



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

בדוא"ל
מבלי לפגוע בזכויות

מרץ 2025 19
Office@freiberg-law.com

פרייברג רסקין
משרד עורכי דין

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד



לכבוד
גב' גבי פיינגולד
מחלקת ביטוחי בריאות
הראל חברה לביטוח בע"מ
באמצעות דוא"ל

ג"נ שלום רב,

הנדון: שחר קסורלה, ת"ז 3-30783777
פוליסה שמספרה: 800536415
מספר תביעה: 14528444

הריני מאשר קבלת מכתבך מיום 16.3.25 והנני מתכבד להשיבך כדלקמן:

1. מצ"ב טופס תביעה בצירוף תעודות רפואיות נוספות וטופס ויתור על סודיות רפואית.
2. כן, מצ"ב אישור היעדרות מטעם המעביד וצילום המחאה.
3. לעיוןך וטיפולך המסור בתשלום תגמולי הביטוח להם זכאי מרשי אודה.


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

שם משפחה קסירלג		שם פרטי מהר		מס' ת. זהות 7377378303		שם האב שרה	
רחוב הירקון		מספר 46		עיר האשדוד		מיקוד 5949791445	

אני החתום מטה (במקרה של קטין ירשמו פרטיו), נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי (לרבות קופת חולים) ו/או מכן מור ו/או המכון הרפואי לבטיחות בדרכים ו/או האגודה לבריאות הציבור ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או לשירות בתי הסוהר ו/או לשלטונות צה"ל ו/או למשרד הביטחון (על שלוחותיו השונות, ועדות רפואיות ו/או קרן מבטחים), ו/או המרכז לבריאות הנפש, ו/או בית חולים לבריאות הנפש, ו/או מרפאות לבריאות הנפש, ו/או האגודה למען שירותי בריאות הציבור - סיעוד, ו/או למשרד החינוך, ו/או למשרד הפנים, ו/או למנהל האוכלוסין, ו/או לשירות התעסוקה, ו/או לשרות הפסיכולוגי ו/או למשרד הבריאות ו/או למכון גנטי ו/או למכון פוריות ו/או רשות המיסים בישראל ו/או לכל אדם אחר כלשהו (להלן - "נותני השירותים"), למסור להרצל חברה לביטוח בע"מ ו/או מי מטעמה, (להלן: "המבקשים"), את כל הנתונים והפרטים המצויים בידיהם או בידי מי מטעמם, ללא יוצא מהכלל, ובאופן שידרשו המבקשים (בכתב או בעל פה), המתייחסים למצבי הבריאותי ו/או הפסיכיאטרי ו/או הפסיכולוגי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או על הישגי בלימודים ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת, לרבות HIV, ו/או כרטיס טיפת חלב, ולרבות טיפולים, בדיקות ואבחנות. כמו כן אני נותן רשות לכל אחת מחברות הביטוח וכן ל"הפול" - המאגר לביטוחי רכב חובה בע"מ - למסור חומר ו/או מידע המתייחס לביטוחים ולתביעות מכל סוג ו/או לתאונות קודמות ו/או מאוחרות שעברתי כולל מצב התביעה, סכום הסילוק ומועדו, וכן כל מידע בנוגע למצבי הרפואי.

אני משחרר בזה אתכם ו/או כל רופא מרופאים ו/או כל עובד מעובדיכם ו/או כל מוסד ממוסדותיכם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיכם ו/או כל אגף של משרד החינוך ו/או השרות הפסיכולוגי ו/או משרד הבריאות, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או הנפשי ו/או הישגי בלימודים ומתיר לכם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שלעיל, לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע או מסמך על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי. הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ו/או מי מטעמם, ולא תהיה לי אליכם ו/או אל מי מטעמכם, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

ויתור זה חל גם על כל רשימות הרופאים שטפלו בי המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות הנ"ל.

בנוסף, הרני מאשר להרצל חברה לביטוח בע"מ ו/או מי מטעמה, להעביר מידע רפואי בענייני לכל אחת מחברות הביטוח הקיימות וליועץ הביטוחי של קולקטיב הביטוח (במידה וקיים).

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א-1981 והיא על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופות החולים ו/או רופאים ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.

שם קופ"ח כלל		סניף	מס' חבר	שם המוסד
שם קופ"ח קודמת		מס' אישי בצה"ל		

שמות רופאים, מכונים ומעבדות	
רופאים	מכונים / מעבדות
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.

חתימת המבוטח/אפטרופוס		תאריך 18.3.25
שם פרטי+שם משפחה* מהר קסירלג		חתימת המבוטח/אפטרופוס*

*במקרה של קטין/חסוי יציין את שמם ויחתמו על המסמך כל האפטרופוסים על פי דין, במידה וקיים צו מינוי אפטרופוס - יש לצרפו.

במקרה של חסוי (אפטרופוס)	
בנוסף על האמור לעיל, הננו מצהירים, כי איסוף החומר נעשה לטובת החוסה:	
שם האם/אפטרופוס	ת.ז.
שם האב/אפטרופוס	ת.ז.

חתימת עד מהימן**	
שם פרטי+שם משפחה* אריאל פריברג, עו"ד	תאריך 18.3.25
שם עד מהימן לחתימה** חותמת עם מס' רישיון	עד לחתימה ומס' ת.ז.

ד נא לצרף לטופס זה

- טופס ויתור סודיות רפואית וכללית חתום כנדרש.
- אישור רפואי (ממרפאה או בית חולים) ממועד התאונה-דו"ח טיפול ראשוני.
- מסמכים רפואיים מתחילת אי כושר העבודה.
- שכיר: אישור מהמעסיק בו תצוין תקופת ההיעדרות מהעבודה.
- במקרה של תאונת דרכים - אישור משטרה.
- צילום המחאה אישית מבוטלת ו/או אישור ניהול חשבון בנק על שם המבוטח וזאת לצורך ביצוע העברה בנקאית.

ה הצהרת המבוטח

אני הח"מ (המבוטח) מר קסל מצהיר בזה כי כל האמור לעיל הוא נכון, וכי לא העלמתי מהחברה דבר הקשור עם התביעה הנוכחית.

אני הח"מ (המבוטח) מבקש לאור כל האמור והמסמכים המצורפים לשלם לי פיצוי בהתאם לתנאי הפוליסה/וח לעיל.

מקום 18.3.25 תאריך חתימה

ז פרטי חשבון בנק ע"ש המבוטח

במידה ותאושר תביעתך יבוצע תשלום הפיצוי החודשי ישירות בהפקדה לחשבון הבנק שלך. לשם כך נא ציין את פרטי חשבון הבנק לתשלום.

יש לצרף צילום המחאה אישית או אישור ניהול חשבון בנק על שם המבוטח ליוזא הפרטים.

שם הבנק שם/כתובת הסיף מספר חשבון

ח מינוי סוכן ביטוח

הנני מאשר לסוכן הביטוח שלי בפוליסה, מר/גב' לטיפול בשמי ועבורי בכל הקשור לתביעה זו ובכלל זאת להגיש ל"הראל" ולקבל מ"הראל" בשמי ועבורי את כל התכתובות ו/או המסמכים הקשורים לתביעה, לרבות פירוט הפוליסות שבהן אני מבוטח בהראל שאינן בהכרח פוליסות בהן סוכן הביטוח שאני מייפה את כוחו בהסכמתי זו, הינו הסוכן המטפל, ולשמש כשלוחי לכל דבר ועניין הנוגע לתביעה זו.

תאריך שם + שם משפחה חתימה

לידיעתך, העתקי התכתובות ו/או המסמכים הקשורים לתביעה יועברו בכל מקרה לסוכן הביטוח שלך בפוליסה.

ט הסכמה לשימוש בדואר אלקטרוני (דוא"ל)

אני מסכים כי בכל מקום בו מכוח החוק ו/או הפוליסות שיש לי בקבוצת הראל, נדרשת החברה, או מי מטעמה, להעביר למבוטח מידע ו/או מסמך בכתב, תהיה לחברה או למי מטעמה אפשרות להעביר אלי את המידע ו/או המסמך בדואר אלקטרוני לכתובת האי-מייל שגרשמה על ידי בטופס זה, במקום בדואר, אף אם הוא כולל "מידע רגיש" כהגדרתו בחוק הגנת הפרטיות. לפיכך, אפשרות פתיחת הדואר האלקטרוני תהיה על ידי בלבד וזאת באמצעות סיסמה אישית שלי.

תאריך שם + שם משפחה מספר ת.ז. חתימה

גארפילד מוטורס בע"מ

ח.פ. 517005054

053-5518327

054-2007774

רח' הרב רפפורט 3

ראשון לציון

18.3.25

לכל המעוניין

הנדון : העדרות מהעבודה

אנו מאשרים בזאת ששחר קסורלה מס' ת.ז. 307837773 , אשר החל לעבוד

בחברתנו מתאריך 1.1.25, נעדר מהעבודה מתאריך 2.2.25 ועד היום

בברכה,

גארפילד מוטורס בע"מ

גארפילד מוטורס בע"מ
ח.פ. 517005054



סודי רפואי

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

שם משפחה: קסורלה	שם פרטי: שחר
ת. זהות: 307837773	גיל: 31 מין: זכר
מקרה: 12335249	חדר ניתוח אמבולטורי
תאריך: 13/02/2025	

זמן הפקת התדפיס: 16:40 13/02/2025 ע"י דר' קרן תמרת

סיכום ביקור אמבולטורי

אבחנות בביקור

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P	Rec
CLOSED FRACTURE OF MIDDLE OR PROXIMAL PHALANX OR PHALANGES OF HAND	816.01	Right					
4TH							

שם הניתוח

למות	גניקולוגי	עיקרי	תאריך	שיטה ניתוחית	צד	קוד	ניתוח
		✓	13/02/2025			79.34	OPN REDUC-INT FIX FINGER

סיכום רפואי

נותח במסגרת אשפוז יום בהרדמה מקומית. בוצע שחזור פתוח וקיבוע אצבע 4 ימין.

המלצות בשחרור

המלצה: משככי כאבים לפי הצורך
לא להרטיב את החבישה, יד מורמת במתלה או על כרית
ביקורת במרפאת כף יד בעוד כ- 10 ימים
אנטיביוטיקה - צפמזין 1000 מ"ג 3 פעמים ביום למשך 3 ימים
בכל החמרה במצב - חום גבוה, כאבים גוברים או החמרה אחרת - יש לפנות לטיפול דחוף
חופש מחלה - חודש

חתימות רופא

זמן חתימה	תפקיד	שם החותם
13/02/2025 14:31	רופא מסכם	דר' קרן תמרת מר 34190



תאריך 10.02.25



לכבוד:

קסורלה שחר

הירקון 5/6

ראשון לציון 7523705

א.ג.נ,

הנדון: הזמנה לניתוח באשפוז

מר/גב' קסורלה שחר 30783777-3

הנך מוזמן בתאריך המפורט להלן לצורך ביצוע הליך רפואי. אשר פרטיו מפורטים בזימון זה.

פרטי יחידה מנתחת	שם מחלקה: היחידה לכירורגיה של גף עליון שם מנהל מחלקה: ד"ר אבישר ארז טלפון: 08-9779650 , פקס: 08-9779653
------------------	---

תאריך	תאריך הגעה	יום	תאריך	שעה
	תאריך ניתוח	יום חמישי	13/02/25	08:00
	קבלה במיון אחר"כ בניין 125	יום חמישי	13/02/25	
מקום הגעה				

פרטי ניתוח	קוד שירות	תיאור שירות
	G0120	ORIF/EF באצבע יד, שבר סגור, לרבות שתל עצם
	פרוצדורה	תיאור פרוצדורה OPN REDUC-INT FIX FINGER RI

אנא הקפד להביא	נא להביא עמך: - תעודת זהות, הזמנה זו, התחייבות כספית מאחת מקופות החולים או תשלום מזומן - תיעוד רפואי שבידך: מכתבי הפניה, סיכומי מחלה, צילומי רנטגן, דיסקים) (MRI , A.CT.ק.ג. , מעבדה וכד
----------------	--

לתשומת ליבך	לקראת הניתוח, יש לבצע את הבדיקות הבאות בקופת החולים: -ספירת דם,תפקודי קרישה -א.ק.ג מגיל 40 -צילום חזה לניתוחים בהרדמה כללית עליך לברר הפסקת תרופות לדילול דם (כגון אספירין) מול המחלקה המנתחת במעמד טרום הניתוח *למי שיש מינוי אפוטרופוס יש להגיע עם צו בית משפט*
-------------	--



***** הרדמה כללית - צום מחצות *****	
הערות מטופלים שיופיעו ללא כל הבדיקות, היעוצים הנדרשים והתחייבות כספית לא יתקבלו. למבוגרים/ מתבגרים בגיל העשרה: אין להגיע לניתוח עם איפור. חפצי ערך כגון: תכשיטים, כרטיסי אשראי וסכומי כסף ניתן להפקיד בכספת המיועדת למטרה זאת במשרד הקבלה בבניין המחלקה לרפואה דחופה (מיון). וכן להסיר בניית ציפורניים ופירסינג. בית החולים לא יהיה אחראי בשום מקרה לאובדן חפצי ערך כאמור. מועד ושעת הניתוח עשויים להשתנות בשל ניתוחים דחופים או עומס בלתי מתוכנן בחדרי הניתוח. אנו מודים לך על סבלנותך ומאחלים לך בהצלחה ובריאות שלמה. במידה ואין ביכולתך להגיע נבקש להודיע לנו בהקדם.	

שם מנהל מחלקה: ד"ר אבישר ארז
שם מחלקה: היחידה לכירורגיה של גף עליון

סיכום ביקור

תאריך: 29/01/2025

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	קסורלה שחר	מס זהות:	00307837773	גיל:	31.06	מין:	ז
ת.לידה:	21/07/1993	ישו:	ראשון לציון	רחוב:	הירקון	טלפון נוסף:	54-9796445	
מס בית:	5 / 6	טלפון:	54-9796445					

שלום רב,

תאריך הביקור: 29/01/2025

סוג ביקור: 0 ביקור רגיל

מהות הביקור: ביקור במר"מ

תלונות/סיבת הפניה: בן 31 בריא RHD חבלה ישירה בעבודה ליד שמאל בבדיקתו נפוחות רגישות ממוקמת מעל מסרק 3 טווחים מלאים ללא גזרור שמור NV דיסטלי אין צילום זמין

קוד	איפיון	אבחנה
7295		PAIN IN LIMB

דיון/תוכנית טיפולית: השלמת צילום ביקורת לאחר מכן 2 ימי מנוחה קירור מקומי משככי כאבים לפי צורך ביקורת בכל החמרה

הפניות	פרטי ההפניה	קוד	סטטוס
הפניה לדימות	78105-צילום כף יד שמאל	H3	הודפס

ברכה,

ניסן אמזלג

156371

חתימה וחותמת הרופא

מס' רשיון

שם הרופא

הודפס בתאריך: 29/01/2025 13:51
הודפס ע"י: רונה זפרני
רישום מתאריך: 29/01/2025 13:49:01

דף 1

ביקור אחות
קסורלה שחר, ת.ז.: 3-30783777-00; גיל: 31.6

תאריך ביקור: 29/01/2025 מין: ז גיל: 31.06
סוג ביקור: 0 ביקור רגיל
מהות הביקור: מרפאה: מוזמן
גורם מפנה: אחות אורתופדיה
מיון וויסות מטופלים (טריאז'): לא
מפגש עם: המטופל.
דיווח המטופל: נחבל בכף יד ימין בזמן החלפת גלגל

מטרת הביקור

טיפול ומעקב - אורתופדיה

ייעוץ והדרכה

סימנים חיוניים

תאריך	שעה	לחץ דם dias	לחץ דם sys	תנחת לחץ דם	מיקום מדידת לחץ דם	דופק לדקה	האם סדיר	תאריך מתן הוראה	שם נותן ההוראה
26/05/2024	13:49	86	125			78	סדיר		

מתאריך: 5/07/2023

eGFR: 111.25

משקל וגובה

משקל: 76 ק"ג מתאריך: 11/06/2023

גובה: 176 ס"מ מתאריך: 11/06/2023

BMI: 24.54

אומדן ואבחנות סיעודיות

אומדן

מעקב כאב

אבחנה סיעודית

כאב; מגבלה בנוחות פיזית

המשך טיפול

הערות: לכבוד מוקד

בהיעדר רופא

מופנה למוקד להמשך טיפול

פרטי עדכון

כליאת מחוץ מרכז
מרפאת פניסקר
רח' יהודה לוי 33 ראשון
טל: 03-511808

תאריך רישום: 29/01/2025

שם האח/ות: רונה זפרני

שם מרפאה: מרפאת פניסקר

קוד מרפאה: 2061

קוד מחוז: 07

מקצוע המעדכן 146 סיעוד אורתופדיה

תאריך: 29/01/2025

הפניה לדימות

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	קסורלה שחר	מס זהות:	00307837773	גיל:	31.06	מין:	ז
ת.לידה:	21/07/1993	ישוב:	ראשון לציון	רחוב:	הירקון	טלפון מסקי:	54-9796445	
מס בית:	5 / 6	טלפון:	54-9796445					

מספר הפניה ישירה: 31505036911

גורם שולח



1505

מספר הפניה



031505036911

חז נבדק



0307837773

רשיון רופא



156371

ביום הבדיקה, נא לפנות למשרד מכון הרנטגן והדימות ב- 15 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה. 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 ואת הצוות המבצע במכון הרנטגן והדימות. נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין תור לבדיקה ב- 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78105	73120	צילום כף יד שמאל	10401011

המטופל מתלונן על בן 31 בריא RHD חבלה ישירה בעבודה ליד שמאל בבדיקתו נפוחות רגישות ממוקמת מעל מסרק 3 טווחים מלאים ללא גזרור שמור NV דיסטלי אין צילום זמין

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
7295		PAIN IN LIMB

דיון/תוכנית טיפולית השלמת צילום ביקורת לאחר מכן 2 ימי מנוחה קירור מקומי משככי כאבים לפי צורך ביקורת בכל החמרה

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/11/2004	BRAIN	CONCUSSION
01/01/2010		SMOKER

המשך מכתב: 307837773 שחר קסורלה
*****סודי רפואי*****

הוצע למטופל הנחת תפר ניילון עור על גבי הפצע. המטופל אינו מעוניין.
 במלר"ד טופל בצפמיזין IV, וחיסון טטנוס. שטיפה מרובה לפצעים. חבישה פולידין.
 הושם בחבישה אצבע אל אצבע.

המלצות:

- המשך אנטיביוטיקה לפי מרשם מצורף
 - ביקורת מרפאת כף יד בשבוע הבא במוסדינו לצורך הערכה טיפולית, נא לקבוע תור טלפונית במספר 089779610 (יש להגיע עם טופס 17)
 - נוגדי כאב לפי מרשם מצורף
 - יד מורמת במתלה רוב שעות היממה, הפעלת אצבעות מרובה
 - יד בחבישת אצבע אל אצבע עד לביקורת מרפאות, אין להסירה או להרטיבה
 - חופשת מחלה שלושה שבועות
 - בכל החמרה משמעותית בכאבים, נפיחות מתגברת משמעותית, חיוורון, חוסר תחושה או נימול באצבעות או כל החמרה אחרת, יש לפנות לבדיקה רפואית

תרופות מומלצות

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓	FLASH TAB שימוש בעת כאב מתפרץ - לפי הצורך			7 ימים	X 4 ביום	50 mg	PO	TRAMADEX FLASH TAB 50MG (TRAMADOL)
✓	מקסימום 8 קפליות ליום			10 ימים	X 4 ביום	1 cpl	PO	ROKACET PLUS CAPLET (CAFFEINE, CODEINE, PARACETAMOL (ACETAMINOPHEN))
✓				3 ימים	X 4 ביום	500 mg	PO	CEFORAL CAP 500MG (CEPHELEXIN)

מדדים אחרונים

BP	P	T	SAT
114/81	86	36.8	97

חתימת רופא

זמן חתימה	תפקיד	שם החותם
02/02/2025 15:40	רופא/ה מורשה/ת שחרור	ד"ר קומיי יואב מ.ר. 1178110



לביחור תוצאות בדיקות וקביעת תורים-
היכנסו לפורטל שמיר אישי

מחלקה לרפואה דחופה
מנהל מלר"ד: ד"ר גל פחיס
אחות אחראית: נטלי כרדי
טל: 08-9779910 פקס: 08-9779909

*****סודי רפואי*****

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

שם משפחה: קסורלה	ת. לידה: 21/07/1993 גיל: 31
שם פרטי: שחר	ת. זהות: 307837773 מין: זכר
כתובת: הירקון 5/6 ראשון לציון 7523705	מצב משפחתי: נשוי/אה 0
טלפון: 054-9796445	שם האב: משה שם האם: דנה
זמן קבלה: 11:50 02/02/2025	קופ"ח כללית
זמן פתיחת גיליון: 11:54 02/02/2025	מספר מקרה: 12329684
זמן שחרור: 16:11 02/02/2025	

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה

החלטה רפואית: שחרור

אבחנות במלרד

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P	Rec
אבחנה OPEN FRACTURE OF METACARPAL BONE(S), SITE UNSPECIFIED	815.10	Right		✓			

לא ידועה רגישות לתרופות

סיבת פנייה

סיבה עיקרית: תאונת דרכים

בדיקת רופא ראשונית

בן 31 בריא בד"כ
ללא רגישות לתרופות
עובד כמכונאי רכב, יד ימין דומיננטית.
מועד טטנוס אחרון לא ידוע.

מ/א/ ORIF ANKLE שמאל לאחר תאונת אופנוע

היום תאונת דרכים עצמית כרוכב אופנוע בדרך לעבודה. חבש קסדה
ללא אובדן הכרה. נחבל בכף יד ימין באצבעות 3-4 בנוסף שפשוף שטחי בשוק ימין.

בבדיקתו פצע בגודל 0.5*0.5 ס"מ, ב ZONE 1 דיאלי,
רגישות בגלילים מרוחקים באצבע 4+3, חסר ציסורן באצבע 4, ללא מעורבות מיטת הציפורן.

רגישות על גבי PIP 4,
תפקוד FDS + FDP שמורים
יישור שמור, תחושה שמורה
שמור MV

בצילומים- שברי גליל מרוחק 3+4, שבר בסיס דיאלי גליל אמצעי 4, UNICONDYLAR עם רושם לרוטציה

אבחנות בביקור

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	MP	Rec
CLOSED FRACTURE OF MIDDLE OR PROXIMAL PHALANX OR PHALANGES OF HAND	816.01	Right		✓			
4TH							
CLOSED FRACTURE OF DISTAL PHALANX OR PHALANGES OF HAND	816.02	Right					

לא ידועה רגישות לתרופות

חתימת רופא

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
דר' בן סירה יובל היינץ מ.ר. 170928	רופא ה. מסכם. ת.	09/02/2025 12:24

לזכויות שלכם מכל
הגורמים חפשו בגוגל
"כל זכות אחרי אשפוז"

כל זכות

ארגון לזכויות יחידות לקבל
www.kolzchut.org.il

"קול הבריאות"
5400* לכל יחידות
משרד הבריאות

"כל הבריאות"
המערכת לבדיקת
זכויות: call.gov.il

משרד הבריאות
לחיים בריאים יותר

חטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים



מרפאה כירורגית יד

מנהלת: דר' אבישר ארז מר. 34126

אח/ת אחראי/ת: מירב חיים
טל: 08-9779610 פקס: 08-9779611



המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, חשבו' - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 ואין למסור אותו /או את תוכנו /או איזה פרט שהוא ממש לכל אדם /או נוף אלא בהתאם להוראות החוק. מסירת המידע בניגוד לנבוע בחוקים אלו, מהווה עבירה

שם משפחה: קסורלה	ת. לידה: 21/07/1993 גיל: 31
שם פרטי: שחר	ת. זהות: 307837773 מין: זכר
כתובת: הירקון 5/6 ראשון לציון 7523705	מצב משפחתי: נשוי/אה 0
טלפון: 054-9796445	שם האב: משה שם האם: דנה
זמן קבלה: 10:38 09/02/2025	קופ"ח כללית
זמן הפקת התדפיס: 12:24 09/02/2025	מספר ביקור: 35288111

סיכום ביקור רפואי

תלונה עקרית

בן 31 בריא בד"כ
ללא רגישות לתרופות
עובד כמכונאי רכב, יד ימין דומיננטית.
2/2/25 תאונת דרכים עצמית כרוכב אופנוע בדרך לעבודה, נחבל בכף יד ימין באצבעות 3-4.
במיון אובחן עם שבירי גליל מרוחק 3+4, שבר בסיס רדיאלי גליל אמצעי 4, UNICONDYLAR עם רושם לרוטציה.
בבדיקתו פצע קטן באצבע 0.5*0.5 ס"מ בגובה DIPJ.
הוצע למטופל הנחת תפר ניילון עורי על גבי הפצע, אך לא היה מעוניין.
במלר"ד טופל בצפמיזין IV, וחיסון טטנוס. שטיפה מרובה לפצעים, חבישה פולידין.
הושם בחבישה אצבע אל אצבע.

ביקורת 9/2/25
השלים טיפול אנטיביוטי

בדיקה:

נפיחות אצבעות 3+4 ימין,
פצע במאה נקי באצבע 4,
רגיות קצות אצבעות PIPJ אצבע 4,
ללא חסר NV
מנגנון יישור וכיפוף תקין
קיים גרור אולגרי אצבע 4

צילום ביקורת - שבר בסיס גליל אמצעי אצבע 4 אספקט וולארי בעמדה לא מתקבלת

הוסב על הצורך בניתוח לשחזור השבר והמטח המפרקי וקיבוע בחדר ניתוח.

יקבל תור לניתוח.

המלצות:

המשך חבישת אצבע לאצבע וחבישה מרופדת קצה אצבעות
יקבל תור לניתוח - יש להיות בצום 6 שעות בטרם ניתוח

למוטג בלנד

קסורלה שחר ת.ג. 30783773
הירקון 5 דירה 6 ראשון לציון 7523705

0549796445-11570

שלמו ל

Z15

N.I.S.

DATE _____

תאריך

SIGNATURE

התזמנה

מס' הש"ק. CHEQUE No.

BRANCH No. 7157 '07

ACCOUNT No. 11270787

הבנק הבינלאומי הראשון לישראל ב.מ.
THE FIRST INTERNATIONAL BANK OF ISRAEL LTD