן קטנה בנפח כ- 0.0 סמ"ק.

בסיכום: כמתואר

(2,0,0, 2)

תודה על הפניית הנבדק
ובברכה,

פוענח ע"י: די"ר פילשטינסקי, אלכס מ.ר. 21750
מומחה לרדיולוגיה אבחנתית מ.ר.מ. 12630

תוקלד ע"י: עמאר אבו נאגי

הנדון: ארז בנימיני ת.ז. 059612523, בדיקה סטטית: 01/06/2023

שירותי בריאות כללית

מחוז : מרכז

מרפאה: 5140 בית דגן

שדרות מנחם בגין 17 בית דגן 03-9609200

תאריך: 16/05/23

שעה : 08:39

מקור

אישור: 00911414 / 1

מספר תיק: 589906114

עבור : 2 תשלום עבור טופס התחייבות

לכבוד: 0005961252 בנימיני ארז

פירט גביה:

קוד	תאור שירות	תאריך ביקור	לתשלום
2	אמבולטור מכון פרטי	16/05/23	7.00
מכון:	7812-ממוגרף-מכון לאבחון רפואי בע"מ		
שירות:	59010 זרימת דם בכלי דם היקפיים, כגון דופלר		

סה"כ לטופס : 7.00

7.00

כרטיס האשראי יחויב בסך של:

קופאי: 514191 - 8 אורליק אלה

לשירותים החייבים בגביה רבעונית תוקף הקבלה 3 חודשים

מתאריך ההתחייבות הראשון לתקופה

ככל שטופס ההתחייבות לא ימומש, אנא פנה למרפאו

לשם קבלת החזר דמי ההשתתפות העצמית

נא לשמור על האישור

להתחשבות עתידית

חותמת וחתימת הקופאי

שם המשלם (פרטי ומשפחה)

הערה: חלק זה ימולא ידנית רק אם שם המשלם לא הודפס בקבלה

תודה ולהתראות

תאריך: 25/06/2023

הפניה לדימות

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	בנימיני ארז	מס זהות:	00059612523	גיל:	58.02	מין:	ז
ת. לידה:	18/04/1965	ישו:	בית דגן	רחוב:	לילך	טלפון נוסף:	3-9604016	
מס בית:	43	טלפון:	52-3997888					

מספר הפניה ישירה: 35140008558

גורם שולח



5140

מספר הפניה



035140008558

תז נבדק



59612523

רשיון רופא



024036

בזמן הבדיקה, מא לפנות למשרד מכון הרנטגן והדימות כ- 15 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה.
מא להגיע עם טופס ההפניה, מסמכים רלוונטיים וצילומים קודמים.
לשים לב! לא להגיע או במצב של אפשרות להריון, חובה עליך ליידע את הרופא המפנה לבדיקה ואת הצוות המבצע במכון הרנטגן והדימות.

שם בעלת מחזור חודשי מתבקשות להזמין תור לבדיקה ב 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

לכבוד: US בטן עם דגש לכבד

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78012	76700	US - בטן ואגן	10705005

המטופל מתלונן על החולה זקוק לUS בטן לקראת מעקב גסטרו

סימנים חיוניים גובה 165 נמדד ב: 05/01/2023 משקל 70 נמדד ב: 05/01/2023 BMI 25.71
לחץ דם 127 / 80 נמדד ב: 05/01/2023
דופק 74 נמדד ב: 05/01/2023 סדיר

25/12/2022 מתאריך: 95.34 eGFR

0.83 FEV1/FVC 01/03/2022 עודכן ב: 126 (%)FEV1 01/03/2022 עודכן ב:

122 (%)FVC

ממצאים עיקריים במצב כללי משיביע רצון

אבחנה משוערת

קוד	אבחנה
	FOR GASTRO-ENTEROLOGICAL EVALUATION
7	OBSERVATION - PATIENT UNDER OBSERVATION

בעיות פעילות

מגילה	אבחנה
01/10/2009	VITAMIN B12 DEFICIENCY
01/10/2009	HYPERCHOLESTEROLEMIA
13/08/2012	SLEEP APNEA
25/11/2018	FATTY LIVER NONALCOHOLIC
25/11/2018	HEMANGIOMA
25/11/2018	LIVER CYST
04/03/2019	DIABETES MELLITUS
26/09/2021	S/P ROBOTIC PARTIAL NEPHRECTOMY-RT.SIDED DUE TO CA

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לדימות

25/06/2023

הודפס ע"י ד"ר הנרי גרון

00059612523

בנימיני ארז

מ.ס.יום	מ.גילוי	אי.כיון	בעיה
01/01/2018	01/01/2018		SMOKER

הערות: בירור

קדימות הבדיקה : בהקדם

25/12/2022 מתאריך CREATININE: 0.87

ד"ר הנרי גרון

24036



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

שירותי בריאות כללית

-העתק-

תאריך: 09/08/23

חסוי/איש

מחוז מנפק : 007 מרכז
מרפאה מנפקת : 5140 מרפאת בית דגן
גורם מממן : 007 מרכז

אל: מ.א.ר - רפאל

אישור לטיפולים אמבולטוריים מס': 307454471

המבוטח: 0005961252-3

שם משפחה: בנימיני
שם פרטי: ארז
הרופא המפנה: 24036 גרון הנרי
הרופא המטפל: 24036 גרון הנרי
סיבת הפניה: הופנה ע"י רופא

הפניה לצורך:

קוד	שירות ספק
5256	1

קוד שירות

תאור הטיפול/בדיקה
78012 US בטן (כליות/שתן US)
הערה: US בטן ואגן

האישור בתוקף עד לתאריך: 09/02/24

תאריך זימון: 09/08/23

מאבי טופו

שם הפקיד/מנהל אדמי' במרפאה

כרטיס האשראי יחויב בסך של 37.00 ש"ח, אישור מספר 921589
ככל שטופס ההתחייבות לא ימומש, אנא פנה למרפאה לשם קבלת החזר דמי ההשתתפות העצמית

לתשומת לב בית החולים/המכון !

להלן תנאי האישור להפניה:

*האישור משמש התחייבות הקופה למימון אך ורק של השירותים הרפואיים הרשומים בטופס
זה והכלולים "בסל שירותים" כמשמעו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994.

*טופס ההתחייבות יכובד, בתנאי שהמטופל מבוטח בשירותי בריאות כללית במעמד
מתן השירות אצל נותן השירותים.

*התשלום מותנה בשליחת מכתב/סיכום רפואי חתום ע"י רופא בית החולים, אל רופא
המשפחה של המבוטח.

*טופס זה מיועד למספר פעולה/ות ביקורים כמצוין לעיל.

*על בית החולים/המכון לצרף לטופס הזמנתם לביקור (ראשון/חוזר), מכתב רפואי
המפרט את מצב המטופל והטיפול/בדיקות הנדרשים בביקור אליו הוזמן.

*התחייבות זו לא תשמש למימון שירות אשר סופק בשר"פ, למעט אם נתקבל לכך אישור מראש על ידי כללית מושלם.

*התחייבות זאת תכובד בכפוף להוראות כל דין והסכם וכנגד שירותים שיינתנו על פי דין.

תוקמו של טובס זה מותנה בכך שהתחייבות לא תשמש למימון שירותים אשר סופקו למבוטח בתוספת תשלום עבור בחירת רופא או מנתח -

בין אם תוספת התשלום שולמה ע"י המטופל באופן אישי ובין אם במימון צד ג' כלשהוא, לרבות חברת ביטוח.

במידה ונותן השירות בוחר ליתן את השירותים נשוא ההתחייבות על ידי תאגיד בריאות, תוקפה של התחייבות זאת מותנה וכמוך

לכך שהשירותים יינתנו בהתאם תל כי תקנות יסודות התקציב (כללים לפעולת תאגיד בריאות), התשס"ב-2001.

הווען תור לזאריך ____/____/____ ביטעה ____

ט"ו-17

לכבוד
הרופא המטפל

דר נכבד

הנדון: אריז בנימיני ת.ז. 059612523
הבדיקה בוצעה במאר סניף: רפאל בתאריך: 10/08/2023

להלן ממצאי בדיקה על קולית של בטן עליונה ותחתונה:

סיבת הבדיקה: מעקב

כבד לא מוגדל, מרקס שומני בדרגה בינונית.
באונה השמאלית והימנית הודגמו שני תהליכים היפואקוגניים רקמתיים בגודל עד 2.8 ס"מ בעלי גבול לובולרי והיפוסולקרי.
בטסף הודגמה ציסטה צלולה בגודל 4.1 ס"מ. (ממצאים ידועים).

דרכי המרה התוך- והחוץ-כבדיות אינן מורחבות.

כיס המרה: לא נפוץ, דופק לא מעובה, אין לראות אבנים.

בלבלב ללא ממצא מוקדי גס.

ברטרופריטונאום לא הודגמו בלוטות לימפה מוגדלות.

טחול לא מוגדל, מרקס אחיד.

כליה ימנית בגודל תקין.

פרנכימה שמורה.

לא הודגמה הרחבה של מערכת מאספת.

הודגמה ציסטה צלולה בגודל 2.3 ס"מ.

לא הודגמו תהליכים.

לא הודגמו אבנים.

כליה שמאלית בגודל תקין.

פרנכימה שמורה.

לא הודגמה הרחבה של מערכת מאספת.

הודגמה ציסטה צלולה בגודל 0.9 ס"מ.

לא הודגמו תהליכים.

לא הודגמו אבנים.

אבי שרקי הבטן ברוחב תקין, מפרצת של אאורטה בטנית לא נצפתה.

ללא ממצא פתולוגי באיזור אדרנלים.

מיימת לא ניתן לראות טול חופשי תוך בטני.

שלפוחית השתן בקיבולת רגילה, דפנות חלקים..

0,0, 2)

תודה על הפניית הנב'
ובברק

פוענח ע"י: די"ר פילשטינסקי. אלכס מ.ר. 750
מומחה לרדיולוגיה אבחנתית מ.ר.מ. 630

הרקלד ע"י: עמאר אבו טאג'י

התשובה חתומה אלקטרונית ע"י הרדיולוג/ית המפענח/ת

תאריך: 10/09/2023

סיכום ביקור

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	בנימיני ארז	מס זהות:	00059612523	גיל:	58.05	מין:	ז
ת.לדה:	18/04/1965	ישוב:	בית דגן	רחוב:	לילך	טלפון נוסף:	3-9604016	
מס בית:	43	טלפון:	52-3997888					

שלום רב,

תאריך הביקור 10/09/2023

גורם מפנה: פניה עצמית

סוג ביקור: 0 ביקור רגיל

מהות הביקור: רגיל

תלונות:

תלונות מתאריך 23/04/2023
תלונות מתאריך 14/11/2022
תלונות מתאריך 18/08/2022
תלונות מתאריך 02/05/2022
תלונות מתאריך 17/03/2022
תלונות מתאריך 14/03/2022
תלונות מתאריך 15/07/2021
תלונות מתאריך 12/07/2021

עבר CT עקב בעית כבד ומצאה תהליך ריקמתי חשוד לתהליך תופס מקום בקוטב עליון של כליה ימנית
US כליות ציסטה באספקט המדיאלי של כליה ימנית לא הודגמה ממצא של CT ערמונית 46 גר שארית שתן אין
15/07/2021

לאחר יעוץ נוסף של CT בטן מומלץ ניתוח כריתת התהליך של כליה ימנית
14/03/2022

עבר כריתה חלקית של כליה ימנית לפני כ6 חודשים
CT בטן ציסטה לא צלולה כליה ימנית בכבד מספר תהליכים סולידיין המנגיומות
17/03/2022

US כליות ימנית מצב לאחר כריתה חלקית עקב שאת. כבד עם המנגיומות
ערמונית 46 גר אין שארית שתן
02/05/2022

מרגיש טוב ללא תלונות אורגניות
18/08/2022

כאבי מותן ימין
לפני כשנה עבר ניתוח כריתה חלקית של כליה ימנית
תיפקודי כליות תקינים
14/11/2022

כאבי מותן ימין
CT בטן כליה ימנית לאחר כריתה חלקית עם ציסטה בתוכה
23/04/2023

כאבי מותן ימין חולשה כללית
10/09/2023

US כליות ציסטה דליצ ערמונית 34 גר לא מדדו שארית שתן

אבחנה בביקור

קוד	אבחנה
V67	FOLLOW-UP EXAMINATION
	S/P PARTIAL RT NEPHRECTOMY
	CYST RT KIDNEY ?
7242	LOW BACK PAIN

דיון/תכנית טיפולית: דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 23/04/2023

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 14/11/2022
 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 18/08/2022
 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 02/05/2022
 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 17/03/2022
 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 14/03/2022
 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 15/07/2021
 ההפניות שהופקו ב 12/07/2021
 טופס הפניה כללי - US .א.ס. 78012 כליות / דרכי
 :15/07/2021
 :14/03/2022
 ההפניות שהופקו ב 14/03/2022
 טופס הפניה כללי - US .א.ס. 78012 בטן עליונה
 :17/03/2022
 :02/05/2022
 :18/08/2022
 ההפניות שהופקו ב 18/08/2022
 טופס הפניה כללי - 78073-ט.מ. CT בטן ואגן
 :14/11/2022
 :23/04/2023
 ההפניות שהופקו ב 23/04/2023
 טופס הפניה כללי - US .א.ס. 78012 כליות / דרכי
 :10/09/2023

סיכום והמלצות: לאורטופד

בברכה,

ד"ר טאמז קלר

15883

"נחתם דיגיטלית"

שם הרופא

מספר רשיון

חתימה וחומת הרופא

מ.י.ס. לרפואת ילדים
 טל. 03-7412000
 03-7412000

תאריך: 10/02/2023

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	בנימיני ארז	מס זהות:	00059612523	גיל:	57.10	מין:	ז
ת.לידה:	18/04/1965	ישוב:	בית דגן	רחוב:	לילך	טלפון נוסף:	3-9604016	
מס בית:	43	טלפון:	52-3997888					

מספר הפניה ישירה: 35140005359

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

מספר רשיון



5140



035140005359



59612523



024036

לכבוד: רופא גסטרו-אנטרולוג

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70029	L9257	בדיקה רפואית - גסטרואנטרולוגיה	70029

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 26/08/2022:
החולה עדיין סובל מכאבי לאחר הניתוח בכליה
מוסר שישנו קושי בהליכה
החולה מתלונן גם על כאבים בכתפיים וכף רגל שמאל וגם מקשה לו בהליכה
10/02/2023

החולה זקוק ליעוץ גסטרו ואורולוג

סימנים חיוניים: גובה 165 05/01/2023 משקל 70 05/01/2023 bmi 25.71

לחץ דם 80 / 127 05/01/2023

דופק 74 05/01/2023 סדיר

25/12/2022 מתאריך 95.34 eGFR

FEV1 (%) 126 עודכן ב 01/03/2022 FVC (%) 122 עודכן ב 01/03/2022 FEV1/FVC 0.83

ממצאים בבדיקה
ממצאים מתאריך 26/08/2022:
במצב כללי משביע רצון
10/02/2023
נראה סובל עם נפיחות בבטן

אבחנה משוערת

קוד	אבחנה
	FOR GASTRO-ENTEROLOGICAL FOLLOW UP
	ABDOMINAL PAIN AFTER OPERATION
	FOR UROLOGICAL EVALUATION - AFTER OPERATION
7	OBSERVATION - PATIENT UNDER OBSERVATION
L14	LEG/THIGH SYMPTOMS/COMPLAINTS

דיון/תוכנית טיפולית:
דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 26/08/2022:
המשך מעקב אורולוג המנתח
יעוץ ומעקב אורטופד
10/02/2023

בעיות פעילות

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לרפואה יועצת

10/02/2023

הודפס על-י ד"ר הנרי גרון

00059612523

בנימיני ארז

אפיין	בעיה
01/10/2012	VITAMIN B12 DEFICIENCY
01/10/2012	HYPERCHOLESTEROLEMIA
13/08/2012	SLEEP APNEA
25/11/2018	FATTY LIVER NONALCOHOLIC
25/11/2018	HEMANGIOMA
25/11/2018	LIVER CYST
04/03/2019	DIABETES MELLITUS
26/09/2021	S/P ROBOTIC PARTIAL NEPHRECTOMY-RT.SIDED DUE TO CA

בעיות בעבר

מ.סיום	מ.גילוי	אפיין	בעיה
01/01/2018	01/01/2018		SMOKER

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	טבליות	1	CANDESARTAN TAB 8MG 8MG
ביום	1	טבליות	0.5	PROPRANOLOL TAB 40MG 40MG
ביום	1	טבליות	1	ELETRIPTAN TAB 40MG 10 40MG
ביום	1	יחידות	1	STRIP CONTOUR TEST
ביום	1	טבליות	1	ACETYLSALICYLIC ACID 100MG TAB 100MG
ביום	1	קפליטות	1	OMEPRADAX 20MG CAP 20MG
ביום	1	טבליות	1	ROSUVASTATIN TAB 20MG 20MG

מטרת הבדיקה: אבקש את חוות דעתך לגבי המשך הטיפול של החולה הנ"ל
החולה עם כאבי בטן לאחר ניתוח. נמצא במעקב אורולוג אך זקוק גם להמשך המעקב גסטרו

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

ד"ר הנרי גרון	24036	מספר רשיון
שם הרופא	מספר רשיון	חתימת וחותמת הרופא
בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפסה הרשום מעלה. פניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת ביה"ח מפורסמת באתר הכללית		

פרופ' רפאל ברוק
מומחה למחלות דרכי העיכול והכבד
רח' ימית 55
ראשון לציון
טל. 4-9526483

ע.מ. 050589480

מקור

חשבונית מס/קבלה מס' 9773

נתקבל מה' אנס דניאל'י

עבור היזם

כסף

בשיק מס' _____ בנק _____ ז"פ _____

סה"כ _____ ש"ח

מע"מ % _____ ש"ח

סה"כ כולל מע"מ 150- ש"ח

חתימה
פרופ' רפאל ברוק
מומחה לרפואה פנימית
וגסטרואנטרולוגיה
מ.ר. 15432

תאריך 29.12.22



015432



פאל ברוק.

סאונטרולוגיה | מחלות כבד

התמחויות:

מומחה בגסטרוטרוטולוגיה

מומחה ברפואה פנימית

טלפון: 03-5540101

פקס: 03-5540150

כתובת: רח' לנדאו 16 ק.בן-גוריון-חולון

פרטי הנבדק:	שם משפחה: בנימיני	שם פרטי: ארז	ת.ז.: 59612523
ת.לידה: 18/04/1965	מין: ז	טלפון: 0507366100	
כתובת: לילך 43, בית דגן			
0059612523			

תשובת יועץ

לכבוד:

ייעוץ - כללית מושלם

בבדיקה שנעשתה ב: 29/12/2022

עקב: בביקור בתאריך 21/05/2020 בשעה 18:51:53

ביקור חוזר מתאריך 26/09/2019

ביקור חוזר מתאריך 22/11/2018

ביקור חוזר מתאריך 30/04/2018

ביקור חוזר מתאריך 09/04/2018

ביקור חוזר מתאריך 08/05/2017

ביקור חוזר מתאריך: 19/09/2016

ביקור חוזר מתאריך: 28/12/2015

ביקור חוזר מתאריך: 02/11/2015

ביקור חוזר מתאריך: 13/04/2015

ביקור חוזר מתאריך: 02/10/2014

מעקב תהליך ציסטי בכבד, הועלה חשד לציסטה אכינזוקולית, אך הסרולוגיה שלילית וברביזיה של ה-MRI בשיבת רנטגן באיכילוב הסיכום של ד"ר מאירסדורף שהמימצא אינו נראה מתאים לציסטה אכינזוקולית, הומלץ לבצע US ביקורת לאחר 6 חודשים US בטן - כבד בגודל רגיל באונ שמאלית ציסטה בגודל 4.1 * 2.6 ס"מ, באונה ימנית סגמנט 8 מוקד אקוגני 2.6 ס"מ, כראה המאנגיומה, מוקד אקוגני נוסף 1.5 ס"מ בסגמנט 6 וכן מוקד היפואקואי בגודל 1.7 ס"מ שטיבו לא ברור, יתכן המאנגיומה לא טיפוסית למעקב.

מרגיש טוב

13.4.15

מעשן כ-20 סיגריות ליום

מעקב תהליך ציסטי בכבד, US ביקורת מ-22.3.15 באונה שמאלית של הכבד ציסטה במימדים 4.5 * 2.8 ס"מ עם תוכן לא צלול במוסף, 3 נגעים היפראקוגניים מוצקין באונה ימנית עד 3.1 ס"מ, כנראה המאנגיומות

השאר תקין, להמשך מעקב

סרולוגיה לאכינזוקוקוס - שלילי, ספירת דם תקינה, אנזימי כבד תקינים,

CEA - 4.25, CA-19.9 - 0.6, אלפא פטו פרוטאין - 9.7,

2.11.2015

תיפקודי כבד תקינים, ספירת דם תקינה, US בטן - באונה השמאלית של הכבד הודגמה ציסטה במימדים 4.4 * 2.6 ס"מ, בסמוך אליה ציסטה נוספת בקוטר 1.3 ס"מ, באונה ימנית של הכבד מוקד בקוטר 1.9 ס"מ עם מירקם היפואקואי, השאר תקין, מומלץ לשקול ביצוע

בטן

CT

28.12.2015

CT בטן להמשך בירור ומעקב מימצאים בכבד:

כבד בגודל וצפיפות תקינים, בסגמנט 4 מימצא בקוטר 1.5 ס"מ עם מאפיינים של המאנגיומה, צמוד אליו מימצא תת קפסולרי היפודנסי במימדים 4.4 * 2.9 ס"מ בצפיפות נמוכה, לא עובר האדרה בכל השלבים וללא מחיצות, מימצא ציסטי

תיפקודי כבד היו תקינים בבדיקה מאוקטובר, סמנים תקינים

נראה שמדובר בשני תהליכים שפירים - הגדול יותר ציסטה והקטן יותר המאנגיומה

19.9.2016

US ביקורת מ-14.9.16 - כבד עם הסננה שומנית, אינו מוגדל. באונה שמאלית הודגמה ציסטה במימדים 4 * 3 ס"מ, באונה ימנית תהליך 2 ס"מ עם הדיות מעורבת יכול להתאים להמאנגיומה, טחול תקין, אנזימי כבד תקינים, כולסטרול - 141, טריגליצרידים - 184,

8.5.17

ביצע US ביקורת כבד - אונה שמאלית של הכבד הודגמה ציסטה במימדים 3.9 * 2.6 ס"מ, בסמוך אליה ציסטה נוספת בקוטר 1.3 ס"מ, באונה ימנית מוקד במימדים 2.6 * 2.9 ס"מ, מירקם היפואקואי, ללא זרימת דם בתוכו מימצאים אלה ידועים. השאר תקין.

בדיקות מעבדה - אנזימי כבד תקינים, טסיות - 217000, טריגליצרידים - 106, כולסטרול - 130, מרגיש טוב

9.4.18

CT בטן מ-2.3.18 - כבד בגודל ומירקם תקינים עם מספר מוקדים היפודנסיים פזורים, פרט למוקד אחד כולם מתנהגים כהמאנגיומות, המוקדים הגדולים ללא שינוי, מוקד היפודנסי נוסף 2.6 * 5.1 ס"מ בכיפת הכבד - ללא האדרה, מתאים לציסטה עם תכולת חלבון גבוהה, לסיכום - מספר מוקדים בכבד שמתנהגים כהמאנגיומות, המוקדים הגדולים ללא שינוי מבדיקה קודמת אך



טלפון: 03-5540101

פקס: 03-5540150

כתובת: רח' לנדאו 16 ק.בן-גוריון - חולון

פרטי הנבדק:

59612523 :r.n

שם פרטי: ארז

שם משפחה: בנימיני

0507366100

טלפון:

מין: ז

18/04/1965

ת.לידה:

לילך 43, בית דגן

כתובת:

**תשובת יועץ**

הופיעו מספר מוקדים חדשים, בדיקות מעבדה מינואר 2018 - תיפקודי כבד תקינים, AFP - 10.39, CA-19.9 - 1.17, CEA - 2.23, צואה לדם סמוי שלילי, סרולוגיה וירלית שלילית 30.4.18

התעצות חוזרת עם ד"ר מאירסדורף רדיולוג מאיכילוב - המימצאים מתאימים להמאנגיומות ואולי מלפורמציה וסקולרית אך לא חשוד לממאירות וממליץ מעקב בלבד. 22.11.2018

בדיקות מעבדה כלליות תקינות כולל תיפקודי כבד, ספירה תקינה נבדקו אצל רופא מומחה לכלי דם בבילינסון והופנה לביצוע MRA - עיבוי דופן של אאורטה בטנית בחלק אינפרא רנאלי כ- 2.3 ס"מ, ללא שינוי מה- CT, יתכן שמדובר בפיברוזיס רטרו פריטוניאלי, בכבד הודגמו המאנגיומות עד 47 מ"מ, המימצאים הודגמו גם ב- CT ולמעשה ללא שינוי.

26.9.19

עבר קולונוסקופיה בגלל דם סמוי חיובי - מספר פוליפים קטנים שהוסרו, TA עם LGD בגלל המטוריה מיקרוסקופית נבדק גם אצל אורולוג, ללא מימצאים כנראה UTI? עבר גם ציסטוסקופיה, ממשיך מעקב אורולוגי במעקב מימצאים בכבד שנראים כהמאנגיומות, US ביקורת ב- 8.7.19 כבד לא מוגדל, מירקם אחיד, מוקד הטרוגני עד 27 מ"מ, המאנגיומה? אחר? בנוסף חלל ציסטי עד 43 מ"מ בכבד

21.5.20

מעקב מימצאים בכבד שנראים כהמאנגיומות, US אחרון ב- 26.2.20 - הכבד בגודל תקין, מירקם שומני במידה קלה עם מספר ציסטות בגודל מירבי עד 4.1 ס"מ, באונה ימנית בחלקה התחתון מודגם נגע מעט היפואקוגני לא לגמרי אחיד בגודל 3 * 2.3 ס"מ עם גבולות מעט מטושטשים וללא שינוי משמעותי לעומת 4.2017

HBA1C - 5.8, תיפקודי כבד תקינים לחלוטין, HB - 15.9, טסיות - 175000, תיפקודי קרישה תקינים

בביקור בתאריך 08/07/2021 בשעה 19:01:27

ביצע CT בטן להמשך מעקב המימצאים בכבד - שינוי שומני קל בכבד, המאנגיומות כבדיות ידועות וציבות, ציסטות בכבד בודדות בכבד חלקן גברו, שני נגעים זעירים מודגמים חדשים. בנוסף, תהליך רקמתי חשוד לתהליך תופס מקום בקוטב עליון של הכליה הימנית, התהליך גורם אפקט מסה על המערכת המאספת, אינו מערב אותה בבירור וללא מעורבות של וריד הכליה, ללא הגדלת בלוטות וללא עדות לפיזור מרוחק, מומלץ ייעוץ אורולוגי, במעבדה - AFP - 9.98 (עישן עד לפני מספר שנים), לציין שהיה 9.8 בשנת 2015 כך שאין שינוי, ספירה תקינה, אנזימי כבד תקינים,

בביקור בתאריך 20/04/2022 בשעה 19:07:40

עבר כריתת גידול RCC בכליה ימנית, ניתוח "משמר כליה", גידול של 3 ס"מ ללא חדירה לקפסולה הכלייתית או לשומן הפרי נפרי AFP - 9.5

עבר CT בטן - 21.2.22 - הכבד במירקם שומני, בסגנון 4 תהליך היפודנסי אובלי בגודל 5 ס"מ, האם תהליך ציסטי עם תוכן סמיך. באונה ימנית תהליכים עד 4 ס"מ ייתכן המאנגיומות בלבד,

בוצע US בטן להשלמה - 17.3.22 - כבד עם הסננה שומנית קלה. באונה שמאלית תהליך ציסטי לובולרי בגודל כ- 3.5 - 2.5 ס"מ, באונה ימנית תהליך לא הומוגני 2.2 * 2.7 ס"מ ותהליך נוסף קטן יותר באונה שמאלית, יכולים להתאים להמאנגיומות לא טיפוסיות - ידוע על המאנגיומות מבדיקת CT,

מתלונן על שיעול מזה שנתיים מאז שחלה בקורונה נבדק אצל רופא ריאות - בצילום חזה - בקע סרעפתי

בביקור בתאריך 29/12/2022 בשעה 19:40:21

עבר כריתת גידול בכליה ימנית, RCC

ביצע CT בטן למעקב המימצאים בכבד - הכבד בדוגל תקין, מירקם שומני, מספר המאנגיומות עד 3.7 ס"מ, בשתי האונות בדומה ל- CT מ- 2018, ללא הרחבת דרכי מרה, לבלב תקין, מצב לאחר ניתוח בקוטב עליון של כליה ימנית,

ממצאים: בביקור בתאריך 21/05/2020 בשעה 18:51:53

ביקור חוזר מתאריך 26/09/2019

ביקור חוזר מתאריך 22/11/2018



015432



ברוק.

א.ט.ח.ל.ג.י.ה | מחלות כבד

התמחויות:

מומחה בגסטרואנטרולוגיה

מומחה ברפואה פנימית

טלפון: 03-5540101

פקס: 03-5540150

כתובת: רח' לנדאו 16 ק.בן-גוריון - חולון

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 59612523

שם פרטי: ארז

שם משפחה: בנימיני

טלפון: 0507366100

מין: ז

ת.לידה: 18/04/1965

כתובת: לילך 43, בית דגן



0059612523

תשובת יועץ

ביקור חוזר מתאריך: 30/04/2018

ביקור חוזר מתאריך: 09/04/2018

ביקור חוזר מתאריך: 08/05/2017

ביקור חוזר מתאריך: 19/09/2016

ביקור חוזר מתאריך: 28/12/2015

ביקור חוזר מתאריך: 02/11/2015

ביקור חוזר מתאריך: 13/04/2015

ביקור חוזר מתאריך: 02/10/2014

בביקור בתאריך 08/07/2021 בשעה 19:01:27

בביקור בתאריך 20/04/2022 בשעה 19:07:40

בביקור בתאריך 29/12/2022 בשעה 19:40:21

אבחנה:

- CYST LIVER
- HEMANGIOMA
- FATTY LIVER NONALCOHOLIC
- RENAL CELL CARCINOMA Suspected
- COUGH
- ESOPHAGITIS REFLUX Suspected

סיכום והמלצות: תוכנית טיפולית:
US בטן בעוד 6 חודשים

29/12/2022

תאריך

חתימה וחותמת הרופא

מחפ' דפאל ברוק
15432

סניף מור מגדל המאה ת"א
היחידה לטומוגרפיה ממוחשבת (C.T.)

תאריך הדפסה: 24 אוקטובר, 2022 סלמון: 03-7760100

תוצאות בדיקת C.T.

שם נבדקת: מימתי, ארז, ת.ז.: 059612523
תאריך בדיקה: 20/10/2022
סמל: בית דגן, לילך, 0043
גודל סמל: חמרכו
מדידת: סמ

סלמון: 052-3997888 050-7366100
רומא ממנה/מסל: ד"ר קלר טאמז

לסדר
הדפסת הסטיל
ד"ר נבד,

להלן תוצאות טומוגרפיה ממוחשבת של הבטן והאגן - בפרוטוקול כליות:

הבדיקה בוצעה לפני ולאחר הזרקת חומר ניגוד תוך ורידי.
סיבת הבדיקה: מעקב לאחר הסרת שאת מכליה ימנית, שאלה של ציסטה בכליה ימנית.
השוואה ל-CT קודם מ-2018.

ממצאים:

בסיסי תריאות מאווררים היטב, ללא ממצא ריאתי או תפליט פלוריאלי.
הסדר בגודל תקין, מרקמו שומני. מספר המניסומות בגודל עד 3.7 ס"מ בשתי האונות, בדומה ל-CT מ-2018.
דרכי המרה והרץ הוועך לבדיקת איתן מורחבות.
סחל בממדים ובמקום תקינים, ללא ממצאים בתוס.
לבלב בממדים ובמקום תקינים, צינור הבלבב איתן מורחב.
אדנלים מודגמים בצורה תקינה.
כליות בגודל, מבנה ומקום תקינים, ללא אבנים או הידרונפרוזיס.
בצב לאחר ניתוח בקוטב עליון של הכליה הימנית - שינויים צלקתיים במיטת הניתוח.
ציסטה פשוטה בכליה ימנית בגודל כ- 2.2 ס"מ. ב-2018 הציסטה הייתה בגודל כ- 1.2 ס"מ.
האדרה נוסה של כליות ד"צ.
אין עדות ללימפאדנופתיה רטוטרנטאלית או אגנית.
האדנאטה ברוחב תקין.
סלילת המעיין בפהלך וקוטר תקין.
כיס השתן בעל דפנות סדירים.
איברי האגן שמורים.
המבנה הגרמי שמור.
אין לזוהר נע מקאלי חשד בשלד הגרמי בטווח הסריקה.

לסיכום: מצב לאחר ניתוח בעבר בכליה ימנית.
ציסטה פשוטה בכליה ימנית, המעם נמדדת 2.2 ס"מ.
בב ימ הסנה שומנית והמניסומות בשתי האונות, בדומה לבדיקה מ-2018.

לנבדקת: יש להעביר את תוצאת הבדיקה בחקדם אל הרופאה המפנה/מטפלת לצורך המשך טיטל ומעקב.
יש להביא בדיקות קודמות לחשוואה בכל מיה לכיטע בדיקה חדשה.

דריח זה מכיל מידע פתח לפי חוק הגנת הפרטיות. המטרתו שלא לדין עובר עבירה.

מסד 1 מועד 1



תדפיס של טבלה המרכזת תוצאות של בדיקות מעבדה מאתר כללית און-ליין

צפה בתוצאות בדיקת המעבדה שעשית.
שים לב: בדיקות המוגדרות מידע רפואי רגיש לא מוצגות באתר. פנה למרפאה כדי לקבל אותן.

ארח בנימיני, מספר תעודת זהות: 59612523
תאריך הבדיקה ושעת ביצועה 25.12.2022 07:04

שם הבדיקה	תוצאה	תוצאה לעומת טווח הנורמה
LEUCOCYTES-SED	1 /HPF	
ERYTHROCYTES-SED	33 /HPF	
MUCUS-SED	MODERATE	
GRANULAR CASTS-SED	4 /LPF	
GLUCOSE - U STRIP	Negative	
BILIRUBIN- U STRIP	Negative	
KETONES- U STRIP	Negative	
SPECIFIC GRAV-U STRI	1.027	1.027
PH- U STRIP	6.0	6
PROTEIN- U STRIP	50 mg/dL	
UROBILINOGEN-U STRIP	2 mg/dL	
RBC calc. - U STRIP	150 /μl	
NITRITE- U STRIP	Negative	
LEUCOCYTES - U STRIP	Negative	

פירוט תוצאות הבדיקה

תדפיס של טבלה המרכזת תוצאות של בדיקות מעבדה מאתר כללית און-ליין

צפה בתוצאות בדיקת המעבדה שעשית.
שים לב: בדיקות המוגדרות מידע רפואי רגיש לא מוצגות באתר. פנה למרפאה כדי לקבל אותן.

אח ביימיני, מספר תעודת זהות: 59612523
תאריך הבדיקה ושעת ביצועה 25.12.2022 06:56

שם הבדיקה	תוצאה	תוצאה לעומת טווח הנורמה
WBC	6.1 K/uI	4.5 ▼ 11 6.1
RBC	5.43 M/uI	4.5 ▼ 5.9 5.43
HB	15.6 g/dl	13.5 ▼ 17.5 15.6
HCT	47.9 %	41 ▼ 53 47.9
MCH	28.6 pg	26 ▼ 34 28.6
MCHC	32.5 g/dl	30 ▼ 36.7 32.5
RDW	13.9 %	11 ▼ 16 13.9
MCV	88.2 fL	80 ▼ 100 88.2
NEUT%	48.2 %	
LYM%	37.8 %	
MONO%	6.8 %	
EOS %	3.6 %	
BASO %	0.8 %	
LUC%	2.8 %	0 ▼ 4.5 2.8

1.8	▼ 2.9	7.7	2.9 K/ul	NEUT.abs
1	▼ 2.3	1.8	2.3 K/ul	LYMP.abs
0	▼ 0.4	0.8	0.4 K/ul	MONO.abs
0	▼ 0.2	0.5	0.2 K/ul	EOS.abs
0	▼ 0.1	0.2	0.1 K/ul	BASO abs
0	▼ 0.2	0.4	0.2 K/ul	LUC abs
0	▼ 0.4	15	0.4 %	MACRO%
0	▼ 0.8	10	0.8 %	MICRO %
0	▼ 1.1	10	1.1 %	HYPER%
0	▼ 1.1	10	1.1 %	HYPO %
0	▼ 0.7	10	0.7	MICRO%/HYPO%
15.0	▼ 180	450	180 K/ul	PLT
4	▼ 9.1	13	9.1 fL	MPV

פירוט תוצאות הבדיקה

תדפיס של טבלה המרכזת תוצאות של בדיקות מעבדה מאתר כללית און-ליין

צפה בתוצאות בדיקת המעבדה שעשית.
שים לב: בדיקות המוגדרות מידע רפואי רגיש לא מוצגות באתר. פנה למרפאה כדי לקבל אותן.

אח בימיני, מספר תעודת זהות: 59612523
תאריך הבדיקה ושעת ביצועה 25.12.2022 07:04

שם הבדיקה	תוצאה	תוצאה לעומת טווח הנורמה
MICROALBUMIN-U SAMP	42.24 mg/L	
CREATININE- U SAMPLE	294.3 mg/dL	
MICROALBUMIN/CREAT	14.35 mg/g	14.35

פירוט תוצאות הבדיקה

העזת לבדיקות MICROALBUMIN-U SAMP:
ערכה שונתה ב- 22/02/16 תוצאה גבוהה ב-15%

תאריך: 12/04/2024

סיכום ביקור

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	בנימיני ארז	מס זהות:	00059612523	גיל:	59.00	מין:	ז
ת.לידה:	18/04/1965	ישוב:	בית דגן	רחוב:	לילך	טלפון נוסף:	3-9604016	
מס בית:	43	טלפון:	52-3997888					

שלום רב,

תאריך הביקור: 12/04/2024

סוג ביקור: 0 ביקור רגיל

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: מ/א אחרי כריתה חלקית של הכליה גידול ימין כלפני שנתיים
נשלח בשל כאבים במותן ימין
ללא חבלה כלשהי
מאז ניתוח כאוב באזור זה מתקשה בעליית מדרגות
ללא כאבי גב
ללא איבוד שלטה על סוגרים או אצירת שתן
ללא סימני B ללא נהישות מחלה במעקב
ללא חום ססטמי

בדיקה גופנית: נושא מש'קל מלא תבנית הלכיה תקינה ללא רגישות עמד שדרה כלל ללא
רגישות פראורטלביית לאורך עמש
כוח גס שמור סימטרי 5/5 בכל התתחות תחושה שמור
ללא SADDLE ANAESTHESIA
ללא דרופ ללא קלונוס
רגישות בטן ימנית עליונה מותן ימין וצלעות תחתומות בימין
צלקות במראה תקין
US אחרון במערכת ממצאים ציסטיים בכבד וכליה ימין ב 08/2023

קוד	איפיון	אבחנה
L05		FLANK SYMPTOMS/COMPLAINTS

דיון/תוכנית טיפולית: לסיכום לא מתרשם שמדובר במקור אורטופדי
אך בשל רקע אונקולוגי אמליץ על PET CT

הפניות	פרטי ההפניה	קוד	סטטוס
הפניה לדימות	CT/PET או PET מיפוי 78600	H3	הודפס

סיכום והמלצות: השלמת מיפוי
מעקב אורלוג חוזר וייעוץ כירורג בשל ממצאים בכבד
בכל החמרה נא לגשת לבדיקת רופא זמין
ביקורת אחרי מיפוי

בברכה,

ד"ר טייב אבו קישק	164895	**נחתם דיגיטלית**
שם הרופא	מס' רשיון	חתימה וחותמת הרופא

תאריך: 12/04/2024

הפניה לדימות

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	בנימיני ארז	מס זהות:	00059612523	גיל:	59.00	מין:	ז
ת.לידה:	18/04/1965	ישוב:	בית דגן	רחוב:	לילך	טלפון נוסף:	3-9604016	
מס בית:	43	טלפון:	52-3997888					

מספר הפניה:	33058049473	רשיון רופא	164895
גורם שולח	מספר הפניה	תז נבדק	59612523
			
3058	033058049473	59612523	164895

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: PET CT

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78600	78813	מיפוי PET או CT/PET	24407010

המטופל מתלונן על
מ/א אחרי כריתה חלקית של הכליה גידול ימין כלפני שנתיים
נשלח בשל כאבים במוות ימין
ללא חבלה כלשהי
מאז ניתוח כאוב באזור זה מתקשה בעליית מדרגות
ללא כאבי גב
ללא איבוד שלטה על סוגרים או אצירת שתן
ללא סימני B ללא נהישנות מחלה במעקב
ללא חום ססטמי

ממצאים עיקריים
נושא מש'קל מלא תבנית הלכיה תקינה ללא רגישות עמד שדרה כלל ללא
רגישות פראורטלית לאורך עמש
כוח גס שמור סימטרי 5/5 בכל התתחות תחושה שמור
SADDLE ANASTHESIA
ללא דרופ ללא קלונס
רגישות בטן ימנית עליונה מותן ימין וצלעות תחתונות בימין
צלקות במראה תקין
US אחרון במערכת ממצאים ציסטיים בכבד וכליה ימין ב- 08/2023

אבחנה משוערת

קוד	אפיון	אבחנה
L05		FLANK SYMPTOMS/COMPLAINTS

דיון/תוכנית טיפולית
לסיכום לא מתרשם שמדובר במקור אורטופדי
אך בשל רקע אונקולוגי אמליץ על PET CT

בעיות פעילות

מ.גילוי	אפיון	בעיה
01/10/2009		VITAMIN B12 DEFICIENCY
01/10/2009		HYPERCHOLESTEROLEMIA
13/08/2012		SLEEP APNEA

6.ה.ר.

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לדימות

12/04/2024

הודפס ע"י ד"ר טייב אבו קישק

00059612523

בנימיני ארז

נטו ק עם CamScanner

מ.גילוי	איפיון	בעיה
25/11/2018		FATTY LIVER NONALCOHOLIC
25/11/2018		HEMANGIOMA
25/11/2018		LIVER CYST
04/03/2019		DIABETES MELLITUS
26/09/2021		S/P ROBOTIC PARTIAL NEPHRECTOMY-RT.SIDED DUE TO CA

רגישויות ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
אינו ידוע		

תולדות עבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/01/2018	01/01/2018		SMOKER

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה

ד"ר טייב אבו קישק	164895	**נחתם דיגיטלית**
שם הרופא	מספר רשיון	חתימה וחותמת הרופא

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

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, איס כניג'ל, מס' 054692523, מרחוב ח'ק 43 ר'ת 29,
ת.ז. מס' 054692523, מרחוב ח'ק 43 ר'ת 29,
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או נא בענין תאונת דרכים מיום שני 17.12.19 של
מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל
הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הנ"ל. ללא יוצא מן הכלל.
2. לחתום על ו/או לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרזת פשיטת רגל, או פרוק גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות והנובעות מהענין הנ"ל.
3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
5. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
6. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
7. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
8. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הנ"ל, לרבות הוצאות בימ"ש ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
9. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
10. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
11. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
12. להופיע בשמי וליצגני בפני רושם הקרקעות, במשרדי ספרי אחוזה, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עיסקה המוכרת ע"י החוק וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבלו עפ"י דין.
13. ליצגני ולהופיע בשמי בפני רושם החברות, רושם השותפויות, רושם העמותות ורושם האגודות השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי, לטפל ברישומי או במחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.

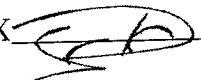
14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

15. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, לפטרם ולמנות אחרים במקומם ולנהל את עניני הנ"ל לפי ראות עיניו ובכלל לעשות את כל הצעדים שימצא לנכון ומועיל בקשר עם המשפט או עם עניני הנ"ל, והנני מאשר את מעשיו או מעשי ממלאי המקום בתוקף יפוי כח זה מראש.

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 22 לחודש 11 שנה 21

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל פרייברג
מס' רשיון: 62254
עורך-דין

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

<u>שם משפחה</u>	<u>שם פרטי</u>	<u>תעודת זהות</u>	<u>שם האב</u>	
778	576	059612523		
<u>חוב</u>	<u>מס'</u>	<u>עיר</u>	<u>מיקוד</u>	<u>טלפון</u>
43	/29			

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הבטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור ל- (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאות ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאות ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהלן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א – 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופת-החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.

למרות האמור לעיל לא יחול כתב וויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: _____
או על המידע המפורט להלן: _____

חלק ב'

שם קופ"ח: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____

רופאים: _____ מכונים, מעבדות: _____
1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

מס' אישי בצה"ל: _____ שם קופ"ח קודמת: _____

במקרה של קטין: שם האם _____ ת.ז. _____ שם האב _____ ת.ז. _____

תאריך: 22.11.21 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____ X

~~עו"ד אריאל פרייבא~~
מס' רשיון: 52254