בית משפט השלום בהרצלייה

ת"א 2164-11-24 עובד נ' רמות אופק בע"מ ואח'

03 נובמבר 2024

אישור פתיחת תיק

مصادقة على تسجيل قضية

ניתן אישור כי ביום (نُصادق بهذا بأنه في يوم) 03/11/2024 בשעה (بالساعة) 10:44 נפתח בבית משפט זה (سجلت في المحكمة قضية تحمل الرقم) ת"א 2164-11-24 עובד נ' רמות אופק בע"מ ואח'.

שימת ליבך כי תיק זה נפתח על תנאי וככל שימצאו מחדלים שלא יתוקנו בתוך פרק הזמן הקבוע בהודעת המזכיר המשפטי, התביעה תסגר בסיבה: "אי קבלה לרישום בשל אי מילוי הוראות הדין".

שימת לבך כי לפי הדין, מסמך שהוגש לאחר השעה 17:00 נחשב כאילו הוגש ביום החול שלאחריו.
בהתאם לכך, לגבי מסמכים שהוגשו לאחר השעה 17:00 מופיעה באישור זה השעה 7:00 ביום החול שלאחר יום ההגשה ולא מועד ההגשה המקורית.

אנשים עם מוגבלויות יכולים לפנות לבית המשפט בכתב, בבקשה לקבלת התאמות נגישות, לפי הצורך.
לקבלת פרטים נוספים הנוגעים לקבלת התאמות נגישות, ניתן לפנות למרכז המידע הטלפוני שמספרו **077-2703333*3852** . www.court.gov.il
ذوي اعاقه يمكنهم التوجه خطيا الى المحكمة، بطلب للحصول على ملائمة للتسهيل بحسب الحاجة. للحصول على تفاصيل اضافية يمكن التوجه الى مركز المعلومات الهاتفي **077-2703333 3852***.
www.court.gov.il

דע לך כי באם תינתן החלטה בתיק על הוצאת צו (מכל סוג שהוא לרבות צו עיכוב יציאה מן הארץ), ויימצא כי מספר הזהות של נשוא הצו לא צוין, או שצוין אך נמצא שהוא שגוי, או שאינו קיים במרשם האוכלוסין – לא ניתן יהיה לבצע את הצו. הנך נדרש להמציא למזכירות בית המשפט בהקדם את פרטי נשוא הצו הנכונים על מנת שתוכל לפעול ליישום ההחלטה השיפוטית. היה ומדובר בזיהוי מסוג "מספר דרכון" יש לציין את שם הגורם בתיק באותיות לועזיות.

שלום הרצליה * נאמן למקור * 4592637

פסקי דין והחלטות מתפרסמים באתר הרשות השופטת, למעט אם הם אסורים בפרסום לפי הדין.
בעל דין בלתי מיוצג - מערכת בתי המשפט חוסכת לך זמן !
בוא לבצע את כל הפעולות ולהתעדכן בתיק בכל עת ובתנאי שבוצע רישום במערכת ההזדהות הממשלתית.

לפרטים ומידע, יש לסרוק את הקוד:

בבית משפט השלום **ת.א. 24-**
בהרצליה
נערך ונחתם ביום 20.10.24

התובע: **עדי עובד, ת"ז 201170610**
מרחוב רבינוביץ 1/21, בת ים 5958501
טלפון: 054-2212103

באמצעות ב"כ עו"ד אריאל פרייברג (מ.ר. 62254)
ו/או יגאל רסקין

מרחוב אבא הלל 7, רמת גן
טל': 03-7412358 פקס': 077-3180983

- נ ג ד -

הנתבעות: **1. רמות אופק בע"מ, ח.פ. 513215384**
מרחוב יגאל אלון 96, תל אביב
03-5638806 דוא"ל OfficeIL@cbre.com

2. נתנאל ביצוע וגמר בבנייה בע"מ, ח.פ. 515512903
מרחוב הניצן 9, רמלה 7253109
טל': 050-6935800

3. וויורק ישראל בע"מ, ח.פ. 514886399
מרחוב שוקן 23, תל אביב 6653208
טל': 072-2658705

מהות התביעה: נזיקין – נזקי גוף

סכום התביעה: אינו ניתן להערכה.

סכום אגרת בית המשפט: 791 ₪ (לפי ס' 34 בתוספת 2 לתקנות בתי המשפט (אגרות), תשס"ז- 2007).

תיקים קשורים: לא קיים הליך נוסף בבית משפט או בבית דין, בקשר למסכת עובדתית דומה.

כתב תביעה

הזמנה לדין

הואיל והתובע הגישה כתב תביעה נגדך, המצורף בזאת, אתה מוזמן להגיש כתב הגנה בתוך **60** ימים מיום שהומצאה לך הזמנה זו.

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

א. **<u>תיאור תמציתי של בעלי הדין:</u>**

1. הנתבעת 1 הינה חברה הפועלת כחוק בישראל, אשר בכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו היתה מעסיקתו של התובע.

2. התובע, יליד 3.5.1990 היה בכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו, עובד הנתבעת 1 אשר הועסק על ידה.

3. הנתבע 2 הינו קבלן בתחום הבניה ו/או השיפוצים ו/או הגמר אשר בזמנים הרלוונטיים לכתב תביעה ביצע עבודה ברחוב תובל 40, בתל אביב.

4. הנתבעת 3 הינה חברה הרשומה ופועלת כחוק בישראל ובכל הזמנים הרלוונטיים לכתב התביעה הייתה בעלת המקרקעין ו/או האחראית ו/או המחזיקה ו/או המפעילה של מתחם המשרדים ברחוב תובל 40, בתל אביב.

ב. **<u>תמצית העובדות הנחוצות לביסוסה של עילת התביעה:</u>**

5. בתאריך 4.11.21 במסגרת עבודתו נקרא למתחם הנתבעת 3, שם במהלך עבודתו, נפגע כתוצאה מכבל חשמל חשוף ולא מבודד והוא התחשמל ונפגע (להלן: "**התאונה**").

6. התובע יטען, כי אינו יודע ולא יכול היה לדעת מה היו הסיבות המדויקות שגרמו לתאונה, כי התאונה נגרמה כתוצאה מחפץ שהיה בשליטתן המלאה של הנתבעות, וכי עצם אירוע התאונה מתיישב עם מסקנה של התרשלות מצד הנתבעות יותר מאשר עם מסקנה הפוכה, ועל כן, על הנתבעות הנטל להוכיח, כי לא באשמן אירעה התאונה.

7. בנוסף יטען התובע כי המדובר הוא בחפץ מסוכן אשר היה בבעלות ו/או בשליטת הנתבעות וכי גם מן הטעם הזה על הנתבעות הנטל להוכיח כי לא באשמן אירעה התאונה.

8. לחילופין, יטען התובע, כי התאונה אירעה מחמת הפרת חובות חקוקות ע"י הנתבעות ו/או עקב התרשלותן, ביחד ו/או לחוד, אשר באו לידי ביטוי, בין היתר, במעשים ו/או במחדלים הבאים:

א. התרשלו בכך שאיפשרו הימצאות כבל חשמל חשוף ולא מבודד באופן המסכן את עובדי המקום ו/או בעלי המקצוע שנכח ועבדו במקום.

ב. התרשלו בלהבטיח את שלומו ואת בטיחותו של התובע בעבודתו.

ג. התרשלו בכך שלא דאגו לבידוד ו/או נקיטת אמצעי זהירות המתחייבים מאופן המפגע ובהתחשב באופי עבודתו של התובע.

ד. התרשלו בכך שלא גידרו את המפגע ולא הציבו שלטי אזהרה.

ה. התרשלו בכך שלא הרכיבו ו/או התקינו הגנות ו/אן חיפויים ו/או ואמצעי הגנה מהתחשמלות.

ו. לא סיפקו לתובע אמצעים הולמים ובטוחים לביצוע עבודתו.

ז. הנהיגו ו/או אפשרו שיטת עבודה לקויה ומסוכנת.

ח. לא סיפקו לתובע אמצעי מיגון ואמצעים לביצוע העבודה בצורה בטוחה וזהירה.

ט. לא וידאו כי מקום העבודה מאפשר את ביצוע העבודה באופן בטוח ותקין

י. לא ביצעו הדרכות ו/או לא הדריכו את התובע כראוי לגבי אופן ביצוע עבודתו והסיכונים.

יא. לא ביצעו ו/או וידאו יישום של אמצעי הזהירות והבטיחות.

יב. לא הדריכו ו/או הזהירו את התובע מפני הסיכונים הרלבנטיים.

יג. נהגו בחוסר זהירות ו/או בחוסר אכפתיות.

יד. לא פעלו כפי שמעביד סביר וזהיר היה פועל בנסיבות דומות.

טו. לא פעלו כפי שקבלן ו/או מחזיק במקרקעין סביר וזהיר היה נוקט בנסיבות העניין

טז. היפרו חובותיהן החקוקות בתקנות 2, 9 לתקנות הבטיחות בעבודה (חשמל), תש"ן-1990, תקנות 2, 3, 4, 7, 10א לתקנות ארגון הפיקוח על העבודה (מסירת מידע והדרכת עובדים) התשנ"ט – 1999. וחובותיה החקוקות בתקנות 2, 3, 4, 8 לתקנות הבטיחות בעבודה (ציוד מגן אישי), התשנ"ז-1997.

ג. **<u>הסעד המבוקש:</u>**

9. התובע נפגע בתאונה בעטיה של רשלנות במעשה ו/או במחדל ו/או כתוצאה מהפרת חובות חקוקות על הנתבעים, ביחד ו/או לחוד, ועל כן עותר התובע לפצותו בגין הנזקים שנגרמו לו בתאונה.

10. התובע חשמלאי מוסמך נפגע בתאונה ונאלץ לחדול מעיסוק בעבודה עם חשמל. אין ספק כי מגבלותיו מחמת התאונה ותוצאותיה יגבילו אותו בעתיד בביצוע עבודתו נגרמו לו הפסדי שכר וכך גם בעתיד.

11. התובע מוגבל מאז התאונה בביצוע פעולות יומיומיות שונות ובניהול משק ביתו, הוא נזקק לעזרת הזולת וימשיך להיזקק לה גם בעתיד.

12. מאז התאונה ומחמת תוצאותיה נזקק התובע לנסיעות לטיפולים רפואיים והוא נזקק להוצאות רפואיות ופארא רפואיות והוא יזקק לכך גם בעתיד.

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

14. <u>להלן פירוט נזקי התובע:</u>

א. <u>נזק מיוחד</u>:

(1) הפסדי השתכרות בעבר- 280,000 ₪

(2) עזרת הזולת בעבר – 45,000 ₪

(3) הוצאות רפואיות ופארה רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר– 20,000 ₪

(4) הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעבר – 18,300 ₪

ב. <u>נזק כללי</u>:

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

(1) הפסדי השתכרות 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) הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעתיד.

(5) פיצוי בגין נזקיו הלא ממוניים של התובע.

15. לאחר התאונה טופל התובע בבית החולים וולפסון, בחולון, עם סימפטומים של חולשה, רעידות, כאב וכוויה באמה ימין. לאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני במסגרתו נשלל אובדן הכרה, הפרעות בראיה ותעוקת חזה שוחרר בחלוף מספר שעות בהמלצה להמשך מעקב רפואי, טיפול מקומי בכוויה, נטילת משככי כאבים ומנוחה בת 10 ימים

16. התובע אשר המשיך לסבול מכאבים עזים בזרוע ימין, הפרעות בתחושה וחולשה פנה לקבלת טיפול רפואי והופנה לביצוע בדיקות, המשך מעקב רפואי ומנוחה.

17. נוכח קושי כאבים, הגבלה בתנועות זרוע ואצבעות יד ימין, חולשה כמו גם כאבים והגבלה בתנועות עמוד שדרה הוחלט להפנותו לביצוע טיפולי פיזיותרפיה והמשך מעקב, לרבות בדיקות הדמיה וטיפול בהקדם במסגרת מרפאת כף יד.

18. כן, מחמת סחרחורות ניתן טיפול תרופתי סימפטומטי ובשים לב להתדרדרות במצבו הנפשי, סיוטים והפרעות בשינה, קשיי נשימה ותחושת חולשה כללית הופנה לקבלת טיפול רפואי פסיכיאטרי.

19. בבדיקת פסיכיאטר אובחנה הפרעה דיסוציאטיבית, הכוללת חוויה של תחושת מוות, והוא הופנה לטיפול במרפאת בריאות הנפש, שכללה גם טיפול על ידי "קבוצה טיפולית", והומלץ לו על נטילת ציפרלקס ומירו.

20. התובע ביצע מעקב רפואי במרפאות לבריאות הנפש, נטל נטל טיפול תרופתי פסיכיאטרי והשתתף במשך 8 חודשים ב"קבוצה טיפולית" אשר לא הטיבה עם מצבו הנפשי, למרות הטיפולים המשיך לסבול מסיוטים בלילות, התקפי עצבים, עלייה במשקל, פחד מחשמל והתחשמלות נוספת, ובנוסף אובחן עם הפרעות הסתגלות, הומלץ לו על העלאה במינון הטיפול התרופתי והמשך מעקב פסיכאטרי.

21. בשל הכאבים לאורך האמה והמשכות הכאבים והגבלה בתנועות זרוע ימין וגב תחתון, כמו גם חולשה וקושי בביצוע פעולות ידניות, טופל התובע במרפאת כף יד בבלינסון. בדיקת EMG שבוצעה לתובע הדגימה הפרעה תחושתית במדיאנוס עם חשד ללחץ בתעלה הקופטלית באזור המרפק והוחלט להפנותו להמשך ביצוע טיפולי פיזיותרפיה וחוות דעת מומחה ממרפאת כף יד.

22. התובע ביצע סדרת טיפולי פיזיותרפיה אינטנסיביים ואף הופנה לדיקור סיני במסגרת רפואה משלימה להפחתת כאב בזרוע ובגב ולשיפור טווחי התנועה אך חרף הטיפולים והמעקב נותר התובע עם כאבים וקושי בהנעת זרוע ימין, כאבים המקרינים לאורך הזרוע ולגב והופנה להמשך מעקב וטיפול.

23. בהיעדר הטבה עלתה אופציה לבצע התערבות כירורגית והוצע לו לעבור ניתוח, אך סרב מחשש לסיכונים הכרוכים בכך בחר בהמשך טיפול שמרני.

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "**נספח 1**"

24. ד"ר יחזקאל טיטון, מומחה בכירורגיה אורתופדית, אשר בדק את התובע קבע בפרק הדיון והמסקנות כדלקמן:

" מר עובד עדי כיום בן 34 , נפגע בגפה ימנית עליונה, בתאונה שנגרמה לו בתאריך 04.11.2021.
אובחן כי סובל ממצב לאחר כוויה חשמלית באמה ימין, טופל שמרנית. בעקבות ובגין פגיעתו בתאונה הנידונה, סובל מר עובד כיום מכאבים וזרמים קורנים לאורך גפה ימנית עליונה (ימני דומיננטי), חולשה באצבעות כף היד, הפרעה תחושתית בכף היד, מתקשה במאמצים הרמת משאות, עבודה פיזית. כמו כן סובל מצלקות רגישות לאחר פצעי כוויה.

בבדיקה הקלינית שבוצעה לצורך עריכת חוות דעת זאת נמצא כי קיימת אצל מר עובד פגיעה באמה ימנית עם סימני נזק לעצב אולנארי, הפרעה תפקודית והפרעה תחושתית, כמו כן צלקות כווית חשמל רגישות."

25. ד"ר טיטון קבע את נכותו כדלקמן:

"למר עובד עדי נגרמה נכות זמנית בגין פגיעתו בתאונה הנידונה מתאריך - 04.11.2021 .

בהתאם לכך אני קובע בגין הפגיעה הנ"ל -

- 100% נכות זמנית מיום התאונה בתאריך 04.11.2021 עד תאריך 01.02.2022 , סה"כ 90 ימים.

נכות זמנית בשיעור - 50% , מתאריך 02.02.2022 עד תאריך 02.05.2022 , סה"כ 90 ימים.

נכות זמנית בשיעור - 30% , מתאריך 03.05.2022 עד תאריך 31.07.2022 , סה"כ 90 ימים.

למר עובד עדי נותרה נכות צמיתה בגין פגיעתו בתאונה הנידונה מתאריך - 04.11.2021 .

בהתאם לכך אני קובע בגין הפגיעה הנ"ל.

בגין מצב לאחר כוויה חשמלית באמה ימין עם נזק עצבי אולנרי, כאבים והפרעה תפקודית, -

לפי סעיף ביניים מותאם 31 (4) (ב'- ג'), ימין, בקובץ תקנות המל"ל - 10% .

בגין צלקות פגיעת כוויה רגישות באמה ימנית, -

לפי סעיף ביניים 75 (1) (א'- ב'), בקובץ תקנות המל"ל – - 5% .

סה"כ נותרה למר עובד עדי, בעקבות ובגין פגיעתו בתאונה הנידונה מתאריך - 04.11.2021 , נכות צמיתה משוקללת בשיעור 14.5% , החל מתאריך 01.08.2022 (עם תום הנכויות הזמניות)."

רצ"ב חוות דעת ד"ר טיטיון, מסומנת "**כנספח 2**".

26. ד"ר יעל דמביסקי, פסיכיאטרית מומחית, אשר בדקה את התובע קבעה כדלקמן:

"מאז התאונה, לצד התמודדות עם הפציעה הפיזית והשלכותיה, מתאר גם הפרעות בשינה עם סיוטים ליליים, פלאשבקים, זיכרונות ומחשבות חוזרות על האירוע, הימנעות ממאזכרים של האירוע, אימפולסיביות ונטייה להתפרצויות.

אך לדבריו, לא PTSD פנה לסיוע נפשי, ניסה טיפול תרופתי אך הפסיק, היה כשנה בטיפול קבוצתי לא המשיך בשל הקושי להתמודד עם הטראומות של האחרים.

בבדיקתו , ללא עדות למצב אפקטיבי מאג'ורי, מתאר תסמינם פוסט טראומטיים מלווים בפגיעה תפקודית.

נכון כי הוא עובד כיום במשרה מלאה בתפקיד בכיר אך לא ניתן להתעלם מהעובדה כי בשל האירוע, נאלץ להפסיק לעבוד במקצועו כחשמלאי, לא כמקצוע ראשי ולא כהשלמת הכנסה.

לאור האמור לעיל נכותו הנפשית המיוחסת לתאונה הנדונה הינה בשיעור 12.5% לפי סעיף 34ב (3-2) לתקנות המל"ל, לצמיתות.

רצ"ב חוות דעת ד"ר יעל דמביסקי מסומנת "**כנספח 3**".

נכות משוקללת צמיתה : 25.19%

27. מאז התאונה סובל התובע מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר וזרוע ימין. מקושי בביצוע תפקודים ידניים, מקושי בהרמה, קושי בכיפוף, קושי בצידוד, קושי בהחזקה ונשיאת חפצים ומשאות, הפרעות בתחושה ובאחיזה, קושי באחיזה והטיה, מקשיי ריכוז, מכאבים עזים, מצלקת רגישה, בולטת ומכערת, ממצב רוח ירוד ודכאוני, מחרדה, ממחשבות טורדניות, מקשיי הירדמות ושינה רציפה, והטיפולים בו צפויים להימשך גם בעתיד.

28. התובע, חשמלאי מוסמך, עבד במועד התאונה בעיסוקו בו התמחה והתמקצע. לאחר התאונה ומחמת תוצאותיה נבצר מהתובע לעסוק בעיסוקו, הוא נאלץ לעבוד לעבודה בתפקיד משרדי שאינו כרוך במגע עם חשמל, עתידו המקצועי נפגע ונגרמו לו הפסדי שכר.

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

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

ד. **<u>העובדות המקנות סמכות לבית המשפט:</u>**

31. הנתבעות 1 – 3, ביחד ולחוד, חייבות לפצות את התובע בגין אחריותן לתאונה כמפורט לעיל.

32. כל הטענות בכתב תביעה זה נטענות במצטבר או לחילופין, הכל לפי תכנן והקשרן.

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

אשר על כן, מתבקש כב' ביהמ"ש להזמין את הנתבעות לדין ולחייבן, 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:	תעודות רפואיות (עמודים 11 עד 61)	11
נספח 2:	חוות דעת אורתופדית - דר טיטיון (עמודים 63 עד 67)	63
נספח 3:	חוות דעת פסיכיאטרית - דר דמבינסקי (עמודים 69 עד 73)	69
נספח 4:	יפוי כח ווסר (עמודים 75 עד 77)	75

נספח 1 :

תעודות רפואיות

(עמודים 11 עד 61)

נספח 1 | מקרה: 376363

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

מ.ר. וולפסון

המרכז הרפואי האוניברסיטאי ע"ש אדית וולפסון

מחלקה לרפואה דחופה — Department of Emergency Medicine

רגישויות לתרופות

BIO HAZZARD

ביקור חוזר

זיהוי ידון

שעה — סיבת הפניה מחלות רקע ותרופות

מיטה

חתימה וחותמת

ובא ע"י	מצב הכרה	נשימה	מצב עור	מצב רגשי	ניידות	שימוש בעזרים	סיכון לנפילה
☐ מד"א/נט"ן	☐ מלאה	☐ עצמונית	☐ תקין	☐ תקין	☐ עצמאי	☐ משקפי ראיה	☐ לא
☐ לבד/משפחה	☐ מבולבלת	☐ קוצר נשימה	☐ מצעי לחץ יש/אין	☐ אי שקט	☐ מוגבל	☐ מכשיר שמיעה	☐ כן ☐ הדרכה
☐ מוסד	☐ מעורפלת	☐ מונשם	☐ פריחה/ בצקות	☐ חרד	☐ מרותק	☐ מקל/ הליכון/ כיסא	☐ דפנות מיטה מורמות
☐ מלווה	☐ חוסר הכרה	☐ חמצן	☐ שיפשוף/ חתך	☐ אחר*		☐ אחר:	☐ מעצורי מיטה

שם המלווה — קירבה — טלפון

אומדן כאב ע"פ: ☐ VAS ☐ BPS ☐ PS

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

בדיקת דם/ הכנסת וונפלון

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

שעה	
חתימה וחותמת אחות	

פא בודק — שעה — רופא מנהל מקרה — שעה

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

עובד עד'
מ.ז.: 20117061-0
11376363
מי-מהלכ ז גל: 31
וטופל

תולדות עבר

תרופות קבועות

בדיקה גופנית / נוירולוגית

אק"ג

תכנית טיפול:

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

הערות הדמיה

בדיקה חוזרת וסיכום כללי

אבחנות

קוד

קוד

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

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

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

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

תאריך: _____ שעת אשפוז / שיחרור _____ תתימה וחותמת הרופא _____

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

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

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

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

תתימה וחותמת האחות המשחררת _____ **שעה:** _____

עובד עדי
מ.ז.: 20117061-0
11376363
מי-מהלכ ד יגיל: 31

רגישויות לתרופות

14 יום

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

שעה	קטטר שתן(שארית)	תוכן זונדה	נקז	חתימת וחותמת האחות

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה - 11376363

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

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

עובד עדי

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

נתוני ביקור במיון

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

אבחנות נוכחיות

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

אבחנות כרוניות

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

רגישויות

לא ידוע

הרגלים

Smoking

גראס רפואי

תלונה עיקרית

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

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

בדיקות דימות

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

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

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

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

בדיקה גופנית

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

בדיקות מעבדה

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

דיון וסיכום הקבלה

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

מצב המטופל בשחרור ממיון

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

תכנית טיפול והמלצות להמשך

-מעקב רופא מטפל
-מעקב חום

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

החלטות רפואיות:

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

שוחרר בליווי _____

<u>חתימה</u>

רופא מאשר: דר. דסאו, חנן

חתימה: _____

מספר רשיון:

23:02 04/11/21

תז מבוטח

201170610

טופס התחייב

2310602

שירותי בריאות כללית

חסוי/אישי

-מקור

מחוז מנפק : 002 ת"א יפו
מרפאה מנפקת : 3063 בימ"ק בת ימון
גורם מממן : 002 ת"א יפו

תאריך : 07/11/21

אל : 223 וולפסון לקביעת תור : 03-5028211

אישור הפניה לחדר מיון
מס': 302310602

המבוטח : 0020117061-0 עובד עדי
רופא מפנה : 29477 באאזוב מננה
רופא מטפל : 29477 באאזוב מננה
הפניה לצורך : ביקור בחדר מיון
הסיבה : תאונת עבודה

תאריך זימון : 04/11/21 האישור בתוקף עד לתאריך : 04/11/21

חי אלה

שם הפקיד/מנהל אדמ' במרפאה _____ חתימה וחותמת

לתשומת לב בית החולים/המכון !

להלן תנאי האישור להפניה :

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

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

* טופס זה מיועד לביקור אחד בלבד.

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

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

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

ט'-17

כללית

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

מרפאה:בתימון - מרכז מקצועי - בת ים מחוז:

תאריך 07/11/2021

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי

פרטי המטופל

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

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

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

אבחנות

קוד	איפיון	אבחנה
9948		ELECTRIC BURN
		rt forearm

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל

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

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

07/11/2021 — תאריך מתן התעודה

07/11/2021 — ת. הבדיקה

חותמת המרפאה

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

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

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

כללית

הזמנה

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

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

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

תאריך הדפסה: 07/11/2021 12:16:00

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

כללית

הפניה לרפואה יועצת

תאריך 07/11/2021

פרטי המטופל

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

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

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

מספר הפניה ישירה: 33063148698

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

לכבוד: אורטופד

שירות שנבחר

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

הריני מפנה את המטופל הנ'ל להתייעצות בשל

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

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

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
9948		ELECTRIC BURN
		rt forearm

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

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

כללית

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

תאריך 07/11/2021

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי

פרטי המטופל

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

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

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

תאריך תאונה: 04/11/2021

אבחנות

קוד	איפיון	אבחנה
9948		ELECTRIC BURN
		rt forearm

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל

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

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

07/11/2021	07/11/2021
תאריך מתן התעודה	**ת. הבדיקה**

ד"ר יורם מוזס

חתימה וחותמת הרופא של השרות הרפואי המוסמך **חותמת המרפאה**

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

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

כללית

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

סיכום ביקור

תאריך 11/11/2021

פרטי המטופל

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

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

שלום רב,

תאריך הביקור: 11/11/2021

סוג ביקור: 0 ביקור רגיל

מהות הביקור: רגיל

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

קוד	איפיון	אבחנה
9490		BURN - NOS

דיון/תוכנית טיפולית: ביקורת בעוד שבוע

בברכה,

ד"ר (רופא) עבדול עזיז בדיר | 84712

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

כללית

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

מרפאה:תל ברוך צפון עצמאית מחוז:ת"א

תאריך 18/11/2021

הפניה לפיזיותרפיה
(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל

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

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

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

מספר הפניה: **35722024339**

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

לכבוד: פיזיותרפיה
שיפור טווחים מרפק ימין , כולל פרוספינציה
גיורי עצבי למדיאנוס

שירות שנבחר

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

אבחנה משוערת BURN - NOS

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

בעיות פעילות

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

ס.ה.ר 7

תולדות עבר

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

רגישויות

ו/או תופעות לוואי

נמסר ע"י	תגובה	רגישות ל
המטופל		לא יודע

רגישויות נוספות

נמסר ע"י	תגובה	רגישות ל
		לא ידועה

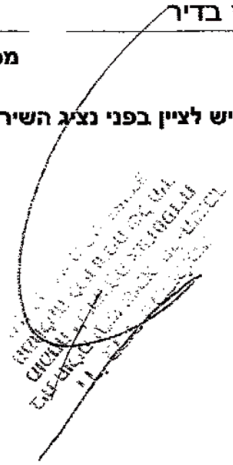
תרופות קבועות

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

ד"ר (רופא) עבדול עזיז בדיר | 84712 | | |

שם הרופא | **מספר רשיון** | **חתימה וחותמת הרופא**

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



כללית

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

תאריך 08/11/2021

סיכום ביקור

פרטי המטופל

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

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

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

שלום רב,

תאריך הביקור: 08/11/2021

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

מהות הביקור: רגיל

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

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

קוד	איפיון	אבחנה
7840		HEADACHE
7820		PARESTHESIA
7804		VERTIGO

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

תרופות בביקור

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

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

התראת תרופות:

פעולות	קוד	כמות
152 פתיחת תיק	152	1

סיכום והמלצות:

EMG
BETISTINE
משככי כאבים לפי צורך.

בברכה,

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

כללית

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

מרפאה:ארלוזרוב - בת ים מחוז:ת"א

תאריך 10/11/2021

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל

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

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

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

מספר הפניה: 35109179470

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

שירות שנבחר

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

בקשה מכבודו לבדוק את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות

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

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

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

ס.ה.ר 1

לחץ דם 49 / 100 21/10/2018

דופק 44 21/10/2018

eGFR 118.27 **מתאריך** 08/07/2021

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

אבחנה משוערת

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

בעיות פעילות

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

בעיות בעבר

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

רגישויות

ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא יודע		המטופל

רגישויות נוספות

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא ידועה		

תרופות קבועות

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

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

ד"ר מננה באאזוב 29477

שם הרופא **מספר רשיון** **חתימה וחותמת הרופא**

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

ס.ה.ר 1

הפניה לרפואה יועצת ***המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות*** **דף 2 מ 2**

עובד עדי 00-20117061-0 הודפס ע"י ד"ר מננה באאזוב 10/11/2021

כללית

שם הרופא	ד"ר וסילי הרצ'נקו
תחום	אורתופדיה
מספר רשיון	134335
כתובת	הרב ניסנבאום, 33
טלפון	03-5556555
פקס	03-5556583

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

תאריך 11/11/2021

הפניה כללית - נוסח חופשי

פרטי המטופל

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

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

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

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

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

אבחנה משוערת

קוד	אפיון	אבחנה
3542	SUSP.	NEUROPATHY ULNAR

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

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

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

היסטוריה רפואית- בעיות בעבר

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

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

כללית

תאריך 07/11/2021

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל

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

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

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

מספר הפניה ישירה: 33063148698

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

לכבוד: אורטופד

שירות שנבחר

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

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

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

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

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
9948		ELECTRIC BURN
		rt forearm

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

כללית

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

תאריך 08/11/2021 16:08

הפניה כללית.

פרטי המטופל

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

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

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

תאריך תאונה 04/11/2021

מספר הפניה ישירה: 33063149317

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

שירות שנבחר

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

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
7840		HEADACHE
7820		PARESTHESIA

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

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

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

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

היסטוריה רפואית- בעיות בעבר

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

רגישויות
ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא יודע		המטופל

רגישויות נוספות

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא ידועה		

תרופות קבועות

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

מטרת הבדיקה: לשלול בעיה עצבית בידיים- NCV

ד"ר אירינה פרנק קיז'נר
שם הרופא

26015
מספר רשיון

חתימה וחותמת הרופא

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

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

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

מרפאה:ארלוזרוב - בת ים מחוז:תל אביב

כללית

תאריך 29/11/2021

סיכום ביקור

פרטי המטופל

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

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

שלום רב,

לכבוד: רופא משפחה

תאריך הביקור: 29/11/2021

סוג ביקור: 2 תאונת עבודה

מהות הביקור: רגיל

אבחנות פסיכיאטריות פעילות

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

אבחנות בביקור

ת.גילוי	איפיון	אבחנה
F430		ACUTE STRESS REACTION

תרופות בביקור

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

סיכום ודיון:

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

כללית

בת ימון

דו"ח רדיולוגי

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

מידע חסוי אישי

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

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

בדיקה: צילום עמוד שדרה מתני סקראלי

סיבת ההפניה:
קיימת הפניה ממוחשבת / סרוקה

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

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

סיכום:
כמפורט בפענוח לעיל.

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

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

כתב ויתור רפואי

רגישות ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא יודע		המטופל

רגישויות נוספות

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא ידועה		

תרופות קבועות

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

ד"ר וסילי הרצ'נקו

134335
מספר רשיון

כללית

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

מרפאה:תל ברוך צפון עצמאית מחוז:ת"א

תאריך 09/12/2021

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל

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

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

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

מספר הפניה ישירה: 35722024998

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

לכבוד: מרפאת כף יד
בית חולים

שירות שנבחר

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

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

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

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

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
9490		BURN - NOS
7242		LOW BACK PAIN

דיון/תוכנית טיפולית

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

בעיות פעילות

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

בעיות בעבר

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

רגישויות
ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא יודע		המטופל

רגישויות נוספות

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא ידועה		

תרופות קבועות

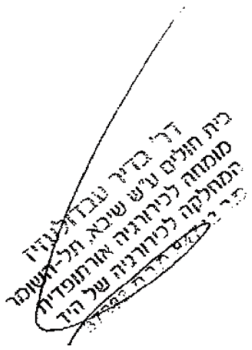
...ב	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	טבליות	1	MIRTAZAPINE 30MG TAB 30MG
ביום	3	טבליות	1	FEXOFENADINE HCL TAB 180MG 15 180
ביום	2	כמוסות	1	PREGABALIN CAP 75MG 56 75MG

ד"ר בדיר עבדולעזיז
בית חולים ע"ש שיבא תל-השומר
המחלקה לכירורגיה אורתופדית

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

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

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



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

כללית

מרפאה:תל ברוך צפון עצמאית מחוז:

תאריך 09/12/2021

תעודה רפואית נוספת לנפגע בעבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי

פרטי המטופל

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

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

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

אבחנות

קוד	איפיון	אבחנה
9490		BURN - NOS

הטיפול הנוכחי:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל

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

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

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

ד"ר בדיר עזיז
מומחה באורטופדיה
מס' רישיון 84712
ד"ר (רופא) עבדול עזיז בדיר

חתימה וחותמת הרופא של השלמת הרפואי המוסמך חותמת המרפאה

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

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

מור
רפואה מתקדמת בע"מ בילך

סניף מור ראשון לציוןהיחידה לאלקטרומיוגרפיה
טל: 03 - 9596500

תוצאות בדיקת אלקטרומיוגרפיה - E.M.G.

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

בדיקת עצבים

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

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

נמסרה תשובה לנבדק/ת עם סיום הבדיקה.

בברכה,

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

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

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

Emg_ALL

בילינסון
אורתופדיה - מנהלת
מרכז רפואי רבין

BEILINSON
Rabin Medical Center

סיכום ביקור אמבולטורי

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

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

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

סיבת הפניה/תלונה עיקרית

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

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

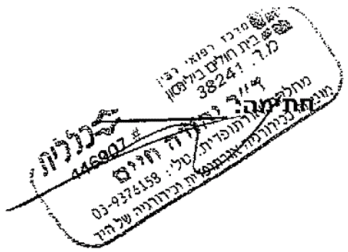
בשלב זה נראה כי אין חסר מוטורי ולכן נגסה להמתין עם טיפול ניתוחי
יש להגיע לביקורת עוד חודשיים וחצי עם:
1. EMG חדש לאולנריס ימין ושמאל כולל בדיקת מחט ל-FDI/ADM
2. US מרפק ימין בשאלה של תת פריקה של האולנריס

דיווח פעולות:

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

<u>המשך טיפול:</u>
--
לא

נחתם ע"י: דר' יהודה חיים מ.ר.38241



מרכז רפואי רבין
בית חולים בילינסון

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

בית חולים בילינסון
כירורגיה כף יד

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

עדי שלום רב, ת.ז. 0020117061

הנך מוזמן למרפאה כירורגיה של היד- רופא א
ביום ראשון, כ"ו באדר א' תשפ"ב, 27/02/2022, בשעה 09:25.
אנו עושים כל מאמץ לקבלך בזמן, אך יתכן שיחול עיכוב בקבלתך בשל אילוצים שונים.

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

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

בברכת בריאות שלמה
צוות מרפאת כירורגיה יד

הפניה לרפואה יועצת

תאריך 09/12/2021

פרטי המטופל

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

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

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

מספר הפניה ישירה: 35722024998

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

לכבוד: מרפאת כף יד
בית חולים

שירות שנבחר

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

הריני מפנה את המטופל הנ'ל להתייעצות בשל

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

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

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

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
9490		BURN - NOS
7242		LOW BACK PAIN

דיון/תוכנית טיפולית

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

בעיות פעילות

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

בעיות בעבר

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

רגישויות
ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא יודע		המטופל

רגישויות נוספות

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא ידועה		

תרופות קבועות

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

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

ד"ר (רופא) עבדול עזיז בדיר 84712

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

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

סיכום ביקור

תאריך 09/12/2021

פרטי המטופל

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

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

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

שלום רב,

תאריך הביקור: 09/12/2021

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

מהות הביקור: רגיל

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

קוד	איפיון	אבחנה
9490		BURN - NOS
7242		LOW BACK PAIN

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

מור
רפואה מתקדמת בשבילך

סניף מור ראשון לציוןהיחידה לאלקטרומיוגרפיה
טל: 03 - 9596500

תוצאות בדיקת אלקטרומיוגרפיה - E.M.G.

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

בדיקת עצבים

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

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

נמטרה ותשובה לנבדק/ת עם סיום הבדיקה.

בברכה,

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

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

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

Emg_ALL

מור
רפואה מתקדמת בשבילך

סניף מור ראשון לציוןהיחידה לאלקטרומיוגרפיה
טל: 03 - 9596500

תוצאות בדיקת אלקטרומיוגרפיה - E.M.G.

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

בדיקת עצבים

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

בדיקת שרירים

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

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

נמסרה תשובה לנבדק/ת עם סיום הבדיקה.

בברכה,

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

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

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

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

כללית

מרפאה:תל ברוך צפון עצמאית **מחוז:ת"א**

תאריך 02/02/2022

הפניה לדימות

פרטי המטופל

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

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

מספר הפניה ישירה: 35722026472

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

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

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

שירות שנבחר

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

המטופל מתלונן על:

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

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

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
9490		BURN - NOS
7242		LOW BACK PAIN

בעיות פעילות

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

רגישויות

ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא יודע		המטופל

רגישויות נוספות

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא ידועה		

תולדות עבר

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

CREATININE: 0.84 מתאריך 14/11/2021

ד"ר (רופא) עבדול עזיז בדיר | 84712

שם הרופא | **מספר רשיון**

חתימה וחותמת הרופא

בעת דימון, ביטול, שינוי מועד התור יש ליצור 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

כללית

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

מרפאה:תל ברוך צפון עצמאית מחוז:ת"א

הפניה כללית - נוסח חופשי

תאריך 02/02/2022

פרטי המטופל

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

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

מספר רשיון 084712

תז נבדק 0201170610

מספר הפניה 035722026471

גורם שולח 5722

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

אבחנה משוערת

קוד	אפיון	אבחנה
9490		BURN - NOS
7242		LOW BACK PAIN

תלונות

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

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

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

היסטוריה רפואית- בעיות בעבר

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

רגישות ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא יודע		המטופל

רגישויות נוספות

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא ידועה		

תרופות קבועות

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

ד"ר בדיר עבדולעזיז
מומחה לכירורגיה אורתופדית
מומחה לכירורגיית שורש כף היד
בית חולים שיבא תל-השומר

ד"ר (רופא) עבדול עזיז בדיר — 84712
מטפר רשיון

בילינסון
אורתופדיה - מנהלת
מרכז רפואי רבין

BEILINSON
Rabin Medical Center

סיכום ביקור אמבולטורי

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

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

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

סיבת הפניה/תלונה עיקרית

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

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

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

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

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

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

לסיכום - שיפור בהולכה עצבית בהשוואה לבדיקה קודמת

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

דיווח פעולות:

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

סיכום ביקור אמבולטורי

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

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

<u>המשך טיפול:</u>

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

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

חתימה: _____

לכבוד
תרופא המטופל

ד"ר נכבד

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

להלן שמצאו בבדיקת האל-הריסת של סרטת יפין:

חסימה לכיוון תבדיקה - באורך

אין לראות נוזל עודף בממרק.
אזור מוצא העידים והרצועות המיישבים תקינים שטוח.
אזור מוצא העידים והרצועות חשכומים תקינים שטוח.
גיד תצריפס תודנם שטוח.
אין לראות נוזל באולקרנון בורסה.

לסיכום : ללא ממצא חריג

02. 0.1.0

תודה על הצניית הנבדק
ובברכה,

מועתק ע"י : ד"ר ויקטוריה טרכטנברג מ.ר 31044

מועתק לרדיולוגיה אבחנתית מ.ר 246140

חוקלד ע"י: טרכטנברג ויקטוריה

התשובה חתומה אלקטרונית ע"י הרדיולוג/ית המסמנ/ת

Created by Neevia docuPrinter SDK 6.7

מאר
מרכזים לאבחון רפואי בע"מ
20/02/2022
17:06

לכבוד
הרופא המטפל

דר' נבנד

הנדון: [illegible]
הבדיקה בוצעה במכשיר סגיח helon בתאריך: 20/02/2022

לחלן ממצאי בדיקת האל בדיקת אל כתף ימין

הסיבה לביצוע הבדיקה – הצגת הממצאים.

ACJ: תקין.
Rotator Cuff:
Infraspinatus: במבני ושרירת תקינה. [illegible] תוך-מפרקי.
Supraspinatus: במבני ושורה תקינה. [illegible] לקרע.
Subscapularis: במבני ושורה תקינה. אין [illegible].
Subdeltoid and Subacromial Bursa: אין [illegible] נוזל במיכה.
Biceps Tendon: במבני ומרקם תקינים.
המבנה תגרמי תקין.

20, 2, 2022

תודה על ההפנייה הנבדק
וכבכבוד,

פרופ' ד"ר איגור שרמן ס.ר 24294

מומחה לרדיולוגיה אבחנתית ס.ר.מ.1479

הוקלד ע"י: שרמן איגור

התשובה התקבלה אלקטרונית ע"י הרדיולוג/ית המפענח/ת

Created by Neevia document converter trial version

כללית

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

מרפאה:פלוטקין - תל אביב **מחוז:**תל אביב

תאריך 10/01/2022

סיכום ביקור

פרטי המטופל

עובד עדי		00-20117061-0	31.08	ז	03/05/1990	יוסף יצחק
שם משפחה ושם פרטי		מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
בת ים	**רבינוביץ'**	21 / 1			54 -2212103	3 - 5520046
ישוב	רחוב	מס בית			טלפון	טלפון נוסף

שלום רב,

לכבוד: רופא משפחה

תאריך הביקור: 10/01/2022

סוג ביקור: 2 תאונת עבודה

מהות הביקור: רגל

אבחנות פסיכיאטריות פעילות

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

אבחנות בביקור

ת.גילוי	איפיון	אבחנה
F431		POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER

סיכום ודיון:

ברוא בן 31, לפני כחודשיים ארוע חשמול בעבודה, ללא איבוד הכרה, בבדיקות גופניות ללא ממצאים, יש שימוש בסמים מגוונים מעברו הפסיק לפני כשנה ,שימוש בקנביס רפואי בשל בעיה אורטופדית, לא היעלה מינון מאז ארוע מדובר. רושם לקליניקה בתר חבלתית עם מחשבות חודרניות, דריכות, קשיי שינה , המנעויות. מרכיב חרדתי לפרקים. קושי תפקודי , יש תביעה, ללא ראקטיבציה של ארועים קודמים ללא מרכיב אפקטיבי גולט ללא פסיכוזה ללא מסוכנות.

תוכנית

יעלה מירז 30 מג , אמביולנטי

לא רוצה הפניה למרפאה לבריאות הנפש.

ניתן בהנחיית רופא משפחה להתחיל ציפרלקס 5 מג ולאחר כשבוע שבועיים להעלות מינון ל10 מג בוקר. בהמשך בהעדר הטבה/הטבה חלקית ניתן להעלות במדורג גם עד 20 מג.

מעונין בטיפול שיחתי, ניתנו אפשרויות. רוצה דרך מושלם , קיבל פרטים.

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

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

סיכום ביקור 069949/22/1

בתאריך: 18/09/2022

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

20117061-0 עובד עדי
זכר,גיל בקבלתו: 32, ת.לידה: 03/05/1990
18/09/2022, כללית
רבינוביץ' 1 , בת ים 5958501, 0542212103, שם תאב: יוסף יצחק, ארץ לידה: ישראל

אבחנות

ADJUSTMENT DISORDERS F432

רגישויות לא ידועה רגישות

תוכן הביקור

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

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

מסכם

ד"ר אגתה שוצמן
מומחית בפסיכיאטריה
מרמ 22815
מרכז רפואי לבריאות הנפש יפו

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

*** מידע חסוי ***

תאריך 04.09.23

אישור השתתפות בקבוצה טיפולית

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

כתובת **רבינוביץ' 1, בת ים**

משתתף בקבוצה טיפולית המתקיימת בין התאריכים:

31.10.22 עד 4.9.23

בכבוד רב,

שם החותם: [illegible]

תפקיד: [illegible]

חתימה: _____

משרד הבריאות
מרכז קהילתי לבריאות הנפש יפו
רחוב הרבי מבכרך 5 תל אביב
טל' 03-5151182/25 פקס: [illegible]6817546

Scanned with CamScanner

נספח 2:

חוות דעת אורתופדית - דר טיטיון

(עמודים 63 עד 67)

Dr. Yehezkel Tytiun	Mobile 054-4672646 - טל. נייד	דר' יחזקאל טיטיון
Orthopaedic Surgeon	FAX- 09-7465615 – פקס	מומחה בכירורגיה אורתופדית
Foot & Ankle surgery	E-mail: tyti@zahav.net.il	כירורגיית קרסול וכף הרגל
L.N. 28558, S.L.N. 21322		מ.ר. 28558, מ.ר.מ. 21322
		מרפאה: מרכז גירון, רח' ז'בוטינסקי 3, רעננה 4336307

תאריך: 29.05.2024

חוות דעת רפואית

אני החתום מטה, דר' יחזקאל טיטיון, בעל מ.ר. לעסוק ברפואה 28558, מ.ר. מומחה 21322, מעיד בזאת כי ביום 15.02.2024, בדקתי את מר עובד עדי, מספר ת"ז 201170610, לשם מתן חוות דעת רפואית על מצבו, בגין פגיעה בתאונה, שארעה לו בתאריך 04.11.2021.

פרטים מניסיוני:

- בוגר ביה"ס לרפואה של אוניברסיטת בן גוריון, באר שבע, ישראל – 1992.
- התמחות בכירורגיה אורתופדית במרכז רפואי רבין, קמפוס בלינסון, פתח תקווה.
- רופא בכיר במחלקה אורתופדית במרכז רפואי רבין, קמפוס בלינסון (2004 – 2019).
- מנהל השירות לכירורגיית קרסול וכף רגל במרכז רפואי רבין, קמפוס בלינסון (2004 – 2019).
- חבר באיגוד האורתופדי הישראלי.
- חבר בחברה לכירורגיית קרסול וכף הרגל הישראלית.
- חבר בחברה לטראומה אורתופדית בישראל.
- חבר ב- Ao Alumni Association.
- מדריך בקורסי טראומה אורתופדית בארץ ובחו"ל במסגרת – AOAA.
- בוגר קורס מדריכים ומדריך ATLS במסגרת צה"ל.
- פוסק רפואי בתחום כירורגיה אורתופדית בוועדות נכות של הביטוח הלאומי.
- יועץ רפואי בתחום כירורגיה אורתופדית בבית הדין לענייני עבודה.

להלן חוות דעתי:

בעת כתיבת חוות הדעת עמדו לרשותי המסמכים הראויים לציון הבאים:

1. סיכום ביקור בחדר המיון, מרכז רפואי וולפסון בחולון, מתאריך 04.11.2021.
2. כרטיס רפואי רלוונטי, שירותי בריאות כללית.
3. סיכוי ביקורים במרפאת חוץ כירורגית כף יד, מרכז רפואי רבין קמפוס בלינסון, מתאריכים 15.12.2021, 27.02.2022, 17.07.2022, 20.11.2022, 19.02.2023.
4. פענוח בדיקות EMG גפיים עליונים שבוצעו בתאריכים 05.12.2021, 21.02.2022, 06.02.2023.
5. פענוח בדיקת אולטרסאונד מרפק ימין וכתף ימין שבוצעה בתאריך 20.02.2022.

תולדות המקרה:

מפיו של מר עובד ומתיעוד רפואי.

הנ"ל בן 34, נשוי + 0, תושב בת-ים, מנהל תפעול של חב' We-Work.

ברקע: בריא בד"כ.

מספר כי בתאריך 04.11.2021 נפגע בתאונת עבודה, התחשמל בידו הימנית כאשר נגע בכבל חשמל שהושאר חשוף בתוך קיר גבס במהלך בדיקת רמקולים.

לאחר מספר שניות הצליח לנתק את ידו מכבל החשמל. פנה לבדיקה בחדר המיון של מרכז רפואי וולפסון בחולון, אובחן כי סובל ממצב לאחר כוויה חשמלית באמה ימין. טופל מקומית בפצעי הכוויה ושוחרר לביתו. בהמשך היה במעקב בקופ"ח באזור מגוריו וטופל ממושכות בהחלפות חבישה. בהמשך היה גם במעקב במסגרת מרפאת כף יד בבלינסון בשל התפתחות כאבים לאורך האמה. בוצע בירור כולל בדיקות EMG גפים עליונים חוזרות שהדגימו סימני תסמונת קוביטאלית מימין. טופל בפיזיוטרפיה. בבדיקה במרפאת כף יד במרכז רפואי רבין קמפוס בלינסון בפתח תקווה בתאריך 19.02.2023 הוצע טיפול ניתוחי לשחרור העצב האולנארי בתעלה הקוביטאלית, אך חושש מניתוח. כיום מטופל בקנביס רפואי.

<u>תלונות נוכחיות:</u>

מר עובד עדי מספר כי כיום סובל מכאבים וזרמים קורנים לאורך גפה ימנית עליונה (ימני דומיננטי), חולשה באצבעות כף היד, הפרעה תחושתית בכף היד, מתקשה במאמצים הרמת משאות, עבודה פיזית. כמו כן סובל מצלקות רגישות לאחר פצעי כוויה.

<u>בבדיקה:</u>

- <u>בדיקת אמה ימין</u> - ללא נפיחות, אודם או חום מקומי.

צלקת בקדמת אמה מקורבת בגודל 3X1 ס"מ וצלקת נוספת מעט מקורבת יותר בגודל 1X1, הצלקות לא דבוקות אך רגישות.

הפרעה תחושתית מאזור המרפק ודיסטאלית בפיזור אולנארי, בכף יד ימין הפרעה תחושתית באצבע חמישית ומחצית רביעית, דלדול שרירים אינטראוסים וחולשה באבדוקציה של אצבעות. בדיקת פינקלשטיין חיובית.

דלדול שרירים באמה ימנית, היקפי אמות 10 ס"מ מתחת לאולקראנון 25 ס"מ מימין לעומת 27 ס"מ משמאל.

חולשה בכוח אחיזה בכף יד ימין, במדידה במנומטר דיגיטלי, כוח אחיזה משמאל 40.6 ק"ג לעומת 25.9 ק"ג בלבד מימין.

<u>סיכום הממצאים בבדיקה הפיזיקלית ומשמעותם</u> – משמעות הבדיקה, כי קיימת אצל מר עובד פגיעה באמה ימנית עם סימני נזק לעצב אולנארי, הפרעה תפקודית והפרעה תחושתית, כמו כן צלקות כווית חשמל רגישות.

סיכום ומסקנות:

מר עובד עדי כיום בן 34, נפגע בגפה ימנית עליונה, בתאונה שנגרמה לו בתאריך 04.11.2021.

אובחן כי סובל ממצב לאחר כוויה חשמלית באמה ימין, טופל שמרנית.

בעקבות ובגין פגיעתו בתאונה הנידונה, סובל מר עובד כיום מכאבים וזרמים קורנים לאורך גפה ימנית עליונה (ימני דומיננטי), חולשה באצבעות כף היד, הפרעה תחושתית בכף היד, מתקשה במאמצים הרמת משאות, עבודה פיזית. כמו כן סובל מצלקות רגישות לאחר פצעי כוויה.

בבדיקה הקלינית שבוצעה לצורך עריכת חוות דעת זאת נמצא כי קיימת אצל מר עובד פגיעה באמה ימנית עם סימני נזק לעצב אולנארי, הפרעה תפקודית והפרעה תחושתית, כמו כן צלקות כווית חשמל רגישות.

אבחנות –

- מצב לאחר כוויה חשמלית באמה ימין עם נזק עצבי אולנרי.
- צלקות פגיעת כוויה רגישות באמה ימנית.

- חוות דעתי בנושא נכות זמנית, של מר עובד עדי.

לעניין זה אני קובע כי מר עובד היה באי כושר זמני מלא (100% נכות זמנית), מיום הפגיעה בתאריך 04.11.2021 למשך 90 ימים עד תאריך 01.02.2022, זמן סביר להתאוששות ראשונית לאחר הפגיעה הנידונה.

סביר להניח כי סבל מפגיעה חלקית ברמה ניכרת יותר מאשר בתאריך הבדיקה למשך שלושה חודשים נוספים, זמן סביר להתאוששות נוספת, לכן אני קובע נכות זמנית בשיעור 50% מותאם לפי סעיף 35 (1) (ה'), בקובץ תקנות המל"ל, מתאריך 02.02.2022 עד תאריך 02.05.2022.

סביר גם להניח כי סבל מפגיעה חלקית ברמה ניכרת יותר מאשר בתאריך הבדיקה למשך שלושה חודשים נוספים, זמן סביר להתאוששות נוספת והתייצבות מצבו לכדי מצב הנכות היציבה ממנה סובל כיום, לכן אני קובע נכות זמנית בשיעור 30% מותאם לפי סעיף 35 (1) (ד'), בקובץ תקנות המל"ל, מתאריך 03.05.2022 עד תאריך 31.07.2022.

- חוות דעתי בנושא נכות צמיתה, של מר עובד עדי.

לאור הממצאים המתוארים לעיל, אני קובע כי למר עובד עדי, נגרמו פגיעות המקנות נכות צמיתה בתאונה הנידונה, כמפורט להלן –

- בגין מצב לאחר כוויה חשמלית באמה ימין עם נזק עצבי אולנרי, כאבים והפרעה תפקודית, נכות צמיתה בשיעור 10%, לפי סעיף ביניים מותאם 31 (4) (ב'-ג'), ימין, בקובץ תקנות המל"ל.

- בגין צלקות פגיעת כוויה רגישות באמה ימנית, נכות צמיתה בשיעור 5%, לפי סעיף ביניים 75 (1) (א'-ב'), בקובץ תקנות המל"ל.

<u>לסיכום</u> –

- למר עובד עדי נגרמה **<u>נכות זמנית</u>** בגין פגיעתו בתאונה הנידונה מתאריך 04.11.2021.

בהתאם לכך אני קובע בגין הפגיעה הנ"ל -

- 100% נכות זמנית מיום התאונה בתאריך 04.11.2021 עד תאריך 01.02.2022, סה"כ 90 ימים.
- נכות זמנית בשיעור 50%, מתאריך 02.02.2022 עד תאריך 02.05.2022, סה"כ 90 ימים.
- נכות זמנית בשיעור 30%, מתאריך 03.05.2022 עד תאריך 31.07.2022, סה"כ 90 ימים.

- למר עובד עדי נותרה **<u>נכות צמיתה</u>** בגין פגיעתו בתאונה הנידונה מתאריך 04.11.2021.

בהתאם לכך אני קובע בגין הפגיעה הנ"ל -

- בגין מצב לאחר כוויה חשמלית באמה ימין עם נזק עצבי אולנרי, כאבים והפרעה תפקודית, לפי סעיף ביניים מותאם 31 (4) (ב'-ג'), ימין, בקובץ תקנות המל"ל - 10%.
- בגין צלקות פגיעת כוויה רגישות באמה ימנית, לפי סעיף ביניים 75 (1) (א'-ב'), בקובץ תקנות המל"ל – 5%.

- סה"כ נותרה למר עובד עדי, בעקבות ובגין פגיעתו בתאונה הנידונה מתאריך 04.11.2021, נכות צמיתה משוקללת בשיעור 14.5%, החל מתאריך 01.08.2022 (עם תום הנכויות הזמניות).

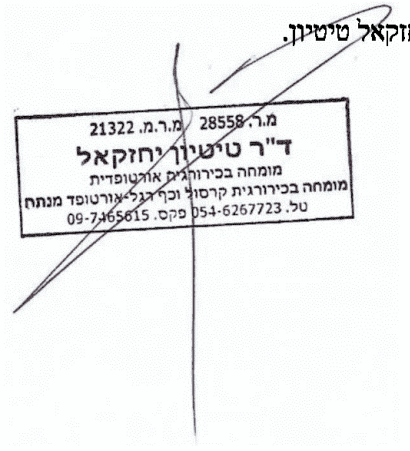
בהתאם לרשימת המבחנים ולקט סעיפי חוק ותקנות של המוסד לביטוח לאומי, מעודכן לנובמבר 2018.

<u>הצהרה:</u>

תעודה זו ניתנה על ידי, לשם הגשתה כראייה לבית המשפט.

הריני מצהיר בזאת, כי ידוע לי היטב שלעניין החוק הפלילי בדבר מתן עדות שקר בשבועה בבית המשפט, דין תעודה זו כשהיא חתומה על ידי, כדין עדות שנתתי בבית המשפט.

<u>בכבוד רב</u>: דר' יחזקאל טיטיון.



נספח 3 :

חוות דעת פסיכיאטרית - דר דמבינסקי

(עמודים 69 עד 73)

דר' יעל דמבינסקי

מומחית לפסיכיאטריה

חוות דעת פסיכיאטרית

עדי עובד ת.ז. 201170610

ניסיון רפואי:

בוגרת בית הספר לרפואה אוניברסיטת ת"א 1999

2004-2009 התמחות בפסיכיאטריה, מרכז לבריאות הנפש באר יעקב

2010-2012 סגנית מנהלת יחידת טיפול יום חיב"ה בבית חולים "מעיני הישועה" ופסיכיאטרית במרפאת חיב"ה, מעיני הישועה, אחראית וועדות סל שיקום.

2012- 2014 רופאה בכירה במרפאה לבריאות הנפש חולון ויועצת בחדר מיון איכילוב

כיום - רופאה בכירה במערך הפסיכיאטרי איכילוב, אחראית תחום הפרעות חרדה

פסיכיאטרית מלווה הוסטל "בית אביב"

בעלת קליניקה פרטית

כתיבת חוות דעת מטעם הנתבעים, תובעים וסנגוריה משפטית מאז 2012

אני החתומה מטה, ד"ר יעל דמבינסקי, בעלת רישיון מספר 33367 ורישיון מומחית בפסיכיאטריה מספר 28185, מעידה ומאשרת כי בדקתי את הנ"ל ב17.5.2024 במרפאתי בתל אביב.

כמו כן, לצורך הכנת חוות הדעת, עיינתי במסמכים הבאים:

מסמכים מתיק רפואי בית חולים וולפסון

מסמכים מתיק רפואי בית חולים בלינסון

מסמכים מתיק רפואי מרכז לברה"נ יפו

מסמכים מתיק רפואי קופ"ח

מסמכים מתיק המל"ל

דר' יעל דמבינסקי

מומחית לפסיכיאטריה

תולדות חיים:

יליד 1990, ישראל, נשוי טרי", חשמלאי במקצועו, עובד כמנהל תפעול "בחברה הנותנת מכלול פתרונות נישה של WeWork אחראי על 15 בניינים של משרדי הייטק", במשרה מלאה.

השני מבין ארבעה, סיים 12 שנות לימוד עם בגרות מלאה ושירות צבאי מלא בגבעתי כחובש, מ"פ, סמ"ל ורס"פ. לאחר השחרור עבד בהתקנת מעקות זכוכית ואלומיניום במסגרת עבודה מועדפת, טס לתאילנד, חזר לארץ וחזר לעבוד האלומיניום, "סוג של עצמאי, הייתי מטוס! ילד בן 24 שעושה הרבה כסף כי אני אדם של רק לעבוד ולעבוד". בהמשך טס ל3.5 חודשים לדרום אמריקה, חזר כדי להתגייס ל"צוק איתן". למד 3.5 שנים הנדסאי חשמל במכללת אפקה ובמקביל עבד בעבודות מזדמנות (שטיפת מכוניות, שליח), באותה תקופה, במהלך שירות המילואים, נפצע בברך ונזקק להתערבות ניתוחית, לדבריו, לא הוכר כנכה משרד הביטחון. אחרי 10 חודשים "שהיה מושבת", בשל הפציעה, החל לעבוד כחשמלאי אחזקה בחברה, "הוכחתי את עצמי שם, אני עובד טוב!" אך נאלץ לעזוב את העבודה כדי לטוס עם אביו לסן דייגו שם עבר האב ניתוח השתלת ריאות והוא סעד אותו במשך 10 חודשים. כשחזר לארץ, ביולי 2021, החל לעבוד כמנהל פרויקטים בWeWork, שם אירע התאונה הנדונה, כשבאותה תקופה גם היה מאורס.

שולל תחלואה נפשית קודמת.

מטופל בגראס רפואי מאז הפציעה בברך במהלך שירות המילואים.

מפרשת המקרה:

ב4.11.2021, במהלך עבודתו, התחשמל מכבל ונפגע בידו הימנית, בעת הפציעה הלין על חולשה כללית, פלפיטציות, כאבים באמה ימנית וירידה בתחושה באצבעות היד, פונה לבית חולים וולפסון שם התרשמו מכוויה ממכת חשמל דרגה II באמה ימנית והוא טופל בהתאם.

לדבריו: "קצת לפני 4.11 אחד הקבלנים היה צריך לפרק שלט ניאון, שלח מישהו שהוא לא חשמלאי וזה חתך את הכבל וטמן בקיר, כשכבל חשמל משוחרר נוצרת השרייה ואם הוא עובר ליד כבל של שמע זה גורם לרחש. מנהלת הבניין התלוננה על הרחש, ב4.11 הגעתי לבניין אחרי עבודת לילה, כשלא הייתי אמור לעבוד, מנהלת הבניין ביקשה, אני אדם עם over מוטיבציה לתת, הגעתי לשם כי שכחתי מפתחות יחידים של הבניין בכיס, המנהלת תפסה אותי בשתיים וחצי, תבדוק, תבדוק, ירדתי למטה, פתחתי בקיר פתח כזה (מדגים) היה שם מריכף לבן שמניסיוני בעבודות חשמל מזוהה ככזה שמעביר כבלי תקשורת, התחלתי לדחוף את הצמר סלעים שיש בקיר גבס כדי לחפש מריכף ירוק, עכשיו אני יודע שבמריכף לבן אין חשמל, הכבל זז, נתפס לי על היד באזור

דר' יעל דמבינסקי

מומחית לפסיכיאטריה

המרפק, יש נקודת כניסה ויציאה, זה מה שהסבירו לי בבית חולים, ומאז מתחיל האירוע הכי מוזר שהיה לי בחיים! אני מתחיל לצרוח כמו משוגע וכולם עליי, המרחק שלבוא להציל מישהו הוא כלום, אז כולם עליי ואז כאילו מישהו לחץ לי סטופ על המוח, אני מסתכל על היד, גם עכשיו יש לי צמרמורת בראש, אני רואה את כל היד שלי עם אורות לבנים כמו ברק שיורד מהשמיים, רואה צבע כחול שיורד לי על היד, אני עולה באש, מריח כמו תרנגולת צלויה, עולה ממני עשן, צריבה כמו סטייק על המנגל ואני מסתכל על היד ומרגיש שאני לא פה, מרגיש שאני יושב על החוף וכל החיים שלי עוברים בסרט נע. באוזן השנייה אני שומע כאילו מישהו לוחש לי שיש לך שנייה להתנתק מהכבל אחרת אתה לא חוזר הביתה היום! כשחשמל נתפס הוא מכווץ שרירים ואני מנסה להשתחרר מהכבל, מוריד את היד למטה אבל הכבל מחזיר אותי חזרה אליו וברגע הזה אבד לי הזיכרון, בניסיון שני כנראה הצלחתי להשתחרר ממנו, התנתקתי וכולם מאחורה בהלם. אני לבן כמו סיד, מבולבל לא ידוע מה קורה איתי. המנהל שלי רצה לפנות אותי באמבולנס אבל לא רציתי, לא יודע להסביר שטות, מחשבות על פקקים וכאלה, נסעתי על קטנוע לבת ים ומשם פינו אותי לבית לחולים. במיון הראשוני בבת ימון אחרי שאמרתי שהתחשמלתי אמרו לי, עוף מהר לבית חולים, אני מגיע לבית חולים, לוקח מספר כמו תמים ומחכה לבדיקות אבל כשהבינו שהתחשמלתי מיד זירזו את הכל, הייתי שם שבע שעות, הרופא אמר לי שהוא לא מבין איך אני עוד על הרגליים! אבא בא לאסוף אותי, זה היה בדיוק שנה ושבוע אחרי הסיפור שלו! למחרת קמתי הנחתי תפילין ובכיתי כמו תינוק, בכלל אחרי זה בכיתי שבועיים ללא הפסקה. שלחו אותי לפסיכיאטר שאמר שזו תגובה דיסוציאטיבית, שהגוף מתנתק. ואת צריכה להבין כל המקרה היה 3 שניות!!! הייתי חודשיים בחופשת מחלה כשכל התקופה הזו הייתי יוצא להליכות של 10ק"מ כל יום, זה היה הזוי, זה היה חורף ולי היה כל כך חם. ביטלתי גם אירוסין, היינו אומרים להתחתן אבל ביטלתי, גם כי היא לא הייתה שם בשבילי גם כי הרגשתי שזה לא זה, עברתי את זה לבד. מאז יש לי חלומות שלא יכול להסביר לך מה אני עובר בלילות אני עדיין קופץ מדי פעם, השינה שלי קלה ישן חמש שעות וזהו. כבר קרו לי כמה מקרים עם הבת זוג הנוכחית, שבלילה לפעמים אנחנו ישנים עם ידיים תפוסות ואז אני חולם שהיד שלה זה הכבל ואני מתעורר עם קוצר נשימה ומפחד לחזור לישון. היא גם אומרת שמתוך שינה אני אלים ותמיד כשהיא באה להעיר אותי דבר ראשון אני מתנגד. 90% מהזמן שאני הולך ברחוב אני מוכן לפעולה (מה זאת אומרת?) תמיד דרוך. מאז לא חזרתי לעבוד בחשמל, ממנהל פרויקטים הפכתי להיות מנהל תפעול, אחראי על כל הלקוח הזה, יש לי 10 עובדים. פעם גם כשהייתי שכיר הייתי עושה מדפי פעם עבודות חשמל, היום לא מתקרב לזה. הרבה דברים שעשיתי פעם אני כבר לא עושה, כשלקוח מבקש ממני משהו, אפילו להיכנס לחדר חשמל מבודד, זה עושה לי צמרמורת, גם לשקעים אני לא מתקרב, פעם הייתי עם עובד שלי שהוא חשמלאי מתחיל ודמיינתי כמו ניצוצות שיוצאים כמו אלו שהיו לי על היד. הייתי בכמה קבוצות בבריאות הנפש ברבי מבכרך (מרפאה לברה"נ), כמעט שנה אבל אני הגעתי לתקופה של 8 חודשים, זו הייתה

דר' יעל דמבינסקי

מומחית לפסיכיאטריה

קבוצה של נפגעי תאונות עבודה ותאונות דרכים, היה לי מאוד קשה לשבת שם, כל אחד והסיפור שלו, כולם מדברים אותו דבר, הזיכרונות, הסיוטים, פחד ממוות, רצו להכניס אותי לעוד קבוצה של רגשות אבל לא הלכתי כי לא רוצה לשמוע דברים של אחרים. (לפסיכיאטר הלכת?) הפסיכיאטר הראשון שבדק אותי ממש בצמוד למקרה ואח"כ היית אצל ד' שוורץ ב"רבי מבכרך" (מרפאה לברה"נ) שאמרה לי ללכת לקבוצה. (טיפול תרופתי?) לא, רק קנביס, נתנו לי בהתחלה ציפרלקס ומירו וכל כדור שינה אפשרי וגם עם הקנביס ובאיזשהו שלב כדורי שינה לא עשו לי טוב, הייתי קם כמו סמרטוט כי אני לוקח גם קנביס ולגבי הכדורים נגד דיכאון וחרדות זה לא משהו שאני רוצה להתרגל אליו אז נשארתי רק עם הקנביס שעושה לי טוב ומרגיע אותי, אבל תמיד יש את ההתלקחות, אני מאוד עצבני ולפעמים יוצא החוצה בצורה שאני לא אוהב את עצמי. (אז מה מפריע היום?) הלילות, ההבנה שיכולתי ללכת מהעולם הזה, הפחד מלעבוד במקצוע הזה, פעם הייתי מסיים יום עבודה כשכיר אבל יוצא להשלמת הכנסה, היום אין לי את זה, עבדתי אז בחשמל ובמיזוג, יכולתי להניב הרבה כסף אבל היום לא מתקרב לזה אם זה מהפחד, חלומות, עצבים, אני אימפולסיבי, גם בעבודה אומרים לי את זה, שאם לא הייתי אימפולסיבי הייתי משהו!, אני מתעצבן בשנייה אם מישהו לא הולך בקו שלי אני מתפרץ, את הצלקת אני רואה כלי יום מול העיניים וקורא לה השער לגן עדן, פעם היא הייתה הרבה יותר מגעילה. יש לי בעיה עם כל העצב האולנרי, היד נרדמת לי בלילה, נפגע לי כל נושא הספורט, הייתי משחק מטקות 3-4 שעות כל פעם, כבר שלוש שנים שלא שיחקתי מטקות, תקופה ארוכה שלא הייתי הולך לגלוש היום אני הולך למרות שכואב לי, עליתי משקל 4-8ק"ג!".

חודשיים לאחר האירוע פנה לדר' הכהן, פסיכיאטר בקופ"ח, שהתרשם מקליניקה בתר חבלתית והמליץ על עלייה במינון המירו ל30מ"ג, התחלת טיפול בציפרלקס עם עלייה הדרגתית ל10מ"ג והפנייה לפסיכותרפיה.
בהמשך עבר לטיפול במרפאה לברה"נ יפו, אובחן כסובל מהפרעת הסתגלות ובמשך שנה היה בטיפול קבוצתי שם.

וועדת המל"ל התרשמה מהפרעת הסתגלות וקבעה לו 5% נכות לצמיתות.

דר' יעל דמבינסקי

מומחית לפסיכיאטריה

בבדיקה

נראה כפי גילו, מסודר בהופעתו, משתף פעולה בבדיקה, מודע צלול, התמצאות תקינה, אפקט מלא, מתגונן מעט דרמטי, כשתיאר את המקרה ניכרת הייתה מצוקה נפשית, ללא הפרעות במהלך החשיבה, עיקר דבריו מופיעים בפרשת המקרה. כשנשאל על אובדנות ענה ש"היו מחשבות", בוחן מציאות ושיפוט תקינים, תובנה קיימת.

לסיכום

יליד 1990, שבנובמבר 2021, במהלך עבודתו, התחשמל מכבל ונפגע בידו הימנית, פונה לבית חולים וולפסון, שם התרשמו מכוויה ממכת חשמל דרגה II והוא טופל בהתאם.

ללא תחלואה נפשית קודמת, לציין כי עוד בטרם התאונה, נעזר בקנביס רפואי על רקע פציעה פיזית במהלך שירות מילואים.

מאז התאונה, לצד התמודדות עם הפציעה הפיזית והשלכותיה, מתאר גם הפרעות בשינה עם סיוטים ליליים, פלאשבקים, זיכרונות ומחשבות חוזרות על האירוע, הימנעות ממאזכרים של האירוע, אימפולסיביות ונטייה להתפרצויות.

פנה לסיוע נפשי, ניסה טיפול תרופתי אך הפסיק, היה כשנה בטיפול קבוצתי לPTSD אך לדבריו, לא המשיך בשל הקושי להתמודד עם הטראומות של האחרים.

בבדיקתו, ללא עדות למצב אפקטיבי מאג'ורי, מתאר תסמינים פוסט טראומטיים מלווים בפגיעה תפקודית, נכון כי הוא עובד כיום במשרה מלאה בתפקיד בכיר אך לא ניתן להתעלם מהעובדה כי בשל האירוע, נאלץ להפסיק לעבוד במקצועו כחשמלאי, לא כמקצוע ראשי ולא כהשלמת הכנסה.

לאור האמור לעיל נכותו הנפשית המיוחסת לתאונה הנדונה הינה בשיעור 12.5% לפי סעיף 34ב'(3-2) לתקנות המל"ל, לצמיתות.

****

תעודה זו מוגשת על ידי לשם הגשתה כראיה לבית המשפט. הנני מצהירה בזה כי ידוע לי היטב שלעניין הוראות החוק הפלילי בדבר עדות שקר בשבועה בבית המשפט, דין תעודה זו כשהיא חתומה על ידי כדין עדות שבשבועה בבית המשפט.

ד"ר יעל דמבינסקי
פסיכיאטרית
מ.ר. 33367
מ.ר. 33185

22.5.2024 **דר' יעל דמבינסקי**

נספח 4:

יפוי כח ווסר

(עמודים 75 עד 77)

יפוי כח

אני החי"מ, _____ ת.ז. מס' _____, מרחוב _____, 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 רשם החברות, רשם השותפויות, רשם העמותות ורשם האגודות השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי, לטפל ברישומו 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, 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.

<u>ולראיה באתי על החתום</u>

היום 20 לחודש 12 שנה 21

חתימה: X

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אבינועם פרייברג
מס' רשיון 62254

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
רחוב	מס'	עיר	מיקוד	טלפון
רישרי		כפר סבא		

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: 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

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

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

תאריך: 20/12/21 עד לחתימה ומס' ת.ז. עו"ד יפרימאל פרידמן חתימה: _____ X
מס' רישיון: 62254