

תאריך חתימת המסמך: 5.9.24

התובע:

אוריאל מרציאנו, ת"ז 209279413

מרחוב אלעזר דוד 23, אור יהודה
טלפון: 055-2918111

החלטה
כ"ג כסלו תשפ"ה, 24/12/2024
תיק 41045-09-24
שופט ווסים ג'בארה

לא הוגש כתב הגנה לתיק.
התובעת תגיש אישור על מסירת כתב התביעה
לנתבעת עד לתאריך 7.1.25.
תז"פ תקבע בהתאם.

באמצעות ב"כ עו"ד אריאל פרייברג
מרח' אבא הלל 7, רמת גן
טל': 03-7412358, פקס: 03-8180983
דוא"ל: ce@freiberg-law.com

– נ ג ד –

הנתבעת:

מגדל, חברה לביטוח בע"מ

מרחוב היצירה 2, קרית אריה, ת.ד. 3063
פתח תקווה 4951228
טל': 03-9201010 דוא"ל: thova@migdal.co.il

*** נחתם דיגיטלית ***

כתב תביעה

סוג התביעה ונושא: פלתי"ד

הסעדים המבוקשים: פיצויים בשל נזקי גוף בהתאם לסמכותו של בית משפט נכבד זה.

סכום האגרה: 791 ₪ (תקנה 34 לתוספת לתקנות בתי המשפט (אגרות), תשס"ז – 2007).

תיקים קשורים: לא קיימים תיקים קשורים.

הזמנה לדין (טופס 2 תקנה 10)

הואיל והתובע הגיש למחוז שיפוט זה כתב תביעה נגדך, המצורף בזאת, אתם מוזמנים להגיש כתב הגנה בתוך 60 ימים מיום שהומצאה לכם הזמנה זו.

לתשומת ליבכם, אם לא תגיש כתב הגנה לפי תקנה 130 לתקנות סדר הדין האזרחי, התשע"ט – 2018, תהיה לתובע הזכות לקבל פסק דין שלא בפניך.

חלק 2:

(1) בעלי הדין :

1. התובע, יליד 05.07.1999, היה בכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו הנוהג ו/או המשתמש ברכב הנושא מספר רישוי 30-162-68 (להלן: "**הרכב**").
2. הנתבעת הינה חברת ביטוח הפועלת כחוק בישראל, ובכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו ביטחה את השימוש ברכב על פי הוראות פקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש) תש"ל – 1970.
- רצ"ב תעודת חובה, דו"ח שמאי, ורישיון רכב, מסומנים "**כנספח 1**".

(2) פירוט הסעד המבוקש באופן תמציתי:

3. התובע נפגע בתאונת דרכים כהגדרתה בחוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים. הנתבעת ביטחה את השימוש ברכב בו אירעה התאונה בביטוח חובה ועל כן עותר התובע לפצותו בגין הנזקים שנגרמו לו בתאונה.
4. התובע, עובד בתחום רחיצה ושטיפת רכבים, מתקשה מחמת התאונה ותוצאותיה בביצוע עבודתו, נזקק להפוגות ממושכות במהלכה ונגרמו לו הפסדי השתכרות.
5. התובע מוגבל מאז התאונה בביצוע פעולות יומיומיות שונות ובניהול משק ביתו, הוא נזקק לעזרת הזולת וימשיך להיזקק לה גם בעתיד.
6. עקב מגבלותיו הנובעות מהתאונה נזקק התובע לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות, ויזקק לכך גם בעתיד.



(3) תמצית העובדות הנחוצות לביסוסה של עילת התביעה ומתי נולדה:

7. בתאריך 22.11.23, בשעה 13:30 או בסמוך לכך, ברחוב דרך לוד, באור יהודה, היה הרכב מעורב בתאונה והתובע נחבל בגופו (להלן: "**התאונה**").
8. צוות מד"א שהגיע למקום התאונה מצא את התובע ברכבו שהוא חבול בראש, בצוואר, בגב וברגל שמאל. מחשש לפגיעת עמוד שדרה קובע התובע לקרש גב והונח לו צווארון לקיבוע הצוואר. ממקום התאונה הובהל התובע לקבלת טיפול רפואי בבית החולים "שיבא, בתל השומר.
- התובע טופל במיון תל השומר עם כאבי ראש מלווים בהפרעות ראייה, סחרחורות, בחילות, כאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב. לאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני, ואשפוז שכלל בדיקות דימות שוחרר התובע לביתו בהמלצה להמשך מעקב רפואי, נטילת משככי כאבים ומנוחה.
9. התובע אשר המשיך לסבול מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר, הגב והגפיים, כמו גם מכאבי ראש וסחרחורות, הופנה בדחיפות לקבלת טיפול

אורתופדי, ניתנו לו ימי מחלה והוא הופנה להמשך מעקב רפואי, לביצוע טיפולי פיזיותרפיה כמו גם נטילת תרופות לשיכוך כאב.

10. בנוסף החל התובע לסבול מטנטון והוא הופנה להמשך בירור ומעקב רפואי. בדיקת הדמיה שבוצעה לתובע וכוונה לעמוד השדרה הצווארי והמותני הדגימה בלטי דיסק עם לחץ קל על השק הדורלי בחוליות עמוד השדרה המותני.

11. בחודש יולי 24, נוכח החמרה ניכרת בסימפטומים, פנה התובע לקבלת טיפול רפואי והוחלט להפנותו למיון בית החולים איכילוב, בתל אביב, שם אובחנו כאבי ראש עזים עם הפרעות בראיה, כאבים והגבלה בתנועות עמוד השדרה המותני עם הקרנת הכאבים לגפיים התחתונות, צליעה של רגל ימין, ולאחר ביצוע בדיקות הדמיה ובדיקות מומחים ניתן לו סבב של טיפול לשיכוך כאב והוא שוחרר לביתו בהמלצה להמשך טיפול שיכוך כאב, השלמת MRI מותני, המשך מעקב רפואי במכון כאב בבית החולים איכילוב.

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "כנספח 2".

12. מאז התאונה סובל התובע מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב עם הקרנת הכאבים לגפיים התחתונות, מכאבי ראש וסחרחורות, טנטון, הפרעות בראיה, מקושי בעמידה ישיבה והליכה ממושכות, מקושי בכיפוף והרמה, מקושי בריכוז, מקושי בביצוע פעולות יומיומיות, מקושי בהירדמות ושינה רציפה, הוא נזקק לנטילת משככי כאבים והטיפולים בו צפויים להימשך גם בעתיד.

13. התובע עובד במועד התאונה בתחום שטיפת רכבים. מאז התאונה ומחמת תוצאותיה מתקשה התובע בביצוע עבודתו ולימודיו, נזקק להפוגות ממושכות במהלכן, נגרמו לו הפסדי שכר וצפויים להגרם לו הפסדי שכר בעתיד.

14. מאז התאונה ומחמת תוצאותיה מתקשה התובע בניהול משק ביתו, נזקק לעזרת הזולת ויזקק לה גם בעתיד.

15. עקב מגבלותיו הנובעות מהתאונה, נזקק התובע לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות ויזקק לכך גם בעתיד.

חלק 3

16. להלן פירוט נזקי התובע:

א. נזק מיוחד:

- | | |
|-------------|---|
| נ"מ 120,000 | (1) פגיעה בכושר ההשתכרות בעבר – |
| נ"מ 12,250 | (2) עזרת הזולת בעבר – |
| נ"מ 9,600 | (3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר – |
| נ"מ 13,250 | (4) הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעבר – |

ב. נזק כללי :

כב' בית המשפט מתבקש לפסוק לתובע פיצוי הולם בגין נזקיו, בין היתר, בראשי הנזק הבאים :

(1) הפסדי השתכרותו בעתיד, על-פי מידת מוגבלותו התפקודית של

התובע, או לחילופין, בהתאם לשיעור נכותו הרפואית, לרבות

הפסדים בתקופת הפנסיה.

(2) עזרת הזולת בעתיד.

(3) הוצאות רפואיות ופארה רפואיות ונסיעות לטיפולים בעתיד.

(4) הוצאות ניידות מוגברות בעתיד.

(5) פיצוי בגין נזקיו הלא ממוניים של התובע.

פירוט העובדות המקנות סמכות לבית המשפט :

17. לבית משפט נכבד זה הסמכות לדון בתביעה על פי מהותה, ערכה ומקום ניהול עסקי הנתבעת.

18. הנתבעת חייבת לפצות את התובע בהיותה מבטחת השימוש ברכב במועד התאונה.

אשר על כן, מתבקש כב' ביהמ"ש להזמין את הנתבעת לדין ולחייבה, לפצות את התובע כמפורט לעיל, בצירוף ריבית חוקית מירבית והפרשי הצמדה מלאים מיום הגשת התביעה ועד לתשלום בפועל, ולרבות הוצאות המשפט, שכ"ט עו"ד ומע"מ.




אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ התובע

תוכן הנספחים (עמוד 1 מתוך 1)

שם המסמך	עמוד
נספח 1: חבות (עמודים 7 עד 12)	7
נספח 2: תעודות רפואיות (עמודים 14 עד 44)	14
נספח 3: בקשה למינוי מומחים רפואיים (עמודים 46 עד 46)	46
נספח 4: יפוי כח וסר ותצחיר (עמודים 48 עד 50)	48



נספח 1 :

חבות

(עמודים 7 עד 12)



מיד לאחר
התשלום ניתן
לגשת לביצוע
מבחן כשירות
תנועה (טסט).
למבחן הכשירות
יש לגשת
בליווי דרישה
מקורית זו לאחר
ששולמה (אין
צורך בחותמת
תשלום) או על
בסיס הדפסת
רישיון משולם
שיתקבל
באמצעים
המפורטים
מעבר לדף

בעלים נוספים

תוצר	טויוטה סורקיה	דגם	ZRE181L-DEXNPW	סדרב	סדאן	תצורה	3
כינוי מסחרי	COROLLA	רמת גיטור	GLI	קבוצת רישוי			
הספק (כ"ס)	בקרית יצייבת	דדגת אדור	כדדית אדור	ABS	אדור	תדן בדג	הדגת רדשום
132.00	כ	13	7	כ	כ	14-0182	00839-0002

תבאים ובבלי'ת ומידע נוסף:

ת.תשלום 06/11/22 סך 1432.00 ש"ח; ת.מבחן 18/11/22
רשומון יבוא 430859520

הסכום לתשלום (ש"ח)
פטור

גתשומת לב: רישיון הרכב תקף רק לאחר תשלום האגרה ועמידה במבחן כשירות תנועה (טסט)!
על פי חוק - חלה חובה לשלם את אגרת הרישוי, גם אם לא נעשה ברכב שימוש בפועל.
מידע על זכאות לפטור מאגרת רישוי ואפשרויות ביטול רישום הרכב ניתן למצוא באתר משרד התחבורה או במוקד הטלפוני *5678



לתשלום נקן
באתר האינטרנט

חידוש רישיון רכב הודעת זיכוי



6816230-23-6	בעל הרכב	מספר הרכב 6816230-23-6
מרציאנו אוריאל אלעזר דוד 23 דירה 3 60312 אור יהודה		
כפל		הסכום לתשלום (ש"ח) פטור

הודפס ע"י איזור אישי 12:01:22 12/10/2023

בעת רכישת הפוליסה השיב בעל הפוליסה כי:
 גיל הנהג הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב הוא: 24
 האדם הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב הוא: נהגת
 שנת קבלת רישיון נהיגה לרכב מסוג זה בישראל
 של הנהג הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב היא 2017
 מספר התאונות שהביאו לתביעות בביטוח רכב
 חובה, בשלוש השנים האחרונות, של כל הנהגים
 הצפויים לנהוג ברכב הוא: 0
 מספר פסילות רישיון, בשלוש השנים האחרונות
 של כל הנהגים הצפויים לנהוג ברכב הוא: 0
 ברכב קיימת מערכת לבקרת יציבות (ESP): כן
 ברכב קיימת מערכת התרעה על אי שמירת מרחק
 (FCW): לא
 ברכב קיימת מערכת התרעה על סטייה מנתיב
 (LDW): לא

בעלות הרכב פרטית
 אם הנתונים לעיל אינם מלאים, נבקש לפנות לסוכן הביטוח כדי לעדכןם

פקודת ביטוח רכב מנועי (מסח חדש) תש"ל 1970 (להלן - פקודת הביטוח) - תעודת ביטוח

שים לב - מסירת תשובה שאינה מלאה וכנה טרם כריתת חוזה הביטוח עלולה להקטין את הפיצויים ששילמו לבעל הפוליסה או להקנות למבטח זכות לפיצויים, כמפורט בסעיף 9 לפוליסה

נהגים נקובים + מספר זהות		סוג רכב		סוג רכב	
M1 - פרטי נפח מנוע: 1598 סמ"ק		נפח/הספק		סוג רכב לצורך ביטוחו	
M1 - פרטי		M1 - פרטי		M1 - פרטי	
שם בעל הפוליסה: מרציאנו אוריאל		מספר זהות: 209279413		מספר תעודה: 52517510	
כתובת: אלעזר דוד 28 0		אור יהודה 6031227		תאריך הוצאה: 16/10/23	
מועד תחילת הביטוח: המועד בו הוחתמה תעודה זו בחותמת הבנק, אך לא לפני: 16/10/23		מועד פקיעת הביטוח: 31/10/24 (בחצות)		שעת הוצאה: 12:34	
מספר הרישוי	מספר שלדה	היצרן + דגם	ש"י ייצור / מועד עלייה לכביש	משקל / טון	
6816230	3JE50R079800	טויוטה קורולה I	2014	1.770	
מספר הסוכן	שם הסוכן	מספר פוליסה			
260621	לזריאן רזיטה	04 25200264923			

בני האדם הרשאים לנהוג על פי סעיפים: 1
 (מתוך חלק א' שעל גב תעודה זו)
 השימוש מותר ברכב - על פי סעיפים: 1,6,7
 (מתוך חלק ב' שעל גב תעודה זו)

רשות הדואר בנק הדואר

שולם 2,137.00 ש"ח בתאריך 16/10/23 בשעה 10:42 חשבון 8068484 אסמכתא 52517510 אישור 148409778 חותמת הבנק	הרחבות והגבלות אין	הסכום דמי ביטוח לתשלום בש"ח 2,137.00
--	-----------------------	---

תוקף הביטוח מותנה בפרעון בבנק של "הסכום לתשלום בש"ח" הנקוב בתעודה. בלי חותמת הבנק אין תוקף לתעודה זו.
 כתובת למשלוח דואר: מגדל חברה לביטוח בע"מ, ת"ד 3063, קריית אריה, פתח תקווה, מיקוד 4951106

שם המבוטח: מרציאנו אוריאל 209279413		כתובת: אלעזר דוד 28 0	
מועד תחילת הביטוח: המועד בו הוחתמה תעודה זו בחותמת הבנק, אך לא לפני: 16/10/23		מועד פקיעת הביטוח: 31/10/24 (בחצות)	
מספר הרישוי		היצרן	
6816230		טויוטה קורולה I	
מספר הסוכן		ש"י ייצור / מועד עלייה לכביש	
260621		2014	
הסכום לתשלום בש"ח		מספר תעודה	
2,137.00		52517510	
מספר פוליסה		מספר תעודה	
04 25200264923		52517510	

בני האדם הרשאים לנהוג על פי סעיפים: 1
 (מתוך חלק א' שעל גב תעודה זו)
 השימוש מותר ברכב - על פי סעיפים: 1,6,7
 (מתוך חלק ב' שעל גב תעודה זו)

הרחבות והגבלות	אין
----------------	-----

מגדל חברה לביטוח בע"מ

תאריך: 05/12/2023

חוות דעת : 010-000095372-00

מבלי לפגוע בזכויות

פיצוי מוסכם

פרטי רכב

מספר רישוי: 6816230
יצרן: טויוטה
דגם: קורולה GLI, 13-19
שנת יצור: 2014
מספר איגוד: 413092
מד אוץ: 135072
מספר שלדה: NMTBE3JE50R079800
מקורות רכב: פרטי עד 4 טון בבעלות פרטית
סוג רכב: פרטי
ת.ק. מסמכים: 3/12/2023
מספר בעלים: 2
קוד משרד התחבורה: 083900002

פרטים ביטוחיים

שם מבטוח: מרציאנו אוריאל
מבטוח: חוות דעת פרטית
שם: שמאי בודק: משה תג'ר
תאריך איחוד: 22/11/2023
תאריך בדיקה: 27/11/2023 ב- : במוסך
מוסך: בדיקה ליד בית המבטוח
ביקורים במוסך: 1
סוכן:
סוג תיק: פרטי
סוג נזק: נזקים תאונתיים
תאריך רישוי: 19/11/2014

אפיונים

G2	F2	חלונות חשמל אח' + קד'	A1	בקרת אקלים 2-איזורים	2013
I2	H7	פנסי ערפל	G9	בלוטוס	מראות צד חשמליות + חימום
M7	K6	מצלמת חורס	K5	כפתורי רדיו בהגה	גלגל הגה מצופה עור
Q7	P9	ABS	N2	אוטומטית רציפה	1598 סמ"ק
V3	U8	כרית אוויר ברכיים	S4	בקרת לחץ אוויר בצמיגים	6.5Jx16 סגסוגת
W1	V5	ייצור טורקיה	V4	כרית אוויר צד	כרית אוויר וילון

תאור הנזק :

=====

בדיקתנו את הרכב הנדון הראתה את הנזקים הבאים :

חלפים שנזקקו והיה צורך בהחלפתם: כמפורט בדוחינו.

חלפים שנזקקו והיה צורך בתיקונם: פח אחורי ומכסה מטען.

הערכת הנזק :

=====

נזק לחלק אחורי

עבודות

תיאור עבודה

עבודות חשמל

פנ"ה חיישנים

עבודות פחחות

סה"כ עבודות ועבודות נילוות

עלות עבודה

100.00 ₪

280.00 ₪

1,300.00 ₪

1,680.00 ₪

צבע

עבודות צבע

סה"כ עבודות צבע

2,800.00 ₪

2,800.00 ₪

חלקי חילוף

תיאור החלק

פגוש אחורי

פנימי לפגוש אחורי

סמל אח' Toyota

סמל למכסה תא מטען

סמל אח' Corolla

מחיר חלקי חילוף

מק"ט/
סוג החלק

משומש

משומש

02280 75441

W2008 90975

02300 75442

סה"כ מחיר

1,200.00 ₪

500.00 ₪

195.88 ₪

296.60 ₪

252.48 ₪

2,444.94 ₪

6,924.94 ₪

1,177.24 ₪

8,102.18 ₪

סה"כ נזק למוקד נזק לחלק אחורי

מע"מ (17% שבעה עשר)

סה"כ כולל מע"מ

סיכום חוות הדעת

פירוט ההפרשים בין חוות הדעת לסכום התביעה

סכום התביעה/חשבונית (ללא מע"מ)	[0.00 ₪]	[סכום התביעה/חשבונית כולל מע"מ]
סכום הערכת הנזק (ללא מע"מ)	6,924.94 ₪	[סכום הערכת הנזק כולל מע"מ]
הפרש בין התביעה לחוות הדעת	-6,924.94 ₪	[8,102.18 ₪]

פירוט שווי רכב בפועל

נושא	+	באחוז	סכום	הערות
ערך רכב מחירון			53,000.00 ₪	
מס' ק"מ 138072	+		790.00 ₪	
מס' בעלים 2	+		538.00 ₪	
סה"כ שווי ערך רכב בפועל				54,328.00 ₪

פירוט ירידת הערך

סיבה לירידה	ערך	הערות
למוקד : נזק לחלק אחורי		
החלפת חלק פגוש אחורי	0.00%	
החלפת חלק פנימי לפגוש אחורי	0.00%	
החלפת חלק סמל אח' Toyota	0.00%	
החלפת חלק סמל למכסה תא מטען	0.00%	
החלפת חלק סמל אח' Corolla	0.00%	
סה"כ למוקד		0.00%

בהתאם לתחשיב הנ"ל, אחוז הנזק הגולמי מסתכם בשעור של 15.29% כולל מע"מ

ערך רכב גולמי על פי מחירון המקובל עומד על 53,000.00 ₪

סיכום:
=====

* עקב הארוע הנדון לא נגרמה ירידת ערך.

*לאור גובה הנזק מבקש בעל הרכב לקבל פיצוי גלובאלי בהתאם להערכתנו וללא הגשת חשבונית תיקון.

אני החת"מ : משה תג'ר, בוגר מכללת רופין, בוגר הנדסאי רכב.
עוסק בשמאות רכב מתאריך 01/12/2015, תעודת שמאי מספר 1099

זקצר

חברה לשמאות וסקרים בע"מ

70900 zektser1@zahav.net.il ת. באר טוביה

טלפון - 08-8501182 פקס - 08-8501533

נותן על פי בקשתך/כם חוות דעתי במקום עדות בשבועה בבית משפט. הנני מצהיר כי ידוע לי היטב על פי הוראות החוק הפלילי בדבר מתן עדות שקר בבית משפט, דין חוות דעת זו כשהיא חתומה על ידי, כדין עדות בשבועה בבית משפט.

שמאי מאשר

משה תג'ר

רשיון מספר 1099

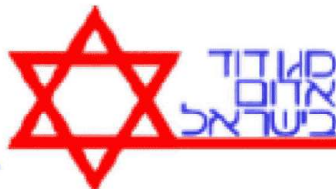
Ⓢ

נספח 2 :

תעודות רפואיות

(עמודים 14 עד 44)





דו"ח רפואי (צוות BLS)

תאריך: 22/11/2023

ארוע: 1831

מספר טופס: 17120996

פרטים אישיים של המטופל:

ת.ז: 209279413

שם משפחה: מרציאנו

שם פרטי: אוריאל

מין: זכר

תאריך לידה: 05/07/1999

גיל: 24

כתובת: אור יהודה, אלעזר דוד, 23

מקור זיהוי: תעודה

קופת חולים: כללית

נייד: 0552918111

כתובת האירוע כפי שנמסר ביומן מוקד: אור יהודה, דרך לוד

אנמנזה:



תלונה עיקרית: תאונת דרכים

מחלה נוכחית: בן 24, לאחר תאונת דרכים חזית אחור, ללא מידע רפואי זמין.
בהגיענו למקום נמצא המטופל ישוב ברכבו בהכרה מלאה לצידו חברו ומעורבים נוספים בתאונה לדבריו נחבל בראש בצוואר גב וברגל שמאל, לא ידוע אם היה סיפור של אובדן הכרה בבדיקה בהכרה מלאה ללא סימני מצוקה נשימתית הנראים לעין דופק רדיאלי סדיר ונימוש היטב ללא חיוורון או הזעה בחילות ללא הקאות בנוכחותנו ללא חבלות או דימומים חיצוניים הנראים לעין פונה למיון שיבא להמשך בירור וטיפול

היסטוריה רפואית:

מחלות עבר: ללא מחלות רקע

מחלות זיהומיות: ללא מחלות מדבקות

תרופות: לא נוטל תרופות

רגישויות: לא ידוע על רגישות

בדיקות כלליות

אמבולנס מס' 1082 - בדיקה 1	
13:46	בדיקות
בחילות	הקאות
נושם	נשימות
18	קצב נשימה
סדיר	חפץ
100	חפץ לדקה
מלאה A	חכרה
תקין	עור ורירית

בדיקות עזר

אמבולנס מס' 1082 - בדיקה 1	
13:46	בדיקות
130/85	לחץ דם

אבחנה משוערת: כאבי גב, כאבים בצוואר, כאבים ברגליים

טיפול



אמבולנס מס' 1082 - בדיקה 1	
13:46	בדיקות
לח גב, צווארן	טיפולים שניתנו

תרופות

אמבולנס מס' 1082 - בדיקה 1	

הערות

פונה יחד עם חברו לתאונה

פרטים נוספים

מקום האירוע: דרך לוד/דגל במקום רחוב אור יהודה
קוד מבצעי: 1082

יעד פינוי

יעד: בית חולים
שם בית החולים: שיבא-תל השומר
מחלקה: מלר"ד פנימי
נמסר ל: שרה

זמנים

קבלה 13:29 : **יציאה** 13:32 : **הגעה** 13:32 : **מפנה** 13:44 : **ביעד** 13:47 :

אנשי צוות

שם הנהג : אביחי ראדר חתימה :



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

שיבא
תל השומר
עיר הבריאות של ישראל



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

המחלקה לרפואה דחופה

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

מכתב שחרור

209279413 מרציאנו אוריאל

בן: 24

כתובת: אלעזר דוד 23 אור יהודה כניסה . אור יהודה 6031223
מספר קבלה: 02030122112023
תאריך ביקור: 22/11/2023 13:52

אבחנות מסכמות

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

בריא בדרך כלל
ניתוחים בעבר

S/P LAPAROSCOPIC APPENDECTOMY 449700 (47.01) (26/01/2017)

לא ידועה רגישות לתרופות
לא ידועה רגישות לחומרים

אנמנזה סיעודית

סיבה עיקרית: תאונת דרכים

הערות: בן 24, בריא בד"כ

הובא ע"י מד"א לאחר תאונת דרכים בין שני רכבים, קנטיקה נמוכה.
לדבריו מלין על כאב בגב תחתון ובצוואר
הגיע עם צווארון

סימנים חיוניים

תאריך ושעה	כאב	חום	דופק	לחץ דם	סטורציה
14:08 22/11/2023					
14:00 22/11/2023	4				
13:59 22/11/2023					
		37.2	70	100	
			130	83	

אנמנזה ובדיקה גופנית

קחמן בוריס מ.ר. 175250 22/11/2023 22:25
בן 24 עם אנמנזה כמתואר. לדבריו כאבי ראש מתגברים מלווים בטשטוש ראייה, בחילות חלפו. עוד באנמנזה מתאר שאיבד את הכרתו למשך דקה.

טוניק מיכל 17:28 22/11/2023

בן 24, בריא בד"כ, ללא טיפול תרופתי קבוע. ללא רגישות ידועה לתרופות. ביום קבלתו לפני מספר שעות (אינו זוכר שעה מדויקת) תאונת דרכים כנהג ברכב פרטי. רכב אחר התנגש ברכבו מאחור ברמזור בכביש מהיר. היה חגור, היה ברכב עם נוסע נוסף. לדבריו הנוסע השני - חווה מספר דקות של "ערפול" בהן לא הגיב לפנייה אליו. שולל אובדן הכרה מלא. אינו זוכר האם נחבל. מלין על כאב ראש לחץ דיפוזי, סחרחורת, בחילות וטשטוש ראייה מאז האירוע. שולל הקאות. בנוסף, כאב צוואר וכאב גב תחתון. שולל כאב בטן/חזה/קוצר נשימה. שולל הפרעה חדשה בסוגרים. בקבלתו מדדים חיוניים תקינים. בבדיקתו עירני ומשתף פעולה, חרד, כאוב. ניירולוגית - GCS 15, עצבים קרינאליים תקינים. מניע 4 גפיים עם תחושה שמורה, קושי להעריך כוח גס בשל כאב, ללא חסר ניכר. תפקודי מוחון תקינים. רגישות במישוש עמו"ש צווארי ומותני. טרם התהלך בשל כאב צווארי ומותני המצריך צילום עמו"ש.

חסי רפואי

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

שיבא
תל השומר
מרכז הרפואי של ישראל



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

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח

א.אחראית: גב' אנגלרד הינדי

מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי

טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

ד"ר עיסה אמינה מ.ר. 152513 22/11/2023 18:20
לא עונה לקריאות

ד"ר עיסה אמינה מ.ר. 152513 22/11/2023 22:21
לא עונה לקריאות לא עונה לשני מספרי טלפון

קחמן בוריס מ.ר. 175250 22/11/2023 23:35

שים לב! תשובה לא סופית! פרטי הבדיקה - תאריך: 22/11/2023 מספר: 4015012282514 [CT מוח ללא חומר ניגוד] [סיבת הפניה: בן 24, תאונת דרכים בתור נוסע ברכב. אין בידי בדיקה להשנואה. ממצאים: ללא עדות לאוטם חד או לדימום תוך גולגולתי. ללא אפקט מסה או סטיית קו אמצע. חדרים. חריצים וציסטורנות תקינים. עיבוי רירית בסינוסים מקסילריים ואתמואידליים דו"צ. תאי מסטואידי ואוזן תיכונה מאווררים. רקמות רכות ומבנה גרמי ללא ממצא פתולוגי. מעבר קרניוצרביקלי חופשי. גומה אחורית ללא ממצא מוקדי. בתכנת AiDOC לא נצפה דימום. סיכום: ללא עדות לממצא תוך גולגולתי חד. ממצאים המתאימים למחלה סינוסואידלית בסינוסים המקסילריים. [שים לב! תשובה לא סופית! פוענח על-ידי: ד"ר הילה בפמן מספר רשיון: 152188]

ד"ר ברזילי רן מ.ר. 170135 22/11/2023 17:17

בן 24, בריא ברקע לדבריו ביום קבלתו ת"ד כנהג חגור, במנגנון אחורי, ללא פתיחת כריות אויר, ללא איבוד הכרה, ללא חבלת בטן או חזה. מלן כעת על כאבים מתגברים בצוואר ובגב, ללא הקאות או שינוי בסוגרים. בבדיקה - מתהלך בתבנית תקינה, מהלך על בהונות ועקבים. תנועות צוואר חופשיות, כאב בסוף טווח ללא רגישות גרמית עמ"ש לכל אורכו. רגישות דיפוזית עיקרה על פני רקמה רכה פרוטרטורלית צווארית מותנית סטטוס נירולוגי תקין לפי C5-T1 ASIA תחושתית ומוטורית דו"צ 5/5, ולפי ASIA L2-S1 תחושתית ומוטורית דו"צ 5/5. ללא רגישות במישוש עצמות בריח, גפיים עליונות או תחתונות צילום עמ"ש צווארי- מותני - ללא ממצא גרמי חריף הוסבר למטופל על האבחנה, המהלך, ועל המשך הטיפול משוחרר מהמיון עם ההמלצות הבאות:

המלצות

תאריך ושעה	נושא	נרשם ע"י	פרטים
22/11/2023 17:17	ד"ר ברזילי רן מ.ר. 170185	המשך מעקב רופא מטפל בעוד שבוע -מנחה חופשת מחלה 3 ימים -שיכון כאב לפי הצורך -בהחמרה בכאב, חסר תחושת י או מוטורי או כל החמרה אחרת, יש לפנות לרופא -קומפרסים חמים לצוואר/עמ"ש מתני -בהימשכות הכאב מעל לשבוע יש לפנות לאורתופד בקופ"ח	

חטוי רפואי

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

שיבא
תל השומר
עיר הבריאות של ישראל



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

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח

א.אחריות: גב' אנגלרד הינדי

מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי

טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

טיפול תרופתי במלרד

צורת מינון ומינון	תאריך ושעה	תזמון מהוראה	תרופה
1 gram	22/11/2023 14:09 לויט הדר	Once	P.O OPTALGIN tab 1 gram
oral sol 1000 mg	22/11/2023 16:50 זוילי גלית	Once	P.O OPTALGIN oral sol oral sol 1000 mg
5 mg	22/11/2023 16:51 זוילי גלית	Once	P.O OXYCOD 2mg/ml syr 5 mg
5 mg	22/11/2023 18:35 זוילי גלית	S.O.S Max Times Per Day:2 Min Interval Hours:12 Max Dosage:10 mg Indication: כאב גב תחתון	P.O diazePAM 5 mg
1000 mg	22/11/2023 18:37 זוילי גלית	Once	P.C PARACETAMOL tab 1000 mg



Kachman
Bot

נחתם ע"י: קחמן בוריס מ.ר. 175250

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

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

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

לבירור תשובות ותרבות/וירולוגיה ניתן להתקשר בימים א-ה לטלפון 035309159 ולשאיר הודעה במענה הקולי.

אנחנו יוצר איתך קשר תוך 24 שעות.

במידה ועברת בדיקת C.T, ניתן להזמין העתק של הבדיקה במכון הדימות בעלות של 52 ₪. זמני הקבלה במכון הדימות, ימים א-ה בין השעות 08:00-14:30 או בטלפון 03-5302656. במידה ומגיע נציג מטעמו של הנבדק יש להצטייד ב"פיו כוח" + ת.ז.

חסוי רפואי

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



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

המחלקה לרפואה דחופה

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

כל ביקור במלר"ד כרוך בתשלום או בטופס התחייבות מקופת חולים.
ניתן לשלוח את טופס ההתחייבות [ט.17] לפקס 03-5302113/7447 או במייל: hovot@sheba.health.gov.il
באם הגעת למלר"ד עקב תאונת עבודה, נא לגשת לפקידת הקבלה להחתמת הטופס עבור ביטוח לאומי

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

מוח 22/11/2023 CT

שים לב! תשובה לא סופית!

פרטי הבדיקה- תאריך: 22/11/2023 מספר: 4015012282514

CT מוח ללא חומר ניגוד

1

[
סיבת הפנייה: בן 24, תאונת דרכים בתור נוסע ברכב.

אין בידי בדיקה להשוואה.

ממצאים:

ללא עדות לאוטם חד או לדימום תוך גולגולתי.
ללא אפקט מסה או סטיית קו אמצע.
חדרים, חריצים וציסטורנות תקינים.
עיבוי רירית בסינוסים מקסילריים ואתמואידליים דו"צ. תאי מסטואיד ואוזן תיכונה מאווררים.
רקמות רכות ומבנה גרמי ללא ממצא פתולוגי.
מעבר קרניוצרבליקלי חופשי.
גומה אחורית ללא ממצא מוקדי.
בתכנת AIDOC לא נצפה דימום.

חסי רפואי

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

שיבא
תל השומר
עיר הבריאות של ישראל

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

המחלקה לרפואה דחופה

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

סיכום:
ללא עדות לממצא תוך גולגולתי חד.
ממצאים המתאימים למחלה סינוסואידלית בסינוסים המקסילריים.
]

שים לב! תשובה לא סופית!

מספר רשיון: 152188

פוענח על-ידי: ד"ר הילה בפמן



תמצית תוצאה

רמת דחיפות:

מספר תמונות:

תמונות מפתח:

שם המפענח:

תשובה לבדיקת קורונה מתקבלת אצל רופא קופ"ח.



שם הרופא	ד"ר סמואל בלומר בנשימול
תחום	רפואת משפחה
כתובת	משה הדד, 6
מדינה	גורדון - אור יהודה
מספר רשיון	120442
טלפון	03-5382400
פקס	03-5382401
מחוז	דן-פ"ת

תאריך: 03/12/2023

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	מס' זהות:	00209279413	גיל:	24.05	מין:	ז
ת.לידה:	05/07/1999	ישוב:	אור יהודה	רחוב:	אלעזר דוד	טלפון נוסף:	3- 5339964
מס' בית:	3 / 23	טלפון:	55- 2918111	מספר רשיון:	120442	מספר הפניה:	035255021314

תאריך תאונה: 22/11/2023

סוג תאונה: 1 תאונת דרכים

מספר הפניה ישירה: 35255021314

גורם שולח



5255

מספר הפניה



035255021314

תז נבדק



0209279413

מספר רשיון



120442

שירות שנבחר

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

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתיעצות בשל

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 23/11/2023:

בן 24 מתלונן על כאבים בצוואר, גב ורגליים

03/12/2023

בן 24 מתלונן על כאבים בגב תחתון, צוואר וראש

סימנים חיוניים:	גובה	175.5	07/01/2020	משקל	70	07/01/2020	bmi	22.73
-----------------	------	-------	------------	------	----	------------	-----	-------

לחץ דם 81 / 120 13/12/2018

דופק 112 13/12/2018

ממצאים בבדיקה
ממצאים מתאריך 23/11/2023:
לב: קולות לב סדירים, ללא אוושות.
ריאות: כניסת אוויר תקינה, ללא ציפצופים, ללא חוחורים, ללא ליכה.
צילומים בבית חולים תקינים
CT תקין
03/12/2023
רגישות בגב תחתון
רגישות בצוואר

אבחנה משוערת

אבחנה	איפיון	קוד
ACCIDENT/INJURY; NOS		A80
CERVICALGIA		7231
BACKACHE		7245

בעיות פעילות

מגילוי	איפיון	בעיה
01/03/2002		BRONCHITIS ASTHMATIC
01/07/2017		NEUROENDOCRINE TUMOR

רגישות ל/אז תופעות לוואי

לא ידועה רגישות לתרופות	תגובה	נמסר ע"י
		בן משפחה

הפניה לרפואה יועצת

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 1

מריאנו אוריאל

הודפס ע"י ד"ר סמואל בלומר בנשימול 03/12/2023

00209279413

תרופות

FERRIPEL-3 TIPTIPOT DRP 50mg/1mL 6

כמות

א. הגשה

פעמים

ב...

1

ביום

מטרת הבדיקה: דחוף!!!

גודה לך על חוות דעתך והמלצתך

ד"ר סמואל בלומר בנשימול

120442

נחתם דיגיטלית

שם הרופא

מספר רשיון

חתימה וחותמת הרופא

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



בית לרפואה יועצת

ציאנו אוריאל

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 2

00209279413

הודפס ע"י ד"ר סמואל בלומר בנשימול 03/12/2023

תאריך: 03/12/2023

הפניה לפיזיותרפיה

(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:	
שם משפחה ופרטי: מרציאנו אוריאל	מס זהות: 00209279413
ת.לידה: 05/07/1999	רחוב: אלעזר דוד
מס בית: 3 / 23	טלפון נוסף: 3- 5339964
ישוב: אור יהודה	טלפון: 55- 2918111

תאריך תאונה: 23/11/2023

סוג תאונה: 1 תאונת דרכים

מספר הפניה: 35768018005

גורם שולח



5768

מספר הפניה



035768018005

תז נבדק



0209279413

רשיון רופא



025770

שירות שנבחר

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

WHIPLASH INJURY

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה יליד הארץ, בריא, ימני דומיננטי, שלל עשון. עצמאי ברחיצת רכב. נחבל כנהג חגור ברכב ניח מפגיעת רכב אחר מאחור. טופל במיון תה"ש. נשללה בעייר ב CT ראש ובצלומי שדרה. ללא הטבה עם זאלדיאר.

בעיות פעילות

מגילוי	אפיזון	בעיה
01/03/2002		BRONCHITIS ASTHMATIC
01/07/2017		NEUROENDOCRINE TUMOR

רגישות ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא ידועה רגישות לתרופות		בן משפחה

תרופות קבועות

שם	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1		6	FERRIPEL-3 TIPTIPOT DRP 50mg/1mL

ממצאים קליניים רגישות עורפית תחתונה, פרשכמתית מדיאלית דו"צ, מותנית תחתונה, לסג חיובי גבולי דו"צ.

מטרת הבדיקה: טיפול

נחתם דיגיטלית

25770

ד"ר זאב אשכול

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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



שם הרופא	ד"ר סמואל בלומר בנשימול	מספר רשיון	120442
תחום	רפואת משפחה	טלפון	03-5382400
כתובת	משה הדדי, 6	פקס	03-5382401
מרפאה	גורדון - אור יהודה	מחוז	דן-פ"ת

תאריך: 09/01/2024

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל:	מס צהות: 00209279413	גיל: 24.06	מין: ז
שם משפחה ופרטי:	מרציאנו אוריאל	תלדה: 05/07/1999	שוב: אור יהודה
מס בית: 3 / 23	טלפון: 55-2918111	טלפון נוסף: 3-5339964	רחוב: אלעזר דוד

22/11/2023 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

מספר הפניה ישירה: 35255022458

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

מספר רשיון



5255



035255022458



0209279413



120442

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/ סיבת הפניה מתאריך 03/12/2023
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 23/11/2023
בן 24 מתלונן על כאבים בצוואר, גב ורגליים
03/12/2023
בן 24 מתלונן על כאבים בגב תחתון, צוואר וראש
09/01/2024

סימנים חיוניים: גובה 175.5 07/01/2020 משקל 70 07/01/2020 bmi 22.73

לחץ דם 81 / 120 13/12/2018

דופק 112 13/12/2018

ממצאים בבדיקה
ממצאים מתאריך 03/12/2023
ממצאים מתאריך 23/11/2023
לב: קולות לב סדירים, ללא אוושות.
ריאות: כניסת אוויר תקינה, ללא ציפצופים, ללא חוחורים, ללא ליכה.
צילומים בבית חולים תקינים
CT תקין
03/12/2023
רגישות בגב תחתון
רגישות בצוואר
09/01/2024

אבחנה משוערת

קוד	אבחנה
A80	ACCIDENT/INJURY; NOS
7231	CERVICALGIA
7245	BACKACHE

דיון/תוכנית טיפולית:
ההפניות שהופקו ב 03/12/2023
הפניה לרפואה יועצת - 70017-בדיקה רפואית - אורתו
09/01/2024

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	רעיה
01/03/2002		BRONCHITIS ASTHMATIC
01/07/2017		NEUROENDOCRINE TUMOR

רגישויות ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"
לא ידועה רגישות לתרופות		בן משפחה

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1		FERRIPEL-3 TIPTIPOT DRP 50mg/1mL 6	

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

ד"ר סמואל בלומר בנשימול	120442	**נחתם דיגיטלית**
שם הרופא	מספר רשיון	חתימה וחותמת הרופא

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

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





מספר רשיון 25770

03-5392300

03-5392301

טלפון

פקס

ד"ר פ"ת ימחז

ד"ר זאב אשכול

אורתופדיה

דרך משה דיין, 3

קרית הסביונים - רופאים עצמאיים יהוד

שם הרופא

תחום

כתובת

מרפאה

תאריך: 11/02/2024

סיכום ביקור

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	מרציאנו אוריאל	מס זהות:	00209279413	גיל:	24.07	מין:	ז
ת.לידה:	05/07/1999	ישוב:	אור יהודה	רחוב:	אלעזר דוד	טלפון:	3-5339964	
מס בית:	23 / 3	טלפון:	55-2918111	טלפון נוסף:	3-5339964			

23/11/2023 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

שלום רב,

תאריך הביקור: 11/02/2024

סוג ביקור: 1 תאונת דרכים

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: תלונות/סיבת הפניה מתאריך 03/12/2023: יליד הארץ, בריא, ימני דומיננטי, שלל עשון. עצמאי ברחיצת רכב. נחבל כנהג חגור ברכב נייד מפגיעת רכב אחר מאחור. טופל במיון תה"ש. נשללה בעייה ב CT ראש ובצלומי שדרה. ללא הטבה עם זאלדיאר. 11/02/2024: עדין כאב בצוואר ובגב התחתון. ללא הטבה עם זאלדיאר. לא שב לעבוד. טנטון באוזניים בנוסף. CT - עש צוארי ומתני -

בדיקה גופנית: בדיקה גופנית מתאריך 03/12/2023: רגישות עורפית תחתונה, פרשכמתית מדיאלית דו"צ, מותנית תחתונה, לסג חיובי גבולי דו"צ. 11/02/2024: רגישות עורפית תחתונה, פרשכמתית מדיאלית דו"צ, הגבלה פזורה קלה בתנועות. רגישות מותנית תחתונה, לסג חיובי גבולי משמאל, שלילי מימין.

קוד	איפיון	אבחנה
8470	lbp	WHIPLASH INJURY

דיון/תוכנית טיפולית: דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 03/12/2023: נוגד דלקת לעת קצרה. פזיותרפיה. בקרת לפי הצורך. ההפניות שהופקו ב 03/12/2023: הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב 11/02/2024: עש צוארי ומתני. נוגד דלקת לעת קצרה. שקילת ברור אאג. בקרת.

הפניות	פרטי ההפניה	קוד	סטטוס
הפניה לדימות	CT עמוד שדרה צו 78073-ט.מ.	H3	הופק

תרופות

P	M	K	N	OP	סה"כ	משך	D	פ	יחידה	הגשה	מנה	תרופה
W	1	R	N	יחידה	14	14	D	1	טבליות	TAB	1	ETORICOXIB TAB 90MG 90MG

בברכה,

נחתם דיגיטלית**

25770

ד"ר זאב אשכול

חתימה וחותמת הרופא

מס' רשיון

שם הרופא



מספר רשיון 25770

03-5392300

03-5392301

טלפון

פקס

ד"ר זאב אשכול

אורתופדיה

דרך משה דיין, 3

שם הרופא

תחום

כתובת

מרפאה

תאריך: 11/02/2024

הפניה לדימוות

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	מס' זהות:	גיל:	מין:	ז
ת.לידה:	05/07/1999	00209279413	24.07		
מס' בית:	23 / 3	רחוב:	אלעזר דוד		
	55- 2918111	טלפון נוסף:	3- 5339964		

23/11/2023 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

מספר הפניה ישירה: 35768020039

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

רשיון רופא



5768



035768020039



0209279413



025770

ביום הבדיקה, נא לפנות למשרד מכון הרנטגן והדימוות כ- 15 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה. נא להגיע עם טופס ההפניה, מסמכים רלוונטיים וצילומים קודמים. לנשים בלבד!

אם הינך בהריון או במצב של אפשרות להריון, חובה עליך ליידע את הרופא המפנה לבדיקה ואת הצוות המבצע במכון הרנטגן והדימוות. נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין תור לבדיקה ב- 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78073	L1039	CT עמוד שדרה צוארי	10304010
78073	L1039	CT עמוד שדרה מותני + סקראלי	10304017

המטופל מתלונן על

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 03/12/2023:

יליד הארץ, בריא, ימני דומיננטי, שלל עשן. עצמאי ברחיצת רכב. נחבל כנהג חגור ברכב נייח מפגיעת רכב אחר מאחור. טופל במיון תה"ש. נשללה בעייה ב-CT ראש ובצלומי שדרה. ללא הטבה עם זאלדיאר. 11/02/2024: עדין כאב בצוואר ובגב התחתון. ללא הטבה עם זאלדיאר. לא שב לעבוד. טנטון באוזניים בנוסף.

ממצאים עיקריים

בדיקה גופנית מתאריך 03/12/2023:

רגישות עורפית תחתונה, פרשכמתית מדיאלית דו"צ, מותנית תחתונה, לסג חיובי גבולי דו"צ. 11/02/2024: רגישות עורפית תחתונה, פרשכמתית מדיאלית דו"צ, הגבלה פזורה קלה בתנועות. רגישות מותנית תחתונה, לסג חיובי גבולי משמאל, שלילי מימין.

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
8470	lbp	WHIPLASH INJURY

דיון/תוכנית טיפולית

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 03/12/2023:

נוגד דלקת לעת קצרה. פיזיותרפיה. בקרת לפי הצורך. ההפניות שהופקו ב-03/12/2023: הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב-11/02/2024: CT עש צוארי ומתני. בקרת.

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/03/2002		BRONCHITIS ASTHMATIC
01/07/2017		NEUROENDOCRINE TUMOR

רגישויות ו/או תופעות לוואי

סניף מור בני ברק

היחידה לטומוגרפיה ממוחשבת (C.T.)

תאריך הדפסה: 25 פברואר, 2024

טלפון: 03 - 5772555

תוצאות בדיקת C.T.

שם נבדק/ת : מרציאנו , אוריאל
תאריך בדיקה : 13/02/2024
כתובת : אור יהודה , אלעזר דוד
גורם מפנה : דן-פתח תקוה
מדפיסה : אפ

ת.ז. : 209279413
טלפון : 055 - 2918111
רופא מפנה/מטפל : ד"ר אשכול זאב

לכבוד
הרופא המטפל

ד"ר נכבד,

התווייה: בירור רפואי .

להלן ממצאי סריקה טומוגרפית ממוחשבת של עמוד שידרה צוארי בגבהים C1-D1:

הבדיקה נעשתה בחתכים אקסיאליים, בחלונות רקמה רכה ובחלונות עצם.

לורדוזיס פיזיולוגי שמור.
גובה גופי החוליות תקין.
רוחב תעלה ספינלית הגרמית שמור.
פורמינות נוירליות ברוחב תקין.
ללא עדות לפתולוגיה דיסקאלית בולטת.



להלן ממצאי סריקה טומוגרפית ממוחשבת של עמוד שידרה מותני:

הבדיקה בוצעה בחתכים אקסיאליים בחלונות רקמה רכה ובחלונות עצם + שיחזורים.

לורדוזיס פיזיולוגי שמור.
סקוליוזיס קל קמור שמאלה.
רוחב תעלה ספינלית הגרמית שמור.
מרווחים בין חולייתיים שמורים.
בלט דיסק אחורי עם חץ קל על השק הדורלי בגובה L3-L4, L4-L5 ו-L5-S1.

בסיכום: ממצאים כמתואר בגוף התשובה.

בברכה,

ד"ר אסיה דיסין
מומחית לרדיולוגיה אבחנתית
מ.ר 33752 מ.ר.מ 25588

לנבדק/ת- יש להעביר את תוצאת הבדיקה בהקדם אל הרופא/ה המפנה/המטפל/ת לצורך המשך טיפול ומעקב.
יש להביא בדיקות קודמות להשוואה בכל פניה לביצוע בדיקה חדשה.

דו"ח זה מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות. המוסרו שלא כדין עובר עבירה.

תאריך: 24/07/2024

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל:	
שם משפחה ופרטי:	מרציאנו אוריאל
ת.לידה:	05/07/1999
מס בית:	23 / 3
מס זהות:	00209279413
רחוב:	אלעזר דוד
טלפון נוסף:	3- 5339964
גיל:	25.00 מין: ז

סוג תאונה 1 תאונת דרכים תאריך תאונה 22/11/2023

מספר הפניה ישירה: 35255029383

מספר רשיון	תז נבדק	מספר הפניה	גורם שולח
120442	0209279413	035255029383	5255

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

סימנים חיוניים: גובה 175.5 24/07/2024 משקל 70 24/07/2024 bmi 22.73

לחץ דם 120 / 71 24/07/2024

דופק 112 13/12/2018

אבחנה משוערת

קוד	אבחנה
7840	HEADACHE
7242	LOW BACK PAIN
7231	CERVICALGIA
7295	PAIN LEG
A80	ACCIDENT/INJURY; NOS

בעיות פעילות

מגילוי	אפיין	בעיה
01/03/2002		BRONCHITIS ASTHMATIC
01/07/2017		NEUROENDOCRINE TUMOR
22/11/2023		ACCIDENT/INJURY; NOS

רגישויות ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא ידועה רגישות לתרופות		בן משפחה

תרופות קבועות

...ב	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1		6	FERRIPEL-3 TIPTIPOT DRP 50mg/1mL

ד"ר סמואל בלומר בנשימול	120442	**נחתם דיגיטלית**
שם הרופא	מספר רשיון	חתימה וחותמת הרופא
בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.		
פניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת ביה"ח מפורסמת באתר הכללית		





מספר רשיון: 120442
טלפון: 03-5382400
פקס: 03-5382401
מחוז: דן-פ"ת

ד"ר סמואל בלומר בנשימול
רפואת משפחה
משה הדדי, 6
גורדון-אור יהודה

שם הרופא
תחום
כתובת
מרפאה

תאריך: 24/07/2024

הפניה לדימות

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	מס זיהוי:	00209279413	גיל:	25.00	מין:	ז
ת.לידה:	05/07/1999	ישוב:	אור יהודה	רחוב:	אלעזר דוד	מס זיהוי:	00209279413
מס בית:	23 / 3	טלפון:	55-2918111	טלפון בוסף:	3-5339964	מס זיהוי:	00209279413

22/11/2023

תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

35255029381

מספר הפניה ישירה:

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

רשיון רופא



5255



035255029381



0209279413



120442

ביום הבדיקה, נא לפנות למשרד מכון הרנטגן והדימות כ- 15 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה.
נא להגיע עם טופס ההפניה, מסמכים רלוונטיים 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.

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78073	L1039 ט.מ. עמוד שדרה צוארי		10304010
78073	L1039 ט.מ. עמוד שדרה מותני + סקראלי		10304017

22.73 BMI

נמדד ב: 24/07/2024

משקל

נמדד ב: 24/07/2024

גובה

סימנים חיוניים

לחץ דם 120 / 71 נמדד ב: 24/07/2024

דופק 112 נמדד ב: 13/12/2018

אבחנה משוערת

קוד	אבחנה
7840	HEADACHE
7242	LOW BACK PAIN
7231	CERVICALGIA
7295	PAIN LEG
A80	ACCIDENT/INJURY; NOS

בעיות פעילות

מגילוי	אפיון	בעיה
01/03/2002		BRONCHITIS ASTHMATIC
01/07/2017		NEUROENDOCRINE TUMOR
22/11/2023		ACCIDENT/INJURY; NOS

רגישויות ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא ידועה רגישות לתרופות	בן משפחה	בן משפחה

****נחתם דיגיטלית****

120442

ד"ר סמואל בלומר בנשימול

חתימה וחתימת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

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





שם הרופא: ד"ר סמואל בלומר בנשימול
תחום: רפואת משפחה
כתובת: משה הדדי, 6
מפאה: גורדון-אור יהודה
מספר רשיון: 120442
טלפון: 03-5382400
פקס: 03-5382401
מחוז: דן-פ"ת

תאריך: 24/07/2024

הפניה למכון פיזיותרפיה

(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	מס' זהות:	00209279413	גיל:	25.00	מין:	ז
ת.לידה:	05/07/1999	ישוב:	אור יהודה	רחוב:	אלעזר דוד	טלפון נוסף:	3- 5339964
מס' בית:	23 / 3	טלפון:	55- 2918111	טלפון נוסף:	3- 5339964		

22/11/2023 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

מספר הפניה: 35255029382

רשיון רופא

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

רשיון רופא



5255



035255029382



0209279413



120442

שירות שנבחר

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

ACCIDENT/INJURY; NOS

אבחנה משוערת

סימנים חיוניים: גובה 175.5 24/07/2024 משקל 70 24/07/2024 bmi 22.73

לחץ דם 120 / 71 24/07/2024

דופק 112 13/12/2018

בעיות פעילות

מגילוי	איפיון	בעיה
01/03/2002		BRONCHITIS ASTHMATIC
01/07/2017		NEUROENDOCRINE TUMOR
22/11/2023		ACCIDENT/INJURY; NOS

רגישויות ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא ידועה רגישות לתרופות		בן משפחה

תרופות קבועות

שם	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1		6	FERRIPEL-3 TIPTIOT DRP 50mg/1mL

נחתם דיגיטלית

120442

ד"ר סמואל בלומר בנשימול

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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



פקס זה נשלח ממוקד רופא און ליין של כללית

מספר רשיון 138373
טלפון 032222222

ד"ר שארן אבו ריא
רפואת משפחה
און-ליין משפחה
רופא משפחה און-ליין

שם חרופא
תחום
כתובת
מדינה

מחוז
הנהלה
ראשית
ומושלם

21:30 24/07/2024 תאריך:

הפניה למיון

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי	מספר רשיון	מס זיהוי	גיל	25.00	מין	ז
ת.לדה:	05/07/1999	ישוב	אור יהודה	רחוב	אלעזר דוד	מס זיהוי	00209279413
מס בית	3 / 23	טלפון	55-2918111	טלפון נוסף	3-5339984		

מספר הפניה: 39090379665

גורם שולח



9090

מספר הפניה



039090379665

תז נבדק



0209279413

מספר רשיון



138373

לכבוד: מיון איכילוב

שירות שבבחר

קוד שירות	קוד חש"ב	תאריך רפואי	שירות רפואי
70069	99283	ביקור במיון	70069

חוקר ההפניה למיון הינו עד לסוף יום למחרת ממועד הפקתה

אבחנה משוערת:

קוד	אבחנה
7840	HEADACHE
7242	LOW BACK PAIN
7231	CERVICALGIA
7295	PAIN LEG
A80	ACCIDENT/INJURY; NOS

תלונות: עבר תאונת דרכים לפני מספר חודשים.
בעקבותיה סובל מפריצת דיסק תזקה.
כעת סובל מכאבים עזים בראש ולחץ. רגליים כבדות.
אינו מצליח לקום על הרגליים.

סימנים חיוניים: גובה 175.5 24/07/2024 משקל 70 24/07/2024 bmi 22.73
לחץ דם 120 / 71 24/07/2024
דופק 112 13/12/2018

דין/תוכנית טיפולית: החפניות שהופקו ב 24/07/2024:

הפניה לדימות - 78073-ט.מ. CT עמוד שדרה צו, הפניה לפיזיותרפיה - 80015-
פיזיותרפיה אבחון וב, הפניה לרפואה יועצת - 70017-בדיקה רפואית - אורח,
הפניה למעבדה - סרולוגיה זיהומית, 24/07/2024

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מ.גיל	אבחנה
01/03/2002	BRONCHITIS ASTHMATIC
01/07/2017	NEUROENDOCRINE TUMOR
22/11/2023	ACCIDENT/INJURY; NOS

סה"כ 1

פקם זה נשלח ממוקד רופא און ליין של כלליה

רגישות לאן תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	מסר על
לא ידועה רגישות לתרופות		ב משפחה

תרופות קבועות

תאריך	כמות	אחסנה	מתי	ביום
FERRIPEL-3 TIPTIPOT DRP 50mg/1ml 16			1	

נחתם דיגיטלית

136373

ד"ר שאדן אבו ריא

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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



סהר 1

הפניה למיין

דף 2

על-פי חוק הגנת הפרטיות

36

המסמך מכיל

תאריך ושעת ההדפסה: 08:31 25/07/2024
חסוי רפואי

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 לפטולטה לרפואה באוניברסיטת תל-אביב
רח' ויצמן 6, תל-אביב 6423906
טל: 03-6974444

מערך המחלקה לרפואה דחופה
שחרור רפואי

שם יחידה: המחלקה לרפואה דחופה	מנהלת מחלקה: דר' בוגוסלבסקי ויקטוריה מ.ר. 34136	אח/ות אחראית: גב' ויקטוריה גרינברג
טלפון: 03-6973232	פקס: 03-6973652	דוא"ל:

שם משפחה: מרציאנו	שם פרטי: אוריאל	ת.ז.: 209279413
תאריך לידה: 05/07/1999	גיל: 25	טלפון: 0552918111
מין: זכר	מבוטח בקופה: כללית	כתובת: אלעזר דוד 23 אור יהודה 6031223

נתוני ביקור - תאריך ושעת קבלה: 24/07/2024 21:41 מספר מקרה: 13226313

סיום טיפול במלר"ד: שחרור



תלונה עיקרית

כאבי גב

מחלה נוכחית

בן 25, בריא בד"כ ללא אלרגיות ידועות.
ברקע - 11/23 עבר תאונת דרכים, מאז סובל מכאבים כרוניים בגב התחתון וכאבי ראש. מטופל במשכני כאבים באופן קבוע.
CT אחרון מפברואר 25: בלט דיסק אחורי עם לחץ קל על השק הדורלי בגובה L3-L4, L4-L5, L5-S1.

מזה יומיים סובל מהחמרה בכאבי הגב, עם הקרנה לרגל ימין ותחושת נימול וזרמים עד גובה הקרסול.
בנוסף הגבלה בתנועה עקב הכאב.
כמו כן קיימת החמרה בכאבי הראש עם תחושת לחץ וטשטוש ראייה.
שולל חולשה בגפיים התחתונות.
שולל אי שליטה עם סוגרים.
שולל חבלה נוספת לאחרונה.

אבחנות במיון

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P	Rec
אבחנה BACK PAIN	724.5			✓			

לא ידועה רגישות לתרופות

נתונים קליניים

מדדים

תאריך ושעה	חום	לחץ דם	דופק	כאב	סטורציה
06:37 25/07/2024	36.7	140 / 80	60	3	99
22:05 24/07/2024				9	

בדיקת שתן

תאריך ושעה	US - שארית שתן
00:44 25/07/2024	30

מטופל מונשם

שם: אוריאל מרציאנו	ת"ז: 209279413	מקרה :	מחלקה: המחלקה לרפואה דחופה
--------------------	----------------	--------	----------------------------

תאריך ושעה	סטורציה
06:37 25/07/2024	99

בדיקות דם

תאריך ושעה	ספירת דם	כימיה
22:29 24/07/2024	בוצע	בוצע

בדיקות דם שכיחות

תאריך ושעה	תפקודי קרישה
22:29 24/07/2024	בוצע

סטטוס מטופל

תאריך ושעה	סטטוס מטופל
05:49 25/07/2024	השגחה ..
04:42 25/07/2024	השגחה, ממתין לפיענוח
02:24 25/07/2024	ממתין ל-CT
02:21 25/07/2024	השגחה, ממתין ל-CT עמו"ש

מדדים חיוניים

תאריך ושעה	חום	לחץ דם	דופק	סטורציה
06:37 25/07/2024	36.7	140 / 80	60	99

מדדים לרופא מרדים

תאריך ושעה	כאב	סטורציה	ספירת דם
06:37 25/07/2024	3	99	
22:29 24/07/2024			בוצע
22:05 24/07/2024	9		

ביצוע תרופות

צורת מינון ומינון	תאריך ושעה	תזמון מהוראה	תרופה
INJ 1000 mg I.V	00:23 25/07/2024	Once	PARACETAMOL B. BRAUN INJ 1000 mg
mg I.V 1000	23:58 24/07/2024	Once	OPTALGIN INJ 1000 mg/2mL 1000 mg
mg I.V 100 mg I.V 10	00:08 25/07/2024	Once	TRAMAL INJ 100 mg /2mL 100 mg+PRAMIN INJ 10 mg/2mL 10 mg
mg I.V 100 mg I.V 10	06:39 25/07/2024	Once	TRAMAL INJ 100 mg /2mL 100 mg+PRAMIN INJ 10 mg/2mL 10 mg
			סנדלר אחרר אור

סיכום

בדיקה פיזיקלית לפני אנלגטיקה:
כאוב.

תבנית הליכה אנטלגית, צליעה של רגל ימין.

נבדק על ידי צוות אורתופדי-

שולל דגלים אדומים לרבות אי שליטה על סוגרים או ירידה בתחושה פריאנאלית.
ירידה ב TA אך ייתכן כי אנטלגיה למרות שקיבל משככי כאבים.

השלים CT, פענוח זמני:

עמדה תקינה של עמו"ש
מרקם גרמי תקין, ללא עדות לשבר טרי, ללא ממצא מוקדי.
שינויים דיסקוגנים מינימליים, עם בלטי דיסק קלים בגובה L3-L4 ו-L4-L5, ללא היצרות ספינלית או פורמינלית משמעותיות.
לסיכום:
שינויים דיסקוגנים מינימליים ללא היצרות ספינלית או פורמינלית משמעותיות.

בבדיקתו הבוקר,
עדיין כאוב אך כוח גס שמור בפיזור L2-S1.
ללא רפלקסים פתולוגיים.

שם: אוריאל מרציאנו	ת"ז: 209279413	מקרה:	מחלקה: המחלקה לרפואה דחופה
--------------------	----------------	-------	----------------------------

כאמור ללא דגלים אדומים במיון.

המלצות:

סבב נוסף של שינוי כאב- כעת מקבל
המתנה לפענוח רשמי במידה של ממצאים חריגים תיוגנו החוזר
המשך טיפול מלר"ד, במידה ועדיין כאוב ניתן לשקול אשפוז לאיזון כאב/ מרפאת כאב
השלמת MRI עמ"ש מותני וביקורת מרפאת עמ"ש / מומחה עמ"ש לאחר מכן, טל לקביעת תור 03-6974000
ביקורת מרפאת כאב במוסדנו
חופשת מחלה
בהחמרה לשוב למיון

השלים CT -

CT עמ"ש ללא חומר ניגוד

=====

פרטים קליניים:

בן 25 כאבי גב וחולשה של הרגל.

ללא בדיקה קודמת להשוואה.

טכניקה: ע"ש המותני נסרק מגובה T12 עד גובה S1.
בוצעו שחזורים סגיתלים במקביל למרווחים הדיסקלים.

ממצאים:

עמדה תקינה של עמ"ש

מרקם גרמי תקין, ללא עדות לשבר טרי, ללא ממצא מוקדי.

שינויים דיסקוגנים מינימליים, עם בלטי דיסק קלים בגובה L3-L4 - L4-L5, ללא היצרות ספינלית או פורמינלית משמעותיות.

לסיכום:

שינויים דיסקוגנים מינימליים ללא היצרות ספינלית או פורמינלית משמעותיות.

דו"ח זה יכול לעיתים לכלול גם ממצאים פתולוגיים משמעותיים ואף מסכני חיים.
לפיכך, חובה לפנות לרופא המטפל עם דו"ח הפענוח בהקדם האפשרי על מנת לאפשר המשך ברור וטיפול.
דו"ח זה מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות. המוסדו שלא כדין עובר עבירה.

טרם שחרור- ערני, מתהלך. מציין כי עדיין כאוב אך בשיפור
מצבו הכללי טוב ומאפשר שחרור לביתו

המלצות כלליות

המלצה:

מעקב רופא מטפל
ניתן מרשם זמני למשככי כאבים- יש לפנות לרופא המשפחה להמשך מעקב ואיזון
המלצות אורתופדיה- השלמת MRI עמ"ש מותני וצווארי וביקורת מרפאת עמ"ש / מומחה עמ"ש לאחר מכן, טל
לקביעת תור 03-6974000
ביקורת מרפאת כאב במוסדנו
חופשת מחלה 7 ימים
קידום יציאות לפי צורך- שמן פרפין, ללא צורך במרשם
אין ליטול במקביל לנטיילת הארקוקסיה תרופות נוספות מקבוצת NSAIDS
בהחמרה לשוב למיון
חופשת מחלה: 7 ימים.

תרופות מומלצות

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓	1000 מ"ג = 40 טיפות		1	7 ימים - 39 -	כיום X 3	1000 mg	P.O	OPTALGIN DRP 500mg=20 drp=1mL (DIPYRONE)

סודי רפואי

שם: אוריאל מרציאנו	ת"ז: 209279413	מקרה :	מחלקה: המחלקה לרפואה דחופה
--------------------	----------------	--------	----------------------------

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓		1		7 ימים	ביום X 1	90 mg	P.O	ARCOXIA TAB 90 mg (ETORICOXIB)
✓	טבליות פרקוסט חמישה מ"ג שלוש פעמים ביום למשך שבעה ימים, סך הכול עשרים ואחת טבליות	21		7 ימים	ביום X 3	5 mg	P.O	PERCOCET 5 TAB (PARACETAMOL, OXYCODONE HCL)

הדרכה סיעודית בשחרור

המטופל הודרך לשחרור בהתאם להמלצות הרופא הוצא ונפולן

תוצאות מעבדה

בדיקות *	ערכי ייחוס	24/07/24 22:29
תפקודי קרישה		
PT, Sec - blood	Sec	10.03 - 12.43 10.50
PT, INR		0.97 - 1.19 0.96 ↓
PTT	Sec	25.00 - 34.00 30.00

ספירת דם			
RBC	10e6/μL	4.3 - 5.8	4.7
Hemoglobin	g/dL	13.2 - 17.0	14.4
HCT	%	39 - 49	41
MCV	fL	80.0 - 96.0	88.6
MCH	pg	26.0 - 34.0	30.8
MCHC	g/dL	31.0 - 37.0	34.8
RDW	%	0.0 - 15.0	13.0
NRBC/100 WBC	%		0.1
WBC	10e3/μL	4.0 - 11.0	11.7 ↑
Neutrophils %	%	40.0 - 75.0	57.8
Neutrophils No.	10e3/μL	1.4 - 6.0	6.7 ↑
Lymphocytes %	%	20.0 - 40.0	33.7
Lymphocytes No	10e3/μL	1.2 - 3.0	3.9 ↑
Mono%	%	2.0 - 13.0	5.8
Monocytes No.	10e3/μL	0.0 - 1.3	0.7
Eosinophils %	%	0.0 - 6.0	2.2
Eosinophils No.	10e3/μL	0.0 - 0.4	0.3
Basophils%	%	0.0 - 1.9	0.5
Basophils No.	10e3/μL	0.0 - 0.2	0.1
Platelet, automated count	10e3/μL	150 - 450	260
Mean platelet volume	fL	7.0 - 12.0	8.4
Neutrophils/lymphocytes ratio - blood			1.7

כימיה בדם			
Glucose - blood	mg/dL	70 - 110	88
Urea nitrogen (BUN) - blood	mg/dL	5 - 25	7
Sodium - blood	mmol/L	135.0 - 146.0	137.0
Potassium - blood	mmol/L	3.50 - 5	- 40 - 3.83



* בדיקות	ערכי ייחוס	24/07/24 22:29
Chloride - blood	mmol/L 95 - 110	105
Creatinine	mg/dL 0.70 - 1.30	0.72
CRP (WIDE RANGE)	mg/L 0.00 - 5.00	1.00
eGFR	ml/min/1.73m 60 - 200	130

* תדפיס זה אינו כולל הערות עבור מדבקה או בדיקה

חתימת אחות משחררת

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
מחאמיד אדהאם	אח/ת משחררת	25/07/2024 08:31

רופאה משחררת

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
ד"ר להב זיו אריה מ.ר. 127358	רופאה משחררת	25/07/2024 08:25

המשך מעקב רופא מטפל לפי הצורך, בכל החמרה יש לפנות לרופא בהקדם

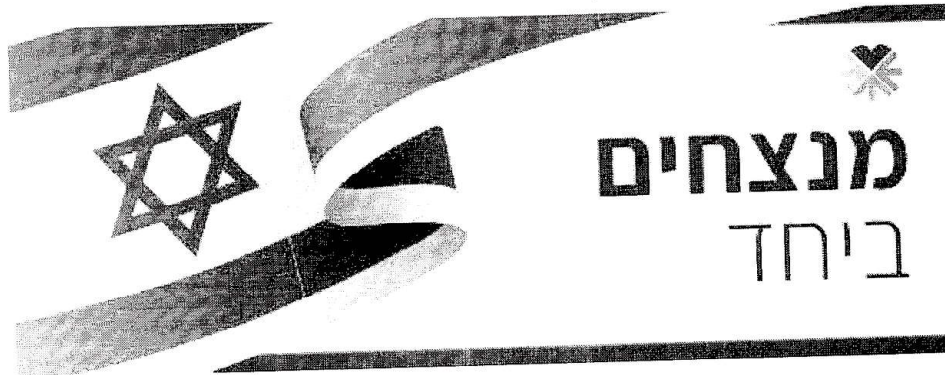
בפנייה חוזרת למיין או בפנותך למרפאה אליה הוזמנת, עליך להצטייד בהתחייבות כספית או בתשלום כספי.

מסמכים נלווים



בימים אלה, כולנו ביחד.
אנחנו כאן באיחילוב עושים הכל כדי להמשיך ולספק לך
את השירות הרפואי הטוב ביותר.
לידיעתך, פעילות בית חולים מתקיימת כסידרה.

במידה והינך זקוקה לסיוע נוסף, לרשותך:
השירות הסוציאלי בית חולים איכילוב - 03-6973574
ערן - עזרה ראשונה נפשית - 1201
נט"ל - נפגעי טראומה על רקע לאומי 1-800-363363
מוקד מידע וסיוע משרד הרווחה וביטחון חברתי - 118



מנצחים
ביחד

מטופל/ת יקר/ה

בימים אלה, כולנו עוברים תקופה לא קלה, - 41 - מלווה במתח נפשי ובדידות.

שם: אוריאל מרציאנו	ת"ז: 209279413	מקרה :	מחלקה: המחלקה לרפואה דחופה
--------------------	----------------	--------	----------------------------

להלן מספרי טלפון לסיוע:

מוקד החירום של משרד הרווחה והשירותים החברתיים - 118

מוקד לאזרחים וותיקים: מיצוי זכויות, הפגת בדידות, סיוע סוציאלי - *8840

יחידת סגולה לאזרחים וותיקים 03-6947680

קווי החירום לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית - 1202: נשים 1203: גברים

ערן - עזרה ראשונה נפשית - 1201

מרכז מיצוי זכויות למטופלים מתחת לגיל הפרישה 03-9647888

כל זכות - מאגר מידע אודות זכויות www.kolzchut.org.il

השירות הסוציאלי בית חולים איכילוב - 03-6973574

לקראת חזרתך הביתה ולשם שמירה על הרצף הטיפולי וחזרה לתפקוד מיטבי, מומלצת החלמה ביתית בליווי רפואי. למידע נוסף קישור לאתר איכילוב הום: <https://www.tasmc.org.il/ichilov-home/Pages/home-care.aspx>



שימוש בתרופות ממשפחת האופיאטים

תרופות ממשפחת האופיאטים משמשות לטיפול בכאב בינוני עד חמור (בהתאם לתכשיר). לתרופות אלה חשיבות גדולה בטיפול התרופתי בכאב, אך השימוש בהן עלול לטמון בחובו סיכונים. בשל כך, ישנה חשיבות גדולה כי הטיפול יעשה בהתאם להנחיות הרופא המטפל תוך מעקב צמוד.

תרופות ממשפחת האופיאטים עלולות לגרום להתמכרות, בעיקר בשימוש ממושך והינן בעלות פוטנציאל לשימוש לרעה ולמינון יתר. תגובה למינון יתר יכולה להתבטא בנשימה איטית ואף לגרום למוות.

הוסבר לי כי התרופה שניתנה לי Percocet (למלא את שם התרופה), הינה תרופה ממשפחת האופיאטים, ולכן כל ההסבר בטופס זה רלוונטי לגבי הטיפול שלי.

הוסברו לי גם האפשרויות החלופיות לטיפול בתרופה זו על ידי טיפולים תרופתיים שאינם ממשפחת האופיאטים, ביצוע טיפולים פארה-רפואיים שאינם תרופתיים לרבות היתרונות והחסרונות של הטיפולים הללו. הובהר לי כי לשימוש בתרופות ממשפחת האופיאטים, פוטנציאל גדול להתפתחות סבילות (כלומר שעם הזמן הם משפיעות פחות על הכאב) ותלות בתרופות ככל השימוש בתרופות אלו מתמשך.

כמו כן הובהר לי שחל איסור לקחת מינון שונה מזה שרשם הרופא שאין למסור את התרופות לאדם אחר או להשתמש במרשמים לאופיאטים שניתנו לאדם אחר וכי עלי למסור לכל גורם מטפל (רופא, אחות, פסיכולוג וכו') מידע על תרופות ממשפחת אופיאטים שאני נוטל והמינון שלהן.

הוסבר לי גם כי הפסקת נטילת התרופה צריכה להיות בהתאם להנחיות הרופא, ולאחר התייעצות עימו, תוך הפחתה הדרגתית במינוני התרופות, וזאת כדי למנוע, ככל האפשר, תופעות של גמילה (כגון: אי שקט, הזעה, סחרחורת תחושה כללית רעה ועוד)

למידע נוסף ממשרד הבריאות:

עברית

https://www.gov.il/BlobFolder/dynamiccollectorresultitem/opioids2/he/files_safety_information-library_opioids_en.pdf

ערבית

https://www.gov.il/BlobFolder/dynamiccollectorresultitem/opioids/he/files_safety_information-library_opioids_ar.pdf

אנגלית

https://www.gov.il/BlobFolder/dynamiccollectorresultitem/opioids2/he/files_safety_information-library_opioids_en.pdf

שם המטופל/ת:

שם משפחה: מרצאן
שם פרטי: מרצאן
ת.ז.: 299879413
שם האב: מרצאן

אני מצהיר/ה ומאשרת בזאת כי כל האמור בטופס זה הוסבר לי, וכן קיבלתי הסבר מפורט, בעל פה, על הצורך בקבלת תרופה ממשפחת האופיאטים, על החלופות לטיפול זה, הסיכונים שבנטילת תרופות אלו, על ההגבלות ואופן הנטילה הנכון מד"ר/פרופ' _____, והחלטתי ליטול את התרופות לאחר שהבנתי את ההסברים.

חתימת המטופל/ת

תאריך

אני הח"מ, ד"ר/פרופ' גוטמן מאשר כי הסברתי את כל האמור לעיל למר/גב מנצ'ט וכי הנ"ל חתם על הטופס לאחר שהבין את מלוא ההסברים

חתימת הרופא

28/07/24

28/07/24
תאריך



נספח 3 :

בקשה למינוי מומחים רפואיים

(עמודים 46 עד 46)



תקנות פיצויים לנפגעי תאונות דרכים (מומחים), התשמ"ו – 1986

טופס 1

(תקנה 2)

בקשה למינוי מומחים רפואיים

ת.א. 24/

בבית משפט השלום
בכפר סבא

אוריאל מרציאנו- נ ג ד - הראל חברה לביטוח בע"מ

התובע, אוריאל מרציאנו, מבקש למנות מומחים בנושא הנכות הרפואית שלו ובנושא דרכי שיקומו בתחום האורתופדי בתחום האף, אוזן וגרון ובתחום הנוירולוגי לשם מתן חוות דעת.

התובע מודיע כי בעקבות תאונת הדרכים בה נפגע, טופל במסגרת בבית החולים שיבא, בתל השומר ובמסגרת קופת החולים כללית.

העתקי סיכום מחלת התובע מתוך תיק המוסד הרפואי שבו הוא מטופל מצורפים לכתב התביעה.

כן, צורפו לכתב התביעה מסמכים רפואיים שנערכו לצורך הטיפול הרפואי שניתן לתובע ושיש בהם ראיה על הנכות שהוא טוען לה.


אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ התובע



נספח 4 :

יפוי כח וסר ותצהיר

(עמודים 48 עד 50)



טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
מ.ר. 527 מק	מ.ר. 23	209279413	מ.ר. 209279413
רחוב	מס'	מיקוד	טלפון
מ.ר. 527 מק	23	6031223	055279413

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיה, עובדיה 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 הבריאות 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 הבריאות 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 וויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: _____
או על המידע המפורט להלן: _____

חלק ב'

שם קופ"ח: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____
רופאים: _____
מכוניס, מעבדות: _____

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

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

תאריך: 26.8.24 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____ X
(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

אריאל פריברג עו"ד
מ.ר. 62254

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, אריאל פרייברג
ת.ז.ח.פ. מס' 709779413, מרחוב אריאל פרייברג 73 ירושלה

ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג להיות באי כוחי בהליך של _____ נגד _____
בענין מיום _____ מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי ורשאי 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, דרישה 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. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
3. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
4. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
5. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
6. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרת בבית המשפט או מחוצה לו.
7. 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 והפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
8. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
9. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
10. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
11. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, לפטרם 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 25 לחודש 8 שנה 24

חתימה: X

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

אריאל פרייברג, עו"ד
מ.ר. 62254

עורך-דין

תקנות פיצויים לנפגעי תאונות דרכים (מומחים), התשמ"ו – 1986

תצהיר

טופס 2

(תקנה 2)

אני הח"מ _____ אוריאל מרציאנו בעל ת.ז. _____ 209279413 התובע בתיק _____ בבית (ה) משפט _____ ב _____ לאחר שהוזהרתי כי עלי להצהיר את האמת וכי אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן, מצהיר/ה בזאת כדלקמן:

1. להלן רשימת מחלות שהיו לי ושחייבו את אשפוזי במוסד רפואי:

תאריך:	_____	המחלה:	_____	המוסד הרפואי:	_____
תאריך:	_____	המחלה:	_____	המוסד הרפואי:	_____
תאריך:	_____	המחלה:	_____	המוסד הרפואי:	_____

2. להלן פרטים על תאונות שהיו לי (פרט לתאונה נשוא התביעה):

תאריך:	_____	הפגיעה:	_____	המוסד הרפואי:	_____
תאריך:	_____	הפגיעה:	_____	המוסד הרפואי:	_____
תאריך:	_____	הפגיעה:	_____	המוסד הרפואי:	_____

X _____

חתימה

אישור

אני הח"מ עו"ד _____ אריאל פרייברג, מרחוב אבא הלל 7, רמת גן, מאשר בזה כי ביום _____ 26.8.23 הופיע/ה בפני _____ אוריאל מרציאנו (המוכר/ת לי באופן אישי) שהזדהה/תה בתעודת זהות מס' _____ 209279413 ולאחר שהוזהרתי/יה כי עלי/יה להצהיר את האמת וכי אם לא יעשה/ תעשה כן יהא/תהא צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק, אישר/ה את נכונות תצהירי/ה.

_____ חתימת עורך הדין