



המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח
א.אחראית: גב' אנגלרד הינדי
מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי
טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

מכתב שחרור.

55361406 עידאן אלפונסו

בן: 65

כתובת: בר יהודה 8 קרית אונז . כניסה . קרית אונז 5540404

מספר קבלה: 03200114082023

תאריך ביקור: 14/08/2023 16:50

אבחנות מסכמות

- Motor vehicle accident [MVA, road] (E825.9)

תחלואה נלוות

- HYPERTENSION
- HYPERCHOLESTEROLEMIA (2720)
- OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA SYNDROME (78053)

ניתוחים בעבר

(ללא פעולות/ניתוחים 1) (S/P 05/07/2015))

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

אנמנזה סיעודית

סיבה עיקרית: תאונת דרכים

הערות: לדבריו היה מעורב בתאונת שרשרת מכת שוטלא נפתחו כריות אויר אוע מוחי לפני שנה מטופל באספירין כאבים בחגורת הצוואר הולך

סימנים חיוניים

תאריך ושעה	כאב
17:18 14/08/2023	4

אנמנזה ובדיקה גופנית

דר' לי פיציוטו יעקב מ.ר. 118279 14/08/2023 19:09
בן 65, ברקה AF יל"ד COPD לדבריו ביום קבלתו ת"ד כנהג חגור, במנגנון אחורי בקידמית, ללא פתיחת כריות אויר, ללא איבוד הכרה, ללא חבלת בטן או חזה. מלין כעת על כאבים מתגברים בצוואר ובגב, ללא הקאות או שינוי בסוגרים. בבדיקה - מתהלך בתבנית תקינה, מהלך על בהונות ועקבים. תנועות צוואר חופשיות ללא כאב, טווח מלא, ללא רגישות עמ"ש לכל אורכו. מעט רגישות דיפוזית על פני רקמה רכה פרורטברלית צווארי כיפוף ויישור הגב מלאים עם כאב בסוף טווח. סטטוס נוירולוגי תקין לפי C5-T1 ASIA תחושתית ומוטורית דו"צ 5/5, ולפי ASIA L2-S1 תחושתית ומוטורית דו"צ 5/5. ללא רגישות במישוש עצמות בריח, גפיים עליונות או תחתונות הוסבר למטופל על האבחנה, המהלך, ועל המשך הטיפול משוחרר מהמיון עם ההמלצות הבאות:

המלצות

פרטים

נרשם ע"י

נושא

תאריך ושעה

חסוי רפואי

The State of Israel
Ministry of Health
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University Sackler
School of Medicine
Tel-Hashomer 52621, Israel



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר 52621, ישראל

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח

א.אחראית: גב' אנגלרד הינדי

מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי

טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

המשך מעקב רופא מטפל בעוד שבוע
מנוחה חופשת מחלה 3 ימים
שיכון כאב לפי הצורך
בהחמרה בכאב, חסר תחושת או מוטורי או כל החמרה אחרת,
יש לפנות לרופא
קומפרסים חמים לצוואר/עמ"ש מתני
בהימשכות הכאב מעל לשבוע יש לפנות לאורתופד בקופ"ח

דר' לוי פיציוטו יעקב מ.ר. 118279

14/08/2023

19:12

חתימה:

נחתם ע"י: דר' לוי פיציוטו יעקב מ.ר. 118279

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

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

במידה והופנית להמשך טיפול במרפאות החוץ או במכוני שיבא, קבע תור בטלפון 03-5305000. תוצאות בדיקות שבוצעו בשיבא יימסרו דרך" שיבא קונקט" או דרך הרופא המטפל בקהילה. להצטרפות חינום לשיבא קונקט יש לפנות לצוות פקידות הקבלה.

תשובה לבדיקת קורונה מתקבלת אצל רופא קופ"ח.

לברור תשובת תרבות/וירולוגיה ניתן להתקשר בימים א-ה לטלפון- 035309159 ולשאיר הודעה במענה הקולי

אנחנו ניצור איתך קשר תוך 24 שעות

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.

ניתן לשלוח את טופס ההתחייבות [ט.17] לפקס 03-5302113/7447 או במייל: hovot@sheba.health.gov.il

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

חסוי רפואי

The State of Israel
Ministry of Health
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University Sackler
School of Medicine
Tel-Hashomer 52621, Israel



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר 52621, ישראל

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח

א.אחראית: גב' אנגלרד הינדי

מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי

טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

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>
בברכת בריאות שלמה

State of Israel
Ministry of Health
CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University Sackler
School of Medicine
Tel Hashomer 52621, Israel



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר 52621, ישראל

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח
א.אחראית: גב' אנגלרד הינדי
מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי
טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

מכתב שחרור.

55361406 עידן אלפונסו

בן: 65

כתובת: בר יהודה 8 קרית אונו כניסה . קרית אונו 5540404
מספר קבלה: 03200114082023
תאריך ביקור: 14/08/2023 16:50

אבחנות מסכמות

Motor vehicle accident [MVA, road] (E825.9)

תחלואה נלווית

HYPERTENSION
HYPERCHOLESTEROLEMIA (2720)
OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA SYNDROME (78053)

ניתוחים בעבר

(ללא פעולות/ניתוחים 1) (05/07/2015)

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

אנמנזה סיעודית

סיבה עיקרית: תאונת דרכים

הערות: לדבריו היה מעורב בתאונת שרשרת מכת שוטל נפתחו כריות אויר אוע מוחי לפני שנה מטופל באספירין כאבים בחגורת הצוואר הולך

סימנים חיוניים

תאריך ושעה	כאב
17:18 14/08/2023	4

אנמנזה ובדיקה גופנית

דר' לוי פיציוטו יעקב מ.ר. 118279 14/08/2023 19:09
בן 65, ברקה AF יל"ד COPD לדבריו ביום קבלתו ת"ד כנהג חגור, במנגנון אחורי בקידמית, ללא פתיחת כריות אויר, ללא איבוד הכרה, ללא חבלת בטן או חזה. מלין כעת על כאבים מתגברים בצוואר ובגב, ללא הקאות או שינוי בסוגרים. בבדיקה - מתהלך בתבנית תקינה, מהלך על בהונות ועקבים. תנועות צוואר חופשיות ללא כאב, טווח מלא, ללא רגישות עמ"ש לכל אורכו. מעט רגישות דיפוזית על פני רקמה רכה פרוטברלית צווארי כיפוף ויישור הגב מלאים עם כאב בסוף טווח. סטטוס נוירולוגי תקין לפי T1 ASIA - תחושתית ומוטורית דו"צ 5/5, ולפי ASIA L2-S1 תחושתית ומוטורית דו"צ 5/5. ללא רגישות במישוש עצמות בריח, גפיים עליונות ותחתונות הוסבר למטופל על האבחנה, המהלך, ועל המשך הטיפול משוחרר מהמיון עם ההמלצות הבאות:

מכתב שחרור.

55361406 עידאן אלפונסו

בן: 65

כתובת: בר יהודה 8 קרית אונו כניסה . קרית אונו 5540404

מספר קבלה: 03200114082023

תאריך ביקור: 14/08/2023 16:50

חסוי רפואי

State of Israel
Ministry of Health
CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University Sackler
School of Medicine
Ramat Hashomer 52621, Israel



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר 52621, ישראל

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח

א.אחראית: גב' אנגלרד הינדי

מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי

טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

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> בברכת בריאות שלמה

מכתב שחרור.

55361406 עידן אלפונסו

בן: 65

כתובת: בר יהודה 8 קרית אונז' כניסה . קרית אונז' 5540404

מספר קבלה: 03200114082023

תאריך ביקור: 14/08/2023 16:50

חסי רפואי

State of Israel
Ministry of Health
CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
affiliated to the Tel-Aviv University Sackler
School of Medicine
Ramat Hashomer 52621, Israel



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר 52621, ישראל

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח

א.אחראית: גב' אנגלרד הינדי

מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי

טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

-המשך מעקב רופא מטפל בעוד שבוע
-מנוחה חופשת מחלה 3 ימים
-שיכון כאב לפי הצורך
-בהחמרה בכאב, חסר תחושת או מוטורי או כל החמרה אחרת
יש לפנות לרופא
-קומפרסים חמים לצוואר/עמ"ש מתני
-בהימשכות הכאב מעל לשבוע יש לפנות לאורתופד בקופ"ח

ד"ר לוי פיציוטו יעקב מ.ר. 118279

14/08/2023
19:12

Jacobo Levy
Picciotto

14/08/2023

נחתם ע"י: ד"ר לוי פיציוטו יעקב מ.ר. 118279

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

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

במידה והופנית להמשך טיפול במרפאות החוץ או במכוני שיבא, קבע תור בטלפון 03-5305000. תוצאות בדיקות שבוצעו בשיבא ימסרו דרך "שיבא קונקט" או דרך הרופא המטפל בקהילה. להצטרפות חנינם לשיבא קונקט יש לפנות לצוות פקידות הקבלה. תשובה לבדיקת קורונה מתקבלת אצל רופא קופ"ח.

לבירור תשובת תרביית/וירולוגיה ניתן להתקשר בימים א-ה לטלפון- 035309159 ולשאר הודעה במענה הקו, אנחנו ניצור איתך קשר תוך 24 שעות

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.

State of Israel
Ministry of Health
CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University Sackler
School of Medicine
Ashdod 52621, Israel



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר 52621, ישראל

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח
א.אחראית: גב' אנגלרד הינדי
מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי
טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

מכתב שחרור.

55361406 עידאן אלפונסו

בן: 65

כתובת: בר יהודה 8 קרית אונז כניסה . קרית אונז 5540404
מספר קבלה: 03200114082023
תאריך ביקור: 14/08/2023 16:50

אבחנות מסכמות

Motor vehicle accident [MVA, road] (E825.9)

תחלואה גלוות

HYPERTENSION
HYPERCHOLESTEROLEMIA (2720)
OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA SYNDROME (78053)

ניתוחים בעבר

(ללא פעולות/ניתוחים) 1) (05/07/2015)

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

אנמנזה סיעודית

סיבה עיקרית: תאונת דרכים

הערות: לדבריו היה מעורב בתאונת שרשרת מכת שוטל נפתחו כריות אויר אוע מוחי לפני שנה מטופל באספירין כאבים בחגורת הצוואר הולך

סימנים חיוניים

תאריך ושעה	כאב
17:18 14/08/2023	4

אנמנזה ובדיקה גופנית

דר' לוי פיציוטו יעקב מ.ר. 118279 14/08/2023 19:09

בן 65, ברקה AF ל"ד COPD לדבריו ביום קבלתו ת"ד כנהג חגור, במנגנון אחורי בקידמית, ללא פתיחת כריות אויר, ללא איבוד הכרה, ללא חבלת בטן או חזה. מלין כעת על כאבים מתגברים בצוואר ובגב, ללא הקאות או שינוי בסוגרים. בבדיקה - מתהלך בתבנית תקינה, מהלך על בהונות ועקבים. תנועות צוואר חופשיות ללא כאב, טווח מלא, ללא רגישות עמ"ש לכל אורכו. מעט רגישות דיפוזית על פני רקמה רכה פרוורטברלית צווארי כיפוף ויישור הגב מלאים עם כאב בסוף טווח. סטטוס נוירולוגי תקין לפי 5-T1 ASIA תחושתית ומוטורית דו"צ 5/5, ולפי ASIA L2-S1 תחושתית ומוטורית דו"צ 5/5. ללא רגישות במישוש עצמות בריח, גפיים עליונות או תחתונות הוסבר למטופל על האבחנה, המהלך, ועל המשך הטיפול משוחרר מהמיון עם ההמלצות הבאות:

09:28 10/10/2023 תאריך:

הפניה כללית

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	עידן צורי אלפונסו	מס זהות:	00055361406	גיל:	65.03	מין:	ז
ת.לידה:	15/07/1958	ישוב:	קריית אונו	רחוב:	בר יהודה	טלפון נוסף:	3-5351979	
מס בית:	8 / 14	טלפון:	53-7606454					

14/08/2023 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

35292033065

מספר הפניה:

גורם שולח



5292

מספר הפניה



035292033065

תז נבדק



55361406

מספר רשיון



131160

לכבוד: פיזיותרפיה

לכאבי צוואר וגב מתמשכים אחרי תאונת דרכים

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
80015	97001	פיזיותרפיה אבחון ובניית תכנית טיפול	80015

אבחנה משוערת:

קוד	אפיין	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS
8470		WHIPLASH INJURY

תלונות: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 16/08/2023:

לפני יומיים נסע עם אשתו ברכב פרטי כנהג, במצב שהרכב עומד נפגעו ע"י רכב אחר מאחור והוטחו על רכב נוסף מלפנים. הרכב מושבת. לא נפתחו כריות אוויר. היו חגורים.
פוננו ע"י מד"א למיון שיבא עם חבלות שטחיות באזורים שונים - חזה, צוואר, גפיים.
אין חיסון טטנוס עדכני - ישלים.
ללא שברים או חבלה משמעותית אחרת. מטופל בנוגדי כאב פשוטים עם הטבה מספקת.
10/10/2023:
עדיין כאבים בשכמות וגב תחתון, מגבלה בסיבוב הצוואר לימין.
מופנה לפיזיו' להמשך טיפול

סימנים חיוניים:	גובה	16/08/2023	180	משקל	16/08/2023	94	bmi	29.01
	לחץ דם	16/08/2023	145 / 81					
	דופק	16/08/2023	60					

02/03/2023 מתאריך 82.82 eGFR

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מ.גילוי	אפיין	בעיה
01/05/2012		HYPERTENSION
28/03/2019		OBESITY
01/01/2015	chronic	REFLUX ESOPHAGEAL
06/09/2022		STROKE/CEREBROVASC.ACC.

ס.ה.ר. 7

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה כללית

10/10/2023

הודפס ע"י ד"ר אדיר פרחי

00055361406

עידן צורי אלפונסו

הודפס מאתר כללית און-ליין ב-05.12.2023.



מספר רשיון 38153
טלפון 03-7378300
פקס 03-7378301
מחוז דן-פ"ת

ד"ר מיכאל שטרן
רופא המשך טיפול
שלמה המלך 37, קרית אונו
קניון קרית אונו

הרופא
שם
כתובת
פאה

תאריך: 23/10/2023

הפניה למכון פיזיותרפיה (כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:

שם משפחה ופרטי: **עידן צורי אלפונסו**
ת.לידה: 15/07/1958
מס.בית: 8 / 14
מס.זהות: **00055361406**
גיל: **65.03** מין: ז
ר.חוב: **בר יהודה**
טלפון נוסף: **3- 5351979**

מספר הפניה: **35292033682**

גורם שולח



5292

מספר הפניה



035292033682

תז נבדק



55361406

רשיון רופא



038153

ר.ת. שגבחר

שירות קוד משה ב
שירות רפואי
80074
97140
פיזיותרפיה לשיקום וסטיבולרי

VERTIGO BENIGN PAROXYSMAL

זמנה משוערת

זמנה / סיבת הפניה סחרחורת, יותר בשינוי תנוחה

גובה 180 16/08/2023 משקל 94 16/08/2023
לחץ דם 145 / 81 16/08/2023
דופק 60 16/08/2023

מתאריך 2023 82.82 eGFR

ת.פעילות

מ.גילוי	א.פיון	בעיה
01/05/2012		HYPERTENSION
28/03/2019		OBESITY
01/01/2015	chronic	REFLUX ESOPHAGEAL
06/09/2022		STROKE/CEREBROVASC.ACC.

ר.ת. עבר

מ.סיום	מ.גילוי	א.פיון	בעיה
	01/01/1975		SMOKER
	01/01/1975		SMOKER

ר.ת. קבועות

ר.ת.	פעמים	א.הגשה	כמות	תרופות
א	1	קפליות	1	OMEPRADEX 20MG CAP 20MG
ב	1	טבליות	1	ACETYLSALICYLIC ACID 100MG TAB 100MG
ג	1	טבליות	1	ROSUVASTATIN TAB 40MG 40MG
ד	1	טבליות	1	ATENOLOL 25MG TAB 25MG
ה	1	טבליות	1	AMLODIPINE MALEATE TAB 5MG 5MG
ו	1	טבליות	1	TRITACE 2.5MG TAB 2.5MG

א.קליניים תנועת עיניים מלאות, ללא ניסטגמוס, פנים סמטריות,

ר.ת. נא לקבל בהקדם האפשרי

נחתם דיגיטלית

38153

ד"ר מיכאל שטרן

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
	01/01/1975		SMOKER
	01/01/1975		SMOKER

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	קפליות	1	OMEPRADEx 20MG CAP 20MG
ביום	1	טבליות	1	ACETYSALICYLIC ACID 100MG TAB 100MG
ביום	1	טבליות	1	ROSUVASTATIN TAB 40MG 40MG
ביום	1	טבליות	1	ATENOLOL 25MG TAB 25MG
ביום	1	טבליות	1	AMLODIPINE MALEATE TAB 5MG 5MG
ביום	1	טבליות	1	TRITACE 2.5MG TAB 2.5MG

נחתם דיגיטלית**

131160

ד"ר אדיר פרחי

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

תאריך: 23/10/2023

הפניה למכון פיזיותרפיה (כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	עידן צורי אלפונסו	מס זהות:	00055361406	גיל:	65.03	מין:	ז
ת.לידה:	15/07/1958	ישוב:	קרית אונו	רחוב:	בר יהודה	טלפון נוסף:	3- 5351979	
מס בית:	8 / 14	טלפון:	53- 7606454					

מספר הפניה:	35292033682	רשיון רופא	038153	תז נבדק	55361406	מספר הפניה	035292033682	גורם שולח	5292
-------------	-------------	------------	--------	---------	----------	------------	--------------	-----------	------

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
80074	97140	פיזיותרפיה לשיקום וסטיבולרי	800742

VERTIGO BENIGN PAROXYSMAL

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה סחרחורת, יותר בשינוי תנוחה

סימנים חיוניים:	גובה	180	16/08/2023	משקל	94	16/08/2023	bmi	29.01
	לחץ דם	145 / 81	16/08/2023					
	דופק	60	16/08/2023					

02/03/2023 מתאריך 82.82 eGFR

בעיות פעילות

מ.גילוי	אפיין	בעיה
01/05/2012		HYPERTENSION
28/03/2019		OBESITY
01/01/2015	chronic	REFLUX ESOPHAGEAL
06/09/2022		STROKE/CEREBROVASC.ACC.

תולדות עבר

מ.סיום	מ.גילוי	אפיין	בעיה
	01/01/1975		SMOKER
	01/01/1975		SMOKER

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	קפליות	1	OMEPRADEx 20MG CAP 20MG
ביום	1	טבליות	1	ACETYL SALICYLIC ACID 100MG TAB 100MG
ביום	1	טבליות	1	ROSUVASTATIN TAB 40MG 40MG
ביום	1	טבליות	1	ATENOLOL 25MG TAB 25MG
ביום	1	טבליות	1	AMLODIPINE MALEATE TAB 5MG 5MG
ביום	1	טבליות	1	TRITACE 2.5MG TAB 2.5MG

ממצאים קליניים תנועת עיניים מלאות, ללא ניסטגמוס, פנים סמטריות,

הערות: נא לקבל בהקדם האפשרי

נחתם דיגיטלית

38153

ד"ר מיכאל שטרן

חתימה וחומת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

תאריך: 23/10/2023

הפניה למכון פיזיותרפיה (כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:		שם משפחה ופרטי:		עידן צורי אלפונסו		מס זהות: 00055361406		גיל: 65.03 מין: ז	
ת.לידה: 15/07/1958		ישוב: קריית אונו		רחוב: בר יהודה		טלפון נוסף: 3-5351979		מס בית: 8 / 14	
מס בית: 8 / 14		טלפון: 53-7606454		מספר הפניה: 35292033682		תז נבדק		רשיון רופא	



שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
80074	97140	פיזיותרפיה לשיקום וסטיבולרי	800742

VERTIGO BENIGN PAROXYSMAL

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה		סחרחורת, יותר בשינוי תנוחה	
סימנים חיוניים:	גובה	16/08/2023	180
	לחץ דם	16/08/2023	145 / 81
	דופק	16/08/2023	60
	bmi	16/08/2023	29.01

02/03/2023 מתאריך 82.82 eGFR

בעיות פעילות

מ.גילוי	אפיזון	בעיה
01/05/2012		HYPERTENSION
28/03/2019		OBESITY
01/01/2015	chronic	REFLUX ESOPHAGEAL
06/09/2022		STROKE/CEREBROVASC.ACC.

תולדות עבר

מ.סיום	מ.גילוי	אפיזון	בעיה
	01/01/1975		SMOKER
	01/01/1975		SMOKER

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	קפליות	1	OMEPRADEx 20MG CAP 20MG
ביום	1	טבליות	1	ACETYL SALICYLIC ACID 100MG TAB 100MG
ביום	1	טבליות	1	ROSUVASTATIN TAB 40MG 40MG
ביום	1	טבליות	1	ATENOLOL 25MG TAB 25MG
ביום	1	טבליות	1	AMLODIPINE MALEATE TAB 5MG 5MG
ביום	1	טבליות	1	TRITACE 2.5MG TAB 2.5MG

ממצאים קליניים תנועת עיניים מלאות, ללא ניסטגמוס, פנים סמטריות,

הערות: נא לקבל בהקדם האפשרי

נחתם דיגיטלית

38153

ד"ר מיכאל שטרן

חתימה וחומת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

תאריך: 24/10/2023 16:06

הפניה למיון

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	עידן צורי אלפונסו	מס זהות: 00055361406	גיל: 65.03	מין: ז
ת.לידה: 15/07/1958	ישוב: קריית אונו	רחוב: בר יהודה	טלפון נוסף: 3-5351979	מס בית: 8 / 14	טלפון: 53-7606454

מספר הפניה: 33086028781

גורם שולח



3086

מספר הפניה



033086028781

תז נבדק



55361406

מספר רשיון



031439

לכבוד: חדר מיון

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70069	99283	ביקור במיון	70069

תוקף ההפניה למיון הינו עד לסוף יום למחרת ממועד הפקתה

אבחנה משוערת:

קוד	איפיון	אבחנה
3861	?	VERTIGO BENIGN PAROXYSMAL
7802		PRESYNCOPE
7870		VOMITING - EMESIS

תלונות: תוך כדי ניסיון של טיפול וסטיבולי, הרשה של ירידה בל"ד, חושך בעיניים פראסינקופה ל"ד כמה דקות אחרי האירוע 140/90. דופק 82 שולל כאבים בחזה. תוך כדי בדיקה הקיאה פעמיים.

29.01	bmi	16/08/2023	94	משקל	16/08/2023	180	גובה	סימנים חיוניים:
					16/08/2023	145 / 81	לחץ דם	
					16/08/2023	60	דופק	

02/03/2023 מתאריך 82.82 eGFR

ממצאים בבדיקה: לב קולות סדירים לא ניתן כע לבדוק ניסטגמוס.

דיון/תוכנית טיפולית: במידה ויש החמרה במצב, איבוד הכרה כאבים חזה, סיננים נירולוגיים - יש לפנות לחדר מיון אקג קצב סינוס - LAHB חוסר התקדמות גלי R בחיבורים V3-V6 ללא שינויים איסמיים חריפים

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/05/2012		HYPERTENSION
28/03/2019		OBESITY
01/01/2015	chronic	REFLUX ESOPHAGEAL

ס.ה.ר. 1

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה למיון

24/10/2023

הודפס ע"י ד"ר מריה פייגין 00055361406

עידן צורי אלפונסו

הודפס מאתר כללית און-ליין ב-05.12.2023.

מ.גילוי	איפיון	בעיה
06/09/2022		STROKE/CEREBROVASC.ACC.

היסטוריה רפואית- בעיות בעבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
	01/01/1975		SMOKER
	01/01/1975		SMOKER

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	קפליות	1	OMEPRADAX 20MG CAP 20MG
ביום	1	טבליות	1	ACETYLSALICYLIC ACID 100MG TAB 100MG
ביום	1	טבליות	1	ROSUVASTATIN TAB 40MG 40MG
ביום	1	טבליות	1	ATENOLOL 25MG TAB 25MG
ביום	1	טבליות	1	AMLODIPINE MALEATE TAB 5MG 5MG
ביום	1	טבליות	1	TRITACE 2.5MG TAB 2.5MG

נחתם דיגיטלית

31439

ד"ר מריה פייגין

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

ממוגרף - מכונים לאבחון רפואי בע"מ		
מכוני ממוגרפיה, אולטרה-סאונד, דופלר, רנטגן כללי K.R.G. E.M.G.		
פתח-תקווה טרדאו 30 טל: 03-9347891 פקס: 03-9315658	חדרה ד"ל נמר 11 טל: 04-6221125 פקס: 04-6338757	קריית-אנוני שלמה המלך מנחם המון חקנין החוש קומה א' טל: 03-5358801/2/3
ראש-העין שלום שבזי 26 קומה א' טל: 03-5284986 פקס: 03-5030226	בת-נח ד"ר דוד 13 טל: 09-8320306 פקס: 09-8341358	בני-ברק עזרא 11 קומה א' טל: 03-5358801 פקס: 03-9315658

תאריך ביקור: 08/02/2024

עיר/יישוב: פתח תקווה ריק מס': 208451

מקלידה: הרמן דור 12:12

גורם מבטח: ש. בריאות כללית

מין: ז'

רופא מפנה: פרחי אדיר ר. רופא מפנה: 131160

שם משפחה: עידאן צורי

שם פרטי: אלפונסו

מספר זהות: 055361406

ת. לידה: 15/07/1958

צילום כתף

טכניקה:

צילום כתף ימין.

אין צילומים קודמים להשוואה.

ממצאים:

ראש וצוואר ההומרוס במראה תקין.

ללא עדות לשבר או דיסלוקציה.

המפרק הגלנו-הומרלי והאקרומיו-קלויקולרי תקינים.

ללא נזל תוך מפרקי.

ללא עדות לתהליכים ליטים או סקלרוטים.

ללא ממצא חריג ברקמות הרכות.

סיכום:

צילום כתף ימין תקין, ללא ממצא חבלתי.

רופא/ה בודק/ת : ד"ר הרמן דור

רישיון רופא בודק : 152528

נחתם דיגיטלית

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א-1981 ואין למסור אותו ו/או את תוכנו ו/או איזה פרט שהוא ממנו ללא אישור מפורש מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא מטפל בהקדם להגנת רצון טיפולי.

מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלה, מהווה עבירה.

מסמך זה מכיל מידע מוגן הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסרו שניתן ו/או חובר עבירה

"ממוגרף" - מכונים לאבחון רפואי בע"מ		
מכוני טמוגרפיה, אולטרה-סאונד, דומלר, רנטגן כללי E.E.G E.M.G		
פתח-תקוה נורא 30 טל: 03-9547891 פקס: 03-9315658	חדרה חללי יפה 11 טל: 04-6221125 פקס: 04-6338757	קרית-אנו שלמה המלך סניף חורד הקניון החדש קומה א' טל: 03-5358801/2/3 פקס: 03-5358801
ראש-העין שימס שבזי 26 קומה א' טל: 03-5284986 פקס: 03-9030226	נתניה ד"ר רמז 13 קומה א' טל: 09-8320306 פקס: 09-8341358	בני-ברק עזרא 11 קומה א' טל: 03-5358801 פקס: 03-9315658

שם משפחה: עידאן צור
שם פרטי: אלפונסו
מספר זהות: 055361406
ת. לידה: 15/07/1958
רופא מפנה: פרחי אדיר ר. רופא מפנה: 131160
עיר/יישוב: פתח תקוה תיק מס': 208451
מקלידה: הרמן דור 12:11
גורם מבטח: ש. בריאות כללית
מין: ז'
תאריך ביקור: 08/02/2024

צילום עמוד שדרה צווארי

צילום עמ"ש צווארי ישר וצדדי.
בהשוואה לצילום קודם מתאריך 28/03/2013

ממצאים:
מודגמות חוליות C1-C7.
ללא עדות לשבר בעמ"ש הצווארי.
שינויים ניוונים בעמ"ש הכוללים אובדן גובה דיסקלי, אוסטאופיטים, וסקלרוזיס של לוחיות הקצה.
יישור הלורדוזיס הצווארי, ללא ספונדילוליסטזיס.
ה- odontoid process בעל מבנה תקין.
ללא נגעים ליטים או סקלרוטים.
ללא תפיחות של הרקמה הרכה הפרה-ורטברלית.

סיכום:
שינויים ניוניים בעמ"ש הצווארי.
ללא ממצא חבלתי חריף.

רופא/ה בודק/ת : ד"ר הרמן דור
רישיון רופא בודק : 152528
נחתם דיגיטלית

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

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



מספר רשיון 131160
טלפון 03-7378300
פקס 03-7378301
מחוז דן-פ"ת

שם הרופא ד"ר אדיר פרחי
תחום רפואת משפחה
כתובת שלמה המלך 37, קרית אונו
מרפאה קניון קרית אונו

תאריך: 06/02/2024

אישור מחלה

פרטי המטופל:

שם משפחה ופרטי:

עידן צורי אלפונסו

ת.לידה: 15/07/1958

ישוב: קריית אונו

מס בית: 8 / 14

טלפון: 53- 7606454

מס זהות: 00055361406

גיל:

65.07 מין: ז

רחוב: בר יהודה

טלפון נוסף: 3- 5351979

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 0 ביקור רגיל

סובל מ

קוד

79989

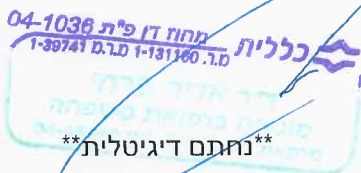
איפיון

אבחנה

DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD

מומלץ על מנוחה מתאריך: 04/02/2024 עד תאריך: 08/02/2024 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה: 5

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון



131160

ד"ר אדיר פרחי

חתימה וחומת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית

אישור מחלה

***המסמך מכיל מידע

מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות***

דף 1

עידן צורי אלפונסו

00055361406

הודפס ע"י ד"ר אדיר פרחי

06/02/2024

10/03/2024 תאריך

סיכום טיפול

פרטי המטופל

עידן צורי אלפונסו	שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ז	ת.לידה	מבורך
00-05536140-6	65.08	15/07/1958	מין	שם האב	מספר זיהוי הפניה: 35292033065	תאריך הפניה: 10/10/2023
קרית אונו	בר יהודה	8 / 14	מס בית	טלפון	טלפון נוסף	57 - 7606454
ישוב	רחוב					

מס' הפניה במכון הפיזיותרפיה: 230507840 מספר זיהוי הפניה: 35292033065

תאריך הפניה: 10/10/2023

סוג הביקורים לסדרה: 1 תאונת דרכים

לכבוד הרופא המטפל/מקצועי: ד"ר אדיר פרחי

מרפאה: מרכז רפואי קניון קרית אונו

מקצוע: רופא כללי

אבחנה בהפניה:

צד	קוד	איפיון	אבחנה
			ACCIDENT/INJURY; NOS

אבחנה לטיפול:

צד	קוד	אבחנה
ימין	8470	WHIPLASH INJURY

תאריך תחילת טיפול: 08/11/2023 תאריך סיום טיפול: 10/03/2024

מס' ביקורים בפועל: 9 פרטני: 9

מס' אי הופעות לטיפול: 0

רשימת כל הטיפולים:

כמות	טיפול
1	אבחון ראשון- בדיקה של פיזיותרפיסט
8	הדרכה לתרגול בבית
6	תרגול כללי
1	הדרכה וייעוץ (לאורח חיים בריא)
7	טיפול ב-TENS
2	הסבר בנושא כאב (EXPLAIN PAIN)
1	הערכה מחדש- בדיקה

כאבים:

איבר	צד	דרוג בעת פתיחת הסידרה	דרוג בעת סגירת הסידרה
צוואר	מרכז	8	8
גב תחתון	ימין	9	7
כתף	ימין	7	10

הערכת מטפל: 2-שיפור חלקי

הערות: שיפור קל בכאבי בצוואר והגב. עדיין מלין על מגבלה בכתף בעיקר ברוטציה פנימית. קושי בהרחקה אופקית. כח גס שמור טווחי צוואר מלאים עם כאב בEOR הודרך להמשך תרגול עצמי

המטופל ביקר במכון בתאריכים:
10/03/2024
03/03/2024
04/02/2024
28/01/2024
21/01/2024
17/12/2023
10/12/2023
03/12/2023
08/11/2023

אופיר חנה שניר

שם מטפל

128762

מספר רשיון

חתימה וחותמת

מספר רשיון 131160
טלפון 03-7378300
פקס 03-7378301
מחוז דן-פ"ת

שם הרופא ד"ר אדיר פרחי
תחום רפואת משפחה
כתובת שלמה המלך 37, קרית אונו
מרפאה קניון קרית אונו

תאריך: 06/02/2024 18:57

הפניה כללית

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:
עידן צורי אלפונסו	ת.לידה: 15/07/1958
מס בית: 8 / 14	מס זיהוי: 53 - 7606454
מס זהות: 00055361406	גיל: 65.07
רחוב: בר יהודה	טלפון נוסף: 3 - 5351979

גורם שולח



5292

מספר הפניה



035292040092

תז נבדק



55361406

מספר רשיון



131160

לכבוד: צילום צוואר וכתף ימין

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78184	72040	צילום עמוד שדרה צווארי	10301005
78109	73030	צילום כתף מלא ימין	10401035

אבחנה משוערת:

קוד	איפיון	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS
8470		WHIPLASH INJURY
7231		CERVICALGIA
L08	Rt	SHOULDER SYMPTOMS/COMPLAINTS

תלונות: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 16/08/2023:

לפני יומיים נסע עם אשתו ברכב פרטי כנהג, במצב שהרכב עומד נפגעו ע"י רכב אחר מאחור והוטחו על רכב נוסף מלפנים. הרכב מושבת. לא נפתחו כריות אוויר. היו חגורים.
פוננו ע"י מד"א למיון שיבא עם חבלות שטחיות באזורים שונים - חזה, צוואר, גפיים.

אין חיסון טטנוס עדכני - ישלים.
ללא שברים או חבלה משמעותית אחרת. מטופל בנוגדי כאב פשוטים עם הטבה מספקת.

10/10/2023:

עדיין כאבים בשכמות וגב תחתון, מגבלה בסיבוב הצוואר לימין.

מופנה לפיזיו' להמשך טיפול

06/02/2024

מטופלת בפיזיו' ללא הטבה משמעותית. מבקש להשלים צילום מכוון.

סימנים חיוניים: גובה 180 16/08/2023 משקל 94 16/08/2023 bmi 29.01

לחץ דם 145 / 81 16/08/2023

דופק 60 16/08/2023

02/03/2023 מתאריך 82.82 eGFR

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מגילוי	איפיון	בעיה
01/05/2012		HYPERTENSION
28/03/2019		OBESITY
01/01/2015	chronic	REFLUX ESOPHAGEAL

דף 1

06/02/2024

מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות***

הודפס ע"י ד"ר אדיר פרחי

00055361406

הפניה כללית

עידן צורי אלפונסו

היסטוריה רפואית- בעיות בעבר

מ.סיום	מ.גילוי	אפיין	בעיה
	01/01/1975		SMOKER
	01/01/1975		SMOKER

תרופות קבועות

ב...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	קפלויות	1	OMEPRADEx 20MG CAP 20MG
ביום	1	טבליות	1	ACETYLSALICYLIC ACID 100MG TAB 100MG
ביום	1	טבליות	1	ROSUVASTATIN TAB 40MG 40MG
ביום	1	טבליות	1	ATENOLOL 25MG TAB 25MG
ביום	1	טבליות	1	AMLODIPINE MALEATE TAB 5MG 5MG
ביום	1	טבליות	1	TRITACE 2.5MG TAB 2.5MG

נחתם דיגיטלית

131160

ד"ר אדיר פרחי

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 בי"ח מפורסמת באתר הכללית



מספר רשיון 22641
טלפון 035668195

ד"ר לביה ליפשה תמיר
אורתופדיה

שם הרופא
תחום

מחוז דן-פ"ת

ביאליק 1, רמת גן
ד"ר לביה תמיר - רמת גן

כתובת
מראה

תאריך: 09/05/2024

הפניה לפיזיותרפיה

(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	עידן צורי אלפונסו	מס זהות:	00055361406	גיל:	65.10	מין:	ז
ת.ל.ידה:	15/07/1958	ישוב:	קריית אונו	רחוב:	בר יהודה			
מס בית:	8 / 14	טלפון:	53- 7606454	טלפון נוסף:	3- 5351979			

תאריך תאונה: 10/08/2023

סוג תאונה: 1 תאונת דרכים

33302023356

מספר הפניה:

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

רשיון רופא



3302

033302023356

55361406

022641

שירות שנבחר

שירות רפואי
80076

תיאור רפואי

קוד שירות: קוד משה"ב
80076 97113

פיזיותרפיה/שיקום פרטני בבריכה הידרותרפיה

CONTUSION

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 29/03/2023:

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 28/02/2023:

CVA 09/22 חולשת ותרדמת יד ימין *

תנועות עילרוד וסיבסוב ABD IR מבוצעות

ב-EMG בולט מימין קל משמאל

לאמת אבחנה ל-C-T צווארי

29/03/2023 CT: אוסטאופיטים גרמיים C7- C3 לחץ שק ושורשים מימין

09/05/2024 עדיין כאב גב ללא נהפ[רעת סוגרים

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/05/2012		HYPERTENSION
28/03/2019		OBESITY
01/01/2015	chronic	REFLUX ESOPHAGEAL
06/09/2022		STROKE/CEREBROVASC.ACC.

זולדות עבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/01/1975			SMOKER
01/01/1975			SMOKER

נרופות קבועות

ביום	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	קפליה	1	OMEPRADAX 20MG CAP 20MG
ביום	1	טבליה	1	ACETYLSALICYLIC ACID 100MG TAB 100MG
ביום	1	טבליה	1	ROSUVASTATIN TAB 40MG 40MG
ביום	1	טבליה	1	ATENOLOL 25MG TAB 25MG
ביום	1	טבליה	1	AMLODIPINE MALEATE TAB 5MG 5MG
ביום	1	טבליה	1	TRITACE 2.5MG TAB 2.5MG

ומצאים קליניים רגישות ע"ש מתני ללא חסר נוירולוגי כוח גס 5 קואד מישרי מכופפי קרסולים
אצבעות החזרים גדיים תקינים לסג 40

נחתם דיגיטלית

22641

ד"ר לביה ליפשה תמיר

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

ס.ה.ר. 6

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

זניה לפיזיותרפיה

09/05/2024

הודפס ע"י ד"ר לביה ליפשה תמיר

00055361406

דן צורי אלפונסו

תאריך: 09/05/2024

סיכום ביקור

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	עידן צורי אלפונסו	מס זהות: 00055361406	גיל: 65.10	מין: ז
ת.לידה: 15/07/1958	ישו: קריית אנו	רחוב: בר יהודה	טלפון נוסף: 3-5351979	מס בית: 8 / 14	טלפון: 53-7606454

סוג תאונה 1 תאונת דרכים תאריך תאונה 10/08/2023

שלום רב,

תאריך הביקור: 09/05/2024
סוג ביקור: 1 תאונת דרכים
מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: תלונות/סיבת הפניה מתאריך 29/03/2023
תלונות/סיבת הפניה מתאריך 28/02/2023
CVA 09/22 חולשת ותרדמת יד ימין*
תנועות עילרוד וסיבסוב ABD IR מבוצעות
ב-EMG בולט מימין קל משמאל
לאמת אבחנה ל-C-T צווארי
CT: 29/03/2023 אוסטאופיטים גרמיים C3- C7 לחץ שק ושורשים מימין
09/05/2024: עדין כאב גב ללא נהפ[רעת סוגרים

בדיקה גופנית: רגישות ע"ש מתני ללא חסר נירולוגי כוח גס 5 קואד מישרי מכופפי קרסולים
אצבעות החזרים גידיים תקינים לסג 40

קוד	איפיון	אבחנה
7231		CERVICALGIA
3540		CARPAL TUNNEL SYNDROME
9249		CONTUSION
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS

דיון/תוכנית טיפולית: דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 29/03/2023
ההפניות שהופקו ב 28/02/2023
הפניה לדימות - 78073-ט.מ. CT עמוד שדרה צו
29/03/2023

ההפניות שהופקו ב 29/03/2023
הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב, הפניה לפיזיותרפיה - 80015
פיזיותרפיה אבחון וב
09/05/2024

הפניות	פרטי ההפניה	קוד סטטוס
הפניה לפיזיותרפיה	80076-פיזיותרפיה/שיקום פרט	H9 הודפס
הפניה לרפואה יועצת	70005-בדיקה רפואית - כאב	H1 הודפס

תרופות

P	M	K	N	OP	סה"כ	משך D	פ	יחידה	הגשה	מנה	תרופה
1	W	1	N	יחידה	30	30	D	1	TAB	1	BREXIN 20MG (M) TAB 20MG

בברכה,

ד"ר לביה ליפשה תמיר 22641 נחתם דיגיטלית**

שם הרופא מס' רשיון חתימה וחותמת הרופא

בעיות בעבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
	01/01/1975		SMOKER
	01/01/1975		SMOKER

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	קפליות	1	OMEPRADEx 20MG CAP 20MG
ביום	1	טבליות	1	ACETYSALICYLIC ACID 100MG TAB 100MG
ביום	1	טבליות	1	ROSUVASTATIN TAB 40MG 40MG
ביום	1	טבליות	1	ATENOLOL 25MG TAB 25MG
ביום	1	טבליות	1	AMLODIPINE MALEATE TAB 5MG 5MG
ביום	1	טבליות	1	TRITACE 2.5MG TAB 2.5MG

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

ד"ר לביה ליפשה תמיר	22641	**נחתם דיגיטלית**
שם הרופא	מספר רשיון	חתימה וחותמת הרופא

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

תאריך: 09/05/2024

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	עידן צורי אלפונסו	מס זהות:	00055361406	גיל:	65.10	מין:	ז
ת.לידה:	15/07/1958	ישוב:	קריית אנו	רחוב:	בר יהודה	טלפון נוסף:	3- 5351979	
מס בית:	8 / 14	טלפון:	53- 7606454					

סוג תאונה 1 תאונת דרכים תאריך תאונה 10/08/2023

מספר הפניה ישירה: 33302023357

מספר רשיון	תז נבדק	מספר הפניה	גורם שולח
022641	55361406	033302023357	3302

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70005	99242	בדיקה רפואית - כאב	70090

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 29/03/2023
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 28/02/2023
CVA 09/22 חולשת ותרדמת יד ימין*
תנועות עילרוד וסיבסוב ABD IR מבוצעות
ב-EMG בולט מימין קל משמאל
לאמת אבחנה ל-C-T צווארי
29/03/2023 CT אוסטאופיטים גרמיים C7- C3 לחץ שק ושורשים מימין
09/05/2024 עדין כאב גב ללא נהפ[רעת סוגרים

ממצאים בבדיקה רגישות ע"ש מתני ללא חסר נוירולוגי כוח גס 5 קואד מישרי מכופפי קרסולים
אצבעות החזרים גידיים תקינים לסג 40

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
7231		CERVICALGIA
3540		CARPAL TUNNEL SYNDROME
9249		CONTUSION

דיון/תוכנית טיפולית:
דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 29/03/2023
ההפניות שהופקו ב 28/02/2023
הפניה לדימות - 78073-ט.מ. CT עמוד שדרה צו
29/03/2023

ההפניות שהופקו ב 29/03/2023
הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב, הפניה לפיזיותרפיה - 80015
-פיזיותרפיה אבחון וב
09/05/2024

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/05/2012		HYPERTENSION
28/03/2019		OBESITY
01/01/2015	chronic	REFLUX ESOPHAGEAL

תאריך: 09/05/2024

הפניה לפיזיותרפיה

(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	עידן צורי אלפונסו	מס זהות:	00055361406	גיל:	65.10	מין:	ז
ת.לידה:	15/07/1958	ישוב:	קריית אנו	רחוב:	בר יהודה	טלפון נוסף:	3- 5351979	
מס בית:	8 / 14	טלפון:	53- 7606454					

10/08/2023 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

מספר הפניה: 33302023356

גורם שולח



3302

מספר הפניה



033302023356

תז נבדק



55361406

רשיון רופא



022641

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
80076	97113	פיזיותרפיה/שיקום פרטני בבריכה הידרותרפיה	80076

CONTUSION

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 29/03/2023:

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 28/02/2023:

CVA 09/22 חולשת ותרדמת יד ימין *

תנועות עילרוד וסיבסוב ABD IR מבוצעות

ב-EMG בולט מימין קל משמאל

לאמת אבחנה ל-C-T צווארי

CT: 29/03/2023 אוסטאופיטים גרמיים C3- C7 לחץ שק ושורשים מימין

09/05/2024: עדין כאב גב ללא נהפ[רעת סוגרים

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/05/2012		HYPERTENSION
28/03/2019		OBESITY
01/01/2015	chronic	REFLUX ESOPHAGEAL
06/09/2022		STROKE/CEREBROVASC.ACC.

תולדות עבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
	01/01/1975		SMOKER
	01/01/1975		SMOKER

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	קפליות	1	OMEPRADEx 20MG CAP 20MG
ביום	1	טבליות	1	ACETYLSALICYLIC ACID 100MG TAB 100MG
ביום	1	טבליות	1	ROSUVASTATIN TAB 40MG 40MG
ביום	1	טבליות	1	ATENOLOL 25MG TAB 25MG
ביום	1	טבליות	1	AMLODIPINE MALEATE TAB 5MG 5MG
ביום	1	טבליות	1	TRITACE 2.5MG TAB 2.5MG

ממצאים קליניים
רגישות ע"ש מתני ללא חסר נירולוגי כוח גס 5 קואד מישרי מכופפי קרסולים
אצבעות החזרים גידיים תקינים לסג 40

נחתם דיגיטלית

22641

ד"ר לביה ליפשה תמיר

חתימה וחומת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

ס.ה.ר 6

הפניה לפיזיותרפיה

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 1

09/05/2024

הודפס ע"י ד"ר לביה ליפשה תמיר

00055361406

עידן צורי אלפונסו

הודפס מאתר כללית ב-15.09.2024 בשעה 11:05 בעבור צורי אלפונסו עידן. תעודת זהות: 55361406.

תאריך: 09/05/2024

הפניה לפיזיותרפיה

(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	עידן צורי אלפונסו	מס זהות:	00055361406	גיל:	65.10	מין:	ז
ת.לידה:	15/07/1958	ישוב:	קריית אנו	רחוב:	בר יהודה	טלפון נוסף:	3- 5351979	
מס בית:	8 / 14	טלפון:	53- 7606454					

10/08/2023 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

מספר הפניה: 33302023356

גורם שולח



3302

מספר הפניה



033302023356

תז נבדק



55361406

רשיון רופא



022641

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
80076	97113	פיזיותרפיה/שיקום פרטני בבריכה הידרותרפיה	80076

CONTUSION

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 29/03/2023:

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 28/02/2023:

CVA 09/22 חולשת ותרדמת יד ימין *

תנועות עילרוד וסיבסוב ABD IR מבוצעות

ב-EMG בולט מימין קל משמאל

לאמת אבחנה ל-C-T צווארי

CT: 29/03/2023 אוסטאופיטים גרמיים C3- C7 לחץ שק ושורשים מימין

09/05/2024: עדין כאב גב ללא נהפ[רעת סוגרים

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/05/2012		HYPERTENSION
28/03/2019		OBESITY
01/01/2015	chronic	REFLUX ESOPHAGEAL
06/09/2022		STROKE/CEREBROVASC.ACC.

תולדות עבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
	01/01/1975		SMOKER
	01/01/1975		SMOKER

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	קפליות	1	OMEPRADEx 20MG CAP 20MG
ביום	1	טבליות	1	ACETYSALICYLIC ACID 100MG TAB 100MG
ביום	1	טבליות	1	ROSUVASTATIN TAB 40MG 40MG
ביום	1	טבליות	1	ATENOLOL 25MG TAB 25MG
ביום	1	טבליות	1	AMLODIPINE MALEATE TAB 5MG 5MG
ביום	1	טבליות	1	TRITACE 2.5MG TAB 2.5MG

ממצאים קליניים
רגישות ע"ש מתני ללא חסר נירולוגי כוח גס 5 קואד מישרי מכופפי קרסולים
אצבעות החזרים גידיים תקינים לסג 40

נחתם דיגיטלית

22641

ד"ר לביה ליפשה תמיר

חתימה וחומת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

ס.ה.ר 6

הפניה לפיזיותרפיה

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 1

09/05/2024

הודפס ע"י ד"ר לביה ליפשה תמיר

00055361406

עידן צורי אלפונסו

הודפס מאתר כללית ב-15.09.2024 בשעה 11:04 בעבור צורי אלפונסו עידן. תעודת זהות: 55361406.