



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

בדוא"ל
מבלי לפגוע בזכויות

ינואר 2025 23
Office@freiberg-law.com

פרייברג רסקין
משרד עורכי דין

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד



לכבוד

פרופ' אלי שטיינברג
מרחוב מנחם בגין 156
תל אביב
באמצעות דוא"ל

פרופ' נכבד שלום רב,

תאונה מיום 14.8.2023
הנפגע: צורי אלפונסו עידן, ת"ז 055597045

1. כב' מונה בהסכמת הצדדים כמומחה רפואי בתחום האורתופדי לבדיקת מרשי, התובע, אשר נפגע בתאונה ביום 14.8.2023, ולקביעת נכותו הנובעת מן התאונה.
 2. רצ"ב לעיון כב' התייעוד רפואי הרפואי בנוגע למרשי.
 3. בהתאם להסכמת הצדדים, בשכר טרחת כב' תישא הנתבעת, המבטחת, הראל חברה לביטוח בע"מ.
 4. את חוות הדעת מתבקש כב' להמציא לבית המשפט ולשני הצדדים.
- *רצ"ב הסכם המינוי.

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

העתק:
עו"ד אביתר לוטן
באמצעות דוא"ל:
Tviot.hova@harel-ins.co.il

D אטמכתא: EL85554868

הסכם בדבר מינוי מומחה או מומחים לפי תקנות
פיצויים לנפגעי תאונות דרכים (מומחים) תשל"ה - 1985

* מספר מסמך * בין

* 117 *

הראל חברה לביטוח בע"מ

(להלן: "המבטח")

לבין

(להלן: "התובע")

אלפונסו עידאן

הואיל: והתובע טוען כי נפגע בתאונה ביום 14/08/2023 והוא
תובע עקב כך פיצויים מאת המבטח.

והואיל: והצדדים מעוניינים להסדיר בהסכם את ענין מינוי/מינויים של
מומחה/מומחים רפואיים/ים.

לפיכך הוסכם בין הצדדים כדלקמן:

1. הצדדים מסכימים על מינוי המומחה/ים הבא/ים ~~בשלב זה~~ בשלב זה

בתחום האורתופדי בלבד פרופ' שטיינברג אלי

2. המומחה/ים יקבע/ו את נכותו הרפואית של התובע בהתאם לתוספת לתקנות הביטוח
הלאומי (קביעת דרגת נכות לנפגע עבודה), תשל"ה-1985 ויחווה דעתו בעל ענין
רפואי השינוי במחלוקת בתחומו.

3. א. תוך 15 יום מהיום ימציא התובע למומח/ים ולמבטח -
1. הסכמה לויתור לסודיות רפואית, ערוכה לפי טופס 4 בתוספת לתקנות
פיצויים לנפגעי תאונות דרכים (מומחים) , התשמ"ז - 1986.
(להלן: "התקנות").

2. את כל המסמכים בדבר הטיפול הרפואי שניתן לו ובדבר הבדיקות
שנבדק לצורך אותו טיפול, לרבות סיכומי מחלה, וכן כל מסמך
רפואי או אחר הנוגע לעניינים השנויים במחלוקת שהועברו
להכרעתו של המומחה.

ב. תוך 45 יום מקבלת המסמכים רשאי המבטח להמציא למומחה/ים מסמכים
כאמור בסעיף קטן (א) (2) לעיל, ובלבד שיעביר העתקים לתובע.

4. א. התובע/ יהא חייב לעמוד לכל בדיקה רפואית או אחרת, ולהמציא
למומחה/ים כל מסמך שיידרש על ידי המומחה/ים.

ב. הצדדים לא יעבירו ולא ימסרו למומחה/ים כל חוות דעת רפואית.

5. א. כל צד יהא רשאי לבקש מהמומחה/ים בכתב, תוך 30 יום מקבלת חוות
הדעת, הבהרות על חוות הדעת.

ב. אין בהסכם זה כדי לפגוע בזכותו של כל צד להזמין את המומחה
לחקירה בבית המשפט לפי תקנה 15(ג) לתקנות.

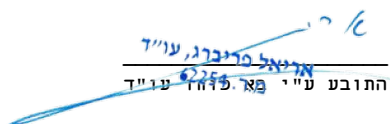
6. הצדדים מסכימים כי באם למרות האמור ברישא ההסכם, תיפסק לתובע נכות על פי דין לפני בדיקת המומחה הרפואי יהפוך הסכם זה לבטל, והתובע ישא בהוצאות המומחה, אם יהיו כאלה.

7. בכפוף לזכויותיהם לפי תקנה 15, מסכימים הצדדים כי חוות הדעת של המומחה/ים האמורים בסעיף 1 לעיל, מחייבות אותם גם במסגרת הליכים בבית המשפט, והינם מסכימים כי חוות דעת זו /אלו דינה /דינן כאילו הוגשה/ו בידי מומחה אשר מונה לפי תקנה 7 לתקנות.

8. הצדדים מסכימים כי אין בהסכם זה משום הודאה בזכות התובע בזכויות ו/או במקצת הזכויות ו/או תביעות התובע מכל סוג לרבות טענות בדבר עצם החבות והאחריות ו/או מימוש זכות כלשהי מזכויותיו, ואין בו כדי לגרוע מטענות המבטח, לרבות טענת התיישנות.

הוסכם כי בתיק ימונה מומחה אורתופד בלבד

ולראיה באנו הצדדים על החתום:


התובע ע"י מא. פדחן עו"ד

" המבטח "
23.1.2025
תאריך

מס. תביעה : 230310005949 מס. ארוע : 2271931 נפגע: 3



המחלקה לרפואה דחופה

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

מכתב שחרור.

55361406 עידאן אלפונסו

בן: 65

כתובת: בר יהודה 8 קרית אונז . כניסה . קרית אונז 5540404

מספר קבלה: 03200114082023

תאריך ביקור: 14/08/2023 16:50

אבחנות מסכמות

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

תחלואה נלוות

- HYPERTENSION
- HYPERCHOLESTEROLEMIA (2720)
- OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA SYNDROME (78053)

ניתוחים בעבר

(ללא פעולות/ניתוחים 1) (S/P 05/07/2015))

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

אנמנזה סיעודית

סיבה עיקרית: תאונת דרכים

הערות: לדבריו היה מעורב בתאונת שרשרת מכת שוטל נפתחו כריות אויר אוע מוחי לפני שנה מטופל באספירין כאבים בחגורת הצוואר הולך

סימנים חיוניים

תאריך ושעה	כאב
17:18 14/08/2023	4

אנמנזה ובדיקה גופנית

דר' לי פיציוטו יעקב מ.ר. 118279 14/08/2023 19:09
בן 65, ברקה AF יל"ד COPD לדבריו ביום קבלתו ת"ד כנהג חגור, במנגנון אחורי בקידמית, ללא פתיחת כריות אויר, ללא איבוד הכרה, ללא חבלת בטן או חזה. מלין כעת על כאבים מתגברים בצוואר ובגב, ללא הקאות או שינוי בסוגרים. בבדיקה - מתהלך בתבנית תקינה, מהלך על בהונות ועקבים. תנועות צוואר חופשיות ללא כאב, טווח מלא, ללא רגישות עמ"ש לכל אורכו. מעט רגישות דיפוזית על פני רקמה רכה פרורטברלית צווארי כיפוף ויישור הגב מלאים עם כאב בסוף טווח. סטטוס נירולוגי תקין לפי C5-T1 ASIA תחושתית ומוטורית דו"צ 5/5, ולפי ASIA L2-S1 תחושתית ומוטורית דו"צ 5/5. ללא רגישות במישוש עצמות בריח, גפיים עליונות או תחתונות הוסבר למטופל על האבחנה, המהלך, ועל המשך הטיפול משוחרר מהמיון עם ההמלצות הבאות:

המלצות

פרטים

נרשם ע"י

נושא

תאריך ושעה

חסוי רפואי

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



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

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח

א.אחראית: גב' אנגלרד הינדי

מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי

טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

המשך מעקב רופא מטפל בעוד שבוע
מנוחה חופשת מחלה 3 ימים
שיכון כאב לפי הצורך
בהחמרה בכאב, חסר תחושת או מוטורי או כל החמרה אחרת,
יש לפנות לרופא
קומפרסים חמים לצוואר/עמ"ש מתני
בהימשכות הכאב מעל לשבוע יש לפנות לאורתופד בקופ"ח

דר' לוי פיציוטו יעקב מ.ר. 118279

14/08/2023

19:12

חתימה:

נחתם ע"י: דר' לוי פיציוטו יעקב מ.ר. 118279

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

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

במידה והופנית להמשך טיפול במרפאות החוץ או במכוני שיבא, קבע תור בטלפון 03-5305000. תוצאות בדיקות שבוצעו בשיבא יימסרו דרך" שיבא קונקט" או דרך הרופא המטפל בקהילה. להצטרפות חינום לשיבא קונקט יש לפנות לצוות פקידות הקבלה.

תשובה לבדיקת קורונה מתקבלת אצל רופא קופ"ח.

לביור תשובת תרבות/ירולוגיה ניתן להתקשר בימים א-ה לטלפון- 035309159 ולשאיר הודעה במענה הקולי

אנחנו ניצור איתך קשר תוך 24 שעות

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

כל ביקור במלר"ד כרוך בתשלום או בטופס התחייבות מקופת חולים.

ניתן לשלוח את טופס ההתחייבות [ט.17] לפקס 03-5302113/7447 או במייל: hovot@sheba.health.gov.il

באם הגעת למלר"ד עקב תאונת עבודה, נא לגשת לפקידת הקבלה להחתמת הטופס עבור ביטוח לאומי

חסוי רפואי

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



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

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח

א.אחראית: גב' אנגלרד הינדי

מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי

טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

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

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



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

המחלקה לרפואה דחופה

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

מכתב שחרור.

55361406 עידן אלפונסו

בן: 65

כתובת: בר יהודה 8 קרית אונו כניסה . קרית אונו 5540404

מספר קבלה: 03200114082023

תאריך ביקור: 14/08/2023 16:50

אבחנות מסכמות

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

תחלואה נלווית

HYPERTENSION

HYPERCHOLESTEROLEMIA (2720)

OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA SYNDROME (78053)

ניתוחים בעבר

(ללא פעולות/ניתוחים 1) (05/07/2015)

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

אנמנזה סיעודית

סיבה עיקרית: תאונת דרכים

הערות: לדבריו היה מעורב בתאונת שרשרת מכת שוטל נפתחו כריות אויר אוע מוחי לפני שנה מטופל באספירין כאבים בחגורת הצוואר הולך

סימנים חיוניים

תאריך ושעה	כאב
17:18 14/08/2023	4

אנמנזה ובדיקה גופנית

דר' לוי פיציוטו יעקב מ.ר. 118279 14/08/2023 19:09

בן 65, ברקה AF יל"ד COPD לדבריו ביום קבלתו ת"ד כנהג חגור, במנגנון אחורי בקידמית, ללא פתיחת כריות אויר, ללא איבוד הכרה, ללא חבלת בטן או חזה. מלין כעת על כאבים מתגברים בצוואר ובגב, ללא הקאות או שינוי בסוגרים. בבדיקה - מתהלך בתבנית תקינה, מהלך על בהונות ועקבים. תנועות צוואר חופשיות ללא כאב, טווח מלא, ללא רגישות עמ"ש לכל אורכו. מעט רגישות דיפוזית על פני רקמה רכה פרוטברלית צווארי כיפוף ויישור הגב מלאים עם כאב בסוף טווח. סטטוס נוירולוגי תקין לפי T1 ASIA - תחושתית ומוטורית דו"צ 5/5, ולפי ASIA L2-S1 תחושתית ומוטורית דו"צ 5/5. ללא רגישות במישוש עצמות בריח, גפיים עליונות ותחתונות הוסבר למטופל על האבחנה, המהלך, ועל המשך הטיפול משוחרר מהמיון עם ההמלצות הבאות:

מכתב שחרור.

55361406 עידאן אלפונסו

בן: 65

כתובת: בר יהודה 8 קרית אונו כניסה . קרית אונו 5540404

מספר קבלה: 03200114082023

תאריך ביקור: 14/08/2023 16:50

חסוי רפואי

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



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

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח

א.אחראית: גב' אנגלרד הינדי

מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי

טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

דע את זכויותיך! הנך זכאי לקצבה מהמוסד לביטוח לאומי בשלושת המצבים הבאים:

פגיעה כתוצאה מתאונה אישית, פגיעה כתוצאה מתאונת עבודה, אשפוז או מחלה מעל ל- 90 יום כשהינך מוגבל כתוצאה ממחלתך הקשורה לאשפוז זה.

מוצע שתבדוק את זכויותיך באתר האינטרנט של הביטוח הלאומי, באתר ניתן להוריד טופס תביעה לכל הקצבאות ולשלוח באמצעות האתר, בדואר או להגיש בסניף הביטוח הלאומי <http://www.btl.gov.il> בברכת בריאות שלמה

מכתב שחרור.

55361406 עידן אלפונסו

בן: 65

כתובת: בר יהודה 8 קרית אונז' כניסה . קרית אונז' 5540404

מספר קבלה: 03200114082023

תאריך ביקור: 14/08/2023 16:50

חסי רפואי

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



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

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח

א.אחראית: גב' אנגלרד הינדי

מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי

טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

-המשך מעקב רופא מטפל בעוד שבוע
-מנוחה חופשת מחלה 3 ימים
-שיכון כאב לפי הצורך
-בהחמרה בכאב, חסר תחושות או מוטורי או כל החמרה אחרת
יש לפנות לרופא
-קומפרסים חמים לצוואר/עמ"ש מתני
-בהימשכות הכאב מעל לשבוע יש לפנות לאורתופד בקופ"ח

ד"ר לוי פיציוטו יעקב מ.ר. 118279

14/08/2023
19:12

Jacobo Levy
Picciotto

14/08/2023

נחתם ע"י: ד"ר לוי פיציוטו יעקב מ.ר. 118279

תעודה זו ניתנת על ידי לשם הגשתה כראיה לבית משפט. והריני מצהיר בזאת כי ידוע לי היטב, שלעניין הנתון הפלילי בדבר עדות שקר בשבועה, בבית משפט. דין תעודה זו כשהיא חתומה על ידי כדין עדות בשבועה שנתתי בבית המשפט

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

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

לבירור תשובת תרביית/וירולוגיה ניתן להתקשר בימים א-ה לטלפון- 035309159 ולשאר הודעה במענה הקו, אנחנו ניצור איתך קשר תוך 24 שעות

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

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



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

המחלקה לרפואה דחופה

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

מכתב שחרור.

55361406 עידן אלפונסו

בן: 65

כתובת: בר יהודה 8 קרית אונז כניסה . קרית אונז 5540404
מספר קבלה: 03200114082023
תאריך ביקור: 14/08/2023 16:50

אבחנות מסכמות

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

תחלואה גלויות

HYPERTENSION
HYPERCHOLESTEROLEMIA (2720)
OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA SYNDROME (78053)

ניתוחים בעבר

(ללא פעולות/ניתוחים) 1) (05/07/2015)

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

אנמנזה סיעודית

סיבה עיקרית: תאונת דרכים

הערות: לדבריו היה מעורב בתאונת שרשרת מכת שוטל נפתחו כריות אויר אוע מוחי לפני שנה מטופל באספירין כאבים בחגורת הצוואר הולך

סימנים חיוניים

תאריך ושעה	כאב
17:18 14/08/2023	4

אנמנזה ובדיקה גופנית

דר' לוי פיציוטו יעקב מ.ר. 118279 14/08/2023 19:09

בן 65, ברקה AF ל"ד COPD לדבריו ביום קבלתו ת"ד כנהג חגור, במנגנון אחורי בקידמית, ללא פתיחת כריות אויר, ללא איבוד הכרה, ללא חבלת בטן או חזה. מלין כעת על כאבים מתגברים בצוואר ובגב, ללא הקאות או שינוי בסוגרים. בבדיקה - מתהלך בתבנית תקינה, מהלך על בהונות ועקבים. תנועות צוואר חופשיות ללא כאב, טווח מלא, ללא רגישות עמ"ש לכל אורכו. מעט רגישות דיפוזית על פני רקמה רכה פרוורטברלית צווארי כיפוף ויישור הגב מלאים עם כאב בסוף טווח. סטטוס נוירולוגי תקין לפי 5-T1 ASIA תחושתית ומוטורית דו"צ 5/5, ולפי ASIA L2-S1 תחושתית ומוטורית דו"צ 5/5. ללא רגישות במישוש עצמות בריח, גפיים עליונות או תחתונות הוסבר למטופל על האבחנה, המהלך, ועל המשך הטיפול משוחרר מהמיון עם ההמלצות הבאות:

09:28 10/10/2023 תאריך:

הפניה כללית

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	עידן צורי אלפונסו	מס זהות:	00055361406	גיל:	65.03	מין:	ז
ת.לידה:	15/07/1958	ישוב:	קריית אונו	רחוב:	בר יהודה	טלפון נוסף:	3- 5351979	
מס בית:	8 / 14	טלפון:	53- 7606454					

14/08/2023 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

35292033065

מספר הפניה:

גורם שולח



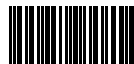
5292

מספר הפניה



035292033065

תז נבדק



55361406

מספר רשיון



131160

לכבוד: פיזיותרפיה

לכאבי צוואר וגב מתמשכים אחרי תאונת דרכים

שירות שנבחר

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

אבחנה משוערת:

קוד	אפיין	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS
8470		WHIPLASH INJURY

תלונות: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 16/08/2023:

לפני יומיים נסע עם אשתו ברכב פרטי כנהג, במצב שהרכב עומד נפגעו ע"י רכב אחר מאחור והוטחו על רכב נוסף מלפנים. הרכב מושבת. לא נפתחו כריות אוויר. היו חגורים.
פוננו ע"י מד"א למיון שיבא עם חבלות שטחיות באזורים שונים - חזה, צוואר, גפיים.
אין חיסון טטנוס עדכני - ישלים.
ללא שברים או חבלה משמעותית אחרת. מטופל בנוגדי כאב פשוטים עם הטבה מספקת.
10/10/2023:
עדיין כאבים בשכמות וגב תחתון, מגבלה בסיבוב הצוואר לימין.
מופנה לפיזיו' להמשך טיפול

סימנים חיוניים: גובה 180 16/08/2023 משקל 94 16/08/2023 bmi 29.01

לחץ דם 145 / 81 16/08/2023

דופק 60 16/08/2023

02/03/2023 מתאריך 82.82 eGFR

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מ.גילוי	אפיין	בעיה
01/05/2012		HYPERTENSION
28/03/2019		OBESITY
01/01/2015	chronic	REFLUX ESOPHAGEAL
06/09/2022		STROKE/CEREBROVASC.ACC.

ס.ה.ר. 7

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה כללית

10/10/2023

הודפס ע"י ד"ר אדיר פרחי 00055361406

עידן צורי אלפונסו

הודפס מאתר כללית און-ליין ב-05.12.2023.



מספר רשיון 38153
טלפון 03-7378300
פקס 03-7378301
מחוז דן-פ"ת

ד"ר מיכאל שטרן
רופא המשך טיפול
שלמה המלך 37, קרית אונו
קניון קרית אונו

הרופא
שם
כתובת
פאה

תאריך: 23/10/2023

הפניה למכון פיזיותרפיה
(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:

שם משפחה ופרטי: עידן צורי אלפונסו
ת.לידה: 15/07/1958
מס.בית: 8 / 14
מס.זהות: 00055361406
גיל: 65.03 מין: ז
רחוב: בר יהודה
טלפון נוסף: 3-5351979

מספר הפניה: 35292033682

גורם שולח



5292

מספר הפניה



035292033682

תז נבדק



55361406

רשיון רופא



038153

רמת שגבחר

שירות קוד משה ב
שירות רפואי
80074
97140: פיזיותרפיה לשיקום וסטיבולרי
800742

VERTIGO BENIGN PAROXYSMAL

זמן משוער

זמן / סיבת הפניה סחרחורת, יותר בשינוי תנוחה

גובה 180 16/08/2023 משקל 94 16/08/2023
לחץ דם 145 / 81 16/08/2023
דופק 60 16/08/2023
bmi 29.01 16/08/2023

מתאריך 2023 82.82 eGFR

תוצאות פעילות

מ.גילוי	א.פיון	בעיה
01/05/2012		HYPERTENSION
28/03/2019		OBESITY
01/01/2015	chronic	REFLUX ESOPHAGEAL
06/09/2022		STROKE/CEREBROVASC.ACC.

רמת עבר

מ.סיום	מ.גילוי	א.פיון	בעיה
	01/01/1975		SMOKER
	01/01/1975		SMOKER

רמת קבועות

רמת	פעמים	א.הגשה	כמות	תרופות
1	1	קפליות	1	OMEPRADEX 20MG CAP 20MG
1	1	טבליות	1	ACETYSALICYLIC ACID 100MG TAB 100MG
1	1	טבליות	1	ROSUVASTATIN TAB 40MG 40MG
1	1	טבליות	1	ATENOLOL 25MG TAB 25MG
1	1	טבליות	1	AMLODIPINE MALEATE TAB 5MG 5MG
1	1	טבליות	1	TRITACE 2.5MG TAB 2.5MG

איים קליניים תנועת עיניים מלאות, ללא ניסטגמוס, פנים סמטריות,

רמת: נא לקבל בהקדם האפשרי

נחתם דיגיטלית

38153

ד"ר מיכאל שטרן

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
	01/01/1975		SMOKER
	01/01/1975		SMOKER

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	קפליות	1	OMEPRADEx 20MG CAP 20MG
ביום	1	טבליות	1	ACETYLSALICYLIC ACID 100MG TAB 100MG
ביום	1	טבליות	1	ROSUVASTATIN TAB 40MG 40MG
ביום	1	טבליות	1	ATENOLOL 25MG TAB 25MG
ביום	1	טבליות	1	AMLODIPINE MALEATE TAB 5MG 5MG
ביום	1	טבליות	1	TRITACE 2.5MG TAB 2.5MG

ד"ר אדיר פרחי	131160	**נחתם דיגיטלית**
שם הרופא	מספר רשיון	חתימה וחותמת הרופא

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

תאריך: 23/10/2023

הפניה למכון פיזיותרפיה (כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:		שם משפחה ופרטי:		עידן צורי אלפונסו		מס זהות:		00055361406		גיל:		65.03		מין:		ז	
ת.לידה:		15/07/1958		ישוב:		קריית אונו		רחוב:		בר יהודה		טלפון נוסף:		3- 5351979			
מס בית:		8 / 14		טלפון:		53- 7606454											

מספר הפניה:	35292033682	רשיון רופא	038153	תז נבדק	55361406	מספר הפניה	035292033682	גורם שולח	5292
-------------	-------------	------------	--------	---------	----------	------------	--------------	-----------	------

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
80074	97140	פיזיותרפיה לשיקום וסטיבולרי	800742

VERTIGO BENIGN PAROXYSMAL

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה סחרחורת, יותר בשינוי תנוחה

סימנים חיוניים:	גובה	180	16/08/2023	משקל	94	16/08/2023	bmi	29.01
	לחץ דם	145 / 81	16/08/2023					
	דופק	60	16/08/2023					

02/03/2023 מתאריך 82.82 eGFR

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/05/2012		HYPERTENSION
28/03/2019		OBESITY
01/01/2015	chronic	REFLUX ESOPHAGEAL
06/09/2022		STROKE/CEREBROVASC.ACC.

תולדות עבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
	01/01/1975		SMOKER
	01/01/1975		SMOKER

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	קפליות	1	OMEPRADEx 20MG CAP 20MG
ביום	1	טבליות	1	ACETYL SALICYLIC ACID 100MG TAB 100MG
ביום	1	טבליות	1	ROSUVASTATIN TAB 40MG 40MG
ביום	1	טבליות	1	ATENOLOL 25MG TAB 25MG
ביום	1	טבליות	1	AMLODIPINE MALEATE TAB 5MG 5MG
ביום	1	טבליות	1	TRITACE 2.5MG TAB 2.5MG

ממצאים קליניים תנועת עיניים מלאות, ללא ניסטגמוס, פנים סמטריות,

הערות: נא לקבל בהקדם האפשרי

נחתם דיגיטלית

38153

ד"ר מיכאל שטרן

חתימה וחומת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

תאריך: 23/10/2023

הפניה למכון פיזיותרפיה (כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:			
שם משפחה ופרטי:	עידן צורי אלפונסו	מס זהות:	00055361406
ת.לידה:	15/07/1958	ישוב:	קרית אונו
מס בית:	8 / 14	טלפון:	53- 7606454
		רחוב:	בר יהודה
		טלפון נוסף:	3- 5351979
		גיל:	65.03
		מין:	ז

מספר הפניה:	35292033682	רשיון רופא	038153	תז נבדק	55361406	מספר הפניה	035292033682	גורם שולח	5292
-------------	-------------	------------	--------	---------	----------	------------	--------------	-----------	------

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
80074	97140	פיזיותרפיה לשיקום וסטיבולרי	800742

VERTIGO BENIGN PAROXYSMAL

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה	סחרחורת, יותר בשינוי תנוחה
סימנים חיוניים:	גובה 180, משקל 94, 16/08/2023, bmi 29.01
לחץ דם	145 / 81, 16/08/2023
דופק	60, 16/08/2023

מתאריך 02/03/2023 eGFR 82.82

בעיות פעילות

מגילוי	איפיון	בעיה
01/05/2012		HYPERTENSION
28/03/2019		OBESITY
01/01/2015	chronic	REFLUX ESOPHAGEAL
06/09/2022		STROKE/CEREBROVASC.ACC.

תולדות עבר

מ.סיום	מגילוי	איפיון	בעיה
	01/01/1975		SMOKER
	01/01/1975		SMOKER

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	קפליות	1	OMEPRADEx 20MG CAP 20MG
ביום	1	טבליות	1	ACETYLSALICYLIC ACID 100MG TAB 100MG
ביום	1	טבליות	1	ROSUVASTATIN TAB 40MG 40MG
ביום	1	טבליות	1	ATENOLOL 25MG TAB 25MG
ביום	1	טבליות	1	AMLODIPINE MALEATE TAB 5MG 5MG
ביום	1	טבליות	1	TRITACE 2.5MG TAB 2.5MG

ממצאים קליניים תנועת עיניים מלאות, ללא ניסטגמוס, פנים סמטריות,

הערות: נא לקבל בהקדם האפשרי

נחתם דיגיטלית

38153

ד"ר מיכאל שטרן

חתימה וחומת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

תאריך: 24/10/2023 16:06

הפניה למיון

פרטי המטופל:		שם משפחה ופרטי:	
מס זהות:	00055361406	עידן צורי אלפונסו	
גיל:	65.03	ת.לידה:	15/07/1958
מין:	ז	מס בית:	8 / 14
רחוב:	בר יהודה	ישוב:	קרית אונו
טלפון נוסף:	3- 5351979	טלפון:	53- 7606454

מספר הפניה: 33086028781

גורם שולח



3086

מספר הפניה



033086028781

תז נבדק



55361406

מספר רשיון



031439

לכבוד: חדר מיון

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70069	99283	ביקור במיון	70069

תוקף ההפניה למיון הינו עד לסוף יום למחרת ממועד הפקתה

אבחנה משוערת:

קוד	איפיון	אבחנה
3861	?	VERTIGO BENIGN PAROXYSMAL
7802		PRESYNCOPE
7870		VOMITING - EMESIS

תלונות: תוך כדי ניסיון של טיפול וסטיבולי, הרשה של ירידה בל"ד, חושך בעיניים פראסינקופה ל"ד כמה דקות אחרי האירוע 140/90. דופק 82 שולל כאבים בחזה. תוך כדי בדיקה הקיאה פעמיים.

29.01	bmi	16/08/2023	94	משקל	16/08/2023	180	גובה	סימנים חיוניים:
					16/08/2023	145 / 81	לחץ דם	
					16/08/2023	60	דופק	

02/03/2023 מתאריך 82.82 eGFR

ממצאים בבדיקה: לב קולות סדירים לא ניתן כע לבדוק ניסטגמוס.

דיון/תוכנית טיפולית: במידה ויש החמרה במצב, איבוד הכרה כאבים חזה, סיננים נירולוגיים - יש לפנות לחדר מיון אקג קצב סינוס - LAHB חוסר התקדמות גלי R בחיבורים V3-V6 ללא שינויים איסמיים חריפים

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/05/2012		HYPERTENSION
28/03/2019		OBESITY
01/01/2015	chronic	REFLUX ESOPHAGEAL

ס.ה.ר. 1

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה למיון

24/10/2023

הודפס ע"י ד"ר מריה פייגין 00055361406

עידן צורי אלפונסו

הודפס מאתר כללית און-ליין ב-05.12.2023.

מ.גילוי	איפיון	בעיה
06/09/2022		STROKE/CEREBROVASC.ACC.

היסטוריה רפואית- בעיות בעבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
	01/01/1975		SMOKER
	01/01/1975		SMOKER

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	קפליות	1	OMEPRADEx 20MG CAP 20MG
ביום	1	טבליות	1	ACETYLSALICYLIC ACID 100MG TAB 100MG
ביום	1	טבליות	1	ROSUVASTATIN TAB 40MG 40MG
ביום	1	טבליות	1	ATENOLOL 25MG TAB 25MG
ביום	1	טבליות	1	AMLODIPINE MALEATE TAB 5MG 5MG
ביום	1	טבליות	1	TRITACE 2.5MG TAB 2.5MG

נחתם דיגיטלית

31439

ד"ר מריה פייגין

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

"ממוגרף" - מכונים לאבחון רפואי בע"מ		
מכוני ממוגרפיה, אולטרה-סאונד, דופלר, רנטגן כללי K.R.G. E.M.G.		
פתח-תקווה טרדאו 30 טל: 03-9347891 פקס: 03-9315658	חדרה ד"ר נמר 11 טל: 04-6221125 פקס: 04-6338757	קריית-אנוני שלמה המלך מנחם הורד חקנין החוש קומה א' טל: 03-5358801/2/3
ראש-העין שלום שבזי 26 קומה א' טל: 03-5284986 פקס: 03-5030226	בת-גן ד"ר נמר 13 טל: 09-8320306 פקס: 09-8341358	בני-ברק עזרא 11 קומה א' טל: 03-5358801 פקס: 03-9315658

תאריך ביקור: 08/02/2024

עיר/יישוב: פתח תקווה ריק מס': 208451

מקלידה: הרמן דור 12:12

גורם מבטח: ש. בריאות כללית

מין: ז'

רופא מפנה: פרחי אדיר ר. רופא מפנה: 131160

שם משפחה: עידאן צורי

שם פרטי: אלפונסו

מספר זהות: 055361406

ת. לידה: 15/07/1958

צילום כתף

טכניקה:

צילום כתף ימין.

אין צילומים קודמים להשוואה.

ממצאים:

ראש וצוואר ההומרוס במראה תקין.

ללא עדות לשבר או דיסלוקציה.

המפרק הגלנו-הומרלי והאקרומיו-קלויקולרי תקינים.

ללא נזל תוך מפרקי.

ללא עדות לתהליכים ליטים או סקלרוטים.

ללא ממצא חריג ברקמות הרכות.

סיכום:

צילום כתף ימין תקין, ללא ממצא חבלתי.

רופא/ה בודק/ת : ד"ר הרמן דור

רישיון רופא בודק : 152528

נחתם דיגיטלית

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א-1981 ואין למסור אותו ו/או את תוכנו ו/או איזה פרט שהוא ממנו ללא אישור מפורש מכתב זה מכתב זה מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא מטפל בהקדם להגנת רצון טיפולי.

מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלה, מהווה עבירה.

מסמך זה מכיל מידע מוגן הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסרו שניתן ו/או חובר עבירה

"ממוגרף" - מכונים לאבחון רפואי בע"מ		
מכוני טמוגרפיה, אולטרא-סאונד, דומלר, רנטגן כללי E.E.G E.M.G		
פתח-תקוה נורא 30 טל: 03-9547891 פקס: 03-9315658	חדרה חללי יפה 11 טל: 04-6221125 פקס: 04-6338757	קרית-אנו שלמה המלך סניף חורד הקניון החדש קומה א' טל: 03-5358801/2/3 פקס: 03-5358801
ראש-העין שימס שבזי 26 קומה א' טל: 03-5284986 פקס: 03-9030226	נתניה ד"ר רמז 13 קומה א' טל: 09-8320306 פקס: 09-8341358	בני-ברק עזרא 11 קומה א' טל: 03-5358801 פקס: 03-9315658

שם משפחה: עידאן צור
שם פרטי: אלפונסו
מספר זהות: 055361406
ת. לידה: 15/07/1958
רופא מפנה: פרחי אדיר ר. רופא מפנה: 131160
עיר/יישוב: פתח תקוה תיק מס': 208451
מקלידה: הרמן דור 12:11
גורם מבטח: ש. בריאות כללית
מין: ז'
תאריך ביקור: 08/02/2024

צילום עמוד שדרה צווארי

צילום עמ"ש צווארי ישר וצדדי.
בהשוואה לצילום קודם מתאריך 28/03/2013

ממצאים:
מודגמות חוליות C1-C7.
ללא עדות לשבר בעמ"ש הצווארי.
שינויים ניוונים בעמ"ש הכוללים אובדן גובה דיסקלי, אוסטאופיטים, וסקלרוזיס של לוחיות הקצה.
יישור הלורדוזיס הצווארי, ללא ספונדילוליסטזיס.
ה- odontoid process בעל מבנה תקין.
ללא נגעים ליטים או סקלרוטים.
ללא תפיחות של הרקמה הרכה הפרה-ורטברלית.

סיכום:
שינויים ניוניים בעמ"ש הצווארי.
ללא ממצא חבלתי חריף.

רופא/ה בודק/ת : ד"ר הרמן דור
רישיון רופא בודק : 152528
נחתם דיגיטלית

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

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



מספר רשיון 131160
טלפון 03-7378300
פקס 03-7378301
מחוז דן-פ"ת

שם הרופא ד"ר אדיר פרחי
תחום רפואת משפחה
כתובת שלמה המלך 37, קרית אונו
מרפאה קניון קרית אונו

תאריך: 06/02/2024

אישור מחלה

פרטי המטופל:

שם משפחה ופרטי:

עידן צורי אלפונסו

ת.לידה: 15/07/1958

ישוב: קריית אונו

מס בית: 8 / 14

טלפון: 53-7606454

מס זהות: 00055361406

גיל:

65.07 מין: ז

רחוב: בר יהודה

טלפון נוסף: 3-5351979

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 0 ביקור רגיל

סובל מ

קוד

79989

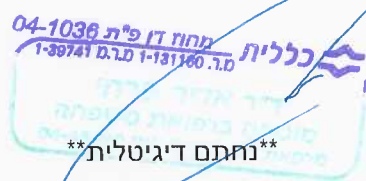
איפיון

אבחנה

DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD

מומלץ על מנוחה מתאריך: 04/02/2024 עד תאריך: 08/02/2024 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה: 5

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון



נחתם דיגיטלית

131160

ד"ר אדיר פרחי

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית

אישור מחלה

***המסמך מכיל מידע

מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות***

דף 1

עידן צורי אלפונסו

00055361406

הודפס ע"י ד"ר אדיר פרחי

06/02/2024

10/03/2024 תאריך

סיכום טיפול

פרטי המטופל

עידן צורי אלפונסו	שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ז	ת.לידה	מבורך
00-05536140-6	65.08	15/07/1958	מין	שם האב	מספר	מספר
קרית אונו	בר יהודה	8 / 14	מס בית	53 - 7606454	57 - 7606454	טלפון נוסף
ישוב	רחוב			טלפון		

מס' הפניה במכון הפיזיותרפיה: 230507840 מספר זיהוי הפניה: 35292033065

תאריך הפניה: 10/10/2023

סוג הביקורים לסדרה: 1 תאונת דרכים

לכבוד הרופא המטפל/מקצועי: ד"ר אדיר פרחי

מרפאה: מרכז רפואי קניון קרית אונו

מקצוע: רופא כללי

אבחנה בהפניה:

צד	קוד	אבחנה
		ACCIDENT/INJURY; NOS

אבחנה לטיפול:

צד	קוד	אבחנה
ימין	8470	WHIPLASH INJURY

תאריך תחילת טיפול: 08/11/2023 תאריך סיום טיפול: 10/03/2024

מס' ביקורים בפועל: 9 פרטני: 9

מס' אי הופעות לטיפול: 0

רשימת כל הטיפולים:

כמות	טיפול
1	אבחון ראשון- בדיקה של פיזיותרפיסט
8	הדרכה לתרגול בבית
6	תרגול כללי
1	הדרכה ויזווי (לאורח חיים בריא)
7	טיפול ב-TENS
2	הסבר בנושא כאב (EXPLAIN PAIN)
1	הערכה מחדש- בדיקה

כאבים:

איבר	צד	דרוג בעת פתיחת הסידרה	דרוג בעת סגירת הסידרה
צוואר	מרכז	8	8
גב תחתון	ימין	9	7
כתף	ימין	7	10

הערכת מטפל: 2-שיפור חלקי

הערות: שיפור קל בכאבי בצוואר והגב. עדיין מלין על מגבלה בכתף בעיקר ברוטציה פנימית. קושי בהרחקה אופקית. כח גס שמור טווחי צוואר מלאים עם כאב בEOR הודרך להמשך תרגול עצמי

המטופל ביקר במכון בתאריכים:
10/03/2024
03/03/2024
04/02/2024
28/01/2024
21/01/2024
17/12/2023
10/12/2023
03/12/2023
08/11/2023

אופיר חנה שניר

שם מטפל

128762

מספר רשיון

חתימה וחותמת

מספר רשיון 131160
טלפון 03-7378300
פקס 03-7378301
מחוז דן-פ"ת

שם הרופא ד"ר אדיר פרחי
תחום רפואת משפחה
כתובת שלמה המלך 37, קרית אונו
מרפאה קניון קרית אונו

תאריך: 06/02/2024 18:57

הפניה כללית

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	עידן צורי אלפונסו	מס זהות: 00055361406	גיל: 65.07	מין: ז
ת.לידה: 15/07/1958	ישוב: קריית אונו	רחוב: בר יהודה	טלפון נוסף: 3-5351979		
מס בית: 8 / 14	טלפון: 53-7606454				

גורם שולח



5292

מספר הפניה



035292040092

תז נבדק



55361406

מספר רשיון



131160

לכבוד: צילום צוואר וכתף ימין

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78184	72040	צילום עמוד שדרה צווארי	10301005
78109	73030	צילום כתף מלא ימין	10401035

אבחנה משוערת:

קוד	איפיון	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS
8470		WHIPLASH INJURY
7231		CERVICALGIA
L08	Rt	SHOULDER SYMPTOMS/COMPLAINTS

תלונות: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 16/08/2023:

לפני יומיים נסע עם אשתו ברכב פרטי כנהג, במצב שהרכב עומד נפגעו ע"י רכב אחר מאחור והוטחו על רכב נוסף מלפנים. הרכב מושבת. לא נפתחו כריות אוויר. היו חגורים.

פוננו ע"י מד"א למיון שיבא עם חבלות שטחיות באזורים שונים - חזה, צוואר, גפיים.

אין חיסון טטנוס עדכני - ישלים.
ללא שברים או חבלה משמעותית אחרת. מטופל בנוגדי כאב פשוטים עם הטבה מספקת.

10/10/2023:

עדיין כאבים בשכמות וגב תחתון, מגבלה בסיבוב הצוואר לימין.

מופנה לפיזיו' להמשך טיפול

06/02/2024

מטופלת בפיזיו' ללא הטבה משמעותית. מבקש להשלים צילום מכוון.

סימנים חיוניים: גובה 180 16/08/2023 משקל 94 16/08/2023 bmi 29.01

לחץ דם 145 / 81 16/08/2023

דופק 60 16/08/2023

02/03/2023 מתאריך 82.82 eGFR

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מגילוי	איפיון	בעיה
01/05/2012		HYPERTENSION
28/03/2019		OBESITY
01/01/2015	chronic	REFLUX ESOPHAGEAL

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

06/02/2024

הודפס ע"י ד"ר אדיר פרחי

00055361406

הפניה כללית

עידן צורי אלפונסו

היסטוריה רפואית- בעיות בעבר

מ.סיום	מ.גילוי	אפיין	בעיה
	01/01/1975		SMOKER
	01/01/1975		SMOKER

תרופות קבועות

ב...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	קפלויות	1	OMEPRADEx 20MG CAP 20MG
ביום	1	טבליות	1	ACETYLSALICYLIC ACID 100MG TAB 100MG
ביום	1	טבליות	1	ROSUVASTATIN TAB 40MG 40MG
ביום	1	טבליות	1	ATENOLOL 25MG TAB 25MG
ביום	1	טבליות	1	AMLODIPINE MALEATE TAB 5MG 5MG
ביום	1	טבליות	1	TRITACE 2.5MG TAB 2.5MG

ד"ר אדיר פרחי

131160

נחתם דיגיטלית**

שם הרופא

מספר רשיון

חתימה וחותמת הרופא

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

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



מספר רשיון 22641
טלפון 035668195

ד"ר לביה ליפשה תמיר
אורתופדיה

שם הרופא
תחום

מחוז דן-פ"ת

ביאליק 1, רמת גן
ד"ר לביה תמיר - רמת גן

כתובת
מרפאה

תאריך: 09/05/2024

הפניה לפיזיותרפיה

(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	עידן צורי אלפונסו	מס זהות:	00055361406	גיל:	65.10	מין:	ז
ת.ל.ידה:	15/07/1958	ישוב:	קריית אונו	רחוב:	בר יהודה			
מס בית:	8 / 14	טלפון:	53- 7606454	טלפון נוסף:	3- 5351979			

תאריך תאונה: 10/08/2023

סוג תאונה: 1 תאונת דרכים

33302023356

מספר הפניה:

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

רשיון רופא



3302

033302023356

55361406

022641

שירות שנבחר

שירות רפואי
80076

תיאור רפואי

קוד שירות: קוד משה"ב
80076 97113

פיזיותרפיה/שיקום פרטני בבריכה הידרותרפיה

CONTUSION

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 29/03/2023:

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 28/02/2023:

CVA 09/22 חולשת ותרדמת יד ימין *

תנועות עילרוד וסיבסוב ABD IR מבוצעות

ב-EMG בולט מימין קל משמאל

לאמת אבחנה ל-C-T צווארי

29/03/2023 CT: אוסטאופיטים גרמיים C7- C3 לחץ שק ושורשים מימין

09/05/2024 עדיין כאב גב ללא נהפ[רעת סוגרים

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/05/2012		HYPERTENSION
28/03/2019		OBESITY
01/01/2015	chronic	REFLUX ESOPHAGEAL
06/09/2022		STROKE/CEREBROVASC.ACC.

זולדות עבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/01/1975			SMOKER
01/01/1975			SMOKER

נרופות קבועות

ביום	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	קפליה	1	OMEPRADAX 20MG CAP 20MG
ביום	1	טבליה	1	ACETYLSALICYLIC ACID 100MG TAB 100MG
ביום	1	טבליה	1	ROSUVASTATIN TAB 40MG 40MG
ביום	1	טבליה	1	ATENOLOL 25MG TAB 25MG
ביום	1	טבליה	1	AMLODIPINE MALEATE TAB 5MG 5MG
ביום	1	טבליה	1	TRITACE 2.5MG TAB 2.5MG

ומצאים קליניים רגישות ע"ש מתני ללא חסר נוירולוגי כוח גס 5 קואד מישרי מכופפי קרסולים
אצבעות החזרים גידים תקינים לסג 40

נחתם דיגיטלית

22641

ד"ר לביה ליפשה תמיר

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

ס.ה.ר. 6

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

זניה לפיזיותרפיה

09/05/2024

הודפס ע"י ד"ר לביה ליפשה תמיר

00055361406

דן צורי אלפונסו

תאריך: 09/05/2024

סיכום ביקור

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	עידן צורי אלפונסו	מס זהות: 00055361406	גיל: 65.10	מין: ז
ת.לידה: 15/07/1958	ישוב: קריית אנו	רחוב: בר יהודה	טלפון נוסף: 3-5351979	מס בית: 8 / 14	טלפון: 53-7606454

סוג תאונה 1 תאונת דרכים תאריך תאונה 10/08/2023

שלום רב,

תאריך הביקור: 09/05/2024

סוג ביקור: 1 תאונת דרכים תאריך תאונה: 10/08/2023

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: תלונות/סיבת הפניה מתאריך 29/03/2023

תלונות/סיבת הפניה מתאריך 28/02/2023

CVA 09/22 חולשת ותרדמת יד ימין *

תנועות עילרוד וסיבסוב ABD IR מבוצעות

ב-EMG בולט מימין קל משמאל

לאמת אבחנה ל-C-T צווארי

CT: 29/03/2023 אוסטאופיטים גרמיים C3- C7 לחץ שק ושורשים מימין

09/05/2024: עדין כאב גב ללא נהפ[רעת סוגרים

בדיקה גופנית: רגישות ע"ש מתני ללא חסר נירולוגי כוח גס 5 קואד מישרי מכופפי קרסולים

אצבעות החזרים גידיים תקינים לסג 40

קוד	איפיון	אבחנה
7231		CERVICALGIA
3540		CARPAL TUNNEL SYNDROME
9249		CONTUSION
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS

דיון/תוכנית טיפולית: דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 29/03/2023

ההפניות שהופקו ב 28/02/2023

הפניה לדימות - 78073-ט.מ. CT עמוד שדרה צו

29/03/2023

ההפניות שהופקו ב 29/03/2023

הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב, הפניה לפיזיותרפיה - 80015

פיזיותרפיה אבחון וב

09/05/2024

הפניות	פרטי ההפניה	קוד סטטוס
הפניה לפיזיותרפיה	80076-פיזיותרפיה/שיקום פרט	H9 הודפס
הפניה לרפואה יועצת	70005-בדיקה רפואית - כאב	H1 הודפס

תרופות

P	M	K	N	OP	סה"כ	משך	D	פ	יחידה	הגשה	מנה	תרופה
1	W	1	N	יחידה	30	30	D	1	טבליות	TAB	1	BREXIN 20MG (M) TAB 20MG

בברכה,

נחתם דיגיטלית**

22641

ד"ר לביה ליפשה תמיר

חתימה וחותמת הרופא

מס' רשיון

שם הרופא

בעיות בעבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
	01/01/1975		SMOKER
	01/01/1975		SMOKER

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	קפליות	1	OMEPRADEx 20MG CAP 20MG
ביום	1	טבליות	1	ACETYSALICYLIC ACID 100MG TAB 100MG
ביום	1	טבליות	1	ROSUVASTATIN TAB 40MG 40MG
ביום	1	טבליות	1	ATENOLOL 25MG TAB 25MG
ביום	1	טבליות	1	AMLODIPINE MALEATE TAB 5MG 5MG
ביום	1	טבליות	1	TRITACE 2.5MG TAB 2.5MG

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

ד"ר לביה ליפשה תמיר	22641	**נחתם דיגיטלית**
שם הרופא	מספר רשיון	חתימה וחותמת הרופא

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

תאריך: 09/05/2024

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	עידן צורי אלפונסו	מס זהות:	00055361406	גיל:	65.10	מין:	ז
ת.לידה:	15/07/1958	ישוב:	קריית אנו	רחוב:	בר יהודה	טלפון נוסף:	3- 5351979	
מס בית:	8 / 14	טלפון:	53- 7606454					

סוג תאונה 1 תאונת דרכים תאריך תאונה 10/08/2023

מספר הפניה ישירה: 33302023357

מספר רשיון	תז נבדק	מספר הפניה	גורם שולח
022641	55361406	033302023357	3302

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70005	99242	בדיקה רפואית - כאב	70090

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 29/03/2023
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 28/02/2023
CVA 09/22 חולשת ותרדמת יד ימין *
תנועות עילרוד וסיבסוב ABD IR מבוצעות
ב-EMG בולט מימין קל משמאל
לאמת אבחנה ל-C-T צווארי
29/03/2023 CT אוסטאופיטים גרמיים C7- C3 לחץ שק ושורשים מימין
09/05/2024 עדין כאב גב ללא נהפ[רעת סוגרים

ממצאים בבדיקה רגישות ע"ש מתני ללא חסר נוירולוגי כוח גס 5 קואד מישרי מכופפי קרסולים
אצבעות החזרים גידיים תקינים לסג 40

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
7231		CERVICALGIA
3540		CARPAL TUNNEL SYNDROME
9249		CONTUSION

דיון/תוכנית טיפולית:
דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 29/03/2023
ההפניות שהופקו ב 28/02/2023
הפניה לדימות - 78073-ט.מ. CT עמוד שדרה צו
29/03/2023

ההפניות שהופקו ב 29/03/2023
הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב, הפניה לפיזיותרפיה - 80015
-פיזיותרפיה אבחון וב
09/05/2024

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/05/2012		HYPERTENSION
28/03/2019		OBESITY
01/01/2015	chronic	REFLUX ESOPHAGEAL

תאריך: 09/05/2024

הפניה לפיזיותרפיה

(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	עידן צורי אלפונסו	מס זהות:	00055361406	גיל:	65.10	מין:	ז
ת.לידה:	15/07/1958	ישוב:	קריית אנו	רחוב:	בר יהודה	טלפון נוסף:	3- 5351979	
מס בית:	8 / 14	טלפון:	53- 7606454					

10/08/2023 תאריך תאונה

סוג תאונה

1 תאונת דרכים

מספר הפניה:

33302023356

גורם שולח



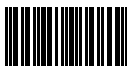
3302

מספר הפניה



033302023356

תז נבדק



55361406

רשיון רופא



022641

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
80076	97113	פיזיותרפיה/שיקום פרטני בבריכה הידרותרפיה	80076

CONTUSION

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 29/03/2023:

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 28/02/2023:

CVA 09/22 חולשת ותרדמת יד ימין *

תנועות עילרוד וסיבסוב ABD IR מבוצעות

ב-EMG בולט מימין קל משמאל

לאמת אבחנה ל-C-T צווארי

CT: 29/03/2023 אוסטאופיטים גרמיים C3- C7 לחץ שק ושורשים מימין

09/05/2024: עדין כאב גב ללא נהפ[רעת סוגרים

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/05/2012		HYPERTENSION
28/03/2019		OBESITY
01/01/2015	chronic	REFLUX ESOPHAGEAL
06/09/2022		STROKE/CEREBROVASC.ACC.

תולדות עבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
	01/01/1975		SMOKER
	01/01/1975		SMOKER

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	קפליות	1	OMEPRADEx 20MG CAP 20MG
ביום	1	טבליות	1	ACETYSALICYLIC ACID 100MG TAB 100MG
ביום	1	טבליות	1	ROSUVASTATIN TAB 40MG 40MG
ביום	1	טבליות	1	ATENOLOL 25MG TAB 25MG
ביום	1	טבליות	1	AMLODIPINE MALEATE TAB 5MG 5MG
ביום	1	טבליות	1	TRITACE 2.5MG TAB 2.5MG

ממצאים קליניים

רגישות ע"ש מתני ללא חסר נירולוגי כוח גס 5 קואד מישרי מכופפי קרסולים

אצבעות החזרים גידיים תקינים לסג 40

נחתם דיגיטלית

22641

ד"ר לביה ליפשה תמיר

חתימה וחומת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

ס.ה.ר 6

הפניה לפיזיותרפיה

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 1

09/05/2024

הודפס ע"י ד"ר לביה ליפשה תמיר

00055361406

עידן צורי אלפונסו

הודפס מאתר כללית ב-15.09.2024 בשעה 11:05 בעבור צורי אלפונסו עידן. תעודת זהות: 55361406.

תאריך: 09/05/2024

הפניה לפיזיותרפיה

(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	עידן צורי אלפונסו	מס זהות:	00055361406	גיל:	65.10	מין:	ז
ת.לידה:	15/07/1958	ישוב:	קריית אנו	רחוב:	בר יהודה	טלפון נוסף:	3- 5351979	
מס בית:	8 / 14	טלפון:	53- 7606454					

10/08/2023 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

מספר הפניה: 33302023356

גורם שולח



3302

מספר הפניה



033302023356

תז נבדק



55361406

רשיון רופא



022641

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
80076	97113	פיזיותרפיה/שיקום פרטני בבריכה הידרותרפיה	80076

CONTUSION

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 29/03/2023:

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 28/02/2023:

CVA 09/22 חולשת ותרדמת יד ימין *

תנועות עילרוד וסיבסוב ABD IR מבוצעות

ב-EMG בולט מימין קל משמאל

לאמת אבחנה ל-C-T צווארי

CT: 29/03/2023 אוסטאופיטים גרמיים C3- C7 לחץ שק ושורשים מימין

09/05/2024: עדין כאב גב ללא נהפ[רעת סוגרים

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/05/2012		HYPERTENSION
28/03/2019		OBESITY
01/01/2015	chronic	REFLUX ESOPHAGEAL
06/09/2022		STROKE/CEREBROVASC.ACC.

תולדות עבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
	01/01/1975		SMOKER
	01/01/1975		SMOKER

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	קפליות	1	OMEPRADEx 20MG CAP 20MG
ביום	1	טבליות	1	ACETYSALICYLIC ACID 100MG TAB 100MG
ביום	1	טבליות	1	ROSUVASTATIN TAB 40MG 40MG
ביום	1	טבליות	1	ATENOLOL 25MG TAB 25MG
ביום	1	טבליות	1	AMLODIPINE MALEATE TAB 5MG 5MG
ביום	1	טבליות	1	TRITACE 2.5MG TAB 2.5MG

ממצאים קליניים
רגישות ע"ש מתני ללא חסר נירולוגי כוח גס 5 קואד מישרי מכופפי קרסולים
אצבעות החזרים גידיים תקינים לסג 40

נחתם דיגיטלית

22641

ד"ר לביה ליפשה תמיר

חתימה וחומת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

ס.ה.ר 6

הפניה לפיזיותרפיה

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 1

09/05/2024

הודפס ע"י ד"ר לביה ליפשה תמיר

00055361406

עידן צורי אלפונסו

הודפס מאתר כללית ב-15.09.2024 בשעה 11:04 בעבור צורי אלפונסו עידן. תעודת זהות: 55361406.

תאריך: 24/10/2024

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	עידן צורי אלפונסו	מס זהות: 00055361406	גיל: 66.03	מין: ז
ת.לידה: 15/07/1958	ישוב: קריית אנו	רחוב: בר יהודה	טלפון נוסף: 3-5351979		
מס בית: 8 / 14	טלפון: 53-7606454				

מספר הפניה ישירה: 37781001943

מספר רשיון	תז נבדק	מספר הפניה	גורם שולח
136738	55361406	037781001943	7781

לכבוד: מרפאת כאב

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70280	L9280	בדיקה רפואית - כאב	70280

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות בן 66, סובל מכאבים בברך ושוק ימין מזה שבוע ללא חבלה ללא תחושת זרמים כאבים בעמידה והליכה בבדיקה: הליכה בצליעה על רגל ימין רגישות מעל שרירי מדור קדמי בשוק ימין ללא נפיחות, אושם, דפורמציה, ללא תפליט בברך או בקרסול[טווח מלא ברך ובקסול שמור NV צילומים + CT לאורך רגל ימין + US מתל השומר לפי פענוחים ללא ממצא פתולוגי

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
7295	RT	PAIN IN LIMB

דיון/תוכנית טיפולית: ממליץ על נוגדי דלקת נשלים CT עמוד שדרה מותני בשאלה של לחץ עצבי

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/05/2012		HYPERTENSION
28/03/2019		OBESITY
01/01/2015	chronic	REFLUX ESOPHAGEAL
06/09/2022		STROKE/CEREBROVASC.ACC.

בעיות בעבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
	01/01/1975		SMOKER
	01/01/1975		SMOKER

תרופות קבועות

תרופות	כמות	א. הגשה	פעמים	ב...
OMEPRADEx 20MG CAP 20MG	1	קפליות	1	ביום
ACETYLSALICYLIC ACID 100MG TAB 100MG	1	טבליות	1	ביום
ROSUVASTATIN TAB 40MG 40MG	1	טבליות	1	ביום
ATENOLOL 25MG TAB 25MG	1	טבליות	1	ביום
AMLODIPINE MALEATE TAB 5MG 5MG	1	טבליות	1	ביום
TRITACE 2.5MG TAB 2.5MG	1	טבליות	1	ביום

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

****נחתם דיגיטלית****

136738

ד"ר מחמוד חלאיקה

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

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

09:58 תאריך: 22/10/2024

הפניה למיון

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	עידן צורי אלפונסו	מס זהות: 00055361406	גיל: 66.03	מין: ז
ת.לידה: 15/07/1958	ישוב: קריית אנו	רחוב: בר יהודה	טלפון נוסף: 3-5351979		
מס בית: 8 / 14	טלפון: 53-7606454				

35292057139

מספר הפניה:

גורם שולח



5292

מספר הפניה



035292057139

תז נבדק



55361406

מספר רשיון



187104

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70069	99283	ביקור במיון	70069

תוקף ההפניה למיון הינו עד לסוף יום למחרת ממועד הפקתה

אבחנה משוערת:

קוד	איפיון	אבחנה
L14		LEG/THIGH SYMPTOMS/COMPLAINTS

תלונות: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 13/10/2024:
מזה שלשה ימים מלין מכאבים בשוק רגל ימין, ללא סיפור של חבלה לאחרונה,
לציין אירוע מוחי מטופל במדדלי דם.
22/10/2024
חולה עדיין כאוב ברגל ימין ללא שיפור.
לציין המטופל פנה לבית חולים תל השומר השלים בירור כולל בדיקות מעבדה
תקינות.
סונו וורידים גפיים תחתונות ללא עדות לדט, בנוסף השלים CT רגליים ללא
ממצא פתאלוגי מסביר את הקליניקה.

סימנים חיוניים:	גובה	16/08/2023	180	משקל	94	16/08/2023	bmi	29.01
לחץ דם	20/08/2024	126 / 82						
דופק	16/08/2023	60						

02/03/2023 מתאריך 82.82 eGFR

ממצאים בבדיקה: ממצאים מתאריך 13/10/2024:
במצב כללי טוב, ללא מצוקה נשימתית.
לב - קולות סדירים לא מהירים, ללא אוושות.
ריאות - כניסת אוויר טובה ושווה דו"צ ללא חרחורים או צפצופים.
בטן - רכה, לא רגישה, ללא סג"צ או הגדלת איברים.
לוע - ללא אודם או תפליטים. ללא לימפאדנופתיה צווארית.
גפה תחתונה - רגל ימין ללא אודם או נפיחות בשוק או בברך.
22/10/2024
שוק רגל ימין ללא אודם ללא נפיחות רגישות משמעותית במישוש.
צליעה בהליכה

דיון/תוכנית טיפולית: ההפניות שהופקו ב 13/10/2024
הפניה לדימות - 78023-א.ו. US דופלקס ורידי, הפניה למיון - 70069-ביקור במיון
22/10/2024
הפניה לאורתופד.

1 ה.ה.ר.

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

22/10/2024

הודפס ע"י ד"ר מוחמד בדיר

00055361406

הפניה למיון

עידן צורי אלפונסו

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מגילוי	אפיזון	בעיה
01/05/2012		HYPERTENSION
28/03/2019		OBESITY
01/01/2015	chronic	REFLUX ESOPHAGEAL
06/09/2022		STROKE/CEREBROVASC.ACC.

היסטוריה רפואית- בעיות בעבר

מ.סיום	מ.גילוי	אפיזון	בעיה
	01/01/1975		SMOKER
	01/01/1975		SMOKER

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	קפליות	1	OMEPRADEx 20MG CAP 20MG
ביום	1	טבליות	1	ACETYLSALICYLIC ACID 100MG TAB 100MG
ביום	1	טבליות	1	ROSUVASTATIN TAB 40MG 40MG
ביום	1	טבליות	1	ATENOLOL 25MG TAB 25MG
ביום	1	טבליות	1	AMLODIPINE MALEATE TAB 5MG 5MG
ביום	1	טבליות	1	TRITACE 2.5MG TAB 2.5MG

נחתם דיגיטלית

187104

ד"ר מוחמד בדיר

חתימה וחוקתת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

תאריך: 22/10/2024

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	עידן צורי אלפונסו	מס זהות: 00055361406	גיל: 66.03	מין: ז
ת.לידה: 15/07/1958	ישוב: קריית אונ	רחוב: בר יהודה	טלפון נוסף: 3-5351979	מס בית: 8 / 14	טלפון: 53-7606454

מספר הפניה ישירה: 35292057138

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

מספר רשיון



5292



035292057138



55361406



187104

שירות שנבחר

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

הריני מפנה את המטופל הנל להתייעצות בשל

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 13/10/2024:
מזה שלושה ימים מלין מכאבים בשוק רגל ימין, ללא סיפור של חבלה לאחרונה,
לציין אירוע מוחי מטופל במדדלי דם.
22/10/2024
חולה עדיין כאוב ברגל ימין ללא שיפור.
לציין המטופל פנה לבית חולים תל השומר השלים בירור כולל בדיקות מעבדה
תקינות.
סוּנר וורידים גפיים תחתונות ללא עדות לDVT, בנוסף השלים CT רגליים ללא
ממצא פתאלוגי מסביר את הקליניקה.

סימנים חיוניים:
גובה 180 16/08/2023 משקל 94 16/08/2023 bmi 29.01
לחץ דם 126 / 82 20/08/2024
דופק 60 16/08/2023

02/03/2023 מתאריך 82.82 eGFR

ממצאים בבדיקה

ממצאים מתאריך 13/10/2024:
במצב כללי טוב, ללא מצוקה נשימתית.
לב - קולות סדירים לא מהירים, ללא אוושות.
ריאות - כניסת אוויר טובה ושווה דו"צ ללא חרחורים או צפצופים.
בטן - רכה, לא רגישה, ללא סג"צ או הגדלת איברים.
לוע - ללא אודם או תפליטים. ללא לימפאדנופתיה צווארית.
גפה תחתונה - רגל ימין ללא אודם או נפיחות בשוק או בברך.
22/10/2024
שוק רגל ימין ללא אודם ללא נפיחות רגישות משמעותית במישוש.
צליעה בהליכה

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
L14		LEG/THIGH SYMPTOMS/COMPLAINTS

דיון/תוכנית טיפולית:
ההפניות שהופקו ב 13/10/2024:
הפניה לדימות - 08023-א.ס. US דופלקס ורידי, הפניה למיון - 70069-ביקור במיון
22/10/2024
הפניה לאורתופד.
מבקשים הפניה למיון במידה ויש החמרה בכאבים.

1039

STATE OF ISRAEL
SHEBA MEDICAL CENTER
TEL-HASHOMER 5265601, ISRAEL



חסי רפואי

שיבא
תל השומר
עיר הבריאות של ישראל



מדינת ישראל
המרכז הרפואי ע"ש שיבא
תל-השומר 5265601, ישראל

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל/ת : דר' עירוני אבי מ.ר. 24070	טלפון : 03-5302210
אח/ות אחראי/ת : גב' אנגלרד הינדי	פקס : 03-5302055
דוא"ל: Er@sheba.health.gov.il	

מכתב שחרור

שם משפחה: עידאן	שם פרטי: אלפונסו	ת"ז: 55361406
גיל: 66	מין: זכר	טלפון נייד: 0537606454
תאריך ביקור: 08:46 14/10/2024	מספר ביקור: 00750114102024	קופת חולים: כללית
כתובת: בר יהודה 8 קרית אונו 5540404		

• PAIN IN LIMB (729.5)

אבחנות מסכמות

- HYPERTENSION
- HYPERCHOLESTEROLEMIA (2720)
- OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA SYNDROME (78053)

תחלואה נלוות

S/P 05/07/2015)) 1) (ללא פעולות/ניתוחים

ניתוחים בעבר

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

אנמנזה סיעודית

סיבה עיקרית: לאחר US לבדיקת רופא

אנמנזה ובדיקה גופנית

דר' קוגן מיכאל מ.ר. 125427 09:29 14/10/2024
בן 66 בהקע CVA לפני שנתיים התבטא בחולשת פלג גוף שמאל ללא שארית משמעותית, OSA ישן עם CPAP, יל"ד, דופק מהיר, דיסליפידמיה מטופל בנורמלול, אמלו, אספירין, אומפרדקס, סטטור ללא ניתוחים בעבר ללא אלרגיות פנה אתמול בשל כאב באור לטרלי של שוק רגל ימין, כ-3 ס"מ תחת גובה הברך. ללא סיפור של חבלה, ללא חום. השלים אתמול מעבדה- שקטה. שב הבוקר להשלים סונר- ללא ממצא פתולוגי. בבדיקתו ללא ממצא חריג- אין סימני דלקת או זיהום, ללא ממצא חריג בבדיקת הברך או הקרסול. הרגישות ממוקדת מאוד לאזור המתואר. לסיכום, ללא מקור ברור לכאב אך מאידך ללא ממצא חריג אובייקטיבית בבדיקות העזר. משוחרר בהמלצות:

המלצות	תאריך ושעה	נושא	נרשם ע"י	פרטים
14/10/2024 09:35	דר' קוגן מיכאל מ.ר. 125427	המשך מעקב רופא מטפל בקופ"ח. משככי כאבים לפי הצורך, מרשם מצורף. בהיעדר מקור ברור לכאב הוזמנה בדיקת CT אמבולטורית של השוק והירך, נא לשאר טופס התחייבות מתאים בקופ"ח. בכל החמרה יש לשוב בהקדם לבדיקת רופא.		



שם מלא: עידאן אלפונסו 55361406

תרופות מומלצות

שם התרופה	אופן מתן	מינון	תדירות	משך	אריזות לניפוק	יחידות לניפוק	הערות	מרשם
TRAMADOL 37.5mg + PARACETAMOL 325mg tab (Zaldiar) (Paracetamol [Acetaminophen], traMADol)	P.O	1 tab/ cap	1 X 3 ביום	7 ימים				✓

Michael
Kogan

נחתם ע"י: דר' קוגן מיכאל מר. 427. תעודה זו ניתנת על ידי לשם הגשתה כראיה, ואשרמי. והיני מצהיר בזאת כי ידוע לי היטב על כל ההשלכות המשפטיות, דבר עדות שקר בשבועה, בבית משפט. דין תעורה זו כשהיא חתומה על ידי כדין עדות בשבועה שנתתי בידת המשפט.

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

במידה והופנית להמשך טיפול במרפאות החוץ או במכוני שיבא, קבע תור בטלפון 03-5303030. תוצאות בדיקות שבוצעו בשיבא "מסרו דרך" שיבא קונקט" או דרך הרופא המטפל בקהילה.

לברור תשובת תרבות/וירולוגיה ניתן להתקשר בימים א-ה לטלפון- 035309159 ולשאיר הודעה במענה הקולי, אנחנו ניצור איתך קשר תוך 24 שעות,

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

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

ורדי הגפיים התחתונות כולל דופלר US 14/10/2024:

פרטי הבדיקה- תאריך: 14/10/2024 מספר: 4015013040287



שם מלא: עידאן אלפונסו 55361406

ימין
US ורידי הגפיים התחתונות כולל דופלר

כאבים בשוק ימין בשאלה של פקקת.

אין עדות לפקקת בורידים העמוקים איליופמורלים, פופליטאלים מימין.

סיכום: ללא ממצא פתולוגי.

הוכתב על-ידי: ד"ר זהבה היימן

תאריך אשרור:

מספר רשיון: 14624

אשרר על-ידי: ד"ר זהבה היימן
14/10/2024

תמצית תוצאה

רמת דחיפות:

מספר תמונות:

תמונות מפתח:

שם המפענח:

תשובה לבדיקת קורונה מתקבלת אצל רופא קופ"ח.

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/05/2012		HYPERTENSION
28/03/2019		OBESITY
01/01/2015	chronic	REFLUX ESOPHAGEAL
06/09/2022		STROKE/CEREBROVASC.ACC.

בעיות בעבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
	01/01/1975		SMOKER
	01/01/1975		SMOKER

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	קפליות	1	OMEPRADEx 20MG CAP 20MG
ביום	1	טבליות	1	ACETYLSALICYLIC ACID 100MG TAB 100MG
ביום	1	טבליות	1	ROSUVASTATIN TAB 40MG 40MG
ביום	1	טבליות	1	ATENOLOL 25MG TAB 25MG
ביום	1	טבליות	1	AMLODIPINE MALEATE TAB 5MG 5MG
ביום	1	טבליות	1	TRITACE 2.5MG TAB 2.5MG

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

ד"ר מוחמד בדיר	187104	**נחתם דיגיטלית**
שם הרופא	מספר רשיון	חתימה וחתימת 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

תאריך: 17/11/2024

הפניה לדימות

פרטי המטופל:	עידן צורי אלפונסו	מס. זהות: 00055361406	גיל: 66.04	מין: ז
שם משפחה ופרטי	ישוב: קריית אנו	רחוב: גריהודה		
ת.ל.ידה: 15/07/1958	טלפון: 53-7606454	מספר ת.ז: 3-5351979		
מס. בית: 8 / 14				

מספר הפניה ישירה: 32016220577

רשיון רופא	רשיון נבדק	מספר הפניה	גודל שילוח
089099	55361406	032016220577	2016

ביום הבדיקה, נא לשכוח למשרד מכון הרנטגן והרימות כ- 15 דקות לפני הזמן שנקבע לבדיקה. נא להגיע עם טופס ההפניה, מסמכים רלוונטיים וצילומים קודמים. לנשים בלבד! אם הינך בהריון או במצב של אפשרות להריון, חובה עליך ליידע את הרופא המפנה לבדיקה והינך חייבת להמציא את תוצאות הבדיקות. נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין יום לבדיקה ב- 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78003	US, a.s. L1028	רקמות רכות	10405037

המטופל מתלונן על תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 24/10/2024: בן 66, סובל מכאבים בברך ושוך ימין מזה שבוע ללא חבלה ללא תחושת זרמים כאבים בעמידה והליכה בבדיקה: הליכה בצליעה על רגל ימין רגישות נועל שרירי מדור קדמי בשוק ימין ללא נפיחות, אושם, דפורמציה. ללא תפליט בברך או בקרסול/טווח מלא ברך ובקסול שמור NV צילומים + CT לאורך רגל ימין + US מתל השומר לפי פענוחים ללא ממצא פתולוגי 17/11/2024: כאב בשוק ימין מזה כחודש ימים TAB NAXIN עוזר CT עמ"ש מותני - שיבא 12.11.24: בלטי דיסק במספר רבות הגבהים בעיקר L3-4-5 עם הצירות בינונית של התעלה ופורמינות US ורידים עמוקים בשוקיים 14.10.24: שלל DVT

ממצאים עיקריים: ללא רגישות עמ"ש לסג שלילי FABER FADIR שלילי רגישות בשוק דיסטאלי מימין גיד אכילס שמור ללא חסר NV

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
7295	RT radiated ?	PAIN IN LIMB

דיון/תוכנית טיפולית: דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 24/10/2024 ממליץ על נוגדי דלקת נשלים CT עמוד שדרה מותני בשאלה של לחץ עצבי ההפניות שהופקו ב- 24/10/2024 הפניה לדימות - 78073-ט.מ. CT עמוד שדרה מותני, הפניה לרפואה יעצות - 70200 בדיקה רפואית - כאב

הפניה לדימות	***המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות***	דף 1
עידן צורי אלפונסו	הודפס על ידי ד"ר גבריאל גוטסטר מרינו	17/11/2024

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/05/2012		HYPERTENSION
26/03/2019		OBESITY
01/01/2015	chronic	REFLUX ESOPHAGEAL
06/09/2022		STROKE/CEREBROVASC.ACC.

תולדות עבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
	01/01/1975		SMOKER
	01/01/1975		SMOKER

הערות: שוק ימין - קרע חלקי של GN ?

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה

נחתם דיג'יטלית

89099

ד"ר גבריאל גוסטבו מרינו

פתיחת מכתבית זו נמצאת

מסמך רשמי

שם הרופא

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

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



304233169



55361406



-מקור-

חסוי/אישי

תאריך: 01/12/2024

מחוז מנפק : 004 דן פתח-תקוה
מרפאה מנפקת : 5292 קניון קריית אונו

מחוז מטופל : 004 דן פתח-תקוה
מרפאת מטופל : 5292 מרכז רפואי קניון קרי

**התחייבות לתשלום עבור שירותי בריאות (טופס 17)
לטיפולים אמבולטורים מספר: 304233169**

לכבוד : ממוגרף-מכון לאבחון רפואי בע"מ : לקביעת תור : 003-9305652
מטופל : עידן צורי אלפונסו 0005536140-6 : רופא מטפל : 999999 רופא מחליף -
רופא מפנה : 89099 מרינו גבריאל ג

קוד שירות	קוד שירות ספק	תאור הטיפול / בדיקה	כמות
78003 US אורטופדי	78003		1

תאריך תוקף ההתחייבות עד : 01/06/2025

תאריך התור : 01/12/2024

נופק ללא תשלום : עבר תקרה
ככל שטופס ההתחייבות לא ימומש, אנא פנה למרפאה לשם קבלת החזר דמי ההשתתפות העצמית
התחייבות בטופס זה היא רק עבור השירותים המופיעים למעלה ורק למוסד רפואי זה ובתנאי שהמטופל רשום בכללית
במועד מתן השירות.

חשוב: כל בתי החולים של כללית עומדים לרשותך !

רוצה לקבל את השירות במקום אחר ? אם עדיין לא מימשת את ההתחייבות, אפשר לבטל ולהוציא בקלות טופס התחייבות
חדש למוסד רפואי אחר מתוך רשימת הספקים בהסדר

לספקים נוספים ניתן לפנות לצוות המרפאה או לערוצים הדיגיטליים

ספקים בהסדר בחירה	יישוב	טלפון לזימון תור
מרפאות קהילה		*2700
ממוגרף-מכון לאבחון רפואי בע"מ	פתח תקווה	03-9305652
מרכז אריגי' לרנטגן	כפר קאסם	03-9370795
מאר ירושלים	ירושלים	*2700
מור-מכון למידע רפואי בע"מ		*2700
משוב שרתי רנטגן	כפר סבא	09-7440155
מוסטאוסף מדיקל סנטר	כפר קאסם	03-9334440
מאר נצרת	נצרת	04-6461476

כללית מאחלת לך בריאות טובה !

אם אין שינוי בבחירתך, עמוד זה הוא הטופס הנדרש לקבלת השירות

- * טופס התחייבות זמין לעיון ולהדפסה באזור האישי באתר וביישומון כללית.
- * להוצאת טופס התחייבות חדש למוסד רפואי אחר יש לפנות לאזור האישי באתר/ביישומון או למרפאתך, עם הוצאת הטופס החדש, הטופס הנוכחי יבוטל.
- * לצפייה בהסדרי הבחירה למטופלי כללית ניתן להיכנס לאתר כללית בכתובת https://www.clalit.co.il/he/info/entitlements/Pages/hesderim_new.aspx
- * לאיתור שירותים ונותני שירות ניתן להיכנס לספר השירות הנמצא בכתובת https://www.clalit.co.il/he/sefersherut/pages/services_guide.aspx?ref=header_allsite
- * באחריות בית החולים/המכון לצרף להזמנה לביקור מכתב המפרט את המצב הרפואי של המטופל, וכן את הבדיקות והטיפולים הנדרשים בביקור אליו הוזמן.
- * כללית לא תישא בכל אופן שהוא בעלות חלקית או מלאה של שירות רפואי אחר או שונה, לרבות שירות רפואי כלשהו שיינתן במסגרת שר"פ (שירות רפואה פרטי), למעט אם נתקבל לכך אישור מראש ע"י כללית מושלם.
- * ההתחייבות תכובד בכפוף להוראות כל דין והסכם ובעבור שירותים שיינתנו ע"פ דין.
- * תוקף ההתחייבות מותנה בכך שלא תשמש למימון שירותים אשר סופקו למטופל בתוספת תשלום עבור בחירת רופא או מנתח, בין אם תוספת התשלום שולמה ע"י המטופל באופן אישי ובין אם במימון צד ג' כלשהו, לרבות חברת ביטוח.
- * אפשר לקבל את השירות במוסד רפואי כל עוד המוסד מופיע ברשימה, ומציע את השירות שמתאים לך ולצרכיך.
- * כללית תכבד התחייבות זו פעם אחת עבור שירות אחד או על פי מספר הביקורים הרשומים לעיל,
- * לא ניתן להשתמש בהתחייבות זו אם נוצלה כבר או בוטלה.
- * בקשה לאישור מקדים: להגשת בקשה יש לפנות למרפאתך, או באזור האישי ביישומון תחת 'אישורים וטפסים' או באתר תחת 'שירותי אונליין' - 'פנייה אישית'.
- * במידה ונותן השירות בוחר ליתן את השירותים נשוא ההתחייבות על ידי תאגיד בריאות כהגדרתו בחוק יסודות התקציב התשמ"ה 1985, תוקף ההתחייבות כפוף לכך שהשירותים יינתנו בהתאם וע"פ תקנות יסודות התקציב (כללית לפעולת תאגיד בריאות) התשס"ב 2001.
- * התשלום מותנה בשליחת מכתב/סיכום רפואי חתום ע"י רופא בית חולים, אל רופא המשפחה של המטופל.



304281323



55361406



-מקור-

חסי/אישי

תאריך: 04/12/2024

מחוז מנפק : 004 דן פתח-תקוה
מרפאה מנפקת : 5292 קניון קריית אונו

מחוז מטופל : 004 דן פתח-תקוה
מרפאת מטופל : 5292 מרכז רפואי קניון קרי

התחייבות לתשלום עבור שירותי בריאות (טופס 17)
לטיפולים אמבולטורים מספר: 304281323

לכבוד : ממוגרף-מכון לאבחון רפואי בע"מ : לקביעת תור : 003-9305652
מטופל : עידן צורי אלפונסו 0005536140-6 : רופא מטפל : 999999 רופא מחליף -
רופא מפנה : 999999 רופא מחליף -

קוד שירות	קוד תאור הטיפול / בדיקה	קוד שירות	קוד שירות
78003	US אורטופדי	78003	1

תאריך תוקף ההתחייבות עד : 04/06/2025

תאריך התור : 04/12/2024

נופק ללא תשלום - עבר תקרה

התחייבות בטופס זה היא רק עבור השירותים המופיעים למעלה ורק למוסד רפואי זה ובתנאי שהמטופל רשום בכללית
במועד מתן השירות.

חשוב: כל בתי החולים של כללית עומדים לרשותך !

רוצה לקבל את השירות במקום אחר ? אם עדיין לא מימשת את ההתחייבות, אפשר לבטל ולהוציא בקלות טופס התחייבות
חדש למוסד רפואי אחר מתוך רשימת הספקים בהסדר

לספקים נוספים ניתן לפנות לצוות המרפאה או לערוצים הדיגיטליים

ספקים בהסדר בחירה	יישוב	טלפון לזימון תור
מרפאות קהילה		*2700
ממוגרף-מכון לאבחון רפואי בע"מ	פתח תקווה	03-9305652
מרכז אריגי לרנטגן	כפר קאסם	03-9370795
מאר ירושלים	ירושלים	*2700
מור-מכון למידע רפואי בע"מ		*2700
משוב טריות רנטגן	כפר טבא	09-7440155
מוסטאוסף מדיקל סנטר	כפר קאסם	03-9334440
מאר נצרת	נצרת	04-6461476

כללית מאחלת לך בריאות טובה !

אם אין שינוי בבחירתך, עמוד זה הוא הטופס הנדרש לקבלת השירות

המכון לרפואת שיכור כאב

מנהל/ת : דר' גור אריה איתי מ.ר. 22487	טלפון : 03-5304576
אח/ות אחראית : דניאל פוליאקוב	פקס : 03-5302346
דוא"ל: Mirp.pain@sheba.gov.il	

סיכום ביקור

שם משפחה: עידאן	שם פרטי: אלפונסו	ת"ז: 55361406
גיל: 66	מין: זכר	טלפון נייד: 0537606454
תאריך ביקור: 05/12/2024	מספר ביקור: 26360869	קופת חולים: כללית
כתובת: בר יהודה 8 קרית אונו 5540404		

- Low back pain [LBP, backache] (724.2) (Right) RADICULAR

אבחנות כאב

תלונה עקרית

כאבי גב תחתון מקרינים לרגל ימין

מחלה נוכחית

אלפונסו בן 66 נ+3. עובד מנהל שרות במוסך. אירוע מוחי לפני שלוש שנים לערך ללא שייר נוירולוגי משמעותי. דום נשימה בשינה מטופל ב- CPAP, יתר לחץ דם, דיסליפידמיה. נוטל אספירין 100 מ"ג פעם ביום. ללא רגישות לתרופות או אחר. ללא קוצב לבבי.

מזה כחודשיים כאבי גב מקרינים לרגל ימין בפיזור שיכל להתאים ל- L4 L5. לציין כי הכאבים החלו ברגל ורק לאחר מכן הופיעו כאבים בגב תחתון. המטופל לא יודע לאפיין את הכאב. הכאבים הם תמידיים עם אסקלציות עד 10/10. הליכה ועמידה מחמירים את הכאב, שכיבה וישיבה מקלים. לאחר הליכה של 50 מטרים נאלץ לשבת לנוח. סוגרים שמורים.

טופל בברקסין למשך 10 ימים נתן הטבה. כעת ללא טיפול נגד כאבים.

בצע CT ע"ש מותני בתאריך 12/11/2024 - שינויים ניווניים בעמוד השדרה המותני כולל היצרות בינונית-חמורה של תעלת השדרה והפורמינה הנוירלית הימנית בגובה L4-L5.

CT ו-US לאורך רגל ימין ללא ממצא פתולוגי.

ביקורת אורטופדית קופת חולים כללית ד"ר גבריאלי גוסטבו בתאריך 17/11/2024 - הומלץ על MRI ע"ש מותני, לחזור על צלום ו-US רגל ימין ו-EMG.

בבדיקה--

מוטורית ללא רושם לחסר בכוח גס
תחושה שמורה שווה דו"צ ללא חסר או פלס תחושת
רפלקסים פטלרים אכילס רושם כי מעט ירודים מימין לעומת שמאל. רפלקס בייספס תקין שווה דו"צ
הליכה מעט צליעה על רגל ימין
SLR חיובי מימין ב- 60 מעלות
פאבר שלילי
טרמנר והופמן שליליים



שם מלא: עידאן אלפונסו 55361406

הופק כאב ברכינה ובאקסטנציה של הגו
רגישות קלה אקסיאלית לומברית תחתונה

הוראות סיכום ביקור

לסיכום -
אלפונסו בן 66 מטופל באספירין 100 מ"ג פעם ביום ללא רגישות לתרופות.
מזה כחודשיים כאבים לאורך רגל ימין וגב תחתון בפיזור שיקול להתאים ל- L4 L5.
הדמיה תומכת קליניקה.
בבדיקה SLR חיובי מימין.
לאור שיעקר הכאבים החלו ברגל עבר בירור הדמייתי לרגל ימין ללא ממצא.

בדיון עם המטופל הוצע לו חסם אפידורלי.
המטופל אינו מעוניין בפעולה אינוזיבית.
מבחינה תרופתית נחל טיפול בליריקה בעליה הדרגתית של 75 מ"ג בשבוע עד למינון של 150 מ"ג פעמיים ביום.
SOS יטפל באופתלגין ואקמול 1 גרם עד 3 פעמים ביום לפי כאב.
כמו כן ממליץ על השלמת הדמיה של MRI ע"ש מותני.
ביקורת אורטופד ע"ש לאחר ביצוע ההדמיה.
יש לשקול ייעוץ כלי דם לאור פרזנטציה יחסית חדה של הופעת הכאבים ברגל וכן לאור הרקע הרפואי של המטופל.

תחלואה נלוות

- HYPERTENSION
- HYPERCHOLESTEROLEMIA (2720)
- OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA SYNDROME (78053)

ניתוחים בעבר

(ללא פעולות/ניתוחים 1) (S/P 05/07/2015))

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

תרופות קבועות

AMLODIPINE 5mg tab (Norvasc) P.O	5 mg	1 X 1 ביום
ASPIRIN 300mg tab (Acetosal) p.o	100 mg	1 X 1 ביום
ATORVASTATIN 80mg tab (Lipitor) p.o	80 mg	1 X 1 ביום
CRESTOR tab 10 mg P.O	10 mg	1 X 1 ביום
OMEPRAZOLE 20mg tab P.O	20 mg	1 X 1 ביום
למתן PZ או PEG: הקפליות מתמוססות תוך כ- 5 דקות ב- 10 מ"ל מים, לקבלת תרחיף בצבע ורוד. יש לטלטל מעט לזירוז ההתמוססות.		
zzz-NORMALOL 100mg tab P.O	25 mg	1 X 1 ביום
zzz-TRITACE cap 2.5mg P.O	2.5 mg	1 X 1 ביום

המלצות

המלצה: נחל טיפול בליריקה בעליה הדרגתית של 75 מ"ג בשבוע עד למינון של 150 מ"ג פעמיים ביום -
שבוע 1 - 75 מ"ג בערב
שבוע 2 - 75 מ"ג פעמיים ביום בוקר וערב
שבוע 3 - 75 מ"ג בבוקר 150 מ"ג בערב
שבוע 4 ואילך - 150 מ"ג פעמיים ביום בוקר וערב
במידה ומופיעות תופעות לוואי ניתן לרדת למינון הקודם ללא תופעות לוואי.



שם מלא: עידאן אלפונסו 55361406

SOS יטפל באופתלגין ואקמול 1 גרם עד 3 פעמים ביום לפי כאב.

כמו כן ממליץ על השלמת הדמיה של MRI ע"ש מותני.

ביקורת אורטופד ע"ש לאחר ביצוע ההדמיה.

יש לשקול ייעוץ כלי דם לאור פרזנטציה יחסית חדה של הופעת הכאבים ברגל וכן לאור הרקע הרפואי של המטופל.

ביקורת מרפאת כאב טלהמדיסין בעוד שלושה חודשים

מדלי דם

מזמן לפעולה: לא



David Hazon

05/12/2024

09:24:35

נחתם ע"י: דר' חזון דוד מ.ר. 87946

אם במהלך הברור והטיפול כך נלקחה ממך ביופסיה עליך להתקשר למזכירות המחלקה לאחר 4 שבועות ממועד לקיחת הביופסיה, על מנת לברר תשובת הפתולוגיה.

כל ביקור במלר"ד כרוך בתשלום או בטופס התחייבות מקופת חולים.

הצטרף לשיבא connect-כרטיס חכם לבריאות
להצטרפות חינם לשירותי שיבא אונליין פנה לצוות במחלקות השונות או במרפאות בבית החולים

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

ניתן לקבל סיוע בבדיקת זכאות לגמלאות נכות וסיעוד דרך פניה בקישור <https://www.sheba.co.il/מחלקה-ראשונה>

שירות-בדיקת-זכאות-לקצבה

זמן הדפסה: 09:24 05/12/2024

תאריך: 09/12/2024

אישור מחלה

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	עידן צורי אלפונסו	מס זהות:	00055361406	גיל:	66.05	מין:	ז
תלידה:	15/07/1958	ישוב:	קריית אונו	רחוב:	בר יהודה			
מס בית:	8 / 14	טלפון:	53- 7606454	טלפון נוסף:	3- 5351979			

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 0 ביקור רגיל

סובל מ	קוד	איפיון	אבחנה
	79989		DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD

מומלץ על מנוחה מתאריך: 08/12/2024 עד תאריך: 12/12/2024 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה: 5

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

נחתם דיגיטלית

34142

ד"ר ערן קמיני

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית



מספר רשיון 34142
טלפון 03-7381200
פקס 03-7381201
מחוז דן-פ"ת

ד"ר ערן קמיני
מומחה ברפואת משפחה
השיקמה, 2
קיראון - קריית אונו

שם הרופא
תחום
כתובת
מרפאה

תאריך: 09/12/2024

הפניה למכון פיזיותרפיה
(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	עידן צורי אלפונסו	מס זהות: 00055361406	גיל: 66.05	מין: ז
ת.לידה: 15/07/1958	ישוב: קריית אונו	רחוב: בר יהודה	טלפון נוסף: 3-5351979		
מס בית: 8 / 14	טלפון: 53-7606454				

מספר הפניה: 33091047186	רשיון רופא	תז נבדק	מספר הפניה	גורם שולח
	034142	55361406	033091047186	3091

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

PAIN LEG

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה

לא מעשן.
ברקע OSA מטופל CPAP שנים.
CVA 2022 ללא שארית נוירולוגית.
יל"ד מטופל תרופתית.
ראה סיכון מיון שיבא 13-14/12/2024 - כאב ברך ושוק ימין. ללא מקור ברור. נשלל DVT.
ראה סיכון אורתופדיה 17/11/2024 - ב- CT עמ"ש מותני-בלטי דיסק L3-4-5 עם הצרות בינונית של התעלה ופורניות. הופנה גם לMRI עמ"ש מותני.
ראה סיכון מרפאת כאב שיבא 5/12/2024 - חודשיים כאב לאורך רגל ימין. פיזור יכול להתאים L4-5. הוצע חסם אפידורלי - לא הסכים. הומלץ ליריקה במינון עולה הדרגתית. השלמת MRI. בקורת אורתופד. בהמשך לשקול מעקב כלי דם.
מצוין כי ברקסין עזר.

סימנים חיוניים:	גובה 180	16/08/2023	משקל 94	16/08/2023	bmi	29.01
	לחץ דם 125 / 82	22/10/2024				
	דופק 62	22/10/2024				

מתאריך 02/03/2023 eGFR 82.82

בעיות פעילות

מגילוי	איפיון	בעיה
01/05/2012		HYPERTENSION
28/03/2019		OBESITY
01/01/2015	chronic	REFLUX ESOPHAGEAL
06/09/2022		STROKE/CEREBROVASC.ACC.

תולדות עבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
	01/01/1975		SMOKER
	01/01/1975		SMOKER

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	קפליות	1	OMEPRADex 20MG CAP 20MG
ביום	1	טבליות	1	ACETYLSALICYLIC ACID 100MG TAB 100MG
ביום	1	טבליות	1	ROSUVASTATIN TAB 40MG 40MG
ביום	1	טבליות	1	ATENOLOL 25MG TAB 25MG

ס.ה.ר 7

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה למכון פיזיותרפיה

09/12/2024

הודפס ע"י ד"ר ערן קמיני

00055361406

עידן צורי אלפונסו

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביופ	1	טבליות	1	AMLODIPINE MALEATE TAB 5MG 5MG
ביום	1	טבליות	1	TRITACE 2.5MG TAB 2.5MG

הודפס ע"י צפורה באום

ממצב כללי טוב, אין מצוקה נשימתית.
ד"ר ערן קמיני

ממצאים קליניים

נחתם דיגיטלית

34142

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

תאריך: 09/12/2024

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	עידן צורי אלפונסו	מס זהות:	00055361406	גיל:	66.05	מין:	ז
ת.לידה:	15/07/1958	ישוב:	קריית אונ	רחוב:	בר יהודה	טלפון נוסף:	3- 5351979	
מס בית:	8 / 14	טלפון:	53- 7606454					

מספר הפניה ישירה: 33091047183

גורם שולח



3091

מספר הפניה



033091047183

תז נבדק



55361406

מספר רשיון



034142

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70005	99242	בדיקה רפואית - כאב	70090

הריני מפנה את המטופל הנל להתייעצות בשל

תלונות

לא מעשן.
ברקע OSA מטופל CPAP שנים.
CVA 2022 ללא שארית נוירולוגית.
יל"ד מטופל תרופתית.
ראה סיכון מיון שיבא 13-14/12/2024 - כאב ברך ושוק ימין. ללא מקור ברור. נשלל DVT.
ראה סיכון אורתופדיה 17/11/2024 - ב- CT עמ"ש מותני- בלטי דיסק L3-4-5 עם הצרות בינונית של התעלה ופוריות. הופנה גם ל-MRI עמ"ש מותני.
ראה סיכון מרפאת כאב שיבא 5/12/2024 - חודשיים כאב לאורך רגל ימין. פיזור יכול להתאים L4-5. הוצע חסם אפידורלי - לא הסכים. הומלץ ליריקה במיון עולה הדרגתית. השלמת MRI. בקורת אורתופד. בהמשך לשקול מעקב כלי דם. מציין כי ברקסין עזר.

סימנים חיוניים:
גובה 180 16/08/2023 משקל 94 16/08/2023 bmi 29.01
לחץ דם 125 / 82 22/10/2024
דופק 62 22/10/2024

02/03/2023 מתאריך 82.82 eGFR

ממצאים בבדיקה מצב כללי טוב, אין מצוקה נשימתית.

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
7295	RT	PAIN LEG
7292	m/p	RADICULAR PAIN

דיון/תוכנית טיפולית:

מעקב אורתופד מרפאת כאב.
הסבר לגבי ליריקה כולל תל.
ברקסין עם מעקב ל"ד בבית והסבר לגבי הנחיות עם הרקע שלו. מבקש מרשם.

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/05/2012		HYPERTENSION
28/03/2019		OBESITY

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

09/12/2024

הודפס ע"י ד"ר ערן קמיני

00055361406

הפניה לרפואה יועצת

עידן צורי אלפונסו

מ.גילוי	01/01/2015	איפיון	chronic	בעיה	REFLUX ESOPHAGEAL STROKE/CEREBROVASC.ACC.
06/09/2022					

העתק הודפס ע"י צפורה באום

בעיות בעבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
	01/01/1975		SMOKER
	01/01/1975		SMOKER

תרופות קבועות

תרופות	כמות	א. הגשה	פעמים	ב...
OMEPRADEx 20MG CAP 20MG	1	קפליות	1	ביום
ACETYLSALICYLIC ACID 100MG TAB 100MG	1	טבליות	1	ביום
ROSUVASTATIN TAB 40MG 40MG	1	טבליות	1	ביום
ATENOLOL 25MG TAB 25MG	1	טבליות	1	ביום
AMLODIPINE MALEATE TAB 5MG 5MG	1	טבליות	1	ביום
TRITACE 2.5MG TAB 2.5MG	1	טבליות	1	ביום

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

ד"ר ערן קמיני	34142	**נחתם דיגיטלית**
שם הרופא	מספר רשיון	חתימה וחותמת הרופא

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