

ת.ז: 1033705740 שם המבוטח: סואעד מוחמד מין: זכר ביטוח: מאוחדת ת.לידה: 09/02/1977
כתובת: ראמה . מיקוד: 30055 טלפון: 050-5063740



מ.ס. טופס
5452000242

אישור מחלה

הנני לאשר בזאת כי:

אינו מסוגל לעבוד - מיום 31/05/2023 עד יום 10/06/2023 סה"כ 11 ימים

החל מ 11.2015 עפ"י חוק תקנות דמי מחלה אין לציין אבחנה באישור המחלה

הערות:

אישור מחלה בגין CERVICALGIA
אישור מחלה בגין BACK PAIN
אישור מחלה קשור לתאונת עבודה



רשיון: 28856

רופא/מטפל: ד"ר כריני פריד

תחום עיסוק: אורתופדיה

טלפון: 04-9805307

כתובת: בית ג'אן- כניסה לכפר בית ג'ן

חשבונית/הוצאה



ת.ז: 1033705740	שם המבוטח:	סואעד מוחמד	מין:	זכר	ביטוח:	מאוחדת	ת.לידה:	09/02/1977
כתובת:	ראמה .	מיקוד:	30055	טלפון:	050-5063740			

מ.ס. טופס  5452000358	אישור מחלה
--	--------------------------

הנני לאשר בזאת כי:

אינו מסוגל לעבוד - מיום 13/06/2023 עד יום 30/06/2023 סה"כ 18 ימים

החל מ 11.2015 עפ"י חוק תקנות דמי מחלה אין לציין אבחנה באישור המחלה

הערות:
אישור מחלה בגין BACK PAIN
אישור מחלה בגין כאבים ברגליים
אישור מחלה קשור לתאונת עבודה

רופא/מטפל:	ד"ר כריני פריד	רשיון:	28856	
תחום עיסוק:	אורתופדיה	טלפון:	04-9805307	
כתובת:	בית ג'אן- כניסה לכפר בית ג'ן			



ת.ז: 1033705740 שם המבוטח: סואעד מוחמד מין: זכר ביטוח: מאוחדת ת.לידה: 09/02/1977
כתובת: ראמה . מיקוד: 30055 טלפון: 050-5063740



מס. טופס
5452000127

אישור מחלה

הנני לאשר בזאת כי:

אינו מסוגל לעבוד - מיום 01/05/2023 עד יום 31/05/2023 סה"כ 31 ימים

החל מ 11.2015 עפ' חוק תקנות דמי מחלה אין לציין אבחנה באישור המחלה

הערות:

אישור מחלה קשור לתאונת דרכים
אישור מחלה בגין CERVICALGIA
אישור מחלה בגין BACK PAIN
אישור מחלה קשור לתאונת עבודה



רופא/מטפל: ד"ר כריני פריד רשיון: 28856

תחום עיסוק: אורתופדיה כתובת: בית ג'אן- כניסה לכפר בית ג'ן
טלפון: 04-9805307



הופק ע"י דר' קוקיב איוון 20:25 28/04/2023

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

שם משפחה: סואעד שם פרטי: מוחמד כתובת: ראמה 3005501 טלפון: 0505063740 סוג דם: גורם מממן: מאוחדת	תאריך לידה: 09/02/1977 תעודת זהות: 3370574 מין: זכר גיל: 46 שם האב: עלי	מנהל המלר"ד: דר' שניידר יבגני מ.ר. 26765 אחות אחראית: רחל דרורי טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 17:43 28/04/2023 מספר ביקור: 2023089748 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL
---	--	---

סיבת ההפניה:
חבלת ראש הקאות התעפחות רכב

בוצע:
 ט.מ. CT ראש בתאריך 17:55 28/04/2023 מ.ג. 1245004294320 מבצע:
 באסם אלסאנע;
 ט.מ. CT ראש;

ממצאים:
 להלן ממצאי סריקה טומוגרפית ממוחשבת של המוח במנח אקסיאלי:

בסריקת עצמות בסיס הגולגולת נצפו תאי המסטואידים - ללא סטיות.
 מלאות ברוב ותאי האטמואידים
 האוכף הטורקי הגרמי במימדים תקינים.
 עיבוי רירית מנמלי במערות הלסתות, מצח, ספינויד.
 סטיית מחיצת האף, עיבוי רירית בחלל האף.

בגומה האחורית הודגם החדר הרביעי בקוטר תקין ובקו האמצע.
 הציסטות הבזליות, תעלות השמע הפנימיות והמרווחים התת-עכבישיים ללא סטיות.

בחתכים העל טנטוריאליים הודגמו- הקופסית הפנימית והטלמוס ללא סטיות.
 הסתיידויות זעירות סמטריות בגרעינים הבזאליים
 החדר השלישי וחדרי המוח הצדדיים בגודל יחסי ומיקום תקינים.
 קו האמצע שמור ואין עדות לתהליך מוקדי או אפקט מסה.

בחתכים הגבוהים הודגמו מבנים אנטומיים תקינים, כולל החומר האפור והלבן- שמורים.
 סולצי- בולטיים.
 לא הודגם דמם מוחי.
 ללא עדות לקו שבר בעצמות כפת הגולגולת.

סיכום:
 לא הודגם ממצא חבלתי מוחי.
 Pansinusitis- cr סומני -
 יש להביא צילומים קודמים לכל בדיקה בעתיד!
 יש לפנות לרופא המטפל עם דוח הפענוח להמשך בירור וטיפול.

-- רפואי אישי --



תאריך רישום: 30/05/2023
תאריך הדפסה: 30/05/2023

ת.ז: 1033705740	שם המבוטח:	סואעד מוחמד	מין:	זכר	ביטוח:	מאוחדת	ת.לדה: 09/02/1977
	כתובת:	ראמה .	מיקוד:	30055	טלפון:	050-5063740	

סיכום ביקור

ביקור ב - 30/05/2023 13:50 אצל ד"ר כריני פריד , אורתופדיה מ.ר: 28856
ביקור נוסף עם כרטיס

סיבת פניה - תאונת עבודה בתאריך: 28/04/2023

סיבת ביקור

- שوتر במקצועו
- לדבריו היה מעורב בתאונת דרכים ועבודה ב-28/04/2023 נבדק בסורוקה מתלון על כאבים בצוואר ועמוד שדרה מותני וראש וצלעות מימין עם שטף דם וברכיים
- עבר CT בית חזה ב 15/05/2023 נמצא שברים בשלבי איחו ב צלעות 910 מימין
- תנועות כואבות עם רגישות במישוש כאבים בתנועה פסיבית ואקטיבית עם נפיחות ללא שיפור תחת טיפול

בדיקה גופנית

- מערכת שלד : גב תחתון תנועות כואבות הגבלה בכיפוף ויישור הגבלה בROM נפיחות פראורטבראלית
- צוואר תנועות כואבות הגבלה בכיפוף ויישור ROM מוגבל נפיחות פראורטבראלית חזה שמאלי
- נפיחות עם רגישות במישוש כאבים בתנועה עם קליקים עם ירידה והגבלה בטווח תנועות וירידה בROM

אבחנות

- CHEST PAIN
- CERVICALGIA
- LOW BACK PAIN
- FRACTURE RIBS CLOSED right , at the level of 9 10

הפניות למכונים

- פיזיותרפיה

אישורים

- אישור מחלה מיום 31/05/2023 עד יום 10/06/2023

תרופות

- ROKACET PLUS 24CAP PO 1 CAP X 2/day for 12 days 1 O.P.(15%)
- ZALDIAR 37.5MG/325MG 20TAB PO 1 TAB X 1/day for 20 days 1 O.P.(15%)

רופא/מטפל: ד"ר כריני פריד	רשיון: 28856	
תחום עיסוק: אורתופדיה	טלפון: 04-9805307	בית ג'אן- כניסה לכפר בית ג'ן
כתובת:	מ.ר. 28856	

ת.ז: 1033705740	שם המבוטח:	סואעד מוחמד	מין:	זכר	ביטוח:	שיא	ת.לידה: 09/02/1977
כתובת:	רמה .	מיקוד: 30055	טלפון: 050-5063740				

מס. טופס	6930007072
----------	------------

הבדיקה הדחשה: **מדרס בולם זעזועים בעל 2 שכבות רכות - AVG0035**

תאונת דרכים:	לא	תאונת עבודה:	כן	מוכר משרד הביטחון:	לא
--------------	----	--------------	----	--------------------	----

תלונות החולה:

- לדבריו היה מעורב בתאונת דרכים ועבודה ב-28/04/2023 נבדק בסורוקה מתלונן על כאבים בצוואר ועמוד שדרה מותני וראש וצלעות מימין עם שטף דם וברכיים
- עבר CT בית חזה ב-15/05/2023 נמצא שברים בשלבי איחו ב צלעות 910 מימין
- ללא הטבה בכאבים למרות טיפול שמרני ופיזיותרפיה
- עבר בירור שכלל MRI אשר הדגים פריצת דיסק עם לחץ על השק בגובהה L5/S1
- ממשיך להתלונן על כאבים בגב תחתון אשר מקרינים לרגליים עם נימול וירידה בתחושה והירדמות עם חולשה עם הגבלה בתנועות והחמרה במצב
- גם כן עכשיו מתלונן על כאבים בכפות רגליים

בדיקה גופנית:

- מערכת שלד: העתק מ-23.09.2023: ע"ש מותני: ללא נפיחות, ללא דיפורמציה, ללא מדרגה במישוש, רגישות מעל חוליות מותניות, הגבלה בתנועות ע"ש גבי-מותני
- SLR חיובי מימין
- ללא ליסט
- כח גס תקין
- תחושה מעט ירודה בפיזור L5 S1 לדבריו
- ללא חוסר ווסקולרי

ביום 25.11.2023:

כפות רגליים: קשת מעט נמוכה, רגישות במישוש מעל אספקט פלנטרי, הגבלה תבנועות, ללא חוסר נירוסוקלרי

אבחנות:

- DISPLACEMENT OF LUMBAR INTERVERTEBRAL DISC WITHOUT MYELOPATH , at the level of L5/S1
- MOTOR VEHICLE TRAFFIC ACCIDENT
- PAIN & OTHER SYMPTOMS REFERRABLE TO LIMB bilateral , at the level of FOOT

שאלות לבדיקה:

לכפות רגליים

רופא/מטפל:	ד"ר מהדי ג'והר	רשיון: 124317	טלפון: 8684714
תחום עיסוק:	אורתופדיה		
כתובת:	ליד המסגד סלמה		



מקור

דף: 1

אל: חורי עפיק מכון לפיזיותרפיה



התחייבות כספית למכון/מעבדה
מספר 722636214

פרטי המבוטח/ת

ת.ז. : 3370574/0 - 1	תאריך לידה: 9/02/1977	טלפונים: 050-5063740	מיקוד: 30055
שם : סואעד מוחמד			
כתובת: . ראמה			

המבוטח/ת מופנה/ת אליכם לטיפול לתאריך 13/06/2023 עד 13/10/2023

בהתאם לפירוט הבא:

שם הבדיקה/טיפול	קוד בדיקה/טיפול	כמות
פיזיותרפיה פרטנית	93.12	1

נותן השירות

שם ספק:..... חורי עפיק מכון לפיזיותרפיה	30055	ראמה
כתובת:..... כביש ראשי כפר ראמה		
טלפונים:..... 0508800390 049585312		
ימי קבלה:..... ב,ה		
שעות קבלה:..... 19:00-14:00 19:00-15:00		

גורם מפנה

רופא קופה	כריני פריד	רשיון: 28856
-----------	------------	--------------

יש להגיע עם כרטיס מגנטי לקבלת הבדיקה/טיפול

תוקף התחייבות זו עד תאריך: 13/10/2023

מפיק/ת ההתחייבות: נג'אח סועאד

בטלפון: 04-6136092

לבירורים ושאלות ניתן לפנות למרפאת סלאמה