מיון : ר"ד מהלכים / מיון פנימי מקרה: 11376363
מ.ז. : 20117061-0 שם: עובד עדי
אב : יוסף יצח כתובת: רבינוביץ' 1/21 בת ים מין: ז
סוג : אזרח טל: 054-2212103 ת.לידה: 03.05.1990
קופ"ח : כללית כסוי: חסר חוזר דחוף הפניה: כן
סיבה : מחלה
ת.קבלה: 04.11.21 17:38
מפעיל: SAHARB
מ.ר. וולפסון

המרכז הרפואי האוניברסיטאי
ע"ש אדית וולפסון
Department of Emergency Medicine
מחלקה לרפואה דחופה

רגישויות לתרופות
לא ידוע

BIO HAZZARD מהרכם

ביקור חוזר שמיר

☐ זיהוי ידון

שעה 17:50 סיבת הפניה מחלות רקע ותרופות לכאבי שלה ומצ' רת חשמל
כאבים מ יציאה, סחרחורת, מיגרנה

מיטה

חתימה וחותמת מרים מיור

רובא ע"י
☐ מד"א/נט"ן
☐ לבד/משפחה
☐ מוסד
☐ מלווה

מצב הכרה
☐ מלאה
☐ מבולבלת
☐ מעורפלת
☐ חוסר הכרה

נשימה
☐ עצמונית
☐ קוצר נשימה
☐ מונשם
☐ חמצן

מצב עור
☐ תקין
☐ מצעי לחץ יש/אין
☐ פריחה/ בצקות
☐ שיפשוף/ חתך

מצב רגשי
☐ תקין
☐ אי שקט
☐ חרד
☐ אחר*

ניידות
☐ עצמאי
☐ מוגבל
☐ מרותק

שימוש בעזרים
☐ משקפי ראיה
☐ מכשיר שמיעה
☐ מקל/ הליכון/ כיסא
☐ אחר: _____

סיכון לנפילה
☐ לא
☐ כן ☐ הדרכה
☐ דפנות מיטה מורמות
☐ מעצורי מיטה

שם המלווה _____ קירבה _____ טלפון _____

אומדן כאב ע"פ: ☐VAS ☐BPS ☐PS

שם וחותמת אחות	עוצמה	מיקום כאב	אופי כאב	GCS	DEX	סטורציה	חום	דופק	לחץ דם	שעה
		—	עמום / חד / שורף לוחץ / ממוקד / מקרין			R.A. O_2 100	PR 36 PO	55	124	19:40
			עמום / חד / שורף לוחץ / ממוקד / מקרין			R.A. O_2	PR PO		78	
			עמום / חד / שורף לוחץ / ממוקד / מקרין			R.A. O_2	PR PO			
		—	עמום / חד / שורף לוחץ / ממוקד / מקרין			R.A. O_2 99	PR PO	58	122	23:04
			עמום / חד / שורף לוחץ / ממוקד / מקרין			R.A. O_2	PR PO		66	
			עמום / חד / שורף לוחץ / ממוקד / מקרין			R.A. O_2	PR PO			

בדיקת דם/ הכנסת וונפלון

☐ ס.ד.	☐ ST
☐ כימיה	☐ ת.כבד
☐ ת.קרישה	☐ D-DIMER
☐ טרופונין	☐ CPK
☐ גזים	☐ CRP
☐ ליפאז	☐ עמילאז
☐ ר.תרופות	☐ ר.אלכוהול
☐ ת.דם	☐ לקטט
☐ שתן כללי	☐ שתן β-HCG
☐ תרבית שתן	חיובי / שלילי

שעה	
חתימה וחותמת אחות	

פא בודק _____ שעה _____ רופא מנהל מקרה _____ שעה _____

עודה זו ניתנה ע"י להגשתה כראייה לבית המשפט והריני להצהיר בזאת כי ידוע לי היטב שלעניין החוק הפלילי בדבר
רות שקר בשבועה בבית המשפט, דין תעודה זו כשהיא חתומה על ידי כדין עדות בשבועה שנתתי בבית משפט.

רגישויות לתרופות

אין

מדבקת עובד עדי וטופל
20117061-0
11376363
מ.ז.:
מי-מחלקה: 7 גל: 31

תולדות עבר

תרופות קבועות

בדיקה גופנית / נוירולוגית

אק"ג

תכנית טיפול:

דימות: ☐ צילום ☐ CT ☐ US ☐ אחר ☐ ליווי רפואי

תשובת הדמיה

בדיקה חוזרת וסיכום כללי

אבחנות

קוד

קוד

☐ מצורפת רשומה רפואית מודפסת **המלצות להמשך בירור וטיפול תרופתי**

אשפוז למחלקה: אמצעי העברה: ☐ מיטה ☐ כיסא גלגלים ☐ חמצן ☐ ליווי רפואי

שיחרור: חופש מחלה 5 ימים. ביקורת תפרים בעוד ימים. הוצאת תפרים בעוד ימים ☐ בדיקות מעבדה מצורפות

עזב על דעת עצמו: חתם / לא חתם. תאריך שעה

תאריך: שעת אשפוז / שיחרור 23:01 חתימה וחותמת הרופא

שחרור סעודי:
☐ הוצאת וונפלון
☐ בקרת סימנים חיוניים
☐ אומדן כאב בשחרור

הדרכה לשחרור:
☐ לקיחת אנלגטיקה לפי הצורך
☐ מנוחה
☐ אחר:

☐ ניתן דף הדרכה למטופל
☐ החלפת חבישה בקופ"ח
☐ לקיחת טיפול אנטיביוטי

☐ המשך מעקב רפואי
☐ ביצוע הדמייה בקופ"ח
☐ תזונה ושתייה מתאימה

חתימה וחותמת האחות המשחררת **שעה:** 23:27

עובד עדי
מ.ז. 20117061-0
11376363
מי-מהלך ז יגל: 31

רגישויות לתרופות

שעה	אופן מתן	הוראה רפואית	מיהול	קצב	חתימת הרופא	שעת ביצוע ההוראה/ חתימת וחותמת האחות

סודי רפואי

מעודכן ל: 04/11/21, 23:02

מנהל מח': דר. שופן

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה - 11376363

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, תשנ"ו - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981
ואין למסור אותו ו/או את תוכנו ו/או איזה פרט שהוא ממנו לכל אדם ו/או גוף אלא בהתאם להוראות בחוק.
מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלו, מהווה עבירה.

מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא המטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי

עובד עדי

ת.ז.: 20117061-0 **מין:** זכר **ת.לידה:** 03/05/1990 **גיל:** 31 ש
שם האב: יוסף יצחק **טל1:** 054-2212103 **טל2:** 03-5520046 **שם האם:** שרה
מצב משפחתי: ר **קופ"ח:** כללית **סוג מבקר:** אזרח
כתובת: רבינוביץ' 1/21, בת ים, 5958501

נתוני ביקור במיון

סיבת קבלה: מחלה **גורם מפנה:** כללית **מבטח:** עובד עדי, 20117061-0
תאריך קליטה במיון: 04/11/21 **שעה:** 17:38
תאריך קליטה בבי"ח: 04/11/21 **שעה:** 17:38
זמן בדיקת רופא: 04/11/21, 20:21

אבחנות נוכחיות

994.8 - **ELECTROCUTION AND NONFATAL EFFECTS OF ELECTRIC CUR**
RT FOREARM BURNING

אבחנות כרוניות

708.5 - **CHOLINERGIC URTICARIA**
PHYSICAL INDUCIBLE URTICARIA AND DERMOGRAPHISM

רגישויות

לא ידוע

הרגלים

Smoking

גראס רפואי

תלונה עיקרית

בן 31,
סובל מכאבי ברכיים,
לאחר קריעת רצועה אחורית בברך ימין
תרופות קבועות- גראס רפואי
בעת עבודתו ב- 15:00 לערך נגע בכבל חשמלי , אמה ימין,

ספירת דם	Lympho No	1.5-4.0	10³/	2.4			
ספירת דם	Mono No	0.2-0.8	10³/	0.4			
ספירת דם	Eos No	0.0-0.4	10³/	0.1			
ספירת דם	Baso No	0.0-0.1	10³/	0.0			
ספירת דם	NRBC %	0.0-0.6	%	0.1			
בדיקות כימיה בדם	Glucose - B	70.0-110.0	mg/dl	85.9			
בדיקות כימיה בדם	Urea - B	18-50	mg/dl	30			
בדיקות כימיה בדם	Sodium - B	136.0-145.0	mmol/l	139.8			
בדיקות כימיה בדם	Potassium - B	3.50-5.10	mmol/l	4.33			
בדיקות כימיה בדם	Chloride -B	98-107	mmol/l	100			
בדיקות כימיה בדם	Osmolality calcul-B	275-295	mosm/ kgh2o	289			
בדיקות כימיה בדם	Creatinine - B	0.67-1.17	mg/dl	0.92			
בדיקות כימיה בדם	CK total - B	0.0-190.0	u/l	185.0			
בדיקות חלבונים ספציפיים בדם	CRP - B	0.00-0.50	mg/dl	<0.1			
ספירת דם	NRBC (Nucleated red blood cell	0.0-0.0	10<sup>3</ sup>/	0.0			
בדיקות מיוחדות בדם	Troponin T - blood	14-	ng/l	<3			
Without Title	GFR estimated	60-90	ml/ (min.1.73m	97			

בדיקות דימות

04/11/21 21:33 **צילום בית החזה, צדי**

04/11/21 21:33 **צילום בית החזה, אחורי-קדמי**

.סרעפת - בעמדה תקינה
.פלוירה - זוויות קוסטופרניות חופשיות
.שדות הריאה - ללא עדות לתסנין או גודש
.שערי ריאות - אינם מוגדלים
.צל המדיאסטינום - אינו מורחב
.צל הלב - אינו מורחב

בעת האפיזודה מלווה בחולשה כללית ותחושת פלפיטציות ,
ומלין על על כאב באמה ימין וירידה בתחושה באצבעות היד .
נעשתה הערכה ב- 17:00 ע"י דר' ירם מוזס ,כירורג ,
התרשם מכוויה ממכת חשמל באמה ימין -דרגה 2, טיפול משחה מקומית.
נשלל: שינוי במצב ההכרה, תעוקת חזה,קוצר נשימה, הפרעת ראייה, חולשה בפלג גוף.

בדיקה גופנית

מצב כללי: מצב כללי טוב, בהכרה מלאה, מתמצא בזמן ובמקום, נינוח נשימתית, ללא סימני התייבשות.
עור וריריות: אמה ימין - כוויה דרגה 1-2
בית חזה ונשימה: בית חזה סימטרי. כניסת אוויר טובה שווה ודו צדדית ללא צפצופים ללא קרפיטציות.
לב וכלי דם: קולות לב סדירים ללא אוושות. ללא קולות נוספים. ללא סימני גודש ורידי צוואר.
בטן: רכה ואינה רגישה
שלד, פרקים, גפיים: אמה ימין חבושה עם פד סטרילי מודבק
ללא סימני איסכמייה
ללא הגבלה בהנעת הגפיים
אין הגבלה בהנעת האצבעות
עצבים: בהכרה מלאה ,כוח גס שמור,

בדיקות מעבדה

קבוצה	תיאור	טווח	יח'	ראשון	אחרון	חריג מינימלי	חריג מקסימלי
ספירת דם	WBC	4.0-10.0	10³/	8.3			
ספירת דם	RBC	4.4-6.0	10⁶/	4.7			
ספירת דם	HGB	13.5-17.5	G/DL	14.7			
ספירת דם	HCT	38.0-52.0	%	40.8			
ספירת דם	MCV	80.0-100.0	FL.	87.7			
ספירת דם	MCH	26.0-32.0	PG	31.6			
ספירת דם	MCHC	30.0-37.0	G/DL	36.0			
ספירת דם	RDW - SD	12.1-16.2	%	12.2			
ספירת דם	PLT	150-450	10³/	202			
ספירת דם	MPV	6.5-10.0	FL.	9.5			
ספירת דם	Neutro %	42.0-72.0	%	63.8			
ספירת דם	Lympho %	20.0-45.0	%	29.2			
ספירת דם	Monocytes %	2.0-10.0	%	5.2			
ספירת דם	Eos %	0.0-6.0	%	1.3			
ספירת דם	Baso %	0.0-1.0	%	0.5			
ספירת דם	Neutro No	1.5-7.5	10³/	5.3			

דיון וסיכום הקבלה

בן 31,
סובל מכאבי ברכיים,
לאחר קריעת רצועה אחורית בברך ימין
תרופות קבועות- גראס רפואי.
טופל בטוקסואיד לפני כחודש.
בעת עבודתו ב- 15:00 לערך נגע בכבל חשמלי , אמה ימין,
בעת האפיזודה מלווה בחולשה כללית ותחושת פלפיטציות ,
ומלין על על כאב באמה ימין וירידה בתחושה באצבעות היד .
נעשתה הערכה ב- 17:00 ע"י דר' ירם מוזס ,כירורג ,
התרשם מכוויה ממכת חשמל באמה ימין -דרגה 2, טיפול משחה מקומית.
נשלל: שינוי במצב ההכרה, תעוקת חזה,קוצר נשימה, הפרעת ראייה, חולשה בפלג גוף.
בקבלתו נינוח ללא טכיקרדיה או טכיפניאה.
סטורציה-100 באוויר חדר
חום-36.7 דופק-55 לדקה סדיר לד- 124/78
בהכרה מלאה, ללא סימני צד
לב קולות סדירים.
אמה ימין חבישה עם פד שהודבק.
במהלך שהותו במיון טופל בליטר STD +אקאמול 1גרם במתן IV עם שיפור ניכר בסימפטומים.
טרם שחרורו הערכת כירורג,דר' דוידוב,
ובעת בדיקתו
אכן מדובר בכוויה דרגה 1-2 ,
והמליץ חבישה עם סילברול.
בדיקות עזר:
אקג- סינוס
ST/T ללא שינויים איסכמיים
PR תקין QRS - תקין.
צ.חזה- ללא ממצא חריף.
מעבדה:
טרופונין- תקין
CK - תקין
גלוקוז,תפקודי כליה,נתרן,אשלגן- תקינים
ללא לאוקוציטוזיס
CRP אינו מוגבר.
לסיכום
מדובר בכוויה דרגה 1-2 באמה ימין- בשל מכת חשמל , ללא סיבוכים קארדיאליים או נוירולוגיים.

מצב המטופל בשחרור ממיון

טרם שחרורו מתהלך במיון וחש בטוב.
ולמעשב במהלך שהותו במיון מ- 17:30 לערך ועד לשחרורו ללא תעוקת חזה,פלפיטציות או חסר נוירולוגי.

תכנית טיפול והמלצות להמשך

-מעקב רופא מטפל
-מעקב חום

-מנוחה לפחות 4-5 ימים.
- המשך טיפול מקומי בסילברול במשך 10 ימים.
-החמרה במצבו,חום גבוה,
החמרה בכוויה לפנות לשירות רפואי זמין.
בברכה,

החלטות רפואיות:

תאריך	שעה	סוג החלטה	יעד/מוסד העברה	רופא
04/11/2021	23:00	שחרור		חנ.דסאו

שוחרר בליווי _____

חתימה

רופא מאשר: דר. דסאו, חנן

מספר רשיון:

חתימה: _____

23:02 04/11/21

תז מבוטח

201170610

טופס התחייב

2310602

שירותי בריאות כללית

חסוי/אישי

-מקור

מחוז מנפק : 002 ת"א יפו

מרפאה מנפקת : 3063 בימ"ק בת ימון

גורם מממן : 002 ת"א יפו

תאריך : 07/11/21

אל : 223 וולפסון לקביעת תור : 03-5028211

אישור הפניה לחדר מיון
מס': 302310602

המבוטח : 0-0020117061 עובד עדי

רופא מפנה : 29477 באאזוב מננה

רופא מטפל : 29477 באאזוב מננה

הפניה לצורך : ביקור בחדר מיון

הסיבה : תאונת עבודה

תאריך זימון : 04/11/21

האישור בתוקף עד לתאריך : 04/11/21

חי אלה

שם הפקיד/מנהל אדמ' במרפאה

חתימה וחותמת

לתשומת לב בית החולים/המכון !

להלן תנאי האישור להפניה :

* האישור משמש התחייבות הקופה למימון אך ורק של השירותים הרפואיים הרשומים בטופס זה והכלולים "בסל שירותים" כמשמעו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994.

* שירותי בריאות כללית לא תישא בכל אופן שהוא בעלות חלקית או מלאה של שירות רפואי אחר או שונה, לרבות שירות רפואי כלשהו שינתן במסגרת שר"פ.

* טופס זה מיועד לביקור אחד בלבד.

* תוקף הפנייה זו הוא עד לתאריך הרשום לעיל, ושירותי בריאות כללית לא תהא חייבת לשאת בהוצאת בגין שירותים רפואיים שיינתנו למבוטח מעבר לתאריך זה, כל עוד לא הסכימה בכתב להארכת תוקפה.

* התחייבות זאת תכובד בכפוף להוראות כל דין והסכם וכנגד שירותים שיינתנו על פי דין.

הוזמן תור לתאריך ___/___/___ בשעה ___:___

ט'-17

כללית

שם הרופא	ד"ר יורם מוזס
תחום	כירורגיה וטראומטולוגיה
מספר רשיון	18525
כתובת	הרב ניסנבאום, 33
טלפון	03-5556555

מרפאה:בתימון - מרכז מקצועי - בת ים מחוז:

תאריך 07/11/2021

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי

פרטי המטופל

שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
עובד עדי	00-20117061-0	31.06	ז	03/05/1990	יוסף יצחק

ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון נוסף
בת ים	רבינוביץ'	21 / 1	54 - 2212103	3 - 5520046

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה תאריך תאונה: 04/11/2021

אבחנות

קוד	איפיון	אבחנה
9948		ELECTRIC BURN
		rt forearm

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל

☑ אינו/ה מסוגל/ת לעסוק בעבודתו/ה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 04/11/2021 עד יום 13/11/2021 (בכלל) סה"כ 10 ימים

07/11/2021 תאריך מתן התעודה

07/11/2021 ת. הבדיקה

ד"ר יורם מוזס
חתימה וחותמת הרופא של השרות הרפואי המוסמך

חותמת המרפאה

הזכות לגמלה נקבעת על - ידי המוסד לביטוח הלאומי ואין התעודה מקנה זכות זו

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

כללית

הזמנה

שם הלקוח:	עדי עובד	**מספר זהות:**	20117061-0
מועד הביקור:	11/11/21 יום ה' ז' כסלו תשפ"ב	**שעה:**	13:00
שם הרופא:	רופא בי"ח 1	**מקצוע:**	אורתופדיה
מרפאה:	בתימון - המרכז לרפואה יועצת - בת ים	**טלפון:**	03-5556555
כתובת:	הרב ניסנבאום 33, בת ים		
אוטובוסים:	אגד 2/א,11,83,84,85,דן 6,142		

הנחיות: אם אין באפשרותך להגיע, אנא בטל/י את התור לפחות יום אחד לפני המועד שלו.

מדובר בקבוצת רופאים שמגיעים מבתי חולים לא ניתן לדעת את שמו של הרופא
הרופא/ה מטפלים בילדים אך אינם מומחים לילדים. במידה והילד/ה הופנו "למומחה לילדים" יש להפנותו למרפאת האם.
יש להביא צילומים או תוצאות C.T/ M.R.I קודמים.
* יש להגיע לתור עם כרטיס מגנטי .
* הביקור כרוך בתשלום אגרה רבעונית אותה ניתן לשלם במזומן או בהרשאת חיוב.
* עובדים זרים-נדרשים להגיע עם כרטיס בטוח של כללית.

תאריך הדפסה: 07/11/2021 12:16:00

כללית

שם הרופא	ד"ר יורם מוזס
תחום	כירורגיה וטראומטולוגיה
מספר רשיון	18525
כתובת	הרב ניסנבאום, 33
טלפון	03-5556555
פקס	03-5556060
מרפאה:בתימון - מרכז מקצועי - בת ים	מחוז:ת"א

הפניה לרפואה יועצת

תאריך 07/11/2021

פרטי המטופל

עובד עדי	00-20117061-0	31.06	ז	03/05/1990	יוסף יצחק
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב

בת ים	רבינוביץ'	21 / 1	54 -2212103	3 - 5520046
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון נוסף

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

תאריך תאונה 04/11/2021

מספר הפניה ישירה: 33063148698

מספר רשיון	תז נבדק	מספר הפניה	גורם שולח
018525	0201170610	033063148698	3063

לכבוד: אורטופד

שירות שנבחר

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

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 04/11/2021:
נכווה ממכת חשמל באמה ימיון כעת חש שלא בטוב
07/11/2021:

ממצאים בבדיקה בדיקה גופנית מתאריך 04/11/2021:
כוויה דרגה 2 יד ימין
07/11/2021:

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
9948		ELECTRIC BURN
		rt forearm

דיון/תוכנית טיפולית דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 04/11/2021:
חבישה עם סילברול
ההפניות שהופקו ב 04/11/2021:
הפניה למיון - 70069-ביקור במיון
07/11/2021:

שם הרופא ד"ר יורם מוזס
תחום כירורגיה וטראומטולוגיה
מספר רשיון 18525
כתובת הרב ניסנבאום, 33
טלפון 03-5556555
מרפאה:בתימון - מרכז מקצועי - בת ים מחוז:

כללית

העתק 07/11/2021
העתק הודפס ע"י: ד"ר יורם מוזס

תאריך 07/11/2021

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי

פרטי המטופל

עובד עדי	00-20117061-0	31.06	ז	03/05/1990	יוסף יצחק
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב

בת ים	רבינוביץ'	21 / 1	54 - 2212103	3 - 5520046
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון נוסף

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה תאריך תאונה: 04/11/2021

אבחנות

קוד	איפיון	אבחנה
9948		ELECTRIC BURN
		rt forearm

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל

אינו/ה מסוגל/ת לעסוק בעבודתו/ה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 04/11/2021 עד יום 13/11/2021 (בכלל) סה"כ 10 ימים

07/11/2021 — תאריך מתן התעודה

07/11/2021 — ת. הבדיקה

ד"ר יורם מוזס
חתימה וחותמת הרופא של השרות הרפואי המוסמך

חותמת המרפאה

הזכות לגמלה נקבעת על - ידי המוסד לביטוח הלאומי ואין התעודה מקנה זכות זו

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

כללית

שם הרופא	ד"ר (רופא) עבדול עזיז בדיר
תחום	אורטופד מומחה
מספר רשיון	84712
כתובת	אהרון בקר 8 - תל אביב
טלפון	
פקס	
מרפאה:תל ברוך צפון עצמאית	מחוז:ת"א

סיכום ביקור

תאריך 11/11/2021

פרטי המטופל

שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
עובד עדי	00-20117061-0	31.06	ז	03/05/1990	יוסף יצחק

ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון נוסף
בת ים	רבינוביץ'	21 / 1	54 -2212103	3 - 5520046

שלום רב,

תאריך הביקור: 11/11/2021

סוג ביקור: 0 ביקור רגיל

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: 04/11/2021
כוויה לאחר התחשמלות באמה ימין במהלך עבודתו .
מטופל בחבישה
ללא הגבלה באצבעות
תחושה שמורה פזיור RUM למעט קצה אצבעות .

קוד	איפיון	אבחנה
9490		BURN - NOS

דיון/תוכנית טיפולית: ביקורת בעוד שבוע

בברכה,

ד"ר (רופא) עבדול עזיז בדיר — 84712

שם הרופא — **מס' רשיון** — **חתימה וחותמת הרופא**

כללית

שם הרופא	ד"ר (רופא) עבדול עזיז בדיר
תחום	אורטופד מומחה
מספר רשיון	84712
כתובת	אהרון בקר 8 - תל אביב
טלפון	
פקס	
מרפאה:תל ברוך צפון עצמאית	מחוז:ת"א

תאריך 18/11/2021

הפניה לפיזיותרפיה

(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל

עובד עדי	00-20117061-0	31.06	ז	03/05/1990	יוסף יצחק
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב

בת ים	רבינוביץ'	21 / 1	54 -2212103	3 - 5520046
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון נוסף

סוג תאונה 2 תאונת עבודה **תאריך תאונה** 04/11/2021

מספר הפניה: **35722024339**

רשיון רופא	תז נבדק	מספר הפניה	גורם שולח
084712	0201170610	035722024339	5722

לכבוד: פיזיותרפיה

שיפור טווחים מרפק ימין , כולל פרוספינציה
גיורי עצבי למדיאנוס

שירות שנבחר

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

אבחנה משוערת BURN - NOS

תלונות / סיבת הפניה

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 17/11/2021:
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 11/11/2021:
04/11/2021
כוויה לאחר התחשמלות באמה ימין במהלך עבודתו .
מטופל בחבישה
ללא הגבלה באצבעות
תחושה שמורה פזיור RUM למעט קצה אצבעות .
:17/11/2021
כאבי גב תחתון
הגבלה לתנועות
:18/11/2021
פצעים נראים יותר טוב , מרגיש מעט הגבלה בתנועה
חוסר תחושה פיזור מדיאנוס

בעיות פעילות

בעיה	איפיון	מ.גילוי
KNEE SYMPTOMS/COMPLAINTS	RT	20/05/2016
S/P PATELLAR SUBLUXATION KNEE	RT	20/05/2016
S/P MPFL RECONSTRUCTION KNEE	RT	15/11/2018

ס.ה.ר 7

תולדות עבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
15/11/2018	01/11/2012		REMUVAL OF F.B 5th FINGER Lt. HAND 6/11/2012

רגישויות

ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא יודע		המטופל

רגישויות נוספות

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא ידועה		

תרופות קבועות

...ב	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	3	טבליות	1	FEXOFENADINE HCL TAB 180MG 15 180
ביום	2	כמוסות	1	PREGABALIN CAP 75MG 56 75MG

שם הרופא	מספר רשיון	חתימה וחותמת הרופא
ד"ר (רופא) עבדול עזיז בדיר	84712	

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

ס.ה.ר 7

כללית

שם הרופא	ד"ר אירינה פרנק קיז'נר
תחום	נוירולוגיה
מספר רשיון	26015
כתובת	הרב ניסנבאום, 33
טלפון	03-5556555
פקס	03-5556583
מרפאה:בתימון - מרכז מקצועי - בת ים	מחוז:ת"א

תאריך 08/11/2021

סיכום ביקור

פרטי המטופל

שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
עובד עדי	00-20117061-0	31.06	ז	03/05/1990	יוסף יצחק

ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון נוסף
בת ים	רבינוביץ'	21 / 1	54 -2212103	3 - 5520046

סוג תאונה 2 תאונת עבודה תאריך תאונה 04/11/2021

שלום רב,

תאריך הביקור: 08/11/2021

סוג ביקור: 2 תאונת עבודה **תאריך תאונה:** 04/11/2021

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: 8/11/21
מתלונן על תחושה לא נעימה ביד ימין, קוצר נשימה, כאבי ראש אחרי התחשמלות.

בדיקה גופנית: בבדיקה נוירולוגית ללא קישיון עורף או סימנים מנינגאלים. עצבים קרניאלים תקינים, כוח שמור תחושה תקינה. תפקודי מוחון שמורים. החזרים שווים ללא סימנים פירמידלים.

קוד	איפיון	אבחנה
7840		HEADACHE
7820		PARESTHESIA
7804		VERTIGO

הפניות	פרטי ההפניה	קוד	התחייבות	סטטוס
טופס הפניה כללי	56016-אלקטרומיוגרפיה EMG	H4		הודפס

תרופות בביקור

P	מ	עד	ח	ק	נ	OP	סה"כ	משך	D	פ	יחידה	הגשה	מנה	תרופה
W	1		0	ר	N	יחידה	60	30	D	2	טבליות	TAB	1	BETAHISTINE 16MG TAB 16MG

תאונה	גר"ן	ת. אישור	טיפול מחזורי	עין	תרופה
					BETAHISTINE 16MG TAB 16MG

התראת תרופות:

פעולות	קוד	כמות
152 פתיחת תיק	152	1

סיכום והמלצות:

EMG
BETISTINE
משككי כאבים לפי צורך.

בברכה,

ד"ר אירינה פרנק קיז'נר	26015	
שם הרופא	**מס' רשיון**	**חתימה וחותמת הרופא**

כללית

שם הרופא	ד"ר מננה באאזוב
תחום	רופאת משפחה מומחית ברפואה פנימית
מספר רשיון	29477
כתובת	ארלוזורוב 31, בת ים
טלפון	03-5002700
פקס	03-5002710

מרפאה:ארלוזרוב - בת ים מחוז:ת"א

תאריך 10/11/2021

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל

עובד עדי	00-20117061-0	31.06	ז	03/05/1990	יוסף יצחק
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב

בת ים	רבינוביץ'	21 / 1	54 -2212103	3 - 5520046
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון נוסף

סוג תאונה 2 תאונת עבודה תאריך תאונה 04/11/2021

מספר הפניה: 35109179470

מספר רשיון	תז נבדק	מספר הפניה	גורם שולח
029477	0201170610	035109179470	5109

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70049	L9271	ייעוץ רופא מומחה בפסיכיאטריה	74113

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות בעת עבודתו בשעה 15:00 לערך נגע בכבל חשמלי אמה ימין
בעת האפיזודה מלווה בחולשה כללית ותחושת פלפוטציות ומלין על כאב באמה ימין וירידת תחושה באצבעות היד.
נבדק עליי כירורג בבתימין-התרשם מכווית חשמל באמה ימין דרגה 2, טופל במשחה מקומית והופנה למיון של ב"ח וולפסון.
במיון במצב כללי יציב.
ללא ממצא חריג בבדיקות דם, אקג-תקין
צילום חזה תקין
לסיכום -מדובר בכוויהדרגה 2-1 באמה ימין בשל מכת חשמל ללא סיבוכים קרדיאלים או נוירולוגים

טופל בנוזלים+אקמול דרך הוריד עם שיפור במצבו
עליי כירורד הומלץ המשך טיפול במשחת סילברול למשך 10 ימים
ב8/11 נבדק עליי נוירולוג (ד"ר קיזנר)-ללא ממצא חריג בבדיקתו.
הופנה לEMG ידיים
עקב תלונות על סכחרורת הומלץ טיפול בבטיסטין.
כעת מלין על חלשה כללית, נדודי שינה, חוסר יציבות, כאבי ראש,קשי נשימה.
מענינן ביעוץ פסיכיאטר.
כמו כן ביקש המשך חופש מחלה-עדיין לא מסוגל לעבוד לדבריו.

סימנים חיוניים: **גובה** 170 15/07/2021 **משקל** 69 15/07/2021 **bmi** 23.88

ס.ה.ר 1

לחץ דם 49 / 100 21/10/2018

דופק 44 21/10/2018

eGFR 118.27 מתאריך 08/07/2021

ממצאים בבדיקה במצב כללי טוב
אמה ימין אספקט עליון-חבוש עם פד דביק.
ללא חסר נוירולוגי פריפרי.

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
9948	RT FOREARM	ELECTRIC BURN
7840		HEADACHE
7804		DIZZINESS

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
20/05/2016	RT	KNEE SYMPTOMS/COMPLAINTS
20/05/2016	RT	S/P PATELLAR SUBLUXATION KNEE
15/11/2018	RT	S/P MPFL RECONSTRUCTION KNEE

בעיות בעבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
15/11/2018	01/11/2012		REMUVAL OF F.B 5th FINGER Lt. HAND 6/11/2012

רגישויות

ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא יודע		המטופל

רגישויות נוספות

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא ידועה		

תרופות קבועות

...ב	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	3	טבליות	1	FEXOFENADINE HCL TAB 180MG 15 180
ביום	2	כמוסות	1	PREGABALIN CAP 75MG 56 75MG

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

שם הרופא	מספר רשיון	חתימה וחותמת הרופא
ד"ר מננה באאזוב	29477	

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

ס.ה.ר 1

כללית

שם הרופא	ד"ר וסילי הרצ'נקו
תחום	אורתופדיה
מספר רשיון	134335
כתובת	הרב ניסנבאום, 33
טלפון	03-5556555
פקס	03-5556583
מרפאה:בתימון - מרכז מקצועי - בת ים	מחוז:ת"א

תאריך 11/11/2021

הפניה כללית - נוסח חופשי

פרטי המטופל

שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
עובד עדי	00-20117061-0	31.06	ז	03/05/1990	יוסף יצחק

ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון נוסף
בת ים	רבינוביץ'	21 / 1	54 -2212103	3 - 5520046

סוג תאונה 2 תאונת עבודה **תאריך תאונה** 04/11/2021

מספר רשיון 134335 | תז נבדק 0201170610 | מספר הפניה 033063150396 | גורם שולח 3063

לכבוד: למרפאת כף יד בהקדם האפשרי לערכה ותוכנית מעקב וטיפול.
תודה

אבחנה משוערת

קוד	אפיון	אבחנה
3542	SUSP.	NEUROPATHY ULNAR

תלונות בן 31 בריא בדר"כ.
בעבודתו נחבל ממכת חשמל ביד ימין.
מאז סובל מכאבים וזרמים ביד ימין.
בבדיקתו - פצעים שטחיים באיזרו אמה פרוקסיאמלית אספקט וולארי מסוג כוויות
ללא סמני תהליך סזיהומי.
ללא רגישות ספציפית מעל האמה. טוען על ירידה בתחושה דפוזית באמהוכף יד ימין, רושם לחולשה לפי פיזור אולנארי.
הופנה לEMG.
נתן הפניה למרפאת כף יד.

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
20/05/2016	RT	KNEE SYMPTOMS/COMPLAINTS
20/05/2016	RT	S/P PATELLAR SUBLUXATION KNEE
15/11/2018	RT	S/P MPFL RECONSTRUCTION KNEE

היסטוריה רפואית- בעיות בעבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
15/11/2018	01/11/2012		REMUVAL OF F.B 5th FINGER Lt. HAND 6/11/2012

כללית

שם הרופא	ד"ר יורם מוזס
תחום	כירורגיה וטראומטולוגיה
מספר רשיון	18525
כתובת	הרב ניסנבאום, 33
טלפון	03-5556555
פקס	03-5556060

מרפאה:בתימון - מרכז מקצועי - בת ים מחוז:ת"א

תאריך 07/11/2021

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל

עובד עדי	00-20117061-0	31.06	ז	03/05/1990	יוסף יצחק	
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב	

בת ים	רבינוביץ'	21 / 1	54 -2212103	3 - 5520046	
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון נוסף	

סוג תאונה 2 תאונת עבודה תאריך תאונה 04/11/2021

מספר הפניה ישירה: 33063148698

מספר רשיון	תז נבדק	מספר הפניה	גורם שולח
018525	0201170610	033063148698	3063

לכבוד: אורטופד

שירות שנבחר

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

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 04/11/2021:
נכווה ממכת חשמל באמה ימין כעת חש שלא בטוב
:07/11/2021

ממצאים בבדיקה בדיקה גופנית מתאריך 04/11/2021:
כוויה דרגה 2 יד ימין
:07/11/2021

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
9948		ELECTRIC BURN
		rt forearm

דיון/תוכנית טיפולית דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 04/11/2021:
חבישה עם סילברול
ההפניות שהופקו ב 04/11/2021:
הפניה למיון - 70069-ביקור במיון
:07/11/2021

כללית

שם הרופא	ד"ר אירינה פרנק קיז'נר
תחום	נוירולוגיה
מספר רשיון	26015
כתובת	הרב ניסנבאום, 33
טלפון	03-5556555
פקס	03-5556583
מרפאה:בתימון - מרכז מקצועי - בת ים	מחוז:ת"א

תאריך 08/11/2021
16:08

הפניה כללית.

פרטי המטופל

שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
עובד עדי	00-20117061-0	31.06	ז	03/05/1990	יוסף יצחק

ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון נוסף
בת ים	רבינוביץ'	21 / 1	54 -2212103	3 - 5520046

סוג תאונה 2 תאונת עבודה **תאריך תאונה** 04/11/2021

מספר הפניה ישירה: 33063149317

מספר רשיון	תז נבדק	מספר הפניה	גורם שולח
026015	0201170610	033063149317	3063

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
56016	95861	אלקטרומיוגרפיה EMG	56016

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
7840		HEADACHE
7820		PARESTHESIA

תלונות: 8/11/21
מתלונן על תחושה לא נעימה ביד ימין, קוצר נשימה, כאבי ראש אחרי התחשמלות.

ממצאים בבדיקה: בבדיקה נוירולוגית ללא קישיון עורף או סימנים מנינגאלים. עצבים קרניאלים תקינים, כוח שמור תחושה תקינה. תפקודי מוחון שמורים. החזרים שווים ללא סימנים פירמידלים.

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
20/05/2016	RT	KNEE SYMPTOMS/COMPLAINTS
20/05/2016	RT	S/P PATELLAR SUBLUXATION KNEE
15/11/2018	RT	S/P MPFL RECONSTRUCTION KNEE

היסטוריה רפואית- בעיות בעבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
15/11/2018	01/11/2012		REMUVAL OF F.B 5th FINGER Lt. HAND 6/11/2012

רגישויות
ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא יודע		המטופל

רגישויות נוספות

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא ידוע		

תרופות קבועות

...ב	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	3	טבליות	1	FEXOFENADINE HCL TAB 180MG 15 180
ביום	2	כמוסות	1	PREGABALIN CAP 75MG 56 75MG

מטרת הבדיקה: לשלול בעיה עצבית בידיים- NCV

ד"ר אירינה פרנק קיז'נר
שם הרופא

26015
מספר רשיון

חתימה וחותמת הרופא

בעת דימון, 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

שם הרופא ד"ר עמיר פרומן
תחום פסיכיאטר
מספר רשיון 26784
כתובת ארלוזורוב 31, בת ים
טלפון 03-5002700
פקס 03-5002710

כללית

מרפאה:ארלוזרוב - בת ים מחוז:תל אביב

תאריך 29/11/2021

סיכום ביקור

פרטי המטופל

שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
עובד עדי	00-20117061-0	31.07	ז	03/05/1990	יוסף יצחק

ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון נוסף
בת ים	רבינוביץ'	21 / 1	54 -2212103	3 - 5520046

שלום רב,

לכבוד: רופא משפחה

תאריך הביקור: 29/11/2021

סוג ביקור: 2 תאונת עבודה

מהות הביקור: רגיל

אבחנות פסיכיאטריות פעילות

קוד	איפיון	אבחנה
L15	RT	KNEE SYMPTOMS/COMPLAINTS
	RT	S/P PATELLAR SUBLUXATION KNEE
	RT	S/P MPFL RECONSTRUCTION KNEE

אבחנות בביקור

ת.גילוי	איפיון	אבחנה
F430		ACUTE STRESS REACTION

תרופות בביקור

P	מ	עד	ח	ק	נ	OP	סה"כ	משך	D	פ	יחידה	הגשה	מנה	תרופה
W	3		0	ק	N	יחידה	30	30	D	1	טבליות	TAB	1	MIRTAZAPINE 30MG TAB 30MG

סיכום ודיון:

בן 31, רווק, חשמלאי משנת 2019. לפני כן היה מתקין מזגנים. מתגורר בבת ים בגפו.
כבל חשמלי נגע באמת יד ימין ולמשך שניות מעטות הרגיש שהזמן חולף לאט, מתאר תגובה דיסוציטיבית- הרגיש שמתנתק מעצמו וחווה מקרים מחייו. עבר בין מקומות. זוכר שהסתכל על היד ולא מצליח לנתק אותה מהכבל שגרם לו לכיווץ של השרירים, צרח בקול רם.
כירורג באותו יום התרשם מכווית חשמל באמה ימין. טופל במשחה מקומית ובמיון לדבריו התפלאו "איך אתה חי". הוא חושב שנגרם לו נס- אלוהים שומר עליו לדעתו. מאז ירידה במצבו הנפשי- שתי שבתות הקיא.
מאז מאד דרוך. קשה לו כשנוגעים בו בפתאומיות ללא הכנה, קופץ מהמקום. בלילות- הולך לישון ב 02:00 לאחר שנרדם על הספה בסלון. בלילה התעוררויות מרובות . לא יודע אם יצליח לעבוד מחשש להתחשמלות נוספת. ללא סייוטי לילה. במשך היום - הליכה ספורטיבית בחוף. התחיל לאכול בריא.

כללית

בת ימון

דו"ח רדיולוגי

שם הנבדק:	עובד עדי	**תאריך לידה:**	03/05/1990
תעודת זהות:	20117061	**רופא מפנה:**	13022 ליפשיץ יצחק מאי
תאריך הבדיקה	17/11/2021 00:00:00		

מידע חסוי אישי

ק: עדי עובד ת"ז: 20117061-0 מ.גישה: 1025001788996;

עדי עובד	**ת"ז:**	20117061-0	**ת. ביצוע:**	17/11/2021
03/05/1990	**גיל:**	31 שנים	**אישור פענוח:**	21/11/2021
מחוז תל אביב יפו, (20000)	**מין:**	זכר	**ת. הדפסה:**	21/11/2021
מרפאת רופאים יועצים עצמאיים, (28618)				
יצחק מאי ליפשיץ, (13022)				

בדיקה: צילום עמוד שדרה מתני סקראלי

סיבת ההפניה:
קיימת הפניה ממוחשבת / סרוקה

בוצע:
צילום עמוד שדרה מתני סקראלי בתאריך 17/11/2021 15:03 מ.ג: 1025001788996 מבצע: מיכאלה אולארניק;
צילום עמוד שדרה מותני סקראלי;

ממצאים:
צורה תקינה של כל החוליות .
מרווחים בין חולייתיים שמורים.

סיכום:
כמפורט בפענוח לעיל.

אושרר ע"י: ד"ר סוסנה ביאטריס פלדמן מספר רשיון: 17726 21/11/2021 21:01

העתק תוצאות מידע דימותי – המסמך מכיל מידע מוגן ע"פ חוק הגנת הפרטיות התשמ"א 1981

כתב ויתור רפואי

רגישות ו/או תופעות ליוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא יודע		המטופל

רגישויות נוספות

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא ידועה		

תרופות קבועות

...ב	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופה
ביום	3	טבליות	1	FEXOFENADINE HCL TAB 180MG 15 180
ביום	2	כמוסות	1	PREGABALIN CAP 75MG 56 75MG

ד"ר וסילי הרצ'נקו

134335
מספר רשיון

כללית

שם הרופא	ד"ר (רופא) עבדול עזיז בדיר
תחום	אורטופד מומחה
מספר רשיון	84712
כתובת	אהרון בקר 8 - תל אביב
טלפון	
פקס	
מרפאה:תל ברוך צפון עצמאית	מחוז:ת"א

תאריך 09/12/2021

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל

שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
עובד עדי	00-20117061-0	31.07	ז	03/05/1990	יוסף יצחק

ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון נוסף
בת ים	רבינוביץ'	21 / 1	54 -2212103	3 - 5520046

סוג תאונה 2 תאונת עבודה תאריך תאונה 04/11/2021

מספר הפניה ישירה: 35722024998

מספר רשיון	תז נבדק	מספר הפניה	גורם שולח
084712	0201170610	035722024998	5722

לכבוד: מרפאת כף יד
בית חולים

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70082	L9263	בדיקה רפואית - כירורגיה כף יד	70082

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 23/11/2021:
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 18/11/2021:
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 17/11/2021:
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 11/11/2021:
04/11/2021
כוויה לאחר התחשמלות באמה ימין במהלך עבודתו .
מטופל בחבישה
ללא הגבלה באצבעות
תחושה שמורה פיזור RUM למעט קצה אצבעות .
:17/11/2021
כאבי גב תחתון
הגבלה לתנועות
:18/11/2021
פצעים נראים יותר טוב , מרגיש מעט הגבלה בתנועה
חוסר תחושה פיזור מדיאנוס
:23/11/2021
בצלום
:09/12/2021
בנוס; לירידה בתחושה פיזור מדיאנוס יש ירידה בתחושה גם פיזור עצב אולרני

ללא חולה מוטורית באנטרינסים
EMG הדגים הפרעה תחותשית במדיאנוס , ו חשד ללחץ בתעלה קופטלית
אזור מרפק CV 35
מתאר תחושת SANPPING באזור המרפק , בבדיקה ללא סימני חוסר יציבות

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
9490		BURN - NOS
7242		LOW BACK PAIN

דיון/תוכנית טיפולית

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 23/11/2021:
דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 18/11/2021:
ביקורת אחרי ה EMG
ההפניות שהופקו ב 18/11/2021:
הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב
23/11/2021:
09/12/2021:

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
20/05/2016	RT	KNEE SYMPTOMS/COMPLAINTS
20/05/2016	RT	S/P PATELLAR SUBLUXATION KNEE
15/11/2018	RT	S/P MPFL RECONSTRUCTION KNEE
04/11/2021	RT FOREARM	ELECTRICAL BURN

בעיות בעבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
15/11/2018	01/11/2012		REMUVAL OF F.B 5th FINGER Lt. HAND 6/11/2012

רגישויות

ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא יודע		המטופל

רגישויות נוספות

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא ידועה		

תרופות קבועות

...ב	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	טבליות	1	MIRTAZAPINE 30MG TAB 30MG
ביום	3	טבליות	1	FEXOFENADINE HCL TAB 180MG 15 180
ביום	2	כמוסות	1	PREGABALIN CAP 75MG 56 75MG

ד"ר בריר עבדולעזיז
בית חולים ע"ש שיבא, תל-השומר
המחלקה לכירורגיה אורתופדית
מנהל המחלקה לכירורגיה אורתופדית של היד

שם הרופא	מספר רשיון	חתימה וחותמת הרופא
ד"ר (רופא) עבדול עזיז בדיר	84712	

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

ד"ר בדיר עבדולעזיז
בית חולים ע"ש שיבא, תל-השומר
סגן מנהל המחלקה לכירורגיה אורתופדית
מנהל המחלקה לכירורגיה של היד

כללית

שם הרופא	ד"ר (רופא) עבדול עזיז בדיר
תחום	אורטופד מומחה
מספר רשיון	84712
כתובת	אהרון בקר 8 - תל אביב
טלפון	

מרפאה:תל ברוך צפון עצמאית מחוז:

תאריך 09/12/2021

תעודה רפואית נוספת לנפגע בעבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי

פרטי המטופל

עובד עדי	00-20117061-0	31.07	ז	03/05/1990	יוסף יצחק
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב

בת ים	רבינוביץ'	21 / 1	54 - 2212103	3 - 5520046
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון נוסף

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה תאריך תאונה: 04/11/2021

אבחנות

קוד	איפיון	אבחנה
9490		BURN - NOS

הטיפול הנוכחי:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל

☑ אינו/ה מסוגל/ת לעסוק בעבודתו/ה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 10/12/2021 עד יום 31/12/2021 (בכלל) סה"כ 22 ימים

09/12/2021	09/12/2021	
תאריך מתן התעודה	ת. הבדיקה	

ד"ר בדיר עזיז עבדול
מומחה אורטופדיה
רופא מומחה
בית חולים ע"ש שיבא
מס' רישיון 84712

חותמת המרפאה חתימה וחותמת הרופא של השרות הרפואי המוסמך

הזכות לגמלה נקבעת על - ידי המוסד לביטוח הלאומי ואין התעודה מקנה זכות זו

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

מור
רפואה מתקדמת בש. כילך

סניף מור ראשון לציון היחידה לאלקטרומיוגרפיה
טל: 03 - 9596500

תוצאות בדיקת אלקטרומיוגרפיה - E.M.G.

שם נבדק/ת : עובד , עדי ת.ז.:201170610 גיל: 31/7 מין:ז
כתובת : בת ים , רבינוביץ' 0001 טלפון: 054 - 2212103 054 - 2212103
תאריך בדיקה: 05/12/2021 גורם מפנה:תל אביב-יפו רופא מפנה/מטפל: ד"ר פרנק קיז'נר אירינה
בדיקה קודמת: לא שם מדפיסה: לירז

בדיקת עצבים

עצב	MOTOR LATENCY (msec)		AMP of CMAP (mV)		SPEED (m/sec)		F.WAVE (msec)		AMP of SNAP (mV)		SAP (msec)	
	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל
מדיאנוס Median	3.6	3.1	9.4	7.4	59	56	26	24	30	36	3.7	3.4
מתחת למרפק			9.5	8.8								
אולנאריס Ulnaris	2.6	2.2	5.8	9.0			24	26	16	26	3.4	3.2
מתחת למרפק			5.5	7.6	59	54						
באיזור המרפק			5.0	8.6	35	54						

סיכום: CTS גבולי תחושתי מימין.
לחץ על עצב אולנרי באזור המרפק מימין.

נמסרה תשובה לנבדק/ת עם סיום הבדיקה.

בברכה,

ד"ר וייצמן נינה
מומחית בנוירולוגיה
מ.ר 33119 מ.ר.מ 21679

דו"ח זה מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות. המוסרו שלא כדין עובר עבירה.
יש להעביר תוצאות בדיקה זו בהקדם אל הרופא/ה המפנה.

סניף ראשי - ז'בוטינסקי 7, ת"ד 938, בני ברק 5110802 טל: 03-5772555 פקס: 03-5772636 דוא"ל: crm@mor.org.il

Emg_ALL

כללית

מרכז רפואי רבין
בית חולים בילינסון

בילינסון
אורתופדיה - מנהלת
מרכז רפואי רבין

BEILINSON
Rabin Medical Center

הופק ע"י דר' יהודה חיים מ.ר.38241 15/12/2021 11:38

סיכום ביקור אמבולטורי

שם משפחה:	**עובד**	**ת. לידה:**	03/05/1990
שם פרטי:	**עדי**	**ת. זהות:**	**20117061-0**
כתובת:	רבינוביץ' 1 ,בת ים 59585	**מין:**	זכר
טלפון:	035520046	**גיל:**	**31**
סוג דם:			
מחוז:		**מרפאה:**	
גורם מממן:	תל אביב	**שם האב:**	יוסף יצחק

:
מרפאת כירורגית כף יד
דר' יורדאש סורין דניאל :
מ.ר.28070
אח/אחות אחראיים: מרינה אג'יסון
מס' ביקור: 2021949771
טלפון: 03-9377070
פקס: 03-9377049

סיבת הפניה/תלונה עיקרית

בריא, חשמלאי RHD
בתאריך 4/11/21 התחשמל מכבל חשמל במסגרת עבודתו - באמה ימין. לאחר טיפול ראשוני במיון שוחרר לביתו. מאז הפציעה רדימות לסירוגין לאורך אספקט ולארי-אולנרי של האצמב ואצבעות 5-4-3 עם נימול המעירו משינה. מתר תחושת" קליק" בצד מדיאלי של המרפק כשמכופפו. מטופל ב-PT ללא הטבה. מתאר גם ירידה בכח ביד ושמיטת חפצים. טרם חזר לעבודתו.
בדיקה -
אמה ימין -
פצעי כניסה ויציאה סמוכין זה לזה בצד וולארי של האמה כ-3 ס"מ דיסטלית ל-FLEX CREASE
טינל שלילי ע"פ הצלקות.
ללא דלדול שרירים באמה (נבדקו היפקי אמות 7 ס"מ דיסטלי למרפק). ללא דלדול שרירים אינטרינזיים
טינל חיובי ע"פ התעלה הקוביטלית וכן פרוקסימלית אליה, שלילי בגובה FCU .לציין כי טינל חיובי גם משמאל אף חלש הרבה יותר
אינני פוגר את האולנריס במהלך טווחי התנועה, אך מדווחת על קליקים בכיפוף המרפק
כח IO 5/5 .איגאווה וורטנברג פרומנט שליליים
תעלה כפית - טינל דורקין פאלן שליליים
EMG 5/12/21 (חודש לאחר הפציעה) -

מדיאנוס ימין 3.6 3.7		שמאל 3.1 3.4 CAMP ו-SNAP דומים
אולנריס CV ימין 35-59		שמאל 54-54
CAMP ימין 5.0		שמאל 8.6

בשלב זה נראה כי אין חסר מוטורי ולכן נגסה להמתין עם טיפול ניתוחי
יש להגיע לביקורת עוד חודשיים וחצי עם:
1. EMG חדש לאולנריס ימין ושמאל כולל בדיקת מחט ל-FDI/ADM
2. US מרפק ימין בשאלה של תת פריקה של האולנריס

דיווח פעולות:

קוד שירות	כמות	פעולה	תאריך	נרשם ע"י
70082	1	בדיקת רופא כירורג כף יד במרפאה	11:12 15/12/2021	דר' יהודה חיים מ.ר.38241

המשך טיפול:
--
לא

נחתם ע"י: דר' יהודה חיים מ.ר.38241

מרכז רפואי רבין בית חולים בילינסון מ.ר. 38241 מחלקת תת פריקה

מרכז רפואי רבין
בית חולים ביליינסון

לכבוד,
עובד עדי (שם האב: יוסף יצחק)
רבינוביץ' 1/21
בת ים 5958501

בית חולים ביליינסון
כירורגיה כף יד

מיקום: בניין מרפאות חוץ, קומת קרקע
טלפון: 03-9377070 | פקס: 03-9377049 | דוא"ל: BL2033100@clalit.org.il
מוקד זימון תורים: 03-9376666 | ימים א'-ה' 8:00-16:00

עדי שלום רב, ת.ז. 0020117061

הנך מוזמן למרפאה כירורגיה של היד- רופא א
ביום ראשון, כ"ו באדר א' תשפ"ב, 27/02/2022, בשעה 09:25.

אנו עושים כל מאמץ לקבלך בזמן, אך יתכן שיחול עיכוב בקבלתך בשל אילוצים שונים.

מה להביא לבדיקה

1. כרטיס מגנטי ותעודה מזהה עם תמונה.
2. מכתב הפנייה מהרופא המטפל הכולל עדכון מצב רפואי ותרופות.
3. צילומים קודמים במידה ויש.
4. **אין צורך בטופס התחייבות.**

הערות

1. לבירורים, שינוי התור נא להתקשר למרפאה: 03-9377070/ מוקד זימון תורים: 03-9376666.
2. מידע נוסף אודות המרכז הרפואי ניתן למצוא באתר: www.rmc.org.il
3. לידיעתך, זכותך לבקש נוכחות אדם נוסף במהלך בדיקה גופנית ובהתאם לתנאים המקובלים בבי"ח.
4. בכל שיחה שלך עם הצוות המטפל חשוב לשאול שאלות על מצבך הרפואי ועל הטיפול המתוכנן לך.
5. במידה ולא תוצג התחייבות (או הפניה ישירה) ביום קבלתכם לבית החולים, ביה"ח ידרוש תשלום מלא עבור השירות.

בברכת בריאות שלמה
צוות מרפאת כירורגיה יד

כללית

שם הרופא	ד"ר (רופא) עבדול עזיז בדיר
תחום	אורטופד מומחה
מספר רשיון	84712
כתובת	אהרון בקר 8 - תל אביב
טלפון	
פקס	
מרפאה:תל ברוך צפון עצמאית	מחוז:ת"א

העתק 12/12/2021
העתק הודפס ע"י: ספיר בוחבוט

הפניה לרפואה יועצת

תאריך 09/12/2021

פרטי המטופל

שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
עובד עדי	00-20117061-0	31.07	ז	03/05/1990	יוסף יצחק

ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון נוסף
בת ים	רבינוביץ'	21 / 1	54 -2212103	3 - 5520046

סוג תאונה 2 תאונת עבודה **תאריך תאונה** 04/11/2021

מספר הפניה ישירה: 35722024998

מספר רשיון	תז נבדק	מספר הפניה	גורם שולח
084712	0201170610	035722024998	5722

לכבוד: מרפאת כף יד
בית חולים

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70082	L9263	בדיקה רפואית - כירורגיה כף יד	70082

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 23/11/2021:
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 18/11/2021:
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 17/11/2021:
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 11/11/2021:
04/11/2021
כוויה לאחר התחשמלות באמה ימין במהלך עבודתו .
מטופל בחבישה
ללא הגבלה באצבעות
תחושה שמורה פיזור RUM למעט קצה אצבעות .
:17/11/2021
כאבי גב תחתון
הגבלה לתנועות
:18/11/2021
פצעים נראים יותר טוב , מרגיש מעט הגבלה בתנועה
חוסר תחושה פיזור מדיאנוס
:23/11/2021
בצלום
:09/12/2021
בנוס; לירידה בתחושה פיזור מדיאנוס יש ירידה בתחושה גם פיזור עצב אולרני

ללא חולה מוטורית באנטרינסים
EMG הדגים הפרעה תחותשית במדיאנוס , ו חשד לחיצון מתעלה קרפטלית
אזור המרפק CV 35
מתאר תחושת SANPPING באזור המרפק , בבדיקה ללא סימני חוסר יציבות

העתק 12/12/2021
העתק הודפס ע"י: ספיר בחבוט

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
9490		BURN - NOS
7242		LOW BACK PAIN

דיון/תוכנית טיפולית

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 23/11/2021:
דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 18/11/2021:
ביקורת אחרי ה EMG
ההפניות שהופקו ב 18/11/2021:
הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב
:23/11/2021
:09/12/2021

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
20/05/2016	RT	KNEE SYMPTOMS/COMPLAINTS
20/05/2016	RT	S/P PATELLAR SUBLUXATION KNEE
15/11/2018	RT	S/P MPFL RECONSTRUCTION KNEE
04/11/2021	RT FOREARM	ELECTRICAL BURN

בעיות בעבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
15/11/2018	01/11/2012		REMUVAL OF F.B 5th FINGER Lt. HAND 6/11/2012

רגישויות
ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא יודע		המטופל

רגישויות נוספות

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא ידוע		

תרופות קבועות

...ב	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	טבליות	1	MIRTAZAPINE 30MG TAB 30MG
ביום	3	טבליות	1	FEXOFENADINE HCL TAB 180MG 15 180
ביום	2	כמוסות	1	PREGABALIN CAP 75MG 56 75MG

העתק 12/12/2021
העתק הודפס ע"י: ספיר בוחבוט

שם הרופא	מספר רשיון	חתימה וחותמת הרופא
ד"ר (רופא) עבדול עזיז בדיר	84712	

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

כללית

שם הרופא	ד"ר (רופא) עבדול עזיז בדיר
תחום	אורטופד מומחה
מספר רשיון	84712
כתובת	אהרון בקר 8 - תל אביב
טלפון	
פקס	
מרפאה:תל ברוך צפון עצמאית	מחוז:ת"א

העתק 12/12/2021
העתק הודפס ע"י: ספיר בוחבוט

סיכום ביקור

תאריך 09/12/2021

פרטי המטופל

שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
עובד עדי	00-20117061-0	31.07	ז	03/05/1990	יוסף יצחק

ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון נוסף
בת ים	רבינוביץ'	21 / 1	54 -2212103	3 - 5520046

סוג תאונה 2 תאונת עבודה תאריך תאונה 04/11/2021

שלום רב,

תאריך הביקור: 09/12/2021

סוג ביקור: 2 תאונת עבודה **תאריך תאונה:** 04/11/2021

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 23/11/2021:
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 18/11/2021:
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 17/11/2021:
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 11/11/2021:
04/11/2021
כוויה לאחר התחשמלות באמה ימין במהלך עבודתו .
מטופל בחבישה
ללא הגבלה באצבעות
תחושה שמורה פזיור RUM למעט קצה אצבעות .
:17/11/2021
כאבי גב תחתון
הגבלה לתנועות
:18/11/2021
פצעים נראים יותר טוב , מרגיש מעט הגבלה בתנועה
חוסר תחושה פיזור מדיאנוס
:23/11/2021
בצלום
:09/12/2021
בנוס; לירידה בתחושה פיזור מדיאנוס יש ירידה בתחושה גם פיזור עצב אולרני
ללא חולה מוטורית באנטרינסים
EMG הדגים הפרעה תחותשית במדיאנוס , ו חשד ללחץ בתעלה קופטלית
אזור המרפק CV 35
מתאר תחושת SANPPING באזור המרפק , בבדיקה ללא סימני חוסר יציבות

קוד	איפיון	אבחנה
9490		BURN - NOS
7242		LOW BACK PAIN

דיון/תוכנית טיפולית: דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 23/11/2021:
דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 18/11/2021:
ביקורת אחרי ה EMG
ההפניות שהופקו ב 18/11/2021:

מור
רפואה מתקדמת בשבילך

סניף מור ראשון לציון היחידה לאלקטרומיוגרפיה
טל: 03 - 9596500

תוצאות בדיקת אלקטרומיוגרפיה - E.M.G.

שם נבדק/ת : עובד , עדי ת.ז.: 201170610 גיל: 31/7 מין:ז
כתובת : בת ים , רבינוביץ' 0001 טלפון: 054 - 2212103 054 - 2212103
תאריך בדיקה: 05/12/2021 גורם מפנה: תל אביב-יפו רופא מפנה/מטפל: ד"ר פרנק קיז'נר אירינה
בדיקה קודמת: לא שם מדפיסה: לירז

בדיקת עצבים

עצב	MOTOR LATENCY (msec)		AMP of CMAP (mV)		SPEED (m/sec)		F.WAVE (msec)		AMP of SNAP (mV)		SAP (msec)	
	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל
מדיאנוס Median	3.6	3.1	9.4	7.4	59	56	26	24	30	36	3.7	3.4
מתחת למרפק			9.5	8.8								
אולנאריס Ulnaris	2.6	2.2	5.8	9.0			24	26	16	26	3.4	3.2
מתחת למרפק			5.5	7.6	59	54						
באיזור המרפק			5.0	8.6	35	54						

סיכום: CTS גבולי תחושתי מימין.
לחץ על עצב אולנרי באזור המרפק מימין.

נמסרה תשובה לנבדק/ת עם סיום הבדיקה.

בברכה,

ד"ר וייצמן נינה
מומחית בנוירולוגיה
מ.ר 33119 מ.ר.מ 21679

דו"ח זה מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות. המוסרו שלא כדין עובר עבירה.
יש להעביר תוצאות בדיקה זו בהקדם אל הרופא/ה המפנה.

סניף ראשי - דיזנגוף 7, ת"ד 938, בני ברק 5110802 טל: 03-5772555 פקס: 03-5772636 דוא"ל: crm@mor.org.il

Emg_ALL

מור
רפואה מתקדמת בשבילך

סניף מור ראשון לציון היחידה לאלקטרומיוגרפיה
טל: 03 - 9596500

תוצאות בדיקת אלקטרומיוגרפיה - E.M.G.

שם נבדק/ת : עובד , עדי **ת.ז.:201170610** **גיל: 31/9** **מין:ז**
כתובת : בת ים , רבינוביץ' 0001 **טלפון: 054 - 2212103** **054 - 2212103**
תאריך בדיקה: 21/02/2022 **גורם מפנה:תל אביב-יפו** **רופא מפנה/מטפל: ד"ר פרנק קיז'נר אירינה**
בדיקה קודמת: כן **שם מדפיסה: גלית**

בדיקת עצבים

עצב	MOTOR LATENCY (msec)		AMP of CMAP (mV)		SPEED (m/sec)		F.WAVE (msec)		AMP of SNAP (mV)		SAP (msec)	
	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל
מדיאנוס Median	3.6	2.7	4.0	8.0	60.0	54.0			20.0	32.0	3.2	3.0
אולנאריס Ulnaris	2.6	2.2	8.0	8.0			26.0	25.0	40.0	80.0	3.4	3.4
מתחת למרפק					55.0	54.0						
באיזור המרפק					44.0	51.0						

בדיקת שרירים

שורש	שריר	פעולה ספונטנית		גיוס		צורת פוטנציאלים	
		ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל
C5-C6	Deltoid	אין	אין	ירוד	מעט ירוד	גדולות בחלקן	גדולות בחלקן
C8-T1	Dorsal Interossei	אין	אין	מעט ירוד	מלא	גדולות בחלקן	תקינות
C7	Extensor Digitorum	אין	אין	מעט ירוד	מלא	תקינות	תקינות

סיכום: בבדיקת הולכה עצבית בידיים ללא עדות ל CTS.
קיימת תסמונת התעלה הקוביטלית קלה מימין.
בבדיקת מחט חשד לנזק שורשי כרוני 6C-5C משמאל, 8C-5C מימין.
ללא פעילות ספונטנית.
דרושה קורלצייה הדמיתית.

נמסרה תשובה לנבדק/ת עם סיום הבדיקה.

בברכה,

ד"ר סטלה מגיד
מומחית ברפואה פיזיקלית ושיקום
מ.ר 34747 מ.ר.מ 31353

דו"ח זה מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות. המוסרו שלא כדין עובר עבירה.
יש להעביר תוצאות בדיקה זו בהקדם אל הרופא/ה המפנה.

סניף ראשי - ז'בוטינסקי 7, ת"ד 938, בני ברק 5110802 טל: 03-5772555 פקס: 03-5772636 דוא"ל: crm@mor.org.il

Emg_ALL

כללית

שם הרופא	ד"ר (רופא) עבדול עזיז בדיר
תחום	אורטופד מומחה
מספר רשיון	84712
כתובת	אהרון בקר 8 - תל אביב
טלפון	
פקס	

מרפאה:תל ברוך צפון עצמאית מחוז:ת"א

תאריך 02/02/2022

הפניה לדימות

פרטי המטופל

עובד עדי	00-20117061-0	31.09	ז	03/05/1990	יוסף יצחק
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב

בת ים	רבינוביץ'	21 / 1	2212103 - 54	5520046 - 3
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון נוסף

מספר הפניה ישירה: 35722026472

רשיון רופא	תז נבדק	מספר הפניה	גורם שולח
084712	0201170610	035722026472	5722

ביום הבדיקה, נא לפנות למשרד מכון הרנטגן והדימות כ - 15 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה.
נא להגיע עם טופס ההפניה, מסמכים רלוונטים וצילומים קודמים.
לנשים בלבד!
אם הינך בהריון או במצב של אפשרות להריון, חובה עליך ליידע את הרופא המפנה לבדיקה ואת הצוות המבצע במכון הרנטגן והדימות.
נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין תור לבדיקה ב 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

לכבוד: US מרפק בשאלה של חוסר יציבות של העצב האולנרי בתעלה

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78003	L1028	א.ס. US מרפק ימין	10405026

המטופל מתלונן על

04/11/2021
כוויה לאחר התחשמלות באמה ימין במהלך עבודתו .
מטופל בחבישה
ללא הגבלה באצבעות
תחושה שמורה פיזור RUM למעט קצה אצבעות .
:17/11/2021
כאבי גב תחתון
הגבלה לתנועות
:18/11/2021
פצעים נראים יונגר טוב , מרגיש מעט הגבלה בתנועה
חוסר תחושה פיזור מדיאנוס
:23/11/2021
בצלום
:09/12/2021
בנוס: לירידה בתחושה פיזור מדיאנוס יש ירידה בתחושה גם פיזור עצב אולרני
ללא הולה מוטורית באנטרינסים
EMG הדגים הפרעה תחושתית במדיאנוס , ו חשד ללחץ בתעלה קופטלית

אזור המרפק CV 35
מתאר תחושת SANPPING באזור המרפק , בבדיקה ללא סימני חוסר יציבות
:02/02/2022
נבדק לפני חודש וחצי ע"י מרפאת כף יד בלינסון
והזומן לביקורת לפני בקלת ההחלטה
EMG עדכני כולל בדיקת מעט בשאלה של דנירוציה של ה ADM /FDI
US מרפק בשאלה של חוסר יציבות של העצב האולנרי בתעלה

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
9490		BURN - NOS
7242		LOW BACK PAIN

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
20/05/2016	RT	KNEE SYMPTOMS/COMPLAINTS
20/05/2016	RT	S/P PATELLAR SUBLUXATION KNEE
15/11/2018	RT	S/P MPFL RECONSTRUCTION KNEE
04/11/2021	RT FOREARM	ELECTRICAL BURN
23/01/2022		POST TRAUMATIC STRESS DISORDER - PTSD

רגישויות

ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא יודע		המטופל

רגישויות נוספות

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא ידועה		

תולדות עבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
15/11/2018	01/11/2012		REMUVAL OF F.B 5th FINGER Lt. HAND 6/11/2012

CREATININE: 0.84 מתאריך 14/11/2021

חתימה וחותמת הרופא	מספר רשיון	שם הרופא
	84712	ד"ר (רופא) עבדול עזיז בדיר

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

כללית

שם הרופא	ד"ר (רופא) עבדול עזיז בדיר
תחום	אורטופד מומחה
מספר רשיון	84712
כתובת	אהרון בקר 8 - תל אביב
טלפון	
פקס	
מרפאה:תל ברוך צפון עצמאית	מחוז:ת"א

תאריך 02/02/2022

הפניה כללית - נוסח חופשי

פרטי המטופל

שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
עובד עדי	00-20117061-0	31.09	ז	03/05/1990	יוסף יצחק

ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון נוסף
בת ים	רבינוביץ'	21 / 1	54 -2212103	3 - 5520046

מספר רשיון	תז נבדק	מספר הפניה	גורם שולח
084712	0201170610	035722026471	5722

לכבוד: EMG עדכני כולל בדיקת מעט בשאלה של דנירוציה של ה ADM /FDI

אבחנה משוערת

קוד	אפיון	אבחנה
9490		BURN - NOS
7242		LOW BACK PAIN

תלונות

04/11/2021
כוויה לאחר התחשמלות באמה ימין במהלך עבודתו .
מטופל בחבישה
ללא הגבלה באצבעות
תחושה שמורה פזיור RUM למעט קצה אצבעות .
:17/11/2021
כאבי גב תחתון
הגבלה לתנועות
:18/11/2021
פצעים נראים יותר טוב , מרגיש מעט הגבלה בתנועה
חוסר תחושה פיזור מדיאנוס
:23/11/2021
בצלום
:09/12/2021
בגוס; לירידה בתחושה פיזור מדיאנוס יש ירידה בתחושה גם פיזור עצב אולרני
ללא חולה מוטורית באנטרינסים
EMG הדגים הפרעה תחושתית במדיאנוס , ו חשד ללחץ בתעלה קופטלית
אזור המרפק CV 35
מתאר תחושת SANPPING באזור המרפק , בבדיקה ללא סימני חוסר יציבות
:02/02/2022
בבדק לפני חודש וחצי ע"י מרפאת כף יד בלינסון
והזומן לביקורת לפני בקלת ההחלטה
EMG עדכני כולל בדיקת מעט בשאלה של דנירוציה של ה ADM /FDI

US מרפק בשאלה של חוסר יציבות של העצב האולנרי בתעלה

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

בעיה	איפיון	מ.גילוי
KNEE SYMPTOMS/COMPLAINTS	RT	20/05/2016
S/P PATELLAR SUBLUXATION KNEE	RT	20/05/2016
S/P MPFL RECONSTRUCTION KNEE	RT	15/11/2018
ELECTRICAL BURN	RT FOREARM	04/11/2021
POST TRAUMATIC STRESS DISORDER - PTSD		23/01/2022

היסטוריה רפואית- בעיות בעבר

בעיה	איפיון	מ.גילוי	מ.סיום
REMUVAL OF F.B 5th FINGER Lt. HAND 6/11/2012		01/11/2012	15/11/2018

רגישות ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא יודע		המטופל

רגישויות נוספות

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא ידועה		

תרופות קבועות

תרופה	כמות	א. הגשה	פעמים	...ב
ESCITALOPRAM TAB 10MG 10MG	1	טבליות	1	ביום
MIRTAZAPINE 30MG TAB 30MG	1	טבליות	1	ביום
FEXOFENADINE HCL TAB 180MG 15 180	1	טבליות	3	ביום
PREGABALIN CAP 75MG 56 75MG	1	כמוסות	2	ביום

ד"ר (רופא) עבדול עזיז בדיר 84712

מספר רשיון

מרכז רפואי רבין
בית חולים בילינסון
מקבוצת כללית

בילינסון
אורתופדיה - מנהלת
מרכז רפואי רבין

BEILINSON
Rabin Medical Center

הופק ע"י דר' יורדאש סורין דניאל מ.ר.28070 27/02/2022 09:27

סיכום ביקור אמבולטורי

שם משפחה:	עובד	**ת. לידה:**	03/05/1990
שם פרטי:	עדי	**ת. זהות:**	**20117061-0**
כתובת:	רבינוביץ' 1 ,בת ים 5958501	**מין:**	זכר
טלפון:	035520046	**גיל:**	**31**
סוג דם:			
מחוז:		**מרפאה:**	
גורם מממן:	תל אביב	**שם האב:**	יוסף יצחק

:
מרפאת כירורגית כף יד
דר' יורדאש סורין דניאל :
מ.ר.28070.
אח/אחות אחראיים: מרינה אג'יסון
מס' ביקור: 2022167875
טלפון: 03-9377070
פקס: 03-9377049

סיבת הפניה/תלונה עיקרית

בריא, חשמלאי RHD
בתאריך 4/11/21 התחשמל מכבל חשמל במסגרת עבודתו - באמה ימין. לאחר טיפול ראשוני במיון שוחרר לביתו. מאז הפציעה רדימות לסירוגין לאורך אספקט ולארי-אולנרי של של האצמב ואצבעות 3-4-5 עם נימול המעירו משינה. מתר תחושת" קליק" בצד מדיאלי של המרפק כשמכופפו. מטופל ב-PT ללא הטבה. מתאר גם ירידה בכח ביד ושמיטת חפצים. טרם חזר לעבודתו.
בדיקה -
אמה ימין -
פצעי כניסה ויציאה סמוכין זה לזה בצד וולארי של האמה כ-3 ס"מ דיסטלית ל-FLEX CREASE
טינל שלילי ע"פ הצלקות.
ללא דלדול שרירים באמה (נבדקו היפקי אמות 7 ס"מ דיסטלי למרפק). ללא דלדול שרירים אינטרינזיים
טינל חיובי ע"פ התעלה הקוביטלית וכן פרוקסימלית אליה, שלילי בגובה FCU .לציין כי טינל חיובי גם משמאל אף חלש הרבה יותר
אינני פואר את האולנריס במהלך טווחי התנועה, אך מדווחת על קליקים בכיפוף המרפק
כח IO 5/5 .איגאווה וורטנברג פרומנט שליליים
תעלה כפית - טינל דורקין פאלן שליליים
EMG 5/12/21 (חודש לאחר הפציעה) -

מדיאנוס ימין 3.6 3.7	שמאל 3.1 3.4 CAMP ו-SNAP דומים
אולנריס CV ימין 35-59	שמאל 54-54
CAMP ימין 5.0	שמאל 8.6

בשלב זה נראה כי אין חסר מוטורי ולכן ננסה להמתין עם טיפול ניתוחי
יש להגיע לביקורת עוד חודשיים וחצי עם:
1. EMG חדש לאולנריס ימין ושמאל כולל בדיקת מחט ל-FDI/ADM
2. US מרפק ימין בשאלה של תת פריקה של האולנריס

27-2-2022
מספר שיש כאבים
מרפק 0-140 פ.ס 90 ללא דלדול שירים קוטר זהה אמה ימין ושמאל 8 ס"מ דיסטלית ל- CUBITAL CREASE
אין דלדול כף יד יגווה ופרומנט תקינים

אמג מ 21.2.2022
מדיאנוס 2.7, 3.6 ס 2.2, 3.2
אולנריס 22.2, 2.6 ס 4. 3, 3.4
סיכום - ללא עדות ל- CTS ,תסמונת תעלה קוביטלית קלה, נזק שורשי כרוני צווארי ס5-6 משמאל ס 5-8 משמאל בבדיקתמחט

סונר מרפק ימין 20-2-2022 - ד"ר טרכטנגרץ - ללא ממצא חריג
סונר כתף ד"ר שרמן 20-2-2022 תקין

לסיכום - שיפור בהולכה עצבית בהשוואה לבדיקה קודמת

המלצה כעת -
1. לבצע EMG ביקורת עוד 4 חודשים
2. לבצע US של העצב האולנרי לראות אם יש SNAPPING - מבקש לבצע ימין ושמאל . כדאי לבצע במסגרת בית חולים מאחר שלא נעשה בצורה מלאה מקודם.
3. מעקב עם התשובות

דיווח פעולות:

קוד שירות	כמות	פעולה	תאריך	נרשם ע"י
70082	1	בדיקת רופא כירורג כף יד במרפאה	09:27 27/02/2022	דר' יורדאש סורין דניאל מ.ר.28070

מרכז רפואי רבין
בית חולים בילינסון
מקבוצת כללית

בילינסון
אורתופדיה - מנהלת
מרכז רפואי רבין

BEILINSON
Rabin Medical Center

סיכום ביקור אמבולטורי

שם משפחה:	**עובד**	**תאריך לידה:**	03/05/1990
שם פרטי:	**עדי**	**ת. זהות:**	**20117061-0**
סוג דם:		**שם האב:**	**יוסף יצחק**

:
מרפאת כירורגית כף יד
דר' יורדאש סורין דניאל מ.ר.28070 :
את/אחות אחראיים: מרינה אג'יסון
מס' ביקור: 2022167875

המשך טיפול:

שם פעולה	קוד פעולה	מועד המשך טיפול	הערות
אורתופדיה כף יד	6010171	4 חודשים	

נחתם ע"י: **דר' יורדאש סורין דניאל מ.ר.28070**

חתימה:

מאר
שירותים לאוכלוסיה הערבית
23/02/2022
17:57

לכבוד
חרושא הסטוק

דר' נבאל

הנדון: שדי שובל [illegible]
הבדיקה בוצעה במאר סניף Ilolam בתאריך : 20/02/2022

להלן שאלות בדיקת האל בלילת של פרטים יפים:

הסיבה לביצוע הבדיקה - באלרגיה

אין לראות טול עודף במפרק.
אזור מרבא הגידים והרצועות תפיסה הרגם שטור.
אזור מרבא הגידים והרצועות תפכומים לרגם שטור.
ניד חטריפס הודגם שטור.
אין שראות טול באולקרון בריסת.

לסיכום : ללא פגיעה חרגית

63, 0.1.0)

תודה על הפנייה הנבדק
ובברכה,

מרעוח ע"י : ד"ר ויקטוריה טרכטנברג מ.ר 35066

מנהלת רדיולוגית אבחנתית מ.ר. 46160

הוקלד ע"י: טרכטנברג ויקטוריה

התשובה חתומה אלקטרונית ע"י הרדיולוגית המפענחת

Created by Neevia docuPrinter SDK v6.7

מאר
מרכזים לאבחון רפואי בע"מ
30/01/2012
17:06

לכבוד
הרופא המטפל

דר' נכבד

הנדון: שמי שמר [illegible]
הבדיקה בוצעה במאר סניף Holon בתאריך: 30/01/2012

להלן ממצאי בדיקת האל תהודתי של כתף ימין

הסיבה לבקשת הבדיקה – הצבת אבחנה.

ACJ: ס.ס.ב
Rotator Cuff:
Infraspinatus: בעובי ומרחב תקינים. אין נפיחות לצד תוך-מפרקי.
Supraspinatus: בעובי ומרחב תקינים. אין נפיחות לקרע.
Subscapularis: בעובי ומרחב תקינים. אין נפיחות לקרע.
Subdeltoid and Subacromial Bursa: אין נפיחות ניוזל בתיעלה.
Biceps Tendon: בעובי ומרחב תקינים.
הפגמה הורמוני תקין.

69, 2,2,09

תודה על הפנייתך הנבדק
ובברכה,

מומחה ע"י: דר' איתמר שרמן ס.ר 24294

מומחה לרדיולוגיה אבחנתית ס.ר.ס 147910

הוקלד ע"י: שרמן איתמר

התשובה חתומה אלקטרונית ע"י הרדיולוגית המסמנת

Created by Neevia docuPrinter SDK v6.7

שם הרופא: ד"ר שי הכהן
תחום: פסיכיאטריה
מספר רשיון: 114837
כתובת: מקור חיים, 35 תל אביב
טלפון: 03-6366100
פקס: 03-6366101

כללית

מרפאה:פלוטקין - תל אביב מחוז:תל אביב

תאריך 10/01/2022

סיכום ביקור

פרטי המטופל

עובד עדי	00-20117061-0	31.08	ז	03/05/1990	יוסף יצחק
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב

בת ים	רבינוביץ'	21 / 1	54 -2212103	3 - 5520046
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון נוסף

שלום רב,

לכבוד: רופא משפחה

תאריך הביקור: 10/01/2022

סוג ביקור: 2 תאונת עבודה

מהות הביקור: רגיל

אבחנות פסיכיאטריות פעילות

קוד	איפיון	אבחנה
F430		ACUTE STRESS REACTION
L15	RT	KNEE SYMPTOMS/COMPLAINTS
	RT	S/P PATELLAR SUBLUXATION KNEE
	RT	S/P MPFL RECONSTRUCTION KNEE
	RT FOREARM	ELECTRICAL BURN

אבחנות בביקור

ת.גילוי	איפיון	אבחנה
F431		POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER

סיכום ודיון:

בריא בן 31, לפני כחודשיים ארוע חשמול בעבודה, ללא איבוד הכרה, בבדיקות גופניות ללא ממצאים, יש שימוש בסמים מגוונים מעברו הפסיק לפני כשנה ,שימוש בקנביס רפואי בשל בעיה אורטופדית, לא יעלה מינון מאז ארוע מדובר. רושם לקליניקה בתר חבלתית עם מחשבות חודרניות, דריכות, קשיי שינה , המנעויות. מרכיב חרדתי לפרקים. קושי הפקודי , יש תביעה, ללא ראקטיבציה של ארועים קודמים ללא מרכיב אפקטיבי בולט ללא פסיכוזה ללא מסוכנות.
תוכנית
יעלה מינו 30 מג , אמביוולנטי
לא רוצה הפניה למרפאה לבריאות הנפש.
ניתן בהנחיית רופא משפחה להתחיל ציפרלקס 5 מג ולאחר כשבוע שבועיים להעלות מינון ל10 מג בוקר. בהמשך בהעדר הטבה/הטבה חלקית ניתן להעלות במדורג גם עד 20 מג.
מעוניין בטיפול שיחתי, ניתנו אפשרויות, רוצה דרך מושלם , קיבל פרטים.

רח' הרבי מבכרך 5, תל אביב
טל' : 03-5151111
פקס : 03-6817546

משרד הבריאות, מרכז קהילתי לבריאות הנפש- יפו
מרפאת מבוגרים יפו

מרכז קהילתי לבריאות הנפש

סודי רפואי

בתאריך : 18/09/2022

סיכום ביקור 069949/22/1

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 המטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי.

20117061-0 עובד עדי | זכר,גיל בקבלתו : 32, ת.לידה : 03/05/1990

18/09/2022, כללית | רבינוביץ' 1 , בת ים 5958501, 0542212103, שם האב : יוסף יצחק, ארץ לידה : ישראל

אבחנות

F432 ADJUSTMENT DISORDERS

רגישויות לא ידועה רגישות

תוכן הביקור

מקום הביקור : במרפאה
הגיע לפי הזימון.
בבדיקה : מסודר. מתמצא בכל המובנים. אפקט תואם ומתגוון. חשיבה מאורגנת . שולל וללא עדות למחשבות שווא או להפרעות בפרצפציה. מדווח על התקפים של צמרמורות, ופחד לגעת בחשמל. עובד כמנהל עבודה באותו חברה. עדיין מקבל טיפול בקנאביס רפואי מאורתופד. ולל מחשבות או כוונות לפגוע בעצמו או באדם אחר. מעוניין בטיפול פסיכולוגי.

המלצות : המשך מעקב פסיכיאטרי לפי הצורך
טיפול פסיכולוגי- נשלח מייל לפזית עם שאלה לגבי תחילת הטיפול .
בדיקות דם ואק"ג
יעוץ קרדיולוג
מעקב רופא משפחה
בכל החמרה יש לפנות לרופא.

מסכם

ד"ר אגתה שוצמן
מומחית בפסיכיאטריה
מרמ 22815
מרכז קהילתי

ד"ר אגתה שוצמן
מס.רשיון : 33419 מס.מומחה : 22815

STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
MENTAL HEALTH CENTER

מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הקהילתי לבריאות הנפש

*** מידע חסוי ***

תאריך 04.09.23

אישור השתתפות בקבוצה טיפולית

מר **עובד עדי** בעל תעודת זהות מספר **20117061-0**

כתובת **רבינוביץ' 1, בת ים**

משתתף בקבוצה טיפולית המתקיימת בין התאריכים :

31.10.22 עד 4.9.23

בכבוד רב,

שם החותם : טיאסיר קיגן

תפקיד : עו"ס

חתימה :

משרד הבריאות
מרכז קהילתי לבריאות הנפש יפו
רחוב הרבי מבכרך 5 תל אביב
טל' 03-5151182/25 פקס: 036817546

Scanned with CamScanner