



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

באתר
מבלי לפגוע בזכויות

נובמבר 03 2024
Office@freiberg-law.com

פרייברג רסקין
משרד עורכי דין

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד



לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
ענף תביעות עבודה

א.ג.נ שלום רב,

הנפגע: יואל אלחנן כהן, ת.ז. 322699901
תאונה מיום 6/8/2024

1. מצ"ב טופס תביעה להכרה בתאונה כתאונת עבודה בצירוף תעודות רפואיות.
2. כן, מצ"ב טופס יפוי כח ווס"ר חתומים ע"י מרשי.
3. לעיונכם וטיפולכם המסור בתביעת מרשי אודה.

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

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

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה

☒ תאונה בעבודה ☐ מחלת מקצוע, פרט ☐ הכשרה מקצועית ☐ חבר קיבוץ או מושב שיתופי ☐ מתנדב ☐ עצמאי ☒ שכיר

1 פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי
כהן	יואל אוחן
טלפון קווי	טלפון נייד
	0528051512
מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר)	דואר אלקטרוני
322674901	@

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

שם משפחה איש קשר	שם פרטי איש קשר	מס' זהות איש קשר

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

מיקוד	ישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר
6706512	תל אביב			66	יזרח שקה

2 פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון אלא סעיף 2א' שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית

שם מעסיק/ מפעל	שם תפקיד התובע במקום העבודה
אפ אפ 3 אין 222	
רחוב / תא דואר	מס' בית
נוטל 816	30
טלפון קווי	טלפון נייד
	0504819858

האם אתה אחד מבעלי החברה/ בעל שליטה בחברה: ☒ לא ☐ כן, פרט:

האם יש קרבה משפחתית בינך לבין המעסיק: ☒ לא ☐ כן, פרט:

עצמאי (אם הפגיעה אירעה מחוץ לעסק – יש לצרף אישור על העבודה שאותה ביצעת/ היית אמור/ה לבצע)

שם העסק	סוג העיסוק
רחוב / תא דואר	מס' בית
טלפון קווי	טלפון נייד
טלפון פקס	

4

פרטי הטיפול הרפואי (יש לצרף אושור על הפנייה הראשונה לקבלת טיפול רפואי)

האיבר שנפגע מהות החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך) מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שירות רפואי)

ז'ה"ה אכילון

שלמה וקאור

ד"ר חיים חזן

שם בית החולים / מחלקה

תקופת אשפוז

תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה

ז'ה"ה אכילון

13 יום

שעה

שנה חודש יום 06 08 2024

האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים באיבר או האיברים שנפגעו שצוינו על ידך לעיל? ☒ לא ☐ כן, פרט ממה סבלת ומתי

יש לצרף מסמכים רפואיים רלוונטים

פרטי הרופאים המטפלים

טלפון המרפאה

כתובת המרפאה

תחום המומחיות

שם הרופא

237

שבה טופלתי או אני מטופל

5

סיוע וייצוג בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☐ כן
הגוף המייצג או המסייע: ☒ עורך דין ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוננת ☐ בית חולים ☐ עמותה ☐ אחר

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

טלפון

כתובת

שם גורם מסייע

035311888

אבא ח'ל, רמת

ח'ל אביא כריזיל

6

פרטים על תאונה

סוג התאונה ☒ תאונת דרכים. יש לצרף דו"ח משטרה והעתק מההודעה לחברת הביטוח.
☐ נפילה ממקום גבוה ☐ נפילה במדרגות או במדרכה פגומה ☐ התחשמלות
☐ תקיפה ☐ פגיעה מבעל חיים ☐ אחר
☐ תאונה בבניין שם האתר שם הקבלן המבצע

האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת נזקין או פיצויים מצד ג' בקשר לפגיעה? ☐ לא ☐ כן

תביעה נגד שם עורך הדין המטפל כתובתו

מס' פקס מס' טלפון

דואר אלקטרוני

האם יש ברשותך תמונות ממקום האירוע? ☐ לא ☐ כן, נא לצרף

התביעה הוגשה בבית המשפט ☐ השלום ☐ המחוזי בעיר מס' תיק אזרחי

פירוט העיסוקים

7

לפני הפגיעה

- במהלך שלושת החודשים שלפני הפגיעה:
- א. ☒ עבדתי אצל מעסיק אחר/נוסף * נא לצרף אישורים מתאימים.
- ב. ☐ הכנסתי נפגעה מהסיבה:
- ☐ מחלה ☐ חופשה ☐ אחרת * נא לצרף אישורים מתאימים.

לאחר הפגיעה

☒ לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה

☐ שהיתי בעסק / בעבודתי

עד תאריך			מתאריך		
שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום
			06	08	2024
משעה			עד תאריך		
			שנה	חודש	יום
עד שעה			מתאריך		
			שנה	חודש	יום

- ☐ חזרתי לעבודה מלאה בתאריך _____
- ☐ טרט חזרתי לעבודה ☐ לא נעדרתי מהעבודה
- שעות עבודתי במשלך ימי או בעבודתי לפני הפגיעה היו:
- משעה _____ עד שעה: _____
- ☐ עבודה במשמרות

8

הצהרה למילוי ע"י בעל שליטה או קרוב משפחה לבעל מניות בחברה בלבד

יש להמציא הוכחת תשלום ל-12 חודשים אחרונים (הפקדות בנק, צילומי המחאות ועוד)

מהו תפקידך בעבודה במועד הזכאות? (פירוט העבודה שבצעת בפועל) מנהל / קצין

היכן בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובת) מילא

מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות)

אני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים

תאריך _____ שם פרטי ומשפחה אסא חתימה * אסא

אם חתם האדם אסא בתוואת עיקוי וזניה בע"מ 515702405

פרטי חשבון הבנק של התובע

9

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

יאן כרן אהרן

מספר חשבון

מס' סניף

שם הסניף / כתובתו

שם הבנק

97409

609

כפר ירון

יכודל 10

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיבוץ / המושב ☐ לחשבוני הפרטי

פטור ממס הכנסה - יש לצרף אישור זכאות לפטור ממס הכנסה ערב הפגיעה

10

☐ עיור/ נכה 100% ☐ פטור חלקי

הצהרת התובע/מגיש התביעה

11

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.

☐ אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטלי (ממוחשב) של הכנסותי. ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה עברה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו, או ביסספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או יצירת חוב ועל כן, אני מתחייבת להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

אני מסכים שהבנק יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון הבנק תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושגי התשלומים.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממוחשבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי.

במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

ידוע לי כי אם תאושר תביעתי לדמי פגיע בגין מחלת מקצוע או ליקוי רפואי כתוצאה מתנאי עבודה, הביטוח הלאומי יבחן תביעה זו כתביעה לנכות מעבודה. בכל פגיעה אחרת, נדרשת הגשת תביעה נפרדת לנכות מעבודה.

תאריך 29/10/20 חתימת התובע *

פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע

קרבה לתובע

מספר זהות

שם משפחה

שם פרטי

טלפון קווי

טלפון נייד

דואר אלקטרוני:

@

אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר: צו אפסורפסות, פסק דין או ויתור סודיות - יש לצרףם לתביעה.

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט: שם העד לחתימה _____ ת.ז. _____

למילוי ע"י המעסיק אם התובע עובד שכיר (בתביעה של עצמאי - ימלא התובע)

1

פרטים על פגיעה מחוץ למפעל

☐ הפגיעה אירעה מחוץ למפעל – תוך כדי עבודה

מקום הפגיעה:

שעת הפגיעה

המקום שבו היה על התובע לעבוד או שבו עבד התובע ביום הפגיעה: בנין 10

האם העובד מועסק דרך קבע מחוץ לכותלי המפעל? ☐ לא ☒ כן

בדרך כלל מועסק ב: אל"מ

האם נכחו עובדים נוספים בעת הפגיעה? ☐ לא ☐ כן

1. שם

ת.ז.

2. שם

ת.ז.

תפקידו

שם העובד שנתן לתובע את ההוראה לצאת

מטרת יציאתו מחוץ למפעל

תפקיד הנפגע במפעל

שעת החזרה הצפויה

14:30

בנין 10

אל"מ

14:30

☐ תאונה בבניין: שם האתר _____ שם הקבלן הראשי _____ שם הקבלן המבצע _____

☐ פגיעה בדרך לעבודה:

באיזו שעה היה עליו להתחיל בעבודה? _____ איזו משמרת? _____ הכתובת שבה היה אמור לעבוד? _____

☒ פגיעה בדרך הביתה: באיזו שעה סיים את העבודה? 14:30 האם סיים בשעה הקבועה? ☐ כן ☒ לא

הסיבה ליציאה המוקדמת: _____ הכתובת שבה עבד לפני היציאה לביתו בנין 10

2

פרטי שכר ב-4 החודשים שהדמו להפסקת העבודה

מספר תיק ניכויים במוסד לביטוח לאומי

שם המפעל / המעסיק

912161712118179

אל"מ 3 בנין 10

מספר ימי העבודה בשבוע:

היקף המשרה ב-%

מעמד העובד: ☐ קבוע ☐ ארעי ☒ יומי ☐ חודשי

תאריך תחילת עבודה: 4/8/2024

☐ אם בשלושת החודשים שקדמו לפגיעה נעדר העובד מהעבודה, נא פרט את סיבת היעדרות

ממתי עד מתי נעדר מהעבודה. האם שולם שכר בעבור ימים אלה? ☐ כן ☒ לא

בטבלה שלהלן יש לכלול את כל רכיבי השכר, את התוספות החד פעמיות, הפרשים או המענקים ששולמו ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

החודש, כולל חודש הפסקת העבודה	מס' הימים בעבורם שולם השכר	העובד הוא		שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח	תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנכללו בשכר ברוטו		
		יומי	חודשי		סכום	לתקופה	שם התשלום
חודש	3	☒	☐	<u>1218</u>			
חודש		☐	☐				
חודש		☐	☐				
חודש		☐	☐				

☐ העובד שב לעבודה בתאריך _____ ☐ העובד לא שב עדיין לעבודה.

☐ האם היו שינויים בשכר העובד ב-12 החודשים האחרונים למועד הפגיעה בעבודה? נא לפרט _____

☐ העובד ממשיך להימנות על עובדי המפעל: ☐ כן ☐ לא

☐ לא, העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך: _____ סיבת הפסקת העבודה _____

שם בית התוכנה או לשכת השירות באמצעותם המעסיק מפיק תלושי שכר _____

שוגר טופס 100: ☐ כן ☐ לא שם איש קשר לבירור פרטי שכר אל"מ

דואר אלקטרוני: office@upendawh.co.il

מספר טלפון: 050-4819858

שם ותפקיד החותם אל"מ

תאריך _____

חתימת המעסיק _____

אפ אנד דאון
פתרונות ניקוי וצביה בע"מ
ח.פ. 5702405

3

פרטים על תשלום דמי מחלה על-ידי המעסיק/קרן דמי מחלה

האם העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י המעסיק? (נכון ליום הפגיעה)

☐ כן, ציין את מספר הימים שעמדו לזכות העובד עד יום הפגיעה: _____

☒ לא, ☐ העובד ניצל את כל הימים העומדים לזכותו

☒ לא נצברו ימי מחלה

☐ אחר _____

☐ העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י הקרן לדמי מחלה

(שם הקרן)

4

הצהרת המעסיק

אנו החתומים מטה מאשרים, כי הפרטים שמסר העובד ומסרנו אנו נכונים לפי מיטב ידיעתנו.

אנו מאשרים כי התובע הועסק על ידנו כעובד בזמן הפגיעה בעבודה.

אם יש לך הסתייגות בעניין הפגיעה, יש לפרט כאן _____

תאריך _____ תפקיד החותם _____ שם החותם _____ חתימה וחותמת x _____

אפ אנד דאון
פתרונות ניקוי ובטיח בע"מ
ח.פ. 515704005

5

פרטים משלימים למעסיק מורשה/מאושר

☐ העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה

מעסיק מורשה לפי תקנה 22:

☐ העובד נכלל בהרשאה ונעדר מתאריך _____ עד תאריך _____

ושילמנו לו דמי פגיעה כחוק.

☐ העובד אינו נכלל עם העובדים שבעבורם ניתנה הרשאה לחברה / מפעל.

מעסיק מאושר לפי סעיף 343:

☐ אני מעסיק מאושר לפי סעיף 343 (סעיף 162 בנוסח הישן)

קיבוצי:

☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

אפ אנד דאון

פתרונות ניקוי ובטיח בע"מ

חתימת המעסיק וחותמת x _____
(נדרש רק במקרים של פוטנציאל משלימים)

ח.פ. 515704005

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

1

פרטים אישיים

קוד גמלה

60

מספר זהות/דרכון

322699901

תאריך הפגיעה

06/08/2024
שנה חודש יום

שם משפחה

כהן

שם פרטי

ינאי אלחנן

חבר בקופת חולים

☒ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר

2

הצהרה

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותי.

חתימת המבוטח x

29/10/24

תאריך

THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
TEL AVIV SOURASKY MEDICAL CENTER
Affiliated with Tel-Aviv University Faculty of Medicine
6 Weizmann St. Tel-Aviv 6423906
Tel: 03-6974444



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
מסונף לפקולטה לרפואה באוניברסיטת תל-אביב
רח' ויצמן 6, תל-אביב 6423906
טל: 03-6974444

מערך אורתופדי
מנהלת המערך: פרופ' חורי אמל מ.ר. 29067

מכתב שחרור רפואי

שם יחידה: מחלקה אורתופדית כף רגל	מנהלת מחלקה: פרופ' חורי אמל מ.ר. 29067	אח/ות אחראית: גב' הילה איטינג
טלפון לבירורים: 03-6972506 טלפון לזימון תורים: 03- 6974000	פקס:	דוא"ל:

שם משפחה: כהן	שם פרטי: יואל אלחנן	ת.ז.: 322699901
תאריך לידה: 12/06/2000	גיל: 24	טלפון: 052-8051512
מין: זכר	מבוטח בקופה: כללית	כתובת: יצחק שדה 66 תל אביב - יפו תל אביב-יפו 6706512

נתוני ביקור - מספר מקרה: 13235746

תאריך קבלה למחלקה: 06/08/2024 מספר ימי אשפוז במחלקה: 13

תאריך קבלה למיון/לביה"ח: 06/08/2024 מספר ימי אשפוז בביה"ח: 13

תאריך שחרור

תאריך שחרור: 18/08/2024

יעד השחרור: לביתו/ה - בליווי משפחה

אבחנות בשחרור

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P	Rec
CALCANEUS FRACTURE OPEN	825.1	Left					
FRACTURE OF MEDIAL MALLEOLUS, OPEN	824.1	Left					

אבחנות רקע

בריא בדרך כלל

ניתוחים באשפוז

כמות	גניקולוגי	תאריך	שיטה ניתוחית	צד	קוד	ניתוח
		07/08/2024		Left	79.36.05	OPEN REDUCTION INTERNAL FIXATION FX OF MEDIAL MALLEOLUS

ניתוחים / פעולות בעבר

כמות	גניקולוגי	תאריך	שיטה ניתוחית	צד	קוד	ניתוח
		23/07/2017			34.21.06	SYMPAT.THORAC;SUR,THORACOSCOPY

אבחנות במשפחה

לא ידוע על מחלות במשפחה

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

תלונה עקרית

תאונת אופנוע

מחלה נוכחית

בן 24 בריא בד"כ

תאונת אופנוע

הגיע לחדר טראומה בהכרה מלאה

חבלת כף רגל שמאל מבודדת

לא מעשן

בבדיקתו שני פצעים בכף רגל שמאל, אחד פרוקסימלית כ 1 ס"מ לפטישון מדיאלי רוחבי כ 5 ס"מ, עמוק. פצע שני אורכו כ 4 ס"מ קוטרו חוסר עור משמעותי מעל אזור מידפוט דורסלי, עמוק נראים גידי EXTENSOR DIGITORUM, בשולי החתך נראה גיד חתוך לפחות בחלקו. ללא דימום פעיל משני החתכים. מבצע דורסיפלקציה, אקסטנציה של כל הבהונות. מבצע כיפוף בהונות. תחושה דיסטלית שמורה. דופק DP נימוש.

בוצעה שטיפה של שני הפצעים עם סליין. ניתן חיסון טטנוס, גנטהמיצין, צפהמזין.

תחת הרדמה מקומית בוצעה אקספלורציה של החתך מעל פטישון מדיאלי. הורגש שבר פתוח של הפטישון. עורק TA הורגש תקין. החתך נתפר בתפרי קירוב.

הושם בסד גבס אחורי

בצילומים- שבר פטישון מדיאלי ללא תזוזה משמעותית. חשד לשבר קלקנאוס

ייעוץ טלפוני מול ד"ר רחל בדיס מפלסטיקה - שהתייעצה עם ד"ר קידר - פצע מרוטש אינו מתאים לסגירה. זקוק לחבישות סולפה X 2 ביום לפי שעה + ייעוץ חוזר במהלך האשפוז באורתופדיה

בהמשך בסקירה חוזרת - בוצע קירוב שוליים ללא מתח של החתך מעל המידפוט. הוחזר הסד. היות והחתך אינו פתוח, לפי שעה אינו זקוק לחבישות סולפה.

השלים CT כף רגל - שבר פטישון מדיאלי, שבר קלקנאוס ללא תזוזה.

מתאשפז לאורתופדיה לצורך טיפול IV ABX והערכת יחידת כף רגל

לא ידוע שימוש בתרופות קבועות

תולדות עבר

-אמ"ל

בדיקה גופנית בקבלה

נבדק : כ

גפיים לא תקין כמתואר

סיכום אשפוז

בן 24 עם רקע כמתואר

מאושפז בגין שברים בפטישון מדיאלי (פתוח, גוסטילו 2) וקלקנאוס- רגל שמאל.

בדיון חטיבתי בעניינו הוחלט על טיפול שמרני לשבר קלקנאוס וניתוח לשחזור וקיבוע שבר הפטישון המדיאלי.

בתאריך ה7.8.24 עבר תחת הרדמה כללית ניתוח לשטיפה והטריה של הפעצים וקיבוע שבר פטישון מדיאלי עם 2 ברגים חלולים בנוסף קרע חלקי גיד TP נתפר בויקריל 4.0

מהלך ניתוחי - ללא סיבוכים.

מהלך בטר ניתוחי - תקין

בפיזיותרפיה - בסד גבס. ללא דריכה

במהלך האשפוז ללא אירועים חריגים

משתחרר במצב כללי טוב עם ההמלצות הבאות:

המלצות כלליות

המלצה:

הוצאת תפרים וביקורת מרפאת כף רגל שבועיים מיום הניתוח.
במידה וחלה החמרה - חום סיסטמי, אודם או הפרשה מוגלתית מאזור הניתוח, לחזור למיון.
המשך טיפול נוגד קרישה ב SC CRUSIA 40MG*1/D עד לניידות מלאה.
זקוק לקביים.

חופשת מחלה 3 חודשים.

נגד כאבים פרקוסט 5 מ"ג עד 3 פעמים ביום לפי הצורך ניתן להוסיף אופטליגין 1 ג' עד 3 פעמים ביום לפי הצורך.
אין לפרק או להרטיב את הגבס
רגל מורמת במנוחה

ביקורת ביום ראשון הבא 25/08 במרפאות כף רגל
ללא דריכה, המשך עם סד אחורי עד הביקורת

חופשת מחלה: 3 חודשים.

הדרכת מטופל בשחרור

החולה הודרך לגבי תכנית הטיפול המתוכננת לו

המלצות תזונתיות

13.8 - במהלך אשפוזו עבר הערכה תזונתית, סטטוס תזונתי תקין
הותאם תפריט רגיל בתוספת העשרות קלוריות וחלבונים

תרופות מומלצות

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓	(מכיל 325 מ"ג פרצטמול) סיכון גבוה לנפילות במבוגרים	30		10 ימים	ביום 3 X	5 mg	P.O	PERCOCET 5 TAB (PARACETAMOL, OXYCODONE HCL)
✓				30 ימים	ביום 1 X	40 mg	S.C	CRUSIA Enoxaparin (ENOXAPARIN SODIUM)

חתימת רופא משחרר

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
מחאמיד איהאב מ.ר. 186500	רופא/ה מתמחה	18/08/2024 10:05

שם רופא בכיר מאשר השחרור

השחרור אושר על ידי: ד"ר בן אפרימה

בכל פנייה למיון לאחר שחרור מאשפוז, עליך להצטייד בהתחייבות כספית או בתשלום כספי.

תאריך: 15/8/24

פרוטוקול פיזיותרפיה לאחר ניתוח
קיבוע שבר גפה תחתונה

תאריך הניתוח: 7/8/24

סוג/מיקום השבר:

Foot ☐

Calcaneus ☐

Distal ☐ Midshaft ☐ Proximal ☐ Tibia ☒

Distal ☐ Midshaft ☐ Proximal ☐ Fibula ☐

Lateral Malleolus ☐ Medial Malleolus ☒ Unimalleolar ☐

Trimalleolar ☐ Bimalleolar ☐

סוג הקיבוע:

☒ ברגים ☐ פלטה ☐ בורג סינדסמוטי ☐ קיבוע חיצוני ☐ תפירת רצועות: _____

☐ מסמר (IMN (Intra Medullar Nail) אחר: _____

ממצאים/פצועדורות נוספות: שבר קרניוס איפול שרתי

אביזר עזר / תמיכה חיצונית נדשת:

☒ סד גבס ☐ גבס מלא ☐ מגף פלסטיק (BOOT) ☐ ארוך ☐ קצר

☐ סד איירקאסט (Aircast) ☐ סד איירקאסט ספורט (Aircast Sport) ☐ סד מנוחה ללילה

☐ נעל דארקו ☐ עם הגבהה ☐ בלי הגבהה

☐ סד תמיכה ל Drop Foot ☐ חבישה אלסטית ☐ סד-צירים בך ☐ מכשיר CPM

הוראות זדיכה: ☒ NWB ☐ Toe Touch ☐ PWB % ☐ WBAT ☐ FWB

מוגנת עם סד/מגף ☐ לאחר _____ שבועות

ללא סד/מגף ☐

הוראת הפעלת מפרק הקרסול: ☒ ללא הפעלה ☐ פאסיבית ☐ אקטיבית נעזרת ☐ אקטיבית

הוראת הפעלת מפרק הברך: ☐ ללא הפעלה ☐ פאסיבית ☐ אקטיבית נעזרת ☐ אקטיבית

☐ הגבלת טווחים: _____ - _____

סטטוס תפקודי בשחרור: מעברים: FIM 6 נידות: FIM 6 מחק הליכה: 10 נ

טווח תנועה שהושג באשפוז: מפרק _____ : הושג _____ - _____ פאסיבי / אקטיבי נעזר / אקטיבי

מפרק _____ : הושג _____ - _____ פאסיבי / אקטיבי נעזר / אקטיבי

הערות: _____

הנחיות כלליות:

- נא להפנות לרופא מטפל במקרה של אודם או נפיחות חריגים.
- יש להקפיד על רגל מוגבהת והפעלת בהונות אקטיבית לעזרה במניעת נפיחות. יש לשקול חבישת הגפה בהתאם.
- יש להקפיד על התקדמות הדרגתית ומתמדת במטרות הטיפול. אם ההתקדמות נעצרת, יש להתייחס לכך.
- השלבים השונים של השיקום ע"פ שבועות הם מסגרת בלבד. ניתן להתקדם מהר יותר בתלות ביכולת והישגי המטופל, ותוך התחשבות בשלבי הריפוי.
- יש לוודא רמת אתגר והתנגדות הולכים ומתקדמים בתהליך השיקום. חשוב להימנע מתת מינון.
- לכל שלב הוספנו אמצעים ותרגילים מומלצים לנוחות המטופל והמטפל.
- מומלץ להנחות לתרגול עצמאי בכל שלבי השיקום.
- יש להתאים את תוכנית הטיפול לכל מטופל/ת לפי יכולותיו/ה ומצבו/ה התפקודי הקודם.

**

שלב 1: 1-6 שבועות לאחר הניתוח:

מטרות:

- השגת טווחי תנועה מלאים במפרקים סמוכים כולל בהונות
- השגת טווחי תנועה מלאים במפרק המעורב / בהתאם למגבלות הניתוחיות והוראת מנתח הנ"ל
- הדרכה ותרגול שימוש נכון באביזר עזר
- הליכה בבית עם אמצעי עזר בצורה בטוחה
- תפקוד בבית ללא עזרה או עם עזרה מועטה: לבוש, מקלחת, בישול
- תחילת יציאה להליכה מחוץ לבית, כולל מדרגות
- העלאת סיבולת וכוח – דגש על הליכה במידה ומותרת דריכה. יש לשים לב להגדלת מרחק ההליכה בהדרגה
- ניתן להשתמש במבחני "שב-תקום" (Sit-to-Stand), TUG, למעקב אחר התקדמות

אמצעי טיפול מומלצים:

- טיפול להורדת נפיחות וכאב – קירור/חימום, מוביליזציות מפרקים ורקמה רכה, עיסוי צלקת
- תרגול – כולל תרגול ספציפי להליכה, שיווי משקל, חיזוק שרירים, פרופריוספציה, שיפור טווחים
- שיפור תפקוד – תרגול התפקוד הספציפי הנדרש בבית ובחוץ
- ניתן להתחיל בטיפול הידרותרפיה במידת הצורך לאחר הוצאת תפרים וסגירת הפצע הניתוחי

קריטריונים להשגה 6 שבועות לאחר ניתוח:

- השגת טווחי תנועה מלאים בהתאמה לרגל הנגדית, בהתאם למגבלות הניתוחיות והוראת מנתח הנ"ל
- תפקוד בבית באופן עצמאי, בהתאם לתפקוד לפני הניתוח
- הליכה בטוחה מחוץ לבית

תרגילים מומלצים:

הפעלה כללית גפה עליונה תוך שמירה על הגבלות ניתוחיות, אופנים נייחים, SLR, ישיבה-עמידה, מתיחות. במידה ומותר לדרך: העברות משקל בישיבה והתקדמות לעמידה בהתאם להוראת דריכה, תרגול מדרגות.

שלב II: 7-12 שבועות לאחר הניתוח:

מטרות:

- השגחת טווחי תנועה אקטיביים מלאים נגד התנגדות
- הפסקת השימוש באביזר עזר בהתאם לתבנית הליכה תקינה, יציבות המטופל, ותפקודו הקודם
- המשך העלאת סיבולת וכוח - הגדלת מרחק ההליכה מחוץ לבית בדגש על הליכה בטוחה על כל סוגי המישורים. ניתן להשתמש בסולם "בורג" למעקב
- עצמאות בכל תפקודי ADL, ותפקוד פונקציונאלי מלא (בהתאם לתפקוד קודם)
- עצמאות בתרגול ביתי אישי
- חזרה לפעילות גופנית כללית
- ניתן להשתמש במבחני TUG ו-6MWT למעקב

תרגילים מומלצים:

הפעלה פאסיבית/אקטיבית לשיפור מגבלות טווחים, מתיחות, טרהבנד לכל מישורי התנועה בשרשרת פתוחה, עלייה על עקבים-בהונות בישיבה.
במידה ומותרת דריכה מלאה FWB: סקוואט, לאנג', Leg Press, עמידה על רגל אחת, אופניים נייחים, העברות משקל בעמידה בפסוק ובפסיעה, מעבר מכשולים בהליכה, הליכה עקב בצד אגודל, עמידה על משטחים נעים שתי רגליים סטטי ודינאמי, תרגול ישיבה/קימה מרצפה, Dual Tasking, מדרגות עלייה צידית, קפיצות, המשך מתיחות לפי צורך

שלב III: 13-18 שבועות לאחר הניתוח:

מטרות:

- השגחת טווחי תנועה אקטיביים מלאים נגד התנגדות בכל המישורים
- המשך העלאת סיבולת וכוח כללית
- שילוב תנועות פונקציונאליות וחזרה לספורט ספציפי בהתאם לדרישות ויעדי המטופל

תרגילים מומלצים:

אופניים נייחים, אליפטיקל, סקוואט, לאנג', Leg Press, שימוש בהתנגדות, עלייה על קצות אצבעות בעמידה, העברות משקל בעמידה בפסוק ובפסיעה, עמידה על משטחים נעים שתי רגליים סטטי ודינאמי, Dual Tasking, מדרגות עלייה צידית, קפיצות, תרגילי זריזות וזמישות

קריטריונים לסיום הטיפול:

- השגת טווחים תנועה אקטיביים מלאים נגד התנגדות ללא כאב, בהתאמה לרגל הנגדית
- תפקוד מלא בבית ובחוץ באופן עצמאי, בהתאם לתפקוד הקודם
- חזרה לפעילות גופנית כללית

שימו לב

פרוטוקול זה מהווה בסיס לשיקום הדרגתי.

יש להתאים את תוכנית הטיפול לכל מטופל/ת לפי יכולותיו/ה ומצבו/ה התפקודי.

אנא פנו אלינו בכל שאלה
בברכה,
צוות הפיזיותרפיה
החטיבה האורתופדית
מרכז רפואי תל אביב
פזיורתפיסט
150982

08.08.24

לכבוד



32269990-1

מס' זימון: 00000000

כהן יואל אלחנן

יצחק שדה 66

תל אביב - יפו, 6706512

א.ג.נ,

הנדון: זימון לאורטופדיית כף רגל וקרסול

מר/גב' כהן יואל אלחנן 32269990-1 מוזמן/ת ביום ראשון 25/08/2024 לשעה 08:50
לאורטופדיית כף רגל וקרסול בבנין סוראסקי קומת קרקע אגף ג.

לבדיקות	קוד שירות	תיאור שירות	כמות
	L9249	בדיקת רופא אורתופד 10	1

שעת הזימון הינה שעה משוערת ותיתכן המתנה

אנא הקפד להביא	- תעודה מזהה עם תמונה (עבור ילד ת.ז של ההורה כולל ספח). - הפניה רפואית וכל מסמך רפואי, כולל תוצאות בדיקות וצילומים. - התחייבות כספית (טופס 17) או אמצעי תשלום אחר. - חיילים מתבקשים להביא אסמכתא תקציבית. - במקרה של תאונת דרכים, יש להביא התחייבות מקופות חולים.
----------------------	---

לתשומת ליבך: ללא סידור כספי ותעודה מזהה לא נוכל לקבלך

הזמנה זו היא בתוקף לתאריך זה בלבד, במידה ואין באפשרותך להגיע, אנא הודיענו בהקדם האפשרי.

פרטי התקשרות	מס' טלפון מרפאה: 03-6974000 מס' פקס מרפאה: 074-7219810 דוא"ל מרפאה: ort-c@tlvmc.gov.il	מס' טלפון מטופל: 052-8051512 דוא"ל מטופל: yoeliko3@gmail.com
-----------------	--	---

הערות	1. מטופל נכה, בעל תו חניה ממשרד התחבורה, זכאי לחניה חינם בחניון וייצמן. לקבלת ההטבה, יש להציג בהגעה למרפאה תו נכה של משרד התחבורה שהינו בתוקף או צילום שלו משני צידיו. 2. כשקיימת מוגבלות העלולה לסכן את בטיחותך ולגרום לנפילה (במיוחד אם נפלת מספר פעמים החודש\סובל מהפרעות ביציבות\ נעזר במקל\ הליכון), חובתך להגיע למרכז הרפואי עם מלווה. 3. לקראת הביקור ניתן לטעון קבצי בדיקות הדמיה שבוצעו מחוץ לבי"ח בקישור להלן: https://cdi.tasmc.org.il/custom 4. המרפאה הינה בבי"ח ציבורי ועפ"י הנחיות משרד הבריאות, אין התחייבות לקבלה לרופא מקצועי ספציפי, הנותן שירות במרפאה. 5. המרכז הרפואי ת"א הינו בית חולים אוניברסיטאי ומתקיימת בו הוראת סטודנטים במהלך וכחלק מהטיפול הרפואי בך, תוך שמירה על פרטיותך וכבודך. 6. אפליקציית ניווט להולכי רגל בביה"ח! חפש "איכילוב" בחנות האפליקציות.
-------	---

בברכה,

הנהלת מרפאות חוץ



מס מרשם: 1974470
תוקף מ: 18/08/2024 עד: 01/09/2024
טלפון סלולרי:



ת.ל.ידה: 12/06/2000
מין: זכר
גיל: 24.2
טלפון: 052-8051512



322699901
כהן יואל אלחנן
כתובת: יצחק שדה 66 תל אביב - יפו
תל אביב- יפו
מיקוד: 6706512

גורם מבטח: כללית

קופה: כללית

INJ CRUSIA Enoxaparin (ENOXAPARIN SODIUM)	40 mg	ביום 1	30 ימים
הוראות לשימוש: mg 40 S.C 1 X (אחת) פעמים ביום למשך 30 (שלושים) ימים			
BACTROBAN 2% oint (MUPIROCIN)	1 application	ביום 1	1 שבועות
הוראות לשימוש: application 1 Topical 1 X (אחת) פעמים ביום למשך 1 (אחד) שבועות			
XXXXXXXXXXXXXX			
XXXXXXXXXXXXXX			
XXXXXXXXXXXXXX			

ד"ר מחאמיד איהאב
חתימה וחותמת הרופא:
חטיבה אורתופדית
מ.ר. 1-186500

תאריך הפקה: 18/08/2024

מחאמיד איהאב



מ.ר. 186500

איכילוב מחלקה אורתופדית כף רגל 03-6972506



מס מרשם: 1974453
-תוקף מ: 18/08/2024 עד: 01/09/2024

טלפון סלולרי:



תלידה: 12/06/2000
מין: זכר
גיל: 24.2
טלפון: 052-8051512



322699901
כהן יואל אלחנן

כתובת: יצחק שדה 66 תל אביב - יפו
תל אביב- יפו
מיקוד: 6706512

גורם מבטח: כללית

קופה: כללית

TAB PERCOCET 5
TAB (PARACETAMOL,OXYCODONE 5 mg
HCL)

ביום 3

10 ימים

30 (שלושים) יחידות לניפוק

הוראות לשימוש:

3 X mg 5 P.O (שלוש) פעמים ביום למשך 10 (עשרה) ימים

(מכיל 325 מ"ג פרצטמול) סיכון גבוה לנפילות במבוגרים

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

מחאמיד איהאב
חטיבה אורתופדית
מ.ר. 186500
תאריך הפיקה: 18/08/2024

מחאמיד איהאב



מ.ר. 186500

איכילוב מחלקה אורתופדית כף רגל 03-6972506



מס מרשם: 1974453
-תוקף מ: 18/08/2024 עד: 01/09/2024

טלפון סלולרי:



תלידה: 12/06/2000

מין: זכר

גיל: 24.2

טלפון: 052-8051512



322699901

כהן יואל אלחנן

כתובת: יצחק שדה 66 תל אביב - יפו

תל אביב- יפו

מיקוד: 6706512

גורם מבטח: כללית

קופה: כללית

TAB PERCOCET 5
TAB (PARACETAMOL, OXYCODONE 5 mg
HCL)

ביום 3

10 ימים

30 (שלושים) יחידות לניפוק

הוראות לשימוש:

3 X mg 5 P.O (שלוש) פעמים ביום למשך 10 (עשרה) ימים

(מכיל 325 מ"ג פרצטמול) סיכון גבוה לנפילות במבוגרים

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

ד"ר מחאמיד איהאב
חתימה חתומה
186500

תאריך הפקדה: 18/08/2024

מחאמיד איהאב



מ.ר. 186500

איכילוב מחלקה אורתופדית כף רגל 03-6972506

THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
TEL AVIV SOURASKY MEDICAL CENTER
Affiliated with Tel-Aviv University Faculty of Medicine
6 Weizmann St. Tel-Aviv 6423906
Tel: 03-6974444



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
מסונף לפקולטה לרפואה באוניברסיטת תל-אביב
רח' ויצמן 6, תל-אביב 6423906
טל: 03-6974444

מערך חדר ניתוח
דוח ניתוח סיעודי

שם יחידה: חדר ניתוח כיסופים	מנהל היחידה:	אח/ות אחראי/ת:
טלפון:	פקס:	דוא"ל:

שם משפחה : כהן	שם פרטי : יואל אלחנן	ת.ז. : 322699901
תאריך לידה : 12/06/2000	גיל : 24	טלפון : 052-8051512
מין : זכר	מבוטח בקופה : כללית	כתובת : יצחק שדה 66 תל אביב - יפו תל אביב-יפו 6706512

נתוני ביקור - תאריך ושעת קבלה: 07/08/2024 11:51 מספר מקרה: 13235746

ניתוחים מתוכננים

כמות	גניקולוגי	תאריך	שיטה ניתוחית	צד	קוד	ניתוח
					79.36.05	OPEN REDUCTION INTERNAL FIXATION FX OF MEDIAL MALLEOLUS

פרטי הניתוח

סוג הניתוח : דחוף

זיהוי מטופל: ק זוהה על ידי: נועה

שם הניתוח: LT ANKLE ORIF

זמנים

תאריך ושעה	שעת כניסה לחדר ניתוח	שעת התחלת הרדמה	שעת התחלת מוכן לניתוח	שעת התחלת ניתוח	שעת סיום ניתוח	שעת סיום הרדמה	שעת יציאה מחדר ניתוח
14:38 07/08/2024							בוצע
14:33 07/08/2024						בוצע	
14:31 07/08/2024					בוצע		
13:09 07/08/2024				בוצע			
13:08 07/08/2024			בוצע				
12:26 07/08/2024		בוצע					
12:15 07/08/2024	בוצע						

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

צוות בניתוח

מנתח אחראי:

ד"ר אפרמה בן, מ.ר. 1129979

מנתח ראשי:

ד"ר אלבז איתי, מ.ר. 158651

מרדים:

ד"ר כהן יונה, מ.ר. 1161230

אחות רחוצה:

חיון מיתי, מ.ר.

נחות מסתובבת:
אושקובה נועה, מ.ר.
מסייע:
יעקובוב בוריס, מ.ר.

הרדמה
General Anesthesia, Peripheral nerve block

תנחת מטופל
12:42 07/08/2024
נרשם ע"י אושקובה נועה
תאריך ושעה: 07/08/2024 12:42
תנחת מטופל: גב

אמצעי מיגון
מזרן סיליקון
חגורה
תומך לידיים
מצב העור לפני ניתוח: תקין

מנח ידיים
יד שמאל יד ימין
על תומך הרחק מהגוף על תומך הרחק מהגוף

חיטוי עור
נעשה שימוש באמצעים לספיגת חומרי חיטוי
Septal scrub
Chlorhexidine Alcohol 70%

שטיפות
Normal Saline

דיאתרמיה
שימוש בדיאתרמיה : ק
מספר מכשיר (טבוע) : 7499 COAG עוצמה : 40 CUTT עוצמה : 30
מיקום לוחית הארקה: מזרון הארקה
שם מניח הלוחית: בוריס
מצב העור לפני: תקין
מצב העור אחרי: ללא שינוי

חם עורקים
שימוש בחם עורקים : ק
מספר מכשיר
30381
סוג מכשיר
פנאומתי
מיקום
ירך שמאל
לחץ
250
שעת התחלה
13:09
שעת סיום
14:30
שם מפעיל
בוריס
שם מניח
אלבז
רופא מאשר
אפרימה
מצב העור לפני : תקין
מצב העור אחרי : ללא שינוי

סודי רפואי				
אל אלחנן כהן	ת"ז: 322699901	ביקור:	תאריך:	חדר ניתוח כיסופים

חימום

חימום : ק

מספר מכשיר סוג מכשיר טמפרטורת המכשיר הערה
101697 שמיכת חימום 43

חתימה: _____

נחתם ע"י: אושקובה נועה

THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
TEL AVIV SOURASKY MEDICAL CENTER
Affiliated with Tel-Aviv University Faculty of Medicine
6 Weizmann St. Tel-Aviv 6423906
Tel: 03-6974444



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
מסונף לפקולטה לרפואה באוניברסיטת תל-אביב
רח' ויצמן 6, תל-אביב 6423906
טל: 03-6974444

מערך חדר ניתוח
דוח ניתוח רפואי

שם יחידה: חדר ניתוח כיסופים	מנהל היחידה:	אח/ות אחראי/ת:
טלפון:	פקס:	דוא"ל:

שם משפחה : כהן	שם פרטי : יואל אלחנן	ת.ז. : 322699901
תאריך לידה : 12/06/2000	גיל : 24	טלפון : 052-8051512
מין : זכר	מבוטח בקופה : כללית	כתובת : יצחק שדה 66 תל אביב - יפו תל אביב-יפו 6706512

נתוני ביקור - תאריך ושעת קבלה: 07/08/2024 11:51 מספר מקרה: 13235746

מנתח אחראי

רופא: דר' אפרימה בן מ.ר. 1129979

אינדיקציה לניתוח ומחלה נוכחית

שבר פתוח פטישון מדיאלי קרסול שמאל

אבחנה נוכחית לפעולה

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P	Rec
FRACTURE OF MEDIAL MALLEOLUS, OPEN	824.1	Left					

שם הניתוח

כמות	גניקולוגי	עיקרי	תאריך	שיטה ניתוחית	צד	קוד	ניתוח
		✓	07/08/2024		Left	79.36.05	OPEN REDUCTION INTERNAL FIXATION FX OF MEDIAL MALLEOLUS

סיכום ניתוח

ממצאים	מהלך הניתוח	הוזן בתאריך	הוזן ע"י
בדיון חטיבתי טרם הניתוח הוחלט כי לאור השבר הפתוח וממצב הרקמה הרכה עדיף לקבע את השבר בפטישון המדיאלי בעזרת ברגים חלולים ולא פלטה	תחת הרדמה כללית רחצה וכיסוי כמקובל. צפמזין 2'ג' הפעלת חסם עורקים - סה"כ 60 TT דקות פתיחת התפרים, לציין הפצע הדורסלי בכף הרגל עם עור מרוטש ורקמת שריר מרוטשת. תחילה הפצעים נשטפו היטב בסליין. לציין באקפלורציה של הפצע מעל הפטישון נצפה קרע חלקי של גיד TP כ-50% מעובי הגיד. בנוסף ריסוק וחסר עצם הקורטקס החיצוני של הפטישון. לאחר מכן שחזור השבר בפטישון המידאלי תחת שיקוף והחזקתו עם 2 KW. קיבוע סופי של השבר עם 2	07/08/2024 14:46	דר' אלבז איתי מ.ר. 158651

ת"ז: 322699901	ביקור:	תאריך:	חדר ניתוח כיסופים
----------------	--------	--------	-------------------

	ברגים חלולים 3.5 הקדמי באורך 32ממ +שייבה והאחורי באורך 38ממ ללא שייבה. בשיקופי סיום עמדה טובה של השבר והמקבעים. תפירת שולי הגיד הקרוע בויקריל 4.0. ללא מתח בסיום. שטיפות מרובות חוזרות של הפצעים. סגירת הפצעים בניילון 3.0 ללא מתח. חבישות בקטרובן וחבישה מרופדת. סד גבס. כיבוי חסם עורקים. אקסטובציה. העברה להתעוררות.	
--	--	--

הרדמה

הרדמה: General Anesthesia, Peripheral nerve block

מתן מרכיבי דם

מתן מרכיבי דם: לא רלוונטי

דימום

דימום: לא

הפניה לפתולוגיה

בדיקה נשלחה לפתולוגיה: לא

נשלחו בדיקות מעבדה

נשלחו בדיקות מעבדה: לא

סיבוכים במהלך הניתוח

סיבוכים במהלך הניתוח: לא היו סיבוכים

צוות בניתוח

מנתח אחראי:

דר' אפרימה בן, מ.ר. 1129979

מנתח ראשי:

דר' אלבז איתי, מ.ר. 158651

מרדים:

דר' כהן יונה, מ.ר. 1161230

אחות רחוצה:

חיון מיתי, מ.ר.

אחות מסתובבת:

אושקובה נועה, מ.ר.

מסייע:

יעקובוב בוריס, מ.ר.

חתימת רופא/ה מנתח

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
דר' אלבז איתי מ.ר. 158651	רופא/ה מנתח/ת	07/08/2024 14:45

תמונות

THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
TEL AVIV SOURASKY MEDICAL CENTER
Affiliated with Tel-Aviv University Faculty of Medicine
6 Weizmann St. Tel-Aviv 6423906
Tel: 03-6974444



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
מסונף לפהולטה לרפואה באוניברסיטת תל-אביב
רח' ויצמן 6, תל-אביב 6423906
טל: 03-6974444

מערך אורתופדי
מנהלת המערך: פרופ' חורי אמל מ.ר. 29067

סיכום ביקור רפואי

שם יחידה: מרפאה אורתופדית	מנהלת המרפאה: פרופ' חורי אמל מ.ר. 29067	אח/ות אחראית:
טלפון: 03-6974000	פקס:	דוא"ל:

שם משפחה: כהן	שם פרטי: יואל אלחנן	ת.ז.: 322699901
תאריך לידה: 12/06/2000	גיל: 24	טלפון: 052-8051512
מין: זכר	מבוטח בקופה: כללית	כתובת: יצחק שדה 66 תל אביב - יפו תל אביב-יפו 6706512

נתוני ביקור - תאריך: 21/08/2024 שעה: 09:37 מספר ביקור: 44348503

מחלה נוכחית
בן 24, בריא בדכ

התקבל למוסדנו לאחר תאונת אופנוע, אשפוז 6/18/8/24 מחבנית כף רגל- שבר פטישון מדיאלי פתוח גוסטילו 2, שבר קלקנאוס בתאריך 7/8/24 עבר שטיפה וקיבוע של השבר בפטישון המדיאלי באמצעות 2 ברגים חלולים לציין כי בעת הניתוח נצפתה פגיעה חלקית בגיד TP אשר היה נעוץ בעומד השבר- בוצעה תפירה של הגיד באמצעות חוטי וייקריל 4-0 בדיון חטיבתי הוחלט על המשך טיפול שמרני לשבר קלקנאוס

21/8/24 ביקורת מרפאה
חש בטוב
ללא כאבים
מניע בהונות בחופשיות, מילוי קפילרי תקין
צילום עמדה תקינה של השב והמקבעים, עבדה שמורה של השבר בקלקנאוס
פצעים ניתוחיים ללא סימני זיהום שוליים מעט נקרוטים ללא סימני זיהום וללא דהיסנס
הוחלט על השארת הפרים שבוע נוסף

המלצות:
מעקב רופא מטפל
נוגדי כאב לפי צורך
המשך טיפול נוגד קרישיות בקרוזיה 40 מג*1/יום- עד אישור דריכה
אין להרטיב ואין להסיר את הגבס
רגל מורמת, ללא דריכה
ביקורת מרפאתנו בעוד שבוע
בכל החמרה יש לפנות לבדיקת רופא

אבחנות רקע
בריא בדור כלל

הרגלים
מעשן/ת: לא

שם: יואל אלחנן כהן	ת"ז: 322699901	מקרה:	מחלקה: מרפאה אורתופדית
--------------------	----------------	-------	------------------------

אלכוהול: לא

סמים: לא

שינה: תקינה

לא ידוע שימוש בתרופות קבועות

לא ידועה רגישות לתרופות

סיקור כאב

המטופל/ת חש/ה כאב: ק

המטופל מופנה לרופא המטפל בקהילה להמשך טיפול בכאב

בדיקת פצע ניתוחי

מצב הפצע הניתוחי: פצע תקין

לא ידועה רגישות לחומרים

ניתוחים בעבר

כמות	גניקולוגי	תאריך	שיטה ניתוחית	צד	קוד	ניתוח
		23/07/2017			34.21.06	SYMPAT.THORAC;SUR,THORACOSCOPY
		07/08/2024		Left	79.36.05	OPEN REDUCTION INTERNAL FIXATION FX OF MEDIAL MALLEOLUS

הפניה לניתוח

מופנה לניתוח: לא

הפניה לתא לחץ

מופנה לתא לחץ: לא

תרופות מומלצות

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓				1 חודשים	ביום 1 X	40 mg	S.C	CRUSIA Enoxaparin (ENOXAPARIN SODIUM)

נחתם ע"י: דר' מור ירון אור מ.ר. 143540

חתימה: _____



הזמנה לצילום / בדיקה בחטיבת ההדמיה

- חסוי רפואי -

כל השדות שדות חובה!

ההזמנה מופנית

☐ רנטגן כללי
☐ ממוגרפיה
☐ כולל שיקוף - IVP
☐ CT
☐ אנגיוגרפיה
☐ US
☐ MRI טופס נפרד

מקום למדבקה גדולה

שם החולה: _____
תעודת זהות: _____
שנת לידה: _____ גורם מפנה: _____
חולה אמבולטורי נא למלא מספר טלפון: _____

חלק א' ימולא בכל הזמנה

מקום הבצוע: ☐ במכון ההדמיה ☐ במחלקת האשפוז (ניידת)

☐ דחוף (תוך 24 שעות) ☐ לא דחוף

מצב החולה ושינוע

מצב נשימתי	מצב הכרה	אופן העברה למכון	מסוגל לעמוד	זיהום פעיל	הריון
☐ ללא אמצעי עזר ☐ מסכת חמצן ☐ +בלון ☐ מונשם	☐ הכרה מלאה ☐ הכרה חלקית ☐ חסר הכרה	☐ הליכה ☐ כסא גלגלים ☐ מיטה	☐ כן ☐ לא	☐ לא ידוע ☐ שחפת ☐ MRSA ☐ אחר איזה?	☐ כן ☐ לא ☐ לא ברור

פרטים קליניים

ממצאים ואבחנות (כולל בדיקות הזמיה רלבנטיות):

קרסנו 10/10/19

השאלה לרדיולוג:

הבדיקה הדרושה:

חתימה וחותמת:

טלפון / ביפר: _____ תאריך: _____

חלק ב' ימולא בהזמנת הבדיקות המצוינות

פעולות פולשניות

PT (sec.)	
PTT (sec.)	
INR	
Plt. (/MCRL)	
Hg (gr/dL)	

CT עם ח. ניגוד, IVP, אנגיוגרפיה

תיפקודי כליה: BUN - _____ או CREATININE _____

האם ביצע בעבר CT עם ח. ניגוד, IVP, אנגיוגרפיה? ☐ כן ☐ לא
האם פיתח תגובה (*)? ☐ כן ☐ לא
אסטמה? ☐ כן ☐ לא
אלרגיה או רגישות לתרופות (*)? ☐ כן ☐ לא
סכרת מטופלת בגלוקופאז? ☐ כן ☐ לא
* אם כן איזו ובמה מתבטאת? _____

הערות: חולה המוזמן ל-CT, IVP, או אנגיוגרפיה חייב להגיע עם גישה ורידית! בהזמנת פעולה פולשנית בחולה מונשם או חסר הכרה חובה להוריד עם טופס הסכמה חתום על ידי אפוסטרופוס או 3 רופאים בכירים.

חלק ג' - לשימוש מכון ההדמיה

תאריך קבלת ההזמנה: _____ שעה: _____

הערות הרדיולוג:

דחיפות הביצוע: _____
הוראות ביצוע: _____

סרטים	13/18	18/24	24/30	35/43	810	לייזר	אחר
תקנים							
מקולקלים							

ח. נגוד _____ כמות: _____ רופא: _____
סוג הבדיקה / מספר הבדיקות: _____
תאריך: _____ רנטגנאי: _____ חתימה: _____



מק"ט - 6520413409

THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
TEL AVIV SOURASKY MEDICAL CENTER
Affiliated with Tel-Aviv University Faculty of Medicine
6 Weizmann St. Tel-Aviv 6423906
Tel: 03-6974444



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
מסונף לפהולטה לרפואה באוניברסיטת תל-אביב
רח' ויצמן 6, תל-אביב 6423906
טל: 03-6974444

מערך אורתופדי
מנהלת המערך: פרופ' חורי אמל מ.ר. 29067

סיכום ביקור רפואי

שם יחידה: מרפאה אורתופדית	מנהלת המרפאה: פרופ' חורי אמל מ.ר. 29067	אח/ות אחראי/ת:
טלפון: 03-6974000	פקס:	דוא"ל:

שם משפחה: כהן	שם פרטי: יואל אלחנן	ת.ז.: 322699901
תאריך לידה: 12/06/2000	גיל: 24	טלפון: 052-8051512
מין: זכר	מבוטח בקופה: כללית	כתובת: יצחק שדה 66 תל אביב - יפו תל אביב - יפו 6706512

נתוני ביקור - תאריך: 28/08/2024 שעה: 08:53 מספר ביקור: 44371690

מחלה נוכחית
בן 24, בריא בדכ

התקבל למוסדנו לאחר תאונת אופנוע, אשפוז 6/18/8/24 מבחינת כף רגל- שבר פטישון מדיאלי פתוח גוסטילו 2, שבר קלקנאוס בתאריך 7/8/24 עבר שטיפה וקיבוע של השבר בפטישון המדיאלי באמצעות 2 ברגים חלולים לציין כי בעת הניתוח נצפתה פגיעה חלקית בגיד TP אשר היה נעוץ בעומד השבר- בוצעה תפירה של הגיד באמצעות חוטי וייקריל-4 0 בדיון חטיבתי הוחלט על המשך טיפול שמרני לשבר קלקנאוס

21/8/24 ביקורת מרפאה

חש בטוב
ללא כאבים

מניע בהונות בחופשיות, מילוי קפילרי תקין
צילום עמדה תקינה של השבר והמקבעים, עבדה שמורה של השבר בקלקנאוס
פצעים ניתוחיים ללא סימני זיהום שוליים מעט נקרוטים ללא סימני זיהום וללא דהיסנס
הוחלט על השארת התפרים שבוע נוסף
המלצות:

מעקב רופא מטפל
נוגדי כאב לפי צורך
המשך טיפול נוגד קרישיות בקרוזיה 40 מג*1/יום- עד אישור דריכה
אין להרטיב ואין להסיר את הגבס
רגל מורמת, ללא דריכה
ביקורת מרפאתנו בעוד שבוע
בכל החמרה יש לפנות לבדיקת רופא

===

28/8/24

3 שבועות לאחר ניתוח שבר פטישון מדיאלי גוסטילו 2, כמו כן שבר קלקנאוס לטיפול שמרני
כאבים בשיפור

מניע בהונות בחופשיות ובהונות ויאביליות תחושה שמורה
שיפור ניכר במראה הצלקות, פצע פטרלי כעת ללא כל סימני נקורזיס, פצע מדיאלי מעט סימני נקרוזיס בחלקו הפרוקסימלי
ללא אודם או חום מקומי ללא דהיסנס ללא סימני זיהום מקומי
הוסרו תפרים, בוצעה חבישת עם פולידין, קיבוע מחדש בסד גבס אחורי

שם: יואל אלחנן כהן	ת"ז: 322699901	מקרה :	מחלקה: מרפאה אורתופדית
--------------------	----------------	--------	------------------------

המלצות:

מעקב רופא מטפל
נגד כאבים- רוקסט פלוס עד 4 כדורים ביום לפי צורך. ניתן להוסיף אופטלגין נוזלי 1 גר' עד 4 פעמים ביום
המשך טיפול נוגד קרישיות בקרוזיה 40 מג*1/יום- עד אישור דריכה
המשך קיבוע בגבס - אין להרטיב ואין להסיר את הגבס
ללא דריכה
ביקורת מרפאתנו בעוד 3 שבועות- יש להביא מגף פלסטיק ארוך ליום הביקורת
בכל החמרה יש לפנות לבדיקת רופא

אבחנות רקע

בריא בדרך כלל

הרגלים

מעשן/ת: לא

אלכוהול: לא

סמים: לא

שינה: תקינה

לא ידוע שימוש בתרופות קבועות

לא ידועה רגישות לתרופות

סיקור כאב

המטופל/ת חש/ה כאב: ק

המטופל מופנה לרופא המטפל בקהילה להמשך טיפול בכאב

בדיקת פצע ניתוחי

מצב הפצע הניתוחי: פצע תקין

לא ידועה רגישות לחומרים

ניתוחים בעבר

כמות	גניקולוגי	תאריך	שיטה ניתוחית	צד	קוד	ניתוח
		23/07/2017			34.21.06	SYMPAT.THORAC;SUR,THORACOSCOPY
		07/08/2024		Left	79.36.05	OPEN REDUCTION INTERNAL FIXATION FX OF MEDIAL MALLEOLUS

הפניה לתא לחץ

מופנה לתא לחץ: לא

תרופות מומלצות

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓	סיכון גבוה לנפילות במבוגרים			10 ימים	X 4 ביום	1 tab	P.O	ROKACET PLUS cpl (CAFFEINE,PARACETAMOL,CODEINE PHOSP)
✓				1 חודשים	X 1 ביום	40 mg	S.C	CRUSIA Enoxaparin (ENOXAPARIN SODIUM)

נחתם ע"י: דר' מור ירון אור מ.ר.143540

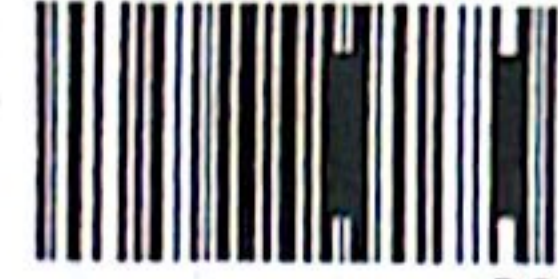
חתימה:



מס מרשם: 1988152
תוקף מ: 28/08/2024 עד: 11/09/2024
טלפון סלולרי:



תלידה: 12/06/2000
מין: זכר
גיל: 24.2
טלפון: 052-8051512



322699901
כהן יואל אלחנן
כתובת: יצחק שדה 66 תל אביב - יפו
תל אביב - יפו
מיקוד: 6706512

גורם מבטח: כללית

קופה: כללית

INJ CRUSIA Enoxaparin (ENOXAPARIN SODIUM)	40 mg	ביום 1	1 חודשים
הוראות לשימוש: mg 40 S.C 1 X (אחת) פעמים ביום למשך 1 (אחד) חודשים			
tab ROKACET PLUS cpl (CAFFEINE,PARACETAMOL,CODEINE PHOSP)	1 tab	ביום 4	10 ימים
הוראות לשימוש: tab 1 P.O 4 X (ארבע) פעמים ביום למשך 10 (עשרה) ימים סיכון גבוה לנפילות במבוגרים			
XXXXXXXXXXXXXX			
XXXXXXXXXXXXXX			
XXXXXXXXXXXXXX			

חתימה וחומת הרופא:

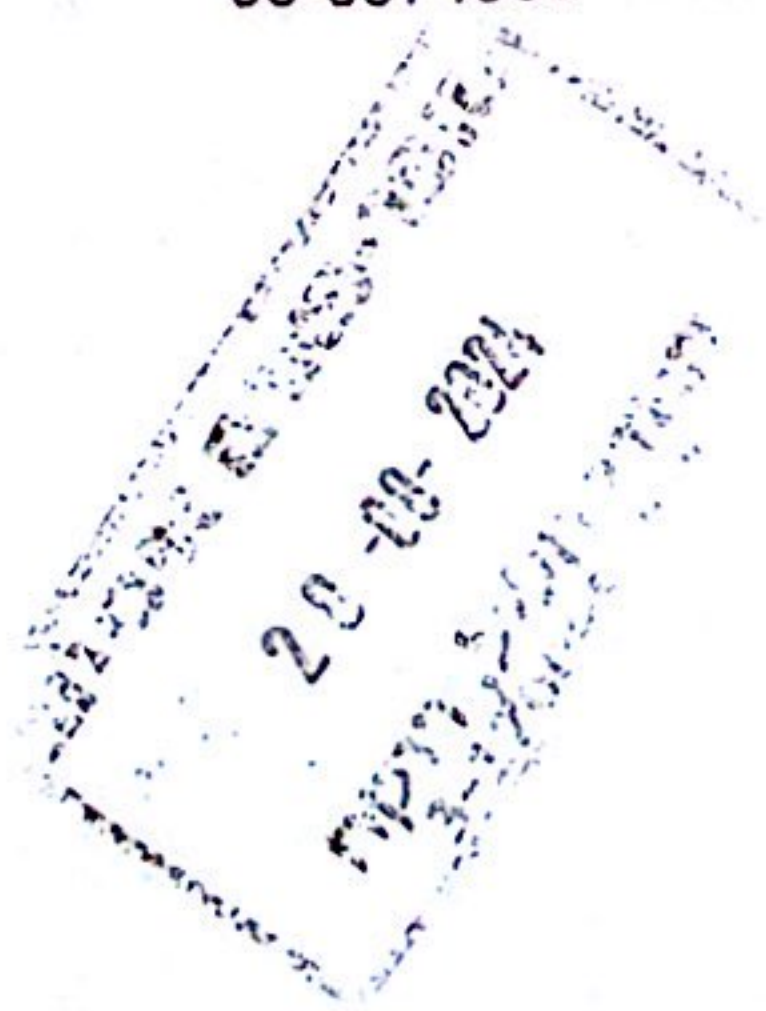
תאריך הפקד: 28/08/2024

ד"ר מור ירון אור



מ.ר. 143540

איכילוב מרפאה אורתופדית 03-6974000



THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
TEL AVIV SOURASKY MEDICAL CENTER
Affiliated with Tel-Aviv University Faculty of Medicine
6 Weizmann St. Tel-Aviv 6423906
Tel: 03-6974444



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
מסונף לפהולטה לרפואה באוניברסיטת תל-אביב
רח' ויצמן 6, תל-אביב 6423906
טל: 03-6974444

מערך אורתופדי
מנהלת המערך: פרופ' חורי אמל מ.ר. 29067

סיכום ביקור רפואי

שם יחידה: מרפאה אורתופדית	מנהלת המרפאה: פרופ' חורי אמל מ.ר. 29067	אח/ות אחראי/ת:
טלפון: 03-6974000	פקס:	דוא"ל:

שם משפחה: כהן	שם פרטי: יואל אלחנן	ת.ז.: 322699901
תאריך לידה: 12/06/2000	גיל: 24	טלפון: 052-8051512
מין: זכר	מבוטח בקופה: כללית	כתובת: יצחק שדה 66 תל אביב - יפו תל אביב- יפו 6706512

נתוני ביקור - תאריך: 20/10/2024 שעה: 08:26 מספר ביקור: 44547337

מחלה נוכחית

בן 24, בריא בדכ

התקבל למוסדנו לאחר תאונת אופנוע, אשפוז 6/8/24 מבחינת כף רגל- שבר פטישון מדיאלי פתוח גוסטילו 2, שבר קלקנאוס בתאריך 7/8/24 עבר שטיפה וקיבוע של השבר בפטישון המדיאלי באמצעות 2 ברגים חלולים לציון כי בעת הניתוח נצפתה פגיעה חלקית בגיד TP אשר היה נעוץ בעומד השבר- בוצעה תפירה של הגיד באמצעות חוטי וייקריל-4 0 בדיון חטיבתי הוחלט על המשך טיפול שמרני לשבר קלקנאוס

21/8/24 ביקורת מרפאה

חש בטוב

ללא כאבים

מניע בהונות בחופשיות, מילוי קפילרי תקין

צילום עמדה תקינה של השבר והמקבעים, עבדה שמורה של השבר בקלקנאוס פצעים ניתוחיים ללא סימני זיהום שוליים מעט נקרוטים ללא סימני זיהום וללא דהיסנס

הוחלט על השארת התפרים שבוע נוסף המלצות:

מעקב רופא מטפל

נוגדי כאב לפי צורך

המשך טיפול נוגד קרישיות בקרוזיה 40 מג*1/יום- עד אישור דריכה

אין להרטיב ואין להסיר את הגבס

רגל מורמת, ללא דריכה

ביקורת מרפאתנו בעוד שבוע

בכל החמרה יש לפנות לבדיקת רופא

===

28/8/24

3 שבועות לאחר ניתוח שבר פטישון מדיאלי גוסטילו 2, כמו כן שבר קלקנאוס לטיפול שמרני כאבים בשיפור

מניע בהונות בחופשיות ובהונות יאבילות תחושה שמורה

שיפור ניכר במראה הצלקות, פצע פטרלי כעת ללא כל סימני נקרוזיס, פצע מדיאלי מעט סימני נקרוזיס בחלקו הפרוקסימלי ללא אודם או חום מקומי ללא דהיסנס ללא סימני זיהום מקומי

הוסרו תפרים, בוצעה חבישת עם פולידין, קיבוע מחדש בסד גבס אחורי

22.9.24
במצב כללי טוב
גבס הוסר
מעט מצרציה בפורפוט (ללא קשר לניתוח)
בצילום סימני חיבור עמדה טובה

המלצות:
מעקב רופא מטפל

BOOT
שבועיים דריכה BOOT 50 אחוז משקל גוף
שבועיים דריכה נעזרת קביים עם BOOT
לאחר מכן הסרה של ה בוט הליכה נעזרת עם קביים
חבישת פולידין לפצע
ביקורת חוזרת עוד שבועיים
חופש מחלה חודש

בכל החמרה יש לפנות לבדיקת רופא
20.10.2024 מהלך עם מגף, מתלונן על כאב במאמץ.
קרסטה צד לטרלי קרסול שמאל- ללא סימני זיהום. מזיז אצבעות, תחושה שמורה
XR* -מצב לאחר קיבוע שבר ע"י שני ברגים מדיאליים. לציין ספיגת עצם באזור, הצרות מרווח לטרלי של הקרסול.

אבחנות בביקור							
אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P	Rec
FRACTURE OF MEDIAL MALLEOLUS, OPEN	824.1	Left					

אבחנות רקע	
בריא בדרך כלל	

הרגלים
מעשן/ת: לא
אלכוהול: לא
סמים: לא
שינה: תקינה
לא ידוע שימוש בתרופות קבועות
לא ידועה רגישות לתרופות
לא ידועה רגישות לחומרים
סיקור כאב
המטופל/ת חש/ה כאב: ק
המטופל מופנה לרופא המטפל בקהילה להמשך טיפול בכאב

בדיקת פצע ניתוחי
מצב הפצע הניתוחי: פצע תקין

ניתוחים בעבר						
כמות	גניקולוגי	תאריך	שיטה ניתוחית	צד	קוד	ניתוח
		23/07/2017			34.21.06	SYMPAT.THORAC;SUR,THORACOSCOPY
		07/08/2024		Left	79.36.05	OPEN REDUCTION INTERNAL FIXATION FX OF MEDIAL MALLEOLUS

סיכום ודיון
הפעלה הדרגתית, הסברים לגבי מהות הממצאים. מעקב.

הפניה לניתוח
מופנה לניתוח: לא

הפניה לניתוח
מופנה לניתוח: לא

המלצות כלליות
המלצה: דריכה מלאה-- לפי הכאבים, ללא כלי עזר (עוד שבועיים)
הפעלה הדרגתית
פיזיותרפיה לשיקום תנועתיות
ביקורת עוד 3 חודשים עם צילום עדכני (קיבל הפניה)
036972506-זהבה- לתאם תור
הליכה בים
בכל החמרה- לפנות לגורם המטפל הזמין

תרופות מומלצות

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓				1 חודשים	X 1 ביום	40 mg	S.C	CRUSIA Enoxaparin (ENOXAPARIN SODIUM)
✓	סיכון גבוה לנפילות במבוגרים			10 ימים	X 4 ביום	1 tab	P.O	ROKACET PLUS cpl (CAFFEINE,PARACETAMOL,CODEINE PHOSP)

נחתם ע"י: דר' חיימוב ניסים מ.ר.37506

ד"ר ניסים חיימוב
מומחה לכירורגיה אורתופדית
יחידת כף רגל וקיסוס
Dr. Khaimov Nissim
Orthopedic Surgeon
Foot and Ankle Unit
מ.ר. 37506 נ.ל.מ.ר. 30269

הזמנה לצילום / בדיקה בחטיבת ההדמיה

חשוי רפואי -

כל השדות שדות חובה!

ההזמנה מופנית

- רנטגן כללי
- ממוגרפיה
- CT
- אנגיוגרפיה
- US
- MRI
- טופס נפרד

שם: _____
תעודת זהות: _____
שנת לידה: _____
חולה אמבולטורי נא ימלא: _____
גורם מפנה: _____
פר טלפון: _____

חלק א' ימולא בכל הזמנה

- מקום הבצוע: _____
- במכון ההדמיה _____
- במחלקת האשפוז (ניידת) _____
- דחוף (תוך 24 שעות) _____
- לא דחוף _____

מצב החולה ושינוע

מצב נשימתי	מצב הכרה	אופן העברה למכון	מסוגל לעמוד	זיהום פעיל	הריון
☐ ללא אמצעי עזר	☐ הכרה מלאה	☐ הליכה	☐ כן	☐ לא ידוע	☐ כן
☐ מסכת חמצן	☐ הכרה חלקית	☐ כסא גלגלים	☐ לא	☐ שחפת	☐ לא
☐ +בלון	☐ חסר הכרה	☐ מיטה		☐ MRSA	☐ לא ברור
☐ מונשם				☐ אחר איזה?	

פרטים קליניים

ממצאים ואבחנות (כולל בדיקות הדמיה רלבנטיות):

AP + lat + Martin 3 חן 3

השאלה לרדיולוג:

הבדיקה הדרושה:

חתימה וחותמת:

20/10 תאריך: _____
טלפון / ביפר: _____

חלק ב' ימולא בהזמנת הבדיקות המצוינות

פעולות פולשניות

PT (sec.)	
PTT (sec.)	
INR	
Plt. (/MCRL)	
Hg (gr/dL)	

CT עם ח. ניגוד, IVP, אנגיוגרפיה

תיפקודי כליה: _____	BUN - _____	או	CREATININE _____
האם ביצע בעבר CT עם ח. ניגוד, IVP, אנגיוגרפיה?	☐ כן	☐ לא	
האם פיתח תגובה (*)?	☐ כן	☐ לא	
אסטמה?	☐ כן	☐ לא	
אלרגיה או רגישות לתרופות (*)?	☐ כן	☐ לא	
סכרת מטופלת בגלוקופאז?	☐ כן	☐ לא	
* אם כן איזו ובמה מתבטאת?			

הערות: חולה המוזמן ל-CT, IVP, או אנגיוגרפיה חייב להגיע עם גישה ורידית! בהזמנת פעולה פולשנית בחולה מונשם או חסר הכרה חובה להוריד עם טופס הסכמה חתום על ידי אפוסטרופוס או 3 רופאים בכירים.

חלק ג' - לשימוש מכון ההדמיה

תאריך קבלת ההזמנה: _____ שעה: _____

הערות הרדיולוג:

דחיפות הביצוע: _____
הוראות ביצוע: _____

סרטים	13/18	18/24	24/30	35/43	810	לייזר	אחר
תקינים							
מקולקלים							

ח. ניגוד _____ כמות: _____ רופא: _____
סוג הבדיקה / מספר הבדיקות: _____
תאריך: _____ רנטגנאי: _____ חתימה: _____

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	כהן	שם פרטי	יואל אלחנן	תעודת זהות	322699901	שם האב	
יצחק שדה	66	תל אביב	מס'	מיקוד	טלפון		

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

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

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

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

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

חלק ב'

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

רופאים: _____
מכונים, מעבדות: _____

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

במקרה של קטין: שם האם _____ ת.ז. _____ שם האב _____ ת.ז. _____

תאריך: 29/10/24 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____

מ.ר. 62254

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, _____ יואל אלחנן כהן
ת.ז. מס' _____ 322699901, מרחוב _____ יצחק שדה 66, תל אביב, _____
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או _____ להיות באי כוחי במשפט של
_____ נגד _____ בענין תאונת דרכים מיום _____
מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל
הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

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

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

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

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 29 לחודש 10 שנה 2024

חתימה: X יאאל

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

אריאל פידר, עו"ד
מ.ר. 62254