



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.

Igal Raskin, Adv.

באתר
מבלי לפגוע בזכויות

מרץ 2025 17
Office@freiberg-law.com

פרייברג רסקין
משרד עורכי דין

אריאל פרייברג, עו"ד

יגאל רסקין, עו"ד

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
נפגעי איבה
באמצעות האתר

א.ג.נ שלום רב,

פגיעה מיום 14/10/24
הנפגעת: טובה בר לב, ת"ז 052924834

1. מצ"ב טופס הודעה על פגיעה בפעולות איבה ותביעה להכרה כנפגע פעולת איבה.
2. מרשתי, הנפגעת שבנדון נפגעה עת נורה מטח טילים בתאריך 14.10.24. בהישמע אזעקה, עת פנתה למרחב המוגן נפלה ונחבלה
רצ"ב תעודות רפואיות ופרטים מאתר "צופר" בקשר עם האירוע הספציפי.
3. אודה לעיונכם וטיפולכם המסור באישור תביעת מרשתי.
רצ"ב יפוי כח ווס"ר חתומים ע"י מרשתי.

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

**הודעה על פגיעה
בפעולות איבה ותביעה
להכרה כנפגע פעולת איבה**

 מס' זהות / דרכון סוג המסמך דפים	פיצול	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	חותמת קבלה
---	--------------	----------------------------------	-------------------

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה	שנת הפגיעה	המקום (כתובת) בו ארעה הפגיעה	עיסוק בשעת הפגיעה
14/10/24	17:33	זית- נחל אמאלו, קריית אטרו	עיסוק בשעת הפגיעה
תאר בפירוט כיצד נגרמה הפגיעה (אם המקום אינו מספיק נא לצרף גיליון נוסף) פגוע: איתן גרין, אביו: אריאל גרין, נכד: איתן גרין לידיעתך, אם מדובר בפגיעה נפשית שהיא תוצאה של רצף אירועים ביטחוניים והצטברות חריגה של פגיעות בפרק זמן תחום וקצר, תאר באיזה פרק זמן מדובר, אופן הפגיעה או מעורבותך באירועים, ומדוע רצף זה חריג לעומת תקופות אחרות עבורך. יש למלא טופס בל/577			
איברים שנפגעו (כולל פגיעה נפשית)		ממות הפגיעה (שבר, פציעה, מכה, נפש או חרדה)	
כתף ימין, כף ימין		חזה ימין, מכה ופציעה	
יש לצרף מסמכים רפואיים הקשורים למגבלות שצינת האם סבלת בעבר ממגבלות או כאבים דומים לאלו שצינת בטבלה: ☒ לא ☐ כן, פרט _____ האם נמסרה הודעה למשטרה? ☒ לא ☐ כן, יש לצרף אישור ולציין את תחנת המשטרה ומספר התיק _____			

פרטי הפגיעה - המשך	
האם היית בשירות צבאי בעת הפגיעה?	כן ☐ לא ☒
האם חזרת לעבודה אחרי הפגיעה?	כן, יש לציין תאריך: _____ לא ☐ חלקית ☐ מלאה ☐
האם הפגיעה התרחשה בזמן העבודה? כן ☐ לא ☒	

3 פרטי הפגיעה והטיפול הרפואי	
שם הרופא והשירות הרפואי שטיפלו בפגיעה	עזרה רפואית ראשונה הוגשה ע"י
רצ' תיפאז רמאלי	
שם בית החולים והמחלקה (אם אושפזת)	תקופת האשפוז
זית חולים טיפא	מיום עד יום
מחלקה אורתופדית	14 10 2024
פרט מחלות או מגבלות מהן סבלת טרם הפגיעה:	16 10 2024
סכרת, יתר לחץ דם	שנה חודש יום
קופת חולים בה אתה חבר	שם הרופא המטפל
נאצי	רצ' תיפאז רמאלי

4 עדים לפגיעה		
שמות האנשים שנכחו בשעת הפגיעה:		
שם משפחה	שם פרטי	כתובת מלאה

5 גמלאות ופיצויים מכוח חוקים אחרים	
האם אתה מקבל או קיבלת תשלום או תגמול:	כן, פרט: _____
ממשרד הביטחון	לא ☒
ממשרד האוצר	לא ☒
האם קבלת פיצויים לפי פקודת הנזיקין בגין פגיעה זו:	כן, ציין ממי ושם עורך הדין שלך: _____
לא ☒	

פרטי חשבון הבנק אליו יועברו התשלומים			
שמות בעלי החשבון			
שם הבנק	שם הסניף/כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

אני השותף בחשבון הבנק של ת.ז. _____ שם _____ מתחייב להשתמש בכספי הגמלה שיופקו לחשבון, עבור מקבל הגמלה.

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיזיף כח בחשבון, ולדאוג להחתימם על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטיהם של השותפים בחשבון ומיזיף הכח, במהלך תקופת הזכאות ואחריה.

אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.

תאריך: _____ שם השותף: _____ מספר ת.ז. _____ חתימה * _____

7 הצהרה

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביוזעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

כמו כן אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך לביטוח לאומי.

☐ אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותי לגורמים נותני ההטבה.

תאריך: _____ 2.2.25 חתימת התובע / מקבל הגמלה * _____



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
אגף נפגעי פעולות איבה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: איבה

1 פרטים אישיים

תאריך אירוע שנה חודש יום 11 10 2024	תאריך תביעה שנה חודש יום 11 03 2025	מספר זהות/דרכון 052924834	קוד גמלה 13
שם פרטי טובה		שם משפחה זר-זל	
חבר בקופת חולים			
☒ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר _____			

2 הצהרה

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית שלי ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותי.

תאריך 2.2.25 חתימת המבוטח ✕

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	בר לב	וובה	052924834
שם מלא	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
נחלגמלא	1	קרית אונו	טלפון
רחוב	מס'	עיר	מיקוד

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: _____

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

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

תאריך: 2.2.25 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____
(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס) אריאל פרידלנד, עו"ד
מ.ר. 62254

יפוי כח

הריני מייפה את כוחו של: _____ לקבל את המידע הרפואי המפורט לעיל

תאריך	שם פרטי ושם משפחה	חתימה
-------	-------------------	-------

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, _____ טובה בר לב
ת.ז.ח.פ. מס' _____ 052924834, מרחוב _____ נחל גמלא 1, קרית אונו,

ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג להיות בא כוחי בהליך של בר לב נ' המוסד לביטוח לאומי – נפגעי איבה בענין מיום _____ 14.10.24 מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי ורשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, דרישה ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
3. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
4. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
5. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
6. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
7. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הנ"ל, לרבות הוצאות בימ"ש ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
8. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
9. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
10. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
11. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, לפטרם ולמנות אחרים במקומם ולנהל את עניני הנ"ל לפי ראות עיניו ובכלל לעשות את כל הצעדים שימצא לנכון ומועיל בקשר עם המשפט או עם עניני הנ"ל, והנני מאשר את מעשיו או מעשי ממלאי המקום בתוקף יפוי כח זה מראש.

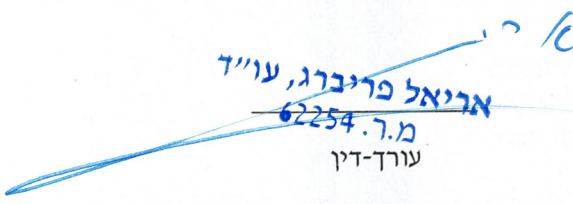
המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום _____ 2 לחודש _____ 2 שנה _____ 2025

חתימה: 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל


אריאל פרייברג, עו"ד
מ.ר. 62254
עורך-דין

אורתופדיית ב

מנהל/ת : דר' פרידלנדר אלון מ.ר. 28647	טלפון : 03-5302619
אח/ות אחראי/ת : מר' בלייבר איגור	פקס : 03-5302131

מכתב שחרור

שם משפחה: בר-לב	שם פרטי: טובה	ת"ז: 52924834
גיל: 69	מין: נקבה	טלפון נייד: 0526288288
תאריך אשפוז: 14/10/2024	מספר קבלה: 2622552	מספר ימי אשפוז: 3
תאריך שחרור: 16/10/2024	קופת חולים: כללית	כתובת : נחל גמלא 1 קרית אונו 5228407

תאריך שחרור בפועל
תאריך שחרור: 16/10/2024

אבחנות

- Closed fracture of upper end of humerus [proximal] (812.00) (Right)
- Closed fracture of upper end of humerus [proximal] (812.00) (Right)
- Closed fracture of upper end of humerus [proximal] (812.00) (Right)

אבחנות בקבלה

פעולות/ליתוחים שבוצעו

FRACTURE HUMERUS CLOSED, CLOSED REDUCTION IF 245300
79.11 (Right) 15/10/2024

מחלות רקע

- Closed fracture of upper end of humerus [proximal] (812.00) (Right)

ניתוחים בעבר

S/P ENDOMETRIAL SAMPLE/BIOPSY, HYSTEROSCOPY 585580 (68.16) (14/04/2024)

תלונה עקריית/מחלה נוכחית

בת 69, מתאשפזת עם שבר ארבע חלקים הומרוס פרוקסימלי צד ימין לצורך המשך טיפול

ברקע מ/א למפקטומי + הקרנה, מטופלת בטיפול הורמוני, במעקב במוסדנו
יל"ד, סכרת, ללא טיפול במדללי דם
אישה פעילה, צלולה ועצמאית

ביום פנייתה נפילה וחבלה כתף ימין

בבדיקתה
אינה מניעה כתף ימין,
רגישות דיפוזית במישוש,
תחושתית שמורה לפי ARUM,
מוטורית לפי RUM,
דופק רדיאלי נימוש

בצילומים שבר ארבע חלקים הומרוס פרוקסימלי צד ימין לצורך המשך טיפול

תוצאות מעבדה



שם מלא: בר-לב טובה 52924834



פרופיל	בדיקה*	ערכי ייחוס	16/10/24 09:23	16/10/24 09:21	14/10/24 18:46	14/10/24 18:38
CBC	WBC (K/microL)	4.00-10.80	10.98↑			14.75↑
CBC	RBC (M/microL)	3.8-5.2	4.54			5.47↑
CBC	HGB (g/dl)	11.7-15.7	12.32			14.24
CBC	HCT (%)	34.9-46.9	36.24			44.21
CBC	MCV (fL)	80.8-100	79.89↓			80.84
CBC	MCH (pg)	26-32	27.2			26.1
CBC	MCHC (g/dl)	32-36	34.0			32.2
CBC	RDW (%)	10.9-15.7	14.34			14.49
CBC	PLT (K/microL)	130-440	212			289
CBC	MPV (fL)	6.5-11.1	8.39			8.07
CBC	PCT (%)		0.18			0.23
CBC	NEUTRO% (%)	40-74	77.3↑			55.4
CBC	LYMPHO% (%)	20-40	12.8↓			31.3
CBC	MONO% (%)	4.7-12.5	9.2			10.1
CBC	EOS% (%)	0-7	0.3			2.6
CBC	BASO% (%)	0-1.5	0.4			0.6
CBC	Nucleated RBC (/100WBC)	0-0.3	0.0			0.1
CBC	NEUTRO abs. (K/microL)	1.8-7.7	8.49↑			8.17↑
CBC	LYMPHO abs. (K/microL)	1-4.8	1.41			4.61
CBC	MONO abs. (K/microL)	0.2-1.0	1.01↑			1.50↑
CBC	EOS abs. (K/microL)	0-0.5	0.03			0.38
CBC	BASO abs. (K/microL)	0-0.2	0.05			0.08
CBC	Nucleated RBC abs. (K/microL)	0-0.02	0.00			0.01
תפקודי קרישה בסיסיים	PT (%)	75-135				120
תפקודי קרישה בסיסיים	INR (")	0.80-1.20				0.82
תפקודי קרישה בסיסיים	PTT (sec.)	26-40				31
ביוכימיה בדם	Lipemia (")			Normal	Normal	
ביוכימיה בדם	Estimated Glomerular Filtration Rate CKD-EPI 2021 (ml/min/1.73m)	60		97	93	
ביוכימיה בדם	Icterus (")			Normal	Normal	
ביוכימיה בדם	Hemolysis (")			Normal	Normal	
ביוכימיה בדם	Urea -Blood (mg/dl)	15-45		24	38	
ביוכימיה בדם	Creatinine -Blood (mg/dl)	0.51-0.95		0.58	0.69	
ביוכימיה בדם	Glucose -Blood (mg/dl)	70-100		105↑	106↑	
ביוכימיה בדם	Potassium -Blood (meq/l)	3.5-5.2		4.2	4.5	
ביוכימיה בדם	Sodium -Blood (meq/l)	136-148		138	139	
ביוכימיה בדם	Chloride -Blood (meq/l)	98-110		100	100	
ביוכימיה בדם	Calcium -Blood, total (mg/dl)	8.1-10.4		9.0	10.5↑	
ביוכימיה בדם	Phosphorus -Blood (mg/dl)	2.0-4.0		4.70↑	3.70	
ביוכימיה בדם	Magnesium -Blood (mg/dl)	1.9-2.7			2.00	
ביוכימיה בדם	Uric acid -Blood (mg/dl)	2.6-6.0		4.1	4.0	
ביוכימיה בדם	Bilirubin -Blood, total (mg/dl)	0.1-1.1		0.42	0.26	
ביוכימיה בדם	SGOT (AST) -Blood (U/L)	7-40		28	29	
ביוכימיה בדם	SGPT (ALT) -Blood (U/L)	7-45		22	24	



שם מלא: בר-לב טובה 52924834

פרופיל	בדיקה*	ערכי ייחוס	16/10/24 09:23	16/10/24 09:21	14/10/24 18:46	14/10/24 18:38
ביוכימיה בדם	LDH -Blood (U/L)	100-260		225	254	
ביוכימיה בדם	Alkaline Phosphatase -Blood (U/L)	45-115		76	98	
ביוכימיה בדם	gamma GT -Blood (U/L)	7-39			28	
ביוכימיה בדם	Protein -Blood, total (g/dl)	6.5-8.2		6.3↓	7.5	
ביוכימיה בדם	Albumin -Blood (g/dl)	3.6-5.5		3.9	4.5	
ביוכימיה בדם	Estimated Globulin -Blood (g/dl)	2.3-3.5		2.40	3.00	
ביוכימיה בדם	Osmolality (calc.) (mOsm/KgH2O)	275-295		286	290	
ביוכימיה בדם	CPK -Blood, total (U/L)	0-170			237↑	
ביוכימיה בדם	Amylase -Blood (U/L)	20-90			48	
ביוכימיה בדם	CRP-Inflammatory (mg/l)	0-5			7.62↑	

* תדפיס זה אינו כולל הערות עבור מדבקה או בדיקה

מצב תפקודי ב- 30 יום טרם קבלה לאשפוז

20:41 14/10/2024

נרשם ע"י חאג-יחיא עודאי

תפקוד: עצמאי

ניידות: נייד ללא עזרת אדם אחר

מצב קוגניטיבי: תקין

בדיקות דימות

תוצאה	תאריך	בדיקה
פרטי הבדיקה- תאריך: 15/10/2024 מספר: 4015013044428 CT כתף ימין ללא חומר ניגוד סיבת ההפניה: להערכת שבר. הבדיקה בוצעה במישור אקסיאלי בתוספת שחזורים קורונליים וסגטליים אלכסוניים. מודגם שבר מרוסק של ההומרוס המקורב המערב את הצוואר הכרוגי והאנטומי ואת ה IGT ה LT. קיצור חפיפה והסטה בין הפרגמנטים. אין מעורבות של המפרק הגלנוהומרלי. נחל בכמות מוגברת עם פלס נוזל דם במפרק ובצקת לאורך ההומרוס. הוכתב על-ידי: פרופ' איריס אשד אושר על-ידי: פרופ' איריס אשד מספר רשיון: 29015 תאריך אשרור: 15/10/2024	15/10/2024	CT כתף

שם מלא: בר-לב טובה 52924834

סיכום ניתוח

20:51 15/10/2024

בתאריך 15/10/24 נותחה - רדוקציה וקיבוע שבר הומרוס פרוקסימלי 7 פינינג

מהלך וטיפול

בת 69, בתאריך 15/10/24 נותחה - רדוקציה וקיבוע שבר הומרוס פרוקסימלי 7 פינינג צד ימין

ברקע מ/א למפקטומי + הקרנה, מטופלת בטיפול הורמוני, במעקב במוסדנו
יל"ד, סכרת, ללא טיפול במדללי דם
אישה פעילה, צלולה ועצמאית

המטופלת עברה במחלקתנו את הניתוח המתואר במהלך ניתוחי תקין עם טיפול אנטיביוטי פריאופרטיבי.

מהלך בטר ניתוחי ללא אירועים חריגים עם שיפור קליני לאורכו
כמו כן, במחלקה תרגלה פיזיותרפיה - הפעלת מרפק ואצבעות

ביום השחרור:
במהלך הביקור מרגישה טוב, ללא תלונות
מדדים אחרונים בנורמה

בבדיקה:
פצע ניתוחי חבוש בחבישות טווח קצר ללא הכתמות
שמורה נירולוגית לפי ARUM
דופק רדיאלי נימוש היטב

מעבדה מה-16/10/24:
המוגלובין 12.32, ליוקציטוזיס 10.98, טסיות 212
קריאטנין 0.58, אלקטרוליטים תקינים, אלבומין 3.9

לאור האמור לעיל, משתחררת לצורך מעקב מרפאתי ותרגול פיזיותרפיה במסגרת ביתית תחת ההמלצות המצורפות.

המלצות כלליות

המלצה: יד במקבע כתף 24 שעות - ביום ובלילה למשך 6 שבועות.
הפעלת מרפק, אצבעות ושורש כף יד בלבד - ללא הפעלה של הכתף
החלפת חבישה יומית ע"י אחות בקופ"ח. רחצת פצע מעוד 72 שעות, מים זורמים בלבד ללא סבון, ובלי לגעת בפצע
הוצאת תפרים עוד שבועיים קופ"ח.
ביקורת מרפאת ד"ר פוגל עוד 3 שבועות עם צילום ביקורת ביום הביקור לפי הפנייה מצורפת
המשך טיפול תרופתי קבוע וחידוש מול רופא משפחה
בכל החמרה / עליית חום / הפרשה מהפצע - לשוב לבדיקה במיון.
נגד כאבים לפי צורך ולפי מרשם.
מעקב רופא ואורתופד מטפל.
חופשת מחלה חודשיים.
חופשת מחלה: 2 חודשים.

תרופות קבועות

שם מלא: בר-לב טובה 52924834

ATORVASTATIN 20mg + EZETIMIBE
10mg (Atozet) P.O 1 tab/ cap 1 X 1 ביום

CALCIUM CARBONATE 600mg
(elemental Ca)+VITAMIN D3 200IU
tab P.O 1 tab/ cap 1 X 1 ביום

MAGNOX 520mg (Elemental Mg)
tab P.O 520 mg 1 X 1 ביום

יש לרשום את ההוראה ב-mg של Elemental Magnesium בלבד.

METFORMIN 850mg tab
(Glucophage) P.O 850 mg 1 X 2 ביום

MIRABEGRON 50mg tab
(Betmiga) P.O 50 mg 1 X 1 ביום

NORMALOL 25mg tab P.O 25 mg 1 X 1 ביום

OMEPRAZOLE 40mg tab P.O 40 mg 1 X 1 ביום

למתן PZ או PEG: הקפלויות מתמוססות תוך כ-5 דקות ב-10 מ"ל מים, לקבלת תרחיף בצבע ורוד. יש לטלטל מעט לזירוז ההתמוססות.

Tamoxifen P.O 20 mg 1 X 1 ביום

תרופות להמשך טיפול

שם התרופה	אופן מתן	מינון	תדירות	משך	אריזות לניפוק	יחידות לניפוק	הערות	מרשם
PARACETAMOL tab (Acamol) (Paracetamol [Acetaminophen])	P.O	500 mg	1 X 3 ביום	3 ימים				✓
PREGABALIN cap (Pregabalin)	P.O	75 mg	1 X 2 ביום	3 ימים				✓

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

שם הרופא הבכיר האחראי על השחרור

רופא: דר' אקשוטה ניסים מ.ר. 89138

המלצות פיזיותרפיה בשחרור

טיפול פיזיותרפיה במסגרת הקהילה



Nizan
Mar 16/10/2024
13:57:06

נחתם ע"י: דר' מרגלית ניצן מ.ר. 186395

אם במהלך הביחור והטיפול בך 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

שם מלא: בר-לב טובה 52924834

להצטרפות חינוך 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: 13:56 16/10/2024

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: בר-לב	שם פרטי: טובה	ת"ז: 52924834
גיל: 69	מין: נקבה	טלפון נייד: 0526288288
תאריך ביקור: 18:29 19/10/2024	מספר ביקור: 02240119102024	קופת חולים: כללית
כתובת: נחל גמלא 1 קרית אונו 5228407		

• Closed fracture of upper end of humerus [proximal] (812.00) (Right)

אבחנות מסכמות

• Closed fracture of upper end of humerus [proximal] (812.00) (Right)

תחלואה נלוות

ניתוחים בעבר

S/P ENDOMETRIAL SAMPLE/BIOPSY, HYSTEROSCOPY 585580 (68.16) (14/04/2024)

S/P FRACTURE HUMERUS CLOSED, CLOSED REDUCTION IF 245300 (79.11) (Right) (15/10/2024)

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

אנמנזה סיעודית

סיבה עיקרית: תלונה אורטופדית

הערות: ביום שלישי עברה ניתוח עקב שבר בכתף ימין כעת הגיעה עקב נפיחות ביד ימין נימולים באצבעות

סימנים חיוניים	תאריך ושעה
1	18:40 19/10/2024

אנמנזה ובדיקה גופנית

דר' לוי פיציוטו יעקב מ.ר. 118279 19:19 19/10/2024
בת 69, בתאריך 15/10/24 נותחה - רדוקציה וקיבוע שבר הומרוס פרוקסימלי 7 פנים צד ימין
ברקע מ/א למפקטומי + הקרנה, מטופלת בטיפול הורמוני, במעקב במוסדנו יל"ד, סכרת, ללא טיפול במדללי דם אישה פעילה, צלולה ועצמאית
היום הגיעה אחרי ביגלל נפיחות + המטומה בשורש כף יד בצד של הניתוח בבדיקה שמורה לפי RUMM
בתחושה אקסילרי דופק דיסטלי שמור הטמהמה דורסלי ביד ללא רגישויות ללא כאב צילומים מצב אחרי קיבוע עם פנים עמדה טובה
משוחררת להמשך מעקב אמבולטורי תחת המלצות של המנתח

המלצות
תאריך ושעה

פרטים

משוחררת להמשך מעקב אמבולטורי תחת המלצות של המנתח 19/10/2024 19:22



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: בר-לב	שם פרטי: טובה	ת"ז: 52924834
גיל: 69	מין: נקבה	טלפון נייד: 0526288288
תאריך ביקור: 16:31 22/10/2024	מספר ביקור: 03020122102024	קופת חולים: כללית
כתובת: נחל גמלא 1 קרית אונו 5228407		

אבחנות מסכמות

- Closed fracture of upper end of humerus [proximal] (812.00) (Right)

תחלואה נלווה

- Closed fracture of upper end of humerus [proximal] (812.00) (Right)

ניתוחים בעבר

S/P ENDOMETRIAL SAMPLE/BIOPSY, HYSTEROSCOPY 585580 (68.16) (14/04/2024)

S/P FRACTURE HUMERUS CLOSED, CLOSED REDUCTION IF 245300 (79.11) (Right) (15/10/2024)

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

אנמנזה סיעודית

סיבה עיקרית: תלונה אורטופדית

הערות: בת 69 לפני כשבוע עברה ניתוח של קיבוע כתף עי דר פוגל הגיעה כעת עם הפרשות מאזור הניתוח רקע סכרת

סימנים חיוניים

תאריך ושעה	כאב
16:47 22/10/2024	3

אנמנזה ובדיקה גופנית

דר' אפרמן שגיא מ.ר. 164429 22:00 22/10/2024
מטופלת בת 69, מתגוררת בקריית אונו, גמלאית, לפני זה עסקה בחינוך ברקע- מ/א למפקטומי + הקרנה, מטופלת בטיפול הורמוני, במעקב במוסדנו ל"ד, סכרת, ללא טיפול במדללי דם אישה פעילה, צלולה ועצמאית - בתאריך 15/10/24 נותחה- רדוקציה וקיבוע שבר הומרוס פרוקסימלי 7 פינים צד ימין ע"R שבר הומרוס מקורב 4 חלקים כעת פנייה חוזרת למיון עם תלונות של כאבים והפרשה מפצע הניתוח בבדיקתי - המטומה לאורך הגפה בתהליכי ספיגה, שמורה NV דיסטאלית גפה חמה וויאבילית פינים במראה תקין ללא הפרשה וללא קליניקה של זיהום מעבדה - ללא לויקו, CRP 23, צילום - ללא שינוי מהותי בהשוואה לצילום הביקורת, יתכן תזוזה קלה סביב הקורטקס הלטרלי של הGT משוחררת עם המלצות

המלצות

תאריך ושעה

פרטים

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: בר-לב	שם פרטי: טובה	ת"ז: 52924834
גיל: 70	מין: נקבה	טלפון נייד: 0526288288
תאריך ביקור: 21:39 20/11/2024	מספר ביקור: 04240120112024	קופת חולים: כללית
כתובת: נחל גמלא 1 קרית אונו 5228407		

אבחנות מסכמות

- proximal humeral fracture, surgical neck + GT (81201) (Right)

תחלואה נלוות

- Closed fracture of upper end of humerus [proximal] (812.00) (Right)

ניתוחים בעבר

S/P ENDOMETRIAL SAMPLE/BIOPSY, HYSTEROSCOPY 585580 (68.16) (14/04/2024)

S/P FRACTURE HUMERUS CLOSED, CLOSED REDUCTION IF 245300 (79.11) (Right) (15/10/2024)

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

אנמנזה סיעודית

סיבה עיקרית: תלונות לאחר ניתוח

הערות: לדבריה הגיעה עקב כאב בכתף ימין לאחר ניתוח באותה כתף.

סימנים חיוניים

תאריך ושעה	כאב	אמצעי עזר לנשימה	מספר נשימות	מצב הכרה
21:52 20/11/2024	5	ללא חמצן/אוויר חדר	18	ערני

אנמנזה ובדיקה גופנית

דר' קדרי איהב מ.ר.172158 00:22 21/11/2024

בת 70 ב15/10/24 בתאריך 15/10/24 נותחה - רדוקציה וקיבוע שבר הומרוס פרוקסימלי 7 פיינינג כרגע מאתמול החמרה בכאבים באופן פתאומי ללא סיפור של חבלה או נפילה ללא חום ללא שינוי בתרופות בבדיקה צלקות במראה תקין ללא סימני זיהום ללא אודם ללא חום למגע ללא נפיחות ללא פחת NV נפיחות באמה בצילום ללא שינוי מצילום קודם

המלצות

פרטים

תאריך ושעה

21/11/2024 משככי כאבים לפי מרשם

00:22 מנוחה

מחר יש להשלים US דופלר של היד

בכל חמרה יש לחזור

שם מלא: בר-לב טובה 52924834

המשך טיפול לפי מעקב מרפאתי

טיפול תרופתי במלרד

צורת מינון ומינון	תאריך ושעה	תזמון מהוראה	תרופה	P.O
1000 mg	20/11/2024 22:38 סראחנה מג'די	Once	DIPYRONE 500mg/ml oral sol (Optalgin) 1000 mg	



Ihab Cadri

21/11/2024

נחתם ע"י: דר' קדרי איהב מ.ר. 172158

תעודה זו ניתנת על ידי לשם הגשתה כראיה לבית משפט. והריני מצהיר בזאת כי ידוע לי היטב, שלענין חתום 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 רופאו בקופת חולים.

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

לבירור תשובת תרביית/וירולוגיה ניתן להתקשר בימים א-ה לטלפון- 035309159 ולשאר 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 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



לכבוד:

טובה בר-לב

נחל גמלא 1, דירה 37, קרית אנו

קרית אנו
5228407

מס' זהות:
0052924834
טל' נייד:
0526288288
טל' בית:
0526288288
פקס:

הוצאת
מאזיאו
את הניסים
בהרדמה
כאסות

** חיוני רפואי **

הזמנה למרכז ניתוחי יום
המרכז הרפואי שיבא - תל השומר
הנך מוזמן/ת לאשפוז יום - אורתופדיה
לביצוע ניתוח המתוכנן ל-
יום שלישי 03/12/2024 07:00

REMOVAL OF I.F

שם הניתוח:

הניתוח יתבצע בהרדמה כללית - נא להישאר בצום מחצות הלילה.

*מועד הניתוח עלול להשתנות. במידה וחל שינוי, התאריך ימסר באופן טלפוני ע"י המזכירה הרפואית.

- מיקומנו: בניין ניתוחי יום (מהכניסה הראשית ממשיכים ישר עד לכיכר השניה שליד המיון, ומשם ישר לכיוון מכון הרב נבקש להביא: עוברים כיכר נוספת ומשמאל בניין ניתוחי יום).
- תעודה מזהה עם תמונה וקרטיס מגנטי של קופת החולים.
 - התחייבות מספיק (תן להקיש) ב-AZET על אשפוז יום וניתוח יום מסומן מצה"ל / משרד הביטחון) המתאימה לפירוט הבא:

קוד משרד הבריאות	תיאור
C7860	הוצאת קיבוע מעצם, למעט פנים/כף יד/כף רגל, באשפוז יום כיחרגי

נא לשלוח טופס 17 בפקס 03-5302061 או במייל e.day@sheba.gov.il

אם לא תוצג ההתחייבות תתבקשי - לשלם עבור השרות במזומן/אשראי או לשלם באשראי פיקדון עד 1,000 ש"ח ל- 21 ימים, במידה ולא תתקבל התחייבות הפיקדון יפרע אוטומטית בתום התקופה (לתשומת ליבך אין המבטח הרפואי מתחייב לממן את השרות בדיעבד).

***חיילים - יש להצטייד באסמכתא תקציבית בתוקף, לא יתקבל פיקדון או תשלום.

- חובה להגיע עם מלווה. במידה והמטופל אינו כשיר חובה כי יהיה מלווה ע"י אפוטרופוס/ מיופה כח כדין שיציג צו מינוי לאפוטרופוס, או יפיו כח מתמשך.
- תוצאות בדיקות / מסמכים:

- א.ק.ג.
- סוכר
- PT+ PTT
- אלקטרוליטים
- INR
- אוריאה
- ספירת דם

לתשומת ליבך:
יש להפסיק נטילת אספירין / קרטיה / מיקרופירין 10 ימים לפני מועד הניתוח עפ"י המלצת הרופא בלבד.
*מטופל/ת נכבד/ה, מומלץ להימנע מלהביא תכשירים/ חפצי ערך/ כסף, אין הנהלת ביה"ח אחראית על אובדן/גניבה.
טלפונים לברורים - מזכירות: 03-5302555, 03-5302257 או בפקס 03-5302061.
אם מסיבה כלשהי נמנע ממך להגיע, נבקשך להתקשר מוקדם ככל הניתן למזכירות.



איום אורתופדי

מנהל/ת : דר' פרידלנדר אלון מ.ר. 28647	טלפון : 03-5302417
אח/ות אחראי/ת : גב' יהודית גירסון	פקס : 03-5302132

מכתב שחרור

שם משפחה: בר-לב	שם פרטי: טובה	ת"ז: 52924834
גיל: 70	מין: נקבה	טלפון נייד: 0526288288
תאריך ביקור: 03/12/2024	מספר ביקור: 26342608	קופת חולים: כללית
כתובת: נחל גמלא 1 קרית אונו 5228407		

פעולות במהלך ניתוח

REMOVAL OF I.F 48 78.60

תלונה עקרית

בת 70, התקבלה להוצאת פינים בכתף ימין מ"א CRIF

סיכום ניתוח

ב-03.12.24 נותחה בהרדמה כללית - הוצאת חומרה מהומרוס מקורב מימין

המלצות

נגד כאבים לפי המרשם המצורף,
יד במקבע כתף 24 שעות ביממה למעט ברחצה ותרגול פיזיותרפיה.
פיזיותרפיה באמצעות קופת חולים - הפעלת מרפק ושורש כף יד, תרגילים פנדולריים, הפעלה פסיבית במישורים מבודדים.
ביקורת מרפאת כתף במוסדנו שבועיים מהניתוח עם צילום ביקורת והוצאת תפרים.
בכל החמרה - לשוב לבדיקה במיון
חופשת מחלה 6 שבועות



Omri
Rahamimov
03/12/2024
09:10:06

נחתם ע"י: דר'רחמימוב עמרי מ.ר. 170679

תוצאות בדיקת אלקטרומויגרפיה - E.M.G.

שם נבדק/ת: בר-לב , טובה ,
כתובת: קריית אונו , נחל גמלא
תאריך בדיקה: 25/12/2024
0001
ת.ז.: 052924834
טלפון: 052 - 6288288
גיל: 70/2
מין: נ
רופא מפנה/מטפל:
ד"ר תמיר לביה ליפשה
שם מדפיסה: הולואגר
גורם מפנה: דן-פתח תקוה
בדיקה קודמת: לא

בדיקת עצבים

SAP (msec)		AMP of SNAP (mV)		F.WAVE (msec)		SPEED (m/sec)		AMP of CMAP (mV)		MOTOR LATENCY (msec)		עצב
שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	
3.8	4.7	19.0	9.4			57.0	58.0	7.3	6.2	3.2	3.8	מדיאנוס
								7.0	6.0	8.1	8.3	Median
2.9	3.0	18.0	18.0							1.9	2.3	אולנאריס
												Ulnaris
						52.0	55.0	5.6	4.2			מתחת למרפק
						48.0	50.0	3.7	4.0			מעל המרפק

סיכום:

קיימת עדות ל-CTS סנסורית קלה דו"צ בולטת יותר מימין.
קיימת עדות ללכידה אולנרית קלה במרפק דו"צ.

מומלץ על בדיקת חוזרת בעוד 6-12 חודשים
לצורך מעקב עם השלמת בדיקה בגפיים התחתונות.

נמסרה תשובה לנבדק/ת עם סיום הבדיקה.

בברכה,

ד"ר מוחמד עבד אל חלים
מ.ר 154342

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.
עמוד 1 מתוך 1

Emg_ALL

מנהל המערך האורתופדי: ד"ר פרידלנדר אלון מ.ר. 28647

מרפאה אורתופדית- כתף

מנהל/ת : דר' אורן אריאל מ.ר. 21351	טלפון : 03-5302014
אח/ות אחראי/ות : גב' סיגלית יעקובי	פקס : 03-5302825
דוא"ל: orthopedic.devision@sheba.health.gov.il	

סיכום לרופא המטפל

שם משפחה: בר-לב	שם פרטי: טובה	ת"ז: 52924834
גיל: 70	מין: נקבה	טלפון נייד: 0526288288
תאריך ביקור: 16/12/2024	מספר ביקור: 26427484	קופת חולים: כללית
כתובת: נחל גמלא 1 קרית אונו 5228407		

- proximal humeral fracture, surgical neck + GT (81201) (Right)

אבחנות בביקור

ניתוחים

S/P ENDOMETRIAL SAMPLE/BIOPSY, HYSTEROSCOPY 585580 (68.16) (14/04/2024)
S/P FRACTURE HUMERUS CLOSED, CLOSED REDUCTION IF 245300 (79.11) (Right) (15/10/2024)
S/P REMOVAL OF I.F 48 (78.60) (03/12/2024)

תלונת החולה / תלונה עקרית

6-11-24
נפלה בביתה נחבלה כתף ימין שבר SN+GT
בתאריך 15/10/24 נותחה - רדוקציה וקיבוע שבר הומרוס פרוקסימלי 7 פינינג
ברקע NIDDM ב 2021 למפקטומי שד ימין במעקב.

כ 3 שבועות אחרי, מרגישה טוב
פצעים תקינים
כוח גס תחושה אקסילרית ודיסטלית תקינים
בצילום שבר SN+GT בעמדה טובה, לאחר גיידים.
3 גיידים אנטגרדים הוצאו.
4 גיידים רטרוגרדים.
16.12.24 ד"ר קליין
לאחר הוצאת הפינים בא יום 3.12.24
שיפור משמעותי בכאבים, עדיין עם מקבע כתף, הכאבים מתגברים לאחר פיזיותרפיה
נימול באצבעות כף ביד מימין וכן נפית חפצים מהיד

בדיקה

פצעים תקינים, ללא כוח שמור למעט חולשה ל GRIP.
מרפק חופשי,
בצילום - שבר מחובר בעמדה טובה

המלצות

המלצה: EMG לידיים וביקורת מרפאת ד"ר פוגל לאחריו
נגד כאבים לפי צורך
הפעלה מלאה של הכתף ושחזור טווחים בפיזיותרפיה, לאחר הגעה לטווח מלא ניתן להתחיל חיזוקים

מוזמן לביקורת:

ביחידה: מרפאה אורתופדית- כתף. אצל דר' פוגל גיא מ.ר. 31344. בעוד 4 שבועות.



שם מלא: בר-לב טובה 52924834



Hagai Klein
16/12/2024
11:11:44

נחתם ע"י: דר' קליין חגי מ.ר. 108767

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: 11:11 16/12/2024



סכא מפרק פגס

מנהל המערך האורתופדי: ד"ר פרידלנדר אלון מ.ר. 28647

13.1.25

מרפאה אורתופדית- כתף

מנהל/ת : דר' אורן אריאל מ.ר. 21351	טלפון : 03-5302014
אח/ות אחראי/ת : גב' סיגלית יעקובי	פקס : 03-5302825
דוא"ל: orthopedic.devision@sheba.health.gov.il	

סיכום לרופא המטפל

שם משפחה: בר-לב	שם פרטי: טובה	ת"ד: 52924834
גיל: 70	מין: נקבה	טלפון נייד: 0526288288
תאריך ביקור: 13/01/2025	מספר ביקור: 26609385	קופת חולים: כללית
כתובת: נחל גמלא 1 קרית אונו 5228407		

- proximal humeral fracture, surgical neck + GT (81201) (Right)

אבחנות בביקור

ניתוחים

S/P ENDOMETRIAL SAMPLE/BIOPSY, HYSTEROSCOPY 585580 (68.16) (14/04/2024)
S/P FRACTURE HUMERUS CLOSED, CLOSED REDUCTION IF 245300 (79.11) (Right) (15/10/2024)
S/P REMOVAL OF I.F 48 (78.60) (03/12/2024)

תלונות החולה / תלונה עקרית

6-11-24

נפלה בביתה נחבלה כתף ימין שבר SN+GT
בתאריך 15/10/24 נותחה - רדוקציה וקיבוע שבר הומרוס פרוקסימלי 7 פינינג
ברקע NIDDM ב 2021 למפקטומי שד ימין במעקב.

כ 3 שבועות אחרי, מרגישה טוב

פצעים תקינים

כוח גס תחושה אקסילרית ודיסטלית תקינים

בצילום שבר SN+GT בעמדה טובה, לאחר גיידים.

3 גיידים אנטגרדים הוצאו.

4 גיידים רטרוגרדים.

16.12.24 ד"ר קליין

לאחר הוצאת הפינים בא יום 3.12.24

שיפור משמעותי בכאבים, עדיין עם מקבע כתף, הכאבים מתגברים לאחר פיזיותרפיה

נימול באצבעות כף ביד מימין וכן נפית חפצים מהיד

=====

13-1-25

כ 3 חודשים לאחר התבלה.

מרגישה הרבה יותר טוב בכתף אך כאב ונימול בכף יד שהוחמר מהנפילה. לפני כן היו מעט נמלולים וכעת יותר

הרמה אקטיבית 90, פסיבית 130, IR SIJ, L 50; ER R 20

רושם שכוח דיסטאלי תקין שינוי תחושת M+U תחושה R ואקסילרית טובה

דופק רדיאלי נמוש היטב

EMG עדות ל CTS דו צד יותר מימין ותפס U דו צ במרפק

בדיקה

פצעים תקינים, ללא כוח שמור למעט חולשה ל GRIP.

מרפק חופשי,

בצילום - שבר מחובר בעמדה טובה



שם מלא: בר לב טובה 52924834

המלצות

המלצה: הידרותרפיה + פיזיותרפיה לשיפור טווחים ולחיזוק שרירים סובבי כתף, עמ"ש עליון, חגורת כתפיים ובייחוד סובבי שכמה והדלתאיד.
תרגול עצמי של התרגילים שקיבלת בפיזיותרפיה בבית.
הדרכה לפעילות ספורטיבית מתאימה.
מעקב רופא ואורתופד מטפל.
בדיקת מומחה כף יד

נחתם ע"י: דר' פוגל גיא מ.ר. 31344

חתימה:

אם במהלך הבירור והטיפול בכך 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: 10:17 13/01/2025

כדאי להכיר, שיבא BEYOND ליווי, טיפול וייעוץ אונליין מהבית



למידע נוסף סרקו

תאריך: 15/01/2025 11:30

הפניה כללית

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	בר-לב טובה
ת.לידה:	24/10/1954	ישוב: קריית אונו
מס בית:	1 / 37	טלפון: 52- 6288288
מס זהות:	00052924834	נחל גמלא
גיל:	70.03	טלפון נוסף: 3- 5666420

35757071066

מספר הפניה:

גורם שולח



5757

מספר הפניה



035757071066

תז נבדק



52924834

מספר רשיון



031963

לכבוד: ניתוח אורטופדי כף יד
יש לפנות למוקד כללית *2700
לצורך קביעת תורן במרפאות חוץ לניתוח

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
65616	C0443	ניתוח לשחרור עצב מדיאני בשורש כף היד ללא נירוליזס	65616

אבחנה משוערת:

קוד	איפיון	אבחנה
3540	rt more	CARPAL TUNNEL SYNDROME
715	cmcj thumb rt m	OSTEOARTHRITIS
7234	radicul rt	DEGENERATIONDEGENERATIVE CERVICAL SPINE
3542	bil	ULNAR NEUROPATHY

תלונות: ב-10.24 נפלה באזעקה עם חבלת יד ימין. סבלה משבר כתף, עברה ניתוח, עשתה PT עם הטבה. מאז הנפילה סובלת מרדימות האצבעות יד ימין עם כאב
EMG- RADICUL RT MORE CTS +MILD ULNAR NEURP
המלצה ניתוח(הוסבר על סיבוכים וסיכונים; אופציות אחרות-שמרניות-וסיכונים להצלחה וכישלון)
הומלץ זריקת קורטיזון(הוסבר על סיכונים וסיבוכים כולל זיהום מקומי)
נשלחה לפיזיותרפיה
מיצב שורש
B MG

ממצאים בבדיקה: כתף ימין כאב והגבלה פישוק וכיפוף אקטבי 80 מע

FINKELSTEIN'S TEST- שלילי

מבחני PHALEN'S TEST חיובי; TINEL'S TEST חיובי

ללא חוסר נירולוגי מימין פרט לירידה בתחושת האצבעות 1-4 גם פלנטרי וגם וולרי

צוואר- מעט הגבלה ומעט כאב מימין בסוף התנועה; ללא חוסר נירוווקולרי או מוטורי

לייטרמה והופמן - ספורלינג -

רגישות בבסיס אצבע 1 CMJ עם מעט הגבלה בתנועה ללא קפיצה ללא סימני זהום דו צדדי

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מגילוי	איפיון	בעיה
01/08/1998		HYPERCHOLESTEROLEMIA

ס.ה.ר. 1

מ.גילוי	איפיון	בעיה
		HYPERTENSION ESSENTIAL
1 /		LAMINECTOMY L4-5
01/08/1991		FAMILY HISTORY OF MALIGNANT NEOPLASM OF BREAST
01/04/2004		DIABETES MELLITUS
01/07/2008		CYSTORECTOCELE -3
01/07/2013		RECTAL POLYP
28/01/2015		GASTRIC ULCER
28/01/2015		SPINAL STENOSIS
15/01/2019		DISC LESIONS
15/01/2019		MALIGNANT NEOPLASM BREAST
29/11/2020	29/11/2020	breast infiltrating duct carcinoma rt T1b NO MO
15/02/2021	15/02/2021	COVID-19 coronavirus recovered patient
04/04/2022		OSTEOPENIA
07/02/2024		FATTY LIVER
07/02/2024		SHOULDER FRACTURE
18/10/2024		

HYPERTENSIVE CARDIORENAL DISEASE

מידע ישן

רגישויות ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
ADRENALIN	SYCOPE	המטופל
SIMVACOR	כאבים בשרירי רגליים	המטופל
ACE	שיעול	המטופל

תרופות קבועות

תרופות	כמות	א. הגשה	פעמים	ב...
ELATROL 25MG TAB 25MG	1	טבליות	1	ביום
ANASTROZOLE TAB 1MG 30 1MG	1	טבליות	1	ביום
BILAXTEN (M) TAB 20MG 30 20MG	1	טבליות	2	ביום
OMEPRADDEX 40MG CPL 40MG	1	קפליות	2	ביום
ATOZET TAB 10MG/20MG 30 10MG/20MG	1	טבליות	1	ביום
BETMIGA PR 50MG TAB 30 50MG	1	טבליות	1	ביום
FERROUS SULPHATE TAB 80MG 30 80MG	1	טבליות	1	ביום
DUORESP SPIROMAX INH160/4.5MCG 160MCG/4.5MCG	1	שאיפות	2	ביום
CALCIUM CARBONATE-VITAMIN D3 C CF	1	טבליות	1	ביום
STRIP FREESTYLE FREEDOM LITE B	1	יחידות	1	ביום
GLUCOPHAGE CAP 850MG	1	טבליות	2	ביום
NORMITEN 25MG TAB 25mg	0.5	טבליות	1	ביום

נחתם דיגיטלית

31963

ד"ר ויאצ'סלב לשינר

חתימה וחומת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

ELAT
ANASTROZ
BILAXTEN (M)
OMEPRADDEX
ATOZET
BETMIGA PR
FERROUS SULPHATE
DUORESP SPIROMAX
CALCIUM CARBONATE
STRIP FREESTYLE
GLUCOPHAGE
NORMITEN

ס.ה.ר. 1

דף 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

15/01/2025

הודפס ע"י ד"ר ויאצ'סלב לשינר

00052924834

הפניה כללית

בר-לב טובה

תאריך: 15/01/2025

הפניה לפיזיותרפיה

(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל: שם משפחה ופרטי: **בר-לב טובה**
ת.לידה: 24/10/1954
מס בית: 37 / 1
מס זהות: 00052924834
גיל: 70.03 מין: נ
רחוב: **נחל גמלא**
טלפון נוסף: 3- 5666420
קריית אונו
טלפון: 52- 6288288

גורם שולח



5757

מספר הפניה



035757071067

35757071067

תז נבדק



52924834

רשיון רופא



031963

מספר הפניה:

לכבוד: פיזיותרפיה-physiotherapy

לצורך קביעת תור להתקשר בטל 2700*
במידה וברקע יש מחלות אונקולוגיות; זקוק/ה המטופל לאישור מאונקולוג המטפל

שירות שנבחר

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

OSTEOARTHRITIS

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה
10.24 נפלה באזעקה עם חבלת יד ימין. סבלה משבר כתף, עברה ניתוח, עשתה PT עם הטבה. מאז הנפילה סובלת מרדימות האצבעות יד ימין עם כאב
EMG- RADICUL RT MORE CTS +MILD ULNAR NEURP
המלצה ניתוח(הוסבר על סיבוכים וסיכונים; אופציות אחרות-שמרניות-וסיכונים להצלחה וכישלון) CTS
הומלץ זריקת קורטיזון(הוסבר על סיכונים וסיבוכים כולל זיהום מקומי)
נשלח/ה לפיזיותרפיה
מיצב שורש
B MG

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/08/1998		HYPERCHOLESTEROLEMIA
/ /		HYPERTENSION ESSENTIAL
01/08/1991		LAMINECTOMY L4-5
01/04/2004		FAMILY HISTORY OF MALIGNANT NEOPLASM OF BREAST
01/07/2008		DIABETES MELLITUS
01/07/2013		CYSTORECTOCELE -3
28/01/2015		RECTAL POLYP
28/01/2015		GASTRIC ULCER
15/01/2019		SPINAL STENOSIS
15/01/2019		DISC LESIONS
29/11/2020		MALIGNANT NEOPLASM BREAST
15/02/2021		breast infiltrating duct carcinoma rt T1b NO MO
15/02/2021		COVID-19 coronavirus recovered patient
04/04/2022		OSTEOPENIA
07/02/2024		FATTY LIVER
07/02/2024		SHOULDER FRACTURE
18/10/2024		HYPERTENSIVE CARDIORENAL DISEASE

מידע ישי

רגישויות ו/או תופעות לוואי

ס.ה.ר 7

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לפיזיותרפיה

דף 1

15/01/2025

הודפס ע"י ד"ר ויאצ'סלב לשינר

00052924834

בר-לב טובה

רשימת תרופות	תגובה	מספר ע"י
ADRENALIN SYCOPE	המטופל	
SIMVACOR	המטופל	
ACE	המטופל	

תרופות קבועות

תרופות	כמות	א. הגשה	פעמים	ב...
ELATROL 25MG TAB 25MG	1	טבליות	1	ביום
ANASTROZOLE TAB 1MG 30 1MG	1	טבליות	1	ביום
BILAXTEN (M) TAB 20MG 30 20MG	1	טבליות	2	ביום
OMEPRADAX 40MG CPL 40MG	1	קפסולות	2	ביום
ATOZET TAB 10MG/20MG 30 10MG/20MG	1	טבליות	1	ביום
BETMIGA PR 50MG TAB 30 50MG	1	טבליות	1	ביום
FERROUS SULPHATE TAB 80MG 30 80MG	1	טבליות	1	ביום
DUORESP SPIROMAX INH160/4.5MCG 160MCG/4.5MCG	1	שאיפות	2	ביום
CALCIUM CARBONATE-VITAMIN D3 C CF	1	טבליות	1	ביום
STRIP FREESTYLE FREEDOM LITE B	1	יחידות	1	ביום
GLUCOPHAGE CAP 850MG	1	טבליות	2	ביום
NORMITEN 25MG TAB 25mg	0.5	טבליות	1	ביום

ממצאים קליניים

כתף ימין כאב והגבלה פשוט וכיפוף אקטבי 80 מע
FINKELSTEIN'S TEST שלילי
TINEL'S TEST חיובי
PHALEN'S TEST חיובי
ללא חוסר נוירולוגי מימין פרט לירידה בתחושת האצבעות 1-4 גם פלנטרי וגם
וולרי
צוואר- מעט הגבלה ומעט כאב מימין בסוף התנועה; ללא חוסר נוירוסקולרי או
מוטורי
לייטרמה והופמן - ספורלינג -
רגישות בבסיס אצבע 1 CMJ עם מעט הגבלה בתנועה ללא קפיצה ללא סימני
זהום דו צדדי

נחתם דיגיטלית

31963

ד"ר ויאצ'סלב לשינר

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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



015757089212

מס' מרשם

שירותי בריאות כללית



מרשם

ג' ניסן

תשפ"ו

תשפ"ו

בר-לב טובה

מס' זהות: 00052924834

גיל: 70.03 מין: נ

DEPO MEDROL 80MG/2ML+LIDOCAINE 80MG/2ML

000053890

למשך 1 ימים סה"כ 1 יח

זריקה 1 x 1 ביום

תוקף מרשם: 16/04/2025 - 15/01/2025

TRIBEMIN TAB 20 CF

111516022

למשך 20 ימים סה"כ 20 יח

טבליות 1 x 1 ביום

תוקף מרשם: 16/04/2025 - 15/01/2025

ANTI LEG CRAMPS BOX OF 50 CAP CF

000081142

למשך 30 ימים סה"כ 1 OP

כמוסות 1 x 1 ביום

תוקף מרשם: 16/04/2025 - 15/01/2025

ARTHRYL GO SACHETS 1500MG 30 1500MG

000118443

למשך 30 ימים סה"כ 1 OP

שקיות 1 x 1 ביום

תוקף מרשם: 16/04/2025 - 15/01/2025

מס' רישיון



031963

טלפון: 03-6717800

כתובת: עזרא 11, בני ברק

נחתם דיגיטלית

חתימה וחותמת הרופא:

ד"ר ויאצ'סלב לשינר

שם הרופא

תחום: אורטופדיה

בידיעתי, במידה וקיים פריט גנרי, מורשה בית המרקחת לספק תרופה גנרית זהה שאושרה על ידי הקופה

לצורך אבטחת מידע, לקבלת תרופות יש להציג כרטיס מגנטי

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

תאריך: 20/01/2025

סיכום מידע רפואי

פרטי המטופל:
שם משפחה ופרטי: בר-לב טובה
ת.ל.ידה: 24/10/1954
מס בית: 37 / 1
מס זהות: 00052924834
גיל: 70.03 מין: נ
רחוב: נחל גמלא
טלפון נוסף: 3-5666420
קריית אונו
טלפון: 52-6288288

סוג תאונה: 9 פעולת איבה
תאריך תאונה: 14/10/2024

מיועד ל- ביטוח לאומי

משקל: 76.9 kg
גובה: 166 cm
11/07/2024
לחץ דם: 130/74 B.P
11/07/2024
מעשן: מעולם לא
bmi: 27.91

אבחנה -מצב בריאותי

Current Diagnoses

בעיות פעילות

ת.גילוי	איפיון	בעיה
00/08/1998		HYPERCHOLESTEROLEMIA
/ /		HYPERTENSION ESSENTIAL
00/08/1991		LAMINECTOMY L4-5
00/04/2004		FAMILY HISTORY OF MALIGNANT NEOPLASM OF BREAST
00/07/2008		DIABETES MELLITUS
00/07/2013		CYSTORECTOCELE -3
28/01/2015		RECTAL POLYP
28/01/2015		GASTRIC ULCER
15/01/2019		SPINAL STENOSIS
15/01/2019		DISC LESIONS
29/11/2020	29/11/2020	MALIGNANT NEOPLASM BREAST
15/02/2021	15/02/2021	breast infiltrating duct carcinoma rt T1b NO MO
04/04/2022		COVID-19 coronavirus recovered patient
07/02/2024		OSTEOPENIA
07/02/2024		FATTY LIVER
18/10/2024		SHOULDER FRACTURE

HYPERTENSIVE CARDIORENAL DISEASE

מידע ישן

רגישויות ו/או תופעות לוואי

Sensitivities to Drugs

חומרה	נמסר ע"י	תגובה	רגישות ל
	המטופל	SYCOPE	ADRENALIN
	המטופל	כאבים בשרירי רגליים	SIMVACOR
	המטופל	שיעול	ACE

תרופות קבועות

Medications

תרופה	כמות	א. הגשה	פעמים	ב...
ELATROL 25MG TAB 25MG	1	טבליות	1	ביום
ANASTROZOLE TAB 1MG 30 1MG	1	טבליות	1	ביום
BILAXTEN (M) TAB 20MG 30 20MG	1	טבליות	2	ביום
OMEPRADDEX 40MG CPL 40MG	1	קפליות	2	ביום
ATOZET TAB 10MG/20MG 30 10MG/20MG	1	טבליות	1	ביום
BETMIGA PR 50MG TAB 30 50MG	1	טבליות	1	ביום
FERROUS SULPHATE TAB 80MG 30 80MG	1	טבליות	1	ביום
DUOESP SPIROMAX INH160/4.5MCG 160MCG/4.5MCG	1	שאיפות	2	ביום

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

סיכום מידע רפואי

תרופה	כמות	א. הגשה	פעמים	ב...
CALCIUM CARBONATE-VITAMIN D3 C CF	1	טבליות	1	ביום
STRIP FREESTYLE FREEDOM LITE B	1	יחידות	1	ביום
GLUCOPHAGE CAP 850MG	1	טבליות	2	ביום
NORMITEN 25MG TAB 25mg	0.5	טבליות	1	ביום

הערות

ב14.10 נפילה סביב אזעקה- נחבלה בכתף ימין, מכות יבשות בגוף התאשפזה באורטופדיה עם שבר חלקים הומרוס פרוקסימלי צד ימין בצילומים שבר 4 חלקים הומרוס פרוקסימלי צד ימין עברה רדוקציה וקיבוע שבר הומרוס פרוקסימלי מהלך בטר ניתוחי תקין נירופתיה בעיקר בכפות רגליים ויותר ביד ימין- שהחמירה מאז השבר והנפילה. הקלה חלקית עם אלטרול. ביצעה EMG גפיים עליונות - עדות ל- CTS סנסורית קלה דו"צ בולטת יותר מימין קיימת עדות ללכידה אולנרית קלה במרפק דו"צ יעוץ אורתופד - 15.1- מאז נפילה סובלת מרדימות אצבעות יד ימין EMG כאמור הומלץ על זריקת קורטיזון - קיבלה עם שיפור חלקי הומלץ על ניתוח CTS מיצב שורש ופזיטרפיה לציין כי היתה נירופתיה גם לפני, אך החמירה סביב נפילה בזמן אזעקה, לאחר השבר בכתף. מטופלת בפזיטרפיה, מוגבלת עדין בתפקוד היד ונזקקת לעזרה חלקית ברחצה, משק בית

נחתם דיגיטלית**

89230

ד"ר הילה בודנשטיין-סחר

חתימה וחזמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

רישום רפואי זה כפוף לתנאים להלן:
הנתונים אשר באישור זה מבוססים על הרישומים שבכרטיס הרפואי על שמו של הנ"ל במרפאה הכללית. רישומים אלה מבוססים על מידע שנמסר לרופא המטפל ע"י הנ"ל ו/או על מידע בדבר תוצאות בדיקות. קופת חולים, רופאה, עובדיה וכל מי שפועל מטעמה אינם אחראים לאמיתות העובדות שנרשמו מפי הנ"ל או מפי אפוסטרופוס/יו של הנ"ל שלגביו ניתן אישור זה או אם ביקור, טיפול או בדיקה מסויימת לא מצאו את ביטויים ברישומים שבכרטיס הרפואי על שמו של הנ"ל. כמו כן אין הם אחראים על תוצאות משגה או רשלנות בטיפול שיבוצע בנ"ל ע"י צד ג', על סמך אישור זה. תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכלליות

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

סיכום מידע רפואי

התרעה - 14/10/2024

פירוט התרעה

צבע אדום

17:33:14



צופר

יד

תל אביב - עבר הירקון בני ברק הרצליה - מערב הרצליה - מרכז וגליליים
כפר שמריהו פתח תקווה רמת גן - מערב רמת השרון בית עלמין מורשה
סינמה סיטי גלילות מתחם פי גלילות

שרון

גבעת חן רעננה אלישמע בית ברל בני דרור ג'לג'וליה גן חיים
גניעם הוד השרון חגור חרות טירה ירחיב ירקונה כפר הס
כפר מל"ל כפר סבא משמרת מתן נווה ימין נווה ירק ניר אליהו
עדנים עין ורד צופית קדימה צורן רמות השבים רמת הכובש
שדה ורבורג שדי חמד תחנת רכבת ראש העין תל מונד אבן יהודה אודים
ארסוף בית יהושע בני ציון בצרה געש חרוצים יקום כפר נטר
מכון יונגייט רשפון שפיים תל יצחק מתחם "חנה וסע" שפיים
בית סוהר השרון מרכז אזורי דרום השרון

צבע אדום

17:33:28

מנשה

חדרה - מזרח חדרה - מרכז גן השומרון גן שמואל עין שמר פרדס חנה כרכור
מאור שדה יצחק תלמי אלעזר

שרון

אחיטוב גבעת חיים איחוד גבעת חיים מאוחד המעפיל עין החורש

נתניה - מזרח נתניה - מערב בית יצחק - שער חפר

צבע אדום **17:33:29** 

שרון

אביחיל שושנת העמקים בית חרות בית ינאי ביתן אהרן בת חן
גבעת שפירא חבצלת השרון וצוקים חופית כפר יותקין נעורים

צבע אדום **17:33:30** 

שרון

גאולים טייבה יערך כפר יעבץ עזריאל עין שריד פורת פרדסיה
צור משה קלנסווה שער אפרים בארותיים בורגתה חניאל ינוב
כפר יונה ניצני עוז עולש תנובות

צבע אדום **17:33:34** 

שרון

אליכין

צבע אדום **17:33:57** 

שרון

אורנית אייל חורשים כוכב יאיר - צור יגאל כפר ברא כפר עבודה
כפר קאסם נירית צור יצחק צור נתן אלפי מנשה צופים
אזור תעשייה טירה אמץ בחן בת חפר גן יאשיה יד חנה סלעית

צבע אדום **17:34:00** 

ידן

בתים חולון

השפלה

פארק תעשיות פלמחים ראשון לציון - מזרח ראשון לציון - מערב אירוס בית חנן
בית עובד גן שורק נטעים נס ציונה עיינות

לכיש

פלמחים

צבע אדום 17:34:40

שרון

אזור תעשייה עמק חפר גאולי תימן מכמורת

מנשה

מתחם שביל התפוזים

צבע אדום 17:35:00

שרון

כפר ידידיה

מנשה

אזור תעשייה קיסריה

צבע אדום 17:35:12

שרון

הדר עם כפר חיים מעברות משמר השרון

צבע אדום 17:35:20

שרון

גנות הדר המרכז האקדמי רופין כפר מונש

צבע אדום

17:35:31

דן

תל אביב - דרום העיר יופו תל אביב - מזרח תל אביב - מרכז העיר אור יהודה

אזור גבעת שמואל גבעתיים יהוד מונסון מקווה ישראל סביון קריית אונו

רמת גן - מזרח גני תקווה

השפלה

באר יעקב לוד ניר צבי תעשיון צריפין אחיעזר בית דגן זיתן חמד

חניון הנתיב מהיר יגל כפר חב"ד משמר השבעה צפריה גנות

צבע אדום

17:35:38

שומרון

אבני חפץ ענב

צבע אדום

17:35:49

שרון

אזור תעשייה כפר יונה בית הלוי העוגן

צבע אדום

17:36:07

מנשה

חדרה - מערב חדרה - נווה חיים

שרון

אלישיב בית חזון חגלה חיבת ציון חרב לאת כפר הרא"ה

צבע אדום

17:36:09

שרון

נורדיה

צבע אדום

17:36:28

שרון

נתניה - מערב בית יצחק - שער חפר גבעת חיים איחוד גבעת חיים מאוחד

מנשה

חדרה - מרכז

צבע אדום

17:36:41

שרון

אביחיל שושנת העמקים אליכין בית חרות בית ינאי ביתן אהרן בת חן

גבעת שפירא חבצלת השרון וצוקי ים חופית כפר ויתקין נעורים

מנשה

חדרה - מזרח

צבע אדום

17:37:03

שרון

נתניה - מזרח בני דרוך גאולים חרות טירה יעף כפר הס כפר יעבץ

כפר עבודה משמרת עזריאל עין ורד עין שריד פורת פרדסיה

צור משה קדימה צורן קלנסווה תל מונד אבן יהודה אודים בית יהושע

כפר נטר תל יצחק ינוב כפר יונה תנובות בית סוהר השרון

מפה אינטראקטיבית

