

3571579-50886

תאריך: 16/06/2024

תביעה: 1- 230054065438

מבלי לפגוע בזכויות

מבלי להודות בכיסוי הביטוח

מבלי לפגוע בטענת ההתיישנות

לכבוד

ד"ר אמל חורי

ת.ד. 12000

91120 ירושלים

ד"ר נכבד/ה,

הנדון: ת.ד. : 04/05/2022

שם הנפגע/ת: אורן שחר בוריס

ת"ז הנפגע/ת: 32240533

ת.א: 43807-12/23

אורן שחר בוריס נגד מנורה מבטחים ביטוח בע"מ ו

סימוכין:

1. בעניין, שבנדון, מתנהל מ"מ לפשרה מחוץ לכותלי ביהמ"ש.
  2. צילום ההסכם לפיו מונית, כמומחה מוסכם על-דעת הצדדים, מצ"ב
  3. הנך מתבקש, איפה, לבדוק את הנפגע, שבנדון, ולהמציא לשני הצדדים חוות-דעת;
  4. כידוע אין הצדדים רשאים להמציא לך חוות-דעת, הקובעת נכות בתחום מומחיותך בעניין התאונה שבנדון, אלא מסמכים ותעודות רפואיות בלבד.
  5. כדי לקצר ההליך, הננו מציעים כי ב"כ הנפגע יתקשר עמך ישירות, על מנת לקבוע מועד לבדיקת הנפגע, ואף ידאג להמציא לך התעודות הרפואיות הרלבנטיות, המצויות בידיו.
  6. אנו מצדנו מעבירים / נעביר אליך התעודות הרפואיות המצויות בידיו,
  7. למען הסדר, נודה לך אם תוכל פרט בחוות דעתך את כל המסמכים הרפואיים אשר היו ברשותך בעת בדיקת הנפגע.
  8. יש לקבל תצהיר בריאות חתום ע"י הנפגע מאת ב"כ הנפגע.
  9. מתן חוות-הדעת מותנה בכך שיומצאו לך ולנו המסמכים הר"מ:-  
א. מלוא תיקו הרפואי/הצבאי/מל"ל של הנפגע.  
ב. הסכם למינוי מומחה כשהוא חתום ע"י שני הצדדים.  
ג. תצהיר בריאות חתום ע"י הנפגע.  
ד. תצהיר מטעם הנפגע כי לא פנה לועדות הרפואיות של המוסד לביטוח לאומי ו/או משרד הביטחון
- צורך קביעת נכות צמיתה.

בכבוד רב,

עידית נוף, עו"ד

מחלקת תביעות גוף חובה

טל. 03-7107116

פקס. 03-7604059

מייל. [tviotguf@menora.co.il](mailto:tviotguf@menora.co.il)

העתק:

עו"ד פרייברג

הננו מציעים כי תתקשר ישירות לרופא הנ"ל על מנת לתאם מועדי הבדיקה (תודיעני על כך בכתב).  
הנך מתבקש לדאוג שמרשך יביא עמו לבדיקות התעודות הרפואיות הרלבנטיות המצויות בידיו.  
. אם נראה לנכון להעביר למומחה מסמכים נוספים מטעמנו, נעביר צילומים גם אליך.  
לתשומת לבך כל האמור בסעיף 9 למכתבי דלעיל.

3553315-50884

תאריך: 06/05/2024

מס תביעה: 1-230054065438

מבלי לפגוע בזכויות

מבלי להודות בכיסוי הביטוחי

מבלי לפגוע בטענת ההתיישנות

**הסכם בדבר מינוי או מומחה או מומחים לפי תקנות הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים (מומחים), התשמ"ז-**

**1986**

בין: מנורה מבטחים ביטוח בע"מ (להלן: המבטח)

לבין: התובע/ת/ים (הנפגע/ת/ים) אורן שחר בוריס ת.ז: 32240533 (להלן: התובע/ת/ים)

הואיל והתובע/ת/ים נפגעו/ בתאונת דרכים ביום 04/05/2022 והוא/הם תובע/ת/ים עקב כך פיצויים מאת המבטח,

והואיל והצדדים מעוניינים להסדיר בהסכם את עניין מינויו/מינויים של מומחה/מומחים רפואי/ים, והואיל והנפגע מצהיר כי לא נקבעה לו נכות על פי דין,

והואיל והצדדים מצהירים, כי אינם מצויים בקשרי עבודה עם המומחה עליו הוסכם,

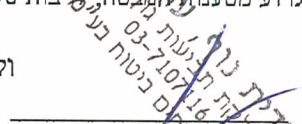
לפיכך הוסכם בין הצדדים כדלקמן:

1. הצדדים מסכימים על מינוי המומחה הבא
2. דר' \_\_\_\_\_ אמל חורי \_\_\_\_\_ בתחום \_\_\_\_\_ האורטופדי \_\_\_\_\_
3. המומחה/ים יקבעו את נכותו הרפואית של התובע בהתאם לתוספת לתקנות הביטוח הלאומי (קביעת דרגת נכות לנפגע עבודה), תשט"ו-1955, ויחווה דעתו בכל עניין רפואי השנוי במחלוקת בתחומו, וזאת בהתחשב בעברו הרפואי של הנבדק ובשאלת הקשר הסיבתי שבין התאונה והנכות.
4. א. תוך 15 יום מהיום ימציא התובע למומחה/ים ולמבטח ☐
  1. הסכמה לויתור על זכותו לסודיות רפואית, ערוכה לפי טופס 3 בתוספת לתקנות הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים (מומחים), התשמ"ז-1986 (להלן: התקנות).
  2. את כל המסמכים בדבר הטיפול הרפואי שניתן לו ובדבר הבדיקות שנבדק לצורך אותו טיפול, לרבות סיכומי מחלה, וכן כל מסמך רפואי אחר הנוגע לעניינים השנויים במחלוקת שהועברו להכרעתו של המומחה.
- ב. תוך 45 יום מקבלת המסמכים רשאי המבטח להמציא למומחה/ים מסמכים כאמור בסעיף קטן (א)(2) לעיל, ובלבד שיעביר העתקיהם לתובע.
4. א. התובע יהא חייב לעמוד בכל בדיקה, רפואית או אחרת, ולהמציא למומחה/ים כל מסמך שיידרש על ידי המומחה/ים.
  - ב. הצדדים לא יעבירו ולא ימסרו למומחה/ים כל חוות דעת רפואית.
5. א. כל צד יהא רשאי לבקש מהמומחה/ים בכתב, תוך 30 יום מקבלת חוות הדעת, הבהרות על חוות הדעת.
  - ב. אין בהסכם זה כדי לפגוע בזכותו של כל צד להזמין את המומחה לחקירה בבית המשפט לפי תקנה 15 (ג) לתקנות.
6. הצדדים מסכימים כי באם למרות האמור ברישא ההסכם, תיפסק לתובע נכות על פי דין לפני בדיקת המומחה הרפואי יהפוך הסכם זה לבטל, והתובע ישא בהוצאות המומחה, אם יהיו כאלו.
7. בכפוף לזכויותיהם לפי תקנה 15 לתקנות ובהתאם לאמור בסעיף 5 (ב) לעיל, מסכימים הצדדים כי חוות הדעת של המומחה/ים האמורים בסעיף 1 לעיל, מהייבות אותם גם במסגרת הליכים בבית המשפט, והנם מסכימים כי חוות דעת זו/אלו דינה/דינן כאילו הוגשה/ו בידי מומחה אשר מונה לפי תקנה 7 לתקנות.

8. הצדדים מסכימים כי במקרה של סתירה בין הוראות תקנות הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים (מומחים), התשמ"ז 1986 לבין הוראות חוזר המפקח על הביטוח מיום 31/8/09, תגברנה הוראות התקנות על הוראות החוזר.
9. הצדדים מסכימים כי אין בהסכם זה משום הודאה בזכות התובע בזכויות ו/או במקצת הזכויות ו/או תביעות התובע מכל סוג לרבות טענות בדבר עצם החבות והאחריות ו/או מימוש זכות כלשהי מזכויותיו, ואין בו כדי לגרוע מטענות המבטח, לרבות טענת התיישנות.

  
התובע ע"י בא כוחו עו"ד

ולראיה באו הצדדים על החתום:

  
מנורה מבטחים ביטוח בע"מ  
ע"י מנהל תביעות  
מחלקת תביעות  
03-7107777

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

פרטים אישיים

|                  |          |                          |            |
|------------------|----------|--------------------------|------------|
| תעודת זהות       | 32240533 | קופת חולים:              | מכבי       |
| שם משפחה:        | אורן     | ת.לידה:                  | 17/06/1975 |
| שם פרטי:         | שחר      | גיל:                     | 48.6       |
| שם האב:          | יצחק     | מין:                     | ז          |
| מ. משפחתי:       | גרופ/ה   | מיקוד:                   | 7402433    |
| מס' ילדים:       | 1        | טלפון בבית:              | 0505071765 |
|                  |          | טלפון נייד:              | 0505071765 |
| קוד אשראי:       | 2        |                          |            |
|                  |          | פטור מתשלום היטל רבעוני: | 0          |
| סוג ביטוח משלים: | מגן זהב  |                          |            |
|                  |          | ת.הצטרפות ביטוח משלים:   | 01/02/2005 |

רישום ביקור אורטופד

|                     |                                                                                         |                    |
|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| 12/09/2017 18:25:13 | גיל:                                                                                    | 42.2               |
| שם רופא/ה:          | ד"ר רוזן בנימין                                                                         |                    |
| תחום הטיפול:        | אורתופדיה                                                                               |                    |
| רופא מפנה:          | ד"ר ליברמן אבידוב                                                                       |                    |
| תלונות:             | כאבים כתף שמאל לאחר תנוע חדה ב 01.09.2017.                                              |                    |
| גורם משלם:          | 6 תאונת עבודה                                                                           | תאריך תאונת עבודה: |
|                     |                                                                                         | 01/09/2017         |
| ממצאים:             | בדיקת כתף שמאל - רגישות דיפוזית, לא ניתן ליבדוק טוח תנוע עקב כאבים, ללא חוסר נוירולוגי. |                    |
| הערה                | מאפ מאפ                                                                                 | אבחנה              |
|                     | Lt                                                                                      | ROTATOR CUFF TEAR  |
| מכון רנטגן          | בדיקות/הפניות                                                                           | קוד                |
|                     |                                                                                         | 99942              |

|           |   |           |       |            |    |    |            |   |      |      |               |
|-----------|---|-----------|-------|------------|----|----|------------|---|------|------|---------------|
| יח' שימוש | M | קוד       | P C N | צד לטיפול* | OP | Dy | אופן לקיחה | X | הגשה | כמות | תרופות        |
| אמפולה    |   | Y N N 702 |       |            | 1  | 1  | להזרקה     | 1 | Amp. | 1    | DIPROSPAN 1CC |

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0236900

רישום ביקור אורטופד

|                     |                 |      |
|---------------------|-----------------|------|
| 13/09/2017 08:39:56 | גיל:            | 42.2 |
| שם רופא/ה:          | דר' רוזן בנימין |      |



תחום הטיפול: אורתופדיה

מספר ביקור: 885116

רופא מפנה: ד"ר ליברמן אבידוב

תלונות: כאבים כתף שמאל לאחר תנוע חדה ב 01.09.2017.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאים: בדיקת כתף שמאל - רגישות לטרלית קדמית, ללא רגישות מעל ACJ, רגישות מעל

LHB

ER- 40

ELEV- 120

IR- SIJ

+ IMPINGMENT

+ Hawkins test

- CROSS CHEST

+ SPEED

- APPRIANTION

+ O'Briens מבחן

+ EMPTY CAN TEST

- INFRASPINATUS TEST

- LIFT OFF

ללא חוסר נירולוגי.

צכתף שמאל - נזק הל זקס.

US כתף שמאל - קרע חלקי של סופראספינטוס.

בוצע הזרקת דיפרוספן + לידוקאין.

ללא תגובה אלרגית לאחר הזריקה.

אבחנה  
ROTATOR CUFF TEAR  
LABRAL LESION

הערה  
מאפ  
מאפ  
Lt  
Lt

קוד  
99939  
LAB000

בדיקות/הפניות

מרכז ארצי ליעוץ - M.R.I  
בדיקות מעבדה (X)

טיפול  
Intraarticular inj/asp shoulder/hip  
קוד  
2010  
נקודות  
05.0  
X  
1  
ר !

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0236900

30/11/2017 12:13:09

רישום ביקור אורטופד

גיל: 42.5

שם רופא/ה: ד"ר רוזן בנימין

תחום הטיפול: אורתופדיה

רופא מפנה: ד"ר ליברמן אבידוב

מספר ביקור: 782048

תלונות: ביקור חוזר מתאריך: 13/09/2017

כאבים כתף שמאל לאחר תנוע חדה ב 01.09.2017.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאים:

ביקור חוזר מתאריך: 13/09/2017  
בדיקת כתף שמאל - רגישות לטרלית קדמית , ללא רגישות מעל ACJ , רגישות מעל LHB  
ER- 40  
ELEV- 120  
IR- SIJ  
+ IMPINGMENT  
+ Hawkins test  
- CROSS CHEST  
+ SPEED  
- APPRIANTION  
+ מבחן O'Briens  
+ EMPTY CAN TEST  
- INFRASPINATUS TEST  
- LIFT OFF  
ללא חוסר נירולוגי .  
צ.כתף שמאל - נזק הל זקס .  
US כתף שמאל - קרע חלקי של סופראספינטוס .  
בוצע הזרקת דיפרוספן + לידוקאין.  
ללא תגובה אלרגית לאחר הזריקה.  
30/11/2017  
ER 20  
MRI כתף שמאל - ללא קרע בלברום , קרע חלקי שתחי בסופראספינטוס .

| הערה                                           | מאפ           | מאפ    | אבחנה                        |
|------------------------------------------------|---------------|--------|------------------------------|
|                                                | Lt            |        | ADHESIVE CAPSULITIS SHOULDER |
| מכון                                           | בדיקות/הפניות | קוד    |                              |
| מכון פיזיותרפיה                                |               | 99919  |                              |
|                                                |               | CON92  |                              |
| סוג האישור                                     | קוד           | מתאריך | עד תאריך                     |
| תשובה לרופא המטפל                              | C00028        |        |                              |
| מוזמן למעקב:                                   |               |        |                              |
| <input checked="" type="checkbox"/> על פי צורך |               |        |                              |

! 0236900

26/08/2018 18:25:58 רישום ביקור אורטופד

גיל: 43.2

שם רופא/ה: ד"ר רוזן בנימין  
תחום הטיפול: אורתופדיה

מספר ביקור: 2744974

תלונות: ביקור חוזר מתאריך 30/11/2017  
ביקור חוזר מתאריך: 13/09/2017  
כאבים כתף שמאל לאחר תנוע חדה ב 01.09.2017  
26/08/2018  
שיפור בכאבים לאחר טיפול במרפאת כאב .  
גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאים: ביקור חוזר מתאריך 30/11/2017

ביקור חוזר מתאריך: 13/09/2017  
בדיקת כתף שמאל - רגישות לטרלית קדמית , ללא רגישות מעל ACJ , רגישות מעל LHB

ER- 40  
ELEV- 120  
IR- SIJ  
+ IMPINGMENT  
+ Hawkins test  
- CROSS CHEST  
+ SPEED  
- APPRIANTION  
+ O'Briens מבחן  
+ EMPTY CAN TEST  
- INFRASPINATUS TEST  
- LIFT OFF

ללא חוסר נירולוגי .  
צ.כתף שמאל - נזק הל זקס .  
US כתף שמאל - קרע חלקי של סופראספינטוס .  
בוצע הזרקת דיפרוספן + לידוקאין.  
ללא תגובה אלרגית לאחר הזריקה.

30/11/2017

ER 20

MRI כתף שמאל מב"ח שיבא - ללא קרע בלברום , קרע חלקי שתחי בסופראספינטוס .

26/08/2018

ER- 50

ELEV- 140

IR- L5

רגישות ניקרת מעל LHB .  
לבדיקת MRI ארטרו חוזר ליפני טיפול ניתוחי

אבחנה  
ADHESIVE CAPSULITIS SHOULDER  
TENDINITIS SHOULDER UNS

הערה  
מאפ מאפ  
Lt  
Lt LHB

קוד  
99939  
LAB000

בדיקות/הפניות

M.R.I - ליעוץ  
בדיקות מעבדה (X)

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0236906

14/11/2018 18:07:32

רישום ביקור אורטופד

גיל: 43.4

שם רופא/ה: ד"ר רוזן בנימין  
תחום הטיפול: אורתופדיה

מספר ביקור: 7970757

תלונות: ביקור חוזר מתאריך 26/08/2018  
ביקור חוזר מתאריך 30/11/2017  
ביקור חוזר מתאריך: 13/09/2017  
כאבים כתף שמאל לאחר תנוע חדה ב 01.09.2017 .  
26/08/2018  
שיפור בכאבים לאחר טיפול במרפאת כאב .

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאים: ביקור חוזר מתאריך 26/08/2018  
ביקור חוזר מתאריך 30/11/2017

ביקור חוזר מתאריך: 13/09/2017  
בדיקת כתף שמאל - רגישות לטרלית קדמית, ללא רגישות מעל ACJ, רגישות מעל LHB.  
ER- 40  
ELEV- 120  
IR- SIJ  
+ IMPINGMENT  
+ Hawkins test  
- CROSS CHEST  
+ SPEED  
- APPRIANTION  
+ O'Briens מבחן  
+ EMPTY CAN TEST  
- INFRASPINATUS TEST  
- LIFT OFF  
ללא חוסר נירולוגי.  
צ.כתף שמאל - נזק הל זקס.  
US כתף שמאל - קרע חלקי של סופראספינטוס.  
בוצע הזרקת דיפרוספן + לידוקאין.  
ללא תגובה אלרגית לאחר הזריקה.  
30/11/2017  
ER 20  
MRI כתף שמאל מב"ח שיבא - ללא קרע בלברום, קרע חלקי שתחי בסופראספינטוס.  
26/08/2018  
ER- 50  
ELEV- 140  
IR- L5  
רגישות ניקרת מעל LHB.  
לבדיקת MRI ארטרו חוזר ליפני טיפול ניתוחי  
14/11/2018  
ללא שיפור בטווח תנוע.  
MRI כתף ימין - קרע חלקי סופראספינטוס, טנדנוזיס של LHB.

אבחנה  
ADHESIVE CAPSULITIS SHOULDER  
TENDINITIS SHOULDER UNS

מאפ מאפ הערה  
Lt  
Lt LHB

קוד  
99919

בדיקות/הפניות

מכון

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0236906

02/09/2019 16:33:48

רישום ביקור אורטופד

גיל: 44.2

שם רופא/ה: דר' רוזן בנימין

תחום הטיפול: אורתופדיה

מספר ביקור:

141625

תלונות: ביקור חוזר מתאריך 14/11/2018

ביקור חוזר מתאריך 26/08/2018

ביקור חוזר מתאריך 30/11/2017

ביקור חוזר מתאריך: 13/09/2017

כאבים כתף שמאל לאחר תנוע חדה ב 01.09.2017.

26/08/2018

שיפור בכאבים לאחר טיפול במרפאת כאב.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאים: ביקור חוזר מתאריך 14/11/2018:

ביקור חוזר מתאריך 26/08/2018:

ביקור חוזר מתאריך 30/11/2017:

ביקור חוזר מתאריך: 13/09/2017

בדיקת כתף שמאל - רגישות לטרלית קדמית, ללא רגישות מעל ACJ, רגישות מעל LHB.

ER- 40

ELEV- 120

IR- SIJ

+ IMPINGMENT

+ Hawkins test

- CROSS CHEST

+ SPEED

- APPRIANTION

+ מבחן O'Briens

+ EMPTY CAN TEST

- INFRASPINATUS TEST

- LIFT OFF

ללא חוסר נירולוגי.

צ.כתף שמאל - נזק הל זקס.

US כתף שמאל - קרע חלקי של סופראספינטוס.

בוצע הזרקת דיפרוספן + לידוקאין.

ללא תגובה אלרגית לאחר הזריקה.

30/11/2017

ER 20

MRI כתף שמאל מב"ח שיבא - ללא קרע בלבד, קרע חלקי שתחי בסופראספינטוס.

26/08/2018

ER- 50

ELEV- 140

IR- L5

רגישות ניקרת מעל LHB.

לבדיקת MRI ארטרו חוזר ליפני טיפול ניתוחי

14/11/2018

ללא שיפור בטווח תנועה.

MRI כתף ימין - קרע חלקי סופראספינטוס, טנדנוזיס של LHB.

02/09/2019

ללא שיפור בטווח תנועה.

המשף PT.

אבחנה  
ADHESIVE CAPSULITIS SHOULDER  
TENDINITIS SHOULDER UNS

| מאפ | מאפ | הערה |
|-----|-----|------|
| Lt  |     |      |
| Lt  | LHB |      |

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0236900

30/09/2021 14:27:32

רישום ביקור אורטופד

גיל: 46.3

שם רופא/ה: ד"ר רוזן בנימין

תחום הטיפול: אורתופדיית כתף

486084

מספר ביקור:

תלונות: כאבים בכתף ימין מזה 3 שנים. טופל בפיזיותרפיה.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאים: בדיקת כתף ימין - רגישות לטרלית קדמית, ללא רגישות מעל ACJ, רגישות מעל LHB.

- ER- 60
- ELEV- 160
- IR- L3
- + Impingement
- + Hawkins test
- Cross Chest
- + Speed test
- + Apprehension test
- Jerk test
- + O'brien's test
- + Empty Can Test
- Infraspinatus Test
- Lift Off
- ללא חוסר נירולוגי.
- צ.כתף ימין - ללא OA, ללא הסתיידות.

אבחנה

LABRAL LESION

מאפ מאפ  
Rt

הערה

הערות  
בתוקף עד - 29/03/2022

בדיקות/הפניות  
מרכז ארצי לדימויות - MR: M.R.I: ארטרוגרפיה - כתף (ימין)

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0236906

23/12/2021 10:27:27

רישום ביקור אורטופד

גיל: 46.6

שם רופא/ה: ד"ר רוזן בנימין

תחום הטיפול: אורתופדיית כתף

מספר ביקור: 280728

תלונות: בביקור בתאריך 30/09/2021 בשעה 14:27:32  
כאבים בכתף ימין מזה 3 שנים. טופל בפיזיותרפיה.

בביקור בתאריך 23/12/2021 בשעה 10:27:27

גורם משלם: 25 ב.טלפוני שעת קורו

ממצאים: בביקור בתאריך 30/09/2021 בשעה 14:27:32

בדיקת כתף ימין - רגישות לטרלית קדמית, ללא רגישות מעל ACJ, רגישות מעל LHB.

- ER- 60
- ELEV- 160
- IR- L3
- + Impingement
- + Hawkins test
- Cross Chest
- + Speed test
- + Apprehension test
- Jerk test
- + O'brien's test

+ Empty Can Test  
- Infrapinatus Test  
- Lift Off  
ללא חוסר נוירולוגי.  
צ.כתף ימין - ללא OA, ללא הסתיידות.

בביקור בתאריך 23/12/2021 בשעה 10:27:27  
MRI כתף ימין - קרע חלקי של סופראספינטוס.

אבחנה  
IMPINGEMENT SYNDROME - SHOULDER

הערה  
מאפ מאפ  
Rt

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0236906

27/12/2021 17:12:26

רישום ביקור אורטופד

גיל: 46.6

שם רופא/ה: ד"ר רוזן בנימין

תחום הטיפול: אורתופדיית כתף

מספר ביקור: 704983

תלונות: בביקור בתאריך 30/09/2021 בשעה 14:27:32  
כאבים בכתף ימין מזה 3 שנים. טופל בפיזיותרפיה.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאים: בביקור בתאריך 30/09/2021 בשעה 14:27:32

בדיקת כתף ימין - רגישות לטרלית קדמית, ללא רגישות מעל ACJ, רגישות מעל LHB.  
ER- 60  
ELEV- 160  
IR- L3  
+ Impingement  
+ Hawkins test  
- Cross Chest  
+ Speed test  
+ Apprehension test  
- Jerk test  
+ O'brien's test  
+ Empty Can Test  
- Infrapinatus Test  
- Lift Off  
ללא חוסר נוירולוגי.  
צ.כתף ימין - ללא OA, ללא הסתיידות.

בביקור בתאריך 23/12/2021 בשעה 10:27:27  
MRI כתף ימין - קרע חלקי של סופראספינטוס.

בביקור בתאריך 27/12/2021 בשעה 17:12:26  
המשך PT ביקורת 3 חודשים.

אבחנה  
IMPINGEMENT SYNDROME - SHOULDER

הערה  
מאפ מאפ  
Rt

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0236906

31/10/2022 18:13:25

רישום ביקור אורטופד

גיל: 47.4

שם רופא/ה: ד"ר רוזן בנימין

תחום הטיפול: אורתופדית כתף

מספר ביקור: 362164

תלונות: בביקור בתאריך 30/09/2021 בשעה 14:27:32  
כאבים בכתף ימין מזה 3 שנים. טופל בפיזיותרפיה.

בביקור בתאריך 31/10/2022 בשעה 18:13:25  
כאבים לסרוגין.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאים: בביקור בתאריך 30/09/2021 בשעה 14:27:32  
בדיקת כתף ימין - רגישות לטרלית קדמית, ללא רגישות מעל ACJ, רגישות מעל LHB.  
ER- 60  
ELEV- 160  
IR- L3  
+ Impingement  
+ Hawkins test  
- Cross Chest  
+ Speed test  
+ Apprehension test  
- Jerk test  
+ O'brien's test  
+ Empty Can Test  
- Infraspinatus Test  
- Lift Off  
ללא חוסר נוירולוגי.  
צ.כתף ימין - ללא OA, ללא הסתיידות.

בביקור בתאריך 23/12/2021 בשעה 10:27:27  
MRI כתף ימין - קרע חלקי של סופראספינטוס.

בביקור בתאריך 27/12/2021 בשעה 17:12:26  
המשך PT ביקורת 3 חודשים.

בביקור בתאריך 31/10/2022 בשעה 18:13:25  
ללא הגבלה בתנועה.

אבחנה  
IMPINGEMENT SYNDROME - SHOULDER

הערה  
מאפ מאפ  
Rt

הערות  
בתוקף עד - 29/01/2023

בדיקות/הפניות

בדיקות מעבדה

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0236906

13/11/2022 22:13:13

רישום ביקור אורטופד

גיל: 47.4

שם רופא/ה: ד"ר רוזן בנימין



תחום הטיפול: אורתופדיית כתף

מספר ביקור: 1690955

תלונות: בביקור בתאריך 30/09/2021 בשעה 14:27:32  
כאבים בכתף ימין מזה 3 שנים. טופל בפיזיותרפיה.

בביקור בתאריך 31/10/2022 בשעה 18:13:25  
כאבים לסרוגין.

בביקור בתאריך 13/11/2022 בשעה 22:13:13

גורם משלם: 99 (מנהלי)

ממצאים: בביקור בתאריך 30/09/2021 בשעה 14:27:32  
בדיקת כתף ימין - רגישות לטרלית קדמית, ללא רגישות מעל ACJ, רגישות מעל LHB.

ER- 60  
ELEV- 160  
IR- L3  
+ Impingement  
+ Hawkins test  
- Cross Chest  
+ Speed test  
+ Apprehension test  
- Jerk test  
+ O'brien's test  
+ Empty Can Test  
- Infraspinatus Test  
- Lift Off  
ללא חוסר נירולוגי.  
צ.כתף ימין - ללא OA, ללא הסתיידות.

בביקור בתאריך 23/12/2021 בשעה 10:27:27  
MRI כתף ימין - קרע חלקי של סופראספינטוס.

בביקור בתאריך 27/12/2021 בשעה 17:12:26  
המשך PT ביקורת 3 חודשים.

בביקור בתאריך 31/10/2022 בשעה 18:13:25  
ללא הגבלה בתנועה.

בביקור בתאריך 13/11/2022 בשעה 22:13:13  
בירור ראומטולוגי במפ.

אבחנה  
IMPINGEMENT SYNDROME - SHOULDER

מאפ מאפ  
Rt הערה

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

|            |       |          |            |             |            |        |         |             |            |
|------------|-------|----------|------------|-------------|------------|--------|---------|-------------|------------|
| שם משפחה:  | אורן  | ת.ל.ידה: | 17/06/1975 | רחוב:       | הגיא       | מס:    | 2       | מס. דירה    | 2          |
| שם פרטי:   | שחר   | גיל:     | 48.6       | עיר:        | נס ציונה   | מיקוד: | 7402433 | טלפון בבית: | 0505071765 |
| שם האב:    | יצחק  | מין:     | ז          | טלפון נייד: | 0505071765 |        |         |             |            |
| מ. משפחתי: | גרופה |          |            |             |            |        |         |             |            |
| מס' ילדים: | 1     |          |            |             |            |        |         |             |            |

קוד אשראי: 2

פטור מתשלום היטל רבעוני: 0

סוג ביטוח משלים: מגן זהב

ת.הצטרפות ביטוח משלים: 01/02/2005

15/01/2023 15:47:13

רישום ביקור אורטופד

גיל: 47.6

שם רופא/ה: דר' שרים עמית

תחום הטיפול: כירורגיה אורתופדית

רופא מפנה: ד"ר שבתאי הרצל

מספר ביקור: 3271356

תלונות: הפניה לייעוץ מתאריך: 21/07/2022

רופא מפנה: ד"ר שבתאי הרצל התמחות: נירולוגיה

מטרת הפניה: המשך בירור וטיפול

אבחנות: CERVICALGIA •

LOW BACK PAIN •

MERALGIA PARESTHETICA Left •

תלונות: בביקור בתאריך 14/06/2022 בשעה 18:16:42

כאבי צוואר וגב תחתון

בביקור בתאריך 03/07/2022 בשעה 17:56:25

לדבריו- היה מעורב בת"ד ב (פגיעה אחרית) 04.05- מאז התחילו כאבי גב תחתון

בביקור בתאריך 21/07/2022 בשעה 19:03:55

ממצאים: בביקור בתאריך 03/07/2022 בשעה 17:56:25

בביקור בתאריך 21/07/2022 בשעה 19:03:55

אזורי האוכף התורכי, ארובות העיניים, ציסטרנות CPA ופורמן מגנום בטווח התקין.

חללי האוויר בגולגולת מאווררים היטב.

לציין מודגמת הגדלה של הציסטרנה מגנה, כנראה וריאנט אנטומי בלבד.

סיכום: ללא ממצא רקמתי מוחי חשוד פרט להגדלה של הציסטרנה מגנה, כנראה וריאנט

אנטומי.

נעשה EMG 30.3.2022 עדות ל MERALGIA PARESTETICA

מומלץ המשך בירור לומברי נשלחה CT ע"ש מותני ע"י אורטופד

מטופל בקנאביס במרפאת כאב

כאבים בצוואר מזה הקרנה בידיים עם הקרנה באורך כתף ויד הקרנה בידיים עם הגבלה

קלה בתנועות

ללא חסר נוירולוגי  
רגישות בבסיס גולגולת , הקרנה באזור C5-6  
עקמת גבי מותני

גורם משלם: 6 תאונת עבודה תאריך תאונת עבודה:

| הערה                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | מאפ | מאפ | אבחנה |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-------|
| BACK PAIN                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |     |     |       |
| <div><div>הערות</div><div>בדיקות/הפניות</div><div>מכון רנטגן: סקוליוזיס 2 צילומים (AP+LAT) פלטה ארוכה</div><div>מרשם למדרסים</div><div>מכון רנטגן: עמוד שדרה פלטה ארוכה צילום סקוליוזיס PA</div><div>הערות</div><div>בתוקף עד - 14/07/2023</div><div>בתוקף עד - 15/04/2023</div><div>בתוקף עד - 14/07/2023</div></div> |     |     |       |

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

0188806 !

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

|            |       |             |            |       |          |          |   |
|------------|-------|-------------|------------|-------|----------|----------|---|
| שם משפחה:  | אורן  | ת.לידה:     | 17/06/1975 | רחוב: | הגיא     | מס. דירה | 2 |
| שם פרטי:   | שחר   | גיל:        | 48.6       | מס:   | 2        |          |   |
| שם האב:    | יצחק  | מין:        | ז          | עיר:  | נס ציונה |          |   |
| מ. משפחתי: | גרופה | מיקוד:      | 7402433    |       |          |          |   |
| מס' ילדים: | 1     | טלפון בבית: | 0505071765 |       |          |          |   |
|            |       | טלפון נייד: | 0505071765 |       |          |          |   |

קוד אשראי: 2

פטור מתשלום היטל רבעוני: 0

סוג ביטוח משלים: מגן זהב

ת.הצטרפות ביטוח משלים: 01/02/2005

04/03/2020 19:58:50

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 44.8 מספר ביקור: 00133207404

שם רופא/ה: ד"ר קיסיל איגור תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית מוקד רפואה דחופה

סיבת הפניה: ביקור חוזר מתאריך 28/02/2020: בריא בד"כ. נדרס על ידי קולנועית היום בערב מתקשה בדריכה

\*\*\*\*\*

ביקור במוקד חירום מתאריך 04/02/2020 אתמול חברה קופצה על הרגל הפגועה - מאז כאבים חזקים ונפיחות של כף רגל ימין

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ביקור חוזר מתאריך 28/02/2020: קרסול רגל ימין - רגישות ונפיחות ניכרת. כאבים במגע. הגבלה ניכרת בתנועה

\*\*\*\*\*

ביקור במוקד חירום מתאריך 04/02/2020 כאבים חזקים ונפיחות של כף רגל ימין כף רגל 2 צילומים

\*

חשד לשבר

\*

מימין

====

אין עדות לשבר או ממצא פתולוגי אחר.

|      |         |             |
|------|---------|-------------|
| הערה | מאפ מאפ | אבחנה       |
|      | Rt      | SPRAIN FOOT |

|            |               |       |
|------------|---------------|-------|
| מכון רנטגן | בדיקות/הפניות | קוד   |
| אחות       |               | 99942 |
|            |               | 99862 |

|                   |      |      |   |            |    |    |           |       |       |   |           |
|-------------------|------|------|---|------------|----|----|-----------|-------|-------|---|-----------|
| תרופות            | כמות | הגשה | X | אופן לקיחה | Dy | OP | צד לטיפול | P C N | קוד   | M | יח' שימוש |
| ARCOXIA 90MG X 14 | 1    | Tab. | 1 | לבליעה     | 7  | 1  |           | Y N N | 38663 | 0 | טבליה     |

המלצות למטופל: מנוחה בבית, ללא דרחה על הרגל הימנית במשך 3 ימים. חבידה אלסטית. היום ומחר קירור מקומי. משככי כאבים.

|              |        |            |            |
|--------------|--------|------------|------------|
| סוג האישור   | קוד    | מתאריך     | עד תאריך   |
| אישור למטופל | C00001 | 05/03/2020 | 07/03/2020 |

מוזמן למעקב:

☒ אין צורך במעקב לביקור זה

מכתב שחרור כן

! 1456603

28/07/2022 21:35:28

### ביקור משפחה/ילדים

גיל: 47.1 מספר ביקור: 00212020551

שם רופא/ה: ד"ר קיסיל איגור תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית מוקד רפואה דחופה

סיבת הפניה: 3 ימים חולשה כגללית, שיעול יבש תורדני, קשי נשימה, כאבים בדרכי נשימה עליונות,

מדידות אחות

| שעה   | חום  | משקל | דופק | לחץ דם  | מס' נשימות | סטורציה % |
|-------|------|------|------|---------|------------|-----------|
| 21:03 | 36.8 |      |      |         |            |           |
| 21:04 |      |      |      | 140/100 |            | 98        |

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: לוע עם אודם ונפיחות רירית, ללא תפליטים מוגלחתיים, ללא לימפאדנופטיה צווארית. בריאות כניסת אוויר דו"צ ללא חירחורים עם ציפצום=פים בודדים מדרכי נשימה עליונות. לב- קולות סדירים, ללא איוושה. בבדיקת אקג קצב סיוס, ללא סימני איסכמיה חריפה או הפראעות קצבס. צילום חזה PA + LAT סיבת ההפניה: תסנין?

בוצעה השוואה לצילומים קודמים מתאריך: 05/04/2021 אין שינוי מהותי ממצאים:

אין עדות לתסנין.

אין עדות לתפליט פלויירלי.

אין עדות להרחבת המדיאסטינום והשערים.

צל הלב בגדר הנורמה.

הסרעפת בעמדה תקינה.

הסרעפת בעמדה גבוהה באזור הקדמי דו"צ, בולט יותר משמאל, ללא שינוי מהותי לעומת

סידרת צילומים קודמים מ-2.

אבחנה

מאפ מאפ

הערה

UPPER RESPIRATORY INFECTIONS ACUTE UNS

הערות  
בתוקף עד - 24/01/2023

בדיקות/הפניות

מכון רנטגן: חזה 2 צילומים

תרופות  
ACAMOL TSI.SH.D&N 49TAB

מינון  
1 cap X 4 -1 op

Rp <Days>  
1 <7>

אופן השימוש  
לבליעה 1 כמסה 4 פעמים ביום, ( לפי הצורך) לתקופה של 7 ימים.

| תרופות                       | מינון           | Rp <Days> | אופן השימוש                                                                |
|------------------------------|-----------------|-----------|----------------------------------------------------------------------------|
| MUCOLESS SOL MAC 2MG/ML X50  | 2 Sol X 3 -1 op | 1 <7>     | לבליעה 2 מ"ל 3 פעמים ביום, (לפי הצורך)<br>לתקופה של 7 ימים.                |
| BUDICORT RESPULES 1MG/2MLX20 | 2 inh X 2 -1 op | 1 <7>     | לאינהלציה 2 מ"ל 2 פעמים ביום, (בוקר 2<br>מ"ל, ערב 2 מ"ל) לתקופה של 7 ימים. |
| SALINE HYPERTONIC 3% X 24    | 2 inh X 2 -1 op | 1 <7>     | לאינהלציה 2 מ"ל 2 פעמים ביום, (לפי<br>הצורך) לתקופה של 7 ימים.             |

המלצות למטופל: מנוחה בבית, שתיה מרובה, טיפול סימפטומטי.

| סוג האישור   | קוד    | מתאריך     | עד תאריך   |
|--------------|--------|------------|------------|
| אישור למטופל | C00056 | 29/07/2022 | 31/07/2022 |
| מכתב שחרור   | C00033 |            |            |

מוזמן למעקב:

☒ אין צורך במעקב לביקור זה

מכתב שחרור כן

! 1456603



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             |  | 32240533   |  | קופת חולים: מכבי           |  |
| שם משפחה:              |  | אורן       |  | ת.לידה: 17/06/1975         |  |
| רחוב:                  |  | הגיא       |  |                            |  |
| שם פרטי:               |  | שחר        |  | גיל: 48.6                  |  |
| מס:                    |  | 2          |  | מס. דירה: 2                |  |
| שם האב:                |  | יצחק       |  | מין: ז                     |  |
| עיר:                   |  | נס ציונה   |  |                            |  |
| מ. משפחתי:             |  | גרוש/ה     |  | מיקוד: 7402433             |  |
| מס' ילדים:             |  | 1          |  | טלפון בבית: 0505071765     |  |
|                        |  |            |  | טלפון נייד: 0505071765     |  |
| קוד אשראי:             |  | 2          |  |                            |  |
| סוג ביטוח משלים:       |  | מגן זהב    |  | פטור מתשלום היטל רבעוני: 0 |  |
| ת.הצטרפות ביטוח משלים: |  | 01/02/2005 |  |                            |  |

25/03/2018 22:28:35 ביקור משפחה/ילדים

|                                                                                                                                  |     |                             |      |                                                                                                            |            |             |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----------------------------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------|--|
| גיל:                                                                                                                             |     | 42.9                        |      | מספר ביקור:                                                                                                |            | 00082652461 |  |
| שם רופא/ה: ד"ר ראבי איוב                                                                                                         |     |                             |      | תחום הטיפול: משפחה מוקד רפואה דחופה                                                                        |            |             |  |
| סיבת הפניה:                                                                                                                      |     |                             |      | לפני יומיים עבר תאונת דרכים עבר בירור שכלל CT כל גופי ללא ממצא חריג היום התלונן על כאב עז בקידמת בית החזה. |            |             |  |
| מדידות אחות                                                                                                                      |     |                             |      |                                                                                                            |            |             |  |
| שעה                                                                                                                              | חום | משקל                        | דופק | לחץ דם                                                                                                     | מס' נשימות | סטורציה %   |  |
| 21:57                                                                                                                            |     | 85                          |      | 145/124                                                                                                    |            | 100         |  |
| גורם משלם: 5 תאונת דרכים                                                                                                         |     |                             |      |                                                                                                            |            |             |  |
| ממצאי הבדיקה: ללא סמני מצוקה נשימתית. בית חזה ראות קשה להתרשם ממצאים חריגים. לב ב.מ.פ. כבד וטחול לא נמושו בדיקה נאורולוגית תקינה |     |                             |      |                                                                                                            |            |             |  |
| דיון ואבחנה מבדלת: צלומי צלעות ועצם חזה ללא עדות לשבר ריאות ללא חזה אויר                                                         |     |                             |      |                                                                                                            |            |             |  |
| הערה                                                                                                                             |     | מאפ מאפ                     |      | אבחנה                                                                                                      |            |             |  |
| MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS                                                                                                       |     |                             |      |                                                                                                            |            |             |  |
| CONTUSION CHEST WALL                                                                                                             |     |                             |      |                                                                                                            |            |             |  |
| מכון רנטגן                                                                                                                       |     | בדיקות/הפניות               |      |                                                                                                            |            |             |  |
| קוד                                                                                                                              |     | 99942                       |      |                                                                                                            |            |             |  |
| המלצות למטופל:                                                                                                                   |     | משככי כאבים מעקב רופא מטפל. |      |                                                                                                            |            |             |  |
| מוזמן למעקב:                                                                                                                     |     |                             |      |                                                                                                            |            |             |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> על פי צורך                                                                                   |     |                             |      |                                                                                                            |            |             |  |
| מכתב שחרור                                                                                                                       |     | כן                          |      |                                                                                                            |            |             |  |
| צילום רנטגן אומת ע"י מרכז טלהרדילוגיה ארצי                                                                                       |     |                             |      |                                                                                                            |            |             |  |

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 | 32240533 | קופת חולים: | מכבי       |
| שם משפחה:  | אורן     | ת.לידה:     | 17/06/1975 |
| שם פרטי:   | שחר      | גיל:        | 48.6       |
| שם האב:    | יצחק     | מין:        | ז          |
| מ. משפחתי: | גרושה    | מיקוד:      | 7402433    |
| מס' ילדים: | 1        | טלפון בבית: | 0505071765 |
|            |          | טלפון נייד: | 0505071765 |

קוד אשראי: 2

פטור מתשלום היטל רבעוני: 0

סוג ביטוח משלים: מגן זהב

ת.הצטרפות ביטוח משלים: 01/02/2005

28/02/2020 19:20:17

ביקור משפחה/ילדים

|             |                 |                                |                                       |
|-------------|-----------------|--------------------------------|---------------------------------------|
| גיל:        | 44.8            | מספר ביקור:                    | 00132845650                           |
| שם רופא/ה:  | ד"ר קאופמן אלעד | תחום הטיפול:                   | משפחה, פנימית וכללית מוקד רפואה דחופה |
| סיבת הפניה: | בריא בד"כ.      | נדרס על ידי קולנועית היום בערב | מתקשה בדריכה                          |

מדידות אחות

|       |     |      |      |        |            |           |
|-------|-----|------|------|--------|------------|-----------|
| שעה   | חום | משקל | דופק | לחץ דם | מס' נשימות | סטורציה % |
| 19:14 |     | 90   |      | 144/75 |            |           |

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: קרסול רגל ימין - רגישות ונפיחות ניכרת. כאבים במגע. הגבלה ניכרת בתנועה

דיון ואבחנה מבדלת: ללא עדות לשבר או נקע

RICE

מעקב אורתופד בקהילה

|      |     |     |                 |
|------|-----|-----|-----------------|
| הערה | מאפ | מאפ | אבחנה           |
|      |     |     | CONTUSION ANKLE |

|            |               |       |
|------------|---------------|-------|
| מכון רנטגן | בדיקות/הפניות | קוד   |
|            |               | 99942 |

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

מכתב שחרור כן

! 2270603

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

פרטים אישיים

|                          |            |             |            |
|--------------------------|------------|-------------|------------|
| תעודת זהות               | 32240533   | קופת חולים: | מכבי       |
| שם משפחה:                | אורן       | ת.לידה:     | 17/06/1975 |
| שם פרטי:                 | שחר        | גיל:        | 48.6       |
| שם האב:                  | יצחק       | מין:        | ז          |
| מ. משפחתי:               | גרושה      | מיקוד:      | 7402433    |
| מס' ילדים:               | 1          | טלפון בבית: | 0505071765 |
|                          |            | טלפון נייד: | 0505071765 |
| קוד אשראי:               | 2          |             |            |
| סוג ביטוח משלים:         | מגן זהב    |             |            |
| ת.הצטרפות ביטוח משלים:   | 01/02/2005 |             |            |
| פטור מתשלום היטל רבעוני: | 0          |             |            |

רישום ביקור אורטופד

|                       |                                                                                                                                   |        |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 02/09/2016 11:42:22   | גיל:                                                                                                                              | 41.2   |
| שם רופא/ה:            | דר' אורי גבעון                                                                                                                    |        |
| תחום הטיפול:          | אורטופד                                                                                                                           |        |
| מספר ביקור:           | מספר ביקור:                                                                                                                       | 795192 |
| תלונות:               | תאונת דרכים במנגנון חזיתי לפני 3 שנים, מאז כאבים בצוואר. לאחרונה כאבים ברגל ימין וזרמים.                                          |        |
| גורם משלם:            | 5 תאונת דרכים                                                                                                                     |        |
| תאריך תאונת דרכים:    |                                                                                                                                   |        |
| ממצאים:               | הגבלה בתנועות הצוואר, רגישות סכימטית ימנית, רגישות מעל הצוואר והשכמות, כוח שרירים תקין, תחושה תקינה, החזרים גידיים תקינים ושונים. |        |
| הערה                  | מאפ מאפ                                                                                                                           | אבחנה  |
| מרכז ארצי ליעוץ - C.T | בדיקות/הפניות                                                                                                                     | קוד    |
| מוזמן למעקב:          |                                                                                                                                   | 99939  |
| על פי צורך            |                                                                                                                                   |        |

רישום ביקור אורטופד

|                                                                                  |                               |         |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------|
| 08/09/2016 20:14:40                                                              | גיל:                          | 41.2    |
| שם רופא/ה:                                                                       | דר' אורי גבעון                |         |
| תחום הטיפול:                                                                     | אורטופד                       |         |
| מספר ביקור:                                                                      | מספר ביקור:                   | 7186821 |
| תלונות:                                                                          | ביקור חוזר מתאריך: 02/09/2016 |         |
| תאונת דרכים במנגנון חזיתי לפני 3 שנים, מאז כאבים בצוואר. לאחרונה כאבים ברגל ימין |                               |         |

וזרמים.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאים: ביקור חוזר מתאריך: 02/09/2016  
הגבלה בתנועות הצוואר, רגישות סכיזטית ימנית, רגישות מעל הצוואר והשכמות, כוח  
שרירים תקין, תחושה תקינה, החזרים גידיים תקינים ושווים.

| הערה                                           | מאפ | מאפ | אבחנה           |
|------------------------------------------------|-----|-----|-----------------|
| מוזמן למעקב:                                   |     |     | WHIPLASH INJURY |
| <input checked="" type="checkbox"/> על פי צורך |     |     |                 |

! 1035000

27/09/2016 14:33:55

רישום ביקור אורטופד

גיל: 41.3

שם רופא/ה: דר' אורי גבעון

תחום הטיפול: אורטופד

מספר ביקור: 3326639

תלונות: ביקור חוזר מתאריך: 08/09/2016  
ביקור חוזר מתאריך: 02/09/2016  
תאונת דרכים במנגנון חזיתי לפני 3 שנים, מאז כאבים בצוואר. לאחרונה כאבים ברגל ימין  
וזרמים.  
27/09/2016 - בבדיקת CT ע"ש צווארי - שינויים ניווניים, בלטי דיסק C5-6 עם  
הצרות פוראמינלית משמאל ב-C5-6. ללא שינוי משמעותי מבדיקה ב-2012.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאים: ביקור חוזר מתאריך: 08/09/2016  
ביקור חוזר מתאריך: 02/09/2016  
הגבלה בתנועות הצוואר, רגישות סכיזטית ימנית, רגישות מעל הצוואר והשכמות, כוח  
שרירים תקין, תחושה תקינה, החזרים גידיים תקינים ושווים.

| הערה                                           | מאפ | מאפ | אבחנה           |
|------------------------------------------------|-----|-----|-----------------|
| מוזמן למעקב:                                   |     |     | WHIPLASH INJURY |
| <input checked="" type="checkbox"/> על פי צורך |     |     |                 |

! 1035000

08/12/2016 16:33:48

רישום ביקור אורטופד

גיל: 41.5

שם רופא/ה: דר' אורי גבעון

תחום הטיפול: אורטופד

מספר ביקור: 2576803

תלונות: ביקור חוזר מתאריך: 27/09/2016  
ביקור חוזר מתאריך: 08/09/2016  
ביקור חוזר מתאריך: 02/09/2016  
תאונת דרכים במנגנון חזיתי לפני 3 שנים, מאז כאבים בצוואר. לאחרונה כאבים ברגל ימין  
וזרמים.

27/09/2016 - בבדיקת CT ע"ש צווארי - שינויים ניווניים, בלטי דיסק C5-6-7 עם  
הצרות פוראמינלית משמאל ב-C5-6. ללא שינוי משמעותי מבדיקה ב-2012.  
08/12/2016 - עדיין כאבים בצוואר ובשכמה ימנית.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאים: ביקור חוזר מתאריך: 27/09/2016

ביקור חוזר מתאריך: 08/09/2016

ביקור חוזר מתאריך: 02/09/2016

הגבלה בתנועות הצוואר, רגישות סכיזטית ימנית, רגישות מעל הצוואר והשכמות, כוח  
שרירים תקין, תחושה תקינה, החזרים גידיים תקינים ושווים.  
08/12/2016 - הגבלה בתנועות הצוואר, רגישות מעל הצוואר והשכמות, כוח שרירים תקין,  
תחושה תקינה, החזרים גידיים תקינים ושווים.

אבחנה  
WHIPLASH INJURY  
CERVICAL HERNIATED INTERVERTEBRAL DISC WITH

מאפ מאפ הערה

קוד  
CON73

בדיקות/הפניות

התייעצות מומחה - טיפול בכאב

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 1035000

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 32240533      קופת חולים: מכבי

שם משפחה: אורן      ת.לידה: 17/06/1975      רחוב:      הגיא

שם פרטי: שחר      גיל: 48.6      מס:      מס. דירה 2

שם האב: יצחק      מין: ז      עיר:      נס ציונה

מ. משפחתי: גרושה/      מיקוד: 7402433

מס' ילדים: 1      טלפון בבית: 0505071765

טלפון נייד: 0505071765

קוד אשראי: 2

פטור מתשלום היטל רבעוני: 0

סוג ביטוח משלים: מגן זהב

ת.הצטרפות ביטוח משלים: 01/02/2005

20/05/2021 16:49:18

רישום ביקור אורטופד

גיל: 45.11

שם רופא/ה: דר פרידמן בצלאל.

תחום הטיפול: כירורג אורטופד

מספר ביקור: 3081372

פירוט

מקור המידע

16:54:09 20/05/2021

העברת טפסים באופן יזום  
לאתר המטופל

בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.

תלונות: סובל מהפרעה ממושכת עש צוארי.

בעבר עבר טומוגרפיה ממוחשבת

ברקע תאונת דרכים

מעוניין בברור מצבו

יגיע לבדיקה רפואית

בינתיים יבצע צילום עש צוארי

גורם משלם: 25 ב.טלפוני שעת קורונה

ממצאים: הסבר טלפוני

אבחנה

מאפ מאפ

הערה

CERVICALGIA

הערות

בתוקף עד - 16/11/2021

בדיקות/הפניות

מכון רנטגן: עמוד שדרה צווארי 2 צילומים (AP+LAT)

☒ שבועות

בעוד כ- 1

☒ מוזמן למעקב:

! 0734600

29/06/2021 16:00:32

רישום ביקור אורטופד

גיל: 46

שם רופא/ה: דר פרידמן בצלאל.

תחום הטיפול: כירורג אורטופד

מספר ביקור: 1798671

תלונות: סובל מזה מס שנים כאב בעש צוארי  
שנה אחרונה כאב קבוע בעש צוארי.  
בשנת 2016 עבר טומוגרפיה  
שוטר.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאים: ללא סטית צואר  
ירידה בתנועה הסיבובית לקראת סוף קשת תנועה  
כאב בהנעת צואר  
ללא גירוי שורשי צוארי  
ללא לחץ על מסילות ארוכות  
ללא הפרעה בכוח גס החזרים ותחושה

הערה מאפ מאפ אבחנה  
CERVICALGIA

הערות בדיקות/הפניות  
בתוקף עד - 26/12/2021 מרכז ארצי לדימויות - C.T: CT עמוד השדרה צווארי

מוזמן למעקב: ☒ כן בעוד כ- 10 ימים ☒

! 0734600

19/10/2021 17:13:04

רישום ביקור אורטופד

גיל: 46.4

שם רופא/ה: דר פרידמן בצלאל.

תחום הטיפול: כירורג אורטופד

מספר ביקור: 2631898

תלונות: בביקור בתאריך 29/06/2021 בשעה 16:00:32  
סובל מזה מס שנים כאב בעש צוארי  
שנה אחרונה כאב קבוע בעש צוארי.  
בשנת 2016 עבר טומוגרפיה  
שוטר.

בביקור בתאריך 19/10/2021 בשעה 17:13:04

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאים: בביקור בתאריך 29/06/2021 בשעה 16:00:32  
ללא סטית צואר  
ירידה בתנועה הסיבובית לקראת סוף קשת תנועה  
כאב בהנעת צואר  
ללא גירוי שורשי צוארי  
ללא לחץ על מסילות ארוכות  
ללא הפרעה בכוח גס החזרים ותחושה

טומוגרפיה ממוחשבת עש צוארי -  
שינויים ניוונים עם דיסקופטיה צוארית.  
ממתין רופא כאב - עוד יומים  
במקביל לפזיו  
מומחה עש

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

פרטים אישיים

|                          |  |                                   |  |
|--------------------------|--|-----------------------------------|--|
| תעודת זהות 32240533      |  | קופת חולים: מכבי                  |  |
| שם משפחה: אורן           |  | ת.לידה: 17/06/1975                |  |
| שם פרטי: שחר             |  | גיל: 48.6                         |  |
| שם האב: יצחק             |  | מין: ז                            |  |
| מ. משפחתי: גרושה         |  | מיקוד: 7402433                    |  |
| מס' ילדים: 1             |  | טלפון בבית: 0505071765            |  |
|                          |  | טלפון נייד: 0505071765            |  |
| קוד אשראי: 2             |  |                                   |  |
| סוג ביטוח משלים: מגן זהב |  |                                   |  |
|                          |  | ת.הצטרפות ביטוח משלים: 01/02/2005 |  |
|                          |  | פטור מתשלום היטל רבעוני: 0        |  |

14/09/2006 18:14:54

ביקור משפחה/ילדים

|                                                                                                                                                                                         |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| שם רופא/ה: דר' מלצב אלה                                                                                                                                                                 |                          |
| סיבת הפניה: ב31.08 היתה תאונת עבודה, (עובד במשטרה), בעיקבות תעונה - חבלה בכף יד שמאל עם קרה בגידים, הונח גבס, בצילום - הרחבה בין הסקסלאיב נבדק ע"אורטופד מומחה, מומלץ על MRI כף יד שמאל |                          |
| גורם משלם: 6 תאונת עבודה                                                                                                                                                                |                          |
| ממצאי הבדיקה: גבס באמה וכף יד שמאל                                                                                                                                                      |                          |
| הערה                                                                                                                                                                                    | מאפ מאפ                  |
| +fracture? - lt. hand                                                                                                                                                                   | Sus                      |
| בדיקות/הפניות                                                                                                                                                                           | אבחנה                    |
| M.R.I - ליעוץ                                                                                                                                                                           | TENDON RUPTURE TRAUMATIC |
| קוד                                                                                                                                                                                     | קוד                      |
| 99939                                                                                                                                                                                   | 99939                    |
| סוג האישור                                                                                                                                                                              | קוד                      |
| אישור מחלה                                                                                                                                                                              | C00001                   |
| עד תאריך                                                                                                                                                                                | מתאריך                   |
| 14/09/2006                                                                                                                                                                              | 31/08/2006               |
| המשך מעקב: מעקב ע"פ צורך קליני                                                                                                                                                          |                          |
| ! 0135702                                                                                                                                                                               |                          |

05/10/2014 17:01:53

ביקור משפחה/ילדים

|                                                               |                           |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------|
| גיל: 39.3                                                     | מספר ביקור: 0000003598317 |
| שם רופא/ה: דר' מלצב אלה                                       |                           |
| תחום הטיפול: משפחה                                            |                           |
| סיבת הפניה: מאתמול- כאבי גב תחתון, הקרנה לרגל ימין, ללא זרמים |                           |
| גורם משלם: 1 ביקור רגיל                                       |                           |
| ממצאי הבדיקה: נראה סובל                                       |                           |

|              |                                                |        |            |               |
|--------------|------------------------------------------------|--------|------------|---------------|
| הערה         | מאפ                                            | מאפ    | אבחנה      | LOW BACK PAIN |
| אחות         | בדיקות/הפניות                                  | קוד    | קוד        |               |
|              |                                                | 99862  |            |               |
| יח' שימוש    | M                                              | קוד    | P C N      | צד לטיפול*    |
| טבליה        |                                                | 65843  | Y N N      | 1             |
| אישור מחלה   | סוג האישור                                     | קוד    | מתאריך     | עד תאריך      |
|              |                                                | C00001 | 05/10/2014 | 07/10/2014    |
| מוזמן למעקב: | על פי צורך <input checked="" type="checkbox"/> |        |            |               |
| ! 0135700    |                                                |        |            |               |

|                     |                                                                                                                                                                                |              |               |                 |                   |    |            |   |      |      |                       |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|-------------------|----|------------|---|------|------|-----------------------|
| 22/10/2014 08:36:45 |                                                                                                                                                                                |              |               |                 | ביקור משפחה/ילדים |    |            |   |      |      |                       |
| גיל:                | 39.4                                                                                                                                                                           | מספר ביקור:  | 0000004437797 |                 |                   |    |            |   |      |      |                       |
| שם רופא/ה:          | דר' מלצב אלה                                                                                                                                                                   | תחום הטיפול: | משפחה         |                 |                   |    |            |   |      |      |                       |
| סיבת הפניה:         | היה מאושפז פעמיים עקב RENAL COLIC והידרונפרוזיס מימין, עלייה ב-CREATININE עד 1.45 מוזמן לריסוק US אחרון- אבן בשופכן ימני דיסטלי בגודל 6 מ"מ, הרחבה קלה גורם משלם: 1 ביקור רגיל |              |               |                 |                   |    |            |   |      |      |                       |
| הערה                | מאפ                                                                                                                                                                            | מאפ          | אבחנה         | NEPHROLITHIASIS |                   |    |            |   |      |      |                       |
| בדיקות מעבדה (X)    | בדיקות/הפניות                                                                                                                                                                  | קוד          | קוד           |                 |                   |    |            |   |      |      |                       |
| US איברים           |                                                                                                                                                                                | 99935        | LAB000        |                 |                   |    |            |   |      |      |                       |
| יח' שימוש           | M                                                                                                                                                                              | קוד          | P C N         | צד לטיפול*      | OP                | Dy | אופן לקיחה | X | הגשה | כמות | תרופות                |
| טבליה               |                                                                                                                                                                                | 75666        | Y N N         | 1               | 1                 | 14 | לבליעה     | 1 | Tab. | 1    | OMNIC OCAS 0.4MG X 30 |
| אישור רפואי         | סוג האישור                                                                                                                                                                     | קוד          | מתאריך        | עד תאריך        |                   |    |            |   |      |      |                       |
| אישור מחלה          |                                                                                                                                                                                | C00003       | 09/10/2014    | 16/10/2014      |                   |    |            |   |      |      |                       |
| מוזמן למעקב:        | על פי צורך <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                 |              |               |                 |                   |    |            |   |      |      |                       |
| ! 0135700           |                                                                                                                                                                                |              |               |                 |                   |    |            |   |      |      |                       |

10/11/2014 08:22:57

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 39.4 מספר ביקור: 0000005675141

שם רופא/ה: דר' מלצב אלה תחום הטיפול: משפחה

סיבת הפניה: ביקור חוזר מתאריך: 22/10/2014  
היה מאושפז פעמיים עקב RENAL COLIC והידרונפרוזיס מימין, עלייה בCREATININE עד 1.45 מוזמן לריסוק  
US אחרון- אבן בשופכן ימני דיסטלי בגודל 6 מ"מ, הרחבה קלה  
10/11/2014: מהלילה שוב התקף של כאבים עזים במותן ימין  
גורם משלם: 1 ביקור רגיל  
ממצאי הבדיקה: ביקור חוזר מתאריך: 22/10/2014

הערה

מאפ מאפ

אבחנה

NEPHROLITHIASIS  
RENAL COLIC

מאפ  
Rt  
Rt

קוד  
99862  
LAB000  
99865

בדיקות/הפניות

אחות  
בדיקות מעבדה (X)  
חדר מיון  
מוזמן למעקב:  
☒ על פי צורך

! 0135700

22/12/2014 07:45:25

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 39.6 מספר ביקור: 0000008380267

שם רופא/ה: דר' מלצב אלה תחום הטיפול: משפחה

סיבת הפניה: ביקור חוזר מתאריך: 10/11/2014  
ביקור חוזר מתאריך: 22/10/2014  
היה מאושפז פעמיים עקב RENAL COLIC והידרונפרוזיס מימין, עלייה בCREATININE עד 1.45 מוזמן לריסוק  
US אחרון- אבן בשופכן ימני דיסטלי בגודל 6 מ"מ, הרחבה קלה  
10/11/2014: מהלילה שוב התקף של כאבים עזים במותן ימין  
22/12/2014: מועמד לאורטרוסקופיה, זקוק לבדיקות  
גורם משלם: 1 ביקור רגיל  
ממצאי הבדיקה: ביקור חוזר מתאריך: 10/11/2014  
ביקור חוזר מתאריך: 22/10/2014

הערה

מאפ מאפ

אבחנה

NEPHROLITHIASIS  
RENAL COLIC

מאפ  
Rt  
Rt

קוד  
LAB000  
99862

בדיקות/הפניות

אחות  
בדיקות מעבדה (X)  
מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0135700

29/12/2014 11:03:45

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 39.6 מספר ביקור: 0000008835581

שם רופא/ה: דר' מלצב אלה תחום הטיפול: משפחה

סיבת הפניה: ביקור חוזר מתאריך: 22/12/2014  
ביקור חוזר מתאריך: 10/11/2014  
ביקור חוזר מתאריך: 22/10/2014  
היה מאושפז פעמיים עקב RENAL COLIC והידרונפרוזיס מימין, עלייה ב-CREATININE עד 1.45 מוזמן לריסוק  
US אחרון- אבן בשופכן ימני דיסטלי בגודל 6 מ"מ, הרחבה קלה  
10/11/2014: מהלילה שוב התקף של כאבים עזים במותן ימין  
22/12/2014: מועמד לאורטרוסקופיה, זקוק לבדיקות

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ביקור חוזר מתאריך: 22/12/2014  
ביקור חוזר מתאריך: 10/11/2014  
ביקור חוזר מתאריך: 22/10/2014

NEPHROLITHIASIS  
RENAL COLIC

אבחנה

הערה  
מאפ מאפ  
Rt  
Rt

קוד  
99935

בדיקות/הפניות

US איברים

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0135700

22/01/2015 08:07:52

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 39.7 מספר ביקור: 0000010452146

שם רופא/ה: דר' מלצב אלה תחום הטיפול: משפחה

סיבת הפניה: ביקור חוזר מתאריך: 29/12/2014  
ביקור חוזר מתאריך: 22/12/2014  
ביקור חוזר מתאריך: 10/11/2014  
ביקור חוזר מתאריך: 22/10/2014  
היה מאושפז פעמיים עקב RENAL COLIC והידרונפרוזיס מימין, עלייה ב-CREATININE עד 1.45 מוזמן לריסוק  
US אחרון- אבן בשופכן ימני דיסטלי בגודל 6 מ"מ, הרחבה קלה  
10/11/2014: מהלילה שוב התקף של כאבים עזים במותן ימין  
22/12/2014: מועמד לאורטרוסקופיה, זקוק לבדיקות  
22/01/2015: לאחר ניתוח, לדבריו- לא נמצאה אבן

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ביקור חוזר מתאריך: 29/12/2014  
ביקור חוזר מתאריך: 22/12/2014  
ביקור חוזר מתאריך: 10/11/2014  
ביקור חוזר מתאריך: 22/10/2014

|                                                |            |                        |            |
|------------------------------------------------|------------|------------------------|------------|
| NEPHROLITHIASIS<br>RENAL COLIC                 | אבחנה      | מאפ<br>מאפ<br>Rt<br>Rt | הערה       |
| קוד                                            | מתאריך     | עד תאריך               | סוג האישור |
| C00001                                         | 05/01/2015 | 08/01/2015             | אישור מחלה |
| C00001                                         | 03/09/2014 | 05/09/2014             | אישור מחלה |
| מוזמן למעקב:                                   |            |                        |            |
| <input checked="" type="checkbox"/> על פי צורך |            |                        |            |
| ! 0135700                                      |            |                        |            |

25/02/2015 16:19:21

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 39.8 מספר ביקור: 00012831131

שם רופא/ה: דר' מלצב אלה תחום הטיפול: משפחה

סיבת הפניה: כאבים בכתף ימין מאז תאונת סקי ושביר ליפני שנתיים

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

|                                                |            |                  |                                |             |    |    |            |       |       |   |           |
|------------------------------------------------|------------|------------------|--------------------------------|-------------|----|----|------------|-------|-------|---|-----------|
| PAIN SHOULDER                                  | אבחנה      | מאפ<br>מאפ<br>Rt | הערה                           |             |    |    |            |       |       |   |           |
| תרופות                                         | כמות       | הגשה             | X                              | אופן לקיחה  | Dy | OP | צד לטיפול* | P C N | קוד   | M | יח' שימוש |
| ARCOXIA 90MG X 10                              | 1          | Tab.             | 1                              | אופן לבליעה | 10 | 1  |            | Y N N | 61738 |   | טבליה     |
| קוד                                            | מתאריך     | עד תאריך         | סוג האישור                     |             |    |    |            |       |       |   |           |
| 000000                                         | 23/02/2015 | 25/02/2015       | תאונת עבודה (תעודה נוספת(בוטל) |             |    |    |            |       |       |   |           |
| C00001                                         | 23/02/2015 | 25/02/2015       | אישור מחלה                     |             |    |    |            |       |       |   |           |
| מוזמן למעקב:                                   |            |                  |                                |             |    |    |            |       |       |   |           |
| <input checked="" type="checkbox"/> על פי צורך |            |                  |                                |             |    |    |            |       |       |   |           |
| ! 0135700                                      |            |                  |                                |             |    |    |            |       |       |   |           |

12/08/2015 08:59:49

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 40.1 מספר ביקור: 00023166737

שם רופא/ה: דר' מלצב אלה תחום הטיפול: משפחה

סיבת הפניה: אישור רפואי

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

|                |        |            |             |
|----------------|--------|------------|-------------|
| FILL OUT FORMS | אבחנה  | מאפ<br>מאפ | הערה        |
| קוד            | מתאריך | עד תאריך   | סוג האישור  |
| C00003         |        |            | אישור רפואי |

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0135700

22/10/2015 11:08:22

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 40.4 מספר ביקור: 00027191541  
שם רופא/ה: דר' מלצב אלה תחום הטיפול: משפחה  
סיבת הפניה: מאתמול- חום, כאבי בטן, שילשולים  
גורם משלם: 1 ביקור רגיל  
ממצאי הבדיקה: בטן רכה, ללא רגישות, ללא הגדלת כבד וטחול  
הערה  
מאפ מאפ  
אבחנה  
GASTROENTERITIS ACUTE

סוג האישור  
קוד  
מתאריך  
עד תאריך  
אישור מחלה  
C00001  
22/10/2015  
22/10/2015

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0135700

07/12/2015 11:31:18

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 40.5 מספר ביקור: 00030195355  
שם רופא/ה: דר' מלצב אלה תחום הטיפול: משפחה  
סיבת הפניה: מסי ימים- נזלת, שיעול, קוצר נשימה  
אסטמתי  
גורם משלם: 1 ביקור רגיל  
ממצאי הבדיקה: ריאות- כניסת אוויר דו"צ, ללא חירחורים או ציפצופים  
הערה  
מאפ מאפ  
אבחנה  
UPPER RESPIRATORY INFECTIONS ACUTE UNS  
ASTHMA

יח' שימוש  
M  
קוד  
P C N  
צד לטיפול  
Dy OP  
אופן לקיחה  
X  
הגשה  
כמות  
תרופות  
שאיפות  
VENTOLIN CFC FREE 100MCG/DOS  
1  
Inhaler  
2  
20  
1

סוג האישור  
קוד  
מתאריך  
עד תאריך  
אישור מחלה  
C00001  
06/12/2015  
10/12/2015

מוזמן למעקב:



על פי צורך

! 0135700

21/12/2015 11:45:20

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 40.6 מספר ביקור: 00031042795  
שם רופא/ה: דר' מלצב אלה תחום הטיפול: משפחה  
סיבת הפניה: ביקור חוזר מתאריך: 07/12/2015  
מסי ימים- נזלת, שיעול, קוצר נשימה  
אסטמתי  
21/12/2015: עדיין שיעול ליחתי, קשיי נשימה  
גורם משלם: 1 ביקור רגיל  
ממצאי הבדיקה: ביקור חוזר מתאריך: 07/12/2015  
ריאות- כניסת אוויר דו"צ, ללא חירחורים או ציפצופים  
21/12/2015- ללא שינוי

אבחנה  
UPPER RESPIRATORY INFECTIONS ACUTE UNS  
ASTHMA

הערה  
מאפ מאפ

| 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     | 7  | 2  |            | Y N N | 9630  |   | כמוסה     |
| SYMBICORT 160/4.5 120DOSE | 1    | Inhal.po | 2 | לשאפה      | 20 | 1  |            | Y N N | 18413 |   | מנות      |

סוג האישור  
אישור מחלה  
קוד  
C00001  
מתאריך  
21/12/2015  
עד תאריך  
21/12/2015

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0135700

07/01/2016 09:11:14

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 40.6 מספר ביקור: 00032197285  
שם רופא/ה: דר' מלצב אלה תחום הטיפול: משפחה  
סיבת הפניה: ביקור חוזר מתאריך: 21/12/2015  
ביקור חוזר מתאריך: 07/12/2015  
מסי ימים- נזלת, שיעול, קוצר נשימה  
אסטמתי  
21/12/2015: עדיין שיעול ליחתי, קשיי נשימה  
07/01/2016: ללא שיפור  
גורם משלם: 1 ביקור רגיל  
ממצאי הבדיקה: ביקור חוזר מתאריך: 21/12/2015  
ביקור חוזר מתאריך: 07/12/2015  
ריאות- כניסת אוויר דו"צ, ללא חירחורים או ציפצופים  
21/12/2015- ללא שינוי  
07/01/2016 ציפצופים בודדים

הערה  
מאפ מאפ  
אבחנה  
ASTHMA  
COUGH

מכון רנטגן

בדיקות/הפניות

קוד  
99942

| תרופות                      | כמות | הגשה     | X | אופן לקיחה   | Dy | OP | צד לטיפול* | P C N | קוד   | M | יח' שימוש |
|-----------------------------|------|----------|---|--------------|----|----|------------|-------|-------|---|-----------|
| PREDNISONE 20MG X 30        | 2    | Tab.     | 1 | 7 לבליעה     | 1  |    |            | Y N N | 9664  |   | טבליה     |
| VENTOLIN RESP. 5MG/ML       | 0.5  | Inhal.so | 2 | 10 לאינהלציה | 1  |    |            | Y N N | 2372  |   | מ"ל       |
| AEROVENT RES 20ML 0.25MG/ML | 1    | Inhal.so | 2 | 10 לאינהלציה | 1  |    |            | Y N N | 49689 |   | מ"ל       |
| SOD.CHLORID.0.9% 10MLX 20   | 1    | Inhal.so | 2 | 10 לאינהלציה | 1  |    |            | Y N N | 59277 |   | מ"ל       |

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0135700

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 41.1 מספר ביקור: 00044069691

שם רופא/ה: דר' מלצב אלה תחום הטיפול: משפחה

סיבת הפניה: מרשם לEPIPEN אלרגיה לבוטנים

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

לחץ דם81 / 132

דופק68

גובה164 ס"מ

משקל72 ק"ג

BMI: 26.8

שינוי בגובה0 ס"מ

שינוי במשקל1 ק"ג

BMI שינוי ב0.4

הערה  
מאפ מאפ  
אבחנה  
ALLERGIC REACTION UNS

מכון רנטגן

בדיקות/הפניות

קוד

תרופות

כמות

הגשה

X

אופן לקיחה

Dy

OP

צד לטיפול\*

P C N

קוד

M

יח' שימוש

| DESLOTRADINE 5MG X 15 | 1 | Tab. | 1 | 15 לבליעה | 1 |  |  | Y N N | 48793 |  | טבליה |
| EPIPEN ADULT 0.3MG/0.3M | 1 | Inj. | 1 | 1 להזרקה | 1 |  |  | Y N N | 7084 |  | אמפולה |

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0135700

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 41.2 מספר ביקור: 00047335344

שם רופא/ה: דר' מלצב אלה תחום הטיפול: משפחה

סיבת הפניה: כאבי צוואר כאבי גב תחתון, זרמים ברגל ימין

מטופל ע"א אורטופד, היום ביצע CT  
גורם משלם: 1 ביקור רגיל

| הערה          | מאפ | מאפ | אבחנה | סוג האישור | קוד    | מתאריך     | עד תאריך   | אישור מחלה | אישור למטופל |
|---------------|-----|-----|-------|------------|--------|------------|------------|------------|--------------|
| CERVICALGIA   |     |     |       |            | C00001 | 07/09/2016 | 10/09/2016 |            |              |
| LOW BACK PAIN |     |     |       |            | C00001 | 07/09/2016 | 10/09/2016 |            |              |

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0135700

09/10/2016 09:29:13 **ביקור משפחה/ילדים**

גיל: 41.3 מספר ביקור: 00048856781  
שם רופא/ה: דר' מלצב אלה  
תחום הטיפול: משפחה  
סיבת הפניה: ביקור חוזר מתאריך: 12/09/2016  
כאבי צוואר  
כאבי גב תחתון, זרמים ברגל ימין  
מטופל ע"א אורטופד, היום ביצע CT  
09/10/2016: ללא שיפור  
עשה CT, בלטי דיסק C3-C7, הצרות C5-C6  
יחזור לאורטופד

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ביקור חוזר מתאריך: 12/09/2016

| הערה          | מאפ | מאפ | אבחנה | סוג האישור | קוד    | מתאריך     | עד תאריך   | אישור מחלה | אישור למטופל |
|---------------|-----|-----|-------|------------|--------|------------|------------|------------|--------------|
| CERVICALGIA   |     |     |       |            | C00001 | 05/10/2016 | 11/10/2016 |            |              |
| LOW BACK PAIN |     |     |       |            | C00001 | 05/10/2016 | 11/10/2016 |            |              |

|                     |      |      |   |             |    |    |            |   |   |   |       |   |           |
|---------------------|------|------|---|-------------|----|----|------------|---|---|---|-------|---|-----------|
| תרופות              | כמות | הגשה | X | אופן לקיחה  | Dy | OP | צד לטיפול* | P | C | N | קוד   | M | יח' שימוש |
| OMEPRADEx 40MG X 30 | 1    | Cap. | 1 | אופן לבליעה | 30 | 1  |            | Y | N | N | 28205 |   | כמוסה     |

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0135700

18/10/2016 10:42:23 ביקור משפחה/ילדים

גיל: 41.4 מספר ביקור: 00049262562

שם רופא/ה: דר' מלצב אלה תחום הטיפול: משפחה

סיבת הפניה: בדיקות מעבדה

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

הערה

מאפ מאפ

אבחנה

ROUTINE CHECKUP

קוד  
LAB000

בדיקות/הפניות

בדיקות מעבדה (X)

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

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

| שם הבדיקה                                                                                      | סיבת החסימה | בקשה לאישור<br>חריג לביצוע | סוג גורם מאשר        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------------------|----------------------|
| CHOLESTEROL תוצאה תקינה בשלוש שנים<br>אחרונות. בהעדר הצדקה רפואית אין מקום<br>לבדיקה חוזרת     |             |                            | מעבדה - תחום מעבדה a |
| TRIGLYCERIDES תוצאה תקינה בשלוש שנים<br>אחרונות. בהעדר הצדקה רפואית אין מקום<br>לבדיקה חוזרת   |             |                            | מעבדה - תחום מעבדה a |
| HDL CHOLESTEROL תוצאה תקינה בשלוש שנים<br>אחרונות. בהעדר הצדקה רפואית אין מקום<br>לבדיקה חוזרת |             |                            | מעבדה - תחום מעבדה a |
| LDL Cholesterol תוצאה תקינה בשלוש שנים<br>אחרונות. בהעדר הצדקה רפואית אין מקום<br>לבדיקה חוזרת |             |                            | מעבדה - תחום מעבדה a |

! 0135700

06/11/2016 09:02:40 ביקור משפחה/ילדים

גיל: 41.4 מספר ביקור: 00050303362

שם רופא/ה: דר' מלצב אלה תחום הטיפול: משפחה

סיבת הפניה: ביקור חוזר מתאריך: 09/10/2016  
ביקור חוזר מתאריך: 12/09/2016  
כאבי צוואר  
כאבי גב תחתון, זרמים ברגל ימין  
מטופל ע"א אורטופד, היום ביצע CT  
09/10/2016: ללא שיפור  
עשה CT, בלטי דיסק C3-C7, הצרות C5-C6  
יחזור לאורטופד  
06/11/2016: כאבים ממשיכים

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ביקור חוזר מתאריך: 09/10/2016  
ביקור חוזר מתאריך: 12/09/2016

הערה

מאפ מאפ

אבחנה

CERVICALGIA  
LOW BACK PAIN

| סוג האישור   | קוד    | מתאריך     | עד תאריך   |
|--------------|--------|------------|------------|
| אישור מחלה   | C00001 | 02/11/2016 | 04/11/2016 |
| אישור למטופל | C00001 | 02/11/2016 | 04/11/2016 |

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0135700

| ביקור משפחה/ילדים                      |                                         |              |                                           |
|----------------------------------------|-----------------------------------------|--------------|-------------------------------------------|
| גיל:                                   | 41.5                                    | מספר ביקור:  | 00052918451                               |
| שם רופא/ה:                             | דר' מלצב אלה                            | תחום הטיפול: | משפחה                                     |
| סיבת הפניה:                            | מזה יומיים - חום גבוה, כאבי גרון, שיעול | גורם משלם:   | 1 ביקור רגיל                              |
| ממצאי הבדיקה:                          | לוע - ללא אודם, ללא תפליטים             | ריאות -      | כניסת אוויר דו"צ, ללא חירחורים או ציפופים |
| הערה                                   | מאפ                                     | מאפ          | אבחנה                                     |
| UPPER RESPIRATORY INFECTIONS ACUTE UNS |                                         |              |                                           |
| סוג האישור                             | קוד                                     | מתאריך       | עד תאריך                                  |
| אישור מחלה                             | C00001                                  | 13/12/2016   | 15/12/2016                                |
| אישור למטופל                           | C00001                                  | 13/12/2016   | 15/12/2016                                |

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0135700

| ביקור משפחה/ילדים            |                                                 |                         |             |
|------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------|-------------|
| גיל:                         | 41.10                                           | מספר ביקור:             | 00062440053 |
| שם רופא/ה:                   | דר' מלצב אלה                                    | תחום הטיפול:            | משפחה       |
| סיבת הפניה:                  | מסי ימים - כאבי צוואר, כתף ימין, זרמים ביד ימין | לאחר ת"ד ליפני 4 חודשים |             |
| גורם משלם:                   | 1 ביקור רגיל                                    |                         |             |
| הערה                         | מאפ                                             | מאפ                     | אבחנה       |
| CERVICALGIA<br>SHOULDER PAIN |                                                 |                         |             |
| Lt                           |                                                 |                         |             |
| אחות                         | בדיקות/הפניות                                   | קוד                     |             |
|                              |                                                 | 99862                   |             |

! 0135700

## ביקור משפחה/ילדים

ממצאי הבדיקה: ביקור חוזר מתאריך: 15/05/2017

הערה

Lt

בדיקות/הפניות

אחות

99862

☒ על פי צורך

! 0135700

## ביקור משפחה/ילדים

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

## הערה

Lt

| תרופות              | כמות | הגשה | X | אופן לקיחה | Dy | OP | צד לטיפול* | P | C | N | קוד   | M | יח' שימוש |
|---------------------|------|------|---|------------|----|----|------------|---|---|---|-------|---|-----------|
| ARCOXIA 90MG X 14   | 1    | Tab. | 1 | לבליעה     | 14 | 1  |            | Y | N | N | 38663 |   | טבליה     |
| OMEPRADEx 20MG X 30 | 1    | Cap. | 1 | לבליעה     | 90 | 3  |            | Y | Y | N | 59980 | 1 | כמוסה     |

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0135700

25/12/2017 07:39:08 **ביקור משפחה/ילדים**

גיל: 42.6 מספר ביקור: 00076355611  
שם רופא/ה: דר' מלצב אלה תחום הטיפול: משפחה  
סיבת הפניה: מסי ימים- שיעול ליחתי, קשיי נשימה, ללא חום  
גורם משלם: 1 ביקור רגיל  
ממצאי הבדיקה: ריאות- כניסת אוויר דו"צ, ציפצופים בודדים

לחץ דם 75 / 128

| אבחנה                                            | מאפ | מאפ | הערה |
|--------------------------------------------------|-----|-----|------|
| UPPER RESPIRATORY INFECTIONS ACUTE UNS<br>ASTHMA |     |     |      |

| תרופות                      | כמות | הגשה     | X | אופן לקיחה   | Dy | OP | צד לטיפול* | P | C | N | קוד   | M | יח' שימוש |
|-----------------------------|------|----------|---|--------------|----|----|------------|---|---|---|-------|---|-----------|
| VENTOLIN RESP. 5MG/ML       | 0.5  | Inhal.so | 2 | לאינהלציה    | 10 | 1  |            | Y | N | N | 2372  |   | מ"ל       |
| AEROVENT RES 20ML 0.25MG/ML | 1    | Inhal.so | 2 | לאינהלציה    | 10 | 1  |            | Y | N | N | 49689 |   | מ"ל       |
| RE CARE N ACETYL 200MG X 30 | 1    | Efferv.t | 3 | להמיס ולשתות | 10 | 1  |            | Y | N | N | 49173 |   | טבליה     |
| PREDNISONE 20MG X 30        | 2    | Tab.     | 1 | לבליעה       | 5  | 1  |            | Y | N | N | 9664  |   | טבליה     |

קוד C00001 מתאריך 25/12/2017 עד תאריך 28/12/2017  
סוג האישור אישור מחלה

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0135700

17/01/2018 10:09:23 **ביקור משפחה/ילדים**

גיל: 42.7 מספר ביקור: 00078052821  
שם רופא/ה: דר' מלצב אלה תחום הטיפול: משפחה  
סיבת הפניה: ביקור חוזר מתאריך: 25/12/2017  
מסי ימים- שיעול ליחתי, קשיי נשימה, ללא חום  
17/01/2018: תיקון של אישור מחלה

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ביקור חוזר מתאריך: 25/12/2017

# UPPER RESPIRATORY INFECTIONS ACUTE UNS ASTHMA

| יח' שימוש | M | קוד   | P | C | N | צד לטיפול* | OP | Dy | אופן לקיחה | X | הגשה | כמות | תרופות |
|-----------|---|-------|---|---|---|------------|----|----|------------|---|------|------|--------|
| T. Zaldir |   | 99999 | Y | N | N |            | 1  | 10 |            | 3 |      | 1    |        |

| סוג האישור   | קוד    | מתאריך     | עד תאריך   |
|--------------|--------|------------|------------|
| אישור למטופל | C00001 | 26/12/2017 | 28/12/2017 |

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0135700

28/01/2018 17:31:44

## ביקור משפחה/ילדים

גיל: 42.7 מספר ביקור: 00078820087

שם רופא/ה: דר' מלצב אלה

סיבת הפניה: ביקור חוזר מתאריך: 30/10/2017

לאחר חבלה בכתף שמאל

קרע בסופרספינטום

28/01/2018: אישור מחלה עקב כאבים, מתחיל הידרותרפיה

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ביקור חוזר מתאריך: 30/10/2017

הערה

## ROTATOR CUFF TEAR

Lt

| סוג האישור   | קוד    | מתאריך     | עד תאריך   |
|--------------|--------|------------|------------|
| אישור למטופל | C00001 | 24/01/2018 | 27/01/2018 |

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0135700

04/03/2018 08:51:31

## ביקור משפחה/ילדים

גיל: 42.8 מספר ביקור: 00081151561

שם רופא/ה: דר' מלצב אלה

סיבת הפניה: ביקור חוזר מתאריך: 28/01/2018

ביקור חוזר מתאריך: 30/10/2017

לאחר חבלה בכתף שמאל

קרע בסופרספינטום

28/01/2018: אישור מחלה עקב כאבים, מתחיל הידרותרפיה



04/03/2018: מרשם

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

28/01/2018: ביקור חוזר מתאריך:  
30/10/2017: ביקור חוזר מתאריך:

|                   |       |     |     |      |
|-------------------|-------|-----|-----|------|
| ROTATOR CUFF TEAR | אבחנה | מאפ | מאפ | הערה |
|                   |       | Lt  |     |      |

|            |      |      |   |            |    |    |            |   |   |   |       |   |           |
|------------|------|------|---|------------|----|----|------------|---|---|---|-------|---|-----------|
| תרופות     | כמות | הגשה | X | אופן לקיחה | Dy | OP | צד לטיפול* | P | C | N | קוד   | M | יח' שימוש |
| T. Zaldiar | 1    |      | 3 |            | 10 | 2  |            | Y | N | N | 99999 |   |           |

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0135700

|                                                                                                                                           |                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| 28/03/2018 16:12:36                                                                                                                       | ביקור משפחה/ילדים                 |
|                                                                                                                                           | גיל: 42.9 מספר ביקור: 00082859172 |
| שם רופא/ה: דר' מלצב אלה תחום הטיפול: משפחה                                                                                                |                                   |
| סיבת הפניה: מזה 3 ימים- חום גבוה, מהיום מעט כאבי גרון<br>לאח ת"ד, נבדק בב"ח בלינסון- CT כל גופי- ללא שברים<br>כאבים בחזה הקידמי, כתך שמאל |                                   |
| גורם משלם: 1 ביקור רגיל                                                                                                                   |                                   |
| ממצאי הבדיקה: לוע - אודם, תפליטים                                                                                                         |                                   |

|          |       |
|----------|-------|
| 135 / 89 | לחץדם |
|----------|-------|

|                                                                             |       |     |     |      |
|-----------------------------------------------------------------------------|-------|-----|-----|------|
| TONSILLITIS ACUTE<br>ROAD ACCIDENT<br>CONTUSION CHEST WALL<br>SHOULDER PAIN | אבחנה | מאפ | מאפ | הערה |
|-----------------------------------------------------------------------------|-------|-----|-----|------|

|                        |      |      |   |            |    |    |            |   |   |   |       |   |           |
|------------------------|------|------|---|------------|----|----|------------|---|---|---|-------|---|-----------|
| 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 |            | 10 | 1  |            | M | N | N | 88078 | 0 | טבליה     |

|            |            |        |            |              |
|------------|------------|--------|------------|--------------|
| עוד תאריך  | מתאריך     | קוד    | סוג האישור | אישור מחלה   |
| 02/04/2018 | 23/03/2018 | C00001 |            |              |
| 28/03/2018 | 28/03/2018 | 000000 | (בוטל)     | אישור למטופל |
| 02/04/2018 | 23/03/2018 | C00001 |            | אישור למטופל |

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0135700

13/06/2018 11:44:00

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 42.11 מספר ביקור: 00087752822

שם רופא/ה: דר' מלצב אלה תחום הטיפול: משפחה

סיבת הפניה: ביקור חוזר מתאריך: 04/03/2018  
ביקור חוזר מתאריך: 28/01/2018  
ביקור חוזר מתאריך: 30/10/2017  
לאחר חבלה בכתף שמאל  
קרע בסופרספינטום  
28/01/2018: אישור מחלה עקב כאבים, מתחיל הידרותרפיה  
04/03/2018: מרשם  
13/06/2018: כאבים

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ביקור חוזר מתאריך: 04/03/2018

ביקור חוזר מתאריך: 28/01/2018  
ביקור חוזר מתאריך: 30/10/2017

אבחנה: ROTATOR CUFF TEAR  
מאפ: Lt  
הערה:

| תרופות                 | כמות | הגשה | X | אופן לקיחה  | Dy | OP | צד לטיפול* | P C N | קוד   | M | יח' שימוש |
|------------------------|------|------|---|-------------|----|----|------------|-------|-------|---|-----------|
| T. Zalidar             | 1    |      | 3 |             | 7  | 1  |            | Y N N | 99999 | 0 |           |
| TRAMADEX OD 100MG X 30 | 1    | Tab. | 1 | אופן לבליעה | 30 | 1  |            | M N N | 80022 | 0 | טבליה     |
| סוג האישור             |      |      |   |             |    |    |            |       |       |   |           |
| קוד                    |      |      |   |             |    |    |            |       |       |   |           |
| מתאריך                 |      |      |   |             |    |    |            |       |       |   |           |
| עד תאריך               |      |      |   |             |    |    |            |       |       |   |           |
| 14/06/2018             |      |      |   |             |    |    |            |       |       |   |           |
| 13/06/2018             |      |      |   |             |    |    |            |       |       |   |           |
| C00001                 |      |      |   |             |    |    |            |       |       |   |           |
| 14/06/2018             |      |      |   |             |    |    |            |       |       |   |           |
| 13/06/2018             |      |      |   |             |    |    |            |       |       |   |           |
| C00001                 |      |      |   |             |    |    |            |       |       |   |           |
| אישור מחלה             |      |      |   |             |    |    |            |       |       |   |           |
| אישור למטופל           |      |      |   |             |    |    |            |       |       |   |           |

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0135700

30/07/2018 08:04:38

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 43.1 מספר ביקור: 00090943120

שם רופא/ה: דר' מלצב אלה תחום הטיפול: משפחה

סיבת הפניה: ביקור חוזר מתאריך: 13/06/2018  
ביקור חוזר מתאריך: 04/03/2018  
ביקור חוזר מתאריך: 28/01/2018  
ביקור חוזר מתאריך: 30/10/2017  
לאחר חבלה בכתף שמאל  
קרע בסופרספינטום  
28/01/2018: אישור מחלה עקב כאבים, מתחיל הידרותרפיה  
04/03/2018: מרשם  
13/06/2018: כאבים  
30/07/2018: שיפור מסוים, עובר טיפול פיזיותרפי

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ביקור חוזר מתאריך: 13/06/2018

ביקור חוזר מתאריך: 04/03/2018:

ביקור חוזר מתאריך: 28/01/2018  
ביקור חוזר מתאריך: 30/10/2017

| אבחנה             |  | מאפ        |  | מאפ    |  | הערה       |  | M          |  | קוד |  | P C N |  | Y N N      |  | 99999 |  | 0 |  | יח' שימוש    |  |
|-------------------|--|------------|--|--------|--|------------|--|------------|--|-----|--|-------|--|------------|--|-------|--|---|--|--------------|--|
| ROTATOR CUFF TEAR |  | Lt         |  |        |  |            |  |            |  |     |  |       |  |            |  |       |  |   |  |              |  |
| T. Zalदार         |  |            |  |        |  |            |  |            |  |     |  |       |  |            |  |       |  |   |  |              |  |
| תרופות            |  | כמות       |  | הגשה   |  | X          |  | אופן לקיחה |  | Dy  |  | OP    |  | צד לטיפול* |  |       |  |   |  |              |  |
|                   |  | 1          |  |        |  | 3          |  |            |  | 14  |  | 2     |  |            |  |       |  |   |  |              |  |
| עד תאריך          |  | מתאריך     |  | קוד    |  | סוג האישור |  |            |  |     |  |       |  |            |  |       |  |   |  |              |  |
| 26/07/2018        |  | 25/07/2018 |  | C00001 |  |            |  |            |  |     |  |       |  |            |  |       |  |   |  | אישור מחלה   |  |
| 26/07/2018        |  | 25/07/2018 |  | C00001 |  |            |  |            |  |     |  |       |  |            |  |       |  |   |  | אישור למטופל |  |

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0135700

28/10/2018 09:23:21 **ביקור משפחה/ילדים**

גיל: 43.4 מספר ביקור: 00096593168

שם רופא/ה: דר' מלצב אלה תחום הטיפול: משפחה

סיבת הפניה: אישור לרישיון נשק  
כאבים כרוניים בכתף שמאל, ידוע על קרע

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

| אבחנה                               |  | מאפ        |  | מאפ    |  | הערה       |  | M |  | קוד |  | P C N |  | Y N N |  | 99999 |  | 0 |  | יח' שימוש    |  |
|-------------------------------------|--|------------|--|--------|--|------------|--|---|--|-----|--|-------|--|-------|--|-------|--|---|--|--------------|--|
| FILL OUT FORMS<br>ROTATOR CUFF TEAR |  | Lt         |  |        |  |            |  |   |  |     |  |       |  |       |  |       |  |   |  |              |  |
| עד תאריך                            |  | מתאריך     |  | קוד    |  | סוג האישור |  |   |  |     |  |       |  |       |  |       |  |   |  |              |  |
| 25/10/2018                          |  | 21/10/2018 |  | C00001 |  |            |  |   |  |     |  |       |  |       |  |       |  |   |  | אישור למטופל |  |

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0135700

16/12/2018 11:34:08 **ביקור משפחה/ילדים**

גיל: 43.5 מספר ביקור: 00100176195

שם רופא/ה: דר' מלצב אלה תחום הטיפול: משפחה

סיבת הפניה: ביקור חוזר מתאריך: 30/07/2018  
ביקור חוזר מתאריך: 13/06/2018  
ביקור חוזר מתאריך: 04/03/2018  
ביקור חוזר מתאריך: 28/01/2018  
ביקור חוזר מתאריך: 30/10/2017

לאחר חבלה בכתף שמאל  
קרע בסופרספינטום  
28/01/2018: אישור מחלה עקב כאבים, מתחיל הידרוטריפיה  
04/03/2018: מרשם  
13/06/2018: כאבים  
30/07/2018: שיפור מסוים, עובר טיפול פיזיותרפי  
16/12/2018: לאחר זריקה מקומית

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ביקור חוזר מתאריך 30/07/2018  
ביקור חוזר מתאריך 13/06/2018  
ביקור חוזר מתאריך 04/03/2018

ביקור חוזר מתאריך: 28/01/2018  
ביקור חוזר מתאריך: 30/10/2017

| הערה              | מאפ | מאפ | אבחנה                | סוג האישור    | אישור למטופל           |
|-------------------|-----|-----|----------------------|---------------|------------------------|
| ROTATOR CUFF TEAR | Lt  |     |                      | קוד<br>C00001 | עד תאריך<br>13/12/2018 |
|                   |     |     | מתאריך<br>10/12/2018 |               |                        |

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0135700

28/01/2019 11:11:52 **ביקור משפחה/ילדים**

גיל: 43.7 מספר ביקור: 00103569936

שם רופא/ה: דר' מלצב אלה תחום הטיפול: משפחה

סיבת הפניה: בדיקות שיגרה

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

| הערה            | מאפ | מאפ | אבחנה | קוד    | בדיקות מעבדה  |
|-----------------|-----|-----|-------|--------|---------------|
| ROUTINE CHECKUP |     |     |       | LAB000 | בדיקות/הפניות |

| תרופות                  | כמות | הגשה | X | אופן לקיחה | Dy | OP | צד לטיפול* | P C N | קוד  | M | יח' שימוש |
|-------------------------|------|------|---|------------|----|----|------------|-------|------|---|-----------|
| EPIPEN ADULT 0.3MG/0.3M | 1    | Inj. | 1 | להזרקה     | 1  | 1  |            | M N N | 7084 | 0 | אמפולה    |

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0135700

24/02/2019 11:52:17 **ביקור משפחה/ילדים**

גיל: 43.8 מספר ביקור: 00105649403

שם רופא/ה: דר' מלצב אלה תחום הטיפול: משפחה

סיבת הפניה:

גורם משלים: 1 ביקור רגיל

הערה      מאפ      מאפ

בדיקות/הפניות

אחדות

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0135700

21/04/2019 10:35:56

## ביקור משפחה/ילדים

גיל: 43.10 מספר ביקור: 00109684056

שם רופא/ה: דר' מלצב אלה

סיבת הפניה: ביקור חוזר מתאריך 30/03/2019:  
מיתלונן על כאבים בבית החזה שמאול, כאבים ממוקדים, כאבים מיתגברים בעת נשימה, ללא שום תלונות אנגינותיות חריפות.  
באקג: קצב סינוס, סדיר, ללא סימני איסכמיה חריפה.  
לציין, החולה עושה ספורט כבד.  
21/04/2019: עדיין סובל מכאבים  
ארגומטריה ליפני מסי חודשים- תקינה

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ביקור חוזר מתאריך 30/03/2019:  
מיתלון על כאבים בבית החזה שמאול, כאבים ממוקדים, כאבים מיתגברים בעת נשימה,  
ללא שום תלונות אנגינטיות חריפות.  
באק: קצב סינוס, סדיר, ללא סימני איסכמיה חריפה.

אבחנה  
CHEST PAIN - M/P MUSCULOSKELETAL

הערה      מאפ      מאפ

TI7  
93320  
99862  
LAB000

בדיקות/הפניות

אקדופלר של הלב  
אחות  
בדיקות מעבדה

| תרופות                  | X | הגשה | כמות | אופן לקיחה | Dy | OP | צד לטיפול* | P C N | קוד  | M | יח' שימוש |
|-------------------------|---|------|------|------------|----|----|------------|-------|------|---|-----------|
| EPIPEN ADULT 0.3MG/0.3M | 1 | Inj. | 1    | להזרקה     | 1  | 1  |            | M N N | 7084 | 0 | אמפולה    |

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

10135700

30/05/2019 10:00:43

## ביקור משפחה/ילדים

גיל: 43.11 מספר ביקור: 00112371398

שם רופא/ה: דר' מלצב אלה

סיבת הפניה: ביקור חוזר מתאריך 21/04/2019:  
ביקור חוזר מתאריך 30/03/2019:  
מיתלונן על כאבים בבית החזה שמאול, כאבים ממוקדים, כאבים מיתגברים בעת נשימה.

ללא שום תלונות אנגינטיות חריפות.  
באקג: קצב סינוס, סדיר, ללא סימני איסכמיה חריפה.  
לציין, החולה עושה ספורט כבד.  
21/04/2019: עדיין סובל מכאבים  
ארגומטריה ליפני מסי חודשים- תקינה  
30/05/2019: אקו לב תקין

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ביקור חוזר מתאריך 21/04/2019  
ביקור חוזר מתאריך 30/03/2019  
מיתלונן על כאבים בבית החזה שמאול, כאבים ממוקדים, כאבים מיתגברים בעת נשימה,  
ללא שום תלונות אנגינטיות חריפות.  
באקג: קצב סינוס, סדיר, ללא סימני איסכמיה חריפה.

אבחנה  
CHEST PAIN - M/P MUSCULOSKELETAL  
SHOULDER PAIN

הערה  
מאפ מאפ

סוג האישור  
קוד  
מתאריך  
עד תאריך  
אישור למטופל  
C00001  
29/05/2019  
30/05/2019

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

0135700 !

21/08/2019 18:05:18 ביקור משפחה/ילדים

גיל: 44.2 מספר ביקור: 00118385038

שם רופא/ה: דר' מלצב אלה תחום הטיפול: משפחה

ביקור מקוון: תאריך + שעת הזמנה : 21/08/2019 14:51:00 טל: 050-5071765

הערת המטופל :  
הערה לתרופות: אבקש מרשם לאומפרדקס לתקופה ארוכה עקב צרבות הידועות בתיק  
הרפואי  
אישור:  
• אישור מחלה 14/08/2019 - 15/08/2019 - כאבים חזקים בכתף שמאל - יש לציין את  
סיבת המחלה לבקשת המרפאה המ

18:05:56:

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

18:07:37:

הערת רופא:  
הטפסים הופקו לבקשתך.

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

גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

אבחנה  
ELECTRONIC PRESCRIPTION

הערה  
מאפ מאפ

| 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 Y N | 59980      | 1 | כמוסה     |
| OMEPRADEx 20MG X 30 | 1    | Cap. | 1          | לבליעה     | 90 | 3      |            | S Y N | 59980      | 1 | כמוסה     |
|                     |      |      |            |            |    |        |            |       |            |   |           |
| עד תאריך            |      |      | מתאריך     |            |    | קוד    |            |       | סוג האישור |   |           |
| 15/08/2019          |      |      | 14/08/2019 |            |    | C00001 |            |       | אישור מחלה |   |           |
| 15/08/2019          |      |      | 14/08/2019 |            |    | C00001 |            |       | אישור מחלה |   |           |

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0135700

10/10/2019 13:03:43

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 44.3 מספר ביקור: 00121680795  
שם רופא/ה: דר' מלצב אלה תחום הטיפול: משפחה  
סיבת הפניה: עקיצה בבמותן משמאל  
גורם משלם: 1 ביקור רגיל  
ממצאי הבדיקה: אודם, נפיחות

הערה מאפ מאפ אבחנה  
INSECT BITE

| תרופות                 | כמות | הגשה | X | אופן לקיחה | Dy | OP | צד לטיפול* | P C N | קוד   | M | יח' שימוש |
|------------------------|------|------|---|------------|----|----|------------|-------|-------|---|-----------|
| ALLERGYX_MAC 10MG X 10 | 1    | Tab. | 1 | לבליעה     | 10 | 1  |            | M N N | 40369 | 0 | טבליה     |
| BETACORTEN G CR 15GR   |      | Crm. | 2 | למריחה     | 7  | 1  |            | M N N | 342   | 0 |           |

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0135700

10/11/2019 08:27:59

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 44.4 מספר ביקור: 00123682006  
שם רופא/ה: דר' מלצב אלה תחום הטיפול: משפחה  
סיבת הפניה: עובד במשטרה  
עבר מבחן מאמץ בעבודה  
התגלה לחץ גם גבוה 150 על 102  
גורם משלם: 1 ביקור רגיל

לחץ דם 89 / 109

דופק 73

הערה מאפ מאפ אבחנה  
OBSERVATION-PATIENT UNDER OBSERVATION

קוד  
99862  
93225

בדיקות/הפניות

אחות  
ניטור לחץ דם-הולטר לחץ דם  
מוזמן למעקב:  
☒ על פי צורך

0135700 !

08/12/2019 11:55:34

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 44.5 מספר ביקור: 00126011805

שם רופא/ה: דר' מלצב אלה תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

סיבת הפניה: ביקור חוזר מתאריך 10/11/2019:  
עובד במשטרה  
עבר מבחן מאמץ בעבודה  
התגלה לחץ גם גבוה 150 על 102  
08/12/2019: הולטר- יתר לחץ דם בערנות  
08/12/2019: כאבים בכתף שמאל

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

הערה

מאפ מאפ

אבחנה  
OBSERVATION-PATIENT UNDER OBSERVATION  
HYPERTENSION  
SHOULDER PAIN

קוד  
LAB000  
99871

בדיקות/הפניות

בדיקות מעבדה  
הפניה לאביזר / ציוד רפואי-לחץ דם

תרופות

LOSARDEX 50MG X 30

כמות

1

הגשה

Tab.

X

1

אופן לקיחה

30 לבליעה

Dy

1

OP

1

צד לטיפול\*

P C N

M Y N

קוד

86890

M

1

יח' שימוש

טבליה

סוג האישור

אישור למטופל

קוד

C00001

מתאריך

04/12/2019

עד תאריך

05/12/2019

מוזמן למעקב:  
☒ על פי צורך

0135700 !

05/01/2020 12:46:17

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 44.6 מספר ביקור: 00128234455

שם רופא/ה: דר' מלצב אלה תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

סיבת הפניה: מסי ימים- שיעול, נזלת, קשיי נשימה, חום לא נמדד  
כאבי גרון

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ריאות- כניסת אוויר דו"צ, ללא חירחורים או ציפצופים  
לוע- אודם, חשד לתפליט



אבחנה  
UPPER RESPIRATORY INFECTIONS ACUTE UNS

מאפ מאפ הערה

קוד  
LAB000

בדיקות/הפניות

משטח גרון

| 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     | 10 | 2  |            | M N N | 33371 | 0 | כמוסה     |
| REKOD 20MG X 10       | 1    | Tab. | 2 | לבליעה     | 10 | 2  |            | M N N | 9459  | 0 | טבליה     |

סוג האישור  
קוד  
מתאריך  
עד תאריך  
09/01/2020  
05/01/2020  
C00001  
אישור מחלה

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0135700

06/10/2020 21:30:14

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 45.3 מספר ביקור: 00149020486  
שם רופא/ה: דר' מלצב אלה  
תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית  
מקור המידע  
תאריך + שעת הזמנה : 06/10/2020 16:41:35 טל: 050-5071765  
שאלה כללית:  
שלוש דוקטור מלצב היקרה , נכנסתי לבידוד עקב חשיפה לחולת קורונה ויש לי כאב  
קל בגרון וקושי קל בנשימה. אשמח לקבל הפניה לבדיקת קורונה  
21:31:22 06/10/02020 בקשות מהאתר - מענה הרופא  
הטפסים הופקו לבקשתך.  
נא לקבוע תור למעבדת קורונה דרך מוקד מכבי. התשובה השלילית לא מקצרת  
בידוד  
סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...  
בהפניה לבדיקת קורונה ענה כן על השאלות:  
מטופל סימפטומטי  
כאבי גרון  
גורם משלם: 41 וירטואלי טפסים

אבחנה  
ELECTRONIC FORMS

מאפ מאפ הערה

קוד  
LAB000

בדיקות/הפניות

בדיקת קורונה (PCR)

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0135700

03/11/2020 15:48:19

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 45.4 מספר ביקור: 00151307030

תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

שם רופא/ה: דר' מלצב אלה

פירוט

מקור המידע

תאריך + שעת הזמנה : 03/11/2020 15:43:33 טל: 050-5071765  
אישור:

בקשות מהאתר - בקשת  
המטופל

• אישור מחלה 05/11/2020 - 04/11/2020 - חום , קושי נשימתי , שיעול , כאבי ראש  
חולשה

15:49:05 03/11/02020 בקשות מהאתר - מענה הרופא

הטפסים הופקו לבקשתך.  
תעשה בדיקת קורונה לכל מקרה, ניתן לקבוע תור ללא הפניית רופא

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

גורם משלם: 41 וירטואלי טפסים

אבחנה

מאפ מאפ

הערה

ELECTRONIC FORMS

עד תאריך  
05/11/2020

מתאריך  
04/11/2020

קוד  
C00001

סוג האישור

אישור מחלה

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0135700

04/11/2020 08:17:10

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 45.4 מספר ביקור: 00151352382

תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

שם רופא/ה: דר' מלצב אלה

פירוט

מקור המידע

תאריך + שעת הזמנה : 03/11/2020 21:31:16 טל: 050-5071765  
שאלה כללית:

בקשות מהאתר - בקשת  
המטופל

אבקש לקבל אישור לבדיקת קורונה בעקבות חום , חולשה , כאבי ראש וקושי נשימתי....

08:17:11 04/11/02020 בקשות מהאתר - מענה הרופא

כתבתי לך אתמול- לא צריך הפניית רופא, תתקשר למוקד לקבוע תור לבדיקה

סיבת הפניה: מענה לבקשה מאתר מכבי...

גורם משלם: 41 וירטואלי טפסים

אבחנה

מאפ מאפ

הערה

ELECTRONIC FORMS

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0135700

08/11/2020 12:07:37

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 45.4 מספר ביקור: 00151636969

תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

שם רופא/ה: דר' מלצב אלה

מקור המידע  
בקשות מהאתר - בקשת המטופל

פירוט  
תאריך + שעת הזמנה : 08/11/2020 11:18:55 טל: 050-5071765  
אישור:  
• אישור מחלה 07/11/2020 - 06/11/2020 - בוקר אור דוקטור . אני זקוק להמשך מחלה בתאריכים 6-7  
• אישור מחלה 07/11/2020 - 06/11/2020 - בהמשך לבקשה אני צריך שיהיה רשום סיבה למשטרה חשד לקורונה תסמינים  
12:08:22 08/11/02020 בקשות מהאתר - מענה הרופא  
הטפסים הופקו לבקשתך.

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

הערה  
מאפ מאפ  
אבחנה  
ELECTRONIC FORMS  
UPPER RESPIRATORY INFECTIONS ACUTE UNS

סוג האישור  
אישור למטופל

קוד  
C00056

מתאריך  
06/11/2020

עד תאריך  
07/11/2020

מוזמן למעקב:  
☒ על פי צורך

! 0135700

ביקור משפחה/ילדים  
גיל: 45.5 מספר ביקור: 00154174895  
שם רופא/ה: דר' מלצב אלה  
תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

מקור המידע  
בקשות מהאתר - בקשת המטופל

פירוט  
תאריך + שעת הזמנה : 08/12/2020 11:02:02 טל: 050-5071765  
תרופות קבועות:  
• LOSARDEX 50MG X 30  
הערה לתרופות: בוקר אור דוקטור מלצב היקרה. אבקש מרשם למזרק אפיפן חדש ולכדורים למניעת צרבת . שיהיה יום קל ונעים  
13:07:46 08/12/02020 בקשות מהאתר - מענה הרופא  
הטפסים הופקו לבקשתך.  
נא לבצע בדיקות מעבדה

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

הערה  
מאפ מאפ  
אבחנה  
ELECTRONIC PRESCRIPTION

בדיקות מעבדה

בדיקות/הפניות

קוד  
LAB000

| תרופות                  | מינון           | Rp <Days> | אופן השימוש                                                                          |
|-------------------------|-----------------|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| LOSARDEX 50MG X 30      | 1 tab X 1 -1 op | 1 <30>    | לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים.                         |
| EPIPEN ADULT 0.3MG/0.3M | 1 inj X 1 -1 op | 1 <1>     | להזרקה 1 אמפולה 1 פעם ביום, (בוקר 1 אמפולה) לתקופה של 1 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.<br>יש ליטול לפני הארוחה |

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

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

| שם הבדיקה                                                                                      | סיבת החסימה | בקשה לאישור<br>חריג לביצוע | סוג גורם מאשר |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------------------|---------------|
| CHOLESTEROL תוצאה תקינה בשלוש שנים<br>אחרונות. בהעדר הצדקה רפואית אין מקום<br>לבדיקה חוזרת     |             |                            |               |
| HDL CHOLESTEROL תוצאה תקינה בשלוש שנים<br>אחרונות. בהעדר הצדקה רפואית אין מקום<br>לבדיקה חוזרת |             |                            |               |
| LDL Cholesterol תוצאה תקינה בשלוש שנים<br>אחרונות. בהעדר הצדקה רפואית אין מקום<br>לבדיקה חוזרת |             |                            |               |
| TRIGLYCERIDES תוצאה תקינה בשלוש שנים<br>אחרונות. בהעדר הצדקה רפואית אין מקום<br>לבדיקה חוזרת   |             |                            |               |

0135700 !

30/01/2021 16:04:51

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 45.7 מספר ביקור: 00158807070

שם רופא/ה: דר' מלצב אלה תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

פירוט

מקור המידע

בקשות מהאתר - בקשת המטופל  
תאריך + שעת הזמנה: 13:51:06 30/01/2021 טל: 050-5071765  
הערה לתרופות: דוקטור יקרה אני עם שיעול חריף בלתי פוסק עד שאני מקיא  
וקוצר נשימה, כאבים בכל הגוף. אשמח למרשם מתאים

בקשות מהאתר - מענה הרופא 16:06:04 30/01/02021

הטפסים הופקו לבקשתך.

נא לעשות בדיקת קורונה. עד התשובה השלילית- להיות בבידוד

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

גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

אבחנה

מאפ מאפ

הערה

ELECTRONIC PRESCRIPTION

| תרופות                  | מינון            | Rp <Days> | אופן השימוש                                                                            |
|-------------------------|------------------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| HISTAFED COMP LIN 115ML | 10 syr X 3 -1 op | 1 <3>     | לבליעה 10 מ"ל 3 פעמים ביום, (בוקר 10 מ"ל, צהריים 10 מ"ל, ערב 10 מ"ל) לתקופה של 3 ימים. |

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0135700

01/02/2021 10:06:05

ביקור משפחה/ילדים

|                                                |                                              |                     |                                                |
|------------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------|------------------------------------------------|
| גיל:                                           | 45.7                                         | מספר ביקור:         | 00158966088                                    |
| שם רופא/ה:                                     | דר' מלצב אלה                                 | תחום הטיפול:        | משפחה, פנימית וכללית                           |
| מקור המידע                                     | העברת טפסים באופן יזום                       | פירוט               |                                                |
| לאתר המטופל                                    | לאתר המטופל                                  | 10:10:27 01/02/2021 | בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל. |
| סיבת הפניה:                                    | אנמנזה חולה Covid19                          |                     |                                                |
| גורם משלם:                                     | 1 ביקור רגיל                                 |                     |                                                |
| ממצאי הבדיקה:                                  | ללא קוצר נשימה, דיבור שוטף                   |                     |                                                |
| הערה                                           | מאפ                                          | מאפ                 | אבחנה                                          |
|                                                |                                              |                     | COVID-19 INFECTION -CORONAVIRUS                |
| המלצות למטופל:                                 | תאריך צפוי לשחרור מבידוד לא לפני: 10/02/2021 |                     |                                                |
| מוזמן למעקב:                                   |                                              |                     |                                                |
| <input checked="" type="checkbox"/> על פי צורך |                                              |                     |                                                |
| דפי מידע/ סרטונים/אתרים                        |                                              |                     |                                                |
| הנחיה לשהייה בבידוד ביתי קורונה                |                                              |                     |                                                |

! 0135700

03/02/2021 16:59:15

ביקור משפחה/ילדים

|               |                                                      |                     |                                                |
|---------------|------------------------------------------------------|---------------------|------------------------------------------------|
| גיל:          | 45.7                                                 | מספר ביקור:         | 00159241312                                    |
| שם רופא/ה:    | דר' מלצב אלה                                         | תחום הטיפול:        | משפחה, פנימית וכללית                           |
| מקור המידע    | העברת טפסים באופן יזום                               | פירוט               |                                                |
| לאתר המטופל   | לאתר המטופל                                          | 17:02:38 03/02/2021 | בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל. |
| סיבת הפניה:   | בביקור בתאריך 01/02/2021 בשעה 10:06:05               |                     |                                                |
|               | אנמנזה חולה Covid19                                  |                     |                                                |
|               | בביקור בתאריך 03/02/2021 בשעה 16:59:15               |                     |                                                |
|               | 03/02/2021: עדיין קוצר נשימה ושיעול, מאתמול חום גבוה |                     |                                                |
|               | אנמנזה חולה Covid19                                  |                     |                                                |
| גורם משלם:    | 1 ביקור רגיל                                         |                     |                                                |
| ממצאי הבדיקה: | בביקור בתאריך 01/02/2021 בשעה 10:06:05               |                     |                                                |
|               | ללא קוצר נשימה, דיבור שוטף                           |                     |                                                |
|               | בביקור בתאריך 03/02/2021 בשעה 16:59:15               |                     |                                                |
|               | שיעול בולט, ללא SPEECH DYSPNEA                       |                     |                                                |
| הערה          | מאפ                                                  | מאפ                 | אבחנה                                          |
|               |                                                      |                     | COVID-19 INFECTION -CORONAVIRUS                |

המלצות למטופל: תאריך צפוי לשחרור מבידוד לא לפני: 10/02/2021

|                                     |      |   |        |   |
|-------------------------------------|------|---|--------|---|
| טיפול                               | קוד  | X | נקודות | ר |
| CORONA PATIENT FOLLOW UP (COVID-19) | 9105 | 1 | 01.0   | ! |

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

דפי מידע/ סרטונים/אתרים

הנחיות לערכת מעקב חולה קורונה

! 0135700

ביקור משפחה/ילדים

|                                                |             |                                                                                                                   |      |      |
|------------------------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|
| 05/02/2021 10:49:56                            | 00159395155 | מספר ביקור:                                                                                                       | 45.7 | גיל: |
| שם רופא/ה: דר' מלצב אלה                        |             | תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית                                                                                 |      |      |
| מקור המידע                                     |             | פירוט                                                                                                             |      |      |
| בקשות מהאתר - בקשת המטופל                      |             | תאריך + שעת הזמנה : 00:23:23 05/02/2021 טל: 050-5071765                                                           |      |      |
| בקשות מהאתר - מענה הרופא                       |             | הערה לתרופות: דוקטור יקרה עדיין לא קיבלתי את מד הסיטורציה ואני צריך משהו חזק לשיעול אולי סטרואידים כי זה לא משתפר |      |      |
| סיבת הפניה:                                    |             | 10:50:14 05/02/2021 שיחה                                                                                          |      |      |
| גורם משלם: 41 וירטואלי טפסים                   |             | הפקת טפסים על פי הזמנה- מענה ללא הפקה                                                                             |      |      |
| הערה                                           |             | מאפ מאפ                                                                                                           |      |      |
| מוזמן למעקב:                                   |             | אבחנה                                                                                                             |      |      |
| <input checked="" type="checkbox"/> על פי צורך |             | ELECTRONIC FORMS                                                                                                  |      |      |
| ! 0135700                                      |             |                                                                                                                   |      |      |

ביקור משפחה/ילדים

|                         |             |                                                      |      |      |
|-------------------------|-------------|------------------------------------------------------|------|------|
| 05/02/2021 10:50:35     | 00159395231 | מספר ביקור:                                          | 45.7 | גיל: |
| שם רופא/ה: דר' מלצב אלה |             | תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית                    |      |      |
| מקור המידע              |             | פירוט                                                |      |      |
| העברת טפסים באופן יזום  |             | 10:57:33 05/02/2021                                  |      |      |
| לאתר המטופל             |             | בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.       |      |      |
| סיבת הפניה:             |             | בביקור בתאריך 01/02/2021 בשעה 10:06:05               |      |      |
|                         |             | אנמנזה חולה Covid19                                  |      |      |
|                         |             | בביקור בתאריך 03/02/2021 בשעה 16:59:15               |      |      |
|                         |             | 03/02/2021: עדיין קוצר נשימה ושיעול, מאתמול חום גבוה |      |      |
|                         |             | אנמנזה חולה Covid19                                  |      |      |
|                         |             | בביקור בתאריך 05/02/2021 בשעה 10:50:35               |      |      |
|                         |             | 05/02/2021- שיעול חזק מאוד, שיפור 'קל מאוד בנשימה    |      |      |
|                         |             | עדיין חום גבוה                                       |      |      |

לא קיבל עדיין ערכת קורונה

גורם משלם: 99 (מנהלי)

ממצאי הבדיקה: בביקור בתאריך 01/02/2021 בשעה 10:06:05  
ללא קוצר נשימה, דיבור שוטף

בביקור בתאריך 03/02/2021 בשעה 16:59:15

שיעול בולט, ללא SPEECH DYSPNEA

בביקור בתאריך 05/02/2021 בשעה 10:50:35  
05/02/2021: שיעול בולט, קוש

אבחנה  
COVID-19 INFECTION -CORONAVIRUS

הערה מאפ מאפ

| תרופות               | מינון           | Rp <Days> | אופן השימוש                                                                 |
|----------------------|-----------------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------|
| PREDNISONE 20MG X 30 | 2 tab X 1 -1 op | 1 <7>     | לבליעה 2 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 2 טבליה) לתקופה של 7 ימים. עם או אחרי אוכל |
| ERDOTIN 300MG X 20   | 1 cap X 2 -1 op | 1 <10>    | לבליעה 1 כמסה 2 פעמים ביום, (בוקר 1 כמסה, ערב 1 כמסה) לתקופה של 10 ימים.    |

המלצות למטופל: ביקורת מחר

טופל  
CORONA PATIENT FOLLOW UP (COVID-19)  
קוד נקודות X ר  
9105 01.0 1 !

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0135700

07/02/2021 08:13:45

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 45.7 מספר ביקור: 00159437162

שם רופא/ה: דר' מלצב אלה תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

סיבת הפניה: בביקור בתאריך 01/02/2021 בשעה 10:06:05  
אנמנזה חולה Covid19

בביקור בתאריך 03/02/2021 בשעה 16:59:15  
03/02/2021: עדיין קוצר נשימה ושיעול, מאתמול חום גבוה  
אנמנזה חולה Covid19

בביקור בתאריך 05/02/2021 בשעה 10:50:35  
05/02/2021- שיעול חזק מאוד, שיפור 'קל מאוד בנשימה  
עדיין חום גבוה  
לא קיבל עדיין ערכת קורונה

בביקור בתאריך 07/02/2021 בשעה 08:13:45  
07/02/2021: אושפז מאתמול- שיעול, קשיי נשימה, סטורציה-91%

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: בביקור בתאריך 01/02/2021 בשעה 10:06:05  
ללא קוצר נשימה, דיבור שוטף

בביקור בתאריך 03/02/2021 בשעה 16:59:15

שיעול בולט, ללא SPEECH DYSPNEA

בביקור בתאריך 05/02/2021 בשעה 10:50:35  
05/02/2021: שיעול בולט, קוש

בביקור בתאריך 07/02/2021 בשעה 08:13:45

אבחנה  
COVID-19 INFECTION -CORONAVIRUS

מאפ מאפ

הערה

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0135700

10/02/2021 11:24:08

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 45.7 מספר ביקור: 00159810308

שם רופא/ה: דר' מלצב אלה תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

סיבת הפניה: בביקור בתאריך 01/02/2021 בשעה 10:06:05  
אנמנזה חולה Covid19

בביקור בתאריך 03/02/2021 בשעה 16:59:15  
03/02/2021: עדיין קוצר נשימה ושיעול, מאתמול חום גבוה  
אנמנזה חולה Covid19

בביקור בתאריך 05/02/2021 בשעה 10:50:35  
05/02/2021- שיעול חזק מאוד, שיפור 'קל מאוד בנשימה  
עדיין חום גבוה  
לא קיבל עדיין ערכת קורונה

בביקור בתאריך 07/02/2021 בשעה 08:13:45  
07/02/2021: אושפז מאתמול- שיעול, קשיי נשימה, סטורציה-91%

בביקור בתאריך 10/02/2021 בשעה 11:24:08  
10/02/2021: עדיין מאושפז בב"ח, פנאומוניה בצילום

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: בביקור בתאריך 01/02/2021 בשעה 10:06:05  
ללא קוצר נשימה, דיבור שוטף

בביקור בתאריך 03/02/2021 בשעה 16:59:15

שיעול בולט, ללא SPEECH DYSPNEA

בביקור בתאריך 05/02/2021 בשעה 10:50:35  
05/02/2021: שיעול בולט, קוש

בביקור בתאריך 07/02/2021 בשעה 08:13:45

בביקור בתאריך 10/02/2021 בשעה 11:24:08



אבחנה  
COVID-19 INFECTION -CORONAVIRUS

מאפ מאפ הערה

טיפול  
CORONA PATIENT FOLLOW UP (COVID-19)

ר X נקודות קוד  
! 1 01.0 9105

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0135700

13/02/2021 21:44:41 ביקור משפחה/ילדים

גיל: 45.7 מספר ביקור: 00160035995  
שם רופא/ה: דר' מלצב אלה  
תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית  
מקור המידע  
בקשות מהאתר - בקשת המטופל  
פירוט  
תאריך + שעת הזמנה : 14:40:57 13/02/2021 טל: 050-5071765  
שאלה כללית:  
דוקטור יקרה שחררו אותי מבית החולים. רציתי לדעת האם אפשר להזמין בדיקת קורונה אל"י הביתה והבנתי שצריך הפניה מרופא. אני בבידוד עד 20.2 בינתיים בגלל שהוגדרתי חולה קשה.  
21:46:36 13/02/2021  
בקשות מהאתר - מענה הרופא  
היי, שחר. אני שמחה שאתה כבר בבית. לאחר אשפוז בב"ח הטיפול בכך עובר למוקד מכבי לטיפול בקורונה. יצרו קשר איתך. אם יש בעיות - תודיע לי. החלמה מהירה!  
סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה- מענה ללא הפקה  
גורם משלם: 41 וירטואלי טפסים

אבחנה  
ELECTRONIC FORMS

מאפ מאפ הערה

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0135700

13/02/2021 21:50:42 ביקור משפחה/ילדים

גיל: 45.7 מספר ביקור: 00160036138  
שם רופא/ה: דר' מלצב אלה  
תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית  
מקור המידע  
העברת טפסים באופן יזום  
בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.  
21:54:19 13/02/C2021  
סיבת הפניה: לאחר אשפוז- חולה קשה  
אנמנזה חולה Covid19  
גורם משלם: 99 (מנהלי)  
ממצאי הבדיקה: לאחר אשפוז - חולה קשה

אבחנה  
COVID-19 INFECTION -CORONAVIRUS

הערה  
מאפ מאפ

המלצות למטופל: תאריך צפוי לשחרור מבידוד לא לפני: 10/02/2021

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

דפי מידע/ סרטונים/אתרים

הנחיות לערכת מעקב חולה קורונה

! 0135700

14/02/2021 19:25:15

### ביקור משפחה/ילדים

גיל: 45.7 מספר ביקור: 00160152219

שם רופא/ה: דר' מלצב אלה תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

סיבת הפניה: בביקור בתאריך 13/02/2021 בשעה 21:50:42  
לאחר אשפוז- חולה קשה  
אנמנזה חולה Covid19

בביקור בתאריך 14/02/2021 בשעה 19:25:15  
14/02/2021: שוחרר מבית חולים, פנאומוניה דו"צ, סטורציה נעה בין 91-97, בממוצע 93-94%

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: בביקור בתאריך 13/02/2021 בשעה 21:50:42  
לאחר אשפוז - חולה קשה

בביקור בתאריך 14/02/2021 בשעה 19:25:15  
14/02/2021 - שיעול בולט, קושי בדיבור

אבחנה  
COVID-19 INFECTION -CORONAVIRUS

הערה  
מאפ מאפ

| ר | X | נקודות | קוד  | טיפול                               |
|---|---|--------|------|-------------------------------------|
| ! | 1 | 01.0   | 9105 | CORONA PATIENT FOLLOW UP (COVID-19) |

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0135700

17/02/2021 09:21:17

### ביקור משפחה/ילדים

גיל: 45.8 מספר ביקור: 00160393696

שם רופא/ה: דר' מלצב אלה תחום הטיפול: רפואה פנימית

סיבת הפניה: בביקור בתאריך 13/02/2021 בשעה 21:50:42  
לאחר אשפוז- חולה קשה  
אנמנזה חולה Covid19

בביקור בתאריך 14/02/2021 בשעה 19:25:15  
14/02/2021: שוחרר מבית חולים, פנאומוניה דו"צ, סטורציה נעה בין 91-97, בממוצע 93-94%

בביקור בתאריך 17/02/2021 בשעה 09:21:17  
17/02/2021: עדיין שיעול ניכר, סטורציה בסביבות 94-97% - שיפור

גורם משלם: 47 ביקור קורונה

ממצאי הבדיקה: בביקור בתאריך 13/02/2021 בשעה 21:50:42  
לאחר אשפוז - חולה קשה

בביקור בתאריך 14/02/2021 בשעה 19:25:15  
14/02/2021 - שיעול בולט, קושי בדיבור

בביקור בתאריך 17/02/2021 בשעה 09:21:17  
17/02/2021: ללא שינוי מביקור קודם

אבחנה  
COVID-19 INFECTION -CORONAVIRUS

הערה מאפ מאפ

| ר | X | נקודות | קוד  | טיפול                               |
|---|---|--------|------|-------------------------------------|
| ! | 1 | 01.0   | 9105 | CORONA PATIENT FOLLOW UP (COVID-19) |

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0135700

21/02/2021 09:02:30

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 45.8 מספר ביקור: 00160637906

שם רופא/ה: דר' מלצב אלה תחום הטיפול: רפואה פנימית

פירוט

מקור המידע

21/02/2021 09:05:59

העברת טפסים באופן יזום  
לאחר המטופל

בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.

סיבת הפניה: בביקור בתאריך 13/02/2021 בשעה 21:50:42  
לאחר אשפוז - חולה קשה  
אנמנזה חולה Covid19

בביקור בתאריך 14/02/2021 בשעה 19:25:15  
14/02/2021: שוחרר מבית חולים, פנאומוניה דו"צ, סטורציה נעה בין 91-97, בממוצע 93-94%

בביקור בתאריך 17/02/2021 בשעה 09:21:17  
17/02/2021: עדיין שיעול ניכר, סטורציה בסביבות 94-97% - שיפור

בביקור בתאריך 21/02/2021 בשעה 09:02:30  
21/02/2021: מצבו סטטי - ללא שיפור וגם ללא החמרה (שיעול חזק, צרידות, קשיי נשימה)  
סטורציה 91-97%

גורם משלם: 47 ביקור קורונה

ממצאי הבדיקה: בביקור בתאריך 13/02/2021 בשעה 21:50:42  
לאחר אשפוז - חולה קשה

בביקור בתאריך 14/02/2021 בשעה 19:25:15  
14/02/2021 - שיעול בולט, קושי בדיבור

FILL OUT FORMS  
אבחנה

מאפ מאפ הערה

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0135700

07/07/2021 18:31:21

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 46 מספר ביקור: 00172661040

שם רופא/ה: דר' מלצב אלה תחום הטיפול: רפואה פנימית

סיבת הפניה: החלים מקורונה

מחלה קשה

עדיין קשיי נשימה, בטיפול ובירור אצל רופאת ריאות, כעת מקבץ פרדניזון

הופנה לCT ריאות

לא חוסן, אלרגי לאגוזים, בוטנים- פעמיים שוק אנפילקטי, מסתובב עם EPIPEN

ירידה בזיכרון,

כאבי צוואר כרוניים, בלטי דיסקים, יש תור לCT

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

אבחנה  
CHRONIC POST-COVID-19 SYNDROME  
ALLERGIC REACTION UNS  
CERVICALGIA

מאפ מאפ הערה

הערות  
בתוקף עד - 03/01/2022  
בתוקף עד - 03/01/2022

בדיקות/הפניות  
התייעצות מומחה: אלרגולוגיה  
התייעצות מומחה: אורתופדיה - עמוד שדרה

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0135700

03/08/2021 17:39:53

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 46.1 מספר ביקור: 00175187682

שם רופא/ה: דר' מלצב אלה תחום הטיפול: רפואה פנימית

סיבת הפניה: בביקור בתאריך 07/07/2021 בשעה 18:31:21

החלים מקורונה

מחלה קשה

עדיין קשיי נשימה, בטיפול ובירור אצל רופאת ריאות, כעת מקבץ פרדניזון

הופנה לCT ריאות

לא חוסן, אלרגי לאגוזים, בוטנים- פעמיים שוק אנפילקטי, מסתובב עם EPIPEN

ירידה בזיכרון,

כאבי צוואר כרוניים, בלטי דיסקים, יש תור לCT

בביקור בתאריך 03/08/2021 בשעה 17:39:53

CT ריאות-

מספר תסנינים עדינים בתבנית "זכוכית מט" בשדות האמצעיים והתחתונים של הריאות.

שינויים פיברו-אטלקטיים מינימליים בבסיסים הקדמיים של הריאות.

שינויים ברוניאקטטיים טובולריים מינימליים באונות התחתונות.

נגע שומני בדופן התחתון של בתי החזה משמאל, בחלקו אקסטר-פולמוני - קרוב לוודאי

ליפומה. מומלצת קורלציה עם

בדיקה סונוגרפית, מעקב הדמיית

01/11/2021 12:00:19

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 46.4 מספר ביקור: 00183938632

שם רופא/ה: דר' מלצב אלה תחום הטיפול: רפואה פנימית

סיבת הפניה: אישור לרישיון נשק

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

הערה מאפ מאפ אבחנה  
FILL OUT FORMS

הערות הערות בדיקות/הפניות בדיקות מעבדה  
בתוקף עד - 30/01/2022

אופן השימוש רפ  $\lt Days \gt$  מינון תרופות  
לבליעה 1 טבלית 1 פעם ביום, (בוקר 1 <90 1 op 1 tab X 1 VECTOR 80MG X 28  
טבלית) לתקופה של 90 ימים.

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0135700

23/12/2021 20:28:41

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 46.6 מספר ביקור: 00189373264

שם רופא/ה: דר' מלצב אלה תחום הטיפול: רפואה פנימית

מקור המידע

בקשות מהאתר - בקשת המטופל

פירוט  
תאריך + שעת הזמנה : 23/12/2021 12:10:43 טל: 050-5071765  
שאלה כללית:

דוקטור יקרה חברת ביטוח הראל דורשת מכתב על התחלת תלונות כאבים בצוואר לצורך אישור טיפול בגלי רדיו. תחילת התלונות היו ב-12.2013 והחמרה מתאריך 2016 ועד היום על פי התיק הרפואי והם צריכים מכתב מרופא מטפל שיהיה כתוב בו התחלת תלונה על כאבי צוואר

בקשות מהאתר - מענה הרופא 23/12/2021 20:30:13

הטפסים הופקו לבקשתך.

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...  
סובל מכאבי צוואר כרוניים משנת 2013.  
משנת 2016 החמרה לאחר תאונת דרכים

גורם משלם: 41 וירטואלי טפסים

הערה מאפ מאפ אבחנה  
ELECTRONIC FORMS  
CERVICALGIA

אישור רפואי סוג האישור קוד מתאריך עד תאריך  
C00003

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0135700

05/01/2022 10:16:52

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 46.6 מספר ביקור: 00190720395

שם רופא/ה: דר' מלצב אלה תחום הטיפול: רפואה פנימית

סיבת הפניה: עשה בדיקת שינה- OSA, מומלץ על שימוש בCIPAP עייפות כרונית, קשיי נשימה כאבים בעקב שמאל מזה חודשיים רדימות יקצוץ בירך שמאל

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

לחץ דם 90 / 130

|             |     |     |             |    |     |             |      |
|-------------|-----|-----|-------------|----|-----|-------------|------|
| גובה        | 164 | ס"מ | משקל        | 74 | ק"ג | BMI         | 27.5 |
| שינוי בגובה | 0   | ס"מ | שינוי במשקל | 2  | ק"ג | שינוי ב BMI | 1    |

|                         |     |     |      |
|-------------------------|-----|-----|------|
| אבחנה                   | מאפ | מאפ | הערה |
| OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA |     |     |      |
| FOOT PAIN               |     |     |      |
| PARESTHESIA             |     | Lt  |      |

|                       |                                                   |       |
|-----------------------|---------------------------------------------------|-------|
| הערות                 | בדיקות/הפניות                                     | E.M.G |
| בתוקף עד - 04/07/2022 |                                                   |       |
| בתוקף עד - 04/07/2022 | מכון רנטגן: עקב שמאל צילום 1 קלקנאוס לטרל (דורבן) |       |

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

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0135700

27/01/2022 18:27:37

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 46.7 מספר ביקור: 00193833705

שם רופא/ה: דר' מלצב אלה תחום הטיפול: רפואה פנימית

מקור המידע בקשות מהאתר - בקשת המטופל

תאריך + שעת הזמנה : 27/01/2022 15:00:59 טל: 050-5071765

הערה לתרופות: ד"ר מלצב היקרה אני צריך מרשם ל- cpap כדי לרכוש אותו דרך קופת החולים

18:27:38 27/01/2022 בקשות מהאתר - מענה הרופא

היי, שחר. אני לא נותנת מרשם לCIPAP. התהליך דרך מרפאת שינה וחברות שמספקות.

סיבת הפניה: מענה לבקשה מאתר מכבי...

גורם משלם: 41 וירטואלי טפסים

אבחנה  
ELECTRONIC FORMS

מאפ מאפ הערה

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0135700

24/03/2022 10:10:32

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 46.9 מספר ביקור: 00199735476

שם רופא/ה: דר' מלצב אלה תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

סיבת הפניה: כאבי צוואר כרוניים, בלטי דיסקים  
ניסה את כל הטיפולים כולל תרופות, פיזיותרפיה, גלי רדיו, דיקור, הזרקות- ללא השפעה  
הומלץ על שימוש בקנביס רפואי  
אין לי התנגדות

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

אבחנה  
CERVICALGIA  
PAIN CHRONIC

מאפ מאפ הערה

סוג האישור  
אישור רפואי  
קוד  
C00003  
מתאריך  
עד תאריך

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0135700

14/06/2022 18:16:42

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 46.11 מספר ביקור: 00207498892

שם רופא/ה: דר' מלצב אלה תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

סיבת הפניה: כאבי צוואר וגב תחתון

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

אבחנה  
CERVICALGIA  
LOW BACK PAIN

מאפ מאפ הערה

הערות  
בתוקף עד - 11/12/2022

בדיקות/הפניות

אחות: זריקה תוך שרירית IM

| תרופות                  | מינון           | Rp <Days> | אופן השימוש                                                                           |
|-------------------------|-----------------|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| EPIPEN ADULT 0.3MG/0.3M | 1 pen X 1 -1 op | 1 <1>     | להזרקה 1 עט 1 פעם ביום, (בוקר 1 עט)<br>לתקופה של 1 ימים.                              |
| OMEPRADEx 40MG X 30     | 1 cap X 1 -1 op | 1 <30>    | לבליעה 1 כמסה 1 פעם ביום, (בוקר 1<br>כמסה) לתקופה של 30 ימים.<br>יש ליטול לפני הארוחה |

מוזמן למעקב: על פי צורך

! 0319900

21/11/2013 16:55:29 רישום ביקור אורטופד

גיל: 38.5

שם רופא/ה: אבידוב ליברמן  
תחום הטיפול: אורטופד

תלונות: ת.ד.  
נזק משמעותי לרכב ב 01/11/2013  
היה מאושפז בשיבא עבר FT בטן בגין חשד לסרעפות גבוהות - ב.מ..פ  
כאבי גב כתף ימין

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאים: הגבלה ניכרת בכתף חולשה וחריקות

ROTATOR CUFF SYND

אבחנה מאפ מאפ הערה

קוד בדיקות/הפניות  
CON92 מכון פיזיותרפיה  
99935 US איברים

קוד סוג האישור  
12/11/2013 מתאריך 02/11/2013 קוד C00001 אישור מחלה

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0319900

05/12/2013 18:25:12 רישום ביקור אורטופד

גיל: 38.5

שם רופא/ה: אבידוב ליברמן  
תחום הטיפול: אורטופד

תלונות: ביקור חוזר מתאריך: 21/11/2013  
ת.ד.  
נזק משמעותי לרכב ב 01/11/2013  
היה מאושפז בשיבא עבר FT בטן בגין חשד לסרעפות גבוהות - ב.מ..פ  
כאבי גב כתף ימין

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאים: ביקור חוזר מתאריך: 21/11/2013  
הגבלה ניכרת בכתף חולשה וחריקות

ROTATOR CUFF SYND

אבחנה מאפ מאפ הערה

קוד בדיקות/הפניות  
99942 מכון רנטגן

קוד סוג האישור  
03/12/2013 מתאריך 01/12/2013 קוד C00001 אישור מחלה