

הדפסת תיק מטופל - חלקי הודפס ע"י בקשה להדפסת תיק מטופל

פרטים אישיים

קופת חולים: מכבי

תעודת זהות 300598935

שם משפחה: קובלוקובסקי	ת.לידה: 28/12/1986	רחוב: הקידה
שם פרטי: סימה	גיל: 37.4	מס: 15
שם האב: אליהו	מין: נ	עיר: חדרה
מ. משפחתי: נשוי/אה		מיקוד: 3849051
מס' ילדים: 1		טלפון בבית: 0526105836
		טלפון נייד: 0526105836
ארץ לידה: ישראל		מקצוע: מכירות

קוד אשראי: 2

פטור מתשלום היטל רבעוני: 0

סוג ביטוח משלים: מכבישלי

ת.הצטרפות ביטוח משלים: 01/05/2014

15/01/2019 17:33:39

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 32 מספר ביקור: 00102590622

שם רופא/ה: ד"ר פיירשטיין נאום תחום הטיפול: נירולוגיה

סיבת הפניה: בת 32, נ + 2, לומדת בקורס פראמדיקים מצבה ממלא קריטריונים קליניים (DSM 5) של הפרעות קשב וריכוז טיפול ב- RITALIN LA במינון של 40 מ"ג - השפעה כ- 5 - 6 שעות מדווחת על תאבון ירוד , לפעמים פלפיטציות

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: בהכרה מלאה , התמצאות תקינה , ללא סימני גירוי מנינגיאליים , עצבים קראניאליים תקינים , דיבור ובליעה תקינים , כח גס מלא , טונוס תקין , החזרים גידיים הופקו , שווים , תקינים , ללא סימנים פיראמידליים חולניים , מבחנים צרבולרים תקינים , ללא הפרעות בסוגרים , רומברג שלילי , תחושה שיטחית למגע , כאב תקינה , תחושת רטט תקינה , תחושת מצב תקינה , בעמידה יציב , הליכה תקינה .

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
		M/P	CONCENTRATION DISTURBANCE

יח' שימוש	M	קוד	P C N	צד לטיפול*	OP	Dy	אופן לקיחה	X	הגשה	כמות	תרופות
כמוסה	0	61783	Y N Y		1	30	לבליעה	1	Cap.	1	RITALIN LA 40MG X 30

☒ חודשים

בעוד כ- 3

☒ כן

מוזמן למעקב:

! 0286200

16/08/2021 16:41:37

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 34.7 מספר ביקור: 00176395350

שם רופא/ה: ד"ר פיירשטיין נאום תחום הטיפול: נירולוגיה

סיבת הפניה: בת 34, ג + 2, עובדת (עבודה משרדית) , לומדת מדוי החיים (תואר I)

היתה תקופה של תחושת שריפה בכף יד שמאל ובבון ימין (כף רגל) , תופעה חלפה בכף רגל אחר ידיקו סיני ופיזיותרפיה
בזרת בכף יד שמאל (עד גובה של המרפק) עדיין נשארת
בימים שנוטלת LA (RITALIN במינון של 30 מ"ג או 40 מ"ג תופעה בזרת מחמירה
בימים שלא נוטלת ריטאלין תופעה חולפת אחרי מספר ימים
לפעמים RITALIN LA גורם לרדימת בחצי גוף שמאל
לאחרונה RITALIN LA משפעה ברמה טובה , אך הופיעו תפעות לוואי (דכרוך , רדימות , מצב רוח ירוד)
לדבריה טיפול ב- CONCERTA גרם לירדה במצב רוח , דכדוך עד בכי
טיפול ב- VYVANCE במינון של 30 מ"ג - מדווח עכל השפעהארוכה מאוד (עד 16 שעות)
לדבריה כעת מסתדרת עם RITALIN במינון של 10 מ"ג (השפעה כ- 4 שעות) ולפי הצורך
נוטלת כדור נוסף
הוסבר למטופת על אופציות טיפוליות , כולל ATTENT ואפשרו תלל 1/2 כדור של וויזנס

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: בהכרה מלאה , התמצאות תקינה , ללא סימני גירוי מנינגיאליים , עצבים קראניאליים
תקינים , דיבור ובליעה תקינים , כח גס מלא , טונוס תקין , החזרים גידיים הופקו , שווים ,
תקינים , ללא סימנים פיראמידליים חולניים , מבחנים צרבלרים תקינים, ללא הפרעות
בסוגרים , רומברג שלילי , תחושה שיטחית למגע , כאב תקינה , תחושת רטט תקינה ,
תחושת מצב תקינה , בעמידה יציב , הליכה תקינה .

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			OBSERVATION-PATIENT UNDER OBSERVATION

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

0286200 !

לידיעה, ייתכן והדפסת התיק הרפואי אינה כוללת מידע רגיש
(כגון בריאות הנפש, גנטיקה וכד'), במידה וישנו.

הדפסת תיק מטופל - חלקי הודפס ע"י בקשה להדפסת תיק מטופל

פרטים אישיים

תעודת זהות 300598935 קופת חולים: מכבי

שם משפחה:	קובל קובסקי	ת.לידה:	28/12/1986	רחוב:	הקידה
שם פרטי:	סימה	גיל:	37.4	מס:	15 מס. דירה 8
שם האב:	אליהו	מין:	נ	עיר:	חדרה
מ. משפחתי:	נשוי/אה	מיקוד:	3849051		
מס' ילדים:	1	טלפון בבית:	0526105836		
		טלפון נייד:	0526105836		
ארץ לידה:	ישראל	מקצוע:	מכירות		

קוד אשראי: 2

פטור מתשלום היטל רבעוני: 0

סוג ביטוח משלים: מכבישלי

ת.הצטרפות ביטוח משלים: 01/05/2014

04/07/2019 09:55:47

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 32.6 מספר ביקור: 00114884552

שם רופא/ה: דר פרידמן בדש טל תחום הטיפול: משפחה

סיבת הפניה: טיפול יום נתניה דרום:
הופנתה למנה ראשונה של venofer
במעבדה אנמיה המוגלובין 11.4, פריטין 12
כדורי ברזל spatoni גורמים לת"ל בחילות כאבי בטן
שוללת הריון
תרופות קבועות ריטלין (היום לא נטלה ריטלין)
אלרגיה לסולפה.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: במצב כללי טוב
ללא סימני מצוקה נשימתית
לב במפ ריאות במפ.
-
הותחל עירוי ונופר 100מג, לאחר כ 15 דקות הופיע גרד ופריחה, האחות ראתה נגע של
urticaria בירך ימין ובהמשך פריחה עדינה ביד שמאל ובירך ימין, היה גם גרד בידיים
וברגליים בבטן
ללא בצקות.
ללא שינוי לחץ דם או דופק.
טופלה בעירוי נוזלים CC 1000
סירבה לprothiazine ולכן טופלה בטלפסט 180מג
בגלל המשכות גרודים קיבלה טיפול solumedrol 125mg עם הטבה
נשארה בהשגחה במרפאה
ללא בצקות, שמרה על יציבות המודינמית ונשימתית, ריאות כניסת אויר שווה דוצ ללא
קרפיטציות ללא צפצופים, פריחה וגירודים פסקו.

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ANEMIA
פריחה וגרד- to venofer			ALLERGIC REACTION UNS

קוד	בדיקות/הפניות
99862	אחות
99862	אחות
99865	חדר מיון

תרופות	כמות	הגשה	X	אופן לקיחה	Dy	OP	צד לטיפול*	P	C	N	קוד	M	יח' שימוש
TELFAST 180MG X 15	1	Tab.	1	לבליעה	15	1		M	N	N	22916	0	טבליה

המלצות למטופל:

קיבלה הפניה למיון לצורך המשך השגחה רפואית היום.
המשך השגחה רפואית היום.

טיפול	קוד	נקודות	X	ר
DRUG TREATMENT UNDER M.D SUPERVISION	9956	04.0	1	!

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0847302

לידיעה, ייתכן והדפסת התיק הרפואי אינה כוללת מידע רגיש
(כגון בריאות הנפש, גנטיקה וכד'), במידה וישנו.

הדפסת תיק מטופל - חלקי הודפס ע"י בקשה להדפסת תיק מטופל

פרטים אישיים

תעודת זהות 300598935 קופת חולים: מכבי

שם משפחה: קובל קובסקי	ת.לידה: 28/12/1986	רחוב: הקידה
שם פרטי: סימה	גיל: 37.4	מס: 15
שם האב: אליהו	מין: נ	עיר: חדרה
מ. משפחתי: נשוי/אה		מיקוד: 3849051
מס' ילדים: 1		טלפון בבית: 0526105836
		טלפון נייד: 0526105836
ארץ לידה: ישראל		מקצוע: מכירות

קוד אשראי: 2

פטור מתשלום היטל רבעוני: 0

סוג ביטוח משלים: מכבישלי

ת.הצטרפות ביטוח משלים: 01/05/2014

14/09/2018 11:54:08

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 31.8 מספר ביקור: 00093866616

שם רופא/ה: ד"ר יוסלביץ ערן תחום הטיפול: משפחה

סיבת הפניה: אורחת באילת
דלקת גרון
NKDA
דלקות חוזרות

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: פה ולוע אודם + תפליט גדול מימין

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			TONSILLITIS ACUTE

יח' שימוש	M	קוד	P	C	N	צד לטיפול*	OP	Dy	אופן לקיחה	X	הגשה	כמות	תרופות
טבליה	0	88078	M	N	N		1	10	לבליעה	2	Tab.	1	PEN RAFA VK 500MG X 40

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0574200

לידיעה, ייתכן והדפסת התיק הרפואי אינה כוללת מידע רגיש
(כגון בריאות הנפש, גנטיקה וכד'), במידה וישנו.

הדפסת תיק מטופל - חלקי הודפס ע"י בקשה להדפסת תיק מטופל

פרטים אישיים

תעודת זהות 300598935		קופת חולים: מכבי	
שם משפחה: קובלוקובסקי		ת.לידה: 28/12/1986	
שם פרטי: סימה		גיל: 37.4	
שם האב: אליהו		מין: נ	
מ. משפחתי: נשוי/אה			
מס' ילדים: 1			
ארץ לידה: ישראל			
קוד אשראי: 2			
פטור מתשלום היטל רבעוני: 0			
סוג ביטוח משלים: מכבישלי			
ת.הצטרפות ביטוח משלים: 01/05/2014			
מקצוע: מכירות			
רחוב: הקידה			
מס': 15		מס. דירה: 8	
עיר: חדרה			
מיקוד: 3849051			
טלפון בבית: 0526105836			
טלפון נייד: 0526105836			

רישום ביקור אורטופד 27/10/2019 17:52:31

גיל: 32.9

שם רופא/ה: ד"ר הינמן שמואל

תחום הטיפול: אורתופדיה

מספר ביקור: 0122618577

תלונות: ידוע על עקמת, SPINA BIFIDA (?) . לא הפריע עד היום .
בחדשיים האחרונים רדימות בכפות הידיים . לנפי כ 3 שבועות הרימה את בנה , מאז
כאבים בצוואר.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאים: רגישות חוליה C7 . אין הגבלה בתנועות הצוואר . אין חסר מוטורי בידיים . לציין ירידה
תחושתית אצבע 5 וצד אולנרי של כף היד דורזלית ווולארית . אין ירידה תחושתית באמה .
טינל שלילי על עצב אולנרי במרפק

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			CERVICALGIA

קוד	בדיקות/הפניות
99919	מכון
F1003	מכון פיזיותרפיה

מוזמן למעקב:

☑ על פי צורך

! 0730900

רישום ביקור אורטופד 17/11/2020 08:18:19

גיל: 33.10

שם רופא/ה: ד"ר הינמן שמואל

תחום הטיפול: כירורגיה אורתופדית

מספר ביקור: 0152405222

תלונות: ביקור חוזר מתאריך 27/10/2019:

ידוע על עקמת, SPINA BIFIDA (?). לא הפריע עד היום.
בחודשיים האחרונים רדימות בכפות הידיים. לנפי כ 3 שבועות הרימה את בנה, מאז
כאבים בצוואר.
17/11/2020 מזה שבוע כאבי גב עליון חזקים, הקרנה ליד שמאל מעט גם לימין. לעיתים
הקרנה לרגליים.
ללא אירוע חריג של מאמץ או חבלה.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאים: ביקור חוזר מתאריך 27/10/2019:

רגישות חוליה C7. אין הגבלה בתנועות הצוואר. אין חסר מוטורי בידים. לציין ירידה
תחושתית אצבע 5 וצד אולנרי של כף היד דורזלית ווולארית. אין ירידה תחושתית באמה.
טינל שלילי על עצב אולנרי במרפק
17/11/2020
רגישות נקודתית על חוליה גבית, ככל הנראה D4. רגישות על שרירים טרפזיוס
ורומבואידים דו צדדי. אין הגבלה בתנועות הצוואר, כאב בשרירי טרפזיוס בזמן רוטציה.
אין חסר נוירולוגי ברגליים, מצינת רדימות לסירוגין אצבע 5 שמאל. כאב בשרירים בין
שכמות לעמוד השדרה במתיחה של הידיים לפני.
צילום עמוד שדרה גבי- דפורמציה של D4. בצילום חזה מ-2007 הממצא קיים. ככל הנראה זו
ה- SPINA BIFIDA שאובחנה בזמן הצבא.

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			CERVICALGIA
			MUSCLE PAIN

קוד	בדיקות/הפניות
99942	מכון רנטגן
99939	מרכז ארצי ליעוץ - C.T

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

0730900 !

22/11/2020 18:18:13

רישום ביקור אורטופד

גיל: 33.10

שם רופא/ה: ד"ר הינמן שמואל

תחום הטיפול: כירורגיה אורתופדית

מספר ביקור: 0152853348

תלונות: ביקור חוזר מתאריך 17/11/2020:

ביקור חוזר מתאריך 27/10/2019:
ידוע על עקמת, SPINA BIFIDA (?). לא הפריע עד היום.
בחודשיים האחרונים רדימות בכפות הידיים. לנפי כ 3 שבועות הרימה את בנה, מאז
כאבים בצוואר.
17/11/2020 מזה שבוע כאבי גב עליון חזקים, הקרנה ליד שמאל מעט גם לימין. לעיתים
הקרנה לרגליים.
ללא אירוע חריג של מאמץ או חבלה.
22/11/2020 נקבע תור ל- CT בעוד כשבועיים. בישיבה יש הקלה בכאבים. ארקוקסיה ללא
שיפור.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאים:

ביקור חוזר מתאריך 17/11/2020:
ביקור חוזר מתאריך 27/10/2019:
רגישות חוליה C7. אין הגבלה בתנועות הצוואר. אין חסר מוטורי בידיים. לציין ירידה תחושתית אצבע 5 וצד אולנרי של כף היד דורזלית ווולארית. אין ירידה תחושתית באמה. טינל שלילי על עצב אולנרי במרפק
17/11/2020
רגישות נקודתית על חוליה גבית, ככל הנראה D4. רגישות על שרירים טרפזיוס ורומבואידים דו צדדי. אין הגבלה בתנועות הצוואר, כאב בשרירי טרפזיוס בזמן רוטציה. אין חסר נוירולוגי ברגליים, מציינת רדימות לסירוגין אצבע 5 שמאל. כאב בשרירים בין שכמות לעמוד השדרה במתיחה של הידיים לפנים.
צילום עמוד שדרה גבי- דפורמציה של D4. בצילום חזה מ-2007 הממצא קיים. ככל הנראה זו SPINA BIFIDA שאובחנה בזמן הצבא.
22/11/2020 רגישות על שרירים רומבואידים דו צדדי.
דיקור לשרירים.

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			CERVICALGIA
			MUSCLE PAIN

ר	X	נקודות	קוד	טיפול
!	2	02.0	6236	DRY NEEDLING- PAIN TREATMENT

מוזמן למעקב:

☑ על פי צורך

! 0730900

רישום ביקור אורטופד

15/12/2020 09:17:32

גיל: 33.11

שם רופא/ה: ד"ר הינמן שמואל

תחום הטיפול: כירורגיה אורתופדית

מספר ביקור: 0154714060

תלונות: ביקור חוזר מתאריך 17/11/2020:
ביקור חוזר מתאריך 27/10/2019:
ידוע על עקמת, SPINA BIFIDA (?). לא הפריע עד היום.
בחודשיים האחרונים רדימות בכפות הידיים. לנפי כ-3 שבועות הרימה את בנה, מאז כאבים בצוואר.
17/11/2020 מזה שבוע כאבי גב עליון חזקים, הקרנה ליד שמאל מעט גם לימין. לעיתים הקרנה לרגליים.
ללא אירוע חריג של מאמץ או חבלה.
22/11/2020 נקבע תור ל-CT בעוד כשבועיים. בישיבה יש הקלה בכאבים. ארקוקסיה ללא שיפור.

בביקור בתאריך 15/12/2020 בשעה 09:17:32
15/12/2020 כאבים בשיפור. פזיותרפיה עוזרת. עדיין תחושת שריפה ביד שמאל וחום ברגל.
ב-CT של עמוד שדרה גבי -עקמת קלה. אין דפורמציה משמעותית של T4. אין SPINA BIFIDA

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאים: ביקור חוזר מתאריך 17/11/2020:
ביקור חוזר מתאריך 27/10/2019:
רגישות חוליה C7. אין הגבלה בתנועות הצוואר. אין חסר מוטורי בידיים. לציין ירידה

תחושתית אצבע 5 וצד אולנרי של כף היד דורזלית ווולארית . אין ירידה תחושתית באמה .
טינל שלילי על עצב אולנרי במרפק
17/11/2020
רגישות נקודתית על חוליה גבית , ככל הנראה D4 . רגישות על שרירים טרפזיוס
ורומבואידים דו צדדי . אין הגבלה בתנועות הצוואר , כאב בשרירי טרפזיוס בזמן רוטציה.
אין חסר נוירולוגי ברגליים , מצינת רדימות לסירוגין אצבע 5 שמאל . כאב בשרירים בין
שכמות לעמוד השדרה במתיחה של הידיים לפני .
צילום עמוד שדרה גבי- דפורמציה של D4 . בצילום חזה מ2007 הממצא קיים . ככל הנראה זו
ה SPINA BIFIDA שאובחנה בזמן הצבא .
22/11/2020 רגישות על שרירים רומבואידים דו צדדי .
דיקור לשרירים .

בביקור בתאריך 15/12/2020 בשעה 09:17:32

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			CERVICALGIA
			MUSCLE PAIN

קוד	בדיקות/הפניות
F1003	מכון פיזיותרפיה

מוזמן למעקב:

על פי צורך

! 0730900

23/05/2021 17:03:04

רישום ביקור אורטופד

גיל: 34.4

שם רופא/ה: ד"ר הינמן שמואל

תחום הטיפול: כירורגיה אורתופדית

0168267947

מספר ביקור:

תלונות: ביקור חוזר מתאריך 17/11/2020:

ביקור חוזר מתאריך 27/10/2019:

ידוע על עקמת , SPINA BIFIDA (?) . לא הפריע עד היום .

בחודשיים האחרונים רדימות בכפות הידיים . לפני כ 3 שבועות הרימה את בנה , מאז
כאבים בצוואר .

17/11/2020 מזה שבוע כאבי גב עליון חזקים , הקרנה ליד שמאל מעט גם לימין . לעיתים
הקרנה לרגליים .

ללא אירוע חריג של מאמץ או חבלה .

22/11/2020 נקבע תור ל CT בעוד כשבועיים . בישיבה יש הקלה בכאבים . ארקוקסיה ללא
שיפור .

בביקור בתאריך 15/12/2020 בשעה 09:17:32

15/12/2020 כאבים בשיפור . פיזיותרפיה עוזרת . עדיין תחושת שריפה ביד שמאל וחום
ברגל .

CT של עמוד שדרה גבי -עקמת קלה . אין דפורמציה משמעותית של T4 . אין SPINA
BIFIDA

בביקור בתאריך 23/05/2021 בשעה 17:03:04

התקפים של כאבי גב עליון אחת לחודש לערך . זקוקה לתרופות לכאבים בעת התקפים .
כעת התקף מאז אתמול .

מטופלת בפיזיותרפיה עם שיפור

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאים: ביקור חוזר מתאריך 17/11/2020

ביקור חוזר מתאריך 27/10/2019

רגישות חוליה C7 . אין הגבלה בתנועות הצוואר . אין חסר מוטורי בידיים . לציין ירידה תחושתית אצבע 5 וצד אולנרי של כף היד דורזלית ווולארית . אין ירידה תחושתית באמה . טינל שלילי על עצב אולנרי במרפק
17/11/2020
רגישות נקודתית על חוליה גבית , ככל הנראה D4 . רגישות על שרירים טרפזיוס ורומבואידים דו צדדי . אין הגבלה בתנועות הצוואר , כאב בשרירי טרפזיוס בזמן רוטציה . אין חסר נוירולוגי ברגליים , מצינת רדימות לסירוגין אצבע 5 שמאל . כאב בשרירים בין שכמות לעמוד השדרה במתיחה של הידיים לפני .
צילום עמוד שדרה גבי- דפורמציה של D4 . בצילום חזה מ2007 הממצא קיים . ככל הנראה זו SPINA BIFIDA שאובחנה בזמן הצבא .
22/11/2020 רגישות על שרירים רומבואידים דו צדדי .
דיקור לשרירים .

בביקור בתאריך 15/12/2020 בשעה 09:17:32

בביקור בתאריך 23/05/2021 בשעה 17:03:04
רגישות נקודתית חוליות גביות עליונות . רגישות על שרירים בין עמוד שדרה לשכמה ימנית

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			CERVICALGIA
			MUSCLE PAIN

הערות	בדיקות/הפניות
19/11/2021 - בתוקף עד	אחות: זריקה תוך שרירית IM

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0730900

26/06/2022 19:29:37 רישום ביקור אורטופד

גיל: 35.5

שם רופא/ה: ד"ר הינמן שמואל

תחום הטיפול: כירורגיה אורתופדית

0208663004 מספר ביקור:

תלונות: ב 22.06.22 לפנות בוקר תאונת דרכים במהירות גבוהה . פנתה למיון עם כאבי צוואר ושטפי דם ברגליים ובעכוז . כאבים החמירו מאז .

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאים: רגישות עמוד שדרה צווארי , רגישות בעיקר על שרירים מצד ימין . הגבלה ניכרת בכל תנועות הצוואר . אין חסר נוירולוגי ברגליים .

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			WHIPLASH INJURY

הערות	בדיקות/הפניות
23/12/2022 - בתוקף עד	מכון פיזיותרפיה

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0730900

הדפסת תיק מטופל - חלקי הודפס ע"י בקשה להדפסת תיק מטופל

פרטים אישיים

תעודת זהות 300598935		קופת חולים: מכבי	
שם משפחה: קובלוקובסקי		ת.לידה: 28/12/1986	
שם פרטי: סימה		גיל: 37.4	
שם האב: אליהו		מין: נ	
מ. משפחתי: נשוי/אה			
מס' ילדים: 1			
רחוב: הקידה		מס': 15	
מס. דירה: 8		מס. דירה: 8	
עיר: חדרה			
מיקוד: 3849051			
טלפון בבית: 0526105836			
טלפון נייד: 0526105836			
מקצוע: מכירות			
ארץ לידה: ישראל			
קוד אשראי: 2			
פטור מתשלום היטל רבעוני: 0			
סוג ביטוח משלים: מכבישלי			
ת.הצטרפות ביטוח משלים: 01/05/2014			

08/06/2015 10:39:09

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 28.5 מספר ביקור: 00019036589

שם רופא/ה: ד"ר מחאמיד סלאח אלדין תחום הטיפול: משפחה

סיבת הפניה: ללא תור
בת 28, עוסקת נ+2, בתחום האינטרנט, בריא בד"כ, טיפול באומפרדיקס, רגישות לריספרחים, ללא ניתוחים בעבר, רקע משפחתי: אמה שלה עם לחץ דם, אינו מעשן, ללא שימוש באלכוהול או סמים. פ"ג סדירה
מאתמול דם טרי בצואה, ללא כאבים בפה הבטבעת, ללא גרד. ללא חום.
אחרי לידה סבלה מטחורים.
אירוע שני בחייה, הופיעו טחורים אחרי לידה בעברה.
ירידה של 8 ק"ג עושה דיאטה.
כאבים, אינוחות בבטות.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: נסערת.

בטן: רכה, ללא רגישות, לא נמושו גושים.
P-R: טחורים, לא נמושו גושים. ללא דמם.

לחץ דם 72 / 109

דופק 76

דיון ואבחנה מبدלת: בוצעה שיחת הסבר, כ"ה מדובר בטחורים מדמים.

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			RECTAL BLEEDING

קוד	בדיקות/הפניות
LAB000	בדיקות מעבדה (X)
LAB000	בדיקות מעבדה (X)

תרופות	כמות	הגשה	X	אופן לקיחה	Dy	OP	צד לטיפול*	P	C	N	קוד	M	יח' שימוש
PROCTO-GLYVENOL 30G		Crm.	2	למריחה	5	1		Y	N	N	65021		.
PROCTO-GLYVENOL 10	1	Sup.	2	להחדרה לפי הטבעת	5	1		Y	N	N	1783		פתיליה

המלצות למטופל: +++ תחזור אלי לבחקור מסודר

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 1539502

לידיעה, ייתכן והדפסת התיק הרפואי אינה כוללת מידע רגיש
(כגון בריאות הנפש, גנטיקה וכד'), במידה וישנו.

הדפסת תיק מטופל - חלקי הודפס ע"י בקשה להדפסת תיק מטופל

פרטים אישיים

תעודת זהות 300598935		קופת חולים: מכבי	
שם משפחה: קובלוקבסקי		ת.לידה: 28/12/1986	
שם פרטי: סימה		גיל: 37.4	
שם האב: אליהו		מין: נ	
מ. משפחתי: נשוי/אה			
מס' ילדים: 1			
רחוב: הקידה		מס': 15	
מס': 8		מס. דירה: 8	
עיר: חדרה			
מיקוד: 3849051			
טלפון בבית: 0526105836			
טלפון נייד: 0526105836			
מקצוע: מכירות			
ארץ לידה: ישראל			
קוד אשראי: 2			
פטור מתשלום היטל רבעוני: 0			
סוג ביטוח משלים: מכבישלי			
ת.הצטרפות ביטוח משלים: 01/05/2014			

24/06/2019 12:16:20

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 32.5 מספר ביקור: 00114102345

שם רופא/ה: ד"ר דון טופילד עפרי תחום הטיפול: משפחה

סיבת הפניה: אשפוז יום לקראת וונופר
אנמיה מינימלית המוגלובין 11.6 אם כי המוגלובין קודם היה 13
לפני כחצי שנה חסר ברזל, אין בדיקה עדכנית
מציעה לבדוק קודם משק ברזל, אחרת אין אינדיקציה
לא בהריון.
לפי המוגלובין נוכחי ומשקל: פחות מ-600 מ"ג

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
ANEMIA			minimal

סוג האישור	קוד	מתאריך	עד תאריך
תשובת יועץ	C00028		

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 1840803

23/07/2019 08:08:49

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 32.6 מספר ביקור: 00116260808

שם רופא/ה: ד"ר דון טופילד עפרי תחום הטיפול: משפחה

סיבת הפניה: ביקור חוזר מתאריך 04/07/2019
טיפול יום נתניה דרום:

הופנתה למנה ראשונה של venofer
במעבדה אנמיה המוגלובין 11.4, פריטין 12
כדורי ברזל spatoni גורמים לת"ל בחילות כאבי בטן
שוללת הריון
תרופות קבועות ריטלין (היום לא נטלה ריטלין)
אלרגיה לסולפה.

לאחר תגובה אלרגית לונופר
נשלחה לעירוי פרינג'קט
מציעה לתת אנטיהסטמין + עירוי איטי מאד

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ביקור חוזר מתאריך 04/07/2019:

במצב כללי טוב
ללא סימני מצוקה נשימתית
לב במפ ריאות במפ.

הותחל עירוי ונופר 100מג, לאחר כ 15 דקות הופיע גרד ופריחה, האחות ראתה נגע של
urticaria בירך ימין ובהמשך פריחה עדינה ביד שמאל ובירך ימין, היה גם גרד בידיים
וברגליים בבטן
ללא בצקות.
ללא שינוי לחץ דם או דופק.
טופלה בעירוי נוזלים CC 1000
סירבה לprothiazine ולכן טופלה בטלפסט 180מג
בגלל המשכות גרודים קיבלה טיפול בsolumedrol 125mg עם הטבה
נשארה בהשגחה במרפאה
ללא בצקות, שמרה על יציבות המודינמית ונשימתית, ריאות כניסת אויר שווה דוצ ללא
קרפיטציות ללא צפצופים, פריחה וגירודים פסקו.

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ANEMIA
פריחה וגרד- venofer to			ALLERGIC REACTION UNS

סוג האישור	קוד	מתאריך	עד תאריך
תשובת יועץ	C00028		

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 1840803

24/09/2019 09:06:13

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 32.8 מספר ביקור: 00120696007

שם רופא/ה: ד"ר דון טופילד עפרי תחום הטיפול: משפחה

סיבת הפניה: ביקור חוזר מתאריך 08/08/2019

ביקור חוזר מתאריך 23/07/2019

ביקור חוזר מתאריך 04/07/2019

טיפול יום נתניה דרום:

הופנתה למנה ראשונה של venofer

במעבדה אנמיה המוגלובין 11.4, פריטין 12

כדורי ברזל spatoni גורמים לת"ל בחילות כאבי בטן

שוללת הריון

תרופות קבועות ריטלין (היום לא נטלה ריטלין)

אלרגיה לסולפה.

לאחר תגובה אלרגית לונופר
נשלחה לעירוי פרינג'קט
מציעה לתת אנטיהסטמין + עירוי איטי מאד
=====

8.08
הגיעה לטיפול FERINJECT
=====

24.9.19

קיבלה פרינג'קט עם סטרואידים סולומדרול 250 לפני
מאז לא בוצעה בדיקת דם חוזרת, כך שמדובר בטיפול ע"ס בדיקות מלפני 3 חודשים.
לאור התגובות הקשות לשני סוגי העירוי- ניקח הבוקר בדיקות חוזרות ונחשב מנה
קיבלה הסבר מקיף מאד

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ביקור חוזר מתאריך 08/08/2019
ביקור חוזר מתאריך 23/07/2019
ביקור חוזר מתאריך 04/07/2019
במצב כללי טוב
ללא סימני מצוקה נשימתית
לב במפ ריאות במפ.

--
הותחל עירוי ונופר 100מג, לאחר כ 15 דקות הופיע גרד ופריחה, האחות ראתה נגע של
urticaria בירך ימין ובהמשך פריחה עדינה ביד שמאל ובירך ימין, היה גם גרד בידיים
וברגליים בבטן
ללא בצקות.
ללא שינוי לחץ דם או דופק.
טופלה בעירוי נוזלים CC 1000
סירבה לprothiazine ולכן טופלה בטלפסט 180מג
בגלל המשכות גרודים קיבלה טיפול ב125mg solumedrol עם הטבה
נשארה בהשגחה במרפאה
ללא בצקות, שמרה על יציבות המודינמית ונשימתית, ריאות כניסת אויר שווה דוצ ללא
קרפיטציות ללא צפצופים, פריחה וגירודים פסקו.

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
ANEMIA			
ALLERGIC REACTION UNS			פריחה וגרד- to venofer

קוד	בדיקות/הפניות
LAB000	בדיקות מעבדה

מוזמן למעקב: ☒ כן ☐ בעוד כ- 7 ☒ ימים
תזכורת: ☒

ההפניה לבדיקות המפורטות להלן נחסמה באופן ממוחשב , עקב חריגה מההנחיות הקליניות המפורטות:

שם הבדיקה	סיבת החסימה	בקשה לאישור חריג לביצוע	סוג גורם מאשר
VITAMIN B-12	הבדיקה בוצעה בשנתיים האחרונות ללא תוצאה חריגה		

! 1840803

לידיעה, ייתכן והדפסת התיק הרפואי אינה כוללת מידע רגיש
(כגון בריאות הנפש, גנטיקה וכד'), במידה וישנו.

הדפסת תיק מטופל - חלקי הודפס ע"י בקשה להדפסת תיק מטופל

פרטים אישיים

תעודת זהות 300598935		קופת חולים: מכבי	
שם משפחה: קובלקובסקי		ת.לידה: 28/12/1986	
שם פרטי: סימה		גיל: 37.4	
שם האב: אליהו		מין: נ	
מ. משפחתי: נשוי/אה		מיקוד: 3849051	
מס' ילדים: 1		טלפון בבית: 0526105836	
		טלפון נייד: 0526105836	
ארץ לידה: ישראל		מקצוע: מכירות	
קוד אשראי: 2			
פטור מתשלום היטל רבעוני: 0			
סוג ביטוח משלים: מכבישלי			
ת.הצטרפות ביטוח משלים: 01/05/2014			

08/08/2019 10:58:05

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 32.7 מספר ביקור: 00117493680

שם רופא/ה: ד"ר אולחוב ז'אנה תחום הטיפול: משפחה

סיבת הפניה: ביקור חוזר מתאריך 23/07/2019
ביקור חוזר מתאריך 04/07/2019
טיפול יום נתניה דרום:
הופנתה למנה ראשונה של venofer
במעבדה אנמיה המוגלובין 11.4, פריטין 12
כדורי ברזל spatoni גורמים לת"ל בחילות כאבי בטן
שוללת הריון
תרופות קבועות ריטלין (היום לא נטלה ריטלין)
אלרגיה לסולפה.

לאחר תגובה אלרגית לזונופר
נשלחה לעירוי פרינג'קט
מציעה לתת אנטיהיסטמין + עירוי איטי מאד
=====

8.08
הגיעה לטיפול FERINJECT

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ביקור חוזר מתאריך 23/07/2019
ביקור חוזר מתאריך 04/07/2019
במצב כללי טוב
ללא סימני מצוקה נשימתית
לב במפ ריאות במפ.

--
הותחל עירוי ונופר 100מג, לאחר כ 15 דקות הופיע גרד ופריחה, האחות ראתה נגע של urticaria בירך ימין ובהמשך פריחה עדינה ביד שמאל ובירך ימין, היה גם גרד בידיים
וברגליים בבטן
ללא בצקות.
ללא שינוי לחץ דם או דופק.

טופלה בעירוי נוזלים CC 1000
סירבה לprothiazine ולכן טופלה בטלפסט 180מג
בגלל המשכות גרודים קיבלה טיפול בsolumedrol 125mg עם הטבה
נשארה בהשגחה במרפאה
ללא בצקות, שמרה על יציבות המודינמית ונשימתית, ריאות כניסת אויר שוה דוצ ללא
קרפיטציות ללא צפצופים, פריחה וגירודים פסקו.

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ANEMIA
פריחה וגרד- to venofer			ALLERGIC REACTION UNS

קוד	בדיקות/הפניות
99862	אחות
99862	אחות
99862	אחות

יח' שימוש	M	קוד	P	C	N	צד לטיפול*	OP	Dy	אופן לקיחה	X	הגשה	כמות	תרופות
מ"ג	0	25671	Y	N	N		1	30	להזרקה	1	Vial	500	FERINJECT 500MG

סוג האישור	קוד	מתאריך	עד תאריך
אישור מחלה	C00001	08/08/2019	08/08/2019

ר	X	נקודות	קוד	טיפול
!	1	04.0	9956	DRUG TREATMENT UNDER M.D SUPERVISION

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

פירוט: פיתחה רגישות -תגובה עם גירוד. אך אחרי SOLUMEDROL 250 מ"ג עירוי נמשך ללא תגובה
! 1246300

הדפסת תיק מטופל - חלקי הודפס ע"י בקשה להדפסת תיק מטופל

פרטים אישיים

תעודת זהות 300598935 קופת חולים: מכבי

שם משפחה: קובלוקובסקי	ת.לידה: 28/12/1986	רחוב: הקידה
שם פרטי: סימה	גיל: 37.4	מס: 15
שם האב: אליהו	מין: נ	עיר: חדרה
מ. משפחתי: נשוי/אה		מיקוד: 3849051
מס' ילדים: 1		טלפון בבית: 0526105836
		טלפון נייד: 0526105836
ארץ לידה: ישראל		מקצוע: מכירות
קוד אשראי: 2		
סוג ביטוח משלים: מכבישלי		פטור מתשלום היטל רבעוני: 0
		ת.הצטרפות ביטוח משלים: 01/05/2014

28/06/2018 08:51:53

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 31.6 מספר ביקור: 00088764865
שם רופא/ה: ד"ר קיימר סטייסי תחום הטיפול: משפחה
סיבת הפניה: מבקשת HEP B #2
גורם משלם: 1 ביקור רגיל
ממצאי הבדיקה: אין צורך בבדיקה בביקור זה

משקל 65.5 ק"ג
שינוי במשקל 25.9 ק"ג

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
ENCOUNTER FOR ADMINISTRATIVE PURPOSES			
stopped for 2 years but restarted when mom in hospital--precontemplative			SMOKING CESSATION COUNSELING

קוד	בדיקות/הפניות
99862	אחות

יח' שימוש	M	קוד	P	C	N	צד לטיפול*	OP	Dy	אופן לקיחה	X	הגשה	כמות	תרופות
בקבוקון	0	75231	Y	N	N		1	1	להזרקה	1	Vial	1	ENGERIX B 20MCG/DOSE

סוג האישור	קוד	מתאריך	עד תאריך
אישור רפואי	C00003		

הדפסת תיק מטופל - חלקי הודפס ע"י בקשה להדפסת תיק מטופל

פרטים אישיים

שם משפחה:		קובלוקובסקי		ת.לידה:		28/12/1986			
שם פרטי:		סימה		גיל:		37.4			
שם האב:		אליהו		מין:		נ			
מ. משפחתי:		נשוי/אה							
מס' ילדים:		1							
ארץ לידה:				ישראל					
קוד אשראי:				2					
פטור מתשלום היטל רבעוני:								0	
סוג ביטוח משלים:								מכבישלי	
ת.הצטרפות ביטוח משלים:								01/05/2014	

רחוב:		הקידה	
מס:		15	
מס. דירה		8	
עיר:		חדרה	
מיקוד:		3849051	
טלפון בבית:		0526105836	
טלפון נייד:		0526105836	
מקצוע:		מכירות	

24/02/2019 10:45:18

רישום ביקור אורטופד

גיל: 32.1

שם רופא/ה: ד"ר רעד אסעד

תחום הטיפול: טראומטולוגיה מרכז טיפול יום

מספר ביקור: 0105638271

תלונות: בת 32, בריאה בד"כ
לדבריה אתמול נחבלה בגב תחתון ומאז מתלונ

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאים: יציבה, בהכרה, מתהלכת הליכה תקינה
עמ"ש מותני - סימני חבלה מעל חוליה L2 רגישות נוקדתית במישוש, SLR שלילי דו"צ.
גפיים תחתונות - כח גס שמור בכל התחנות, תחושה שמורה בכל התחנות, דפקים
נימושו.

דיון ואבחנה מבדלת: בצילומים -
עמדה לורדוטית תקינה.
מרווחים הבין חולייתיים ומבנה גופי החוליות שמורים.
ללא עדות לדיסלוקציה או שבר.
הודגם IUD לבאגן הקטן.

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			CONTUSION BACK

קוד	בדיקות/הפניות
99942	מכון רנטגן
99862	אחות

המלצות למטופל:
מעקב רופא מטפל בקהילה
משככי כאב לפי הצורך
ביקורת אורתופד בקהילה לפי הצורך

חופש מחלה 4 ימים
במידה ותחול החמרה במבצ ירידה בכח גס או תחושה יש לפנות לכל רופא זמין

מוזמן למעקב:

אין צורך במעקב לביקור זה

מכתב שחרור כן

לידיעה, ייתכן והדפסת התיק הרפואי אינה כוללת מידע רגיש
(כגון בריאות הנפש, גנטיקה וכד'), במידה וישנו.

הדפסת תיק מטופל - חלקי הודפס ע"י בקשה להדפסת תיק מטופל

פרטים אישיים

תעודת זהות 300598935		קופת חולים: מכבי	
שם משפחה: קובלוקבסקי		ת.לידה: 28/12/1986	
שם פרטי: סימה		גיל: 37.4	
שם האב: אליהו		מין: נ	
מ. משפחת: נשוי/אה			
מס' ילדים: 1			
ארץ לידה: ישראל			
מקצוע: מכירות			
קוד אשראי: 2			
פטור מתשלום היטל רבעוני: 0			
סוג ביטוח משלים: מכבישלי			
ת.הצטרפות ביטוח משלים: 01/05/2014			

06/11/2023 13:01:41

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 36.10 מספר ביקור: 00256379875

שם רופא/ה: ד"ר גנור-אריאב אוריין תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

מקור המידע	פירוט
העברת טפסים באופן יזום לאתר המטופל	06/11/2023 13:09:30 בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.

סיבת הפניה: תור טלפוני - אינה מוכרת לי
בריאה, ללא תרופות קבועות לדבריה.

אלרגיה לאטופן - פריחה מגרדת.
מאתמול כאב בצוואר קורן לשכמות ולזרוע. כאב מוכר לה מהעבר - ביוני 22 סבלה מפגיעת
whiplash בעקבות תאונת דרכים. מאז אירועים חוזרים של כאבים אלו מטופלים ב-
NSAIDS. לרוב מטפלת בדיקור אך לאור המצב הבטחוני - טיפולים בוטלו וכעת שוב
סובלת. ללא עליית חום סיסטמי, ללא חולשת יד, ללא נטילה של סטרואידים, ללא חבלה.
ללא רקע של ממאירות.
ללא איס"ל, אי"ס כליות, ללא GIB. אין לשלב עם תרופות נוספות ממשפחת ה- NSAIDS.
הבינה.

גורם משלם: 25 ב.טלפוני-תור מראש

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			PRESCRIPTION REQUEST

הערות	בדיקות/הפניות
04/05/2024 - בתוקף עד	אחות: זריקה תוך שרירית IM

מוזמן למעקב:

☑ על פי צורך

לידיעה, ייתכן והדפסת התיק הרפואי אינה כוללת מידע רגיש
(כגון בריאות הנפש, גנטיקה וכד'), במידה וישנו.

הדפסת תיק מטופל - חלקי הודפס ע"י בקשה להדפסת תיק מטופל

פרטים אישיים

תעודת זהות 300598935		קופת חולים: מכבי	
שם משפחה: קובלוקבסקי		ת.לידה: 28/12/1986	
שם פרטי: סימה		גיל: 37.4	
שם האב: אליהו		מין: נ	
מ. משפחתי: נשוי/אה		מיקוד: 3849051	
מס' ילדים: 1		טלפון בבית: 0526105836	
		טלפון נייד: 0526105836	
ארץ לידה: ישראל		מקצוע: מכירות	
קוד אשראי: 2			
פטור מתשלום היטל רבעוני: 0			
סוג ביטוח משלים: מכבישלי			
ת.הצטרפות ביטוח משלים: 01/05/2014			

11/05/2023 20:56:41

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 36.4 מספר ביקור: 00239570281

שם רופא/ה: ד"ר ח'טיב עלי תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית מוקד רפואה דחופה

סיבת הפניה: לפני זמן קצר בזמן שנעלה את הנעל, הכניסה אצבע 2 יד שמאל, ודרכה על האצבע בטעות. מדווחת על כאב באצבע. נפיחות והמטומה קלה. ברקע בריאה בדר"כ. כינוחה.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: רגישות והגבלה בתנועה

דיון ואבחנה מبدלת: צילום ללא עדות לשבר

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			FINGER PAIN

המלצות למטופל: אנלגטיקה קובע בסד

סוג האישור	קוד	מתאריך	עד תאריך
מכתב שחרור	C00033		

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

מכתב שחרור כן

פרטים אישיים

ת"ז: 300598935	שם: קובלקובסקי סימה	מין: נ	טלפון: 0526105836	נייד: 0526105836
גיל: 37.5	מצב משפחתי: נשואה	מס' ילדים: 1	מקצוע: מכירות	סוג ביטוח: מכבישלי
ת.הצטרפות: 01/05/2014				
רופא קבוע: דר' לזרוביץ סורל בהלל יפה 13				
הצגתוני זכאות לא זכאי				

בעיות ידועות

אחר
• VEGETARIANISM (2018)

טיפולים

ד"ר לנדאו דניאל-29/08/2021
INDIVIDUAL PSYCHOTHERAPY-ADULT
ד"ר לנדאו דניאל-15/08/2021
INDIVIDUAL PSYCHOTHERAPY-ADULT
ד"ר לנדאו דניאל-01/08/2021
INDIVIDUAL PSYCHOTHERAPY-ADULT
ד"ר לנדאו דניאל-18/07/2021
INDIVIDUAL PSYCHOTHERAPY-ADULT
ד"ר לנדאו דניאל-29/06/2021
INDIVIDUAL PSYCHOTHERAPY-ADULT
ד"ר לנדאו דניאל-22/06/2021
INDIVIDUAL PSYCHOTHERAPY-ADULT
ד"ר לנדאו דניאל-15/06/2021
INDIVIDUAL PSYCHOTHERAPY-ADULT
ד"ר לנדאו דניאל-08/06/2021
INDIVIDUAL PSYCHOTHERAPY-ADULT

תרופות קבועות

Stimulant
• ATTENT 10MG X 30 {1X1}
• RITALIN 10MG X 30 {4X1}
Antihistamine
• BILAXTEN 20MG X 30 {1X3}

ביקור אחרון

תאריך ביקור אחרון: 29/08/2021

תלונות:

בביקור בתאריך 08/06/2021 בשעה 20:21:48
חרדות תסכולים ולחצים.

בביקור בתאריך 15/06/2021 בשעה 21:47:47

בביקור בתאריך 22/06/2021 בשעה 21:52:12

בביקור בתאריך 29/06/2021 בשעה 19:00:17

בביקור בתאריך 18/07/2021 בשעה 21:49:20

בביקור בתאריך 01/08/2021 בשעה 21:46:06

בביקור בתאריך 15/08/2021 בשעה 21:44:55

בביקור בתאריך 29/08/2021 בשעה 21:03:12

ממצאים:

בביקור בתאריך 08/06/2021 בשעה 20:21:48
הופעה נאה ומסודרת, נראית כפי גילה, התמצאות תקינה בכל המובנים
זיכרון שמור. מצב רוח משתנה, אפקט תואם. שוללת חשיבה אוכדנית
ונשלל סיכון מיד וממשי לפגיעה עצמית. חשיבה מאורגנת, בתוכן
החשיבה תכנים חרדתיים קרי חשש ממחלות שונות, ובמיוחד סרטן מה
שדוחף אותה לעבור הרבה בדיקות רפואיות. אין עדות להפרעות
בתפיסה. תובנה חלקית, שיפוט ובוחן מציאות שמורים ישנה פגיעה
מסוימת בדימוי ובערך העצמי.

סימה גרושה מזה שנתיים ואימא לשני ילדים בני עשר ושש. נמצאת
בקשר זוגי עם גבר שהיא מאוד אוהבת והקשר עצמו נפלא. יחד עם זאת
היא מעידה על עצמה שהיא היפוכונדרית עם חשיבה טורדנית במובן
מסוים סביב "המחלות" שהיא מאבחנת בעצמה אצל עצמה. כיום בנוסף
לעבודתה ביד 2 כמנהלת תחום נדל"ן היא לומדת באוניברסיטה הפתוחה
ביולוגיה וכימיה ורוצה להמשיך ללימודי רפואה. מסמנת את השאפתנות
שלה לא רק במישור הלימודים אלא גם במישור הזוגי.

ילידת הארץ השנייה מתוך 4 ילדים גדלה בגבעת אולגה. הורים לדבריה
רבים עד היום אך לא מתגרשים. סיימה 12 שנות לימוד עם בגרות מלאה
שירות צבאי קצר של חצי שנה ושחררה על נפשי ככל הנראה חרדות.
התחתנה בגיל 21, מיד לאחר החתונה עברה הפלה שהייתה עבורה
חווייה קשה. וכאמור לפני כשלוש שנים התגרשה מבעלה אך איתו יש לה
יחסים מעולים, הוא אב נהדר לילדים אך לא היה בן זוג נכון עבורי.

בביקור בתאריך 15/06/2021 בשעה 21:47:47
סימה מדברת על הקשר עם יאיר הבן זוג שלה, תחילת הקשר שלהם
עמדה בניגוד לערכים שלה והיא מרגישה מועקה מסוימת סביב זה. מאוד

מס' קריאה: 9756146 תאריך: 06/01/2017 שעת: 19:04 שעת סיום: 19:07
 שם המטופל: קובלקובסקי סימה מס' מנוי: 300598935 מס' ת.ז.: 300598935 גיל: 30
 כתובת: חדרה טיומקין 32 מרפאה: חדרה
 רקע רפואי: בריאה בד"כ

רגישות לתרופות: לא ידוע
 תלונת החולה:

בן 30 ובריא בד"כ. מהיום כאב גרון. ללא שיעול. ללא קוצר נשימה. נמדד בבית חום גבוה 38.3. מציין קושי משמעותי בבליעה אך אינו מתעורר משינה. מכאב. תסמיני מערכת עיכול - שולל כאב בטן. ללא תלונות נוספות

מדדים: חום: PO 37.7 לחץ דם: 121/74 דופק: 117 סדיר סטורציה: 99 %

בדיקה גופנית:

רושם כללי - נינוח, עירני, ללא סימני קוצר נשימה, ללא כיחלון/חיוורון/צהבת/פריחה.
 לב - קולות הלב סדירים, לא נשמעו אוושות
 ריאות - נשימה בועית, ללא ממצאים האזנתיים ממוקדים בריאות
 נמושו בלוטות לימפה צוואריות/תת לסתיות מוגדלות. ללא רגישות בסינוסים, ללא סימני גירוי לוע - ללא אודם, שקדים לא מוגדלים, ללא תפליטים, לא מנינגיאלי

בדיקות עזר: ספירת דם:
 כימיה:
 א.ק.ג.
 צילום רנטגן:
 אבחנה משוערת:

TONSILLITIS ACUTE - -

טיפול שבוצעו:

דיון והמלצות: מעקב רופא מטפל
 בכל החרמה לפנות לרופא מטפל
 תרופות שניתנו: לא ניתנו תרופות

מרשם תרופות: משך ימים מספר פעמים ביום כמות למנה יח' מנה תאור התרופה
 10 2 1 mg MOXPEN 500MG 10 CAP FORT

לקוח/ה יקר/ה, במקרה של החמרה במצבך עליך לפנות לבדיקת רופא

חתימה וחותמת הרופא: ד"ר אגבאריה חסן מספר רישיון: 136725

תעודה רפואית

מס' ביקור: 10251153

תאריך: 16/09/17 שעת קבלה: 19:06 סיום: 16/09/2017 19:29:00

שם המטופל: קובלקובסקי סימה מס' זהות: 300598935 גיל: 30.7 מס' מנוי: 300598935

כתובת: חדרה הרברט סמואל 17 6105836 - 052 מרפאה: חדרה מכבי

רקע רפואי: בריאה בדרך כלל

רגישות לתרופות:

אחר

תלונות החולה:

חבלה באגדול שמאל אתמול.

כעת נפיחות, כאבים בתנועה.

מדדים: חום: 36.8 PO לחץ דם: 127/79 דופק: 60 סדיר סטורציה: 99%

בדיקה גופנית:

מצב כללי טוב, ללא סמני מצוקה.

בבדיקתה נפיחות עדינה בבסיס האגדול. עם שטף דם עדין ללא הגבלה בתנועה, ללא דיפורמציה.
לא מעדיפה צילום בשל חשד להריון

בדיקות עזר:

לא בוצעו בדיקות

אבחנה משוערת:

PAIN IN LIMB

טיפול שבוצעו:

תרופות שניתנו במרפאה:

לא ניתנו תרופות

מרשם תרופות:

לא ניתן מרשם

דיון והמלצות:

חבלה באגדול שמאל.

לא בוצע צילום בשל הריון.

משככי כאבים לפי הצורך.

מעקב רופא מטפל.

בדיקת אורטופד בקהילה.

לקוח/ה יקר/ה, במקרה של התמרה במצבך עליך לפנות לבדיקת רופא

חתימה וחותמת הרופא:

שם הרופא: דר' מוחמד אבו סריה רשיון הרופא: 140636

תעודה רפואית

מס' ביקור : 10251153

תאריך: 16/09/17 שעת קבלה: 19:06 סיום: 16/09/2017 19:29:00

שם המטופל: קובלקובסקי סימה מס' זהות: 300598935 גיל: 30.7 מס' מנוי: 300598935

כתובת: חדרה הרברט סמואל 17 052 - 6105836 מרפאה : חדרה מכבי

לקוח/ה יקר/ה , במקרה של החמרה במצבך עליך לפנות לבדיקת רופא

שם הרופא: דר' מוחמד אבו סריה רשיון הרופא: 140636

חתימה וחתימת הרופא:

תעודת רפואית

מס' ביקור: 10715203

תאריך: 23/04/18 שעת קבלה: 23:40 שעת סיום: 00:07

שם המטופל: סימה קובלקובסקי מס' זהות: 300598935 גיל: 31.3 מס' מנוי: 300598935

כתובת: חדרה הרברט סמואל 17 דירה 0 052-6105836 מרפאה : חדרה

רקע רפואי: בריא בדר"כ

רגישות לתרופות:

סולפה

תלונות החולה:

בריאה בד"כ. מאתמול כאב ראש במצח, הופיע באופן הדרגתי, מוכר באופיו ובעוצמתו מאירוע קודם. שוללת חבלת ראש לאחרונה. לדבריה ללא תסמינים נוספים בסמוך להופעת כאב הראש. לא נמדד בבית חום גבוה וללא צמרמורות/כאבי שרירים. ללא כאב בטן או תסמיני מערכת עיכול. כעת ללא תסמינים נוירולוגיים. ללא תלונות נוספות.

מדדים: חום: PO 36.5 לחץ דם: 121/74 דופק: 74 סדיר סטורציה: 99%

בדיקה גופנית:

רושם כללי - נינוחה, עירנית, ללא סימני קוצר נשימה, ללא כיחלון/חיוורון/צהבת/פריחה. נוירולוגית - הכרה מלאה, מתמצאת בזמן, במקום ובסיטואציה. אישונים עגולים, שווים ומגיבים לאור, ללא הגבלה בתנועות העיניים וללא ניסטגמוס פתולוגי. ללא סטיית לשון/פציאליס/ירידה גסה בשמיעה. כח גס שמור ושווה דו-צדדית, טונוס תקין בארבעת הגפיים, ללא הפרעה תחושתית, רפלקסים תקינים. ללא הפרעה בתפקודי מוחון (שיווי משקל, הליכה, רומברג ואצבע-אף תקינים) ללא סימני חבלה בגוף. ללא סימני גירוי מנינגיאלי.

בדיקות עזר:

לא בוצעו בדיקות

אבחנה משוערת:

OTITIS MEDIA UNS

טיפולים שבוצעו:

תרופות שניתנו במרפאה:

לא ניתנו תרופות

מרשם תרופות:

תאור התרופה

משך ימים	מספר פעמים ביום	מינון	יח/מנה
1	2	1	ml

OTIDIN DROPS 10 CC

לקוח/ה יקרה, במקרה של התמרה במצבך עליך לפנות לבדיקת רופא

שם הרופא: דר' עובידא אלנסאסרה רשיון הרופא: 146399

חתימה וחותמת הרופא:

תעודה רפואית

ביקורופא

www.bikurofe.co.il

מרכז אשר, בניסה ד', נאל אלון 90, ת"א 6789130
טלפון: 03-6272324 | פקס: 03-5613011

מס' ביקור: 10715203

תאריך: 23/04/18 שעת קבלה: 23:40 שעת סיום: 00:07

שם המטופל: סימה קובלקובסקי מס' זהות: 300598935 גיל: 31.3 מס' מנוי: 300598935

כתובת: חדרה הרברט סמואל 17 דירה 0 052-6105836 מרפאה : חדרה

דיון והמלצות:

ממולץ טפול כרשום לעיל

בדיקת רופא מטפל

במידה ויש החמרה נא לפנות לבדיקת רופא

המשך מעקב אצל רופא מטפל

לקוח/ה יקר/ה, במקרה של החמרה במצבך עליך לפנות לבדיקת רופא

שם הרופא: דר' עובידא אלנסאסרה רשיון הרופא: 146399

חתימה וחותמת הרופא:

תעודה רפואית

מס' ביקור: 11023253

תאריך: 25/09/18 שעת קבלה: 17:13 25/09/2018 שעת סיום: 18:18

שם המטופל: סימה קובלקובסקי מס' זהות: 300598935 גיל: 31.8 מס' מנוי: 300598935

כתובת: חדרה הרברט סמואל 17 דירה 0 מס' 052-6105836 מרפאה: חדרה

רקע רפואי: בריא בד"כ

רגישות לתרופות:

סולפה

תלונות החולה:

בריאה בד"כ. מזה 2 ימים, כאב גרון, נזלת וחולשה. בנוסף מתארת שיעול ליחתי. ללא קוצר נשימה. נמדד בבית חום גבוה 38.1. ללא קושי משמעותי בבליעה. ללא כאב בטן או תסמיני מערכת עיכול. ללא תלונות נוספות. לציין לפני שבוע וחצי סיימה טיפול ברפאפן לדלקת גרון חריפה.

מדדים: חום: PR 37.7 לחץ דם: 112/64 דופק: 93 סטורציה: 95%

בדיקה גופנית:

רושם כללי - ניוחה, עירנית, ללא סימני קוצר נשימה, ללא כיחלון/חיוורון/צהבת/פריחה.
לב - קולות הלב סדירים, לא נשמעו אוושות.
ריאות - נשימה בועית, צפצופים וחרחורים ממקור עליון דו"צ.
לוע - אודם, שקדים מוגדלים דו"צ, עם תפליטים, לא נמושו בלוטות לימפה צוואריות/תת לסתיות מוגדלות, כמו כן ללא רגישות בסינוסים, אין בצקת בשפתיים או בלוע ולא נראו פצעים, ללא סימני גירוי מנינגיאלי.

בדיקות עזר:

לא בוצעו בדיקות

אבחנה משוערת:

TONSILLITIS ACUTE

UPPER RESPIRATORY TRACT DISEASE, UNSPECIFIED

טיפולים שבוצעו:

תרופות שניתנו במרפאה:

יח"/מנה כמות

1 ml

תאור התרופה

AEROVENT SOLUTION 20ML

לקוח/ה יקרה, במקרה של התמרה במצבך עליך לפנות לבדיקת רופא

חתימה וחותמת הרופא:

רשיון הרופא: 146408

שם הרופא: דר' אמירה גנים

תעודה רפואית

מס' ביקור: 11023253

תאריך: 25/09/18 שעת קבלה: 17:13 25/09/2018 שעת סיום: 18:18

שם המטופל: סימה קובלקובסקי מס' זהות: 300598935 גיל: 31.8 מס' מגוי: 300598935

כתובת: חדרה הרברט סמואל 17 דירה 0 052-6105836 מרפאה: חדרה

תאור התרופה	יח"/מנה	כמות
VENTOLIN RESP. SOL 20CC	ml	5.
BUDICORT RESP.1MG/2ML X10	ml	1
NACL 0.9% 150 ML	ml	1.5

מרשם תרופות:

תאור התרופה	יח"/מנה	מינון	מספר פעמים ביום	משך ימים
BRONCHO D SYR 120ML	ml	15	3	5

דיון והמלצות:

הומלץ טיפול כרשום לעיל
המשך מעקב רופא מטפל
בכל החמרה לפנות לבדיקת רופא
המשך מעקב אצל רופא מטפל

לקוח/ה יקר/ה, במקרה של החמרה במצבך עליך לפנות לבדיקת רופא

חתימה והותמת הרופא:

רשיון הרופא: 146408

שם הרופא: דר' אמירה גנים

תעודה רפואית

מס' ביקור: 12590591

תאריך: 18/01/21 שעת קבלה: 22:09 סיום: 18/01/2021 22:37

שם המטופל: סימה קובלקובסקי מס' זהות: 300598935 גיל: 34.1 מס' מנוי: 300598935
כתובת: חדרה הרברט סמואל 17 דירה 0 052-6105836 מרפאה: חדרה

רקע רפואי: בריא בד"כ

רגישות לתרופות:

סולמה

תלונות החולה:

בת 34 בריאה בד"כ

התקבלה עקב תגובה אלרגית אחרי שקבלה חיסון קורונה מנה שנייה יום לפני קבלתה. התגובה מתפסה כנפוחות בלשון גירויים ואדמומיות בפניים גירודיים בידיים, ללא קשיי נשימה או עליית חום ללא תלונות נוספות. לציין שהתגובה התחילה מספר שעות אחרי החיסון נבדקה אתמול במיון קבלה סטריודים ופינרגאן ושחררה הביתה.

מדדים: חום: PO 36.4 לחץ דם: 122/83 דופק: 125 סדיר סטורציה: 99%

בדיקה גופנית:

רושם כללי - גינוחה, עירנית, ללא סימני קוצר נשימה, ללא כיחלון/חיוורון/צהבת/פריחה. לב - קולות הלב סדירים, לא נשמעו אוושות. ריאות - נשימה בועית, ללא מצאים האזנתיים ממוקדים בריאות. לוע - אודם, שקדים לא מוגדלים, ללא תפליטים, לא נמושו בלוטות לימפה צוואריות/תת לסתיות מוגדלות, כמו כן ללא רגישות בסינוסים, אין בצקת בשפתיים או בלוע ולא נראו פצעים אך נפוחות בלשון, ללא סימני גירוי מניגיאל.

בדיקות עזר:

לא בוצעו בדיקות

אבחנה משוערת:

ALLERGY, UNSPECIFIED, NOT ELSEWHERE CLASSIFIED

טיפול שבוצעו:

תרופות שניתנו במרפאה:

תאור התרופה	יח/מנה	כמות
SOLU MEDROL 125MG 2CC		125
TELFAS 180MG 15 TAB		180

מרשם תרופות:

תאור התרופה	יח/מנה	מינון	מספר פעמים ביום	משך ימים
-------------	--------	-------	-----------------	----------

לקוח/ה יקרה, במקרה של התמרה במצבך עליך לפנות לבדיקת רופא

שם הרופא: דר' מרוה אבו פול רשיון הרופא: 146315 חתימה וחותמת הרופא:

תעודה רפואית

מס' ביקור: 12590591

תאריך: 18/01/21 שעת קבלה: 22:09 סיום: 22:37 18/01/2021

שם המטופל: סימה קובלקובסקי מס' זהות: 300598935 גיל: 34.1 מס' מנוי: 300598935

כתובת: חדרה הרברט סמואל 17 דירה 0 מס' 052-6105836 מרפאה: חדרה

משך ימים	מספר פעמים ביום	מינון	יח/מנה	תאור התרופה
2	1	2	mg	PREDNISONE 20 MG 30 TAB
2	1	1	mg	TELFEST 180MG 15 TAB

דיון והמלצות:

קבלה סולמידרול IV בנוסף ל כדור טילפסט 180 מ"ג
טיפול לפי מרשם
מעקב רופא מטפל
בכל החמרה במצב יש לפנות לבדיקת רופא זמין
המשך מעקב אצל רופא מטפל

לקוח/ה יקר/ה, במקרה של החמרה במצבך עליך לפנות לבדיקת רופא

שם הרופא: דר' מרזה אבו פול רשיון הרופא: 146315

חתימה וחומת הרופא:

תעודה רפואית

מס' ביקור: 14393035

תאריך: 11/02/23 שעת קבלה: 10:35 סיום: 11/02/2023 11:10

שם המטופל: סימה קובלקובסקי מס' זהות: 300598935 גיל: 36.1 מס' מגוי: 300598935
כתובת: חדרה הרברט סמואל 17 דירה 0 052-6105836 מרפאה: חדרה
מכבי

רקע רפואי: בריא בדר"כ

רגישות לתרופות:

רפסירם

סולפה

תלונות החולה:

בת 36 ובריאה בד"כ. מאחמול כאב גרון. ללא שיעול. ללא קוצר נשימה. נמדד בבית חום גבוה. ללא קושי משמעותי בבליעה. ללא כאב בטן או תסמיני מערכת עיכול. ללא תלונות נוספות.
לציין המטופלת השלימה משטח גרון ביתי חיובי, פנתה לצורך קבלת מרשם ללא תלונות נוספות

מדדים: חום: 36.6 PO לחץ דם: 111/78 דופק: 86 סטורציה: 95%

בדיקה גופנית:

רושם כללי - נינוחה, עירנית, ללא סימני קוצר נשימה, ללא כחלון/חיוורון/צהבת/פריחה.
לוע - אודם, שקדים לא מוגדלים, עם תפליטים, לא נמושו בלוטות לימפה צוואריות/תת לסתיות מוגדלות, כמו כן ללא רגישות בסינוסים, אין בצקת בשפתיים או בלוע ולא נראו פצעים, ללא סימני גירוי מניגיאל.

בדיקות עזר:

לא בוצעו בדיקות

אבחנה משוערת:

ACUTE TONSILLITIS

טיפולם שבוצעו:

תרופות שניתנו במרפאה:

לא ניתנו תרופות

מרשם תרופות:

משך ימים	מספר פעמים ביום	מינון	יח/מנה	תאור התרופה
10	2	1	unit	RAFAPEN V K 500 MG 30 T

דיון והמלצות:

לסיכום דלקת גרון עם משטח גרון ביתי חיובי המלצות-

לקוח/ה יקר/ה, במקרה של התמרה במצבך עליך לפנות לבדיקת רופא

שם הרופא: דר' אבו פול מרוה רשיון הרופא: 146315 חתימה וחותמת הרופא:

תעודת רפואית

מס' ביקור: 14393035

תאריך: 11/02/23 שעת קבלה: 10:35 סיום: 11/02/2023 11:10

שם המטופל: סימה קובלקובסקי מס' זהות: 300598935 גיל: 36.1 מס' מנזר: 300598935

כתובת: חדרה הרברט סמואל 17 דירה 0 052-6105836 מרפאה: חדרה מכבי

טיפול לפי מרשם מצורף
משככי כאיבם לפי צורך - לגרגר מי מלח לקחת סטריפסלס
מוריד חום לפי צורך
שתייה מספקת
מעקב רופא מטפל
בכל החמרה במצב יש לפנות לבדיקת רופא זמין
המשך מעקב אצל רופא מטפל

לקוח/ה יקר/ה, במקרה של החמרה במצבך עליך לפנות לבדיקת רופא

שם הרופא: דר' אבו פול מרוה רשיון הרופא: 146315

חתימה וחותמת הרופא:

תעודה רפואית

מס' ביקור: 14393035

תאריך: 11/02/23 שעת קבלה: 10:35 סיום: 11/02/2023 11:10

שם המטופל: סימה קובלקובסקי מס' זהות: 300598935 גיל: 36.1 מס' מנוי: 300598935
כתובת: חדרה הרברט סמואל 17 דירה 0 052-6105836 מרפאה: חדרה
מכבי

רקע רפואי: בריא בדר"כ

רגישות לתרופות:

רפמים

סולפה

תלונות התולה:

בת 36 ובריאה בד"כ. מאתמול כאב גרון. ללא שיעול. ללא קוצר נשימה. נמדד בבית חום גבוה. ללא קושי משמעותי בבליעה. ללא כאב בטן או תסמיני מערכת עיכול. ללא תלונות נוספות.
לציין המטופלת השלימה משטח גרון ביתי חיובי, פנתה לצורך קבלת מרשם ללא תלונות נוספות

מדדים: חום: 36.6 PO לחץ דם: 111/78 דופק: 86 סדיר סטורציה: 95%

בדיקה גופנית:

רושם כללי - נינוחה, עירנית, ללא סימני קוצר נשימה, ללא כיחלון/חיוורון/צהבת/פריחה.
לוע - אודם, שקדים לא מוגדלים, עם תפליטים, לא נמושו בלוטות לימפה צוואריות/תת לסתיות מוגדלות, כמו כן ללא רגישות בסינוסים, אין בצקת בשפתיים או בלוע ולא נראו פצעים, ללא סימני גירוי מנינגיאלי.

בדיקות עזר:

לא בוצעו בדיקות

אבחנה משוערת:

ACUTE TONSILLITIS

טיפולם שבוצעו:

תרופות שניתנו במרפאה:

לא ניתנו תרופות

מרשם תרופות:

תאור התרופה

יח/מנה	מינון	מספר פעמים ביום	משך ימים
unit	1	2	10

RAFAPEN V K 500 MG 30 T

דיון והמלצות:

לסיכום דלקת גרון עם משטח גרון ביתי חיובי
המלצות-

לקוח/ה יקרה, במקרה של החמרה במצבך עליך לפנות לבדיקת רופא

שם הרופא: דר' אבו פול מרוה רשיון הרופא: 146315 חתימה וחותמת הרופא:

תעודת רפואית

מס' ביקור: 14393035

תאריך: 11/02/23 שעת קבלה: 10:35 סיום: 11/02/2023 11:10

שם המטופל: סימה קובלקובסקי מס' זהות: 300598935 גיל: 36.1 מס' מנוי: 300598935

כתובת: חדרה הרברט סמואל 17 דירה 0 052-6105836 מרפאה: חדרה מכבי

טיפול לפי מרשם מצורף
משככי כאיבם לפי צורך - לגרגר מי מלח לקחת סטריפסלס
מוריד חום לפי צורך
שתייה מספקת
מעקב רופא מטפל
בכל החמרה במצב יש לפנות לבדיקת רופא זמין
המשך מעקב אצל רופא מטפל

לקוח/ה יקר/ה, במקרה של החמרה במצבך עליך לפנות לבדיקת רופא

שם הרופא: דר' אבו פול מרוה רשיון הרופא: 146315 חתימה וחותמת הרופא:

תעודת רפואית

מס' ביקור: 14530264

תאריך: 14/04/23 שעת קבלה: 21:12 סיום: 21:40 14/04/2023

שם המטופל: סימה קובלקובסקי מס' זהות: 300598935 גיל: 36.3 מס' מנוי: 300598935
כתובת: חדרה הרברט סמואל 17 דירה 0 052-6105836 מרפאה : חדרה
מכבי

רקע רפואי: כריא בדר"כ

רגישות לתרופות:

סולסה רספירם

תלונות החולה:

הגיעה עקב הרגשת נפיחות בלשול לאחר שקבלה איטופן

מדדים: חום: 37 PO לחץ דם: 140/80 דופק: 103 סדיר סטורציה: 98%

בדיקה גופנית:

נפיחות קלה בלשון

בדיקות עזר:

לא בוצעו בדיקות

אבחנה משוערת:

ALLERGIC URTICARIA

טיפולם שבוצעו:

תרופות שניתנו במרפאה:

תאור התרופה SOLU MEDROL 125MG 2CC יח/מנה כמות 125

מרשם תרופות:

תאור התרופה PREDNISONE 20 MG 30 TAB יח/מנה מינון 1 מספר פעמים ביום 1 משך ימים 5
Telfast 180MG 15 TAB יח/מנה מינון 1 מספר פעמים ביום 1 משך ימים 7

דיון והמלצות:

תגובה אלרגית ככל הנראה לאיטופן
קבלה סטירואידים תוך שרירי, היתה במרפאה חצי שעה להשגחה

לקוח/ה יקר/ה, במקרה של החמרה במצבך עליך לפנות לבדיקת רופא

שם הרופא: דר' עאסלה ערוה רשיון הרופא: 128815 חתימה ותותמת הרופא:

תעודה רפואית

מס' ביקור: 14530264

תאריך: 14/04/23 שעת קבלה: 21:12 סיום: 21:40 14/04/2023

שם המטופל: סימה קובלובסקי מס' זהות: 300598935 גיל: 36.3 מס' מגוי: 300598935

כתובת: חדרה הרברט סמואל 17 דירה 0 052-6105836 מרפאה: חדרה מכבי

הנפיקות בלשון בירידה
יציבה ללא סימני מיצוקה
משתחררת עם המלצות
מעקב רופא מטפל
טיפול לפי מרשם
מעקב אלרגולוג
בהחמרה לפנות למיון
המשך מעקב אצל רופא מטפל

לקוח/ה יקר/ה, במקרה של החמרה במצבך עליך לפנות לבדיקת רופא

שם הרופא: דר' עאסלה ערוה רשיון הרופא: 128815 חתימה וחומת הרופא:

תעודת רפואית

מס' ביקור: 14530264

תאריך: 14/04/23 שעת קבלה: 21:12 סיום: 21:40 14/04/2023

שם המטופל: סימה קובלקובסקי מס' זהות: 300598935 גיל: 36.3 מס' מנוי: 300598935
כתובת: חדרה הרברט סמואל 17 דירה 0 052-6105836 מרפאה: חדרה
מכבי

רקע רפואי: בריא בד"כ

רגישות לתרופות:

סולפה רספירם

תלונות החולה:

הגיעה עקב הרגשת נפיחות בלשול לאחר שקבלה איטופן

מדדים: חום: PO 37 לחץ דם: 140/80 דופק: 103 סדיר סטורציה: 98%

בדיקה גופנית:

נפיחות קלה בלשון

בדיקות עזר:

לא בוצעו בדיקות

אבחנה משוערת:

ALLERGIC URTICARIA

טיפולם שבוצעו:

תרופות שניתנו במרפאה:

תאור התרופה יח"/מנה כמות
SOLU MEDROL 125MG 2CC 125

מרשם תרופות:

תאור התרופה יח"/מנה מינון מספר פעמים ביום משך ימים
PREDNISONE 20 MG 30 TAB unit 1 1 5
TELFAST 180MG 15 TAB unit 1 1 7

דיון והמלצות:

תגובה אלרגית ככל הנראה לאיטופן
קבלה סטירואידים תוך שרירי, היתה במרפאה חצי שעה להשגחה

לקוח/ה יקרה, במקרה של החמרה במצבך עליך לפנות לבדיקת רופא

שם הרופא: דר' עאסלה ערוה רשיון הרופא: 128815 חתימה וחותמת הרופא:

תעודת רפואית

מס' ביקור: 14530264

תאריך: 14/04/23 שעת קבלה: 21:12 סיום: 21:40 14/04/2023

שם המטופל: סימה קובלקובסקי מס' זהות: 300598935 גיל: 36.3 מס' מנוי: 300598935

כתובת: חדרה הרברט סמואל 17 דירה 0 052-6105836 מרפאה : חדרה מכבי

הנפיתות בלשון בירידה
יציבה ללא סימני מיצוקה
משתחררת עם המלצות
מעקב רופא מטפל
טיפול לפי מרשם
מעקב אלרגולוג
בהחמרה לפנות למיון
המשך מעקב אצל רופא מטפל

לקוח/ה יקר/ה, במקרה של החמרה במצבך עליך לפנות לבדיקת רופא

חתימה והותמת הרופא:

רשיון הרופא: 128815

שם הרופא: דר' עאסלה ערוה

תעודה רפואית

מס' ביקור: 14533803

תאריך: 15/04/23 שעת קבלה: 21:46 סיום: 15/04/2023 23:41

שם המטופל: סימה קובלקובסקי מס' זהות: 300598935 גיל: 36.3 מס' מנוי: 300598935
כתובת: חדרה הרברט סמואל 17 דירה 0 052-6105836 מרפאה: חדרה
מכבי

רקע רפואי: בריא בדר"כ

רגישות לתרופות:

רספרם

סולפה

תלונות התולה:

בת 36 בריאה בדר"כ
ידוע על רגישות לסופלה, רספרם
ידוע על התקפי אלרגיה

פנתה עקב התקף אלרגיה עם ביטוי קליני של נפיחות בשפתיים ולשון
גירודים ללא תפרחת
ללא חום ללא קשיי נשימה
ללא תסמיני GI ללא תסמינים נירולוגיים
ללא תלונות אחרות

מדדים: חום: 36.5 PO לחץ דם: 119/79 דופק: 121 סדיר סטורציה: 96%

בדיקה גופנית:

מצב כללי טוב
ללא כחלון או חיורון או צהבת
פריחות אורטיקריאליות קטנות בגב
ללא סימני מצוקה נשימתית
לוע – ללא אודם ללא תפליטים
נפיחות בשפתיים בעיקר התחתונה, נפיחות בלשון
ללא נפיחות סביב העיניים בזמן בדיקה
כניסת אוויר טובה ושווה דו"צ ללא חרחורים ללא צפצופים
קולות לב סדירים ללא אוושות
נירולוגית ללא חסר

בדיקות עזר:

לא בוצעו בדיקות

אבחנה משוערת:

ALLERGY, UNSPECIFIED, NOT ELSEWHERE CLASSIFIED

טיפולם שבוצעו:

לקוח/ה יקר/ה, במקרה של החמרה במצבך עליך לפנות לבדיקת רופא

שם הרופא: דר' מתאמיד מוחמד רשיון הרופא: 164885 חתימה וחותמת הרופא:

תעודת רפואית

מס' ביקור: 14533803

תאריך: 15/04/23 שעת קבלה: 21:46 סיום: 15/04/2023 23:41

שם המטופל: סימה קובלקובסקי מס' זהות: 300598935 גיל: 36.3 מס' מגוי: 300598935
כתובת: חדרה הרברט סמואל 17 דירה 0 052-6105836 מרפאה: חדרה מכבי

22:42 Normal Saline 0.9% ml 500.00 במשך 30 דקות

תרופות שניתנו במרפאה:

תאור התרופה	יח"/מנה	כמות
PRAMIN 10MG 2CC AMP		1
SOLU MEDROL 125MG 2CC		1

מרשם תרופות:

לא ניתן מרשם

דיון והמלצות:

לסיכום:

התקף אלרגיה ללא עדות לאנפילקסיס מומלץ

מעקב רופא מטפל בהקדם

מעקב רופא אלרגולוג בקופ"ח

טלפסת 180 מ"ג פעם ליום ל 5 ימים

פרדינזון 40 מ"ג פעם ליום ל 3 ימים

בכל מצב של החמרה יש לפנות לרופא זמין

המשך מעקב אצל רופא מטפל

לקוח/ה יקר/ה, במקרה של החמרה במצבך עליך לפנות לבדיקת רופא

שם הרופא: דר' מחאמיד מוחמד רשיון הרופא: 164885 חתימה וחותמת הרופא:

מכון CT

הנדון: אזולאי, סימה, ת.ז: 300598935 תאריך לידה: 28/12/1986

דר' נכבד/ה,
הבדיקה בוצעה בתאריך: 14/12/2020

להלן ממצאי בדיקת CT ע"ש גבי

התוויה קלינית: כאבים.

ממצאים:

גובה של גופי החוליות שמור.
מרווחים בינחולייתיים שמורים.
אין עדות לסטנזיס ספינלית.
נקבים נאורלים ללא הצרויות.
מפרקים פצטלים הודגמו שמורים.
אין עדות לבקעים דיסקליים לאורך עמוד שדרה גבי.

בברכה,
ד"ר צודיקוב ודים
מומחה לרדיולוגיה אבחנתית
מר 24311

הוקלד על ידי: שירלי ליזרוביץ
מסמך זה נחתם אלקטרונית

נבדק נכבד,
קריאת המידע הרפואי המצורף ללא ליווי של הרופא המטפל עלולה לגרום להבנת הכתוב באופן שגוי או חלקי. אנא פנה/י לרופא המטפל אשר יסביר לך את משמעות תוצאות הבדיקה.
במידת הצורך, בירורים ושאלות בנוגע לפענוח יופנו לרופא הרדיולוג באסותא, על ידי הרופא המפנה בלבד.
בכל נושא אחר,
אנא פנה למוקד אסותא בטלפון 03-7644444

רופא נכבד,

רופאי מכון הדימות באסותא עומדים לשירותך בכל הנוגע לפענוח זה בטלפון 03-7645272 בימים א'-ה' בין השעות 08:00-17:00

כמו כן ניתן לפנות באמצעות:
דוא"ל DimutCenter@assuta.co.il
פקס 03-7645229
המענה יינתן לפניות של רופאים בלבד

מסמך זה נחתם אלקטרונית

רופאי מכבי יכולים לצפות בצילומים בקליקס ע"י בחירה ב מכבי > צפיה בצילומי רנטגן בתפריט העליון

הדפסת תיק מטופל - חלקי הודפס ע"י בקשה להדפסת תיק מטופל

פרטים אישיים

קופת חולים: מכבי

תעודת זהות 300598935

שם משפחה: קובלוקובסקי	ת.לידה: 28/12/1986	רחוב: הקידה
שם פרטי: סימה	גיל: 37.5	מס: 15
שם האב: אליהו	מין: נ	עיר: חדרה
מ. משפחתי: נשוי/אה		מיקוד: 3849051
מס' ילדים: 1		טלפון בבית: 0526105836
		טלפון נייד: 0526105836
ארץ לידה: ישראל		מקצוע: מכירות

קוד אשראי: 2

פטור מתשלום היטל רבעוני: 0

סוג ביטוח משלים: מכבישלי

ת.הצטרפות ביטוח משלים: 01/05/2014

27/03/2014 16:28:25

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 27 שנים ו-3 חודשים

גיל: 27.2

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: ילדים

סיבת הפניה: בת 27, ברקע דלקות גרון חוזרות, לא נשלח תמיד משטח לוע.
לפי דבריה כשבע-שמונה פעמים בשנה הינה סובלת מדלקת גרון.
מזה יממה כאבי גרון, ללא חום.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ללא סמני גרוי מנינגיאליים.
לוע גודש, שקדים מוגדלים ללא תפליט. בלוטות צדצוואריות מעט מוגדלות.
ריאות, לב, בטן תקין. נוירולוגי תקין.

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
PHARYNGITIS ACUTE			

קוד	בדיקות/הפניות
LAB000	משטח גרון

תרופות	כמות	הגשה	X	אופן לקיחה	Dy	OP	צד לטיפול*	P	C	N	קוד	M	יח' שימוש
PEN RAFA VK 500MG X 40	2	Tab.	2	לבליעה	10	1		Y	N	N	88078		טבליה

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

27/04/2014 08:03:42

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 27 שנים ו-4 חודשים

גיל: 27.3

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל
תחום הטיפול: ילדים

סיבת הפניה: לפני שבע שנים סבלה מגסטריטיס עם הליקובקטר.
מזה מספר שבועות אי נוחות אפיגסטרית.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ללא סמני צחיחות, ללא סמני גרוי מנינגיאליים.
א.א.ג. תקין, לב, ריאות תקין.
בטן רכה, ללא סמני גרוי צפקי, ללא אורגנומגליה, נייע ער.
נוירולוגי תקין.

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
EPIGASTRIC DISTRESS			
HELICOBACTER GASTRITIS	S/P		

קוד	בדיקות/הפניות
LAB000	בדיקות מעבדה

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

30/04/2014 17:20:09

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 27 שנים, 4 חודשים ו- 1 שבועות

גיל: 27.4

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל
תחום הטיפול: ילדים

סיבת הפניה: מבחן נשיפה חיובי להליקובקטר.
ביקור חוזר מתאריך: 27/04/2014
לפני שבע שנים סבלה מגסטריטיס עם הליקובקטר.
מזה מספר שבועות אי נוחות אפיגסטרית.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ביקור חוזר מתאריך: 27/04/2014
ללא סמני צחיחות, ללא סמני גרוי מנינגיאליים.
א.א.ג. תקין, לב, ריאות תקין.
בטן רכה, ללא סמני גרוי צפקי, ללא אורגנומגליה, נייע ער.
נוירולוגי תקין.

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
EPIGASTRIC DISTRESS			
HELICOBACTER GASTRITIS	S/P	Rec	

קוד	בדיקות/הפניות
LAB000	בדיקות מעבדה

תרופות	כמות	הגשה	X	אופן לקיחה	Dy	OP	צד לטיפול*	P	C	N	קוד	M	יח' שימוש
MOXYVIT FORTE 500MG X 20	2	Cap.	2	לבליעה	7	2		Y	N	N	9630		כמוסה
KARIN 500MG X 14	1	Tab.	2	לבליעה	7	1		Y	N	N	76163		טבליה
OMEPRADEx 20MG X 30	1	Cap.	2	לבליעה	30	2		Y	N	N	59980		כמוסה

מוזמן למעקב:

☑ על פי צורך

! 0285100

19/06/2014 17:30:02

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 27 שנים, 5 חודשים ו- 3 שבועות

גיל: 27.5

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: ילדים

סיבת הפניה: מזה יומיים כאבי אוזן ימין, ללא חום, ללא תסמיני URTI .

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ללא סמני גרוי מנינגיאליים.
לוע גודש, שקדים ללא תפליט.
אוזן שמאל מעט נוזלים, ימין צרומן ואודם בתעלה.
בלוטות צדצוואריות מעט מוגדלות.
ריאות, לב, בטן תקין. נוירולוגי תקין.

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
OTALGIA	Rt		
OTITIS EXTERNA INFECTIVE UNS	Rt		

תרופות	כמות	הגשה	X	אופן לקיחה	Dy	OP	צד לטיפול*	P	C	N	קוד	M	יח' שימוש
CLEAN EARS 15ML		Sol.	3	להשתמש	7	1		Y	N	N	61190		.
DESOREN 5ML	2	Ear drop	3	לטפטף באוזן	5	1		Y	N	N	8829		טיפות

מוזמן למעקב:

☑ על פי צורך

! 0285100

07/07/2014 17:40:24

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 27 שנים, 6 חודשים ו- 2 שבועות

גיל: 27.6

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: ילדים

סיבת הפניה: מזה 3 ימים הקאות ושלשולים מימיים ללא ריר או דם , ללא חום.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ללא סמני צחיחות, ללא סמני גרוי מנינגיאליים.
א.א.ג. תקין, לב, ריאות תקין.
בטן רכה, ללא סמני גרוי צפקי, ללא אורגנומגליה, ניע ער.
נוירולוגי תקין.

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
GASTROENTERITIS INFECTIOUS PRESUMED			

קוד	בדיקות/הפניות
LAB000	בדיקות מעבדה

תרופות	כמות	הגשה	X	אופן לקיחה	Dy	OP	צד לטיפול*	P	C	N	קוד	M	יח' שימוש
LOPI-CARE MAC 2MG X 10	1	Tab.	3	לבליעה	3	1		Y	N	N	70130		טבליה
ALPRALID 0.5MG X 30	1	Tab.	1	לבליעה	30	1		Y	N	H	9495		טבליה

סוג האישור	קוד	מתאריך	עד תאריך
אישור מחלה	C00001	06/07/2014	08/07/2014

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

20/07/2014 08:43:45

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 27 שנים, 6 חודשים ו- 4 שבועות

גיל: 27.6

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל

תחום הטיפול: ילדים

סיבת הפניה: הפניה למעבדה

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: אין צורך בבדיקה בביקור זה

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			FILL OUT FORMS

קוד	בדיקות/הפניות
LAB000	בדיקות מעבדה

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

15/10/2014 10:53:17

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 27 שנים, 9 חודשים ו- 3 שבועות

גיל: 27.9 מספר ביקור: 0000004096785

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל

תחום הטיפול: ילדים

סיבת הפניה: פניה לצורך קבלת מרשם

ביקור חוזר מתאריך: 20/07/2014
הפניה למעבדה

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ביקור חוזר מתאריך: 20/07/2014
אין צורך בבדיקה בביקור זה

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			FILL OUT FORMS

תרופות	כמות	הגשה	X	אופן לקיחה	Dy	OP	צד לטיפול*	P	C	N	קוד	M	יח' שימוש
OMEPRADEx 20MG X 30	1	Cap.	1	לבליעה	90	3		Y	N	N	59980		כמוסה

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

17/11/2014 18:08:50

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 27 שנים, 10 חודשים ו-3 שבועות
גיל: 27.10 מספר ביקור: 0000006196665
שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: ילדים
סיבת הפניה: פניה לצורך קבלת מרשם
גורם משלם: 1 ביקור רגיל
ממצאי הבדיקה: אין צורך בבדיקה בביקור זה

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
PRESCRIPTION REQUEST			

תרופות	כמות	הגשה	X	אופן לקיחה	Dy	OP	צד לטיפול*	P	C	N	קוד	M	יח' שימוש
VERMOX 100MG X 6	1	Tab.	1	לבליעה	6	1		Y	N	N	20436		טבליה
VERMOX 100MG/5ML	5	Syr.	1	לבליעה	2	1		Y	N	N	2373		מ"ל

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

26/11/2014 17:40:17

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 27 שנים ו-11 חודשים
גיל: 27.10 מספר ביקור: 0000006798205
שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: ילדים
סיבת הפניה: מזה יממה חום 38.1, כאבי גרון.
גורם משלם: 1 ביקור רגיל
ממצאי הבדיקה: ללא סמני גרוי מנינגיאליים.
לוע גודש, שקדים מוגדלים ללא תפליט.
בלוטות צדצוואריות מעט מוגדלות.
ריאות, לב, בטן תקין. נוירולוגי תקין.

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
VIRAL INFECTIONS UNS			

עד תאריך	מתאריך	קוד	סוג האישור
27/11/2014	27/11/2014	C00001	אישור מחלה

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

15/01/2015 16:09:08

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 28 שנים ו- 3 שבועות

גיל: 28 מספר ביקור: 0000010016505

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: ילדים

סיבת הפניה: הפניה למעבדה

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: אין צורך בבדיקה בביקור זה

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
PREGNANCY - THIRD TRIMESTER			

קוד	בדיקות/הפניות
LAB000	בדיקות מעבדה

תרופות	כמות	הגשה	X	אופן לקיחה	Dy	OP	צד לטיפול*	P	C	N	קוד	M	יח' שימוש
DESOREN 5ML	2	Ear drop	3	לטפטף באוזן	5	1		Y	N	N	8829		טיפות
OTIDIN 10ML	2	Ear drop	3	לטפטף באוזן	5	1		Y	N	N	1595		טיפות

מוזמן למעקב:

☑ על פי צורך

! 0285100

09/02/2015 17:43:17

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 28 שנים, 1 חודשים ו- 2 שבועות

גיל: 28.1 מספר ביקור: 0000011740634

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: ילדים

סיבת הפניה: מזה יומיים כאבי גרון, ללא חום.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ללא סמני גרוי מניגיאליים.
לוע גודש, שקדים מוגדלים ללא תפליט. בלוטות צדצואריות מעט מוגדלות.
ריאות, לב, בטן תקין. נוירולוגי תקין.

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
PHARYNGITIS ACUTE			

קוד	בדיקות/הפניות
LAB000	משטח גרון

תרופות	כמות	הגשה	X	אופן לקיחה	Dy	OP	צד לטיפול*	P	C	N	קוד	M	יח' שימוש
PEN RAFA VK 500MG X 40	2	Tab.	2	לבליעה	10	1		Y	N	N	88078		טבליה

מוזמן למעקב:

☑ על פי צורך

! 0285100

27/02/2015 11:37:20

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 28 שנים, 2 חודשים ו- 1 שבועות

גיל: 28.1 מספר ביקור: 00012964983

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: ילדים

סיבת הפניה: לאחר אשפוז בשל עליה בתפקודי הכבד. טיפול באורסולית.
ביקור חוזר מתאריך: 15/01/2015
הפניה למעבדה

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ביקור חוזר מתאריך: 15/01/2015
אין צורך בבדיקה בביקור זה

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
PREGNANCY - THIRD TRIMESTER			
LIVER ENZYMES ELEVATED			ICP

קוד	בדיקות/הפניות
99865	חדר מיון

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

08/03/2015 16:24:13

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 28 שנים, 2 חודשים ו- 2 שבועות

גיל: 28.2 מספר ביקור: 00013470271

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: ילדים

סיבת הפניה: אשור רפואי
ביקור חוזר מתאריך: 27/02/2015
לאחר אשפוז בשל עליה בתפקודי הכבד. טיפול באורסולית.
ביקור חוזר מתאריך: 15/01/2015
הפניה למעבדה

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ביקור חוזר מתאריך: 27/02/2015
ביקור חוזר מתאריך: 15/01/2015
אין צורך בבדיקה בביקור זה

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
PREGNANCY - THIRD TRIMESTER			
LIVER ENZYMES ELEVATED			ICP

עד תאריך	מתאריך	קוד	סוג האישור
03/03/2015	02/03/2015	C00001	אישור מחלה

מוזמן למעקב:

על פי צורך

! 0285100

22/03/2015 12:06:09

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 28 שנים, 2 חודשים ו- 4 שבועות
גיל: 28.2 מספר ביקור: 00014323702
שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: ילדים
סיבת הפניה: כאבי אוזניים ונגעים בפה מזה מספר ימים, ללא חום.
גורם משלם: 1 ביקור רגיל
ממצאי הבדיקה: ללא סמני גרוי מנינגיאליים.
לוע גודש, שקדים מוגדלים ללא תפליט.
אוזניים מעט נוזלים.
בלוטות צדצוואריות מעט מוגדלות.
ריאות, לב, בטן תקין. נוירולוגי תקין.

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
OBSERVATION-PATIENT UNDER OBSERVATION			

תרופות	כמות	הגשה	X	אופן לקיחה	Dy	OP	צד לטיפול*	P	C	N	קוד	M	יח' שימוש
DAKTARIN ORAL GEL 2% X 40GR		Gel	3	למריחה	7	1		Y	N	N	587		.

מוזמן למעקב:

על פי צורך

! 0285100

01/04/2015 18:34:45

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 28 שנים, 3 חודשים ו- 1 שבועות
גיל: 28.3 מספר ביקור: 00015051821
שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: ילדים
סיבת הפניה: אשור רפואי
ביקור חוזר מתאריך: 22/03/2015
כאבי אוזניים ונגעים בפה מזה מספר ימים, ללא חום.
גורם משלם: 1 ביקור רגיל
ממצאי הבדיקה: ביקור חוזר מתאריך: 22/03/2015
ללא סמני גרוי מנינגיאליים.
לוע גודש, שקדים מוגדלים ללא תפליט.
אוזניים מעט נוזלים.
בלוטות צדצוואריות מעט מוגדלות.
ריאות, לב, בטן תקין. נוירולוגי תקין.

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
OBSERVATION-PATIENT UNDER OBSERVATION			

עד תאריך	מתאריך	קוד	סוג האישור
02/03/2015	01/03/2015	C00001	אישור מחלה

מוזמן למעקב:

☑ על פי צורך

0285100 !

06/04/2015 17:24:32

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 28 שנים, 3 חודשים ו- 2 שבועות

גיל: 28.3 מספר ביקור: 00015263048

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: ילדים

סיבת הפניה: פניה לצורך קבלת מרשם

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: אין צורך בבדיקה בביקור זה

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
PRESCRIPTION REQUEST			

תרופות	כמות	הגשה	X	אופן לקיחה	Dy	OP	צד לטיפול*	P	C	N	קוד	M	יח' שימוש
LACROMYCIN 5ML	2	Eye drop	3	לפטף בעין	5	1		Y	N	N	1162		טיפות
SYNTHOMYCINE EYE 5% X 3.6GR		Oculentu	1	למריחה	5	1		Y	N	N	2089		.
TEVACUTAN 15G		Crm.	2	למריחה	5	1		Y	N	N	21364		.

מוזמן למעקב:

☑ על פי צורך

0285100 !

15/04/2015 09:30:25

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 28 שנים, 3 חודשים ו- 3 שבועות

גיל: 28.3 מספר ביקור: 00015684523

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: ילדים

סיבת הפניה: מזה יממה כאבי גרון, לא נמדד חום.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ללא סמני גרוי מניגיאליים.
לוע גודש, שקדים מוגדלים ללא תפליט. בלוטות צדצוואריות מעט מוגדלות.
ריאות, לב, בטן תקין. נוירולוגי תקין.

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
PHARYNGITIS ACUTE			

קוד	בדיקות/הפניות
LAB000	משטח גרון

תרופות	כמות	הגשה	X	אופן לקיחה	Dy	OP	צד לטיפול*	P	C	N	קוד	M	יח' שימוש
MOXYVIT FORTE 500MG X 20	1	Cap.	3	לבליעה	10	2		Y	N	N	9630		כמוסה

מוזמן למעקב:

☑ אין צורך במעקב לביקור זה

! 0285100

28/04/2015 09:41:27

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 28 שנים ו- 4 חודשים

גיל: 28.4 מספר ביקור: 00016441890

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: ילדים

סיבת הפניה: עדיין כאבי גרון. משטח לוע שלילי. ללא חום.
ביקור חוזר מתאריך: 15/04/2015
מזה יממה כאבי גרון, לא נמדד חום.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ביקור חוזר מתאריך: 15/04/2015
ללא סמני גרוי מנינגיאליים.
לוע גודש, שקדים מוגדלים ללא תפליט. בלוטות צדצוואריות מעט מוגדלות.
ריאות, לב, בטן תקין. נוירולוגי תקין.

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
PHARYNGITIS ACUTE			

קוד	בדיקות/הפניות
LAB000	משטח גרון

תרופות	כמות	הגשה	X	אופן לקיחה	Dy	OP	צד לטיפול*	P	C	N	קוד	M	יח' שימוש
MOXYVIT FORTE 500MG X 20	1	Cap.	3	לבליעה	10	2		Y	N	N	9630		כמוסה

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

18/05/2015 09:14:39

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 28 שנים, 4 חודשים ו- 3 שבועות

גיל: 28.4 מספר ביקור: 00017747768

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: ילדים

סיבת הפניה: מזה 1 ימים הקאות ושלשולים מימיים עם ריר ללא דם, ללא חום.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ללא סמני צחיחות, ללא סמני גרוי מנינגיאליים.
א.א.ג. תקין, לב, ריאות תקין.
בטן רכה, ללא סמני גרוי צפקי, ללא אורגנומגליה, נייע ער.
נוירולוגי תקין.

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
GASTROENTERITIS INFECTIOUS PRESUMED			

קוד	בדיקות/הפניות
99862	אחות

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

09/06/2015 12:30:43

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 28 שנים, 5 חודשים ו-2 שבועות

גיל: 28.5 מספר ביקור: 00019129393

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: ילדים

סיבת הפניה: פניה לצורך קבלת מרשם

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: אין צורך בבדיקה בביקור זה

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
PRESCRIPTION REQUEST			

תרופות	כמות	הגשה	X	אופן לקיחה	Dy	OP	צד לטיפול*	P	C	N	קוד	M	יח' שימוש
OMEPRADEx 20MG X 30	1	Cap.	2	בלעיה	30	2		Y	N	N	59980		כמוסה

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

28/06/2015 17:13:23

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 28 שנים ו-6 חודשים

גיל: 28.6 מספר ביקור: 00020312299

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: ילדים

סיבת הפניה: כאבי גרון מזה מספר ימים, ללא חום.

ביקור חוזר מתאריך: 28/04/2015

עדיין כאבי גרון. משטח לוע שלילי. ללא חום.

ביקור חוזר מתאריך: 15/04/2015

מזה יממה כאבי גרון, לא נמדד חום.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ביקור חוזר מתאריך: 28/04/2015

ביקור חוזר מתאריך: 15/04/2015

ללא סמני גרוי מנינגיאליים.

לוע גודש, שקדים מוגדלים ללא תפליט. בלוטות צדצוואריות מעט מוגדלות.

ריאות, לב, בטן תקין. נוירולוגי תקין.

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
PHARYNGITIS ACUTE			

קוד	בדיקות/הפניות
LAB000	משטח גרון

תרופות	כמות	הגשה	X	אופן לקיחה	Dy	OP	צד לטיפול*	P	C	N	קוד	M	יח' שימוש
AFLUMYCIN 20GR		Crm.	2	למריחה	5	1		Y	N	N	7842		.

מוזמן למעקב:

על פי צורך

! 0285100

22/07/2015 15:42:27

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 28 שנים ו- 7 חודשים

גיל: 28.6 מספר ביקור: 00021916582

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: ילדים

ביקור מקוון: תאריך + שעת הזמנה : 09:46 22/07/2015 טל: 052-6105836
הערת המטופל: נושאי פנייה: אישור, היי ד"ר ליזרוביץ.
סוף סוף החלטתי להזיז קצת איברים :
אני צריכה בבקשה אישור שאין לי מניעה לעשות פעילות גופנית.
אם תוכל לתת את זה לפקידות ואז שיפקסו לי ל 03-6939397

תודה רבה רבה!

15:43:

הערת רופא: הטפסים הופקו לבקשתך.

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...

גורם משלם: 41 וירטואלי טפסים

ממצאי הבדיקה: בדיקה פיזיקלית ונוירולוגית תקינה

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
ELECTRONIC FORMS			
עוד תאריך	מתאריך	קוד	סוג האישור
		C00031	אישור לחדר כושר

מוזמן למעקב:

☒ אין צורך במעקב לביקור זה

! 0285100

13/08/2015 08:58:56

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 28 שנים, 7 חודשים ו- 3 שבועות

גיל: 28.7 מספר ביקור: 00023235906

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: ילדים

סיבת הפניה: פניה לצורך קבלת מרשם
ביקור חוזר מתאריך: 09/06/2015
פניה לצורך קבלת מרשם

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ביקור חוזר מתאריך: 09/06/2015
אין צורך בבדיקה בביקור זה

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
PRESCRIPTION REQUEST			

תרופות	כמות	הגשה	X	אופן לקיחה	Dy	OP	צד לטיפול*	P	C	N	קוד	M	יח' שימוש
OMEPRADEx 20MG X 30	1	Cap.	2	לבליעה	30	2		Y	N	N	59980		כמוסה

מוזמן למעקב:

☑ על פי צורך

! 0285100

08/10/2015 19:41:51

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 28 שנים, 9 חודשים ו- 2 שבועות

גיל: 28.9 מספר ביקור: 00026255515

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: ילדים

ביקור מקוון: תאריך + שעת הזמנה : 15:12 06/10/2015 טל: 052-6105836
הערת המטופל :נושאי פנייה:מרשם,הפניה, היי ד"ר לזרוביץ

אשמח אם תוכל להוציא לי הפניה לבדיקה של ההליקובקטור ובנוסף מרשם לאלפרליד (לא בטוחה שזה השם)
תודה רבה רבה !

19:43:

הערת רופא:הטפסים הופקו לבקשתך.

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...

גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

ממצאי הבדיקה: אין צורך בבדיקה בביקור זה

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
ELECTRONIC PRESCRIPTION			

קוד	בדיקות/הפניות
LAB000	בדיקות מעבדה

תרופות	כמות	הגשה	X	אופן לקיחה	Dy	OP	צד לטיפול*	P	C	N	קוד	M	יח' שימוש
ALPRALID 0.5MG X 30	1	Tab.	1	לבליעה	30	1		S	N	H	9495		טבליה

מוזמן למעקב:

☑ אין צורך במעקב לביקור זה

! 0285100

29/02/2016 10:26:20

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 29 שנים, 2 חודשים ו- 1 שבועות

גיל: 29.2 מספר ביקור: 00035743928

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: ילדים

סיבת הפניה: מזה יממה כאבי גרון, ללא נממד חום.כאבי ראש.

ביקור חוזר מתאריך: 28/06/2015

כאבי גרון מזה מספר ימים, ללא חום.

ביקור חוזר מתאריך: 28/04/2015

עדיין כאבי גרון. משטח לוע שלילי. ללא חום.

ביקור חוזר מתאריך: 15/04/2015

מזה יממה כאבי גרון, לא נממד חום.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ביקור חוזר מתאריך: 28/06/2015
ללא סמני גרוי מנינגיאליים.
לוע גודש, שקדים מוגדלים ללא תפליט. בלוטות צדצוואריות מעט מוגדלות.
ריאות, לב, בטן תקין. נוירולוגי תקין.

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			PHARYNGITIS ACUTE

סוג האישור	קוד	מתאריך	עד תאריך
אישור מחלה	C00001	29/02/2016	29/02/2016

מוזמן למעקב:
☒ על פי צורך

! 0285100

ביקור משפחה/ילדים

17/03/2016 15:45:49

גיל: 29 שנים, 2 חודשים ו-3 שבועות
גיל: 29.2 מספר ביקור: 00036894662
שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: ילדים
ביקור מקוון: תאריך + שעת הזמנה: 17/03/2016 13:30 טל: 52-6105836
הערת המטופל: נושאי פנייה: מרשם, היי ד"ר ליזרוביץ, אשמח שתנפיק לי מרשם לאפרליד,
בפעם הקודמת שהנפקת לי לא ניצלתי אותו ואני צריכה שיהיה עליי למקרה ש....
תודה רבה!
15:47:
הערת רופא: הטפסים הופקו לבקשתך.
סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...
גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים
ממצאי הבדיקה: אין צורך בבדיקה בביקור זה

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC PRESCRIPTION

יח' שימוש	M	קוד	P	C	N	צד לטיפול*	OP	Dy	אופן לקיחה	X	הגשה	כמות	תרופות
טבליה		9495	S	N	H		1	30	לבליעה	1	Tab.	1	ALPRALID 0.5MG X 30

מוזמן למעקב:
☒ אין צורך במעקב לביקור זה

! 0285100

ביקור משפחה/ילדים

20/03/2016 19:05:08

גיל: 29 שנים, 2 חודשים ו-4 שבועות
גיל: 29.2 מספר ביקור: 00037047550
שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: ילדים
סיבת הפניה: יעוץ רפואי
ביקור חוזר מתאריך: 13/08/2015

פניה לצורך קבלת מרשם
ביקור חוזר מתאריך: 09/06/2015
פניה לצורך קבלת מרשם
גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ביקור חוזר מתאריך: 13/08/2015
ביקור חוזר מתאריך: 09/06/2015
אין צורך בבדיקה בביקור זה

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			PRESCRIPTION REQUEST

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

05/07/2016 07:41:43

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 29 שנים, 6 חודשים ו-2 שבועות
גיל: 29.6 מספר ביקור: 00043257037
שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: ילדים
ביקור מקוון: תאריך + שעת הזמנה : 04/07/2016 16:37 טל: 52-6105836
הערת המטופל: נושאי פנייה: אישור, היי דר לזרוביץ, הייתי חולה היום וכנראה שגם מחר לא אלה.
תוכל להוציא לי בבקשה אישור מחלה על אתמול והיום ?

תודה רבה !

07:42:

הערת רופא: הטפסים הופקו לבקשתך.

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...

גורם משלם: 41 וירטואלי טפסים

ממצאי הבדיקה: אין צורך בבדיקה בביקור זה

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC FORMS

סוג האישור	קוד	מתאריך	עד תאריך
אישור מחלה	C00001	03/07/2016	04/07/2016

מוזמן למעקב:

☒ אין צורך במעקב לביקור זה

! 0285100

15/07/2016 10:11:34

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 29 שנים, 6 חודשים ו-3 שבועות
גיל: 29.6 מספר ביקור: 00043926210
שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: ילדים
סיבת הפניה: מזה שבוע כאבי גרון, ללא חום.
ביקור חוזר מתאריך: 29/02/2016

מזה יממה כאבי גרון, ללא נממד חום. כאבי ראש.
ביקור חוזר מתאריך: 28/06/2015
כאבי גרון מזה מספר ימים, ללא חום.
ביקור חוזר מתאריך: 28/04/2015
עדיין כאבי גרון. משטח לוע שלילי. ללא חום.
ביקור חוזר מתאריך: 15/04/2015
מזה יממה כאבי גרון, לא נממד חום.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ביקור חוזר מתאריך: 29/02/2016
ביקור חוזר מתאריך: 28/06/2015
ללא סמני גרוי מנינגיאליים.
לוע גודש, שקדים מוגדלים ללא תפליט. בלוטות צדצוואריות מעט מוגדלות.
ריאות, לב, בטן תקין. נוירולוגי תקין.

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			PHARYNGITIS ACUTE

בדיקות/הפניות	קוד
משטח גרון	LAB000

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

01/08/2016 10:56:33

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 29 שנים, 7 חודשים ו- 1 שבועות
גיל: 29.7 מספר ביקור: 00044913528
שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: ילדים

סיבת הפניה: אשור רפואי
ביקור חוזר מתאריך: 15/07/2016
מזה שבוע כאבי גרון, ללא חום.
ביקור חוזר מתאריך: 29/02/2016
מזה יממה כאבי גרון, ללא נממד חום. כאבי ראש.
ביקור חוזר מתאריך: 28/06/2015
כאבי גרון מזה מספר ימים, ללא חום.
ביקור חוזר מתאריך: 28/04/2015
עדיין כאבי גרון. משטח לוע שלילי. ללא חום.
ביקור חוזר מתאריך: 15/04/2015
מזה יממה כאבי גרון, לא נממד חום.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ביקור חוזר מתאריך: 15/07/2016
ביקור חוזר מתאריך: 29/02/2016
ביקור חוזר מתאריך: 28/06/2015
ללא סמני גרוי מנינגיאליים.
לוע גודש, שקדים מוגדלים ללא תפליט. בלוטות צדצוואריות מעט מוגדלות.
ריאות, לב, בטן תקין. נוירולוגי תקין.

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			PHARYNGITIS ACUTE

סוג האישור	קוד	מתאריך	עד תאריך
אישור מחלה	C00001	04/07/2016	05/07/2016

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

11/08/2016 15:41:30

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 29 שנים, 7 חודשים ו- 3 שבועות

גיל: 29.7 מספר ביקור: 00045575338

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: ילדים

ביקור מקוון: תאריך + שעת הזמנה : 11:19 11/08/2016 טל: 52-6105836
הערת המטופל: נושאי פנייה: מרשם, היי ד"ר ליזרוביץ
צריכה בבקשה מרשם לנרות אגיסטן ומשחה.
תודה רבה !

15:42:

הערת רופא: הטפסים הופקו לבקשתך.

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...

גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

ממצאי הבדיקה: אין צורך בבדיקה בביקור זה

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC PRESCRIPTION

יח' שימוש	M	קוד	P	C	N	צד לטיפול*	OP	Dy	אופן לקיחה	X	הגשה	כמות	תרופות
פתיליה		78001	S	N	N		1	3	להחדרה לנרתיק	1	Ovl.	1	CLOTHREE 200MG X 3
.		233	S	N	N		1	7	למריחה	2	Crm.		AGISTEN V VAG 2% X 20GR

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

28/09/2016 07:36:45

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 29 שנים, 9 חודשים ו- 1 שבועות

גיל: 29.9 מספר ביקור: 00048369583

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: ילדים

ביקור מקוון: תאריך + שעת הזמנה : 08:41 27/09/2016 טל: 52-6105836
הערת המטופל: נושאי פנייה: מרשם, שלום ד"ר ליזרוביץ, איבבתי את הקופסה של
האלפרליד שרשמת לי בפעם הקודמת, ואני טסה לחו"ל. אשמח אם תוכל להוציא לי מרשם
נוסף ?
תודה רבה !

07:37:

הערת רופא: הטפסים הופקו לבקשתך.

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...

גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

ממצאי הבדיקה: אין צורך בבדיקה בביקור זה

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC PRESCRIPTION

יח' שימוש	M	קוד	P	C	N	צד לטיפול*	OP	Dy	אופן לקיחה	X	הגשה	כמות	תרופות
טבליה		9495	S	N	H		1	30	לבליעה	1	Tab.	1	ALPRALID 0.5MG X 30

מוזמן למעקב:

☑ על פי צורך

! 0285100

ביקור משפחה/ילדים

08/01/2017 09:40:15

גיל: 30 שנים ו-2 שבועות

גיל: 30 מספר ביקור: 00054467070

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: ילדים

סיבת הפניה: מזה יומיים חום, כאבי גרון.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ללא סמני גרוי מניגיאלים.
לוע גודש, שקדים מוגדלים עם תפליט.
בלוטות צדזואריות מעט מוגדלות.
ריאות, לב, בטן תקין. נוירולוגי תקין.

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			TONSILLITIS ACUTE

קוד	בדיקות/הפניות	אחות
99862		

יח' שימוש	M	קוד	P	C	N	צד לטיפול*	OP	Dy	אופן לקיחה	X	הגשה	כמות	תרופות
אמפולה		8303	Y	N	N		1	5	להזרקה	1	Amp.	1	ABITREN 75MG X 5
טיפות		1556	Y	N	N		1	5	לבליעה	4	Oral dro	40	OPTALGIN LIQ 500MGX10ML

סוג האישור	קוד	מתאריך	עד תאריך
אישור מחלה	C00001	08/01/2017	10/01/2017

מוזמן למעקב:

☑ על פי צורך

! 0285100

ביקור משפחה/ילדים

05/03/2017 08:18:13

גיל: 30 שנים, 2 חודשים ו-2 שבועות

גיל: 30.2 מספר ביקור: 00058252795

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: ילדים

סיבת הפניה: לפני יומיים נחתכה מבכין באגודל מימין.
נבדקה במוקד, קבלה מנת דחף לטטנוס.
הדבקה. עם דרמהבונד. הפרשה סרוטית.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: חתך באורך 2 ס"מ ללא הפרשה מוגלתית.

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
LACERATION FINGER	Rt	S/P	

תרופות	כמות	הגשה	X	אופן לקיחה	Dy	OP	צד לטיפול*	P	C	N	קוד	M	יח' שימוש
AFLUMYCIN 20GR		Crm.	2	למריחה	5	1		Y	N	N	7842		.

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

27/07/2017 15:40:34

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 30 שנים ו- 7 חודשים

גיל: 30.6 מספר ביקור: 00067079408

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: ילדים

ביקור מקוון: תאריך + שעת הזמנה : 27/07/2017 12:33 טל: 52-6105836
הערת המטופל :נושאי פנייה:אישור, היי דר לזרוביץ
אני צריכה בבקשה שתנפיק לי אישור מחלה על היום ויום ראשון.

תודה רבה !

15:41:

הערת רופא:הטפסים הופקו לבקשתך.

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...

גורם משלם: 41 וירטואלי טפסים

ממצאי הבדיקה: אין צורך בבדיקה בביקור זה

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
ELECTRONIC FORMS			

סוג האישור	קוד	מתאריך	עד תאריך
אישור מחלה	C00001	27/07/2017	27/07/2017
אישור מחלה	C00001	30/07/2017	30/07/2017

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

11/08/2017 12:14:04

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 30 שנים, 7 חודשים ו- 3 שבועות

גיל: 30.7 מספר ביקור: 00067979756

שם רופא/ה: ד"ר לזרוביץ סורל
תחום הטיפול: ילדים

ביקור מקוון: תאריך + שעת הזמנה : 11/08/2017 10:14 טל: 52-6105836
הערת המטופל :נושאי פנייה:מרשם, היי ד"ר לזרוביץ
אני ממש תפוסה עם הגב ומה שעזר לי בעבר היה אטופן.
אשמח אם תוכל לרשום לי מרשם
תודה רבה

12:15:
הערת רופא:הטפסים הופקו לבקשתך.

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...
גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים
ממצאי הבדיקה: אין צורך בבדיקה בביקור זה

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
ELECTRONIC PRESCRIPTION			

תרופות	כמות	הגשה	X	אופן לקיחה	Dy	OP	צד לטיפול*	P	C	N	קוד	M	יח' שימוש
ETOPAN 400MG X 30	1	Tab.	2	לבליעה	15	1		S	N	N	75951		טבליה

מוזמן למעקב:

☑ על פי צורך

! 0285100

13/11/2017 20:12:16

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 30 שנים, 10 חודשים ו- 3 שבועות
גיל: 30.10 מספר ביקור: 00073622969

שם רופא/ה: ד"ר לזרוביץ סורל
תחום הטיפול: ילדים

ביקור מקוון: תאריך + שעת הזמנה : 13/11/2017 10:27 טל: 52-6105836
הערת המטופל :נושאי פנייה:מרשם, היי ד"ר לזרוביץ
האומפרדקס כבר עושה לי כ"כ טוב
ניסיתי כמה פעמים לוסק והוא עובד עליי טוב יותר.
תוכל בבקשה להוציא לי מרשם בעבורו ?

תודה

20:13:
הערת רופא:הטפסים הופקו לבקשתך.

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...
גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים
ממצאי הבדיקה: אין צורך בבדיקה בביקור זה

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
ELECTRONIC PRESCRIPTION			

תרופות	כמות	הגשה	X	אופן לקיחה	Dy	OP	צד לטיפול*	P	C	N	קוד	M	יח' שימוש
LOSEC 20MG X 30	1	Cap.	1	לבליעה	30	1		S	N	N	9333		כמוסה

מוזמן למעקב:

☑ על פי צורך

! 0285100

21/01/2018 08:18:56

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 31 שנים ו- 1 חודשים

גיל: 31 מספר ביקור: 00078251238

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: ילדים

סיבת הפניה: אשור רפואי

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: אין צורך בבדיקה בביקור זה

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			FILL OUT FORMS
			OBSERVATION-PATIENT UNDER OBSERVATION

קוד	בדיקות/הפניות
LAB000	בדיקות מעבדה
LAB000	בדיקות מעבדה

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

26/02/2018 18:46:24

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 31 שנים, 2 חודשים ו- 1 שבועות

גיל: 31.1 מספר ביקור: 00080888214

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: ילדים

סיבת הפניה: פניה לצורך קבלת מרשם

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: אין צורך בבדיקה בביקור זה

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			PRESCRIPTION REQUEST

יח' שימוש	M	קוד	P	C	N	צד לטיפול*	OP	Dy	אופן לקיחה	X	הגשה	כמות	תרופות
.	0	11754	M	N	N		2	10	למריחה	1	Crm.	0	LOCATOP 30G
.	0	11754	Y	N	N		2	10	למריחה	1	Crm.		LOCATOP 30G

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

26/02/2018 19:48:28

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 31 שנים, 2 חודשים ו- 1 שבועות

גיל: 31.1 מספר ביקור: 00080894480

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: ילדים

ביקור מקוון: תאריך + שעת הזמנה : 14:34 26/02/2018 טל:52-6105836

הערת המטופל: נושאי פנייה:מרשם, היי ד"ר לזרוביץ.

צריכה בבקשה מרשם למשחה שטובה לאקזמה/ פטריה.
השתמשתי בטבע קוטן אבל אין שיפור ממש.

זוכרת שהאלוקום טובה במקרים האלו.

תודה

19:48:53:

הערת רופא:המרשם ניתן במרפאה

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה- מענה ללא הפקה

גורם משלם: 41 וירטואלי טפסים

ממצאי הבדיקה: אין צורך בבדיקה בביקור זה

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
ELECTRONIC FORMS			

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

22/04/2018 10:03:16

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 31 שנים ו- 4 חודשים

גיל: 31.3 מספר ביקור: 00084131499

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: ילדים

סיבת הפניה: מזה 4 ימים שיעול פרודוקטיבי, צרידות, ללא חום.

כאבי אוזן ימין מצהריים פנייה.

ביקור חוזר מתאריך 01/08/2016:

מזה שבוע כאבי גרון, ללא חום.

ביקור חוזר מתאריך: 29/02/2016

מזה יממה כאבי גרון, ללא נמדם חום. כאבי ראש.

ביקור חוזר מתאריך: 28/06/2015

כאבי גרון מזה מספר ימים, ללא חום.

ביקור חוזר מתאריך: 28/04/2015

עדיין כאבי גרון. משטח לוע שלילי. ללא חום.

ביקור חוזר מתאריך: 15/04/2015

מזה יממה כאבי גרון, לא נמדם חום.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: מירינגיטיס מימין.

ללא סמני גרוי מנינגיאליים.

לוע גודש, שקדים מוגדלים ללא תפליט. בלוטות צדצואריות מעט מוגדלות.

ריאות, לב, בטן תקין. נוירולוגי תקין.

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
PHARYNGITIS ACUTE			
MYRINGITIS BULLOUS			

קוד	בדיקות/הפניות
LAB000	בדיקות מעבדה

תרופות	כמות	הגשה	X	אופן לקיחה	Dy	OP	צד לטיפול*	P	C	N	קוד	M	יח' שימוש
DESLOTRADINE <G> 5MG X 15	1	Tab.	1	לבליעה	15	1		M	N	N	48793	0	טבליה
RE CARE N ACETYL 200MG X 30	1	Efferv.tab.	3	להמיס ולשתות	10	1		M	N	N	49173	0	טבליה
DESLOTRADINE <G> 5MG X 15	1	Tab.	1	לבליעה	15	1		Y	N	N	48793	0	טבליה
RE CARE N ACETYL 200MG X 30	1	Efferv.tab.	3	להמיס ולשתות	10	1		Y	N	N	49173	0	טבליה
DESO CARE 5ML	2	Ear drops	3	לטפטף באוזן	5	2		Y	N	N	33406	0	טיפות

מוזמן למעקב:

☑ על פי צורך

! 0285100

30/04/2018 07:59:55

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 31 שנים, 4 חודשים ו- 1 שבועות

גיל: 31.4 מספר ביקור: 00084714411

שם רופא/ה: ד"ר לזרוביץ סורל תחום הטיפול: ילדים

סיבת הפניה:

עדיין לחץ באוזן ימין. ללא חום.
ביקור חוזר מתאריך 22/04/2018:
מזה 4 ימים שיעול פרודוקטיבי, צרידות, ללא חום.
כאבי אוזן ימין מצהריים פנייה.
ביקור חוזר מתאריך 01/08/2016:
מזה שבוע כאבי גרון, ללא חום.
ביקור חוזר מתאריך 29/02/2016:
מזה יממה כאבי גרון, ללא נמנח חום. כאבי ראש.
ביקור חוזר מתאריך 28/06/2015:
כאבי גרון מזה מספר ימים, ללא חום.
ביקור חוזר מתאריך 28/04/2015:
עדיין כאבי גרון. משטח לוע שלילי. ללא חום.
ביקור חוזר מתאריך 15/04/2015:
מזה יממה כאבי גרון, לא נמנח חום.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ביקור חוזר מתאריך 22/04/2018:

מירינגיטיס מימין.
ללא סמני גרוי מנינגיאליים.
לוע גודש, שקדים מוגדלים ללא תפליט. בלוטות צדצואריות מעט מוגדלות.
ריאות, לב, בטן תקין. נוירולוגי תקין.

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
PHARYNGITIS ACUTE			
MYRINGITIS BULLOUS			

תרופות	כמות	הגשה	X	אופן לקיחה	Dy	OP	צד לטיפול*	P	C	N	קוד	M	יח' שימוש
DESO CARE 5ML	2	Ear drops	3	לטפטף באוזן	5	1		M	N	N	33406	0	טיפות

מוזמן למעקב:

☑ על פי צורך

! 0285100

16/05/2018 08:55:57

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 31 שנים, 4 חודשים ו- 3 שבועות

גיל: 31.4 מספר ביקור: 00085863060

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל
תחום הטיפול: ילדים

סיבת הפניה: הפניה למעבדה

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: אין צורך בבדיקה בביקור זה

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			FILL OUT FORMS

בדיקות/הפניות	קוד
בדיקות מעבדה	LAB000

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

27/05/2018 09:08:03

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 31 שנים ו- 5 חודשים

גיל: 31.4 מספר ביקור: 00086470158

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל
תחום הטיפול: ילדים

סיבת הפניה: פניה לצורך קבלת מרשם.
יעוץ דיאטנית-לאחר ירידה במשקל. רמת ברזל נמוכה.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ללא סמני צחיחות, ללא סמני גרוי מנינגיאליים.
א.א.ג. תקין, לב, ריאות תקין.
בטן רכה, ללא סמני גרוי צפקי, ללא אורגנומגליה, ניע ער.
נירולוגי תקין.

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			VACCINATION NEEDED - HEPATITIS B
			IRON DEFICIENCY WITHOUT ANEMIA
			VEGETARIANISM

בדיקות/הפניות	קוד
אחות	99862
הפניה ליעוץ דיאטטי	CON94

יח' שימוש	M	קוד	P	C	N	צד לטיפול*	OP	Dy	אופן לקיחה	X	הגשה	כמות	תרופות
בבקבוקון	0	75231	M	N	N		3	3	להזרקה	1	Vial	1	ENGRIX B 20MCG/DOSE

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

27/08/2018 10:11:22

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 31 שנים ו- 8 חודשים

גיל: 31.7 מספר ביקור: 00092775903

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל
תחום הטיפול: ילדים

סיבת הפניה: מזה יממה חום, כאבי גרון.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ללא סמני גרוי מנינגיאליים.
לוע גודש, שקדים מוגדלים ללא תפליט. בלוטות צדצוואריות מעט מוגדלות.
ריאות, לב, בטן תקין. נוירולוגי תקין.

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			PHARYNGITIS ACUTE

קוד	בדיקות/הפניות
LAB000	משטח גרון

תרופות	כמות	הגשה	X	אופן לקיחה	Dy	OP	צד לטיפול*	P	C	N	קוד	M	יח' שימוש
PEN RAFA VK 500MG X 40	2	Tab.	2	לבליעה	10	1		M	N	N	88078	0	טבליה
ENGERIX B 20MCG/DOSE	1	Vial	1	להזרקה	1	1		M	N	N	75231	0	בקבוקון

קוד	מתאריך	עד תאריך	סוג האישור
C00001	26/08/2018	28/08/2018	אישור מחלה

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

26/09/2018 08:45:47

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 31 שנים ו-9 חודשים

גיל: 31.8 מספר ביקור: 00094392892

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: ילדים

סיבת הפניה: מזה 3 ימים חום מלווה בנזלת ושיעול. נבדקה במוקד בקור רופא ללא ממצא פטולוגי גס.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ללא סמני גרוי מנינגיאליים. מנוזלת. לוע גודש ללא תפליט. אוזניים נוזלים דו צדדי.
ריאות כניסת אוויר טובה דו צדדי עם חרחורים גסים דו צדדי.
לב, בטן תקין. נוירולוגי תקין.

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			UPPER RESPIRATORY INFECTIONS ACUTE UNS

קוד	בדיקות/הפניות
99862	אחות

תרופות	כמות	הגשה	X	אופן לקיחה	Dy	OP	צד לטיפול*	P	C	N	קוד	M	יח' שימוש
ENGERIX B 20MCG/DOSE	1	Vial	1	להזרקה	1	1		M	N	N	75231	0	בקבוקון

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

11/10/2018 08:03:37

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 31 שנים, 9 חודשים ו- 3 שבועות

גיל: 31.9 מספר ביקור: 00095376747

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: ילדים

סיבת הפניה: עדיין שיעול טורדני, פרודוקטיבי, לא נמדד חום.
ביקור חוזר מתאריך 26/09/2018:
מזה 3 ימים חום מלווה בנזלת ושיעול. נבדקה במוקד בקור רופא ללא ממצא פטולוגי גס.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ביקור חוזר מתאריך 26/09/2018:
ללא סמני גרוי מניגיאליים. מנוזלת. לוע גודש ללא תפליט. אוזניים נוזלים דוצדדי.
ריאות כניסת אוויר טובה דוצדדי עם חרחורים גסים דוצדדי.
לב, בטן תקין. ניירולוגי תקין.

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			UPPER RESPIRATORY INFECTIONS ACUTE UNS

קוד	בדיקות/הפניות
99862	אחות
99942	מכון רנטגן

תרופות	כמות	הגשה	X	אופן לקיחה	Dy	OP	צד לטיפול*	P	C	N	קוד	M	יח' שימוש
HISTAFED COMP LIN 115ML	10	Syr.	3	לבליעה	5	2		M	N	N	978	0	מ"ל
ZETO 250MG X 6	2	Tab.	1	לבליעה	3	1		M	N	N	9601	0	טבליה

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

12/10/2018 10:26:48

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 31 שנים, 9 חודשים ו- 3 שבועות

גיל: 31.9 מספר ביקור: 00095485997

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: ילדים

סיבת הפניה: אשור רפואי
ביקור חוזר מתאריך 11/10/2018:
עדיין שיעול טורדני, פרודוקטיבי, לא נמדד חום.
ביקור חוזר מתאריך 26/09/2018:
מזה 3 ימים חום מלווה בנזלת ושיעול. נבדקה במוקד בקור רופא ללא ממצא פטולוגי גס.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ביקור חוזר מתאריך 11/10/2018:
ביקור חוזר מתאריך 26/09/2018:
ללא סמני גרוי מניגיאליים. מנוזלת. לוע גודש ללא תפליט. אוזניים נוזלים דוצדדי.
ריאות כניסת אוויר טובה דוצדדי עם חרחורים גסים דוצדדי.
לב, בטן תקין. ניירולוגי תקין.

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			UPPER RESPIRATORY INFECTIONS ACUTE UNS

מוזמן למעקב:

על פי צורך

! 0285100

ביקור משפחה/ילדים

15/11/2018 18:34:41

גיל: 31 שנים, 10 חודשים ו-3 שבועות

גיל: 31.10 מספר ביקור: 00098065304

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: ילדים

ביקור מקוון: 18:36:27
בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.
הערת הרופא:

סיבת הפניה: הפניה למעבדה
ביקור חוזר מתאריך 12/10/2018:
אשור רפואי
ביקור חוזר מתאריך 11/10/2018:
עדיין שיעול טורדני, פרודוקטיבי, לא נמדד חום.
ביקור חוזר מתאריך 26/09/2018:
מזה 3 ימים חום מלווה בנזלת ושיעול. נבדקה במוקד בקור רופא ללא ממצא פטולוגי גס.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ביקור חוזר מתאריך 12/10/2018:
ביקור חוזר מתאריך 11/10/2018:
ביקור חוזר מתאריך 26/09/2018:
ללא סמני גרוי מנינגיאליים. מנוזלת. לוע גודש ללא תפליט. אוזניים נוזלים דו צדדי.
ריאות כניסת אוויר טובה דו צדדי עם חרחורים גסים דו צדדי.
לב, בטן תקין. נירולוגי תקין.

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			OBSERVATION-PATIENT UNDER OBSERVATION

קוד	בדיקות/הפניות
LAB000	בדיקות מעבדה

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

ההפניה לבדיקות המפורטות להלן נחסמה באופן ממוחשב, עקב חריגה מההנחיות הקליניות המפורטות:

שם הבדיקה	סיבת החסימה	בקשה לאישור חריג לביצוע	סוג גורם מאשר
VITAMIN B-12	הבדיקה בוצעה בשנה האחרונה והערך בין 300 ל-900		מנהל תחום מעבדות ירוק

! 0285100

ביקור משפחה/ילדים

29/11/2018 09:03:02

גיל: 31 שנים, 11 חודשים ו-1 שבועות

גיל: 31.11 מספר ביקור: 00099039153

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: ילדים

סיבת הפניה: מזה יממה חום, כאבי גרון, שרירים ופרקים.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ללא סמני גרוי מנינגיאליים.
לוע גודש, שקדים מוגדלים עם תפליט.
בלוטות צדצוואריות מעט מוגדלות.

ריאות, לב, בטן תקין. נוירולוגי תקין.

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			TONSILLITIS ACUTE
			IRON DEFICIENCY WITHOUT ANEMIA

קוד	בדיקות/הפניות
LAB000	משטח גרון
CON94	הפניה ליעוץ דיאטטי

תרופות	כמות	הגשה	X	אופן לקיחה	Dy	OP	צד לטיפול*	P	C	N	קוד	M	יח' שימוש
PEN RAFA VK 500MG X 40	2	Tab.	2	לבליעה	10	1		M	N	N	88078	0	טבליה

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

02/12/2018 07:36:38

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 31 שנים, 11 חודשים ו-1 שבועות

גיל: 31.11 מספר ביקור: 00099165182

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: ילדים

סיבת הפניה: צמיחת סטרפטוקוק במשטח לוע
ביקור חוזר מתאריך 29/11/2018:
מזה יממה חום, כאבי גרון, שרירים ופרקים.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ביקור חוזר מתאריך 29/11/2018:
ללא סמני גרוי מנינגיאליים.
לוע גודש, שקדים מוגדלים עם תפליט.
בלוטות צדצוואריות מעט מוגדלות.
ריאות, לב, בטן תקין. נוירולוגי תקין.

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			IRON DEFICIENCY WITHOUT ANEMIA
			STREPTOCOCCAL PHARYNGITIS OR TONSILITTIS

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

07/12/2018 08:15:37

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 31 שנים, 11 חודשים ו-2 שבועות

גיל: 31.11 מספר ביקור: 00099602063

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: ילדים

סיבת הפניה: בת 31, מגיל לימודים בעית קשב ותווך ריכוז נמוך.
לא עברה אבחון.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: אישונים שווים ומגיבים, תנועות עיניים מלאות.
החזר GAG שמור. יתר עצבים קרניאליים-תקין.

ללא סמני צד או פירמידליים.

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
		Sus	ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVE DISORDER

קוד	בדיקות/הפניות
CON20	התייעצות מומחה - נירולוגיה

יח' שימוש	M	קוד	N	C	P	צד לטיפול*	OP	Dy	אופן לקיחה	X	הגשה	כמות	תרופות
כמוסה	1	61783	Y	Y	Y		1	30	לבליעה	1	Cap.	1	RITALIN LA 40MG X 30

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

ביקור משפחה/ילדים

23/01/2019 10:47:34

גיל: 32 שנים ו-1 חודשים

גיל: 32 מספר ביקור: 00103196063

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: ילדים

סיבת הפניה: מזה יומיים חום, שיעול, כאבי שרירים ופרקים.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ללא סמני גרוי מניגיאליים.
לוע גודש, שקדים ללא תפליט. בלוטות צדצוואריות מעט מוגדלות.
ריאות, לב, בטן תקין. נירולוגי תקין.

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			VIRAL INFECTIONS UNS

סוג האישור	קוד	מתאריך	עד תאריך
אישור מחלה	C00001	22/01/2019	24/01/2019

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

ביקור משפחה/ילדים

18/02/2019 07:41:34

גיל: 32 שנים, 1 חודשים ו-4 שבועות

גיל: 32.1 מספר ביקור: 00105195908

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: ילדים

ביקור מקוון: תאריך + שעת הזמנה: 18/02/2019 07:16:51 טל: 52-6105836

הערת המטופל:
הערה לתרופות: ריטלין

07:42:02

הערת רופא:המרשמים לתרופות: RITALIN LA, הודפסו במרפאה ונחתמו ידנית על ידי הרופאה. לקבלת תרופות אלו יש חובה להגיע לבית המרקחת עם המרשם המקורי. ניתן

לאסוף את המרשמים מהמרפאה בשעות הפעילות.

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...
הפקת מרשמים לתרופות קבועות.

גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

ממצאי הבדיקה: אין צורך בבדיקה בביקור זה

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
ELECTRONIC PRESCRIPTION			

תרופות	כמות	הגשה	X	אופן לקיחה	Dy	OP	צד לטיפול*	P	C	N	קוד	M	יח' שימוש
RITALIN LA 40MG X 30	1	Cap.	1	לבליעה	30	1		Y	Y	Y	61783	1	כמוסה

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

11/03/2019 19:55:31

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 32 שנים, 2 חודשים ו- 2 שבועות

גיל: 32.2 מספר ביקור: 00106866826

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: ילדים

סיבת הפניה: פניה לצורך קבלת מרשם
ביקור חוזר מתאריך 07/12/2018:
בת 31, מגיל לימודים בעית קשב ותווך ריכוז נמוך.
לא עברה אבחון.
הפקת מרשמים לתרופות קבועות.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ביקור חוזר מתאריך 07/12/2018:
אישונים שווים ומגיבים, תנועות עיניים מלאות.
החזר GAG שמור. יתר עצבים קרניאליים-תקין.
ללא סמני צד או פירמידליים.

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVE DISORDER	Sus		
CHRONIC MEDICATION REFILL			

תרופות	כמות	הגשה	X	אופן לקיחה	Dy	OP	צד לטיפול*	P	C	N	קוד	M	יח' שימוש
RITALIN LA 40MG X 30	1	Cap.	1	לבליעה	30	1		Y	Y	Y	61783	1	כמוסה

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

07/04/2019 10:55:05

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 32 שנים, 3 חודשים ו- 2 שבועות

גיל: 32.3 מספר ביקור: 00108733703

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: ילדים

ביקור מקוון: 10:56:29
בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.
הערת הרופא:

סיבת הפניה: אשור רפואי
ביקור חוזר מתאריך 23/01/2019:
מזה יומיים חום, שיעול, כאבי שרירים ופרקים.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ביקור חוזר מתאריך 23/01/2019:
ללא סמני גרוי מנינגיאליים.
לוע גודש, שקדים ללא תפליט. בלוטות צדצוואריות מעט מוגדלות.
ריאות, לב, בטן תקין. נוירולוגי תקין.

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			VIRAL INFECTIONS UNS

סוג האישור	קוד	מתאריך	עד תאריך
אישור מחלה	C00001	17/03/2019	17/03/2019

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

08/04/2019 19:51:27

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 32 שנים, 3 חודשים ו- 2 שבועות

גיל: 32.3 מספר ביקור: 00108913398

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: ילדים

סיבת הפניה: אשור רפואי
ביקור חוזר מתאריך 07/04/2019:
אשור רפואי
ביקור חוזר מתאריך 23/01/2019:
מזה יומיים חום, שיעול, כאבי שרירים ופרקים.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ביקור חוזר מתאריך 07/04/2019:
ביקור חוזר מתאריך 23/01/2019:
ללא סמני גרוי מנינגיאליים.
לוע גודש, שקדים ללא תפליט. בלוטות צדצוואריות מעט מוגדלות.
ריאות, לב, בטן תקין. נוירולוגי תקין.

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			VIRAL INFECTIONS UNS

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

14/04/2019 09:26:26

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 32 שנים, 3 חודשים ו- 3 שבועות

גיל: 32.3 מספר ביקור: 00109186845

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל

תחום הטיפול: ילדים

סיבת הפניה: פניה לצורך קבלת מרשם
ביקור חוזר מתאריך 08/04/2019
אשור רפואי
ביקור חוזר מתאריך 07/04/2019
אשור רפואי
ביקור חוזר מתאריך 23/01/2019
מזה יומיים חום, שיעול, כאבי שרירים ופרקים.
הפקת מרשמים לתרופות קבועות.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ביקור חוזר מתאריך 08/04/2019
ביקור חוזר מתאריך 07/04/2019
ביקור חוזר מתאריך 23/01/2019
ללא סמני גרוי מנינגיאליים.
לוע גודש, שקדים ללא תפליט. בלוטות צדצוואריות מעט מוגדלות.
ריאות, לב, בטן תקין. נוירולוגי תקין.

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
OBSERVATION-PATIENT UNDER OBSERVATION			
CHRONIC MEDICATION REFILL			

קוד	בדיקות/הפניות
LAB000	בדיקות מעבדה
LAB000	בדיקות מעבדה

תרופות	כמות	הגשה	X	אופן לקיחה	Dy	OP	צד לטיפול*	P	C	N	קוד	M	יח' שימוש
DESLOTRADINE 5MG X 30	1	Tab.	1	לבליעה	30	1		M	N	N	48794	0	טבליה
FENISTIL DRP 20ML 1MG/1MLX20	30	Oral drops	3	לבליעה	5	1		M	N	N	8387	0	טיפות
RITALIN LA 40MG X 30	1	Cap.	1	לבליעה	30	1		Y	Y	Y	61783	3	כמוסה

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

גיל: 32 שנים, 5 חודשים ו-3 שבועות

גיל: 32.5 מספר ביקור: 00113649372

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל

תחום הטיפול: ילדים

סיבת הפניה: הפניה למעבדה
ביקור חוזר מתאריך 14/04/2019
פניה לצורך קבלת מרשם
ביקור חוזר מתאריך 08/04/2019
אשור רפואי
ביקור חוזר מתאריך 07/04/2019
אשור רפואי
ביקור חוזר מתאריך 23/01/2019
מזה יומיים חום, שיעול, כאבי שרירים ופרקים.
הפקת מרשמים לתרופות קבועות.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ביקור חוזר מתאריך 14/04/2019
ביקור חוזר מתאריך 08/04/2019
ביקור חוזר מתאריך 07/04/2019
ביקור חוזר מתאריך 23/01/2019
ללא סמני גרוי מנינגיאליים.
לוע גודש, שקדים ללא תפליט. בלוטות צדצוואריות מעט מוגדלות.
ריאות, לב, בטן תקין. נוירולוגי תקין.

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			OBSERVATION-PATIENT UNDER OBSERVATION
			CHRONIC MEDICATION REFILL

קוד	בדיקות/הפניות
LAB000	בדיקות מעבדה

מוזמן למעקב:

☑ על פי צורך

! 0285100

23/06/2019 18:41:18

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 32 שנים ו- 6 חודשים

גיל: 32.5 מספר ביקור: 00114052210

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: ילדים

סיבת הפניה: תופעות לוואי לאחר ברזל פומי, גם תכשירי ברזל עדין. הפניה לונפור.
ביקור חוזר מתאריך 18/06/2019
הפניה למעבדה
ביקור חוזר מתאריך 14/04/2019
פניה לצורך קבלת מרשם
ביקור חוזר מתאריך 08/04/2019
אשור רפואי
ביקור חוזר מתאריך 07/04/2019
אשור רפואי
ביקור חוזר מתאריך 23/01/2019
מזה יומיים חום, שיעול, כאבי שרירים ופרקים.
הפקת מרשמים לתרופות קבועות.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ביקור חוזר מתאריך 18/06/2019
ביקור חוזר מתאריך 14/04/2019
ביקור חוזר מתאריך 08/04/2019
ביקור חוזר מתאריך 07/04/2019
ביקור חוזר מתאריך 23/01/2019
ללא סמני גרוי מנינגיאליים.
לוע גודש, שקדים ללא תפליט. בלוטות צדצוואריות מעט מוגדלות.
ריאות, לב, בטן תקין. נוירולוגי תקין.

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			OBSERVATION-PATIENT UNDER OBSERVATION
			IRON DEFICIENCY ANEMIA
			HAIR LOSS

קוד	בדיקות/הפניות
99866	מרכז טיפול יום
99862	אחות

תרופות	כמות	הגשה	X	אופן לקיחה	Dy	OP	צד לטיפול*	P	C	N	קוד	M	יח' שימוש
VENOFER 100MG/5ML	2	Amp.	1	להזרקה	30	2		M	N	N	9602	0	אמפולה
ENGERIX B 20MCG/DOSE	1	Vial	1	להזרקה	1	1		M	N	N	75231	0	בקבוקון
AMOXY CARE 500MG X 20	1	Cap.	3	לבליעה	7	2		M	N	N	33371	0	כמוסה

מוזמן למעקב:

☑ על פי צורך

! 0285100

25/06/2019 08:29:54

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 32 שנים ו- 6 חודשים

גיל: 32.5 מספר ביקור: 00114167144

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: ילדים

סיבת הפניה:

הפניה למעבדה

ביקור חוזר מתאריך 24/06/2019:

אשפוז יום לקראת וונופר

אנמיה מינימלית המוגלובין 11.6 אמ כי המוגלובין קודם היה 13

לפני כחצי שנה חסר ברזל, אין בדיקה עדכנית

מציעה לבדוק קודם משק ברזל, אחרת אין אינדיקציה

לא בהריון.

לפי המוגלובין נוכחי ומשקל: פחות מ-600 מ"ג

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: אין צורך בבדיקה בביקור זה

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
ANEMIA			minimal

קוד	בדיקות/הפניות
LAB000	בדיקות מעבדה
99862	אחות

מוזמן למעקב:

☑ על פי צורך

ההפניה לבדיקות המפורטות להלן נחסמה באופן ממוחשב, עקב חריגה מההנחיות הקליניות המפורטות:

שם הבדיקה	סיבת החסימה	בקשה לאישור חריג לביצוע	סוג גורם מאשר
VITAMIN B-12	הבדיקה בוצעה בשנתיים האחרונות ללא תוצאה חריגה		

! 0285100

26/06/2019 16:46:09

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 32 שנים ו- 6 חודשים

גיל: 32.5 מספר ביקור: 00114310279

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: ילדים

ביקור מקוון:

16:49:13

בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.

הערת הרופא:

סיבת הפניה: ירידה נוספת בהמוגלובין ורמת ברזל. פריטין גבולי, ירידה משנה שעברה.
ביקור חוזר מתאריך 25/06/2019:
הפניה למעבדה
ביקור חוזר מתאריך 24/06/2019:
אשפוז יום לקראת וונופר
אנמיה מינימלית המוגלובין 11.6 אם כי המוגלובין קודם היה 13
לפני כחצי שנה חסר ברזל, אין בדיקה עדכנית
מציעה לבדוק קודם משק ברזל, אחרת אין אינדיקציה
לא בהריון.
לפי המוגלובין נוכחי ומשקל: פחות מ-600 מ"ג

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ביקור חוזר מתאריך 25/06/2019:
אין צורך בבדיקה בביקור זה

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
ANEMIA	Exa		
FOLIC ACID DEFICIENCY			

קוד	בדיקות/הפניות
99866	מרכז טיפול יום

תרופות	כמות	הגשה	X	אופן לקיחה	Dy	OP	צד לטיפול*	P	C	N	קוד	M	יח' שימוש
FOLIC ACID MAC 5MG X 30	1	Tab.	1	אופן לבליעה	90	3		I	N	N	70128	0	טבליה

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

04/07/2019 08:34:58

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 32 שנים, 6 חודשים ו- 1 שבועות

גיל: 32.6 מספר ביקור: 00114872819

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: ילדים

ביקור מקוון: 08:36:05
בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.
הערת הרופא:

סיבת הפניה: פניה לצורך קבלת מרשם
ביקור חוזר מתאריך 26/06/2019:
ירידה נוספת בהמוגלובין ורמת ברזל. פריטין גבולי, ירידה משנה שעברה.
ביקור חוזר מתאריך 25/06/2019:
הפניה למעבדה
ביקור חוזר מתאריך 24/06/2019:
אשפוז יום לקראת וונופר
אנמיה מינימלית המוגלובין 11.6 אם כי המוגלובין קודם היה 13
לפני כחצי שנה חסר ברזל, אין בדיקה עדכנית
מציעה לבדוק קודם משק ברזל, אחרת אין אינדיקציה
לא בהריון.
לפי המוגלובין נוכחי ומשקל: פחות מ-600 מ"ג

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ביקור חוזר מתאריך 26/06/2019:
ביקור חוזר מתאריך 25/06/2019:

אין צורך בבדיקה בביקור זה

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
		Exa	ANEMIA
			FOLIC ACID DEFICIENCY

יח' שימוש	M	קוד	P	C	N	צד לטיפול*	OP	Dy	אופן לקיחה	X	הגשה	כמות	תרופות		
אמפולה	0	9602	I	N	N			2	30		להזרקה	1	Amp.	2	VENOFER 100MG/5ML

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

ביקור משפחה/ילדים

08/07/2019 12:18:21

גיל: 32 שנים, 6 חודשים ו-2 שבועות

גיל: 32.6 מספר ביקור: 00115156288

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: ילדים

סיבת הפניה: לאחר תגובה אלרגית במתן ונופר-אשפוז יום נתניה.
ביקור חוזר מתאריך 04/07/2019:
טיפול יום נתניה דרום:
הופנתה למנה ראשונה של venofer
במעבדה אנמיה המוגלובין 11.4, פריטין 12
כדורי ברזל spatoni גורמים לת"ל בחילות כאבי בטן
שוללת הריון
תרופות קבועות ריטלין (היום לא נטלה ריטלין)
אלרגיה לסולפה.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ביקור חוזר מתאריך 04/07/2019:

במצב כללי טוב
ללא סימני מצוקה נשימתית
לב במפ ריאות במפ.

הותחל עירוי ונופר 100מג, לאחר כ 15 דקות הופיע גרד ופריחה, האחות ראתה נגע של urticaria בירך ימין ובהמשך פריחה עדינה ביד שמאל ובירך ימין, היה גם גרד בידיים וברגליים בבטן
ללא בצקות.
ללא שינוי לחץ דם או דופק.
טופלה בעירוי נוזלים CC 1000
סירבה לprothiazine ולכן טופלה בטלפסט 180מג
בגלל המשכות גרודים קיבלה טיפול solumedrol 125mg עם הטבה
נשארה בהשגחה במרפאה
ללא בצקות, שמרה על יציבות המודינמית ונשימתית, ריאות כניסת אויר שווה דוצ ללא
קרפיטציות ללא צפצופים, פריחה וגירודים פסקו.

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ANEMIA
פריחה וגרד- to venofer			ALLERGIC REACTION UNS

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

10/07/2019 18:09:47

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 32 שנים, 6 חודשים ו-2 שבועות

גיל: 32.6 מספר ביקור: 00115386968

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: ילדים

סיבת הפניה: לאחר תופעת אלרגית לאחר מתן ונופר
ביקור חוזר מתאריך 08/07/2019:
לאחר תגובה אלרגית במתן ונופר-אשפוז יום נתניה.
ביקור חוזר מתאריך 04/07/2019:
טיפול יום נתניה דרום:
הופנתה למנה ראשונה של venofer
במעבדה אנמיה המוגלובין 11.4, פריטין 12
כדורי ברזל spatoni גורמים לת"ל בחילות כאבי בטן
שוללת הריון
תרופות קבועות ריטלין (היום לא נטלה ריטלין)
אלרגיה לסולפה.

הפקת מרשמים לתרופות קבועות.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ביקור חוזר מתאריך 08/07/2019:
ביקור חוזר מתאריך 04/07/2019:
במצב כללי טוב
ללא סימני מצוקה נשימתית
לב במפ ריאות במפ.
--
הותחל עירוי ונופר 100מג, לאחר כ 15 דקות הופיע גרד ופריחה, האחות ראתה נגע של
urticaria בירך ימין ובהמשך פריחה עדינה ביד שמאל ובירך ימין, היה גם גרד בידיים
וברגליים בבטן
ללא בצקות.
ללא שינוי לחץ דם או דופק.
טופלה בעירוי נוזלים CC 1000
סירבה לprothiazine ולכן טופלה בטלפסט 180מג
בגלל המשכות גרודים קיבלה טיפול בsolumedrol 125mg עם הטבה
נשארה בהשגחה במרפאה
ללא בצקות, שמרה על יציבות המודינמית ונשימתית, ריאות כניסת אויר שוה דוצ ללא
קרפיטציות ללא צפצופים, פריחה וגירודים פסקו.

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ANEMIA
פריחה וגרד- to venofer			ALLERGIC REACTION UNS
			CHRONIC MEDICATION REFILL

יח' שימוש	M	קוד	P	C	N	צד לטיפול*	OP	Dy	אופן לקיחה	X	הגשה	כמות	תרופות
בקבוקון	0	25671	M	N	N		1	30	להזרקה	1	Vial	1	FERINJECT 500MG
כמוסה	3	61783	Y	Y	Y		1	30	בלעיה	1	Cap.	1	RITALIN LA 40MG X 30

גיל: 32.6 מספר ביקור: 00116258590

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: ילדים

ביקור מקוון: תאריך + שעת הזמנה : 22/07/2019 22:44:16 טל: 52-6105836

הערת המטופל :
הערה לתרופות: היי דר ליזרוביץ.
כמו בכל פעם לפני טיסה, צריכה בבקשה מרשם לאלפרליד. אני לא שומרת אותם פשוט.
תודה !

07:30:44
הערת רופא: עקב תקלה טכנית הטפסים הופקו במרפאת הרופא, יש ליצור קשר לתיאום קבלתם.

הודעת שגיאה : תקלה בחתימה -32- FILE_NOT_FOUND

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...

גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC PRESCRIPTION

יח' שימוש	M	קוד	P	C	N	צד לטיפול*	OP	Dy	אופן לקיחה	X	הגשה	כמות	תרופות
טבליה	0	9495	Y	N	H		1	30	לבליעה	1	Tab.	1	ALPRALID 0.5MG X 30

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

ביקור משפחה/ילדים

23/07/2019 07:35:00

גיל: 32 שנים ו- 7 חודשים

גיל: 32.6 מספר ביקור: 00116258799

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: ילדים

ביקור מקוון: 07:35:44
בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.
הערת הרופא:

סיבת הפניה: פניה לצורך קבלת מרשם
ביקור חוזר מתאריך 10/07/2019
לאחר תופעת אלרגית לאחר מתן ונופר
ביקור חוזר מתאריך 08/07/2019
לאחר תגובה אלרגית במתן ונופר-אשפוז יום נתניה.
ביקור חוזר מתאריך 04/07/2019
טיפול יום נתניה דרום:
הופנתה למנה ראשונה של venofer
במעבדה אנמיה המוגלובין 11.4, פריטין 12
כדורי ברזל spatoni גורמים לת"ל בחילות כאבי בטן
שוללת הריון
תרופות קבועות ריטלין (היום לא נטלה ריטלין)
אלרגיה לסולפה.

הפקת מרשמים לתרופות קבועות.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ביקור חוזר מתאריך 10/07/2019:
ביקור חוזר מתאריך 08/07/2019:
ביקור חוזר מתאריך 04/07/2019:
במצב כללי טוב
ללא סימני מצוקה נשימתית
לב במפ ריאות במפ.

הותחל עירוי ונופר 100מג, לאחר כ 15 דקות הופיע גרד ופריחה, האחות ראתה נגע של urticaria בירך ימין ובהמשך פריחה עדינה ביד שמאל ובירך ימין, היה גם גרד בידיים וברגליים בבטן
ללא בצקות.
ללא שינוי לחץ דם או דופק.
טופלה בעירוי נוזלים CC 1000
סירבה לprothiazine ולכן טופלה בטלפסט 180מג
בגלל המשכות גרודים קיבלה טיפול solumedrol 125mg עם הטבה
נשארה בהשגחה במרפאה
ללא בצקות, שמרה על יציבות המודינמית ונשימתית, ריאות כניסת אויר שווה דוצ ללא
קרפיטציות ללא צפצופים, פריחה וגירודים פסקו.

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ANEMIA
פריחה וגרד- to venofer			ALLERGIC REACTION UNS
			CHRONIC MEDICATION REFILL

יח' שימוש	M	קוד	P	C	N	צד לטיפול*	OP	Dy	אופן לקיחה	X	הגשה	כמות	תרופות
טבליה	0	9495	I	N	H		1	30	לבליעה	1	Tab.	1	ALPRALID 0.5MG X 30

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

20/09/2019 08:32:24

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 32 שנים ו- 9 חודשים

גיל: 32.8 מספר ביקור: 00120421842

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: ילדים

סיבת הפניה: פניה לצורך קבלת מרשם . נפיחות מאחורי אוזן ימין. ללא חום.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: מורסה מאחורי האוזן מימין

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
RETROAURICULAR		Rt	ABSCESS UNS

יח' שימוש	M	קוד	P	C	N	צד לטיפול*	OP	Dy	אופן לקיחה	X	הגשה	כמות	תרופות
.	0	7842	M	N	N		1	5	למריחה	2	Crm.	0	AFLUMYCIN 20GR
טבליה	0	76015	M	N	N		1	7	לבליעה	2	Tab.	1	AUGMENTIN_BID 875MG X 14
בקבוקון	0	25671	M	N	N		1	30	להזרקה	1	Vial	1	FERINJECT 500MG

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

0285100 !

27/09/2019 09:58:55

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 32 שנים, 9 חודשים ו- 1 שבועות

גיל: 32.8 מספר ביקור: 00120988362

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: ילדים

סיבת הפניה:

פניה לצורך קבלת מרשם
ביקור חוזר מתאריך 23/07/2019:
פניה לצורך קבלת מרשם
ביקור חוזר מתאריך 10/07/2019:
לאחר תופעת אלרגית לאחר מתן ונופר
ביקור חוזר מתאריך 08/07/2019:
לאחר תגובה אלרגית במתן ונופר-אשפוז יום נתניה.
ביקור חוזר מתאריך 04/07/2019:
טיפול יום נתניה דרום:
הופנתה למנה ראשונה של venofer
במעבדה אנמיה המוגלובין 11.4, פריטין 12
כדורי ברזל spatoni גורמים לת"ל בחילות כאבי בטן
שוללת הריון
תרופות קבועות ריטלין (היום לא נטלה ריטלין)
אלרגיה לסולפה.

הפקת מרשמים לתרופות קבועות.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ביקור חוזר מתאריך 23/07/2019

ביקור חוזר מתאריך 10/07/2019

ביקור חוזר מתאריך 08/07/2019

ביקור חוזר מתאריך 04/07/2019

במצב כללי טוב

ללא סימני מצוקה נשימתית

לב במפ ריאות במפ.

--

הותחל עירוי ונופר 100מג, לאחר כ 15 דקות הופיע גרד ופריחה, האחות ראתה נגע של
urticaria בירך ימין ובהמשך פריחה עדינה ביד שמאל ובירך ימין, היה גם גרד בידיים
וברגליים בבטן
ללא בצקות.

ללא שינוי לחץ דם או דופק.

טופלה בעירוי נזלים CC 1000

סירבה ל-prothiazine ולכן טופלה בטלפסט 180מג

בגלל המשכות גרודים קיבלה טיפול solumedrol 125mg עם הטבה

נשארה בהשגחה במרפאה

ללא בצקות, שמרה על יציבות המודינמית ונשימתית, ריאות כניסת אויר שווה דוצ ללא

קרפיטציות ללא צפצופים, פריחה וגירודים פסקו.

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
ANEMIA			
ALLERGIC REACTION UNS			פריחה וגרד- venofer to
CHRONIC MEDICATION REFILL			

תרופות	כמות	הגשה	X	אופן לקיחה	Dy	OP	צד לטיפול*	P C N	קוד	M	יח' שימוש
RITALIN LA 40MG X 30	1	Cap.	1	בלעיה	30	1		Y Y Y	61783	3	כמוסה

מוזמן למעקב:

על פי צורך

! 0285100

25/11/2019 18:45:59

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 32 שנים ו- 11 חודשים

גיל: 32.10 מספר ביקור: 00125028116

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

סיבת הפניה:

פניה לצורך קבלת מרשם
ביקור חוזר מתאריך 27/09/2019
פניה לצורך קבלת מרשם
ביקור חוזר מתאריך 23/07/2019
פניה לצורך קבלת מרשם
ביקור חוזר מתאריך 10/07/2019
לאחר תופעת אלרגית לאחר מתן ונופר
ביקור חוזר מתאריך 08/07/2019
לאחר תגובה אלרגית במתן ונופר-אשפוז יום נתניה.
ביקור חוזר מתאריך 04/07/2019
טיפול יום נתניה דרום:
הופנתה למנה ראשונה של venofer
במעבדה אנמיה המוגלובין 11.4, פריטין 12
כדורי ברזל spatoni גורמים לת"ל בחילות כאבי בטן
שוללת הריון
תרופות קבועות ריטלין (היום לא נטלה ריטלין)
אלרגיה לסולפה.

הפקת מרשמים לתרופות קבועות.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה:

ביקור חוזר מתאריך 27/09/2019
ביקור חוזר מתאריך 23/07/2019
ביקור חוזר מתאריך 10/07/2019
ביקור חוזר מתאריך 08/07/2019
ביקור חוזר מתאריך 04/07/2019
במצב כללי טוב
ללא סימני מצוקה נשימתית
לב במפ ריאות במפ.

הותחל עירוי ונופר 100מג, לאחר כ 15 דקות הופיע גרד ופריחה, האחות ראתה נגע של urticaria בירך ימין ובהמשך פריחה עדינה ביד שמאל ובירך ימין, היה גם גרד בידיים וברגליים בבטן
ללא בצקות.
ללא שינוי לחץ דם או דופק.
טופלה בעירוי נוזלים CC 1000
סירבה לprothiazine ולכן טופלה בטלפסט 180מג
בגלל המשכות גרודים קיבלה טיפול solumedrol 125mg עם הטבה
נשארה בהשגחה במרפאה
ללא בצקות, שמרה על יציבות המודינמית ונשימתית, ריאות כניסת אויר שווה דוצ ללא
קרפיטציות ללא צפצופים, פריחה וגירודים פסקו.

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ANEMIA
פריחה וגרד- venofer to			ALLERGIC REACTION UNS
			CHRONIC MEDICATION REFILL

תרופות	כמות	הגשה	X	אופן לקיחה	Dy	OP	צד לטיפול*	P	C	N	קוד	M	יח' שימוש
CEFOVIT FORTE 500MG X 20	1	Cap.	4	לבליעה	5	1		M	N	N	2438	0	כמוסה
FUCICORT CR 15GR		Crm.	2	למריחה	5	1		M	N	N	8552	0	.

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

ביקור משפחה/ילדים

05/01/2020 12:34:33

גיל: 33 שנים, 2 שבועות

גיל: 33 מספר ביקור: 00128232669

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

ביקור מקוון: תאריך + שעת הזמנה : 05/01/2020 10:28:34 טל:052-6105836

הערת המטופל :

תרופות קבועות:

• RITALIN LA 40MG X 30

12:34:55:

הערת רופא:המרשמים לתרופות: RITALIN LA, הודפסו במרפאה ונחתמו ידנית על ידי הרופאה. לקבלת תרופות אלו יש חובה להגיע לבית המרקחת עם המרשם המקורי. ניתן לאסוף את המרשמים מהמרפאה בשעות הפעילות.

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...
קבלת מרשמים כרוניים ...

גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
ELECTRONIC PRESCRIPTION			

תרופות	כמות	הגשה	X	אופן לקיחה	Dy	OP	צד לטיפול*	P	C	N	קוד	M	יח' שימוש
RITALIN LA 40MG X 30	1	Cap.	1	לבליעה	30	1		Y	Y	Y	61783	3	כמוסה

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

ביקור משפחה/ילדים

14/01/2020 08:16:45

גיל: 33 שנים, 3 שבועות

גיל: 33 מספר ביקור: 00129019639

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

סיבת הפניה: פניה לצורך קבלת מרשם
ביקור חוזר מתאריך 25/11/2019
פניה לצורך קבלת מרשם
ביקור חוזר מתאריך 27/09/2019
פניה לצורך קבלת מרשם
ביקור חוזר מתאריך 23/07/2019
פניה לצורך קבלת מרשם
ביקור חוזר מתאריך 10/07/2019
לאחר תופעת אלרגית לאחר מתן ונופר

ביקור חוזר מתאריך 08/07/2019:
לאחר תגובה אלרגית במתן ונופר-אשפוז יום נתניה.
ביקור חוזר מתאריך 04/07/2019:
טיפול יום נתניה דרום:
הופנתה למנה ראשונה של venofer
במעבדה אנמיה המוגלובין 11.4, פריטין 12
כדורי ברזל spatoni גורמים לת"ל בחילות כאבי בטן
שוללת הריון
תרופות קבועות ריטלין (היום לא נטלה ריטלין)
אלרגיה לסולפה.

הפקת מרשמים לתרופות קבועות.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ביקור חוזר מתאריך 25/11/2019
ביקור חוזר מתאריך 27/09/2019
ביקור חוזר מתאריך 23/07/2019
ביקור חוזר מתאריך 10/07/2019
ביקור חוזר מתאריך 08/07/2019
ביקור חוזר מתאריך 04/07/2019

במצב כללי טוב
ללא סימני מצוקה נשימתית
לב במפ ריאות במפ.

הותחל עירוי ונופר 100מג, לאחר כ 15 דקות הופיע גרד ופריחה, האחות ראתה נגע של urticaria בירך ימין ובהמשך פריחה עדינה ביד שמאל ובירך ימין, היה גם גרד בידיים וברגליים בבטן
ללא בצקות.
ללא שינוי לחץ דם או דופק.
טופלה בעירוי נוזלים CC 1000
סירבה לprothiazine ולכן טופלה בטלפסט 180מג
בגלל המשכות גרודים קיבלה טיפול במג solumedrol 125 עם הטבה
נשארה בהשגחה במרפאה
ללא בצקות, שמרה על יציבות המודינמית ונשימתית, ריאות כניסת אויר שווה דוצ ללא
קרפיטציות ללא צפצופים, פריחה וגירודים פסקו.

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ANEMIA
פריחה וגרד- to venofer			ALLERGIC REACTION UNS
			CHRONIC MEDICATION REFILL

יח' שימוש	M	קוד	P	C	N	צד לטיפול*	OP	Dy	אופן לקיחה	X	הגשה	כמות	תרופות
טבליה	1	12920	Y	Y	Y		1	30	לבליעה	1	Tab.	1	REPHEINIDATE 10MG X 30

מוזמן למעקב:

☑ על פי צורך

! 0285100

14/01/2020 08:19:22

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 33 שנים, 3 שבועות

גיל: 33 מספר ביקור: 00129019928

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

סיבת הפניה: בת 33 שנים.
לפני חמש שנים ברור גוש בשד מימין, סוכם כשפיר.

הומלץ על מעקב סונוגרפי פעם בחמש שנים.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: אין צורך בבדיקה בביקור זה

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
BREAST LUMP	Rt	S/P	

קוד	בדיקות/הפניות
99935	US איברים

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

26/01/2020 09:00:41

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 33 שנים ו-1 חודשים

גיל: 33 מספר ביקור: 00129969007

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

סיבת הפניה: הפניה למעבדה

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: אין צורך בבדיקה בביקור זה

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
UPPER RESPIRATORY INFECTIONS ACUTE UNS			

קוד	בדיקות/הפניות
LAB000	בדיקות מעבדה

קוד	סוג האישור	מתאריך	עד תאריך
C00001	אישור מחלה	26/01/2020	26/01/2020

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

03/03/2020 08:22:12

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 33 שנים, 2 חודשים ו-1 שבועות

גיל: 33.2 מספר ביקור: 00133008634

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

סיבת הפניה: ירידה בערכי הברזל.

ביקור חוזר מתאריך 14/01/2020:
פניה לצורך קבלת מרשם
ביקור חוזר מתאריך 25/11/2019:
פניה לצורך קבלת מרשם
ביקור חוזר מתאריך 27/09/2019:
פניה לצורך קבלת מרשם
ביקור חוזר מתאריך 23/07/2019:
פניה לצורך קבלת מרשם

ביקור חוזר מתאריך 10/07/2019:
לאחר תופעת אלרגית לאחר מתן ונופר
ביקור חוזר מתאריך 08/07/2019:
לאחר תגובה אלרגית במתן ונופר-אשפוז יום נתניה.
ביקור חוזר מתאריך 04/07/2019:
טיפול יום נתניה דרום:
הופנתה למנה ראשונה של venofer
במעבדה אנמיה המוגלובין 11.4, פריטין 12
כדורי ברזל spatoni גורמים לת"ל בחילות כאבי בטן
שוללת הריון
תרופות קבועות ריטלין (היום לא נטלה ריטלין)
אלרגיה לסולפה.

הפקת מרשמים לתרופות קבועות.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ביקור חוזר מתאריך 14/01/2020
ביקור חוזר מתאריך 25/11/2019
ביקור חוזר מתאריך 27/09/2019
ביקור חוזר מתאריך 23/07/2019
ביקור חוזר מתאריך 10/07/2019
ביקור חוזר מתאריך 08/07/2019
ביקור חוזר מתאריך 04/07/2019
במצב כללי טוב
ללא סימני מצוקה נשימתית
לב במפ ריאות במפ.

הותחל עירוי ונופר 100מג, לאחר כ 15 דקות הופיע גרד ופריחה, האחות ראתה נגע של urticaria בירך ימין ובהמשך פריחה עדינה ביד שמאל ובירך ימין, היה גם גרד בידיים וברגליים בבטן
ללא בצקות.
ללא שינוי לחץ דם או דופק.
טופלה בעירוי נוזלים CC 1000
סירבה ל-prothiazine ולכן טופלה בטלפסט 180מג
בגלל המשכות גרודים קיבלה טיפול solumedrol 125mg עם הטבה
נשארה בהשגחה במרפאה
ללא בצקות, שמרה על יציבות המודינמית ונשימתית, ריאות כניסת אויר שזה דוצ ללא
קרפיטציות ללא צפצופים, פריחה וגירודים פסקו.

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
ALLERGIC REACTION UNS			פריחה וגרד- to venofer
IRON DEFICIENCY WITHOUT ANEMIA			

קוד	בדיקות/הפניות
LAB000	בדיקות מעבדה

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

03/05/2020 11:38:51

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 33 שנים, 4 חודשים ו- 1 שבועות

גיל: 33.4 מספר ביקור: 00136634264

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

סיבת הפניה: פניה לצורך קבלת מרשם
ביקור חוזר מתאריך 03/03/2020

ירידה בערכי הברזל.
ביקור חוזר מתאריך 14/01/2020:
פניה לצורך קבלת מרשם
ביקור חוזר מתאריך 25/11/2019:
פניה לצורך קבלת מרשם
ביקור חוזר מתאריך 27/09/2019:
פניה לצורך קבלת מרשם
ביקור חוזר מתאריך 23/07/2019:
פניה לצורך קבלת מרשם
ביקור חוזר מתאריך 10/07/2019:
לאחר תופעת אלרגית לאחר מתן ונופר
ביקור חוזר מתאריך 08/07/2019:
לאחר תגובה אלרגית במתן ונופר-אשפוז יום נתניה.
ביקור חוזר מתאריך 04/07/2019:
טיפול יום נתניה דרום:
הופנתה למנה ראשונה של venofer
במעבדה אנמיה המוגלובין 11.4, פריטין 12
כדורי ברזל spatoni גורמים לת"ל בחילות כאבי בטן
שוללת הריון
תרופות קבועות ריטלין (היום לא נטלה ריטלין)
אלרגיה לסולפה.

הפקת מרשמים לתרופות קבועות.
קבלת מרשמים כרוניים ...

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ביקור חוזר מתאריך 03/03/2020:
ביקור חוזר מתאריך 14/01/2020:
ביקור חוזר מתאריך 25/11/2019:
ביקור חוזר מתאריך 27/09/2019:
ביקור חוזר מתאריך 23/07/2019:
ביקור חוזר מתאריך 10/07/2019:
ביקור חוזר מתאריך 08/07/2019:
ביקור חוזר מתאריך 04/07/2019:
במצב כללי טוב
ללא סימני מצוקה נשימתית
לב במפ ריאות במפ.

הותחל עירוי ונופר 100מג, לאחר כ 15 דקות הופיע גרד ופריחה, האחות ראתה נגע של urticaria בירך ימין ובהמשך פריחה עדינה ביד שמאל ובירך ימין, היה גם גרד בידיים וברגליים בבטן
ללא בצקות.
ללא שינוי לחץ דם או דופק.
טופלה בעירוי נוזלים CC 1000
סירבה לprothiazine ולכן טופלה בטלפסט 180מג
בגלל המשכות גרודים קיבלה טיפול בsolumedrol 125mg עם הטבה
נשארה בהשגחה במרפאה
ללא בצקות, שמרה על יציבות המודינמית ונשימתית, ריאות כניסת אויר שוה דוצ ללא
קרפיטציות ללא צפצופים, פריחה וגירודים פסקו.

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
ALLERGIC REACTION UNS			פריחה וגרד - to venofer
IRON DEFICIENCY WITHOUT ANEMIA			
CHRONIC MEDICATION REFILL			

תרופות	כמות	הגשה	X	אופן לקיחה	Dy	OP	צד לטיפול*	P	C	N	קוד	M	יח' שימוש
REPHENIDATE 10MG X 30	1	Tab.	1	לבליעה	30	1		Y	Y	Y	12920	3	טבליה
RITALIN LA 40MG X 30	1	Cap.	1	לבליעה	30	1		Y	Y	Y	61783	3	כמוסה

מוזמן למעקב:

☑ על פי צורך

! 0285100

11/06/2020 17:22:12

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 33 שנים, 5 חודשים ו- 3 שבועות

גיל: 33.5 מספר ביקור: 00139664960

שם רופא/ה: ד"ר לזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

ביקור מקוון: תאריך + שעת הזמנה : 11/06/2020 17:05:32 טל:052-6105836

הערת המטופל :
הערה לתרופות: היי לזרוביץ.
צריכה בבקשה מרשם למשחה שנתת לי בעבר בשם LOCATOP

17:26:14:
הערת רופא:
הטפסים הופקו לבקשתך.
לוקאטופ חסר

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...

גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
ELECTRONIC PRESCRIPTION			

תרופות	כמות	הגשה	X	אופן לקיחה	Dy	OP	צד לטיפול*	P	C	N	קוד	M	יח' שימוש
ELOCOM OINT 0.1%X15GR		Ont.	1	למריחה	5	1		S	N	N	9183	0	.

מוזמן למעקב:

☑ על פי צורך

! 0285100

19/07/2020 07:38:01

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 33 שנים, 6 חודשים ו- 4 שבועות

גיל: 33.6 מספר ביקור: 00142676488

שם רופא/ה: ד"ר לזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

ביקור מקוון: תאריך + שעת הזמנה : 18/07/2020 23:25:22 טל:052-6105836

הערת המטופל :
תרופות קבועות:
• REPHENIDATE 10MG X 30
• RITALIN LA 40MG X 30

07:38:25:
הערת רופא:
הטפסים הופקו לבקשתך.

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...
קבלת מרשמים כרוניים ...

גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC PRESCRIPTION

יח' שימוש	M	קוד	P	C	N	צד לטיפול*	OP	Dy	אופן לקיחה	X	הגשה	כמות	תרופות
טבליה	3	12920	S	Y	Y		1	30	לבליעה	1	Tab.	1	REPHENIDATE 10MG X 30
כמוסה	3	61783	S	Y	Y		1	30	לבליעה	1	Cap.	1	RITALIN LA 40MG X 30

מוזמן למעקב:

☑ על פי צורך

! 0285100

ביקור משפחה/ילדים

10/08/2020 19:26:18

גיל: 33 שנים, 7 חודשים ו- 3 שבועות

גיל: 33.7 מספר ביקור: 00144563996

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

מקור המידע	פירוט
בקשות מהאתר - בקשת המטופל	תאריך + שעת הזמנה : 10/08/2020 18:54:36 טל: 052-6105836 הערה לתרופות: היי, בעקבות השפעה לא טובה וקצרה של הריטלין, רציתי לנסות קונצרטת שהבנתי שעוזק. אשמח למרשם. המון תודה
בקשות מהאתר - מענה הרופא	10/08/2020 19:28:16 הטפסים הופקו לבקשתך.

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...

גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC PRESCRIPTION

יח' שימוש	M	קוד	P	C	N	צד לטיפול*	OP	Dy	אופן לקיחה	X	הגשה	כמות	תרופות
טבליה	1	51733	S	Y	Y		1	30	לבליעה	1	Tab.	1	PHENIDIN 54MG X 30

מוזמן למעקב:

☑ על פי צורך

! 0285100

ביקור משפחה/ילדים

31/08/2020 12:13:39

גיל: 33 שנים, 8 חודשים ו- 1 שבועות

גיל: 33.8 מספר ביקור: 00146102554

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

מקור המידע	פירוט
בקשות מהאתר - בקשת המטופל	תאריך + שעת הזמנה : 31/08/2020 10:43:45 טל: 052-6105836 אישור: • אישור רפואי 31/08/2020 - 31/08/2020 - היי ד"ר . ב.2.8 הייתי במיון עקב של ציסטה בשחלה. צריכה יום מחלה. תודה!
בקשות מהאתר - מענה הרופא	12:14:25 31/08/02020 הטפסים הופקו לבקשתך.

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...
גורם משלם: 41 וירטואלי טפסים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC FORMS

סוג האישור	קוד	מתאריך	עד תאריך
אישור מחלה	C00001	02/08/2020	02/08/2020

מוזמן למעקב:
☑ על פי צורך

! 0285100

ביקור משפחה/ילדים

01/09/2020 08:38:49

גיל: 33 שנים, 8 חודשים ו- 1 שבועות
גיל: 33.8 מספר ביקור: 00146170617
שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים
סיבת הפניה: מזה יממה כאבי גרון, החמרה מהלילה. לא נמדד חום.
גורם משלם: 1 ביקור רגיל
ממצאי הבדיקה: ללא סמני גרוי מנינגיאליים.
לוע גודש, שקדים מוגדלים עם תפליט. בלוטות צדצוואריות מעט מוגדלות.
ריאות, לב, בטן תקין. נוירולוגי תקין.

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			TONSILLITIS ACUTE

בדיקות/הפניות	קוד
משטח גרון	LAB000

יח' שימוש	M	קוד	P	C	N	צד לטיפול*	OP	Dy	אופן לקיחה	X	הגשה	כמות	תרופות
טבליה	0	88078	M	N	N		1	10	לבליעה	2	Tab.	2	PEN RAFA VK 500MG X 40
טיפות	0	33406	M	N	N		2	5	לטפטף באוזן	3	Ear drops	2	DESO CARE 5ML

סוג האישור	קוד	מתאריך	עד תאריך
אישור מחלה	C00001	01/09/2020	03/09/2020

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

03/09/2020 07:35:47

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 33 שנים, 8 חודשים ו- 2 שבועות

גיל: 33.8 מספר ביקור: 00146361723

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

סיבת הפניה: צמיחת סטרפטוקוק במשטח לוע
ביקור חוזר מתאריך 01/09/2020:
מזה יממה כאבי גרון, החמרה מהלילה. לא נמדד חום.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ביקור חוזר מתאריך 01/09/2020:
ללא סמני גרוי מניגיאליים.
לוע גודש, שקדים מוגדלים עם תפליט. בלוטות צדצוואריות מעט מוגדלות.
ריאות, לב, בטן תקין. נוירולוגי תקין.

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			STREPTOCOCCAL PHARYNGITIS OR TONSILITIS

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

13/09/2020 20:25:36

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 33 שנים, 8 חודשים ו- 3 שבועות

גיל: 33.8 מספר ביקור: 00147233779

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

מקור המידע	פירוט
בקשות מהאתר - בקשת המטופל	תאריך + שעת הזמנה : 13/09/2020 10:08:34 טל: 052-6105836 הערה לתרופות: היי, צריכה בבקשה מרשם לאתופן 400 מג.
בקשות מהאתר - מענה הרופא	20:26:06 13/09/02020 הטפסים הופקו לבקשתך.

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...

גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC PRESCRIPTION

יח' שימוש	M	קוד	P C N	צד לטיפול*	OP	Dy	אופן לקיחה	X	הגשה	כמות	תרופות
טבליה	0	65843	S N N		1	10	לבליעה	2	Tab.	1	ETOPAN XL 400MG X 20

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

11/10/2020 12:18:21

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 33 שנים, 9 חודשים ו- 3 שבועות

גיל: 33.9 מספר ביקור: 00149293622

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

סיבת הפניה: פניה לצורך קבלת מרשם
ביקור חוזר מתאריך 03/09/2020
צמיחת סטרפטוקוק במשטח לוע
ביקור חוזר מתאריך 01/09/2020
מזה יממה כאבי גרון, החמרה מהלילה. לא נמדד חום.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ביקור חוזר מתאריך 03/09/2020
ביקור חוזר מתאריך 01/09/2020
ללא סמני גרוי מנינגיאליים.
לוע גודש, שקדים מוגדלים עם תפליט. בלוטות צדצוואריות מעט מוגדלות.
ריאות, לב, בטן תקין. נוירולוגי תקין.

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			PRESCRIPTION REQUEST
			FILL OUT FORMS

יח' שימוש	M	קוד	P	C	N	צד לטיפול*	OP	Dy	אופן לקיחה	X	הגשה	כמות	תרופות
כמוסה	3	61782	M	Y	Y		1	30	לבליעה	1	Cap.	1	RITALIN LA 30MG X 30

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

29/10/2020 16:13:29

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 33 שנים, 10 חודשים ו- 1 שבועות

גיל: 33.10 מספר ביקור: 00150931773

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

מקור המידע	פירוט
בקשות מהאתר - בקשת המטופל	תאריך + שעת הזמנה : 29/10/2020 14:03:59 טל: 052-6105836 הערה לתרופות: היי, צריכה מרשם למוקסיפן (שיניים) תודה
בקשות מהאתר - מענה הרופא	29/10/02020 16:15:39 הטפסים הופקו לבקשתך.

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...

גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC PRESCRIPTION
			DENTAL ABSCESS

תרופות	כמות	הגשה	X	אופן לקיחה	Dy	OP	צד לטיפול*	P	C	N	קוד	M	יח' שימוש
AMOXY CARE 500MG X 20	1	Cap.	3	לבליעה	7	2		S	N	N	33371	0	כמוסה

מוזמן למעקב:

☑ על פי צורך

! 0285100

ביקור משפחה/ילדים

16/11/2020 11:39:06

גיל: 33 שנים, 10 חודשים ו-3 שבועות

גיל: 33.10 מספר ביקור: 00152330110

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

מקור המידע	פירוט
העברת טפסים באופן יזום לאתר המטופל	11:45:25 16/11/02020 בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.

סיבת הפניה: הפניה למעבדה

גורם משלם: 25 ב.טלפוני שעת קורו

ממצאי הבדיקה: אין צורך בבדיקה בביקור זה

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			LABORATORY TEST REQUEST

קוד	בדיקות/הפניות
LAB000	בדיקות מעבדה
LAB000	בדיקות מעבדה

תרופות	מינון	Rp <Days>	אופן השימוש
ARCOXIA 90MG X 14	1 tab X 1 -1 op	1 <14>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 14 ימים.
OMEPRADEx 20MG X 30	1 cap X 1 -1 op	1 <30>	לבליעה 1 כמוסה 1 פעם ביום, (בוקר 1 כמוסה) לתקופה של 30 ימים. יש ליטול לפני הארוחה
ALPRALID 0.5MG X 30	1 tab X 1 -1 op	1 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (לפני שינה 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים.

מוזמן למעקב:

☑ על פי צורך

ההפניה לבדיקות המפורטות להלן נחסמה באופן ממוחשב, עקב חריגה מההנחיות הקליניות המפורטות:

שם הבדיקה	סיבת החסימה	בקשה לאישור חריג לביצוע	סוג גורם מאשר
CHOLESTEROL	תוצאה תקינה בשלוש שנים אחרונות. בהעדר הצדקה רפואית אין מקום לבדיקה חוזרת		
VITAMIN B-12	הבדיקה בוצעה בשנה האחרונה והערך בין 300 ל-900		
TRIGLYCERIDES	תוצאה תקינה בשלוש שנים אחרונות. בהעדר הצדקה רפואית אין מקום לבדיקה חוזרת		

! 0285100

16/11/2020 20:05:50

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 33 שנים, 10 חודשים ו-3 שבועות

גיל: 33.10 מספר ביקור: 00152395607

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

מקור המידע	פירוט
בקשות מהאתר - בקשת המטופל	תאריך + שעת הזמנה : 16/11/2020 10:45:04 טל: 052-6105836 הערה לתרופות: הייתי אצל פיזיותרפיסט שאמר לי לקחת ארקוקסיה. בגלל דלקת בחוליות. צריכה בבקשה מרשם. תודה !!
בקשות מהאתר - מענה הרופא	20:06:07 16/11/02020 בדיקה במרפאה

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה- מענה ללא הפקה

גורם משלם: 41 וירטואלי טפסים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC FORMS

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

22/11/2020 18:31:28

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 33 שנים ו-11 חודשים

גיל: 33.10 מספר ביקור: 00152855559

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

סיבת הפניה: פניה לצורך קבלת מרשם
ביקור חוזר מתאריך 16/11/2020
הפניה למעבדה

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ביקור חוזר מתאריך 16/11/2020
אין צורך בבדיקה בביקור זה

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			LABORATORY TEST REQUEST
			FOLIC ACID DEFICIENCY
			HYPOMAGNESEMIA

אופן השימוש	Rp <Days>	מינון	תרופות
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (לפי הצורך) לתקופה של 30 ימים.	1 <30>	1 tab X 1 -1 op	MAGNO CARE 60
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (לפי הצורך) לתקופה של 90 ימים.	1 <90>	1 tab X 1 -3 op	FOLIC ACID MAC 5MG X 30

סוג האישור	קוד	מתאריך	עד תאריך
אישור מחלה	C00001	16/11/2020	16/11/2020

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

06/12/2020 19:11:33

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 33 שנים, 11 חודשים ו-2 שבועות

גיל: 33.11 מספר ביקור: 00154012664

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

מקור המידע	פירוט
העברת טפסים באופן יזום לאתר המטופל	19:17:18 06/12/02020 בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.

סיבת הפניה: נבדקה ע"י רופא א.א.ג ללא ממצא פטולוגי.
רושם לכוויה כימית של רפלוקס. נוטלת אומפרדקס.
בעברה גסטרוסקופיה עם ממצא של בקע סערפתי.
ביקור חוזר מתאריך 22/11/2020:
כאבי גרון לסרוגין

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ללא סמני גרוי מניגיאליים.
לוע גודש, שקדים ללא תפליט.
בלוטות צדצוואריות אינן מוגדלות.
ריאות, לב, בטן תקין. נוירולוגי תקין.

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
FOLIC ACID DEFICIENCY			
HYPOMAGNESEMIA			
SORE THROAT	Per		

קוד	בדיקות/הפניות
CON21	התייעצות מומחה - גסטרואנטרולוגיה

תרופות	מינון	Rp <Days>	אופן השימוש
NEXIUM 40MG X 28	1 tab X 1 -1 op	1 <28>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 28 ימים.

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

01/01/2021 11:16:24

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 34 שנים, 1 שבועות

גיל: 34 מספר ביקור: 00156201020

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

מקור המידע	פירוט
בקשות מהאתר - בקשת המטופל	תאריך + שעת הזמנה : 01/01/2021 09:04:36 טל: 052-6105836 תרופות נוספות: NEXIUM 40MG X 28 • הערה לתרופות: היי, נגמר לי . אשמח לחדש
בקשות מהאתר - מענה הרופא	11:17:03 01/01/02021 הטפסים הופקו לבקשתך.

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...
גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC PRESCRIPTION

אופן השימוש	Rp <Days>	מינון	תרופות
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום , (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 56 ימים.	1 <56>	1 tab X 1 -2 op	NEXIUM 40MG X 28

מוזמן למעקב:
☒ על פי צורך

! 0285100

ביקור משפחה/ילדים

19/01/2021 09:06:48

גיל: 34 שנים ו- 1 חודשים

גיל: 34 מספר ביקור: 00157830972

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

סיבת הפניה: לאחר תגובה אלרגית לפני יומיים לאחר מנה שניה של חיסון SARS2-COVID19 .
נבדקה במיון אסף הרופא, טופלה בסטרואידים ואנטיהיסטמיניקה
בשל חזרה של קשיי נשימה, נפיחות של הלשון פנתה למוקד בקור רופא, הומלץ על המשך טיפול בסטרואידים.

גורם משלם: 25 ב.טלפוני שעת קורונה

ממצאי הבדיקה: אין צורך בבדיקה בביקור זה

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
SARS2-COVID19		S/P	VACCINATION REACTION
		S/P	ALLERGIC REACTION UNS

מוזמן למעקב:
☒ על פי צורך

! 0285100

ביקור משפחה/ילדים

24/01/2021 12:19:24

גיל: 34 שנים ו- 1 חודשים

גיל: 34 מספר ביקור: 00158249036

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

מקור המידע	פירוט
בקשות מהאתר - בקשת המטופל	תאריך + שעת הזמנה : 24/01/2021 09:39:15 טל:052-6105836 תרופות קבועות: • REPHENIDATE 10MG X 30 • RITALIN LA 30MG X 30
בקשות מהאתר - מענה הרופא	12:19:56 24/01/02021 הטפסים הופקו לבקשתך.

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...
קבלת מרשמים כרוניים ...

גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC PRESCRIPTION

אופן השימוש	Rp <Days>	מינון	תרופות
לבליעה 1 כמסה 1 פעם ביום , (בוקר 1 כמסה) לתקופה של 30 ימים. טיפול ב-ADHD	3 <30>	1 op - 1 cap X 1	RITALIN LA 30MG X 30
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום , (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים. טיפול ב-ADHD	3 <30>	1 op - 1 tab X 1	REPHENIDATE 10MG X 30

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

27/01/2021 20:23:09

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 34 שנים, 1 חודשים ו- 1 שבועות

גיל: 34 מספר ביקור: 00158651235

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

מקור המידע	פירוט
בקשות מהאתר - בקשת המטופל	תאריך + שעת הזמנה : 27/01/2021 08:52:42 טל:052-6105836 שאלה כללית: היי דר. חוסנתי בחיסון השני לפני שבוע וקצת. לצורך ההתנדבות שלי במדא אני רוצה לעשות בדיקה סרולוגית כמותית. אני בגדול יכולה לעשות בשיבא, אבל נראה לי מיותרת הנסיעה. יש סיכוי שתוכל להוציא לי הפניה? תודה!!
בקשות מהאתר - מענה הרופא	20:23:41 27/01/02021 דרך הקופה אי אפשר להוציא למחוסנים או מחלימים

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה- מענה ללא הפקה

גורם משלם: 41 וירטואלי טפסים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC FORMS

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

21/02/2021 19:50:42

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 34 שנים ו-2 חודשים

גיל: 34.1 מספר ביקור: 00160740817

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

מקור המידע	פירוט
בקשות מהאתר - בקשת המטופל	תאריך + שעת הזמנה : 21/02/2021 16:45:41 טל: 052-6105836 תרופות נוספות: DALACIN C 150MG X 16 • הערה לתרופות: מוקסיפן. היי ד"ר בעקבות דלקת בשן אני צריכה שוב לקחת טיפול של מוקסיפן ודאלצין. טיפול סטנדרטי לדלקת.
בקשות מהאתר - מענה הרופא	19:51:24 21/02/2021 הטפסים הופקו לבקשתך.

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...
גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC PRESCRIPTION

אופן השימוש	Rp <Days>	מינון	תרופות
לבליעה 1 כמסה 3 פעמים ביום, (בוקר 1 כמסה, צהריים 1 כמסה, ערב 1 כמסה) לתקופה של 7 ימים. עם האוכל.	1 <7>	1 cap X 3 -2 op	DALACIN C 150MG X 16
לבליעה 1 כמסה 3 פעמים ביום, (בוקר 1 כמסה, צהריים 1 כמסה, ערב 1 כמסה) לתקופה של 7 ימים.	1 <7>	1 cap X 3 -2 op	AMOXY CARE 500MG X 20

מוזמן למעקב:
☒ על פי צורך

! 0285100

07/04/2021 12:20:51

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 34 שנים, 3 חודשים ו-2 שבועות

גיל: 34.3 מספר ביקור: 00164239887

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

מקור המידע	פירוט
בקשות מהאתר - בקשת המטופל	תאריך + שעת הזמנה : 07/04/2021 10:34:13 טל: 052-6105836 תרופות קבועות: REPHENIDATE 10MG X 30 • RITALIN LA 30MG X 30 • הערה לתרופות: היי ד"ר אפשר החודש להחליף את הריטלין 30 מ"ג ליוואנס 30 ? השפעה שלו עליי טובה יותר. תודה!
בקשות מהאתר - מענה הרופא	12:23:25 07/04/2021 הטפסים הופקו לבקשתך.

מקור המידע	פירוט

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...

גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC PRESCRIPTION

אופן השימוש	Rp <Days>	מינון	תרופות
לבליעה 1 כמוסה 1 פעם ביום, (בוקר 1 כמוסה) לתקופה של 30 ימים. טיפול ב-ADHD	3 <30>	1 cap X 1 -1 op	VYVANSE 30MG X 30
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים. טיפול ב-ADHD	3 <30>	1 tab X 1 -1 op	REPHENIDATE 10MG X 30

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

14/04/2021 12:50:09ביקור משפחה/ילדים

גיל: 34 שנים, 3 חודשים ו-3 שבועות

גיל: 34.3 מספר ביקור: 00164893378

שם רופא/ה: ד"ר לזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

מקור המידע	פירוט
בקשות מהאתר - בקשת המטופל	תאריך + שעת הזמנה : 14/04/2021 09:39:14 טל: 052-6105836 תרופות נוספות: NEXIUM 40MG X 28 • ALPRALID 0.5MG X 30 •
בקשות מהאתר - מענה הרופא	12:50:43 14/04/2021 הטפסים הופקו לבקשתך.

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...

גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC PRESCRIPTION

אופן השימוש	Rp <Days>	מינון	תרופות
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (לפני שינה 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים.	1 <30>	1 tab X 1 -1 op	ALPRALID 0.5MG X 30
לבליעה 1 טבליה 2 פעמים ביום, (בוקר 1 טבליה, ערב 1 טבליה) לתקופה של 28 ימים.	1 <28>	1 tab X 2 -2 op	NEXIUM 40MG X 28

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

02/05/2021 10:11:54

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 34 שנים, 4 חודשים ו- 1 שבועות

גיל: 34.4 מספר ביקור: 00166413446

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

מקור המידע	פירוט
העברת טפסים באופן יזום לאתר המטופל	10:19:05 02/05/2021 בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.

סיבת הפניה: מזה שלושה ימים חום סובפברילי, כאבי ראש, שרירים ופרקים.
כאב צדצווארי מימין.
קבלת מרשמים כרוניים ...

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ללא סמני גרוי מניגיאליים.
לוע גודש, שקדים מוגדלים ללא תפליט. בלוטות צדצוואריות מעט מוגדלות.
ריאות, לב, בטן תקין. נוירולוגי תקין.

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			SORE THROAT
			CHRONIC MEDICATION REFILL

הערות	בדיקות/הפניות
בדיקות מעבדה	בתוקף עד - 31/07/2021

אופן השימוש	Rp <Days>	מינון	תרופות
לבליעה 1 כמסה 1 פעם ביום , (בוקר 1 כמסה) לתקופה של 30 ימים. טיפול ב-ADHD	3 <30>	1 cap X 1 -1 op	VYVANSE 30MG X 30
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום , (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים. טיפול ב-ADHD	3 <30>	1 tab X 1 -1 op	REPHENIDATE 10MG X 30

סוג האישור	קוד	מתאריך	עד תאריך
אישור מחלה	C00001	29/04/2021	03/05/2021

מוזמן למעקב:

☑ על פי צורך

! 0285100

06/05/2021 19:49:28

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 34 שנים, 4 חודשים ו- 2 שבועות

גיל: 34.4 מספר ביקור: 00167006499

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

מקור המידע	פירוט
בקשות מהאתר - בקשת המטופל	תאריך + שעת הזמנה : 05/05/2021 11:16:06 טל: 052-6105836 שאלה כללית: היי ד"ר, בזמנו הוצאת לי הפניה לאולטרסאונד שד. אני צריכה אותה שוב בבקשה, לא הלכתי בזמנו וזה חזר להציק לי.
בקשות מהאתר - מענה הרופא	19:52:10 06/05/2021 הטפסים הופקו לבקשתך.

סיבת הפניה: הפניה לסונר שד.
מעקב לאחר גוש מימין, סוכם לפני שש שנים כשפיר.
מומלץ על מעקב סונוגרפי פעם בחמש שנים.

גורם משלם: 41 וירטואלי טפסים

ממצאי הבדיקה: אין צורך בבדיקה בביקור זה

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC FORMS
	Rt	F/U	BREAST LUMP

הערות	בדיקות/הפניות
02/11/2021 - בתוקף עד	בדיקות שד: שדיים אולטרסאונד, שדיים אולטרסאונד

מוזמן למעקב:

☑ על פי צורך

! 0285100

ביקור משפחה/ילדים

30/05/2021 20:41:28

גיל: 34 שנים, 5 חודשים ו- 1 שבועות

גיל: 34.5 מספר ביקור: 00168936749

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

מקור המידע	פירוט
בקשות מהאתר - בקשת המטופל	תאריך + שעת הזמנה : 30/05/2021 11:36:44 טל: 052-6105836 תרופות נוספות: ARCOXIA 90MG X 14 •
בקשות מהאתר - מענה הרופא	20:41:50 30/05/2021 הטפסים הופקו לבקשתך.

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...

גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC PRESCRIPTION

אופן השימוש	Rp <Days>	מינון	תרופות
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 14 ימים.	1 <14>	1 tab X 1 -1 op	ARCOXIA 90MG X 14

מוזמן למעקב:

☑ על פי צורך

! 0285100

10/06/2021 16:04:36

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 34 שנים, 5 חודשים ו- 2 שבועות

גיל: 34.5 מספר ביקור: 00170038239

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

מקור המידע	פירוט
בקשות מהאתר - בקשת המטופל	תאריך + שעת הזמנה : 10/06/2021 13:41:30 טל: 052-6105836 תרופות נוספות: NEXIUM 40MG X 28 •
בקשות מהאתר - מענה הרופא	16:05:08 10/06/2021 הטפסים הופקו לבקשתך.

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...

גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC PRESCRIPTION

אופן השימוש	Rp <Days>	מינון	תרופות
לבליעה 1 טבליה 2 פעמים ביום, (בוקר 1 טבליה, ערב 1 טבליה) לתקופה של 28 ימים.	1 <28>	1 tab X 2 -2 op	NEXIUM 40MG X 28

מוזמן למעקב:

☑ על פי צורך

! 0285100

25/07/2021 08:58:52

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 34 שנים ו- 7 חודשים

גיל: 34.6 מספר ביקור: 00174191277

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

סיבת הפניה: בביקור בתאריך 02/05/2021 בשעה 10:11:54 מזה שלושה ימים חום סובפברילי, כאבי ראש, שרירים ופרקים. כאב צדצווארי מימין. קבלת מרשמים כרוניים ...

בביקור בתאריך 25/07/2021 בשעה 08:58:52 פניה לצורך קבלת מרשם

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: בביקור בתאריך 02/05/2021 בשעה 10:11:54 ללא סמני גרוי מנינגיאליים. לוע גודש, שקדים מוגדלים ללא תפליט. בלוטות צדצוואריות מעט מוגדלות. ריאות, לב, בטן תקין. נוירולוגי תקין.

בביקור בתאריך 25/07/2021 בשעה 08:58:52

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			SORE THROAT
			CHRONIC MEDICATION REFILL

אופן השימוש	Rp <Days>	מינון	תרופות
לבליעה 1 כמוסה 1 פעם ביום , (בוקר 1 כמוסה) לתקופה של 30 ימים. טיפול ב-ADHD	3 <30>	1 cap X 1 -1 op	RITALIN LA 30MG X 30
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום , (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים. טיפול ב-ADHD	3 <30>	1 tab X 1 -1 op	REPHENIDATE 10MG X 30
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום , (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 28 ימים.	1 <28>	1 tab X 1 -1 op	NEXIUM 40MG X 28
לטפטף באוזן 2 טיפות 3 פעמים ביום , (בוקר 2 טיפות, צהריים 2 טיפות, ערב 2 טיפות) לתקופה של 5 ימים.	1 <5>	2 drp X 3 -1 op	DESO CARE 5ML

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

12/08/2021 19:10:27

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 34 שנים, 7 חודשים ו- 3 שבועות

גיל: 34.7 מספר ביקור: 00176091887

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

מקור המידע	פירוט
בקשות מהאתר - בקשת המטופל	תאריך + שעת הזמנה : 14:01:39 12/08/2021 טל: 052-6105836 תרופות נוספות: ALPRALID 0.5MG X 30 •
בקשות מהאתר - מענה הרופא	19:10:57 12/08/2021 הטפסים הופקו לבקשתך.

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...

גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC PRESCRIPTION

אופן השימוש	Rp <Days>	מינון	תרופות
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום , (לפני שינה 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים.	1 <30>	1 tab X 1 -1 op	ALPRALID 0.5MG X 30

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

16/08/2021 08:07:35

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 34 שנים, 7 חודשים ו- 3 שבועות

גיל: 34.7 מספר ביקור: 00176304039

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

סיבת הפניה: בת 34, בריאה בד"כ.
ידועה עם אלרגיה, טרם אבחון מסודר.
במעבדה בעבר ללא איזינופיליה, רמת IG E תקינה.
פריחה לאחר קבלת ערוי ברזל-ונופר.
חוסנה בשתי מנות נגד COVID19.
לאחר המנה השניה תופעות אלרגיות של קשיי נשימה, התנפחות לשון, טכיקרדית.
טופלה במיון בסטרוידים ואנטי היסטמינים עם שפור, לאחר יממה התופעות חזרו ונשקקה
שוב לטיפול.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: אין צורך בבדיקה בביקור זה

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ALLERGIC REACTION UNS

הערות	בדיקות/הפניות
12/02/2022 - בתוקף עד	התייעצות מומחה: אלרגולוגיה

אופן השימוש	Rp <Days>	מינון	תרופות
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 28 ימים.	1 <28>	1 tab X 1 -1 op	NEXIUM 40MG X 28

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

29/08/2021 16:39:43

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 34 שנים, 8 חודשים ו- 1 שבועות

גיל: 34.8 מספר ביקור: 00177788909

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

סיבת הפניה: פלפיטציות לסרוגין.
בעברה תמונה אקג של סינוס אריטמיה.
לחץ דם תקין. סטורציה 97% באוויר חדר.
אקג -סינוס תקין.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: בדיקה פיזיקלית ונוירולוגית תקינה

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			PALPITATIONS

הערות	בדיקות/הפניות
25/02/2022 עד - בתוקף עד	אחות: ביצוע א.ק.ג פענוח בטלמדיסין, מדידת לחץ דם, בדיקת ריווי חמצן-סטורציה
25/02/2022 עד - בתוקף עד	הולטר לב 24 שעות

מוזמן למעקב:

☑ על פי צורך

! 0285100

03/10/2021 08:47:11

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 34 שנים, 9 חודשים ו-2 שבועות

גיל: 34.9 מספר ביקור: 00180662393

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

מקור המידע	פירוט
העברת טפסים באופן יזום לאתר המטופל	08:52:05 03/10/2021 בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.

סיבת הפניה: הפניה למעבדה .
כאבי ראש מזה חודש.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: אישונים שווים ומגיבים , תנועות עיניים מלאות.
החזר GAG שמור. יתר עצבים קרניאליים-תקין.
ללא סמני צד או פירמידליים.

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			HEADACHE

הערות	בדיקות/הפניות
01/01/2022 עד - בתוקף עד	בדיקות מעבדה
01/04/2022 עד - בתוקף עד	אחות: מדידת לחץ דם, בדיקת שתן בסטיק
01/04/2022 עד - בתוקף עד	התייעצות מומחה: עיניים
01/04/2022 עד - בתוקף עד	אחות: ביצוע א.ק.ג פענוח בטלמדיסין

מוזמן למעקב:

☑ על פי צורך

! 0285100

06/10/2021 10:56:32

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 34 שנים, 9 חודשים ו-2 שבועות

גיל: 34.9 מספר ביקור: 00181161721

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

סיבת הפניה: בביקור בתאריך 03/10/2021 בשעה 08:47:11
הפניה למעבדה .
כאבי ראש מזה חודש.

בביקור בתאריך 06/10/2021 בשעה 10:56:32
ירידה ברמת הברזל ופריטין.
מחזור ללא דמום חריג.
נוגדני צליאק -תקין.

כלכלה מגוונת כולל מוצרי בשר.
גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: בביקור בתאריך 03/10/2021 בשעה 08:47:11
אישונים שווים ומגיבים, תנועות עיניים מלאות.
החזר GAG שמור. יתר עצבים קרניאליים-תקין.
ללא סמני צד או פירמידליים.

בביקור בתאריך 06/10/2021 בשעה 10:56:32

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			HEADACHE
			IRON DEFICIENCY WITHOUT ANEMIA
			LOSS HAIR

הערות	בדיקות/הפניות
בדיקות מעבדה	בתוקף עד - 04/01/2022

מוזמן למעקב:
☒ על פי צורך

! 0285100

28/10/2021 10:15:22

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 34 שנים, 10 חודשים ו-1 שבועות
גיל: 34.10 מספר ביקור: 00183565466
שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל
תחום הטיפול: רפואת ילדים

מקור המידע	פירוט
בקשות מהאתר - בקשת המטופל	תאריך + שעת הזמנה : 28/10/2021 10:10:28 טל: 052-6105836 תרופות נוספות: NEXIUM 40MG X 28 •
בקשות מהאתר - מענה הרופא	28/10/2021 10:15:52 הטפסים הופקו לבקשתך.

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...
גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC PRESCRIPTION

אופן השימוש	Rp <Days>	מינון	תרופות
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 28 ימים.	1 <28>	1 tab X 1 -1 op	NEXIUM 40MG X 28

מוזמן למעקב:
☒ על פי צורך

! 0285100

16/11/2021 14:05:40

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 34 שנים, 10 חודשים ו-3 שבועות

גיל: 34.10 מספר ביקור: 00185564605

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

מקור המידע	פירוט
בקשות מהאתר - בקשת המטופל	תאריך + שעת הזמנה : 15/11/2021 11:06:16 טל: 052-6105836 תרופות קבועות: REPHENIDATE 10MG X 30 • RITALIN LA 30MG X 30 •
בקשות מהאתר - מענה הרופא	14:06:12 16/11/2021 הטפסים הופקו לבקשתך.

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...
קבלת מרשמים כרוניים ...

גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC PRESCRIPTION

אופן השימוש	Rp <Days>	מינון	תרופות
לבליעה 1 כמסיה 1 פעם ביום , (בוקר 1 כמסיה) לתקופה של 30 ימים. טיפול ב-ADHD	3 <30>	1 cap X 1 -1 op	RITALIN LA 30MG X 30
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום , (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים. טיפול ב-ADHD	3 <30>	1 tab X 1 -1 op	REPHENIDATE 10MG X 30

מוזמן למעקב:

על פי צורך

! 0285100

28/11/2021 08:33:18

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 34 שנים, 11 חודשים ו-1 שבועות

גיל: 34.11 מספר ביקור: 00186647916

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

סיבת הפניה: מלפני שלושה ימים כאבי פריאורביטליים משמאל.
הוחל טיפול במוקסיפן בחשד לדלקת חניכיים.
אינה מנוזלת.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ללא מצוקה נשימתית . ללא סמני גרוי מנינגיאליים. נזלת.
רגישות בניקוש מעל מערות פנים מצחיות, יותר משמאל.
לוע גודש ללא תפליט.
אוזניים נוזלים דו צדדי.
בלוטות למפה צדצוואריות מעט מוגדלות.
ריאות כניסת אוויר טובה ושווה דו צדדי, חרחורים גסים ממקור עליון.
לב קולות סדירים.
בטן רכה, ללא אורגנומגליה.
נוירולוגי תקין.

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
	Sus	Lt	SINUSITIS ACUTE

אופן השימוש	Rp <Days>	מינון	תרופות
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (לפי הצורך) לתקופה של 15 ימים.	1 <15>	1 tab X 1 -1 op	TELFAST 180MG X 15
לבליעה 1 טבליה 2 פעמים ביום, (בוקר 1 טבליה, ערב 1 טבליה) לתקופה של 7 ימים.	1 <7>	1 tab X 2 -1 op	CLARINASE 14TAB
לבליעה 1 כמוסה 3 פעמים ביום, (בוקר 1 כמוסה, צהריים 1 כמוסה, ערב 1 כמוסה) לתקופה של 7 ימים.	1 <7>	1 cap X 3 -2 op	AMOXY CARE 500MG X 20

סוג האישור	קוד	מתאריך	עד תאריך
אישור מחלה	C00001	16/11/2021	16/11/2021

מוזמן למעקב:

☑ על פי צורך

! 0285100

ביקור משפחה/ילדים

07/01/2022 12:41:27

גיל: 35 שנים, 2 שבועות

גיל: 35 מספר ביקור: 00191052378

שם רופא/ה: ד"ר לזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

מקור המידע	פירוט
בקשות מהאתר - בקשת המטופל	תאריך + שעת הזמנה : 02/01/2022 12:24:39 טל: 052-6105836 תרופות קבועות: • REPHENIDATE 10MG X 30 הערה לתרופות: היי ד"ר צריכה בבקשה מרשם לריטלין 10 - פספסתי מרשם אחד לא נותנים לי לקנות. אני צריכה 60 בחודש ולא 30.
בקשות מהאתר - מענה הרופא	12:42:55 07/01/2022 הטפסים הופקו לבקשתך.

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...

גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC PRESCRIPTION

אופן השימוש	Rp <Days>	מינון	תרופות
לבליעה 2 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 2 טבליה) לתקופה של 30 ימים. טיפול ב-ADHD	3 <30>	2 tab X 1 -2 op	REPHENIDATE 10MG X 30

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

11/01/2022 09:53:49

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 35 שנים, 3 שבועות

גיל: 35 מספר ביקור: 00191489861

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

מקור המידע	פירוט
העברת טפסים באופן יזום לאתר המטופל	09:56:09 11/01/2022 בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.

סיבת הפניה: בביקור בתאריך 03/10/2021 בשעה 08:47:11 הפניה למעבדה . כאבי ראש מזה חודש.

בביקור בתאריך 06/10/2021 בשעה 10:56:32 ירידה ברמת הברזל ופריטין. מחזור ללא דמום חריג. נוגדני צליאק -תקין. כלכלה מגוונת כולל מוצרי בשר.

בביקור בתאריך 11/01/2022 בשעה 09:53:49 פניה לצורך קבלת מרשם

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: בביקור בתאריך 03/10/2021 בשעה 08:47:11 אישונים שווים ומגיבים , תנועות עיניים מלאות. החזר GAG שמור. יתר עצבים קרניאליים-תקין. ללא סמני צד או פירמידליים.

בביקור בתאריך 06/10/2021 בשעה 10:56:32

בביקור בתאריך 11/01/2022 בשעה 09:53:49

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
HEADACHE			
IRON DEFICIENCY WITHOUT ANEMIA			
LOSS HAIR			
BACKACHE			

הערות	בדיקות/הפניות
בתוקף עד - 10/07/2022	אחות: זריקה תוך שרירית IM

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

06/02/2022 20:04:00

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 35 שנים, 1 חודשים ו- 2 שבועות

גיל: 35.1 מספר ביקור: 00195044747

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל	תחום הטיפול: רפואת ילדים
מקור המידע	פירוט
בקשות מהאתר - בקשת המטופל	תאריך + שעת הזמנה : 06/02/2022 18:10:39 טל: 052-6105836 תרופות נוספות: ALPRALID 0.5MG X 30 •
בקשות מהאתר - מענה הרופא	20:04:51 06/02/2022 הטפסים הופקו לבקשתך.

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...
גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC PRESCRIPTION
אופן השימוש	Rp <Days>	מינון	תרופות
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום , (לפני שינה 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים.	1 <30>	1 tab X 1 -1 op	ALPRALID 0.5MG X 30

מוזמן למעקב:
☑ על פי צורך
! 0285100

08/02/2022 08:32:18

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 35 שנים, 1 חודשים ו- 2 שבועות
גיל: 35.1 מספר ביקור: 00195211885
שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים
סיבת הפניה: בביקור בתאריך 03/10/2021 בשעה 08:47:11 הפניה למעבדה . כאבי ראש מזה חודש.
בביקור בתאריך 06/10/2021 בשעה 10:56:32 ירידה ברמת הברזל ופריטין. מחזור ללא דמום חריג. נוגדני צליאק -תקין. כלכלה מגוונת כולל מוצרי בשר.
בביקור בתאריך 11/01/2022 בשעה 09:53:49 פניה לצורך קבלת מרשם
בביקור בתאריך 08/02/2022 בשעה 08:32:18
גורם משלם: 1 ביקור רגיל
ממצאי הבדיקה: בביקור בתאריך 03/10/2021 בשעה 08:47:11 אישונים שווים ומגיבים , תנועות עיניים מלאות. החזר GAG שמור. יתר עצבים קרניאליים-תקין. ללא סמני צד או פירמידליים.
בביקור בתאריך 06/10/2021 בשעה 10:56:32

בביקור בתאריך 11/01/2022 בשעה 09:53:49

בביקור בתאריך 08/02/2022 בשעה 08:32:18

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
HEADACHE			
IRON DEFICIENCY WITHOUT ANEMIA			
LOSS HAIR			
BACKACHE			

תרופות	מינון	Rp <Days>	אופן השימוש
DESO CARE 5ML	2 drp X 3 -1 op	1<5>	לטפטף באוזן 2 טיפות 3 פעמים ביום , (בוקר 2 טיפות, צהריים 2 טיפות, ערב 2 טיפות) לתקופה של 5 ימים.
S.O.S BUCAL 15ML 15 ML	sol X 4 -1 op	1<7>	למריחה 4 פעמים ביום , (לפי הצורך) לתקופה של 7 ימים.

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

10/02/2022 20:27:29

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 35 שנים, 1 חודשים ו- 3 שבועות

גיל: 35.1 מספר ביקור: 00195614175

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

מקור המידע	פירוט
בקשות מהאתר - בקשת המטופל	תאריך + שעת הזמנה : 09/02/2022 09:14:00 טל:052-6105836 שאלה כללית: היי, צריכה בבקשה מחלה על אתמול והיום. תודה (:
בקשות מהאתר - מענה הרופא	20:31:00 10/02/2022 הטפסים הופקו לבקשתך.

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...

גורם משלם: 41 וירטואלי טפסים

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
ELECTRONIC FORMS			

עד תאריך	מתאריך	קוד	סוג האישור
08/02/2022	08/02/2022	C00001	אישור מחלה

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

02/03/2022 15:54:55

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 35 שנים, 2 חודשים ו- 1 שבועות

גיל: 35.2 מספר ביקור: 00197683722

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

מקור המידע	פירוט
בקשות מהאתר - בקשת המטופל	תאריך + שעת הזמנה : 01/03/2022 10:44:42 טל: 052-6105836 שאלה כללית: היי, צריכה בבקשה יום מחלה על ה-13.2 (קורונה) תודה
בקשות מהאתר - מענה הרופא	15:57:55 02/03/2022 הטפסים הופקו לבקשתך.

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...

גורם משלם: 41 וירטואלי טפסים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC FORMS

סוג האישור	קוד	מתאריך	עד תאריך
אישור מחלה	C00001	13/02/2022	13/02/2022

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

22/03/2022 11:39:06

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 35 שנים ו- 3 חודשים

גיל: 35.2 מספר ביקור: 00199512215

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

סיבת הפניה: בת 35, לסרוגין פלפיטציות לאחר נטילת סטימולנטים.
מחלימה מקורונה לפני חודש וחצי.
מאז פלפיטציות לסרוגין.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: לב קולות סדירים.
ריאות נשימות בויעות.

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			PALPITATIONS

הערות	בדיקות/הפניות
בתיקת אק"ג	בתוקף עד - 18/09/2022
אחות: מדידת לחץ דם	בתוקף עד - 18/09/2022

מוזמן למעקב:

על פי צורך

! 0285100

23/03/2022 09:05:33

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 35 שנים ו- 3 חודשים

גיל: 35.2 מספר ביקור: 00199604565

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

סיבת הפניה: בביקור בתאריך 22/03/2022 בשעה 11:39:06 בת 35, לסרוגין פלפיטציות לאחר נטילת סטימולנטים. מחלימה מקורונה לפני חודש וחצי. מאז פלפיטציות לסרוגין.

בביקור בתאריך 23/03/2022 בשעה 09:05:33 הפניה למעבדה. אקג תקין, קצב 70 לדקה.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: בביקור בתאריך 22/03/2022 בשעה 11:39:06 לב קולות סדירים. ריאות נשימות בויעות.

בביקור בתאריך 23/03/2022 בשעה 09:05:33 אין צורך בבדיקה בביקור זה

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			PALPITATIONS

הערות	בדיקות/הפניות
19/09/2022 - עד בתוקף עד	הולטר לב ל 24 שעות
21/06/2022 - עד בתוקף עד	בדיקות מעבדה

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

25/03/2022 10:05:30

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 35 שנים ו- 3 חודשים

גיל: 35.2 מספר ביקור: 00199832336

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

מקור המידע	פירוט
העברת טפסים באופן יזום לאתר המטופל	10:06:50 25/03/2022 בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.

סיבת הפניה: בביקור בתאריך 22/03/2022 בשעה 11:39:06 בת 35, לסרוגין פלפיטציות לאחר נטילת סטימולנטים. מחלימה מקורונה לפני חודש וחצי. מאז פלפיטציות לסרוגין.

בביקור בתאריך 23/03/2022 בשעה 09:05:33 הפניה למעבדה. אקג תקין, קצב 70 לדקה.

בביקור בתאריך 25/03/2022 בשעה 10:05:30
פניה לצורך קבלת מרשם

גורם משלם: 25 ב.טלפוני שעת קורונה

ממצאי הבדיקה: בביקור בתאריך 22/03/2022 בשעה 11:39:06
לב קולות סדירים.
ריאות נשימות בועות.

בביקור בתאריך 23/03/2022 בשעה 09:05:33
אין צורך בבדיקה בביקור זה

בביקור בתאריך 25/03/2022 בשעה 10:05:30

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			PALPITATIONS

אופן השימוש	Rp <Days>	מינון	תרופות
לבליעה 2 טבליה 1 פעם ביום , (בוקר 2 טבליה) לתקופה של 5 ימים. עם או אחרי אוכל	1<5>	2 tab X 1 -1 op	PREDNISON 20MG X 30
לבליעה 30 טיפות 3 פעמים ביום , (בוקר 30 טיפות, צהריים 30 טיפות, ערב 30 טיפות) לתקופה של 5 ימים.	1<5>	30 drp X 3 -1 op	TINDEN 1MG/1MLX20

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

30/03/2022 19:55:15ביקור משפחה/ילדים

גיל: 35 שנים, 3 חודשים ו- 1 שבועות

גיל: 35.3 מספר ביקור: 00200400676

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

מקור המידע	פירוט
העברת טפסים באופן יזום לאתר המטופל	19:56:10 30/03/2022 בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.

סיבת הפניה: בביקור בתאריך 22/03/2022 בשעה 11:39:06
בת 35, לסרוגין פלפיטציות לאחר נטילת סטימולנטים.
מחלימה מקורונה לפני חודש וחצי.
מאז פלפיטציות לסרוגין.

בביקור בתאריך 23/03/2022 בשעה 09:05:33
הפניה למעבדה.
אקג תקין, קצב 70 לדקה.

בביקור בתאריך 25/03/2022 בשעה 10:05:30
פניה לצורך קבלת מרשם

בביקור בתאריך 30/03/2022 בשעה 19:55:15
פניה לצורך קבלת מרשם
קבלת מרשמים כרוניים ...

גורם משלם: 25 ב.טלפוני שעת קורונה

ממצאי הבדיקה: בביקור בתאריך 22/03/2022 בשעה 11:39:06
לב קולות סדירים.
ריאות נשימות בויעות.

בביקור בתאריך 23/03/2022 בשעה 09:05:33
אין צורך בבדיקה בביקור זה

בביקור בתאריך 25/03/2022 בשעה 10:05:30

בביקור בתאריך 30/03/2022 בשעה 19:55:15

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			PALPITATIONS
			CHRONIC MEDICATION REFILL

אופן השימוש	Rp <Days>	מינון	תרופות
לבליעה 2 טבליה 1 פעם ביום , (בוקר 2 טבליה) לתקופה של 30 ימים. טיפול ב-ADHD	3 <30>	2 tab X 1 -2 op	REPHENIDATE 10MG X 30
לבליעה 1 כמסה 1 פעם ביום , (בוקר 1 כמסה) לתקופה של 30 ימים. טיפול ב-ADHD	3 <30>	1 cap X 1 -1 op	RITALIN LA 30MG X 30

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

ביקור משפחה/ילדים

19/05/2022 19:30:33

גיל: 35 שנים, 4 חודשים ו- 4 שבועות

גיל: 35.4 מספר ביקור: 00205034888

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

מקור המידע	פירוט
בקשות מהאתר - בקשת המטופל	תאריך + שעת הזמנה : 16:11:26 19/05/2022 טל: 052-6105836 תרופות נוספות: NEXIUM 20MG X 28 • NEXIUM 40MG X 28 •
בקשות מהאתר - מענה הרופא	19:31:05 19/05/2022 הטפסים הופקו לבקשתך.

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...

גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC PRESCRIPTION

אופן השימוש	Rp <Days>	מינון	תרופות
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום , (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 28 ימים.	1 <28>	1 tab X 1 -1 op	NEXIUM 20MG X 28
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום , (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 28 ימים.	1 <28>	1 tab X 1 -1 op	NEXIUM 40MG X 28

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

0285100 !

ביקור משפחה/ילדים

25/05/2022 08:49:02

גיל: 35 שנים ו- 5 חודשים

גיל: 35.4 מספר ביקור: 00205521534

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

סיבת הפניה: בביקור בתאריך 03/10/2021 בשעה 08:47:11 הפניה למעבדה . כאבי ראש מזה חודש.

בביקור בתאריך 06/10/2021 בשעה 10:56:32 ירידה ברמת הברזל ופריטין. מחזור ללא דמום חריג. נוגדני צליאק -תקין. כלכלה מגוונת כולל מוצרי בשר.

בביקור בתאריך 25/05/2022 בשעה 08:49:02 מזה יומיים חום, מנוזלת. נפיחות צדצווארית.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: בביקור בתאריך 03/10/2021 בשעה 08:47:11 אישונים שווים ומגיבים , תנועות עיניים מלאות. החזר GAG שמור. יתר עצבים קרניאליים-תקין. ללא סמני צד או פירמידליים.

בביקור בתאריך 25/05/2022 בשעה 08:49:02

ללא מצוקה נשימתית . ללא סמני גרוי מנינגיאליים. נזלת. רגישות בניקוש מעל מערות פנים מצחיות. לוע גודש ללא תפליט. אוזניים נוזלים דו צדדי. בלוטות למפה צדצוואריות מעט מוגדלות. ריאות כניסת אוויר טובה ושווה דו צדדי, חרחורים גסים ממקור עליון. לב קולות סדירים. בטן רכה, ללא אורגנומגליה. נוירולוגי תקין.

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			HEADACHE
			IRON DEFICIENCY WITHOUT ANEMIA
			LOSS HAIR
			BACKACHE

תרופות	מינון	Rp <Days>	אופן השימוש
CLARINASE 14TAB	1 tab X 2 -1 op	1 <7>	לבליעה 1 טבליה 2 פעמים ביום, (בוקר 1 טבליה, ערב 1 טבליה) לתקופה של 7 ימים.
AVAMYS 120DOSE	2 Nas X 1 -1 op	1 <30>	לרסס באף 2 מנה 1 פעם ביום, (בוקר 2 מנה) לתקופה של 30 ימים.

סוג האישור	קוד	מתאריך	עד תאריך
אישור מחלה	C00001	25/05/2022	26/05/2022

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

12/06/2022 15:56:56

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 35 שנים, 5 חודשים ו- 3 שבועות

גיל: 35.5 מספר ביקור: 00207207590

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

מקור המידע	פירוט
בקשות מהאתר - בקשת המטופל	תאריך + שעת הזמנה : 12/06/2022 08:01:11 טל: 052-6105836 תרופות קבועות: • REPHENIDATE 10MG X 30 תרופות נוספות: • ALPRALID 0.5MG X 30
בקשות מהאתר - מענה הרופא	15:57:50 12/06/2022 הטפסים הופקו לבקשתך.

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...
קבלת מרשמים כרוניים ...

גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC PRESCRIPTION

תרופות	מינון	Rp <Days>	אופן השימוש
REPHENIDATE 10MG X 30	2 tab X 1 -2 op	3 <30>	לבליעה 2 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 2 טבליה) לתקופה של 30 ימים. טיפול ב-ADHD
ALPRALID 0.5MG X 30	1 tab X 1 -1 op	1 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (לפני שינה 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים.

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

18/07/2022 18:28:53

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 35 שנים, 6 חודשים ו- 4 שבועות

גיל: 35.6 מספר ביקור: 00210950318

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

מקור המידע	פירוט
בקשות מהאתר - בקשת המטופל	תאריך + שעת הזמנה : 17/07/2022 22:18:01 טל:052-6105836 תרופות נוספות: NEXIUM 20MG X 28 • NEXIUM 40MG X 28 •
בקשות מהאתר - מענה הרופא	18:29:22 18/07/2022 הטפסים הופקו לבקשתך.

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...

גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC PRESCRIPTION

אופן השימוש	Rp <Days>	מינון	תרופות
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום , (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 28 ימים.	1<28>	1 tab X 1 -1 op	NEXIUM 20MG X 28
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום , (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 28 ימים.	1<28>	1 tab X 1 -1 op	NEXIUM 40MG X 28

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

31/07/2022 20:04:24

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 35 שנים, 7 חודשים ו- 1 שבועות

גיל: 35.7 מספר ביקור: 00212224774

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

מקור המידע	פירוט
בקשות מהאתר - בקשת המטופל	תאריך + שעת הזמנה : 31/07/2022 16:31:24 טל:052-6105836 תרופות נוספות: AMOXCY CARE 500MG X 20 • ALPRALID 0.5MG X 30 •
בקשות מהאתר - מענה הרופא	20:04:57 31/07/2022 הטפסים הופקו לבקשתך.

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...

גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC PRESCRIPTION

אופן השימוש	Rp <Days>	מינון	תרופות
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום , (לפני שינה 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים.	1 <30>	1 tab X 1 -1 op	ALPRALID 0.5MG X 30
לבליעה 1 כמסה 3 פעמים ביום , (בוקר 1 כמסה, צהריים 1 כמסה, ערב 1 כמסה) לתקופה של 6 ימים.	1 <6>	1 cap X 3 -1 op	AMOXY CARE 500MG X 20

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

26/08/2022 10:49:49

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 35 שנים ו- 8 חודשים

גיל: 35.7 מספר ביקור: 00214613095

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

סיבת הפניה: בביקור בתאריך 03/10/2021 בשעה 08:47:11 הפניה למעבדה . כאבי ראש מזה חודש.

בביקור בתאריך 06/10/2021 בשעה 10:56:32 ירידה ברמת הברזל ופריטין. מחזור ללא דמום חריג. נוגדני צליאק -תקין. כלכלה מגוונת כולל מוצרי בשר.

בביקור בתאריך 25/05/2022 בשעה 08:49:02 מזה יומיים חום, מנוזלת. נפיחות צדצווארית.

בביקור בתאריך 26/08/2022 בשעה 10:49:49 פניה לצורך קבלת מרשם קבלת מרשמים כרוניים ...

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: בביקור בתאריך 03/10/2021 בשעה 08:47:11 אישונים שווים ומגיבים , תנועות עיניים מלאות. החזר GAG שמור. יתר עצבים קרניאליים-תקין. ללא סמני צד או פירמידליים.

בביקור בתאריך 25/05/2022 בשעה 08:49:02

ללא מצוקה נשימתית . ללא סמני גרוי מנינגיאליים. נזלת. רגישות בניקוש מעל מערות פנים מצחיות. לוע גודש ללא תפליט. אוזניים נוזלים דוחדדי. בלוטות למפה צדצוואריות מעט מוגדלות. ריאות כניסת אוויר טובה ושווה דוחדדי, חרחורים גסים ממקור עליון. לב קולות סדירים. בטן רכה, ללא אורגנומגליה.

נוירולוגי תקין.

בביקור בתאריך 26/08/2022 בשעה 10:49:49

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
HEADACHE			
IRON DEFICIENCY WITHOUT ANEMIA			
LOSS HAIR			
BACKACHE			
CHRONIC MEDICATION REFILL			

תרופות	מינון	Rp <Days>	אופן השימוש
RITALIN 10MG X 30	3 tab X 1 -3 op	3 <30>	לבליעה 3 טבליה 1 פעם ביום , (בוקר 3 טבליה) לתקופה של 30 ימים. טיפול ב-ADHD
NEXIUM 40MG X 28	1 tab X 1 -3 op	1 <84>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום , (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 84 ימים.
BONDORMIN 0.25MG X10	1 tab X 1 -1 op	1 <10>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום , (לפני שינה 1 טבליה) לתקופה של 10 ימים. על קיבה ריקה
TONIGHT 25MG X 10	1 tab X 1 -1 op	1 <10>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום , (לפני שינה 1 טבליה) לתקופה של 10 ימים. עם או אחרי אוכל

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

26/08/2022 10:58:03

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 35 שנים ו- 8 חודשים

גיל: 35.7 מספר ביקור: 00214613919

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

סיבת הפניה: בביקור בתאריך 23/06/2022 בשעה 17:10:11 לאחר ת.דרכים ב-21.06 עם פציעה במנגנון WHIPLASH. נבדקה אתמול במיון וטופלה באסיבל וולטרן IM. עדיין כאובה, מבקשת זריקת וולטרן ואנלגטיקה.

בביקור בתאריך 26/08/2022 בשעה 10:58:03 סחרחורות מאז תאונת הדרכים

גורם משלם: 5 תאונת דרכים תאריך תאונת דרכים: 22/06/2022

ממצאי הבדיקה: בביקור בתאריך 26/08/2022 בשעה 10:58:03

אישונים שווים ומגיבים , תנועות עיניים מלאות. החרר GAG שמור. יתר עצבים קרניאליים-תקין. רומברג מעט חיובי ללא סמני צד או פירמידליים.

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
WHIPLASH INJURY			
MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS			

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			VERTIGO

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

28/08/2022 20:04:58

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 35 שנים, 8 חודשים ו- 1 שבועות

גיל: 35.8 מספר ביקור: 00214765058

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

מקור המידע	פירוט
בקשות מהאתר - בקשת המטופל	תאריך + שעת הזמנה : 28/08/2022 08:43:16 טל: 052-6105836 הערה לתרופות: היי דר. צריכה בבקשה מרשם לורמוקס כדורים. גילינו תולעים לאחד מאיתנו אז אני עושה טיפול מונע לכולם.
בקשות מהאתר - מענה הרופא	20:05:41 28/08/2022 שני כדורים, בהפרש שבועיים. הטפסים הופקו לבקשתך.

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...

גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC PRESCRIPTION

אופן השימוש	Rp <Days>	מינון	תרופות
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום , (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 6 ימים.	1<6>	1 tab X 1 -1 op	VERMOX 100MG X 6

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

14/10/2022 12:21:41

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 35 שנים, 9 חודשים ו- 3 שבועות

גיל: 35.9 מספר ביקור: 00218715633

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

מקור המידע	פירוט
בקשות מהאתר - בקשת המטופל	תאריך + שעת הזמנה : 13/10/2022 09:41:35 טל: 052-6105836 תרופות נוספות: ALPRALID 0.5MG X 30 •
בקשות מהאתר - מענה הרופא	12:22:06 14/10/2022 הטפסים הופקו לבקשתך.

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...

גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC PRESCRIPTION
אופן השימוש	Rp <Days>	מינון	תרופות
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום , (לפני שינה 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים.	1 <30>	1 tab X 1 -1 op	ALPRALID 0.5MG X 30

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

23/10/2022 16:26:08

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 35 שנים ו- 10 חודשים

גיל: 35.9 מספר ביקור: 00219427182

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

סיבת הפניה: בביקור בתאריך 03/10/2021 בשעה 08:47:11 הפניה למעבדה . כאבי ראש מזה חודש.

בביקור בתאריך 06/10/2021 בשעה 10:56:32 ירידה ברמת הברזל ופריטין. מחזור ללא דמום חריג. נוגדני צליאק -תקין. כלכלה מגוונת כולל מוצרי בשר.

בביקור בתאריך 25/05/2022 בשעה 08:49:02 מזה יומיים חום, מנוזלת. נפיחות צדצווארית.

בביקור בתאריך 26/08/2022 בשעה 10:49:49 פניה לצורך קבלת מרשם קבלת מרשמים כרוניים ...

בביקור בתאריך 23/10/2022 בשעה 16:26:08 פניה לצורך קבלת מרשם

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: בביקור בתאריך 03/10/2021 בשעה 08:47:11 אישונים שווים ומגיבים , תנועות עיניים מלאות. החזר GAG שמור. יתר עצבים קרניאליים-תקין. ללא סמני צד או פירמידליים.

בביקור בתאריך 25/05/2022 בשעה 08:49:02

ללא מצוקה נשימתית . ללא סמני גרוי מנינגיאליים. נזלת. רגישות בניקוש מעל מערות פנים מצחיות. לוע גודש ללא תפליט. אוזניים נוזלים דו צדדי. בלוטות למפה צדצוואריות מעט מוגדלות. ריאות כניסת אוויר טובה ושווה דו צדדי, חרחורים גסים ממקור עליון. לב קולות סדירים. בטן רכה, ללא אורגנומגליה. נוירולוגי תקין.

בביקור בתאריך 26/08/2022 בשעה 10:49:49

בביקור בתאריך 23/10/2022 בשעה 16:26:08

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
HEADACHE			
IRON DEFICIENCY WITHOUT ANEMIA			
LOSS HAIR			
BACKACHE			
CHRONIC MEDICATION REFILL			
UPPER RESPIRATORY INFECTIONS ACUTE UNS			

תרופות	מינון	Rp <Days>	אופן השימוש
CLARINASE 14TAB	1 tab X 2 -1 op	1 <7>	לבליעה 1 טבליה 2 פעמים ביום, (בוקר 1 טבליה, ערב 1 טבליה) לתקופה של 7 ימים.

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

23/10/2022 16:30:39

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 35 שנים ו-10 חודשים

גיל: 35.9 מספר ביקור: 00219428269

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

מקור המידע	פירוט
העברת טפסים באופן יזום לאתר המטופל	16:34:16 23/10/2022 בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.

סיבת הפניה: הפניה לסונר שד ימין בקורת.
קבלת מרשמים כרוניים ...

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: בדיקה פיזיקלית ונוירולוגית תקינה

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
OBSERVATION-PATIENT UNDER OBSERVATION			
CHRONIC MEDICATION REFILL			

הערות	בדיקות/הפניות
בתוקף עד - 21/04/2023	בדיקות שד: שדיים אולטראסאונד

תרופות	מינון	Rp <Days>	אופן השימוש
RITALIN 10MG X 30	3 tab X 1 -3 op	3 <30>	לבליעה 3 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 3 טבליה) לתקופה של 30 ימים. טיפול ב-ADHD

סוג האישור	קוד	מתאריך	עד תאריך
אישור מחלה	C00001	23/10/2022	25/10/2022

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

06/11/2022 19:42:06

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 35 שנים, 10 חודשים ו-2 שבועות

גיל: 35.10 מספר ביקור: 00220904314

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

מקור המידע	פירוט
בקשות מהאתר - בקשת המטופל	תאריך + שעת הזמנה : 06/11/2022 10:06:00 טל: 052-6105836 תרופות נוספות: ALPRALID 0.5MG X 30 •
בקשות מהאתר - מענה הרופא	19:42:31 06/11/2022 הטפסים הופקו לבקשתך.

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...

גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC PRESCRIPTION

אופן השימוש	Rp <Days>	מינון	תרופות
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום , (לפני שינה 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים.	1<30>	1 tab X 1 -1 op	ALPRALID 0.5MG X 30

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

25/11/2022 08:34:34

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 35 שנים ו-11 חודשים

גיל: 35.10 מספר ביקור: 00223008969

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

סיבת הפניה: בביקור בתאריך 23/10/2022 בשעה 16:30:39 הפניה לסונר שד ימין בקורת. קבלת מרשמים כרוניים ...

בביקור בתאריך 25/11/2022 בשעה 08:34:34 פניה לצורך קבלת מרשם

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: בביקור בתאריך 23/10/2022 בשעה 16:30:39 בדיקה פיזיקלית ונירולוגית תקינה

בביקור בתאריך 25/11/2022 בשעה 08:34:34

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			OBSERVATION-PATIENT UNDER OBSERVATION
			CHRONIC MEDICATION REFILL

אופן השימוש	Rp <Days>	מינון	תרופות
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום , (לפני שינה 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים.	1 <30>	1 tab X 1 -1 op	ALPRALID 0.5MG X 30

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 36 שנים, 2 שבועות

גיל: 36 מספר ביקור: 00227370569

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

מקור המידע	פירוט
בקשות מהאתר - בקשת המטופל	תאריך + שעת הזמנה : 06/01/2023 10:25:25 טל: 052-6105836 תרופות קבועות: RITALIN 10MG X 30 •
בקשות מהאתר - מענה הרופא	12:23:42 06/01/2023 הטפסים הופקו לבקשתך.

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ... קבלת מרשמים כרוניים ...

גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC PRESCRIPTION

אופן השימוש	Rp <Days>	מינון	תרופות
לבליעה 3 טבליה 1 פעם ביום , (בוקר 3 טבליה) לתקופה של 30 ימים. טיפול ב-ADHD	3 <30>	3 tab X 1 -3 op	RITALIN 10MG X 30

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 36 שנים, 1 חודשים ו-2 שבועות

גיל: 36.1 מספר ביקור: 00230360357

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

מקור המידע	פירוט
בקשות מהאתר - בקשת המטופל	תאריך + שעת הזמנה : 02/02/2023 21:45:17 טל: 052-6105836 תרופות נוספות: • AVAMYS 120DOSE
בקשות מהאתר - מענה הרופא	07:50:41 03/02/2023 הטפסים הופקו לבקשתך.

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...
גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC PRESCRIPTION

אופן השימוש	Rp <Days>	מינון	תרופות
לרסס באף 2 מנה 1 פעם ביום , (בוקר 2 מנה) לתקופה של 30 ימים.	<30>1	2 Nas X 1 -1 op	AVAMYS 120DOSE

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

0285100 !

03/02/2023 10:23:32

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 36 שנים, 1 חודשים ו-2 שבועות

גיל: 36.1 מספר ביקור: 00230376276

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

סיבת הפניה: בביקור בתאריך 03/10/2021 בשעה 08:47:11 הפניה למעבדה . כאבי ראש מזה חודש.

בביקור בתאריך 06/10/2021 בשעה 10:56:32 ירידה ברמת הברזל ופריטין. מחזור ללא דמום חריג. נוגדני צליאק -תקין. כלכלה מגוונת כולל מוצרי בשר.

בביקור בתאריך 25/05/2022 בשעה 08:49:02 מזה יומיים חום, מנוזלת. נפיחות צדצווארית.

בביקור בתאריך 03/02/2023 בשעה 10:23:32 פניה לצורך קבלת מרשם

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: בביקור בתאריך 03/10/2021 בשעה 08:47:11 אישונים שווים ומגיבים , תנועות עיניים מלאות. החזר GAG שמור. יתר עצבים קרניאליים-תקין. ללא סמני צד או פירמידליים.

בביקור בתאריך 25/05/2022 בשעה 08:49:02

ללא מצוקה נשימתית . ללא סמני גרוי מנינגיאליים. נזלת. רגישות בניקוש מעל מערות פנים מצחיות.

לוע גודש ללא תפליט.
אוזניים נוזלים דוֹצְדִי.
בלוטות למפה צדוואריות מעט מוגדלות.
ריאות כניסת אוויר טובה ושווה דוֹצְדִי, חרחורים גסים ממקור עליון.
לב קולות סדירים.
בטן רכה, ללא אורגנומגליה.
נירולוגי תקין.

בביקור בתאריך 26/08/2022 בשעה 10:49:49

בביקור בתאריך 23/10/2022 בשעה 16:26:08

בביקור בתאריך 03/02/2023 בשעה 10:23:32

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			HEADACHE
			IRON DEFICIENCY WITHOUT ANEMIA
			LOSS HAIR
			BACKACHE
			CHRONIC MEDICATION REFILL
			UPPER RESPIRATORY INFECTIONS ACUTE UNS

אופן השימוש	Rp <Days>	מינון	תרופות
לבליעה 1 כמסה 3 פעמים ביום, (בוקר 1 כמסה, צהריים 1 כמסה, ערב 1 כמסה) לתקופה של 6 ימים.	1 <6>	1 cap X 3 -1 op	AMOXY CARE 500MG X 20

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

12/02/2023 11:55:29

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 36 שנים, 1 חודשים ו- 3 שבועות

גיל: 36.1 מספר ביקור: 00231173406

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

מקור המידע	פירוט
העברת טפסים באופן יזום לאתר המטופל	12:03:14 12/02/2023 בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.

סיבת הפניה: בביקור בתאריך 03/10/2021 בשעה 08:47:11 הפניה למעבדה . כאבי ראש מזה חודש.

בביקור בתאריך 06/10/2021 בשעה 10:56:32 ירידה ברמת הברזל ופריטין. מחזור ללא דמום חריג. נוגדני צליאק -תקין. כלכלה מגוונת כולל מוצרי בשר.

בביקור בתאריך 25/05/2022 בשעה 08:49:02

מזה יומיים חום, מנוזלת. נפיחות צדווארית.

בביקור בתאריך 03/02/2023 בשעה 10:23:32
פניה לצורך קבלת מרשם

בביקור בתאריך 12/02/2023 בשעה 11:55:29
צמיחת סטרפטוקוק במשטח לוע

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: בביקור בתאריך 03/10/2021 בשעה 08:47:11
אישונים שווים ומגיבים, תנועות עיניים מלאות.
החזר GAG שמור. יתר עצבים קרניאליים-תקין.
ללא סמני צד או פירמידליים.

בביקור בתאריך 25/05/2022 בשעה 08:49:02

ללא מצוקה נשימתית. ללא סמני גרוי מנינגיאליים. נזלת.
רגישות בניקוש מעל מערות פנים מצחיות.
לוע גודש ללא תפליט.
אוזניים נוזלים דו צדדי.
בלוטות למפה צדוואריות מעט מוגדלות.
ריאות כניסת אוויר טובה ושווה דו צדדי, חרחורים גסים ממקור עליון.
לב קולות סדירים.
בטן רכה, ללא אורגנומגליה.
נוירולוגי תקין.

בביקור בתאריך 26/08/2022 בשעה 10:49:49

בביקור בתאריך 23/10/2022 בשעה 16:26:08

בביקור בתאריך 03/02/2023 בשעה 10:23:32

בביקור בתאריך 12/02/2023 בשעה 11:55:29

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			HEADACHE
			IRON DEFICIENCY WITHOUT ANEMIA
			LOSS HAIR
			BACKACHE
			CHRONIC MEDICATION REFILL
			UPPER RESPIRATORY INFECTIONS ACUTE UNS
			STREPTOCOCCAL PHARYNGITIS OR TONSILITIS

סוג האישור	קוד	מתאריך	עד תאריך
אישור מחלה	C00001	12/02/2023	16/02/2023

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

09/04/2023 08:12:19

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 36 שנים, 3 חודשים ו-2 שבועות

גיל: 36.3 מספר ביקור: 00236502714

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

מקור המידע	פירוט
בקשות מהאתר - בקשת המטופל	תאריך + שעת הזמנה : 07/04/2023 12:55:43 טל: 052-6105836 תרופות קבועות: RITALIN 10MG X 30 • המטופל מציין כי אינו נוטל את התרופות: NEXIUM 40MG X 28 - לא
בקשות מהאתר - מענה הרופא	08:12:52 09/04/2023 הטפסים הופקו לבקשתך.

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...
קבלת מרשמים כרוניים ...

גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC PRESCRIPTION

אופן השימוש	Rp <Days>	מינון	תרופות
לבליעה 3 טבליה 1 פעם ביום , (בוקר 3 טבליה) לתקופה של 30 ימים. טיפול ב-ADHD	3<30>	3 op - 3 tab X 1	RITALIN 10MG X 30

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

13/04/2023 19:22:24

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 36 שנים, 3 חודשים ו-3 שבועות

גיל: 36.3 מספר ביקור: 00236850110

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

מקור המידע	פירוט
בקשות מהאתר - בקשת המטופל	תאריך + שעת הזמנה : 13/04/2023 12:56:12 טל: 052-6105836 הערה לתרופות: היי דר יש לי כאבים חזקים, קבעתי תור לאורטופד ויש רק עוד חודש אשמח למרשם לאתופן
בקשות מהאתר - מענה הרופא	19:25:05 13/04/2023 הטפסים הופקו לבקשתך.

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...

גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC PRESCRIPTION

! 0285100

18/05/2023 17:38:18

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 36 שנים, 4 חודשים ו- 4 שבועות

גיל: 36.4 מספר ביקור: 00240252633

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

מקור המידע	פירוט
העברת טפסים באופן יזום לאתר המטופל	17:39:36 18/05/2023 בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.

סיבת הפניה: פניה לצורך קבלת מרשם

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: אין צורך בבדיקה בביקור זה

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			PRESCRIPTION REQUEST

אופן השימוש	Rp <Days>	מינון	תרופות
לבליעה 1 טבליה 2 פעמים ביום, (בוקר 1 טבליה, ערב 1 טבליה) לתקופה של 7 ימים. עם האוכל	1 <7>	1 tab X 2 -1 op	AUGMENTIN_BID 875MG X 14
לבליעה 1 טבליה 3 פעמים ביום, (בוקר 1 טבליה, צהריים 1 טבליה, ערב 1 טבליה) לתקופה של 7 ימים. עם או אחרי אוכל	1 <7>	1 tab X 3 -2 op	FLAGYL 250MG X 20

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

04/06/2023 17:15:49

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 36 שנים, 5 חודשים ו- 2 שבועות

גיל: 36.5 מספר ביקור: 00241764797

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

סיבת הפניה: בביקור בתאריך 03/10/2021 בשעה 08:47:11 הפניה למעבדה . כאבי ראש מזה חודש.

בביקור בתאריך 06/10/2021 בשעה 10:56:32 ירידה ברמת הברזל ופריטין. מחזור ללא דמום חריג. נוגדני צליאק -תקין. כלכלה מגוונת כולל מוצרי בשר.

בביקור בתאריך 25/05/2022 בשעה 08:49:02 מזה יומיים חום, מנוזלת. נפיחות צדצווארית.

בביקור בתאריך 03/02/2023 בשעה 10:23:32 פניה לצורך קבלת מרשם

בביקור בתאריך 12/02/2023 בשעה 11:55:29
צמיחת סטרפטוקוק במשטח לוע

בביקור בתאריך 04/06/2023 בשעה 17:15:49
פניה לצורך קבלת מרשם

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: בביקור בתאריך 03/10/2021 בשעה 08:47:11
אישונים שווים ומגיבים , תנועות עיניים מלאות.
החזר GAG שמור. יתר עצבים קרניאליים-תקין.
ללא סמני צד או פירמידליים.

בביקור בתאריך 25/05/2022 בשעה 08:49:02

ללא מצוקה נשימתית . ללא סמני גרוי מנינגיאליים. נזלת.
רגישות בניקוש מעל מערות פנים מצחיות.
לוע גודש ללא תפליט.
אוזניים נוזלים דוצדדי.
בלוטות למפה צדצוואריות מעט מוגדלות.
ריאות כניסת אוויר טובה ושווה דוצדדי, חרחורים גסים ממקור עליון.
לב קולות סדירים.
בטן רכה, ללא אורגנומגליה.
נוירולוגי תקין.

בביקור בתאריך 26/08/2022 בשעה 10:49:49

בביקור בתאריך 23/10/2022 בשעה 16:26:08

בביקור בתאריך 03/02/2023 בשעה 10:23:32

בביקור בתאריך 12/02/2023 בשעה 11:55:29

בביקור בתאריך 04/06/2023 בשעה 17:15:49

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			HEADACHE
			IRON DEFICIENCY WITHOUT ANEMIA
			LOSS HAIR
			BACKACHE
			CHRONIC MEDICATION REFILL
			UPPER RESPIRATORY INFECTIONS ACUTE UNS
			STREPTOCOCCAL PHARYNGITIS OR TONSILITIS

אופן השימוש	Rp <Days>	מינון	תרופות
לבליעה 4 טבליה 1 פעם ביום , (בוקר 4 טבליה) לתקופה של 30 ימים. טיפול ב-ADHD	3 <30>	4 tab X 1 -4 op	RITALIN 10MG X 30

על פי צורך

! 0285100

07/06/2023 16:27:14

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 36 שנים, 5 חודשים ו- 2 שבועות

גיל: 36.5 מספר ביקור: 00242137019

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

מקור המידע	פירוט
בקשות מהאתר - בקשת המטופל	תאריך + שעת הזמנה : 06/06/2023 23:17:35 טל: 052-6105836 הערה לתרופות: היי דר, צריכה ורמוקס בכדורים בבקשה ()
בקשות מהאתר - מענה הרופא	16:28:11 07/06/2023 הטפסים הופקו לבקשתך.

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...

גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC PRESCRIPTION

אופן השימוש	Rp <Days>	מינון	תרופות
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום , (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 6 ימים. שני כדורים, בהפרש שבועיים	1 <6>	1 tab X 1 -1 op	VERMOX 100MG X 6

מוזמן למעקב:

על פי צורך

! 0285100

22/06/2023 19:26:09

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 36 שנים ו- 6 חודשים

גיל: 36.5 מספר ביקור: 00243665564

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

מקור המידע	פירוט
העברת טפסים באופן יזום לאתר המטופל	19:26:53 22/06/2023 בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.

סיבת הפניה: בביקור בתאריך 03/10/2021 בשעה 08:47:11 הפניה למעבדה . כאבי ראש מזה חודש.

בביקור בתאריך 06/10/2021 בשעה 10:56:32 ירידה ברמת הברזל ופריטין. מחזור ללא דמום חריג. נוגדני צליאק -תקין. כלכלה מגוונת כולל מוצרי בשר.

בביקור בתאריך 25/05/2022 בשעה 08:49:02 מזה יומיים חום, מנוזלת. נפיחות צדצווארית.

בביקור בתאריך 03/02/2023 בשעה 10:23:32 פניה לצורך קבלת מרשם

בביקור בתאריך 12/02/2023 בשעה 11:55:29
צמיחת סטרפטוקוק במשטח לוע

בביקור בתאריך 04/06/2023 בשעה 17:15:49
פניה לצורך קבלת מרשם

בביקור בתאריך 22/06/2023 בשעה 19:26:09
פניה לצורך קבלת מרשם

גורם משלם: 25 ב.טלפוני שעת קורו

ממצאי הבדיקה: בביקור בתאריך 03/10/2021 בשעה 08:47:11
אישונים שווים ומגיבים , תנועות עיניים מלאות.
החזר GAG שמור. יתר עצבים קרניאליים-תקין.
ללא סמני צד או פירמידליים.

בביקור בתאריך 25/05/2022 בשעה 08:49:02

ללא מצוקה נשימתית . ללא סמני גרוי מנינגיאליים. נזלת.
רגישות בניקוש מעל מערות פנים מצחיות.
לוע גודש ללא תפליט.
אוזניים נוזלים דוצדדי.
בלוטות למפה צדצוואריות מעט מוגדלות.
ריאות כניסת אוויר טובה ושווה דוצדדי, חרחורים גסים ממקור עליון.
לב קולות סדירים.
בטן רכה, ללא אורגנומגליה.
נוירולוגי תקין.

בביקור בתאריך 26/08/2022 בשעה 10:49:49

בביקור בתאריך 23/10/2022 בשעה 16:26:08

בביקור בתאריך 03/02/2023 בשעה 10:23:32

בביקור בתאריך 12/02/2023 בשעה 11:55:29

בביקור בתאריך 04/06/2023 בשעה 17:15:49

בביקור בתאריך 22/06/2023 בשעה 19:26:09

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
HEADACHE			
IRON DEFICIENCY WITHOUT ANEMIA			
LOSS HAIR			
BACKACHE			
CHRONIC MEDICATION REFILL			
UPPER RESPIRATORY INFECTIONS ACUTE UNS			
STREPTOCOCCAL PHARYNGITIS OR TONSILITIS			

אופן השימוש	Rp <Days>	מינון	תרופות
לבליעה 4 טבליה 1 פעם ביום , (בוקר 4 טבליה) לתקופה של 30 ימים. טיפול ב-ADHD	3 <30>	4 tab X 1 -4 op	RITALIN 10MG X 30

מוזמן למעקב:

על פי צורך

! 0285100

ביקור משפחה/ילדים

02/07/2023 10:39:23

גיל: 36 שנים, 6 חודשים ו- 1 שבועות

גיל: 36.6 מספר ביקור: 00244431015

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

מקור המידע	פירוט
העברת טפסים באופן יזום לאתר המטופל	10:40:43 02/07/2023 בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.

סיבת הפניה: בביקור בתאריך 03/10/2021 בשעה 08:47:11 הפניה למעבדה . כאבי ראש מזה חודש.

בביקור בתאריך 06/10/2021 בשעה 10:56:32 ירידה ברמת הברזל ופריטין. מחזור ללא דמום חריג. נוגדני צליאק -תקין. כלכלה מגוונת כולל מוצרי בשר.

בביקור בתאריך 25/05/2022 בשעה 08:49:02 מזה יומיים חום, מנוזלת. נפיחות צדצווארית.

בביקור בתאריך 03/02/2023 בשעה 10:23:32 פניה לצורך קבלת מרשם

בביקור בתאריך 12/02/2023 בשעה 11:55:29 צמיחת סטרפטוקוק במשטח לוע

בביקור בתאריך 04/06/2023 בשעה 17:15:49 פניה לצורך קבלת מרשם

בביקור בתאריך 22/06/2023 בשעה 19:26:09 פניה לצורך קבלת מרשם

בביקור בתאריך 02/07/2023 בשעה 10:39:23 פניה לצורך קבלת מרשם

גורם משלם: 25 ב.טלפוני שעת קורונה

ממצאי הבדיקה: בביקור בתאריך 03/10/2021 בשעה 08:47:11 אישונים שווים ומגיבים , תנועות עיניים מלאות. החרז GAG שמור. יתר עצבים קרניאליים-תקין. ללא סמני צד או פירמידליים.

בביקור בתאריך 25/05/2022 בשעה 08:49:02

ללא מצוקה נשימתית. ללא סמני גרוי מנינגיאליים. נזלת.
רגישות בניקוש מעל מערות פנים מצחיות.
לוע גודש ללא תפליט.
אוזניים נוזלים דוצדדי.
בלוטות למפה צדצוואריות מעט מוגדלות.
ריאות כניסת אוויר טובה ושווה דוצדדי, חרחורים גסים ממקור עליון.
לב קולות סדירים.
בטן רכה, ללא אורגנומגליה.
נוירולוגי תקין.

בביקור בתאריך 26/08/2022 בשעה 10:49:49

בביקור בתאריך 23/10/2022 בשעה 16:26:08

בביקור בתאריך 03/02/2023 בשעה 10:23:32

בביקור בתאריך 12/02/2023 בשעה 11:55:29

בביקור בתאריך 04/06/2023 בשעה 17:15:49

בביקור בתאריך 22/06/2023 בשעה 19:26:09

בביקור בתאריך 02/07/2023 בשעה 10:39:23

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
HEADACHE			
IRON DEFICIENCY WITHOUT ANEMIA			
LOSS HAIR			
BACKACHE			
CHRONIC MEDICATION REFILL			
UPPER RESPIRATORY INFECTIONS ACUTE UNS			
STREPTOCOCCAL PHARYNGITIS OR TONSILITIS			

תרופות	מינון	Rp <Days>	אופן השימוש
ALPRALID 0.5MG X 30	1 tab X 1 -1 op	1 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (לפני שינה 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים.

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

07/08/2023 11:38:13

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 36 שנים, 7 חודשים ו- 2 שבועות

גיל: 36.7 מספר ביקור: 00248043153

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

סיבת הפניה: בביקור בתאריך 03/10/2021 בשעה 08:47:11 הפניה למעבדה.

כאבי ראש מזה חודש.

בביקור בתאריך 06/10/2021 בשעה 10:56:32
ירידה ברמת הברזל ופריטין.
מחזור ללא דמום חריג.
נוגדני צליאק -תקין.
כלכלה מגוונת כולל מוצרי בשר.

בביקור בתאריך 25/05/2022 בשעה 08:49:02
מזה יומיים חום, מנוזלת. נפיחות צדצווארית.

בביקור בתאריך 03/02/2023 בשעה 10:23:32
פניה לצורך קבלת מרשם

בביקור בתאריך 12/02/2023 בשעה 11:55:29
צמיחת סטרפטוקוק במשטח לוע

בביקור בתאריך 04/06/2023 בשעה 17:15:49
פניה לצורך קבלת מרשם

בביקור בתאריך 22/06/2023 בשעה 19:26:09
פניה לצורך קבלת מרשם

בביקור בתאריך 02/07/2023 בשעה 10:39:23
פניה לצורך קבלת מרשם

בביקור בתאריך 07/08/2023 בשעה 11:38:13
פניה לצורך קבלת מרשם

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: בביקור בתאריך 03/10/2021 בשעה 08:47:11
אישונים שווים ומגיבים, תנועות עיניים מלאות.
החזר GAG שמור. יתר עצבים קרניאליים-תקין.
ללא סמני צד או פירמידליים.

בביקור בתאריך 25/05/2022 בשעה 08:49:02

ללא מצוקה נשימתית. ללא סמני גרוי מנינגיאליים. נזלת.
רגישות בניקוש מעל מערות פנים מצחיות.
לוע גודש ללא תפליט.
אוזניים נוזלים דוצדדי.
בלוטות למפה צדצוואריות מעט מוגדלות.
ריאות כניסת אוויר טובה ושווה דוצדדי, חרחורים גסים ממקור עליון.
לב קולות סדירים.
בטן רכה, ללא אורגנומגליה.
נוירולוגי תקין.

בביקור בתאריך 26/08/2022 בשעה 10:49:49

בביקור בתאריך 23/10/2022 בשעה 16:26:08

בביקור בתאריך 03/02/2023 בשעה 10:23:32

בביקור בתאריך 12/02/2023 בשעה 11:55:29

בביקור בתאריך 04/06/2023 בשעה 17:15:49

בביקור בתאריך 22/06/2023 בשעה 19:26:09

בביקור בתאריך 02/07/2023 בשעה 10:39:23

בביקור בתאריך 07/08/2023 בשעה 11:38:13

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
HEADACHE			
IRON DEFICIENCY WITHOUT ANEMIA			
LOSS HAIR			
BACKACHE			
CHRONIC MEDICATION REFILL			
UPPER RESPIRATORY INFECTIONS ACUTE UNS			
STREPTOCOCCAL PHARYNGITIS OR TONSILITIS			

תרופות	מינון	Rp <Days>	אופן השימוש
AVAMYS 120DOSE	2 Nas X 1 -1 op	1 <30>	לרסס באף 2 מנה 1 פעם ביום , (בוקר 2 מנה) לתקופה של 30 ימים.
OTOMYCIN 10ML	2 drp X 3 -1 op	1 <5>	לטפטף באוזן 2 טיפות 3 פעמים ביום , (בוקר 2 טיפות, צהריים 2 טיפות, ערב 2 טיפות) לתקופה של 5 ימים.
SYNTHOMYCINE EYE 5% X 3.6GR	ocul X 1 -1 op	1 <5>	למריחה 1 פעם ביום , (לפני שינה 1) לתקופה של 5 ימים.

מוזמן למעקב:

☑ על פי צורך

! 0285100

27/08/2023 11:23:11

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 36 שנים, 8 חודשים ו- 1 שבועות

גיל: 36.7 מספר ביקור: 00249857996

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

סיבת הפניה: בביקור בתאריך 03/10/2021 בשעה 08:47:11 הפניה למעבדה . כאבי ראש מזה חודש.

בביקור בתאריך 06/10/2021 בשעה 10:56:32 ירידה ברמת הברזל ופריטין. מחזור ללא דמום חריג. נוגדני צליאק -תקין. כלכלה מגוונת כולל מוצרי בשר.

בביקור בתאריך 25/05/2022 בשעה 08:49:02 מזה יומיים חום, מנוזלת. נפיחות צדצווארית.

בביקור בתאריך 12/02/2023 בשעה 11:55:29

צמיחת סטרפטוקוק במשטח לוע

בביקור בתאריך 27/08/2023 בשעה 11:23:11
מזה מספר ימים כאבי גרון, ראש, לא נמדד חום.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: בביקור בתאריך 03/10/2021 בשעה 08:47:11
אישונים שווים ומגיבים, תנועות עיניים מלאות.
החזר GAG שמור. יתר עצבים קרניאליים-תקין.
ללא סמני צד או פירמידליים.

בביקור בתאריך 25/05/2022 בשעה 08:49:02
ללא מצוקה נשימתית. ללא סמני גרוי מנינגיאליים. נזלת.
רגישות בניקוש מעל מערות פנים מצחיות.
לוע גודש ללא תפליט.
אוזניים נוזלים דוצדדי.
בלוטות למפה צדצוואריות מעט מוגדלות.
ריאות כניסת אוויר טובה ושווה דוצדדי, חרחורים גסים ממקור עליון.
לב קולות סדירים.
בטן רכה, ללא אורגנומגליה.
נוירולוגי תקין.

בביקור בתאריך 27/08/2023 בשעה 11:23:11
אין צורך בבדיקה בביקור זה

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			HEADACHE
			IRON DEFICIENCY WITHOUT ANEMIA
			LOSS HAIR
			BACKACHE
			CHRONIC MEDICATION REFILL
			UPPER RESPIRATORY INFECTIONS ACUTE UNS
			STREPTOCOCCAL PHARYNGITIS OR TONSILITIS

אופן השימוש	Rp <Days>	מינון	תרופות
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (לפי הצורך) לתקופה של 15 ימים. שעה לפני האוכל או על קיבה ריקה	1 <15>	1 tab X 1 -1 op	TELFAST 180MG X 15

סוג האישור	קוד	מתאריך	עד תאריך
אישור מחלה	C00001	27/08/2023	28/08/2023

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

0285100 !

גיל: 36 שנים, 8 חודשים ו-2 שבועות

גיל: 36.8 מספר ביקור: 00250734862

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

מקור המידע	פירוט
בקשות מהאתר - בקשת המטופל	תאריך + שעת הזמנה : 04/09/2023 21:07:11 טל: 052-6105836 תרופות קבועות: RITALIN 10MG X 30 •
בקשות מהאתר - מענה הרופא	07:16:37 05/09/2023 הטפסים הופקו לבקשתך.

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...
קבלת מרשמים כרוניים ...
גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC PRESCRIPTION

אופן השימוש	Rp <Days>	מינון	תרופות
לבליעה 4 טבליה 1 פעם ביום , (בוקר 4 טבליה) לתקופה של 30 ימים. טיפול ב-ADHD	3 <30>	4 tab X 1 -4 op	RITALIN 10MG X 30

מוזמן למעקב:
☒ על פי צורך

! 0285100

ביקור משפחה/ילדים

11/09/2023 09:38:51

גיל: 36 שנים, 8 חודשים ו- 3 שבועות
גיל: 36.8 מספר ביקור: 00251307544
שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים
סיבת הפניה: בביקור בתאריך 03/10/2021 בשעה 08:47:11 הפניה למעבדה . כאבי ראש מזה חודש.
בביקור בתאריך 06/10/2021 בשעה 10:56:32 ירידה ברמת הברזל ופריטין. מחזור ללא דמום חריג. נוגדני צליאק -תקין. כלכלה מגוונת כולל מוצרי בשר.
בביקור בתאריך 25/05/2022 בשעה 08:49:02 מזה יומיים חום, מנוזלת. נפיחות צדצווארית.
בביקור בתאריך 12/02/2023 בשעה 11:55:29 צמיחת סטרפטוקוק במשטח לוע
בביקור בתאריך 27/08/2023 בשעה 11:23:11 מזה מספר ימים כאבי גרון, ראש, לא נמדד חום.
בביקור בתאריך 11/09/2023 בשעה 09:38:51 הפניה למעבדה

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: בביקור בתאריך 03/10/2021 בשעה 08:47:11 אישונים שווים ומגיבים , תנועות עיניים מלאות. החזר GAG שמור. יתר עצבים קרניאליים-תקין.

ללא סמני צד או פירמידליים.

בביקור בתאריך 25/05/2022 בשעה 08:49:02
ללא מצוקה נשימתית. ללא סמני גרוי מנינגיאליים. נזלת.
רגישות בניקוש מעל מערות פנים מצחיות.
לוע גודש ללא תפליט.
אוזניים נוזלים דו צדדי.
בלוטות למפה צדצוואריות מעט מוגדלות.
ריאות כניסת אוויר טובה ושווה דו צדדי, חרחורים גסים ממקור עליון.
לב קולות סדירים.
בטן רכה, ללא אורגנומגליה.
נוירולוגי תקין.

בביקור בתאריך 27/08/2023 בשעה 11:23:11
אין צורך בבדיקה בביקור זה

בביקור בתאריך 11/09/2023 בשעה 09:38:51

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			HEADACHE
			IRON DEFICIENCY WITHOUT ANEMIA
			LOSS HAIR
			BACKACHE
			CHRONIC MEDICATION REFILL
			UPPER RESPIRATORY INFECTIONS ACUTE UNS
			STREPTOCOCCAL PHARYNGITIS OR TONSILITIS

הערות	בדיקות/הפניות
בדיקות מעבדה	בתוקף עד - 10/12/2023

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

ההפניה לבדיקות המפורטות להלן נחסמה באופן ממוחשב, עקב חריגה מההנחיות הקליניות המפורטות:

שם הבדיקה	סיבת החסימה	בקשה לאישור חריג לביצוע	סוג גורם מאשר
VITAMIN D (25 OH)	הבדיקה בוצעה בשלש השנים האחרונות והערך מעל 30		

0285100 !

13/09/2023 08:10:17 ביקור משפחה/ילדים

גיל: 36 שנים, 8 חודשים ו- 3 שבועות

גיל: 36.8 מספר ביקור: 00251549603

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

מקור המידע	פירוט
העברת טפסים באופן יזום לאתר המטופל	08:13:58 13/09/2023 בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.

סיבת הפניה: בביקור בתאריך 03/10/2021 בשעה 08:47:11
הפניה למעבדה.
כאבי ראש מזה חודש.

בביקור בתאריך 06/10/2021 בשעה 10:56:32

ירידה ברמת הברזל ופריטין.
מחזור ללא דמום חריג.
נוגדני צליאק -תקין.
כלכלה מגוונת כולל מוצרי בשר.

בביקור בתאריך 25/05/2022 בשעה 08:49:02
מזה יומיים חום, מנוזלת. נפיחות צדצווארית.

בביקור בתאריך 12/02/2023 בשעה 11:55:29
צמיחת סטרפטוקוק במשטח לוע

בביקור בתאריך 27/08/2023 בשעה 11:23:11
מזה מספר ימים כאבי גרון, ראש, לא נמדד חום.

בביקור בתאריך 11/09/2023 בשעה 09:38:51
הפניה למעבדה

בביקור בתאריך 13/09/2023 בשעה 08:10:17
פניה לצורך קבלת מרשם

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: בביקור בתאריך 03/10/2021 בשעה 08:47:11
אישונים שווים ומגיבים , תנועות עיניים מלאות.
החזר GAG שמור. יתר עצבים קרניאליים-תקין.
ללא סמני צד או פירמידליים.

בביקור בתאריך 25/05/2022 בשעה 08:49:02
ללא מצוקה נשימתית . ללא סמני גרוי מנינגיאליים. נזלת.
רגישות בניקוש מעל מערות פנים מצחיות.
לוע גודש ללא תפליט.
אוזניים נוזלים דוחדדי.
בלוטות למפה צדצוואריות מעט מוגדלות.
ריאות כניסת אוויר טובה ושווה דוחדדי, חרחורים גסים ממקור עליון.
לב קולות סדירים.
בטן רכה, ללא אורגנומגליה.
נוירולוגי תקין.

בביקור בתאריך 27/08/2023 בשעה 11:23:11
אין צורך בבדיקה בביקור זה

בביקור בתאריך 11/09/2023 בשעה 09:38:51

בביקור בתאריך 13/09/2023 בשעה 08:10:17

דיון ואבחנה מبدלת: בביקור בתאריך 13/09/2023 בשעה 08:10:17

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
HEADACHE			
IRON DEFICIENCY WITHOUT ANEMIA			
LOSS HAIR			
BACKACHE			
CHRONIC MEDICATION REFILL			
UPPER RESPIRATORY INFECTIONS ACUTE UNS			
STREPTOCOCCAL PHARYNGITIS OR TONSILITIS			

הערות	בדיקות/הפניות
11/03/2024 - בתוקף עד	אחות: מתן תרופה IV

תרופות	מינון	Rp <Days>	אופן השימוש
FOLIC ACID MAC 5MG X 30	1 tab X 1 -3 op	1 <90>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (לפי הצורך) לתקופה של 90 ימים.
FERINJECT 500MG	2 Via X 1 -2 op	1 <1>	להזרקה 2 בקבוקון 1 פעם ביום, (בוקר 2 בבקבוקון) לתקופה של 1 ימים.
FLUCANOL 150MG X 1	NonDaily -2 op	1 <8>	לבליעה 1 כמוסה 1 פעם ביום, אחת ל 7 ימים (בוקר 1 כמוסה) לתקופה של 8 ימים
ZIDOVAL 40G	gel X 1 -1 op	1 <5>	למריחה 1 פעם ביום, (בוקר 1) לתקופה של 5 ימים.

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

01/10/2023 12:36:02

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 36 שנים, 9 חודשים ו- 1 שבועות

גיל: 36.9 מספר ביקור: 00253043384

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

מקור המידע	פירוט
בקשות מהאתר - בקשת המטופל	תאריך + שעת הזמנה : 01/10/2023 10:53:39 טל: 052-6105836 אישור: • אישור מחלה 04/10/2023 - 01/10/2023 - קורונה:)
בקשות מהאתר - מענה הרופא	01/10/2023 12:36:54 הטפסים הופקו לבקשתך.

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...

גורם משלם: 41 וירטואלי טפסים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC FORMS
		S/P	COVID-19 INFECTION -CORONAVIRUS

סוג האישור	קוד	מתאריך	עד תאריך
אישור מחלה	C00001	01/10/2023	04/10/2023

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

18/10/2023 07:51:36

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 36 שנים, 9 חודשים ו- 4 שבועות

גיל: 36.9 מספר ביקור: 00254548863

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

מקור המידע	פירוט
בקשות מהאתר - בקשת המטופל	תאריך + שעת הזמנה : 17/10/2023 10:53:43 טל: 052-6105836 תרופות נוספות: XANAGIS 0.5MG X 50 • הערה לתרופות: היי ד"ר בגלל המצב - אם יש אלפרליד
בקשות מהאתר - מענה הרופא	07:53:13 18/10/2023 הטפסים הופקו לבקשתך.

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...

גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC PRESCRIPTION

אופן השימוש	Rp <Days>	מינון	תרופות
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום , (לפני שינה 1 טבליה) לתקופה של 50 ימים.	1 <50>	1 tab X 1 -1 op	XANAGIS 0.5MG X 50
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום , (לפני שינה 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים.	1 <30>	1 tab X 1 -1 op	ALPRALID 0.5MG X 30

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

ביקור משפחה/ילדים06/11/2023 19:35:40

גיל: 36 שנים, 10 חודשים ו-2 שבועות

גיל: 36.10 מספר ביקור: 00256437646

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

מקור המידע	פירוט
בקשות מהאתר - בקשת המטופל	תאריך + שעת הזמנה : 06/11/2023 18:09:14 טל: 052-6105836 אישור: • אישור מחלה 06/11/2023 - 07/11/2023 - כאבי גב וזריקת וולטרן
בקשות מהאתר - מענה הרופא	19:36:05 06/11/2023 הטפסים הופקו לבקשתך.

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...

גורם משלם: 41 וירטואלי טפסים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC FORMS

סוג האישור	קוד	מתאריך	עד תאריך
אישור מחלה	C00001	06/11/2023	07/11/2023

מוזמן למעקב:

על פי צורך

0285100 !

29/11/2023 08:18:31

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 36 שנים, 11 חודשים ו-1 שבועות

גיל: 36.11 מספר ביקור: 00258681439

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

סיבת הפניה: בביקור בתאריך 03/10/2021 בשעה 08:47:11 הפניה למעבדה . כאבי ראש מזה חודש.

בביקור בתאריך 06/10/2021 בשעה 10:56:32 ירידה ברמת הברזל ופריטין. מחזור ללא דמום חריג. נוגדני צליאק -תקין. כלכלה מגוונת כולל מוצרי בשר.

בביקור בתאריך 25/05/2022 בשעה 08:49:02 מזה יומיים חום, מנוזלת. נפיחות צדצווארית.

בביקור בתאריך 12/02/2023 בשעה 11:55:29 צמיחת סטרפטוקוק במשטח לוע

בביקור בתאריך 27/08/2023 בשעה 11:23:11 מזה מספר ימים כאבי גרון, ראש, לא נמדד חום.

בביקור בתאריך 29/11/2023 בשעה 08:18:31 הפניה למעבדה

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: בביקור בתאריך 03/10/2021 בשעה 08:47:11 אישונים שווים ומגיבים , תנועות עיניים מלאות. החזר GAG שמור. יתר עצבים קרניאליים-תקין. ללא סמני צד או פירמידליים.

בביקור בתאריך 25/05/2022 בשעה 08:49:02 ללא מצוקה נשימתית . ללא סמני גרוי מנינגיאליים. נזלת. רגישות בניקוש מעל מערות פנים מצחיות. לוע גודש ללא תפליט. אוזניים נוזלים דו צדדי. בלוטות למפה צדצוואריות מעט מוגדלות. ריאות כניסת אוויר טובה ושווה דו צדדי, חרחורים גסים ממקור עליון. לב קולות סדירים. בטן רכה, ללא אורגנומגליה. נוירולוגי תקין.

בביקור בתאריך 29/11/2023 בשעה 08:18:31 אין צורך בבדיקה בביקור זה

דיון ואבחנה מبدלת: בביקור בתאריך 13/09/2023 בשעה 08:10:17

בביקור בתאריך 29/11/2023 בשעה 08:18:31

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
HEADACHE			
IRON DEFICIENCY WITHOUT ANEMIA			
LOSS HAIR			
BACKACHE			
CHRONIC MEDICATION REFILL			
UPPER RESPIRATORY INFECTIONS ACUTE UNS			
STREPTOCOCCAL PHARYNGITIS OR TONSILITIS			

הערות	בדיקות/הפניות
בדיקות מעבדה	בתוקף עד - 27/02/2024

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

10/12/2023 10:07:23

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 36 שנים, 11 חודשים ו-3 שבועות

גיל: 36.11 מספר ביקור: 00259750408

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

מקור המידע	פירוט
העברת טפסים באופן יזום לאתר המטופל	10:14:08 10/12/2023 בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.

סיבת הפניה: מזה 3 ימים חום שירד מלווה בחזלת ושיעול.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ללא מצוקה נשימתית. ללא סמני גרוי מנינגיאליים. חזלת.
לוע גודש ללא תפליט.
אוזניים נוזלים דו צדדי.
בלוטות למפה צדצוואריות מעט מוגדלות.
ריאות כניסת אוויר טובה ושווה דו צדדי, חרחורים גסים ממקור עליון.
לב קולות סדירים.
בטן רכה, ללא אורגנומגליה.
נוירולוגי תקין.

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
UPPER RESPIRATORY INFECTIONS ACUTE UNS			

תרופות	מינון	Rp <Days>	אופן השימוש
ATTENT 10MG X 30	1 tab X 1 -1 op	1 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים. טיפול ב-ADHD
BILAXTEN 20MG X 30	1 tab X 1 -1 op	1 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים.

עד תאריך	מתאריך	קוד	סוג האישור
13/12/2023	07/12/2023	C00001	אישור מחלה

מוזמן למעקב:

☑ על פי צורך

! 0285100

02/01/2024 08:29:58

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 37 שנים, 2 שבועות

גיל: 37 מספר ביקור: 00262121619

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

סיבת הפניה: מזה יממה חום, כאבי גרון, צוואר.
טרם בדיקת אנטיגן.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ללא מצוקה נשימתית. ללא סמני גרוי מנינגיאליים. נזלת.
לוע גודש ללא תפליט.
אוזניים נוזלים דו צדדי.
בלוטות למפה צדצוואריות מעט מוגדלות.
ריאות כניסת אוויר טובה ושווה דו צדדי, חרחורים גסים ממקור עליון.
לב קולות סדירים.
בטן רכה, ללא אורגנומגליה.
נירולוגי תקין.

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
PHARYNGITIS ACUTE			

סוג האישור	קוד	מתאריך	עד תאריך
אישור מחלה	C00001	02/01/2024	04/01/2024

מוזמן למעקב:

☑ על פי צורך

! 0285100

05/01/2024 09:27:31

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 37 שנים, 2 שבועות

גיל: 37 מספר ביקור: 00262540940

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

סיבת הפניה: בביקור בתאריך 02/01/2024 בשעה 08:29:58
מזה יממה חום, כאבי גרון, צוואר.
טרם בדיקת אנטיגן.

בביקור בתאריך 05/01/2024 בשעה 09:27:31
הפניה למעבדה

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: בביקור בתאריך 02/01/2024 בשעה 08:29:58
ללא מצוקה נשימתית. ללא סמני גרוי מנינגיאליים. נזלת.
לוע גודש ללא תפליט.
אוזניים נוזלים דו צדדי.
בלוטות למפה צדצוואריות מעט מוגדלות.
ריאות כניסת אוויר טובה ושווה דו צדדי, חרחורים גסים ממקור עליון.

לב קולות סדירים.
בטן רכה, ללא אורגנומגליה.
נוירולוגי תקין.

בביקור בתאריך 05/01/2024 בשעה 09:27:31
בדיקה ללא שינוי

דין ואבחנה מبدלת: בביקור בתאריך 05/01/2024 בשעה 09:27:31

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
PHARYNGITIS ACUTE			

הערות	בדיקות/הפניות
בתוקף עד - 19/01/2024	משטח גרון

תרופות	מינון	Rp <Days>	אופן השימוש
PEN RAFA VK 500MG X 40	2 tab X 2 -1 op	1 <10>	לבליעה 2 טבליות 2 פעמים ביום, (בוקר 2 טבליות, ערב 2 טבליות) לתקופה של 10 ימים.

מוזמן למעקב:

☑ על פי צורך

! 0285100

07/01/2024 18:07:20

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 37 שנים, 2 שבועות

גיל: 37 מספר ביקור: 00262733533

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

סיבת הפניה: בביקור בתאריך 02/01/2024 בשעה 08:29:58
מזה יממה חום, כאבי גרון, צוואר.
טרם בדיקת אנטיגן.

בביקור בתאריך 07/01/2024 בשעה 18:07:20
עדיין כאבי גרון.
קבלת מרשמים כרוניים ...

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: בביקור בתאריך 02/01/2024 בשעה 08:29:58
ללא מצוקה נשימתית. ללא סמני גרוי מנינגיאליים. נזלת.
לוע גודש ללא תפליט.
אוזניים נזלים דו צדדי.
בלוטות למפה צדוואריות מעט מוגדלות.
ריאות כניסת אוויר טובה ושווה דו צדדי, חרחורים גסים ממקור עליון.
לב קולות סדירים.
בטן רכה, ללא אורגנומגליה.
נוירולוגי תקין.

בביקור בתאריך 05/01/2024 בשעה 09:27:31
בדיקה ללא שינוי

בביקור בתאריך 07/01/2024 בשעה 18:07:20
שקדים מוגדלים עם תפליט, למפאדנופטיה צווארית

דין ואבחנה מبدלת: בביקור בתאריך 05/01/2024 בשעה 09:27:31

בביקור בתאריך 07/01/2024 בשעה 18:07:20

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			TONSILLITIS ACUTE
			CHRONIC MEDICATION REFILL

הערות	בדיקות/הפניות
06/04/2024 - בתוקף עד	בדיקות מעבדה

תרופות	מינון	Rp <Days>	אופן השימוש
RITALIN 10MG X 30	4 tab X 1 -4 op	3<30>	לבליעה 4 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 4 טבליה) לתקופה של 30 ימים. טיפול ב-ADHD

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0285100

18/01/2024 19:35:15

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 37 שנים, 4 שבועות

גיל: 37 מספר ביקור: 00264068861

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

מקור המידע	פירוט
בקשות מהאתר - בקשת המטופל	תאריך + שעת הזמנה : 18/01/2024 19:34:57 טל: 052-6105836 תרופות נוספות: • ALPRALID 0.5MG X 30 הערה לתרופות: היי דר צריכה גם מוקסיפן (דלקת בשן) תודה המטופל מציין כי אינו נוטל את התרופות: • BILAXTEN 20MG X 30 - לא רוצה
בקשות מהאתר - מענה הרופא	18/01/2024 19:36:36 הטפסים הופקו לבקשתך.

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...

גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC PRESCRIPTION

תרופות	מינון	Rp <Days>	אופן השימוש
ALPRALID 0.5MG X 30	1 tab X 1 -2 op	1<60>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (לפני שינה 1 טבליה) לתקופה של 60 ימים.
AMOXY CARE 500MG X 20	1 cap X 3 -2 op	1<7>	לבליעה 1 כמסה 3 פעמים ביום, (בוקר 1 כמסה, צהריים 1 כמסה, ערב 1 כמסה) לתקופה של 7 ימים.

מוזמן למעקב:

☑ על פי צורך

! 0285100

17/03/2024 08:09:11

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 37 שנים, 2 חודשים ו- 4 שבועות

גיל: 37.2 מספר ביקור: 00270274018

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

מקור המידע	פירוט
בקשות מהאתר - בקשת המטופל	תאריך + שעת הזמנה : 17/03/2024 07:34:53 טל: 052-6105836 תרופות נוספות: ATTENT 10MG X 30 • הערה לתרופות: ואפלומיצין בבקשה
בקשות מהאתר - מענה הרופא	08:11:00 17/03/2024 הטפסים הופקו לבקשתך.

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...

גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC PRESCRIPTION

אופן השימוש	Rp <Days>	מינון	תרופות
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום , (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים. טיפול ב-ADHD	1<30>	1 tab X 1 -1 op	ATTENT 10MG X 30
למריחה 2 פעמים ביום , (בוקר 1, ערב 1) לתקופה של 5 ימים.	1<5>	crm X 2 -1 op	AFLUMYCIN 20GR

מוזמן למעקב:

☑ על פי צורך

! 0285100

01/05/2024 12:36:28

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 37 שנים, 4 חודשים ו- 1 שבועות

גיל: 37.4 מספר ביקור: 00274550107

שם רופא/ה: ד"ר ליזרוביץ סורל תחום הטיפול: רפואת ילדים

מקור המידע	פירוט
בקשות מהאתר - בקשת המטופל	תאריך + שעת הזמנה : 01/05/2024 09:32:31 טל: 052-6105836 תרופות קבועות: RITALIN 10MG X 30 • תרופות נוספות: ATTENT 10MG X 30 • המטופל מציין כי אינו נוטל את התרופות: BILAXTEN 20MG X 30 - לא
בקשות מהאתר - מענה הרופא	12:37:53 01/05/2024 הטפסים הופקו לבקשתך.

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...

קבלת מרשמים כרוניים ...



מחלקה לרפואה דחופה	מנהלת המחלקה לרפואה דחופה: דר' אשקר גלאל מ.ר. 18795	אחיות אחראיות: מירה לייבל
טלפון: 04-7744304	פקס: 04-7744283	זמן הפקת תדפיס: 14:48 07/10/2020

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה - 11116034

המידע הכלול במסמך זה מגן על פי חוק זכויות החולה, תשנ"ז - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 ואין למסור אותו ולא את תוכנו ולא איזה פרט שהוא ממנו לכל אדם ולא גוף אלא בהתאם להוראת חוק.
מסירת המידע בניגוד לקדם בחוקים אלו, מהווה עבירה.

מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעביר לחפא בהקדם להבטחת רצף טיפולי

שם משפחה: קובלובסקי	שם פרטי: סימה	ת. זהות: 300598935
מין: נקבה	ת. לידה: 28/12/1986	גיל: 33
כתובת: גלעד 4 חדרה חדרה 3824032	טלפון: 052-6105836	שם האב: אליהו
מצב משפחתי:	קופ"ח: קופ"ח מכבי	

נתוני ביקור

קבלה למיון: 07/10/2020 שעה: 13:11

תאריך שחרור

תאריך שחרור: 07/10/2020

סיום טיפול במלר"ד: שחרור

אבחנות במיון

- CONTUSION OF WRIST (Right) (923.21)

בריאה בדרך כלל

תלונה עיקרית

חבלה ליד ימין

מחלה נוכחית

בת 33, ימנית דומיננטית, בריאה, ידועה על רגישות לריספרים, שוללת הריון.

תלונה של חבלה ליד ימין ממכה ישירה ביממת קבלתה מאז כאבים.

במיון -

נראת טוב

יד ימין -

ללא סימני חבלה חיצוניים, רגישות דיפוזית, ללא רגישות SB

רגישות לתרופות

תאריך רישום

02/08/2020

02/08/2020

שם התרופה

VENOFER AMP 100MG/5ML

TRIMETHOPRIM

לא ידועה רגישות לחומרים

תרופות קבועות

RITALIN LA CAP 20MG PO

20 mg

מדדים

דופק	לחץ דם
64	108/64

סיכום ודיון

סטטוס מטופל בשחרור

המלצות כלליות

המלצה: *המשך מעקב רופא מטפל.
*משככי כאבים במידת הצורך.
*קירור מקומי
*הפעלה מלאה.
*3 ימים מנוחה.
*ביקורת אורתופד בקהילה בעוד שבוע במידה ולא חל שיפור בכאב.

בראות שלמה

רופא מקבל/מטפל

רופא: דר' סמארה סלים מ.ר. 125576

רופאה משחררת

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
דר' סמארה סלים מ.ר. 125576	רופא	07/10/2020 14:48

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

תאריך הדפסה: 07/10/2020



0318152576

מכבי שירותי בריאות
מוקד למעקב אחר מאושפדי קורונה בקהילה (ממס"ק)

קוד הפניה: 189831867

פסונית-טריבלב יוליה
אחיות

כתובת: רמת השרון

ת.ז.: 300598935	שם פרטי: סימה	שם משפחה: קובלוקובסקי	פרטי הנבדק:
טל. עבודה/בידוד: 0526105836	טלפון: 0526105836	ת.ל.ידה: 28/12/1986	
מיקוד: 3838277	מיון ג	כתובת: הרבט סמואל 17/19, חדרה	0300598935

הפנית אחות מומה למיון

אילן צלחן
סגן

במסגרת: 07/10/2020
מטרת ההפניה: לפני כחצי שעה קיבלה מכה חזקה בכף יד ימין, מופנית לבדיקת חפץ במיון - כל המוקדים ומכון רמת גן סגורים כעת.

הופנה ע"י: פסונית-טריבלב יוליה

שם
מס' רשמי
תאריך
החמא והמחמא
1. כובעים
2. לפני מחמא
3. לפני קורונה
4. מושב הפניה
5. מחמא

אחר

בדיקת יועצים

יועץ _____ שעה _____

חתימה _____ חותמת _____

יועץ _____ שעה _____

חתימה _____ חותמת _____

טיפול שניתן:

אבחנות:

המלצה להמשך טיפול:

הסכמה לטיפול/להתקבל למיון

אני הח"מ מבקש לקבלני לבית החולים על שלושותי, מחלקותי ויחידותי השונות, לשם קבלת טיפול רפואי. עריכת בדיקות רפואיות נקיסה בהליכים רפואיים נחוצים אחרים. אני מבקש שהרופאים, הסגל הסעודי וכל צוות העובדים, בין המועסקים ע"י ביה"ח ובין המזומנים על-ידו, יקבעו את ההליכים הנחוצים, יערכו בדיקות ויתנו לי/ה החולה כל טיפול הדרוש לפי שיקול דעתם המקצועית בהתאם לנסיבות המקרה. אני מאשרת/שלא נתנה לי כל הבטחה בדבר תוצאות הטיפולים, הבדיקות וההליכים הרפואיים שינתנו לי/לחולה בביה"ח וכי ידוע לי ואני מסכימה/ה שהטיפולים בביה"ח יעשו בידי מי שהדבר יוסל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות הקיימים בביה"ח ואני מצהיר בזה כי לא הובטח לי שיעשו כולם או חלקם בידי אדם מסוים.

חתימה _____

שם הרופא: _____

חתימה וחותמת: _____

מס' רשיון: _____

הצהרת הרופא:

במידה ותוגש תעודה זו כראיה לבית משפט, הריני מצהיר בזאת כי ידוע לי היטב, שלעניין הוראות החוק הפלילי בדבר עדות שקר בשבועה בבית המשפט, דין תעודה זו כשהיא חתומה על ידי כדן בשבועה שנחתי בביה"מ.

שעת שחרור: _____

ד"ר חז'ר יורי
34096



סודי רפואי

אף אוזן גרון - ניתוחי ראש צוואר

טלפון: 04-7744286/4549

מעודכן ל: 20/01/10

מחלקה: אף אוזן גרון

פקס: 04-7744885

שעה: 23:36

מנהל מח': ברורמן

פרופ. משנה

סיכום אשפוז - 1652603

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, תשנ"ו - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 ואין למסור אותו ו/או את תוכנו ו/או איזה פרט שהוא ממנו לכל אדם ו/או גוף אלא בהתאם להוראות בחוק. מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלו, מהווה עבירה.

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

קובל קובסקי סימה

ת.ז: 30059893-5 מין: נקבה ת.לידה: 28/12/86 גיל: 23 ש
שם האב: אליהו שם האם: אולגה מצב משפחתי: ר קופ"ח: לאומית
איש קשר: אזולאי אליהו
כתובת: טיומקין 32, חדרה, 38221

נתוני אשפוז

קבלה לביה"ח: 17/01/10 קבלה למחלקה: 17/01/10 שעה: 12:52
המטופל משתחרר לביתו תאריך שחרור: 18/01/10

אבחנות נוכחיות

682.0 - CELLULITIS AND ABSCESS OF FACE (RT)
DENTAL INFECTION
521.00 - UNSPECIFIED DENTAL CARIES

רגישויות

RESPRIM

General risk factor

הרגלים

שולל עישון, אלקוהול, סמים

תלונה עיקרית

כאבים ונפיחות בלסת תחתונה מימין

מחלה נוכחית

מספר ימים טרם קבלתה הופיעו כאבים ונפיחות לסת תחתונה מימין. נבדקה ע"י רופא פה ולסת, ניראים מוקדי עששת רבים, מקור לזיהום בשן 47. התקבלה לאישפוז למתן טיפול אנטיביוטי דרך הוריד

בדיקה גופנית בקבלה

מצב כללי

טוב, ניראת סובלת

מדדים

לחץ דם: 117/70 דופק: 80 בדקה סדיר חום פה: 36.4

ראש

נפיחות ורגישות ניכרת במישוש באזור לסת תחתונה מימין

פה ולוע

שיניים עם עששת

בית חזה וריאות

כניסת אוויר שווה וטובה דו-צדדית.

לב וכלי דם

קולות סדירים ללא אוושות.

מצורף נספח תוצאות מעבדה

מהלך האשפוז

במהלך האישפוז הוחל טיפול בזינצף 750 מ"ג שלוש פעמים ליום במתן דרך הוריד, פלגיל 1500 מ"ג ליום במתן דרך הוריד, שטיפות פה עם קורסודיל. עם הטיפול חל שיפור הדרגתי במצבה, הכאבים פחתו, הנפיחות בנסיגה. נבדקה ע"י רופא פה ולסת, הומלץ לעקור שן 47, מוזמנת אמבולטורי, אין התנגדות לשיחרור עם טיפול אנטיביוטי פומי. משתחררת לביתה

המלצות

- * המשך מעקב הרופא המטפל.
- * במידה וחלה החמרה במצב (עליה בחום, כאבים, דימום) - לפנות למיון.
- * אנלגטיקה לפי הצורך.
- * ביקורת במרפאת פה ולסת בתאריך: 02.02.10

חופשת מחלה: 5 ימים

טיפול תרופתי

P.O. AUGMENTIN BID TAB 875MG

Dosage: 1 TAB X 2 PER DAY FOR 7 DAYS

חתימה

רופא מאשר: דר. פסטושוב, יורי

מספר רשיון: 35183

23:36 20/01/10

חתימה:

לזכויות שלכם מכל הגורמים חפשו בגוגל "כל זכות אחרי אשפוז"	כל זכות ונותר לדעת ונותר לקבל www.kolzhut.org.il	"קול הבריאות" 5400* לכל יחידות משרד הבריאות	"כל הבריאות" המערכת לבדיקת זכויות: call.gov.il	 משרד הבריאות לחיים בריאים יותר	חטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים
---	--	--	---	--	---



סודי רפואי

נספח תוצאות מעבדה

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, תשנ"ו - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 ואין למסור אותו ו/או את תוכנו ו/או איזה פרט שהוא ממנו לכל אדם ו/או גוף אלא בהתאם להוראות בחוק. מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלו, מהווה עבירה.

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

קובל קובסקי סימה

ת.ז: 30059893-5 מחלקה משחררת: אף אוזן גרון מקרה: 1652603
נכון לתאריך: 19/01/2010 ולשעה: 17:52:09

תאור	טווח הנורמה ביח'	ת.לקיחה ערך ראשון	ערך ראשון	תרשים ערך ראשון	ת.לקיחה ערך אחרון	ערך אחרון	תרשים ערך אחרון
בדיקות ספירות דם							
Leukocytes - blood	4-10	17.01.10	10.40 H	..[.....]*			
Hct (Hematocrit) - blood	36-46	17.01.10	38.70	..[*.....].			
MCV (Mean Corpuscular Volume) - blood	77-91	17.01.10	87.2	..[.....*..].			
MCH (Mean corpuscular hemoglobin) - blood	26-32	17.01.10	29.00	..[...*...].			
MCHC (Mean Corpuscular Hemoglobin Concentration) - blood	32-36	17.01.10	33.3	..[...*....].			
RDW (Red cell Distribution Width) - blood	11.6-14.8	17.01.10	13.1	..[...*...].			
MPV (Mean platelet volume) - blood		17.01.10	11.800				
Neutrophils % - blood	40-75	17.01.10	71.00	..[.....*..].			
Lymphocytes % - blood	20-45	17.01.10	20.2	..[*.....].			
Monocytes % - blood	2-10	17.01.10	7.40	..[.....*..].			
Eosinophils %, film - blood	0-6	17.01.10	1.000	..[*.....].			
Basophils % - blood	0-1	17.01.10	0.40	..[...*....].			
Neutrophils No. - blood	2-7.5	17.01.10	7.400	..[.....*..].			
Lymphocytes No. - blood	1.5-4	17.01.10	2.100	..[*.....].			
Monocytes No. - blood	0.2-0.8	17.01.10	0.800	..[.....*..].			
Eosinophils No. - blood	0.0-0.4	17.01.10	0.100	..[*.....].			
Basophils No. - blood	0.0-0.1	17.01.10	0.000	..[*.....].			

צואר

תאור	טווח הנורמה ביח'	ת.לקיחה ערך ראשון	ערך ראשון	תרשים ערך ראשון	ת.לקיחה ערך אחרון	ערך אחרון	תרשים ערך אחרון
Normoblasts - blood		17.01.10	0				
Hb (Hemoglobin) - blood	12-16	17.01.10	12.9	..[.*.....].			
RBC - blood	4.2-5.4	17.01.10	4.44	..[.*.....].			
Platelets automated count - blood	140-440	17.01.10	160.0	..[*.....].			

בדיקות קרישה

PT, INR - blood	0.9-1.4	17.01.10	1.07	..[...*....].			
PT, seconds - blood	9-12	17.01.10	11	..[....*...].			
PT % - blood	70-120	17.01.10	86.3	..[...*....].			
PTT - blood	24-32	17.01.10	28.1	..[...*....].			

תוצאות בדיקות ביוכימיה בדם

BUN (Urea nitrogen) - blood	6-20	17.01.10	10.0	..[.*.....].			
Osmolality calculated - blood		17.01.10	291				
Creatinine - blood	0.5-0.9	17.01.10	0.56	..[.*.....].			
Glucose, quantitative - blood	70-110	17.01.10	82	..[...*....].			
Potassium - blood	3.6-5	17.01.10	4.25	..[....*...].			
Sodium - blood	135-144	17.01.10	141.6	..[.....*..].			

המרכז הרפואי

הלל יפה



00001981424

רחופה 5220001981424

[illegible]

מפעיל: ETTYR

בייח הלל יפה

סיבת פנייה

מחלה	ת דרכים	ת עבודה	תקיפה	ארץ	אחר
------	---------	---------	-------	-----	-----

T.d. ☐ לא ☐ כן

מצב הכרה	מלאה	מעורפלת	חסר הכרה
----------	------	---------	----------

SAT.	חום P.R.	חום P.O.	דופק	לחץ דם	בקבלה
					בשחרור

תלוונה עיקרית -

מחלה נוכחית ובדיקה גופנית

בדיקת דם כימית	
GLU	
BUN	
Na	
K	
AMYLASE	
CPK	
CPK-MB	
TROPONIN	
CREATININ	
SGOT	
BILIRUBIN	
SEROLOGY	
בדיקת דם תפקודי קרישה	
WBC	
HGB	
MCV	
HTK	
PLT	
I.N.R./PT	
ESR	
גלים	
PH	
PCO2	
PO2	
BIC	
B.E.	
Sat.	
בדיקות שתן	
חלבון	
גלוקוז	
אצטון	
דם	
טוקסיקולוגיה	
BTEST	

:λ.ρ.κ

צילום חזה:

U.S.

C.I.

אמר

בדיקת יועצים

שעה

יועץ

חתימה

חתימה

שעה

יועץ

חתימה

חתימה

טיפול שניתן:

אבחנות:

המלצה להמשך טיפול:

הסכמה לטיפול/להתקבל למיון

אני הח"מ מבקש לקבלני לבית החולים על שלוחותי, מחלקותי ויחידותי השונות, לשם קבלת טיפול רפואי. עריכת בדיקות רפואיות נקיסה בהליכים רפואיים
לחצים אחרים. אני מבקש שהרופאים, הסגל הסעודי וכל צוות העובדים, בין המועסקים ע"י ביה"ח ובין המזוהים על-ידו, יקראו את ההליכים הנחוצים, יערכו
בדיקות ויתנו לי החולה כל טיפול הדרוש לפי שיקול דעתם המקצועית בהתאם לנסיבות המקרה. אני מאשר/ת שלא נתנה לי כל הרשחה כדבר תוצאות הטיפולים,
לבדיקות וההליכים הרפואיים שניתנו לי/לחולה רביה"ח ורי ידוע לי ואני מסכים/ה שהטיפולים בביה"ח יעשו בידי מי שהדבר יוסל עליו בהתאם
להלים ולהוראות הקיימים בביה"ח ואני מצהיר בזה כי לא הובטח לי שיעשו כולם או חלקם בידי אדם מסוים.

חתימה

שם הרופא:

חתימה וחתימת:

מס' רשיון:

הצהרת הרופא:

במידה ותוגש תעודה זו כראיה לבית משפט, הריני מצהיר בזאת כי ידוע לי היטב, שלעניין
הוראות החוק הפלילי בדבר עדות שקר בשבועה בבית המשפט, דין תעודה זו כשהיא
חתומה על ידי כדן עדות בשבועה שנתתי בביה"מ.

שעת שחרור:

16:53

משרד הבריאות
המרכז ה

הלל יפה



5220001981427

מיון : מיון כללי / מיון פנימי
מ.ז. : 30059893-5 שם: אזולאי סימא
מקרה: 1181407
אב : אליהו כתובת: תרנ"א 59 חדרה
סוג : צה"ל - ח טל: 054-2188618
קופ"ח: לא ידועה
סיבה : מחלה
ת.קבלה: 13.07.05 13:32
מפעיל: MAZALS



בי"ח הלל יפה

סיבת פנייה

מחלה	ת דרכים	ת עבודה	תקיפה	ארץ	אחר
------	---------	---------	-------	-----	-----

T.d. ☐ כן ☐ לא

מצב הכרה	מלאה	מעורפלת	חסר הכרה
----------	------	---------	----------

SAT.	חום P.R.	חום P.O.	דופק	לחץ דם	בטבלה
		38.0	48	115/80	
					בשחר

בדיקת דם כימית	
GLU	46
BUN	10
Na	145
K	4.1
AMYLASE	
CPK	105
CPK MB	
TROPONIN	
CREATININ	
SGOT	
BILIRUBIN	
SEROLOGY	

בדיקת דם תפקודי קרישה	
WBC	4.6
HGB	18.5
MCV	86
HTK	
PLT	253
I.N.R./PT	
ESR	

גזים	
PH	
PCO2	
PO2	
BIC	
B.E.	
Sat.	

בדיקות שתן	
חלבון	
גלוקוז	
אצטון	
דם	
מיקסוקולוריה	
QTEST	

תלונה עיקרית
מחלה נוכחית: זבדיקה גופנית

Spk 106.05

Cave Respiration

11.3.2005

1- 106.05
2- 106.05

א.ק.ג.
צילום חזה:

U.S.
C.T.
אחר

בדיקה ראשונית

השאלות קצרות
ציינו במהרה גם, ד"ר
3-4 שאלות קצרות

אם אפשר
הוא צדד
הוא US
גם ביט

בדיקת יועצים

שעה

יועץ

חותמת

חתימה

שעה

יועץ

חותמת

חתימה

טיפול שניתן:

אבחנות:

המלצה להמשך טיפול:

הסכמה לטיפול/להתקבל למיון

הצהרת הרוכב:

במידה ותגוש תעודה זו כראיה לבית משפט, הריני מצהיר בזאת כי ידוע לי היטב, שלענין הוראות החוק הפלילי בדבר עדות שקר בשבועה בבית המשפט, דין תעודה זו כשהיא חתומה על ידי כדן עדות בשבועה שנתתי בביה"מ.

שעת שחרור:

5220003436806

כתובת: תנ"א 59 חדרה
טל: 054-2188618
ת. לידה: 28.12.1986

מס' סל

מחלה

סיבה:

חפ"ח: לא ידועה

כתובת

כסוי מלא: חדר: דרום הפניה: כן

זרת/חיייל

16:10 19.06.05 :ת.קבלה:
מפעיל: BTTYR

סיבת פנייה

מחלה	ת דרכים	ת עבודה	תקיפה	ארץ	אחר
------	---------	---------	-------	-----	-----

T.d. ☐ לא ☐ כן

מצב הכרה	מלאה	מעורפלת	חסר הכרה
----------	------	---------	----------

SAT.	P.R. מום	P.O. מום	דופק	לחץ דם	הערות
					בקבלה
		38.6	80	115/74	בשחרור

תלונה עיקרית א/ס א/ס

מַחֲלָה נוֹכַחִית וּבְדִיקָה גּוֹפֵנִית

Tarind ~ 250/6 ~ 10 nos
Pyelonephritis ~ 70 bare
S.O.C. 2nd ~ 285 / 15 ~ 22 ~

Cave Respin

850
 820
 800
 780
 760
 740
 720
 700
 680
 660
 640
 620
 600
 580
 560
 540
 520
 500
 480
 460
 440
 420
 400
 380
 360
 340
 320
 300
 280
 260
 240
 220
 200
 180
 160
 140
 120
 100
 80
 60
 40
 20
 0

בדיקת דם תפקודי קרישה

WBC	51
HGB	12.3
MCV	84
HTK	
PLT	246
I.N.R./P.T	
ESR	

#1 ~ 0.31 p'18 - No
 - ~ 0.35 ~
 #4 0.30

(א.י.ד.)
נחמא נח

:1.7.N

צילום חזה:

415

-CT

אחר.

בדיקות שתן

חלבון	
גלוקוז	
אצטון	
דם	
טוקסיקולוגיה	
BTEST	

בדיקת יועצים

שעה

יועץ

חותמת

חתימה

1

שעה

יועץ

יועץ שעה
 גר ע"ד ח"ת' הארץ ה' 175
 ו"א' 525 / 526 ע"ד ח"ת' 175
 ע"ק 526 / 527 ח"ת' 175
 גר ע"ד ח"ת' 175

[illegible]

טיפול שביתת:

מס' 1871 א"י 1871
מס' 1871 א"י 1871

Opstapen, Hulp en Pepervrienden

Fever. Abdomen. Pain

אבחנות:

המלצה להמשך טיפול

הסכמה לטיפול/להתקבל למיון

אני הח"מ מבקש לקבלני לבית החולים על שלוחותי, מחלקותי ויחידותי השונות, לשם קבלת טיפול רפואי. עריכת בדיקות רפואיות נקיסה בהליכים רפואיים וחיות אחריו או חקש שהרופאים, הסגל הסעודי וכל צוות העובדים, בין המועסקים ע"י ביה"ח ובין המזכרים על-ידו, יקבלו את ההליכים הנ"ל, יערכו בדיקות ויתנו לי/ החולה כל טיפול הדרוש לפי שיקול דעתם המקצועית בהתאם לנסיבות המקרה. אני מאשרת שלא נחנה לי כל הבטחה בדבר תוצאות הטיפולים, הבדיקות וההליכים הרפואיים שיתנו לי/לחולה בביה"ח וכי ידוע לי ואני מסכים/ה שהטיפולים בביה"ח יעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לתנאים הכלליים והרפואיים בביה"ח ואני מצהיר בזה כי אהבטח לי שיעשו כולם או חלקם בידי אדם מסוים.

הצהרת הרופא:

במידה ותוגש תעודה זו כראיה לבית משפט, הריני מצהיר בזאת כי ידוע לי היטב, שלעניין הוראות החוק הפלילי בדבר עדות שקר בשבועה בבית המשפט, דין תעודה זו כשהיא חתומה על ידי כדין עדות בשבועה שנתתי בביה"מ.

שעת שחרור:

ת.ד 169 חדרה 38100
טל: 04-6304547

בית חולים הלל יפה

פנימית ג
מנהל : ד"ר דוד חסין



סיכום אשפוז 1171679

"מידע רפואי רגיש" - מסמך זה מכיל מידע המוגן ע"פ חוק הגנת הפרטיות. כל המוסרו שלא כדין עובר עבירה.

30059893-5 אזולאי סימה נקבה, גיל: 18, ת.לידה: 28/12/1986, רווקה

לא ידוע שם האב: אליהו, ארץ לידה: ישראל, תרנ"א 59, חדרה 054-2188618

קבלה למחלקה 08/06/2005 קבלה לביה"ח 08/06/2005

שחרור מהמחלקה 10/06/2005 שחרור מביה"ח 10/06/2005 שוחררה לביתה

אבחנות

ACUTE PYELONEPHRITIS

5901

SPINA BIFIDA

741

אנמנזה

תלונה עיקרית

סיבת האישפוז

המחלה הנוכחית

חום וצריבה במתן שתן.

חשד ל - pyelonephritis.

בת 18, בריאה בדרך כלל, פנתה לקבלת טיפול רפואי בשל חום עד 38.7

וצמרמורת, מיום טרם קבלתה.

שישה ימים טרם קבלתה החלה צריבה במתן שתן, עם דחיפות ותכיפות ללא

נוקטוריה.

מיום קבלתה סחרחורת והקאות. פנתה לקבלת טיפול במרפאה צבאית ונשלחה

כלעומת שבאה.

סבלה מדלקות חוזרות בדרכי השתן, ללא אבחנה רפואית וללא טיפול.

אחות חולת אפילפסיה.

היתר - אין מה לציין.

תולדות רקע/עבר

תולדות משפחה

RESPRIM (SULPHAMETHOXAZOLE)

רגישויות

הרגלים

אין מה לציין

לא מעשן(ת), מספר שנים: 2, 1 חפיסות ליום, הפסיק(ה) לפני 1 שנים, 2

שנות קופסה,

לא שותה,

עישון:

אלכוהול:

סקירת מערכות

08/06/2005

חולשה שינוי במשקל ירידה פתאומית במשקל 5 ק"ג בחודש האחרון.

פריחה פריחה מגרדת על פני הגוף. ניידת. גרד עם פריחה, בעיקר בגב.

כאבי ראש ראה מחלה נוכחית

כללית

עור

ראש

עיניים

הפרעות בראייה

אוזניים

אף

פה

שדיים

נשימה

לב וכלי דם

מערכת עיכול

שלד ופרקים

מתארת ירידה בראייה.

אין מה לציין

אין מה לציין

אין מה לציין

אין מה לציין

שוללת/שעול, כאבי חזה או קוצר נשימה.

שוללת/כאבי חזה או קוצר נשימה במאמץ

שוללת/כאבי בטן, יציאות תקינות

כאב גב spina bifida

ת.ד 169 חדרה 38100
טלי: 04-6304547

בית חולים הלל יפה

פנימית ג
מנהל : ד"ר דוד חסין



סיכום אשפוז 1171679

נקבה, גיל: 18, ת.לידה: 28/12/1986, רווקה

30059893-5 אזולאי סימה

בדיקה גופנית בקבלה

בדיקה כללית

מצב כללי

סימנים חיוניים

בדיקת מערכות

ראש וגולגולת

עור

קשריות לימפה

צוואר

בית חזה

ריאות

לב

בטן

נוירולוגית

גפיים

טוב, ללא סימני מצוקה נשימתית, ללא כחלון, חוורון או צהבת.

לחץ דם 128/78, דופק: 90, חום: 38.3 PO.

תקין.

עיניים: תקין.

ב.מ.פ.

לא נמושו קשריות מוגדלות בכל התחנות.

תקין וסימטרי,

תקין. רגישות מוסקולוסקלטלית,

ללא עמימות בניקוש, פרמיטוס תקין. כניסת אוויר שווה וטובה דו צדדית, ללא

קולות נוספים. נשימה בועית

הולם חוד הלב ברווח בין צלעי 5 בקו אמצע-בריחי. קולות לב תקינים, ללא

אוושות ללא קולות נוספים.

בטן רכה, לא רגישה, ניע תקין, כבד וטחול לא מוגדלים, לא נמושו גושים

רגישות, פריאומביליקלית. קולות מעיים תקינים ללא סימנים פריטונאליים.

רפלקסים סימטריים עמוד שידרה: רגישות בעמוד השידרה מותני.

ללא נפיחות, דליות, בצקות, אודם או רגישות וללא הגבלה בתנועה. דפקים

היקפיים נמושו היטב

בדיקות במהלך האשפוז

08/06/2005 תרבויות

שתן:

cfu/ml 30,000

פלורה וגינלית.

08/06/2005 א.ק.ג

קצב סינוס סדיר, 74 פעימות לדקה.

ציר תקין.

מקטע PR תקין קומפלקסים תקינים. התקדמות גלי R תקינה.

ללא עדות לאיסכמיה.

09/06/2005 US

כליה ימנית - באורך כ-10.2 ס"מ פרנכימה שמורה. לא ניצפו אבנים. גבעים

של קבוצה עליונה נראים מעט מורחבים.

כליה שמאלית - באורך של כ-10.3 ס"מ פרנכימה שמורה. לא ניצפו אבנים או

הידרונפרוזיס.

כיס השתן - בעל דפנות שמורות.

תשובות מעבדה

ביוכימיה

בדיקה	GLU-BL	BUN	NA	K	CREAT	CALCIUM	IP	UA	CK-MB	CPK
יח מידה	MG/DL	MG/DL	MMOL/L	MMOL/L	MG/DL	MG/DL	MG/DL	MG/DL	% OF	U/L
ערכי יחוס	70-110	5-20	133-147	3.5-5.3	4-1.3	8.4-10.6	2.5-4.5	1.9-7.5	-	30-180
08/06/2005	82	6.8	139	4.2	0.77	8.4	2.8	3.1	85	

ת.ד 169 חדרה 38100
טל: 04-6304547

בית חולים הלל יפה

פנימית ג
מנהל : ד"ר דוד חסין



סיכום אשפוז 1171679

נקבה, גיל: 18, ת.לידה: 28/12/1986, רווקה

30059893-5 אזולאי סימה

08/06/2005		94	9	143	4.3	0.8					
------------	--	----	---	-----	-----	-----	--	--	--	--	--

ביוכימיה

בדיקה		LDH	AST	ALT	ALK	GGT	BILT	BILD	TOT PROT	ALBUMIN	
יח מידה		U/L	U/L	U/L	U/L	U/L	MG/DL	MG/DL	G/DL	G/DL	
ערכי יחוס	מעבדה	220-450	4-31	4-52	34-104	7-32	2-1	0-4	6-8.5	3.5-5.5	
08/06/2005		297	30	35	71	24	0.62		6.3	4	
08/06/2005											

ספירת דם

בדיקה		שקיעת דם	WBC	HGB	HCT	MCV	PLT				
יח מידה		MM/HR	x10 ³ /mcrl	g%	%	fl	x10 ³ /mcrl				
ערכי יחוס	מעבדה	0-20	4.8-10.8	11.5-17.5	36-52	80-94	130-400				
08/06/2005		86	5160	12.4	38.30	84.8	224000				

בדיקות שתן

בדיקה		PH	PROT	U-GLUC	ACETONE	BLD	NITRIN	UROB	BIL-UR	LEUCO	CYL
יח מידה		-	MG/DL	MG/DL	-	-	-	EU/DL	-	LEUCO/M	-
ערכי יחוס	מעבדה	5-9	0-0	0-0	0-0	-	0-0	2-1	0-0	0-0	0-0
08/06/2005		6.5	25	-	50	-				100	

דיון וסיכום

בת 18, בריאה בד"כ, פנתה לקבלת טיפול רפואי בשל חום הקאות וצריבה במתן שתן. ברקע ידוע כי סובלת מדלקות חוזרות בדרכי השתן. בבדיקתה הופקה רגישות מעל המותניים יותר משמאל. שתן בסטיק הדגים לויקוציטים. אושפזה באבחנה של acute pyelonephritis. באישפוז נלקחו תרבויות דם - עדיין ללא צמיחה, ותרביות שתן - שהראו צמיחה של פלורה וגינלית. טופלה בנוזלים תוך ורידי וקיבלה טיפול אנטיביוטי תוך ורידי ב- garamycin ופומיב-tarivid למשך ארבעה ימים. במהלך אישפוז חלה הטבה במצבה, התלונות פתחו, החום ירד, והיא משוחררת לביתה במצב כללי טוב, עם המלצות להמשך טיפול אנטיביוטי פומי בביתה.

המלצות

תרופות

TAB P.O TARIVID (OFLOXACIN)

200mg X 2/d

למשך 10 ימים

המלצות

מומלצת מנוחה בבית למשך 5
המשך מעקב רופא מטפל
המשך טיפול תרופתי קבוע
מעקב תפקודי כליות.
מעקב נפרולוג.

ת.ד 169 חדרה 38100
טל': 04-6304547

בית חולים הלל יפה

פנימית ג
מנהל : ד"ר דוד חסין



סיכום אשפוז 1171679

נקבה, גיל : 18, ת.לידה : 28/12/1986, רווקה

30059893-5 אזולאי סימה

חתימה:

רופא מסכם: סטאז'ר גרינברג מידד

חתימה:

רופא מאשר: ד"ר רודינסקי לודמילה רשיון - 69424

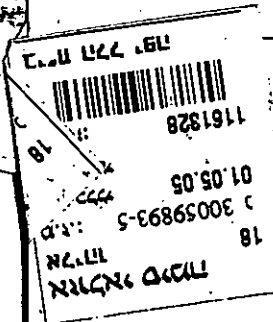
בדיקה ראשונית

מיום 18/10/18 שנים 24-25 חודשים
והסיבה בשל מחלת אל דבר חמור

בדיקה בסיסית בלבד

א. צירי 1 כח.ל. 1 Desprim

בדיקה בסיסית בלבד
כח.ל. 1 בדיקה בסיסית



בדיקת יועצים

יועץ _____ שעה _____

חתימה _____ חותמת _____

יועץ _____ שעה _____

חתימה _____ חותמת _____

טיפול שניתן:

IV. SALINE 1000
T. SEDURAI 2T ח"כ
548 0.9% 198

אבחנות:

UTI M/P

המלצה להמשך טיפול:

① 1000 מ"ל נוזל ביום
② T. TACINID 200 x 14
③ 3 ימים

הסכמה לטיפול/להתקבל למיון

אני הח"מ מבקש לקבלני לבית החולים על שלוחותיו, מחלקותיו ויחידותיו השונות, לשם קבלת טיפול רפואי. עריכת בדיקות רפואיות נקיסה בהליכים רפואיים נחוצים אחרים. אני מבקש שהרופאים, הסגל הסעודי וכל צוות העובדים, בין המועסקים ע"י ביה"ח ובין המזומנים על-ידו, יקבעו את ההליכים הנחוצים, יערכו בדיקות ויחוו לי/החולה כל טיפול הדרוש להי ושיקול דעתם המקצועית בהתאם לנחיצות המקרה. אני מאשר/ת שלא דחה לי כל הכסחה בדבר חוצאות הטיפול, הבדיקות וההליכים הרפואיים שינתנו לי/לחולה בביה"ח וכי ידוע לי ואני מסכים/ה שהטיפולים בביה"ח יעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות הקיימים בביה"ח ואני מצהיר בזה כי לא הובטח לי שיעשו כולם או חלקם בידי אדם מסוים.

חתימה

שם הרופא:

הצהרת הרופא:

במידה ותוגש תעודה זו כראיה לבית משפט, הריני מצהיר בזאת כי ידוע לי היטב, שלעניין הוראות החוק הפלילי בדבר עדות שקר בשבועה בבית המשפט, דין תעודה זו כשהיא תתומה על ידי כדון בשבועה שנתתי בביה"מ.

שעת שחרור: _____

מ.ר. 35092

חתימה וחומת

מס' רשיון:

קלות ✓

ע"ה : אם חומנת למימנה בתי"ת עליך
לתעמיד בהתחייבות כספית או כסף
חומסן עבור בדיקה ושימול.

003 מחלה חומר דחוף
ילדים א 26/10/90 -3140.9

[illegible]