



אישור שליחת פקס

28 עמודים
4/9/2024 18:16

זיהוי מקבל
www.myfax.co.il זיהוי שולח

אל 03-6751934
מאת אריאל פרייברג



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

בפקס
מבלי לפגוע בזכויות

ספטמבר 04 2024
Office@freiberg-law.com

פרייברג רסקין
משרד עורכי דין

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד



לכבוד
המוסד לביטוח לאומי - סניף רמת גן
באמצעות פקס: 03-6751934

א.ג.ג. שלום רב,

הנדון: אלין מרציאנו (קטינה), ת.ז. 338987886
תביעה לגמלה לילד נכה

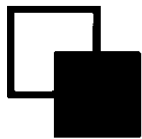
1. הריני מייצג את הורי הקטינה שבנדון והנני מתכבד לפנות כדלקמן:
2. מצ"ב טופס תביעה לגמלה לילד נכה בצירוף נספחים.
3. לעיונכם וטיפולכם המסור אודה.

בכבוד רב ובע"פ
אריאל פרייברג, עו"ד
פרייברג רסקין עורכי דין

Tel: 03-7412358 Fax: 077-3180983

דרך אבא הלל 7, בית סילבר, רמת גן 5252204

עמוד 1



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

**בפקס
מבלי לפגוע בזכויות**

ספטמבר 04 2024
Office@freiberg-law.com

פרייברג רסקין
משרד עורכי דין

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד

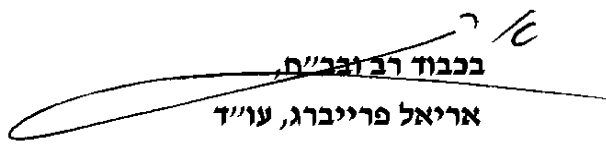


לכבוד
המוסד לביטוח לאומי - סניף רמת גן
באמצעות פקס: 03-6751934

א.ג.נ שלום רב,

הנדון: אלין מרציאנו (קטינה), ת.ז. 338987886
תביעה לגמלה לילד נכה

1. הריני מייצג את הורי הקטינה שבנדון והנני מתכבד לפנות כדלקמן:
2. מצ"ב טופס תביעה לגמלה לילד נכה בצירוף נספחים.
3. לעיונכם וטיפולכם המסור אודה.


בכבוד רב וזכ"ח,
אריאל פרייברג, עו"ד
פרייברג רסקין עורכי דין



תביעה לגמלה לילד/ה נכה

הגשת תביעה לילד נכה

כדי לייעל את הטיפול בתביעתך, יש למלא את התביעה על פי ההנחיות הרשומות בה, ולצרף את המסמכים הבאים:

- מסמכים רפואיים עדכניים על המצב הרפואי והתפקודי של הילד, כולל סיכומי מחלה מהשנה האחרונה, שבהם פירוט של הטיפולים הרפואיים.
- מסמכים נוספים בהתאם לליקוי או המחלה שממנה סובל הילד.
- אישור לימודים שימלא המוסד החינוכי (מעון יום, גן הילדים או בית הספר) ויחתום עליו - ראה נספח אישור על לימודים.

לידיעתך

- לאחר הגשת התביעה, במידת הצורך, יזומנו ההורים והילד לבדיקה בוועדה רפואית.
- באפשרותך לקבל שירותי ייעוץ והכנה לוועדה הרפואית ללא תשלום במרכז יד מכוונת. לקביעת פגישה יש להתקשר לטלפון 2496*.
- על פי החוק, הקצבה תאושר לכל היותר עבור 12 החודשים שקדמו להגשת התביעה.
- אם אתה מיוצג ע"י עורך דין, יש לבקש מעורך הדין להזין ייפוי כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס, יש לשלוח אלינו טופס בל73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

כיצד יש להגיש את התביעה

- את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:
 - למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי www.btl.gov.il, ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסניף המטפל.
 - למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
 - לשלוח בדואר, בפקס או בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.

➤ לשאלות ובירורים ניתן לפנות להתקשר למוקד 6050* או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות – ילד נכה
תביעת גמלה לילד נכה

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
מס' זהות / דרכון	סוג המסמך
דפים	

חותמת קבלה

פרטי הילד

1

שם משפחה

שם פרטי

מספר זהות

תאריך לידה

מרציאנו

אלין

ס"ב

שנה

שנה

יום

1	5	0	7	2	0	1	4
---	---	---	---	---	---	---	---

--	--	--	--	--	--	--	--

3	3	8	9	8	7	8	8	6
---	---	---	---	---	---	---	---	---

קופת החולים שבה מבוטח הילד כללית

כתובת

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב / תא דואר

מס' בית

דירה

יישוב

מיקוד

שדרות הבנים

21

3

אור יהודה

6026832

האם הילד שווה עכשיו או שהה בעבר במוסד / במשפחה אומנת / בפנימייה? ☒ לא

כן: ☐ במוסד / בפנימייה כתובת: _____

☐ במשפחה אומנת כתובת: _____

שהה מתאריך _____ עד תאריך _____ ומתאריך _____ עד תאריך _____

☐ עדיין שווה

האם הילד מיועד להיכנס למעון שיקומי? ☒ לא ☐ כן

פרטי מגיש התביעה

2

שם משפחה

שם פרטי

מספר זהות

מרציאנו

נטלי

ס"ב

קרבה אל הילד: ☒ הורה ☐ אח/אחות ☐ סב/סבתא ☐ אפוטרופוס (יש לצרף צו אפוטרופוסות) ☐ אחר _____

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☒ כן

הגוף המייצג או המסייע: ☒ עורך דין ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוונת ☐ בית חולים ☐ עמותה ☐ אחר _____

אם אתה מיוצג ע"י עורך דין, יש לבקש מעורך הדין להזין ייפוי כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס, יש לשלוח אלינו טופס בל73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

שם גורם מסייע

כתובת

טלפון

עו"ד אריאל פרייברג

אבא הלל 7 רמת גן

037412358

כתובת מגורים/מען למכתבים: ☒ עם הילד ☐ אחר, פרט: _____

רחוב / תא דואר

מס' בית

כניסה

דירה

יישוב

מיקוד

טלפון קווי

טלפון נייד

דואר אלקטרוני:

@

אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:

שם משפחה איש קשר

שם פרטי איש קשר

מס' זהות איש קשר

ס"ב

☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

פרטים על ילדים שבגינם משולמת קצבת ילד נכה

שם הילד	מספר זהות	שם הילד	מספר זהות
1	4		
2	5		
3	6		

פרטים על מצבו הרפואי של הילד

פרטי הליקוי הרפואי / המחלה	מסמכים נדרשים
ספקטרום אוטיסטי	☐ אבחון רפואי מפסיכיאטר ילדים ונוער או מנוירולוג או מרופא התפתחותי ☐ אבחון פסיכולוגי מפסיכולוג התפתחותי/קליני/ שיקומי/ חינוכי ובו שימוש במבחן פסיכולוגי מותאם לגיל הילד ☐ דוח המפרט את הכלי שבו בוצע האבחון (GARS,CARS,ADOS,PODIT,ADI,DSM-IV)
סכרת נעורים	☐ מידע מרופא אנדוקרינולוג או מומחה לטיפול בסכרת המטפל במחלקה בבית החולים ☐ אם הילד אושפז, יש לצרף מסמך סיכום אשפוז
ליקוי שמיעה / חירשות	☐ אודיגרמה – בדיקת שמיעה מעודכנת בהולכת אוויר ללא מכשירי שמיעה וטימפנוגרם אם נדרש
אפילפסיה	☐ סיכום מידע רפואי מנוירולוג או מרופא מטפל על סוג המחלה ומצב האיזון שלה, סוג ההתקפים ותדירותם ומידע על הטיפול הרפואי ☐ אם הילד אושפז, יש לצרף מסמך סיכום מחלה
ליקוי ראייה / עיוורון	☐ בדיקת ראייה מעודכנת מרופא עיניים מטפל לחדות ראייה בכל עין עם אמצעי עזר ☐ בדיקת ראייה מעודכנת מרופא עיניים מטפל לשדה ראייה בכל עין עם אמצעי עזר ☐ תעודת עיוור ממשדד הרווחה – השירות לעיוור
עיכוב התפתחותי	☐ דוח התפתחותי / רפואי מעודכן ☐ מסמך מעודכן על הטיפולים הפרא רפואיים (קלינאי תקשורת, פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק וכדומה)
סיוע בתקשורת	☐ אבחון מרופא התפתחותי ופסיכולוג מהמכון להתפתחות הילד, ובו פירוט רמת העיכוב (DQ) כולל הכלי בו נעשה השימוש (ג'יזל, מולן, ביילי, גרפיתס ודומיהם) ☐ דוח התפתחותי / רפואי מעודכן ☐ מסמך מעודכן על טיפולים פרא רפואיים (קלינאי תקשורת, פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק וכדומה)
אלרגיות מספר גורמים, בבירור	☐ מסמך רפואי ממומחה לאלרגיות על ההיסטוריה הרפואית, תכנית הטיפול והצורך במזרק אפינן. ☐ תוצאות מעודכנות, המעידות על רגישות יתר ניכרת (בדיקות עזר לאבחנת רגישות יתר מסוג תבחין עורי, מבחן תגר) ☐ תיעוד לתגובה אלרגית כולל מרכיב נשימתי או שוק אנפילקטי.
שיתוק מוחין/ CP	☐ דו"ח מהמכון להתפתחות הילד עם סיווג הרמה התפקודית לפי מבחן gmfcs+macs ☐ מסמך רפואי מנוירולוג.
☐ היעדר גף אחד ☐ חוסר תפקוד מלא בגף אחד ☐ העדר 2 גפיים ☐ ליקוי בשתי גפיים	☐ מסמך רפואי מרופא מומחה באורתופדיה ילדים, שיקום ילדים, נוירולוג ילדים, רופא התפתחותי. ☐ מסמך ממרפאות מקצועיות (ריפוי בעיסוק, פיזיותרפיה, טיפול רגשי, התפתחות הילד) – מומלץ עם פירוט הערכה סטנדרטית של הגף המעורב ☐ מסמך רפואי מעודכן על אודות המצב הרפואי והתפקודי של הילד, בציון ההיסטוריה הרפואית, סוג הטיפול שניתן, ותדירותו. ☐ דוח על מעקב במרפאות מומחים – פירוט תכנית הטיפולים בהמשך ☐ מסמך רפואי מנוירולוג (רק למי שסובל מליקוי בשתי גפיים)

המשך- פרטים על מצבו הרפואי של הילד

פרטי הליקוי הרפואי /

המחלה

טיפול רפואי

☐ דיאליזה

☐ צנתור

☐ עירוי דם

☐ הזנה/ האכלה

☐ חמצן

☐ ציטוטוקסיה

☐ אחר _____

☐ הפרעות נפשיות

מחלה/תסמונת

☐ תסמונת דאון

☐ דחף בלתי

נשלט לאכילה

☐ שברים

פתולוגים

☐ דלקות כרוניות

☐ מחלה ממארת

☐ אחר _____

☐ מוגבלות שכלית

מסמכים נדרשים

☐ מסמך רפואי מעודכן על אודות המצב הרפואי והתפקודי של הילד, בציון ההיסטוריה

הרפואית, סוג הטיפול שנתי, ותדירותו.

☐ דוח על מעקב במרפאות מומחים – פירוט תכנית הטיפולים בהמשך

☐ מסמך ממרפאה ופסיכיאטר מטפל, כולל תכנית טיפול

☐ מסמך רפואי מעודכן על אודות המצב הרפואי והתפקודי של הילד, בציון סוג

הטיפול שנתי, ותדירותו

☐ דוח על מעקב במרפאות מומחים

☐ אבחון של האגף לטיפול באדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית במשרד הרווחה

☐ אישור של ועדת השמה על הצורך בלימודים במסגרת מיוחדת

☐ מסמך עדכני מנוירולוג ילדים, או פסיכיאטר ילדים, או מרופא מומחה מוסמך

בטיפול בהפרעות קשב וריכוז

☐ דו"ח חינוכי עדכני מהמסגרת החינוכית המיוחדת בה הילד מתחנך

☐ אישור של ועדת השמה על הצורך בלימודים במסגרת מיוחדת

☐ אבחון מרופא מטפל הכולל אינדיקציה להנשמה, פירוט סוג המכונה ותאריך

התחלת הנשמה קבועה

ADHD-הפרעות קשב,

ריכוז והיפראקטיביות

קשה

מונשם

תלונות רפואיות

5

פרטים על פגיעה כתוצאה מתאונה ותביעה נגד צד שלישי

האם נכות הילד נגרמה כולה או חלקה כתוצאה מתאונת דרכים?

כן, תאריך התאונה _____ - חובה לענות על שאלה זו ☐ לא ☒

האם נכות הילד כולה או חלקה נגרמה כתוצאה מאירוע תאונתי אחר (רשלנות, נפילה בדרך מגובה, תקיפה, פגיעה מגורם אחר וכד')?
☐ לא ☒ כן, פרט _____ - חובה לענות על שאלה זו.

מקום אירוע התאונה ונסיבותיה: _____

נמסרה הודעה למשטרה?

☐ לא ☐ כן, לתחנת המשטרה ב _____ בתאריך _____ מס' התיק _____

האם הוגשה או עומדים להגיש תביעה לפיצוי נזיקין? ☐ לא ☐ כן, פרט _____

שם משפחה ושם פרטי של הנתבע _____ תאריך הגשת התביעה _____

פרטי עו"ד המייצג את הילד בתביעה (שם ושם המשרד) _____ עו"ד אריאל פרייברג

רחוב /תא דואר _____ מס' בית _____ דירה _____ כניסה _____ יישוב _____ מיקוד _____

רמת גן _____ 7 _____ אבא הלל _____

טלפון קווי _____ טלפון נייד _____ דואר אלקטרוני _____
office @freiberg-law.com 0 5 4 6 5 4 4 9 3 0 0 3 7 4 1 2 3 5 8

6

הסכמה לקביעה בידי רופא ללא נוכחות. נא לחתום למטה אם אתה מעוניין שהנכות הרפואית תיקבע לפי מסמכים בלבד

אני מסכים בזה שרופא יקבע את הליקויים הרפואיים של הילד לפי מסמכים בלבד, ובלי לזמן את ילדי לבדיקה רפואית. ידוע לי, שלמרות הסכמתי זו יהיה על הילד להתייצב לבדיקה אם הרופא ידרוש זאת.

לתשומת לבכם: אם ילדכם ייבדק באמצעות מסמכים וללא נוכחותו, לא ניתן יהיה לבדוק אותו לעניין "תלות לחלוטין" (בדיקה פיזית הבוחנת את מידת התלות בעזרת הזולת, בביצוע פעולות יומיום (אכילה, נידות בתוך הבית, הלבשה, רחצה, היגיינה אישית)). מי שנקבע לו כי הוא תלוי לחלוטין בעזרת הזולת בביצוע פעולות היומיום, זכאי לקצבה בשיעור 188%.

חתימת התובע *

פרטי חשבון הבנק של התובעת/ת

7

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:
שמות בעלי החשבון

שם הבנק שם הסניף / כתובתו מס' סניף מספר חשבון

אני השותף לחשבון הבנק של ת"ז _____ שם _____ מתחייב להשתמש
בכספי התביעה שיופקו לחשבון, בעבור הילד שבגינו מוגשת התביעה.
אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיופי הכוח בחשבון ולדאוג
להחתימים על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי
השותפים ומיופי הכוח, במהלך תקופת הזכאות ולאחריה.
אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום
אשר כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.

תאריך _____ חתימת מקבל הגמלה _____ חתימה/חתימות השותפים לחשבון _____

הצהרה

8

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה נכונים ומלאים.
ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או בידועין
למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.
ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על
יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.
ידוע לי, כי הביטוח הלאומי מעביר מידע על מקבלי קצבת ילד נכה לגורמי ממשל, בהתאם לסמכותם בחוק ולצורך מיצוי
זכויות.

אני מסכים בזאת להעביר מידע למשרד הרווחה – השירות לעיוור – במידה וייקבע ליקוי ראייה.

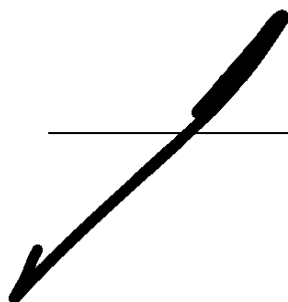
ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי.
במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

אני מסכים לוועדה בוודאו צ'אט ☐ כן ☐ לא.

☐ אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותיי לגורמים נותני ההטבות.

תאריך 6/8/24

חתימת מגיש התביעה



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות - ילד נכה



טופס זה ימלא הגורם החינוכי ויחתום עליו בעבר ילדים מגיל 3 ומעלה שימו לב, יש למלא את הטופס לשנת הלימודים הנוכחית.

[illegible]

פרטים על הילד והמשפחה

התקפים

אופי ההתקף הרפואי ☐ אפילפסיה ☒ אסטמה ☐ אחר פרט

האם הילד קיבל במסגרת החינוכית התקפים כלשהם? ☐ לא ☒ כן, מהי תדירות ההתקפים? לעיתים
 מתי היה ההתקף האחרון? ב-12/12/2024
 תיאור אופי ההתקף (כולל משך זמן ממוצע להתקף)

קוצר נשימה, שחרור צרכים, קיבולת אכול מוקטנת

האם הילד מרגיש, כי ההתקף קרוב? ☐ לא ☒ כן כיצד מתנהג, תאר את התופעות לאחר ההתקף

הוא נשאר שותה צינור בקבול אכול מוגבל

אם ההתקף הנפשי ☐ חרדה ☒ אחר פרט

האם הילד קיבל במסגרת החינוכית התקפים כלשהם? ☐ לא ☒ כן, מהי תדירות ההתקפים? לעיתים מוקדמת

מתי היה ההתקף האחרון? ב-12/12/2024

תיאור אופי ההתקף (כולל משך זמן ממוצע להתקף)

התקף של ישיבה על הרצפה

האם הילד מרגיש, כי ההתקף קרוב? ☐ לא ☒ כן כיצד מתנהג

תאר את התופעות לאחר ההתקף חנק, שיעול, ארוב, פריחה, נשימה

תאר את התנהגות הילד (קשב וריכוז, באיזו מידה הוא ממושמע, באיזו מידה הוא יודע לקבל גבולות, הקשר עם בני גילו, הקשר עם הסביבה)

ההתנהגות של אדם מאוחד בלבד

בית הספר

מדינת ישראל

אור יהודה

תאריך 31/12/24 שם המוסד החינוכי וחותמת *

שם ממלא הטופס ותפקידו



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות – ילד נכה



כתב ויתור על סודיות רפואית

שם הגמלה: ילד נכה

פרטים אישיים

קוד גמלה	מספר זהות/דרכון	תאריך תביעה
30	3 3 8 9 8 7 8 8 6	0 6 0 8 2 0 2 4
		יום חודש שנה
שם משפחה	מרציאנו	שם פרטי
		אלין

חבר בקופת חולים

☐ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר _____

הצהרה

אני _____ נטלי מרציאנו הח"מ, מספר זהות 201388634

יחס קרבה לרשום מטה: ☒ הורה ☐ אפוטרופוס ☐ אחר _____

מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלה, למצב הרפואי, לטיפול שניתן, תוצאותיו, מידע על סידור במסגרת חוץ ביתית או כל מידע אחר שיידרשו או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי על אודות המבוטח.

תאריך 06/08/2024 חתימת מגיש התביעה x _____

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
רחוב	מס'	עיר	מיקוד
טלפון			

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

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

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

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

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

חלק ב'

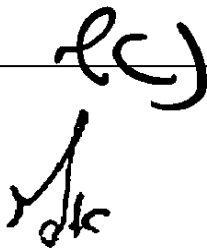
שם קופ"ח: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____

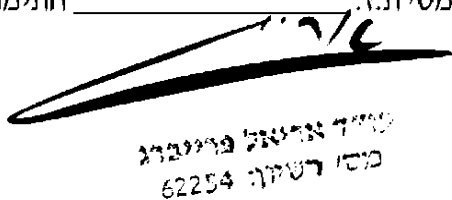
רופאים: _____
מכונים, מעבדות: _____
1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

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

במקרה של קטין: שם האב _____ נטלי מרציאנו ת.ז. 201388634 שם האב אלעד מרציאנו ת.ז. 204728166

תאריך: 30/7/24 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ עו"ד אריאל פרייברג חתימה: X _____




עו"ד אריאל פרייברג
מס' רשיון: 62254

י פ ו י כ ח

אלעד ונטלי מרציאנו

אני הח"מ, _____, מס' 201388634;204728166, מרחוב _____ הבנים 21, אור יהודה _____, ת.ז. _____, ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או _____ להיות באי כוחי במשפט של _____ נגד _____ בענין תאונת דרכים מיום _____ מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

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

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

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

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

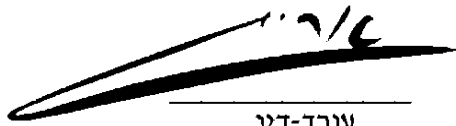
ולראיה באתי על החתום

היום 29 לחודש 7 שנה 2024



חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל



עורך-דין

עו"ד אריאל פריינברג
מס' רשיון: 62254

דו"ח רפואי (צוות ALS)

תאריך: 24/07/2024
ארוע: 6493

מספר טופס: 17837680

פרטים אישיים של המטופל:

ת.ז.: 338987886
שם משפחה: מרציאנו
שם פרטי: אלן
מין: נקבה
תאריך לידה: 15/07/2014
גיל: 10
כתובת: אור יהודה, שד הבנים, 21
מקור זיהוי: תעודה
קופת חולים: כללית
נייד: 0542081232
כתובת האירוע כפי שנמסר ביומן מוקד: אור יהודה, הבנים, קוד כניסה #6969, 21, ק - 1, ד - 3

פרטי אפוסטרופוס:

ת.ז.: 204728166
שם פרטי: נטלי
שם משפחה: מרציאנו

אנמנזה:

תלונה עיקרית: Allergic Reaction

מחלה נוכחית: בת 10, מחוסנת לפי גיל, מתגוררת עם משפחתה באור יהודה.
ברקע - טריאדה אטופית, אלרגיה (אנאפילקסיס) לאבק, עובש, עץ ברוש, עץ זית ודשא. מטופלת פומית ובמשאפים.

פנתה עקב תגובה אלרגית.
האם מספרת כי כחצי שעה טרם פנייתה החל גרד בגפיים תחתונות ולאחר מכן הופיעה פריחה בגפיים ואנגיואדמה סביב הפה. תגובות אלרגיות בעבר התבטאו אחרת, כאשר נחשפה לאבק, בצורת קשיי נשימה. לציין כי כעת בבדיקה האם מתרשמת כי יותר צרודה מדרך כלל. היום ללא חשד לחשיפה ספציפית לאלרגן מהמתוארים לעיל או חדש.
פרט לכך ללא חולים בבית, ללא טראומה או מחלת חום ריצנטית.

בבדיקה: מצב כללי טוב, נינוחה, עירנית, קוהרנטית, ללא סימני מצוקה קליניים.
ס"ח - לח"ד 100/80, דופק 120, סט' 96% בא"ח, RR - 20, חום 37.2 PO.
לוע - ללא אנגיואדמה, ללא סטרידור.
ריאות - כניסת אוויר טובה ושווה דו"צ.
עור - אורטיקריה בגפיים תחתונות, אנגיואדמה סביב השפתיים, ללא כח"צ, ללא הזעה.

לסיכום תגובה אלרגית עורית לאלרגן לא ידוע.
כעת במצב יציב, ללא צורך בהתערבות.
פונתה במצב יציב למלר"ד ילדים, ללא דינמיקה.

היסטוריה רפואית:

מחלות עבר: כמפורט

מחלות זיהומיות: לא ידוע
תרופות: ללא מידע רפואי זמין
רגישויות: כמפורט

בדיקות כלליות

19:10	בדיקות
ללא בחילות	הקאות
נשים	נשימות
20	קצב נשימה
סדיר	דופק
120	דופק לדקה
מלאה A	הכרה
תקין	עור ורירית
0	סרגל כאב
	בדיקות נוירולוגיות
חיוך סימטרי	פנים
תקין	כח גס
תקין	דיבור
15	שקלול GCS
12	RTS

בדיקות עזר

19:10	בדיקות
נקי	ריאה שמאלית
נקי	ריאה ימנית
96	SPO2 באוויר החדר
100/80	לחץ דם
37.200	חום גוף
PO	דרך בדיקה

אבחנה משוערת: רגישות יתר / אלרגיה

טיפול

19:10	בדיקות
חיבור למוניטור	טיפולים שניתנו

תרופות

פרטים נוספים

סטטוס מטופל: קל

המבקש: חולה עצמו

המסייעים: צוות רפואי אחר, כונן מד"א

מקום האירוע: הבניין לקוד כניסה #6969 21 קומה 1 דירה 3 - קוד כניסה #6969 אור יהודה

קוד מבצעי: 94

סטטוס המטופל בסיום האירוע

הכרה: מלאה A

נשימה ספונטנית: נושם

יעד פינני

יעד: בית חולים

שם בית החולים: שיבא-תל השומר

מחלקה: מלר"ד ילדים

נמסר ל: אחות טריאז

זמנים

קבלה 19:00 : יציאה 19:00 : הגעה 19:07 : מפנה 19:14 : ביעד 19:25 :

אנשי צוות

שם פראמדיק : דוד שרמן מספר 3718 חתימה : _____

דו"ח רפואי (צוות ALS)

תאריך: 24/07/2024
ארוע: 6493

מספר טופס: 17837680

פרטים אישיים של המטופל:

ת.ז: 338987886
שם משפחה: מרציאנו
שם פרטי: אלן
מין: נקבה
תאריך לידה: 15/07/2014
גיל: 10
כתובת: אור יהודה, שד הבנים, 21
מקור זיהוי: תעודה
קופת חולים: כללית
נייד: 0542081232
כתובת האירוע כפי שנמסר ביומן מוקד: אור יהודה, הבנים, קוד כניסה #6969, 21, ק - 1, ד - 3

פרטי אפטרופוס:

ת.ז: 204728166
שם פרטי: נטלי
שם משפחה: מרציאנו

אנמנזה:

תלונה עיקרית: Allergic Reaction

מחלה נוכחית: בת 10, מחוסנת לפי גיל, מתגוררת עם משפחתה באור יהודה.
ברקע - טריאדה אטופית, אלרגיה (אנאפילקסיס) לאבק, עובש, עץ ברוש, עץ זית ודשא. מטופלת פומית ובמשאפים.

פנתה עקב תגובה אלרגית.
האם מספרת כי כחצי שעה טרם פנייתה החל גרד בגפיים תחתונות ולאחר מכן הופיעה פריחה בגפיים ואנגיואדמה סביב הפה. תגובות אלרגיות בעבר התבטאו אחרת, כאשר נחשפה לאבק, בצורת קשיי נשימה. לציין כי כעת בבדיקה האם מתרשמת כי יותר צרודה מבדרך כלל. היום ללא חשד לחשיפה ספציפית לאלרגן מהמתוארים לעיל או חדש. פרט לכך ללא חולים בבית, ללא טראומה או מחלת חום ריצנטית.

בבדיקה: מצב כללי טוב, נינוחה, עירנית, קוהרנטית, ללא סימני מצוקה קליניים.
ס"ח - לח"ד 100/80, דופק 120, סט' 96% בא"ח, RR - 20, חום 37.2 PO.
לוע - ללא אנגיואדמה, ללא סטרידור.
ריאות - כניסת אוויר טובה ושווה דו"צ.
עור - אורטיקריה בגפיים תחתונות, אנגיואדמה סביב השפתיים, ללא כח"צ, ללא הזעה.

לסיכום תגובה אלרגית עורית לאלרגן לא ידוע.
כעת במצב יציב, ללא צורך בהתערבות.
פונתה במצב יציב למלר"ד ילדים, ללא דינמיקה.

היסטוריה רפואית:

מחלות עבר: כמפורט

מחלות זיהומיות: לא ידוע
תרופות: ללא מידע רפואי זמין
רגישויות: כמפורט

בדיקות כלליות

19:10	בדיקות
ללא בחילות	הקאות
נושם	נשימות
20	קצב נשימה
סדיר	דופק
120	דופק לדקה
מלאה A	הכרה
תקין	עור ורירית
0	סרגל כאב
	בדיקות נירולוגיות
חיוך סימטרי	פנים
תקין	כח גס
תקין	דיבור
15	שקלול GCS
12	RTS

בדיקות עזר

19:10	בדיקות
נקי	ריאה שמאלית
נקי	ריאה ימנית
96	SPO2 באוויר החדר
100/80	לחץ דם
37.200	חום גוף
PO	דרך בדיקה

אבחנה משוערת: רגישות יתר / אלרגיה

טיפול

19:10	בדיקות
חיבור למוניטור	טיפולים שניתנו

תרופות

פרטים נוספים

סטטוס מטופל: קל

המבקש : חולה עצמו

המסייעים: צוות רפואי אחר, כונן מד"א

מקום האירוע : הבנין לקוד כניסה #6969 21 קומה 1 דירה 3 - קוד כניסה #6969 אור יהודה

קוד מבצעי: 94

סטטוס המטופל בסיום האירוע

הכרה: מלאה A

נשימה ספונטנית: נושם

יעד פיגוי

יעד: בית חולים

שם בית החולים: שיבא-תל השומר

מחלקה: מלר"ד ילדים

נמסר ל: אחות טריאז

זמנים

קבלה 19:00 : יציאה 19:00 : הגעה 19:07 : מפנה 19:14 : ביעד 19:25 :

אנשי צוות

שם פראמדיק : דוד שרמן מספר 3718 חתימה : _____

מנהל בית החולים לילדים : פרופ' פסח איתי

מיון ילדים

מנהל/ת : דר' פלדמן אורן מ.ר. 37383	טלפון : 03-5302888
אח/ות אחראי/ת : גב' אורנה צרויה	פקס : 03-5302945
דוא"ל : m.yeladim@sheba.health.gov.il	

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה

שם משפחה: מרציאנו	שם פרטי: אליון	ת"ז: 338987886
גיל: 10	מין: נקבה	טלפון ביד: 0542081232
תאריך ביקור: 19:29 24/07/2024	מספר ביקור: 00600224072024	קופת חולים: כללית
כתובת: שד הבנים 21 אור יהודה 6026832		

אבחנות

- Anaphylaxis [anaphylactic] (995.0)

תלונה עקרית
פריחה מיום פנייתה
תרופות קבועות

DESLOTRADINE 0.5mg/ml syrup p.o	10 cc(ml)	1 X 1	ביום
FLUTICASONE 27.5 mcg/dose nasal spray (Avamys) i.nasal	2 puff	2 X 2	ביום
FLUTIFORM inhaler (Fluticasone 125 mcg + Formoterol 5 mcg/dose) suspension for inh inh	2 puff	2 X 2	ביום

לא ידועה רגישות לתרופות
רגישות אחרת

שם החומר	תאריך רשום	תגובה	הערות
אחר	24/07/2024	פריחה	אבק ועובש, עץ בראש, זית, דשא ואבקנים
כלכלה			
רגילה			

לא ידוע על מחלות במשפחה

תחלואה נילוות

- ASTHMA (493.90)
- Allergic rhinitis [allergy] (477.9)

מחלה נוכחית

בת 10 שנים, רקע אטופי עשיר- אסתמה, אלרגיה לאירו-אלרגניים (אבקנים, עובש, קרדית אבק, דשא, עץ ברוש וזית) ונזלת

אלרגית, מחוסנת כפי גילה, התפתחות תקינה, מטופלת באופן קבוע בפלוטיפורם, דסלורטדין, Avamis, לא ידוע על רגישות. במעקב רב תחומי במוסדנו (ריאות- ד"ר בת, אלרגיה- ד"ר כידון).

ביום פנייתה- בשעות אחה"צ, פריחה מורחמת וגרד, מתפשטת, לרבות איזור פרי-אוראלי; תחושת שריפה. שיעול יבש (במצבה הבסיסי), צרידות חדשה
ללא כאבי בטן, ללא בחילות והקאות, ללא תחושת פרה-סינקופה.

מדדים

תאריך ושעה	חום	דופק	לחץ דם	משקל (קג)	סטורציה
20:19 24/07/2024		121			95
19:36 24/07/2024		127	125 / 82	51	96
19:35 24/07/2024	36.8				

בדיקה גופנית

מצב כללי: טוב, נינוחה, יציבה המודינמית ונשימתית, ללא כח"צ

מצב הכרה: מלאה סימני גירוי מנגינאלי: ללא

סימני מצוקה נשימתית: ללא

סימני דהידרציה: ללא

עור: פריחה אורטיקריאלית בבית חזה עליון, גפים עליונות, כתפיים

לב: קולות סדירים, ללא אוושות

ריאות: כניסת אוויר שווה וטובה ד"צ, צפצופים דיפוזיים בשדות ריאה עליונים ד"צ (בהאזנה קדמית)

בטן: רכה ולא רגישה

ב. נירולוגית: גסה תקינה

סיכום רופא

בת 10 שנים, רקע אטופי עשיר.

התקבלה בתמונה של תגובה אנאפילקטית המערבת עור (אורטיקריה), מערכת הנשימה (צרידות, צפצופים).

בקבלתה במצב כללי טוב

סימנים חיוניים תקינים למעט טכיקרדיה

בדיקתה הגופנית כמתואר; פריחה אורטיקריאלית המתפשטת במהלך שהייתה במלר"ד.

< טופלה באדרנלין IM (במינון 0.5 מ"ג), לורטדין, דקסמתזון (10 מ"ג), עם הטבה משמעותית במצבה.

משתחררת כעת לביתה במצב כללי טוב עם ההמלצות הבאות:

המלצות

המלצה: • ילדכם עבר תגובה אלרגית חריפה וקיצונית שהינה מסכנת חיים

- יש להמשיך מעקב אלרגולוג ילשים בקופת חולים, על מנת לבצע בירור מקיף לצורך אבחון הגורם לתגובה. • מצורף מרשם למזרק אדרנלין (אפיפן) אותו עליכם לשאת תמיד, בנוסף מומלץ להצטייד בצמיד רפואי • בהופעת סימני התקף- קוצר נשימה, צפצופים, מחנק בגרון, פריחה, גרד, הסמקה, הקאות, צרידות, שינוי דופק, בלבול, ירידה פתאומית בלחץ דם יש לזהות את הסימנים הראשונים ולפעול במהירות. • יש ליידע אנשים בסביבת הילד, להזהיק שירותי חירום (מד"א 101), ולהזריק אדרנלין ללא דיחוי במזרק האישי האוטומטי

****המשך טיפול בדסלורטדין (טיפול תרופתי קבוע)****

תרופות מומלצות

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מימן	אופן מתן	שם התרופה
✓	רק במקרה של אנאפילקסיס!!!!			30 ימים	ביום 2 X 1	0.3 mg	IM	EPIPEN auto-injector 0.3mg/0.3ml (ADRENALINE/ EPINEPHRINE)

לא נדרש מילוי טופס MDS-ED

כל ביקור במיון חייב בתשלום



Tal Golan

Lagim

נחתם ע"י: דר' גולן-לגזיאל טל מ.ר. 1163902

תעודה זו ניתנת על ידי לשם הגשתה כראיה לבית משפט. והריני מצהיר בזאת כי ידוע לי היטב כי תעודה זו כשהיא חתומה על ידי כדין עדות בשבועה שנותנת בבית המשפט. בדבר עדות שקר בשבועה, בבית משפט. דין תעודה זו כשהיא חתומה על ידי כדין עדות בשבועה שנותנת בבית המשפט.

על פי הנחיות משרד הבריאות, בתום הביקור במחלקה לרפואה דחופה או במחלקה אחרת בבית החולים, המטופל יחזור להמשך טיפול אצל רופא בקופת חולים.

במידה והופנית להמשך טיפול במרפאות החוץ או במכוני שיבא, קבע תור בטלפון 03-5303030. תוצאות בדיקות שבוצעו בשיבא יימסרו דרך שיבא ישיר/שיבא קונקט" או דרך הרופא המטפל. לא יימסרו תשובות בטלפון או בפקס.

להצטרפות חנינם לשיבא ישיר/שיבא קונקט יש לפנות לצוות במחלקה או במרפאות בית החולים.

במידה ועברת בדיקת C.T, ניתן להזמין העתק של הבדיקה במכון הדימות בעלות של 52 ₪ זמני הקבלה במכון הדימות, ימים א-ה בין השעות 08:00-14:30 או בטלפון 03-5302656

במידה ומגיע נציג מטעמו של הנבדק יש להצטייד ביופיו כוח+ ת.ז.

כל ביקור במלר"ד כרוך בתשלום או בטופס התחייבות מקופת חולים.

באם הגעת למלר"ד עקב תאונת עבודה, נא לגשת לפקידת הקבלה להחתמת הטופס עבור ביטוח לאומי

דע את זכויותיך! הנך זכאי לקצבה מהמוסד לביטוח לאומי בשלושת המצבים הבאים:

פגיעה כתוצאה מתאונה אישית, פגיעה כתוצאה מתאונת עבודה, אשפוז או מחלה מעל ל- 90 יום כשהינך מוגבל כתוצאה ממחלתך הקשורה לאשפוז זה.

מוצע שתבדוק את זכויותיך באתר האינטרנט של הביטוח הלאומי, באתר ניתן להוריד טופס תביעה לכל הקצבאות ולשלוח באמצעות האתר, בדואר או להגיש בסניף הביטוח הלאומי <http://www.btl.gov.il>

אם במהלך הברור והטיפול בך נלקחה ממך ביופסיה עליך להתקשר למכירות המחלקה לאחר 4 שבועות ממועד לקיחת הביופסיה, על מנת לברר תשובת הפתולוגיה.

כל ביקור במלר"ד כרוך בתשלום או בטופס התחייבות מקופת חולים.

הצטרף לשיבא connect-כרטיס חכם לבריאות להצטרפות חנינם לשירותי שיבא אונליין פנה לצוות במחלקות השונות או במרפאות בבית החולים

דע את זכויותיך! הנך זכאי לקצבה מהמוסד לביטוח לאומי בשלושת המצבים הבאים:

פגיעה כתוצאה מתאונה אישית, פגיעה כתוצאה מתאונת עבודה, אשפוז או מחלה מעל ל- 90 יום כשהינך מוגבל כתוצאה ממחלתך

הקשורה לאשפוז זה. מוצע שתבדוק את זכויותיך באתר האינטרנט של הביטוח הלאומי <http://www.btl.gov.il>

באתר ניתן להוריד טופס תביעה לכל הקצבאות ולשלוח באמצעות האתר או בדואר או להגיש בסניף הביטוח הלאומי.

ניתן לקבל סיוע בבדיקת זכאות לגמלאות נכות וסיעוד דרך פניה בקישור <https://www.sheba.co.il/מחלקה-ראשונה>

שירות-בדיקת-זכאות-לקצבה

זמן הדפסה: 01:00 25/07/2024

מנהל בית החולים לילדים : פרופ' פסח איתי

מיון ילדים

מנהל/ת : דר' פלדמן אורן מ.ר. 37383	טלפון : 03-5302888
אח/ות אחראי/ת : גב' אורנה צרויה	פקס : 03-5302945
דוא"ל : m.yeladim@sheba.health.gov.il	

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה

שם משפחה: מרציאנו	שם פרטי: אלין	ת"ז: 338987886
גיל: 10	מין: נקבה	טלפון נייד: 0542081232
תאריך ביקור: 04:24 26/07/2024	מספר ביקור: 00120226072024	קופת תולים: כללית
כתובת: שד הבנים 21 אור יהודה 6026832		

אבחנות

- Urticaria (708.9)

תלונה נקראת

אורטיקריה

תרופות קבועות

DESLOTRADINE 0.5mg/ml
syrup p.o

10 cc(ml) 1 X 1 ביום

FLUTICASONC 27.5 mcg/dose
nasal spray (Avamys) i.nasal

2 puff 2 X 2 ביום

FLUTIFORM inhaler (Fluticasone
125 mcg + Formoterol 5 mcg/dose)
suspension for inh

2 puff 2 X 2 ביום

לא ידועה רגישות לתרופות

רגישות אחרת

שם החומר	תאריך רשום	תגובה	הערות
אחר	24/07/2024	פריחה	אבק ועובש, עץ בראש, זית, דשא ואבקנים

כלכלה

רגילה

לא ידוע על מחלות במשפחה

תחלואה נילוות

- ASTHMA (493.90)
- Allergic rhinitis [allergy] (477.9)

מחלה נוכחית

בת 10 שנים, רקע אטופי עשיר- אסתמה, אלרגיה לאיח-אלרגניים (אבקנים, עובש, קרדית אבק, דשא, עץ ברוש חזית) ומלת

אלרגית, מחוסנת כפי גילה, התפתחות תקינה, מטופלת באופן קבוע בפלופורם, דסלורטין, Avamis, במעקב רב תחומי במוסדנו (ריאות- ד"ר בת, אלרגיה- ד"ר כידון).

לפני כחודש הפסיקה את הטיפול הקבוע באריוס. מאז התקפים מרובים יותר של קוצר נשימה וכעת התקפי אורטיקריה

הובאה אמש למוסדנו ע"י מד"א עם חשד לאנפילקסיס- תמונה של אורטיקריה וקוצר נשימה ספונטני ללא חשיפה לאלרגן ברור טופלה כאנפילקסיס, עם אפיפן, לדברי האב ללא הטבה מיידית לאחר מכן גם טיפול בדקסקורט ואנטיהיסטימינים תוך 3 שעות שיפור במצבה

כעת התעוררה באמצע הלילה עם התקף אורטיקריה, בנוסף התלוננה לאם על קוצר נשימה טופלה בבית על ידי אימה במשאפים והגיעה נינוחה נשימתית למלר"ד

מדדים

תאריך ושעה	חום	דופק	לחץ דם	משקל (ק"ג)	סטורציה
04:30 26/07/2024	36.5	88	96 / 62	51	97

בדיקה גופנית

מצב כללי: טוב, נינוחה, יציבה המודינמית ונשימתית, ללא כח"צ

מצב הכרה: עירנית וחיונית סימני גירוי מנגינאלי: ללא

סימני מצוקה נשימתית: ללא מצוקה נשימתית

סימני דהידרציה: ללא סימני צחיחות

טונוס: תקין מצב תזונתי: טוב

עור: אורטיקריה ביריכים בבטן

לוע: תקין

בית חזה: תקין

לב: קולות סדירים, ללא אוושות

ריאות: כניסת אוויר שווה וטובה דו"צ ללא חרחורים או צפצופים

בטן: רכה

ב. נירולוגית: גסה תקינה

סיכום רופא

בת 10 שנים, רקע אטופי עשיר- אסתמה, אלרגיה לאירו-אלרגניים (אבקנים, עובש, קרדית אבק, דשא, עץ ברוש חזית) ונזלת אלרגית, מחוסנת כפי גילה, התפתחות תקינה, מטופלת באופן קבוע בפלופורם, דסלורטין, Avamis, במעקב רב תחומי במוסדנו (ריאות- ד"ר בת, אלרגיה- ד"ר כידון).

לפני כחודש הפסיקה את הטיפול הקבוע באריוס. מאז התקפים מרובים יותר של קוצר נשימה וכעת התקפי אורטיקריה

שוחררה אמש ממוסדנו עם תמונה של אורטיקריה וקוצר נשימה ספונטני ללא חשיפה לאלרגן ברור טופלה כאנפילקסיס, עם אפיפן, לדברי האב ללא הטבה מיידית לאחר מכן גם טיפול בדקסקורט ואנטיהיסטימינים תוך 3 שעות שיפור במצבה

כעת התעוררה באמצע הלילה עם התקף אורטיקריה, בנוסף התלוננה לאם על קוצר נשימה טופלה בבית על ידי אימה במשאפים והגיעה נינוחה נשימתית למלר"ד

במלר"ד מדדים תקינים סטורציה תקינה בקבלתה בבדיקתה נינוחה בא"ח ללא טאכיפניאה או דיספניה כניסת אוויר שווה וטובה דו"צ ללא צפצופים על העור פריחה אורטיקרית בבטן וביריכים בעיקר

במלר"ד טופלה בדקסקורט 12 מ"ג ולורטדין 10 מ"ג בנוסף בהמשך טופלה בוונטולין קבוע שלה.

קיימת אבחנה מבדלת לאורטיקריה כעת, 1. אלרגיה 2. תגובה למחלה זיהומית 3. אורטיקריה אטואימונית משתחררת במצב כללי טוב להמשך הערכה של מרפאת אלרגיה אימונולוגיה

המלצות

המלצה: -מעקב רופא מטפל מחר

המשך טיפול באריוס 10 מ"ל פעמיים ביום למשך 5 ימים
 • יש להמשיך מעקב אלרגולוגי אימונולוגי במוסדינו, על מנת לבצע בירור מקיף לצורך אבחון הגורם לתגובה.
 • בהופעת סימני התקף- קוצר נשימה, צפצופים, מחנק בגרון, פריחה, גרד, הסמקה, הקאות, צרידות, שינויי דופק, בלבול, ירידה פתאומית בלחץ דם יש לזהות את הסימנים הראשונים ולפעול במהירות.
 • יש ליידע אנשים בסביבת הילד, להזעיק שירותי חירום (מד"א 101), ולהזריק אדרנלין ללא דיחוי במזרק האישי האוטומטי

מוזמן לביקורת:

ביחידה: היחידה לאלרגיה ואימונולוגיה קלינית. בעוד 1 שבועות.

תרופות מומלצות

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓				5 ימים	ביום 1 X 2	5 mg	P.O	DESLORATADINE 0.5mg/ml syrup (Desloratadine)

טופס MDS-ED

לא נדרש מילוי טופס MDS-ED

כל ביקור במיון חייב בתשלום

Bar Gindi
Reiss

נחתם ע"י: גינדי רייז בר מ.ר. 164233

תעודה זו ניתנת על ידי לשם הגשתה כראיה לבית משפט. והריני מצהיר בזאת כי ידוע לי היטב כי תעודה זו כשהיא חתומה על ידי כדין עדות בשבועה שנתנה בצטט המשפט.
 בדבר עדות שקר בשבועה, בבית משפט. דין תעודה זו כשהיא חתומה על ידי כדין עדות בשבועה שנתנה בצטט המשפט.

על פי הנחיות משרד הבריאות, בתום הביקור במחלקה לרפואה דחופה או במחלקה אחרת בבית החולים, המטופל יחזור להמשך טיפול אצל רופאו בקופת חולים.

במידה והופנית להמשך טיפול במרפאות החוץ או במכוני שיבא, קבע תור בטלפון 03-5303030.
 תוצאות בדיקות שבוצעו בשיבא יימסרו דרך שיבא ישיר/ שיבא קונקט" או דרך הרופא המטפל.
 לא יימסרו תשובות בטלפון או בפקס.
 להצטרפות חינום לשיבא ישיר/שיבא קונקט יש לפנות לצוות במחלקה או במרפאות בית החולים.

במידה ועברת בדיקת C.T, ניתן להזמין העתק של הבדיקה במכון הדימות בעלות של 52 ₪
 זמני הקבלה במכון הדימות, ימים א-ה בין השעות 08:00-14:30 או בטלפון 03-5302656
 במידה ומגיע נציג מטעמו של הנבדק יש להצטייד בייפוי כוח+ ת.ז.
 כל ביקור במלר"ד כרוך בתשלום או בטופס התחייבות מקופת חולים.
 באם הגעת למלר"ד עקב תאונת עבודה, נא לגשת לפקידת הקבלה להחתמת הטופס עבור ביטוח לאומי

דע את זכויותיך! הנך זכאי לקצבה מהמוסד לביטוח לאומי בשלושת המצבים הבאים:
 פגיעה כתוצאה מתאונה אישית, פגיעה כתוצאה מתאונת עבודה, אשפוז או מחלה מעל ל- 90 יום כשהינך מוגבל כתוצאה ממחלתך הקשורה לאשפוז זה.
 מוצע שתבדוק את זכויותיך באתר האינטרנט של הביטוח הלאומי, באתר ניתן להוריד טופס תביעה לכל הקצבאות ולשלוח באמצעות האתר, בדואר או להגיש בסניף הביטוח הלאומי <http://www.btl.gov.il>

אם במהלך הבירור והטיפול בך נלקחה ממך ביופסיה עליך להתקשר למזכירות המחלקה לאחר 4 שבועות ממועד לקיחת הביופסיה, על מנת לברר תשובת הפתולוגיה.

כל ביקור במלר"ד כרוך בתשלום או בטופס התחייבות מקופת חולים.

הצטרף לשיבא connect-כרטיס חכם לבריאות
להצטרפות חינם לשירותי שיבא אונליין פנה לצוות במחלקות השונות או במרפאות בבית החולים

דע את זכויותיך! הנך זכאי לקצבה מהמוסד לביטוח לאומי בשלושת המצבים הבאים:
פגיעה כתוצאה מתאונה אישית, פגיעה כתוצאה מתאונת עבודה, אשפוז או מחלה מעל ל-90 יום כשהינך מוגבל כתוצאה ממחלה
הקשורה לאשפוז זה. מוצע שתבדוק את זכויותיך באתר האינטרנט של הביטוח הלאומי <http://www.btl.gov.il>
באתר ניתן להוריד טופס תביעה לכל הקיצבאות ולשלוח באמצעות האתר או בדואר או להגיש בסניף הביטוח הלאומי.
ניתן לקבל סיוע בבדיקת זכאות לגמלאות נכות וסיעוד דרך פניה בקישור <https://www.sheba.co.il/מחלקה-ראשונה-שירות-בדיקת-זכאות-לקצבה>

זמן הדפסה: 06:17 26/07/2024

לא נדרש מילוי טופס MDS-ED

כל ביקור במיין חייב בתשלום



Tal Golan

Lagim

נחתם ע"י: דר' גולן-לגזיאל טל מ.ר. 1163902

תעודה זו ניתנת על ידי לשם הגשתה כראיה לבית משפט. והריני מצהיר בזאת כי ידוע לי היטב כי תעודה זו כשהיא חתומה על ידי כדין עדות בשבועות שנות 03-5302656-03 הפלילי. בבית המשפט.

על פי הנחיות משרד הבריאות, בתום הביקור במחלקה לרפואה דחופה או במחלקה אחרת בבית החולים, המטופל יחזור להמשך טיפול אצל רופא בקופת חולים.

במידה והופנית להמשך טיפול במרפאות החוץ או במכוני שיבא, קבע תור בטלפון 03-5303030. תוצאות בדיקות שבוצעו בשיבא ימסרו דרך שיבא ישיר/שיבא קונקט" או דרך הרופא המטפל. לא ימסרו תשובות בטלפון או בפקס.

להצטרפות חינם לשיבא ישיר/שיבא קונקט יש לפנות לצוות במחלקה או במרפאות בית החולים.

במידה ועברת בדיקת C.T, ניתן להזמין העתק של הבדיקה במכון הדימות בעלות של 52 ₪ זמני הקבלה במכון הדימות, ימים א-ה בין השעות 08:00-14:30 או בטלפון 03-5302656-03

במידה ומגיע נציג מטעמו של הנבדק יש להצטייד בייפוי כוח + ת.ז.

כל ביקור במלר"ד כרוך בתשלום או בטופס התחייבות מקופת חולים.

באם הגעת למלר"ד עקב תאונת עבודה, נא לגשת לפקידת הקבלה להחתמת הטופס עבור ביטוח לאומי

דע את זכויותיך! הנך זכאי לקצבה מהמוסד לביטוח לאומי בשלושת המצבים הבאים:

פגיעה כתוצאה מתאונה אישית, פגיעה כתוצאה מתאונת עבודה, אשפוז או מחלה מעל ל- 90 יום כשהינך מוגבל כתוצאה ממחלתך הקשורה לאשפוז זה.

מוצע שתבדוק את זכויותיך באתר האינטרנט של הביטוח הלאומי, באתר ניתן להוריד טופס תביעה לכל הקצבאות ולשלוח באמצעות האתר, בדואר או להגיש בסניף הביטוח הלאומי <http://www.btl.gov.il>

אם במהלך הברור והטיפול בך נלקחה ממך ביופסיה עליך להתקשר למחירות המחלקה לאחר 4 שבועות ממועד לקיחת הביופסיה, על מנת לברר תשובת הפתולוגיה.

כל ביקור במלר"ד כרוך בתשלום או בטופס התחייבות מקופת חולים.

הצטרף לשיבא connect-כרטיס חכם לבריאות להצטרפות חינם לשירותי שיבא אונליין פנה לצוות במחלקות השונות או במרפאות בבית החולים

דע את זכויותיך! הנך זכאי לקצבה מהמוסד לביטוח לאומי בשלושת המצבים הבאים:

פגיעה כתוצאה מתאונה אישית, פגיעה כתוצאה מתאונת עבודה, אשפוז או מחלה מעל ל- 90 יום כשהינך מוגבל כתוצאה ממחלתך הקשורה לאשפוז זה. מוצע שתבדוק את זכויותיך באתר האינטרנט של הביטוח הלאומי <http://www.btl.gov.il>

באתר ניתן להוריד טופס תביעה לכל הקיצבאות ולשלוח באמצעות האתר או בדואר או להגיש בסניף הביטוח הלאומי.

ניתן לקבל סיוע בבדיקת זכאות לגמלאות נכות וסיעוד דרך פניה בקישור <https://www.sheba.co.il> מחלקה-ראשונה-שירות-בדיקת-זכאות-לקצבה

זמן הדפסה: 01:00 25/07/2024



מס מרשם: 2194633
תוקף מ: 26/07/2024 עד: 09/08/2024
טלפון סלולרי: 0542081232



תלידה: 15/07/2014
גיל: 10
טלפון: 0546351708

338987886
מרציאנו אלן
כתובת: שד הבנים 21 אור יהודה
יהודה
מיקוד: 6026832

גורם מבטח: קופ"ח כללית

קופה: כללית

DES LoratADINE 0.5mg/ml
syrup (Desloratadine)

5 mg

1

ביום 2 X

5 ימים

הוראות שימוש:

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

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

חתימה וחתימת הרופא:

גינדי רייז בר



תאריך הפקדה: 26/07/2024

מ.ר. 164233

שיבא מיון ילדים 03-5302888