

משוב שירותי רנטגן והדמיה בע"מ

משוב קרית אונו

טלפון סניף: 037362656, פקס: 037362655, email: ono@mashovltd.co.il

תאריך: 11/02/2024

מס' תיק נבדק: 20154181

מס' ביקור: 2247509

לכבוד: קופ"ח מכבי -

ד"ר אידלשטיין אלון

הנדון: גב/מר: הרן מאיה ת"ז: 006215271 מין: נ

תאריך לידה: 01/05/1945

כתובת: השקד 4 גבעת שמואל

טלפון: 5325054-03

להלן תוצאות הבדיקות אשר בוצעו בתאריך 11/02/2024:

סיבת הפניה: לאחר חבלה.

U/S כתף ימין RC

הדגמת גיד ה- Biceps בתוך ה- Bicipital Groove, הגיד מאוד היפואקואי מהרגיל ובלתי סדיר, לא ניתן לשלול קרעים. הודגם נוזל לא צלול סביבו.

פרוקסימלית מדיאלית הודגמו גיד ושריר ה- Subscapularis. הגיד הודגם בעובי וצורה תקינים. אין עדות סונוגרפית לקרע.

לטרלית הודגמו גיד ושריר ה- Supraspinatus. הגיד היפואקואי מהרגיל ובלתי סדיר, בחלקו הטרללי הודגמו מספר הסתיידויות צפופות עד אורך מקסימלי 0.4 ס"מ. רושם למספר קרעים חלקים עד אורך מקסימלי 1.2 ס"מ.

מאחור הגידים - Infraspinatus וה- Teres Minor בעובי וצורה תקינים. אין עדות סונוגרפית לקרע.

הודגם תפליט סובדלתואידי לא צלול, הודגמו מספר הסתיידויות קטנות בתוך הבורסה.

ה- ACJ - מודגמת אי סדירות באזור המפרק.

לא הודגמה צביטה באבדוקציה.

בסיכום : כמתואר בגוף הפענוח.

נדרש צילום כתף רלוונטי , בתחום של 3 חודשים , כהשלמת בדיקת הסונוגרפיה של הכתף. במידה ולא קיים במהלך בדיקת הסונוגרפיה, נא לבצעו ולפנות לרופא המטפל לאינטגרציה עם בדיקת הסונוגרפיה שבוצעה .
טכנאית מבצעת: אוקסמן ילנה

בברכה

ד"ר פישר אלכס

מ.ר. 16730

מ.ר.מ 9211

יש להביא בדיקה זו להשוואה (בבדיקה דומה בלבד).

הבדיקה בוצע בסניף: משוב קרית אונו

הקלידה: יא

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

משוב שירותי רנטגן והדמיה בע"מ

משוב קרית אונו

טלפון סניף: 037362656, פקס: 037362655, email: ono@mashovltd.co.il

תאריך: 11/02/2024

מס' תיק נבדק: 20154181

מס' ביקור: 2247509

לכבוד: קופ"ח מכבי -

ד"ר אידלשטיין אלון

תאריך: 21/06/2024

מכבי שירותי בריאות

ד"ר אידלשטיין אלון
משפחה, פנימית וכללית

מ.ר גורם מפנה



025310

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

קוד הפניה: 383722586

טלפון: 03-6201055

פקס: 03-6201480

כתובת: הזיתים 96, גבעת שמואל (מרכז "אור בגבעה" קומה 3)

התמחויות:
מומחה ברפואת המשפחה

פרטי הנבדק:

שם משפחה: הרן

ת.ז.: 6215271

שם פרטי: מאיה

ת.לידה: 01/05/1945

טל.עבודה/נייד: 0543024977

טלפון: 035325054

מין: נ

כתובת: השקד 4/122, גבעת שמואל

מיקוד 5405220



0006215271

התייעצות מומחה

תחום שירות:

- במכבי

אורתופדיה - כתף

תלונות:

כאבים כתף ימנית לאחר תאונת קטנוע אוגוסט 2023
ב US השנה - מספר קרעים בסופראספינטוס וכן הסתיידויות
קלינית כאבים בעיקר בלילה והגבלה בתנועה

לחץ דם: 134 / 72

ממצאים: במצב כללי טוב ללא כל סימני מצוקה נשימתית או אחרת.
כניסת אויר שווה וטובה דו צידית לשתי הראות ללא חרחורים או צפצופים.

אבחנה:

- UPPER RESPIRATORY INFECTIONS ACUTE UNS
- MALAISE AND FATIGUE
- NEUROPATHY PERIPHERAL

מעשנת: לא

בעיות ידועות:

- HYPERTENSION (09/11/2005)
- HIATUS HERNIA
- OSTEOARTHRITIS UNS (OSTEOARTHRITIS)
- HYPERCHOLESTEROLEMIA UNS
- SLEEP APNEA (08/2016) C-PAP THR

רגישויות: 03/01/2019 - ללא שינוי -

רגישויות לתרופות: כאבי שרירים - SIMVASTATIN - 12/09/2008
כאבי שרירים - STATOR - 10/10/2010
כאבי שרירים - PRAVALIP - 10/10/2010

תרופות קבועות:

- LERCAPRESS 10MG X 30 1X1X90
- VECTOR 80MG X 30 1X2X90
- CARTIA 100MG X 28 1X1X90
- EZECOR 10MG X 30 1X1X90
- LIPITOR 10MG X 30 1X1X90

מטרת ההפניה: התייעצות אורתופדית

הודפס בתאריך: 28/11/2024 18:18
הודפס ע"י: ד"ר אידלשטיין אלון
רישום מתאריך: 17/11/2024 16:01:09

גיל: 79.6

שם רופא/ה: דר' קליין חגי

תחום הטיפול: אורתופדית כתף

רופא מפנה: ד"ר אידלשטיין אלון

מספר ביקור: 4574672

מקור המידע	פירוט
העברת טפסים באופן יזום לאתר המטופל	16:10:49 17/11/2024 בכל החמרה לשוב לבדיקה. בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.

תלונות: כאבים בכתף ימין לסירוגין ומגבלה בהנעה לאחר חבלה אוגוסט 23

שיפור חלקי לאחר טיפול פיזיותרפי

עדיין כאובה בעיקר בהנעה וכן כאבים לילים

בצילום סקלרוזיס של GT

US קרע 1.2 ס"מ SSP

בבדיקתה - ללא פחת עצבי

צביטה חיובית

כוח סימטרי

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

דיון ואבחנה מبدלת: שוחחנו לגבי הסיכונים והסיכויים של הזרקה למפרק כולל חסר איזון יל"ד וסכרת וצורך
במעקב צמוד, הסיכון של זיהום במפרק ומשמעותו, וכן האפקט של סטרואידים למפרק.

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
	Rt		ROTATOR CUFF TEAR

אופן השימוש	Rp <Days>	מינון	תרופות
להזרקה 1 אמפולה 1 פעם ביום, (בוקר 1 אמפולה) לתקופה של 1 ימים.	1 <1>	1 amp X 1 -1 op	DIPROSPAN 2ML 2CC
להזרקה 1 אמפולה 1 פעם ביום, (בוקר 1 אמפולה) לתקופה של 1 ימים.	1 <1>	1 amp X 1 -1 op	LIDOCAINE 2%X10CCX20

ר	X	נקודות	קוד	טיפול
!	1	05.0	2010	Intraarticular inj/asp shoulder/hip
!	1	2	2120	Tensoplast strapping of chest or joints

המלצות למטופל: בכל החמרה לשוב לבדיקה

סוג האישור	קוד	מתאריך	עד תאריך
תשובה לרופא המטפל	C00028		

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

תאריך: 21/06/2024

מכבי שירותי בריאות

ד"ר אידלשטיין אלון

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

מ.ר גורם מפנה



025310

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

קוד הפניה: 383722586

טלפון: 03-6201055

פקס: 03-6201480

כתובת: הזיתים 96, גבעת שמואל (מרכז "אור בגבעה" קומה 3)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 6215271

שם פרטי: מאיה

שם משפחה: הרן

טל.עבודה/נייד: 0543024977

טלפון: 035325054

ת.לידה: 01/05/1945



0006215271

מיקוד 5405220

השקד 4/122, גבעת שמואל

כתובת:

התייעצות מומחה

- במכבי

אורתופדיה - כתף

תחום שירות:

תלונות: כאבים כתף ימנית לאחר תאונת קטנוע אוגוסט 2023
ב US השנה - מספר קרעים בסופראספינטוס וכן הסתיידויות
קלינית כאבים בעיקר בלילה והגבלה בתנועה

לחץ דם: 134 / 72

ממצאים: במצב כללי טוב ללא כל סימני מצוקה נשימתית או אחרת.
כניסת אויר שווה וטובה דו צידית לשתי הראות ללא חרחורים או צפופים.

אבחנה:

- UPPER RESPIRATORY INFECTIONS ACUTE UNS
- MALAISE AND FATIGUE
- NEUROPATHY PERIPHERAL

מעשנת/ לא

בעיות ידועות:

- HYPERTENSION (09/11/2005)
- HIATUS HERNIA
- OSTEOARTHRITIS UNS (OSTEOARTHRITIS)
- HYPERCHOLESTEROLEMIA UNS
- SLEEP APNEA (08/2016) C-PAP THR

רגישויות: 03/01/2019 - ללא שינוי -

רגישויות לתרופות: כאבי שרירים - SIMVASTATIN - 12/09/2008

כאבי שרירים - STATOR - 10/10/2010

כאבי שרירים - PRAVALIP - 10/10/2010

תרופות קבועות:

- LERCAPRESS 10MG X 30 1X1X90
- VECTOR 80MG X 30 1X2X90
- CARTIA 100MG X 28 1X1X90
- EZECOR 10MG X 30 1X1X90
- LIPITOR 10MG X 30 1X1X90

מטרת ההפניה: התייעצות אורטופדית

גיל: 79.6

שם רופא/ה: דר' קליין חגי

תחום הטיפול: אורתופדית כתף

רופא מפנה: ד"ר אידלשטיין אלון

4574672

מספר ביקור:

מקור המידע	פירוט
העברת טפסים באופן יזום לאתר המטופל	16:10:49 17/11/2024 בכל החמרה לשוב לבדיקה. בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.

תלונות: כאבים בכתף ימין לסירוגין ומגבלה בהנעה לאחר חבלה אוגוסט 23

שיפור חלקי לאחר טיפול פיזיותרפי

עדיין כאובה בעיקר בהנעה וכן כאבים לילים

בצילום סקלרוזיס של GT

US קרע 1.2 ס"מ SSP

בבדיקתה - ללא פחת עצבי

צביטה חיובית

כוח סימטרי

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

דיון ואבחנה מבדלת: שוחחנו לגבי הסיכונים והסיכויים של הזרקה למפרק כולל חסר איזון יל"ד וסכרת וצורך במעקב צמוד, הסיכון של זיהום במפרק ומשמעותו, וכן האפקט של סטרואידים למפרק.

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
	Rt		ROTATOR CUFF TEAR

אופן השימוש	Rp <Days>	מינון	תרופות
להזרקה 1 אמפולה 1 פעם ביום, (בוקר 1 אמפולה) לתקופה של 1 ימים.	1 <1>	1 amp X 1 -1 op	DIPROSPAN 2ML 2CC
להזרקה 1 אמפולה 1 פעם ביום, (בוקר 1 אמפולה) לתקופה של 1 ימים.	1 <1>	1 amp X 1 -1 op	LIDOCAINE 2%X10CCX20

ר	X	נקודות	קוד	טיפול
!	1	05.0	2010	Intraarticular inj/asp shoulder/hip
!	1	2	2120	Tensoplast strapping of chest or joints

המלצות למטופל: בכל החמרה לשוב לבדיקה

סוג האישור	קוד	מתאריך	עד תאריך
תשובה לרופא המטפל	C00028		

מוזמן למעקב:

☑ על פי צורך

17606

תאריך: 17/11/2024

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



108767

ד"ר קליין חגי

אורתופדיית כתף

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-7506688

פקס: 03-7506680

כתובת: כהן אלי 1, בת ים

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 6215271

שם פרטי: מאיה

שם משפחה: הרן

טל.עבודה/נייד: 0543024977

טלפון: 035325054

ת.לידה: 01/05/1945



0006215271

מיקוד 5405220

השקד 4/122, גבעת שמואל

מין: נ

כתובת:

תמצית הביקור מתאריך 17/11/2024 בשעה 16:01

תאריך הביקור: 17/11/2024

המלצות למטופל: בכל החמרה לשוב לבדיקה

מקור המידע	הערות
העברת טפסים באופן יזום לאחר המטופל	בכל החמרה לשוב לבדיקה. בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

תרופות שנרשמו בביקור:

שם התרופה	מינון והוראות מרשם	שמות החלופות
DIPROSPAN 2ML 2CC	להזרקה 1 אמפולה 1 פעם ביום, (בוקר 1 אמפולה) לתקופה של 1 ימים	* AMP. DIPROSPAN 2ML 2CC < 1 OP > [57660]
LIDOCAINE 2%X10CCX20	להזרקה 1 אמפולה 1 פעם ביום, (בוקר 1 אמפולה) לתקופה של 1 ימים	* AMP. LIDOCAINE 2%X10CCX20 < 1 OP > [55470] AMP. ESRACAIN 2% 10ML X 50 < 1 OP > [35243]

הפניות, אשורים ודפי מידע

סוג	שם/תיאור	מתאריך	עד תאריך
אישור	תשובה לרופא המטפל		

002945746721