

הופק ע"י דר' שוקרון יואל 22/06/2023 16:23

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

שם משפחה: נגלר שם פרטי: אלון כתובת: בית ראשון במולדת (נר דוד) (תל עמל) 1080300 טלפון: 0506274454 סוג דם: גורם מממן: כללית	תאריך לידה: 14/05/2005 תעודת זהות: 21524561 מין: זכר גיל: 18 ש' ו1 ח' שם האב: נחשון	מנהל המלרד: דר' שניידר יבגני מ.ר. 26765 אחות אחראית רחל דרורי טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 22/06/2023 15:12 מספר ביקור: 2023134823 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL
---	---	---

סיום טיפול במלרד: שחרור

שעת הודעה למחלקה
שעת העברה למחלקה

מועבר למחלקה
מקבל ההודעה במחלקה

אבחנה

- MOTOR VEHICLE ACCIDENT (MVA) (E8199)

תלונה עיקרית ומחלה נוכחית

בן 18, היה מעורב היום בת.ד.
שולל איבוד הכרה, זוכר את המאורע, ללא הקאות.

בדיקה פיזיקלית:

בהכרה מלאה, נינוח, יציב המודינמית ונשימתית.

ראש – ללא דפורמציה או רגישות, אישונים שווים ומגיבים לאור, ללא חסר נוירולוגי, פתיחת פה ותנועות צוואר תקינים ללא רגישות עמ"ש צווארי וגבי.

חזה: ללא דפורמציות או רגישות, כניסת אוויר שווה וטובה דו"צ.

בטן: ללא סימני חבלה, רכה, ללא רגישות, ללא עדות לגירוי צפקי.

אגן: יציב

גפיים: מזז 4 גפיים, כוח גס תקין, תחושה שמורה.

מדדים

תאריך ושעה	דופק	לחץ דם	סטורציה באוויר חדר	חום PO	VAS
15:26 22/06/2023	66	115 / 54	100	36.9	2

סיכום

המלצות:

- נגד כאבים לפי הצורך.
- מעקב רופא מטפל.
- במידה ומופיעים כאבי ראש חזקים ומתגברים, הקאות חוזרות, טשטוש לפנות לרופא.
- מנוחה 3 ימים.

רופא אחראי

הופק ע"י דר' שוקרון יואל 22/06/2023 16:23

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

שם משפחה: נגלר שם פרטי: אלון כתובת: בית ראשון במולדת (ניר דוד) (תל עמל) 1080300 טלפון: 0506274454 סוג דם: גורם מממן: כללית	תאריך לידה: 14/05/2005 תעודת זהות: 21524561 מין: זכר גיל: 18 ש' ו'ח' שם האב: נחשון	מנהל המלר"ד: דר' שניידר יבגני מ.ר. 26765 אחות אחראית רחל דרורי טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 22/06/2023 15:12 מספר ביקור: 2023134823 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL
---	---	--

רופא: דר' שוקרון יואל מ.ר. 158581

חתימה: _____

מכתב נחתם ע"י: דר' שוקרון יואל מ.ר. 158581

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

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

תאריך: 04/07/2023

אישור מחלה

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	נגלר אלון	מס זהות:	00215245614	גיל:	18.01	מין:	ז	
ת.לידה:	14/05/2005	ישוב:	ניר דוד (ת)	רחוב:	בית ראשון במולדת	טלפון נוסף:	4- 6488963	מס בית:	0
טלפון:	50- 6274454	טלפון:	0	טלפון:	0	טלפון:	0	טלפון:	0

סוג תאונה 1 תאונת דרכים תאריך תאונה 22/06/2023

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 1 תאונת דרכים

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

מומלץ על מנוחה מתאריך: 22/06/2023 עד תאריך: 06/07/2023 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה: 15

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

****נחתם דיגיטלית****

30246

ד"ר אמיר שיבלי

חתימה וחתימת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

ד"ר אמיר שיבלי
מ.ר.מ. 22348
רופא משפחה
במחלקה
הרפואית
הכללית

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית

תאריך: 04/07/2023

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	נגלר אלון	מס זהות:	00215245614	גיל:	18.01	מין:	ז	
ת.לידה:	14/05/2005	ישוב:	ניר דוד (ת)	רחוב:	בית ראשון במולדת	טלפון נוסף:	4- 6488963	מס בית:	0
טלפון:	50- 6274454	מספר רשיון:	38594002278	סוג תאונה:	1 תאונת דרכים	תאריך תאונה:	22/06/2023	מספר הפניה ישירה:	38594002278

גורם שולח



8594

מספר הפניה



038594002278

תז נבדק



0215245614

מספר רשיון



030246

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70017	L9249	בדיקה רפואית - אורתופדיה	70017

הריני מפנה את המטופל הנל להתייעצות בשל

תלונות היה מעורבת בתאונת דרכים עם חבלות ברך ימין וירך שמאל
נבדק במיון בית חולים סורוקה
שוחרר עם טיפול סימטומטי

סימנים חיוניים: גובה 172.2 07/12/2021 משקל 60 07/12/2021 bmi 20.23

לחץ דם 112 / 55 07/12/2021

דופק 55 07/12/2021 סדיר

29/10/2020 מתאריך 139.44 eGFR

אבחנה משוערת

קוד	אבחנה	איפיון
A80	ACCIDENT/INJURY; NOS	
L15	KNEE SYMPTOMS/COMPLAINTS	rt
L13	HIP SYMPTOMS/COMPLAINTS	left

בעיות בעבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
24/10/2015	25/09/2015	5 rt hand	FRACTURE PHALANX/PHALANGES CLOSED

רגישויות ואו תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
Penicillin G.	פריחה;	המטופל

שם הרופא

מספר רשיון

חתימה וחותמת הרופא

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

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

