

ARIEL FREIBERG, ADV
IGAL RASKIN, ADV

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד

7 ABA HILLEL ST (SILVER BUILDING)
RAMAT GAN, 5252204
Tel 03-7412358, Fax2mail 077-3180983

רחוב אבא הלל 7 (בית סילבר)
רמת גן 5252204
טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

1.11.23

מ.ל.ב.

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
ענף נפגעי עבודה
באמצעות האתר

ח.נ., שלום רב,

הנדון: סבטלנה אבדורכמנוב, ת.ז. 317636140
תאונה מיום 19.2.23

1. מצ"ב טופס תביעה לקביעת דרגת נכות בצירוף תעודות רפואיות.

2. לעיונכם וטיפולכם המסור בתביעת מרשתי אודה.

בכבוד רב ובב"ח,


אריאל פרייברג, עו"ד



תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה ולתשלום גמלת נכות מעבודה

את התביעה יכול להגיש רק מי שאושרה תביעתו לדמי פגיעה עקב התאונה.

הגשת תביעה לנכות מעבודה

גמלת נכות מעבודה משולמת למי שהוכר על ידי הביטוח הלאומי כנפגע בעבודה, ונותרה לו נכות עקב הפגיעה. על המבוטח להופיע בפני ועדה רפואית שתקבע את דרגת נכותו, ובהתאם לכך תשולם לו קצבה חודשית או מענק, לפי הוראות החוק. שים לב, גם אם חזרת לעבודה או לא נעדרת מהעבודה, אתה יכול להגיש תביעה לגמלת נכות מעבודה.

חובה לצרף לטופס זה

- מסמך רפואי מהרופא המומחה שטיפל בך בקופת חולים או בבית חולים, עבור כל מגבלה או בעיה רפואית שתציין בטופס התביעה ואשר טרם הובאה לידיעת ביטוח לאומי.
- אם אתה מיוצג ע"י עורך דין יש לבקש מעורך הדין להזין ייפוי כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס, יש לצרף טופס בל/73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".
- אישורים לפי הנדרש בטופס התביעה.

כיצד יש להגיש את התביעה

- יש למלא את התביעה על פי ההנחיות הרשומות בה ולצרף אישורים נוספים על פי הנדרש בתביעה.
- את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:
 - למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי www.btl.gov.il ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסניף המטפל.
 - למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
 - לשלוח בדואר או בפקס או להניח בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- לשאלות ובירורים ניתן להתקשר למוקד 6050* או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.

על פי חוק, הקצבה תאושר לכל היותר עבור 12 החודשים שקדמו להגשת התביעה.

לידיעתך!

- לאחר הגשת התביעה תוזמן לבדיקה בוועדה רפואית. זימונך לוועדה יתאפשר רק לאחר שתמציא מסמכים רפואיים עבור כל המגבלות שתציין בסעיף 5.
- באפשרותך לקבל שירותי ייעוץ והכנה לוועדה הרפואית, ללא תשלום, במרכז יד מכוונת. לקביעת פגישה יש להתקשר לטלפון 2496*.
- מידע על מקבלי גמלת נכות מעבודה מועבר לגורמים שונים לצורך מיצוי זכויות.
- לשאלות ובירורים ניתן להתקשר למוקד 6050* או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט/יצירת קשר.
- מידע מורחב על קצבת נכות מעבודה מופיע באתר הביטוח הלאומי/קצבאות והטבות/נכות מעבודה.

עמוד 1 מתוך 5

31636140

נא למלא מספר תעודת זהות

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
מס' זהות / דרכון	
סוג המסמך	דפים

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה ולתשלום גמלת

נכות מעבודה

1

פרטי התובע

שם פרטי	שם משפחה
מכיל	אברהם
מספר זהות	מספר אישי בצה"ל
317636140	
תאריך לידה	עיסוק
30061954	שכיר ☒
שנה חודש יום	מתנדב ☐ עצמאי ☐
	מין ☐ זכר ☒ נקבה ☐

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב/תא דואר
	אר יזר			10/24	הרצ
דואר אלקטרוני:			טלפון נייד		טלפון קווי
_____@_____			_____		_____

אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – אנא השלם את הפרטים הבאים:

שם פרטי של איש קשר	שם משפחה של איש קשר
מס' זהות של איש קשר	

☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט (SMS), דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושא הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)

מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב/תא דואר

2

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה
19/02/2023
פרטים על הפגיעה
שנה חודש יום
19/02/2023

פרטי מקום העבודה - אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון, אנא מלא סעיף 3א'

3

- ששכיר - שם, טלפון וכתובת מקום העבודה
- עצמאי - שם, טלפון וכתובת העסק
- מתנדב - שם הגוף השולח לפעולת ההתנדבות

שם מקום העבודה / העסק / הגוף השולח לפעולות ההתנדבות

0. 156 30 200 11. 200 11. 200

מיקוד

יישוב

דירה

כביש

מס' בית

בסוף/תאריך

המקצוע ערב הפגיעה:

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

x3

מקום השירות

צ"ל

☐ משמר הכנסת

ש"ס

☐ משמר אזרחי

☐ משטרה

□ אחר

טלפון קווי

טלפון נייד

מ'ס' 079

מיקוד

יישוב

בית

רחוב/תא דואר

תאריך כניסה לשירות קבע _____ תאריך סיום השירות בקבע _____

ההאם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה?

ל ☐ כ ☐

אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, אנא צרף העתק ממכתב הדחייה.

פרטי הטיפול הרפואי

4

האם נזקקת לאשפוז עקב הפגיעה? ☐ לא

תקופת אשפוז

שם בית החולים

האם נעשו לך בדיקות עקב הפגיעה (צילומי רנטגן, CT, MRI וכד')?

☐ לא ☐ כן, פרט

שם המוסד הרפואי שבו נעשו הבד'קות וכתובתו

אם יש בידך צילומים או תוצאות בדיקות, נא לצרפם לטופס התביעה.

אני מבוטח בקופ"ח

ציין בטבלה שלהלן את שמות הרופאים שטיפלו בך או עדיין מטפלים בך:

כתובת המרפאה

תחום מומחיות

שם הרופא

5

המגבלות שיש לך עקב הפגיעה שבגינן אתה תובע גמלה

המסמך או התיעוד הרפואי הקשור למגבלה שציינת

המגבלות או הכאבים שמהם אתה סובל

כאבים והזלזלה כתוצאה מהריר והזלזלה
כאבים והזלזלה כתוצאה מהריר והזלזלה
כאבים והזלזלה כתוצאה מהריר והזלזלה
כאבים והזלזלה כתוצאה מהריר והזלזלה

האם סבלת בעבר ממחלה או כאבים באיבר/ים שנפגעו שצוינו על ידך לעיל?
☐ לא ☐ כן, פרט ממה סבלת, ממתן, יש לצרף מסמכים רפואיים:

6

חזרה לעבודה

האם חזרת לעבודה לאחר הפגיעה?

☐ כן - חזרתי לאותה העבודה

☐ כן - חזרתי לעבודה אחרת. פרט _____

שם המעביד וכתובתו _____

תאריך החזרה לעבודה _____

☐ לא חזרתי לעבודה - ציין את הסיבה _____

לידיעתך, לצורך הטיפול בתביעה אנו נפנה למעסיקיך לפי הצורך, לקבלת נתוני הכנסותיך
אם הנך מתנגד לכך עליך לסמן את ההצהרה הבאה

☐ אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטלי (ממוחשב) של הכנסותי.
ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי.

7

שליטה בשפה העברית

☐ אני לא שולט בשפה העברית. אני דובר _____

☐ אגיע לוועדה עם מלווה דובר עברית

☐ לא אגיע לוועדה עם מלווה דובר עברית

8

פרטים על תשלומים

האם אתה מקבל או זכאי לתשלום או תגמול ממוסד הביטחון?

☐ לא ☐ כן - ציין את סוג התשלום _____

מס' תיק באגף השיקום _____

האם הגשת או שאתה מתכוון להגיש תביעה לפיצוי נזיקין בגין המקרה?

☐ לא ☐ כן - ציין את שם הנתבע _____

9

סיוע ויצוג בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☐ כן

הגוף המייצג או המסייע: ☐ עורך דין ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוונת ☐ בית חולים ☐ עמותה

☐ אחר _____

אם אתה מיוצג ע"י עורך דין יש לבקש מעורך הדין להזין ייפוי כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות באתר
הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס, יש לשלוח אלינו טופס
בל/73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

טלפון
03-7412354

כתובת

חברת המס

שם גורם מסייע

ד"ר מיכל כהן

10

פרטי חשבון הבנק של התובע

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:
שמות בעלי החשבון

מספר חשבון	מס' סניף	שם הסניף/כתובתו	שם הבנק
551096	671	121159 - רח' יבנה	מזכ"ל

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי - אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיבוץ/המושב ☐ לחשבון הפרטי
אני השותף בחשבון הבנק של ת"ז _____ שם _____, מתחייב להשתמש
בכספי הגמלה שיופקדו בחשבון בעבור מקבל הגמלה.
אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מינוי הכוח בחשבון,
ולדאוג להחתימתם על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו,
את פרטי השותפים ומינוי הכוח, במהלך תקופת הזכאות ולאחריה.
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 מחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי
שהצהרתי לעיל, ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק
שמסרתי לעיל. לחלופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי
חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עליי להמציאם לפי דרישה.
תאריך 1/11/23 חתימת מקבל הגמלה * חתימת השותפים לחשבון *

11

הצהרה

אני החתום מטה, מצהיר בזאת כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.
ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עבירה 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.
ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות עליי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי.
במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.
☐ אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותי לגורמים נותני ההטבות.
☐ אני מסכים לוועדה בוידאו צ'אט
תאריך 1/11/23 חתימת התובע *

אם התביעה לא חתומה ע"י התובע נא לציין את הסיבה לכך, את שם החותם, כתובתו ומס' זהותו. אם התביעה
נחתמה בטביעת אצבע, נא לציין את שם העד לחתימה ומספר זהותו.

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: נכות מעבודה

פרטים אישיים

1

תאריך הפגיעה

19022023

שנה חודש יום

מספר זהות/דרכון

31636140

קוד גמלה

11

שם פרטי

מקלר

שם משפחה

אקדמא

חבר בקופת חולים

☐ כללית ☐ מאוחדת ☒ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר

הצהרה

2

אני הח"מ, שפרט"י האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית שלי ומבקש בזאת 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 אודותיי.

חתימת המבוטח *

1/11/23

תאריך

תאריך: 20/02/2023

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה

מוקד רפואה דחופה

ד"ר יוהנס איתן

טראומטולוגיה



התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 3555*

פקס: 03-7178253

כתובת: אלון יגאל 96, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: אבדורכמנוב	שם פרטי: סבטלנה
ת.ז.: 317636140	טל.עבודה/נייד: 0547258983
ת.לידה: 30/06/1954	טלפון: 036343883
כתובת: הורד 10/24, אור יהודה	מיקוד: 6035259

מכתב שחרור

20/02/2023

תאריך:

שעת קבלה: 19:32

שעת שחרור: 22:10

סיבת הפניה:

כאב בברך שמאל וכף יד ימין לאחר חבלה

אבחנות פעילות:

- FAMILY HISTORY OF BREAST MALIGNANCY (+0)
- GOITER UNS (02/2020)
- OSTEOPENIA (05/2022)
- OSTEOARTHRITIS UNS (07/2021)
- NO DIAGNOSIS - MEDICAL/SURGICAL PROCEDURE
- COLONOSCOPY NORMAL (04/2017) 2017
- STRESS ECHOCARDIOGRAM NORMAL (01/2023)

רגישויות:

no
לא ידוע
לא ידוע
לא ידוע

תרופות קבועות:

- CALCIUM +D400 600/400X60 {1X1X90}

ממצאים:

בת 68

יום טרם קבלתה נחבלה בברך שמאל וכף יד ימין וצלעות משמאל (נבדקה ע"י רופא פנימאי) בזמן העבודה

בבדיקה:

ברך שמאל

מתהלכת בתתבנית תקינה

טווחי התנועה מוגבלים בשל הכאב

מנגנון יישור שמור

שמורה נירובסקולרי

שורש כף יד ימין

רגישות שורש כף היד

טווחי התנועה מלאים אך כאובה

שמורה NV

צילום: ללא עדות לשבר או פריקה

הושם סד גבס אנלגטי לשורש כף היד

מכבי שירותי בריאות

מוקד רפואה דחופה

ד"ר יוהנס איתן

טראומטולוגיה

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

תאריך: 20/02/2023

מ.ר. גורם מסנה



טלפון: 3555'

פקס: 03-7178253

כתובת: אלון יגאל 96, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 317636140

שם פרטי: סבטלנה

שם משפחה: אבדורכמנוב

טל.עבודה/נייד: 0547258983

036343883

טלפון:

מין: נ

30/06/1954

ת.לידה:



מיקוד 6035259

הורד 10/24, אור יהודה

כתובת:

0317636140

מכתב שחרור

טיפול אחות

מדידות:

תאריך	שעה	מדידה	תוצאה
20/02/2023	20:10	לחץ דם	127/72
20/02/2023	20:10	דופק	71
20/02/2023	20:10	אומדן נשימה	סטורציה: 97 מס. נשימות בדקה:

טיפול אחות

תאריך	שעה	התערבות	תוצאה	הערות
20/02/2023	20:10	אומדן כאב	עוצמה: 7	
20/02/2023	20:10	הדרכה לטיפול ושחרור ממוקד		
20/02/2023	20:11	מיון ראשוני - TRIAGE		
20/02/2023	20:11	הכוונה לגורם מטפל אחר		רופא פנימי מוקד רופא מוקד טראומה
20/02/2023	20:11	ביצוע א.ק.ג.-פיענוח מרחוק		

הפניות:

מכון רנטגן: ברך שמאל 2 צילומים (AP+LAT) בשכיבה, פרק כף יד ימין (AP+LAT)

אבחנה:

- CONTUSION KNEE &/OR LOWER LEG
- CONTUSION HAND

טיפולים:

POP-Forearm/hand X 1

תוכנית טיפולית: - משככי כאבים לפי הצורך
 - הסרת גבס בעוד 3 ימים בבית
 - נא לא להרטיב את הגבס
 - מותרת דריכה
 - פעילות לפי יכולת
 - מופנת לרופא משפחה בשל חבלת חזה
 - בכל החמרה נא לחזור לבדיקת רופא

ד"ר יוהנס איתן

חתימה וחותמת הרופא

לידיעתך המוקד נועד לתת מענה למקרה דחוף, ואינו מתאים להמשך מעקב.
 את המעקב והמשך הטיפול, יש לבצע אצל הרופא המטפל בקהילה

במידה ורופא במוקד טראומה המליץ על המשך מעקב אורטופדי, עליך לקבוע תור אך ורק אצל רופא אורטופדי בקהילה.

תאריך: 20/02/2023

מ.ר. גורם מופנה



מכבי שירותי בריאות
מוקד רפואה דחופה

ד"ר יוהנס איתן
טראומטולוגיה

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 3555*

פקס: 03-7178253

כתובת: אלון יגאל 96, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: אבדורכמנוב	שם פרטי: סבטלנה
ת.לידה: 30/06/1954	מין: נ
תלפון: 036343883	טל.עבודה/נייד: 0547258983
כתובת: הורד 10/24, אור יהודה	מיקוד: 6035259

מכתב שחרור

מספרי הטלפון של הרופאים האורטופדיים נמצאים במדריך השירותים של "מכבי" או ב"מכבי ללא הפסקה" 1700505353.

שים לב! הטיפול לא הסתיים, נא לגשת לאחות להמשך הטיפול.

מ.ר. גורם מופנה
מ.ר. גורם מופנה
מ.ר. גורם מופנה

תאריך: 20/02/2023

מ.ר גורם נופנה



מכבי שירותי בריאות

מוקד רפואה דחופה

ד"ר בר גלעד

משפחה, פנימית וכללית

טלפון: 3555*

פקס: 03-7178253

כתובת: אלון יגאל 96, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:	שם משפחה: אבדורכמנוב	שם פרטי: סבטלנה	ת.ז.: 317636140
ת.לידה: 30/06/1954	מין: נ	טלפון: 036343883	טל.עבודה/נייד: 0547258983
כתובת: הורד 10/24, אור יהודה	מיקוד: 6035259		

מכתב שחרור

20/02/2023

תאריך:

שעת קבלה: 19:32

שעת שחרור: 21:59

סיבת הפניה:

בביקור בתאריך 20/02/2023 בשעה 11:45:59
נפלה בעבודה 19/02/2023 ב06:25
בעבודה נפלה עם חבלת ברך שמאל, שורש כף יד ימין, בית החזה מצד שמאל.
המשיכה לעבוד.
הומלץ על ביקור במסגרת מוקד טראומה - לא נבדקה.
היום לא בעבודה עקב החמרת הכאבים.

בביקור בתאריך 20/02/2023 בשעה 20:40:52
תבדק גם על ידי טראומטולוג
אקג NSR ללא סימני אסימטריה חריפה 55.

צילום צלעות
משמאל
=====

ללא שבר
צלח

ללא תסנין, תפליט או גודש
צל הלב והמייצר בגדר הנורמה
הסרעפות בעמדה תקינה
סינוסים קוסטופרניים חופשיים

אבחנות פעילות:

- FAMILY HISTORY OF BREAST MALIGNANCY (+0)
- GOITER UNS (02/2020)
- OSTEOPENIA (05/2022)
- OSTEOARTHRITIS UNS (07/2021)
- NO DIAGNOSIS - MEDICAL/SURGICAL PROCEDURE
- COLONOSCOPY NORMAL (04/2017) 2017
- STRESS ECHOCARDIOGRAM NORMAL (01/2023)

רגישויות:

נח

לא ידוע

לא ידוע

לא ידוע

תרופות קבועות:

- CALCIUM +D400 600/400X60 {1X1X90}

מכבי שירותי בריאות

תאריך: 20/02/2023

מוקד רפואה דחופה

חבר בריאות



ד"ר בר גלעד

משפחה, פנימית וכללית

טלפון: 3555*

פקס: 03-7178253

כתובת: אלון יגאל 96, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:	שם משפחה: אבדורכמנוב	שם פרטי: סבטלנה	ת.ז.: 317636140
ת.לידה: 30/06/1954	מין: נ	טלפון: 036343883	טל.עבודה/נייד: 0547258983
כתובת: הורד 10/24, אור יהודה	מיקוד: 6035259		

מכתב שחרור

ממצאים:

בביקור בתאריך 20/02/2023 בשעה 11:45:59 המטומה מתחת לפטלה מצד שמאל - המטומה עד 5 ס"מ, ללא הגבלת תנועות, ללא קרפיטציות. רגישות באספקט פלקסורי בשורש כף יד ימין עם המטומה עד 3 ס"מ, הגבלת תנועות בפלקסיה, רוטציה חיצונית

בביקור בתאריך 20/02/2023 בשעה 20:40:52 במצב כללי טוב, ללא נשמתחורון/לחלון/צהבת. גו ללא סימני חבלה. רגישות חזה משמאל לב - קולות סדירים, ללא קולות נוספים. ללא גודש ורידי צוואר. ריאות - כניסת אוויר שווה וטובה, ללא חרחורים או ציפופים. בטן - רכה, ללא רגישות.

טיפול אחות

מדידות:

תאריך	שעה	מדידה	תוצאה
20/02/2023	20:10	לחץ דם	127/72
20/02/2023	20:10	דופק	71
20/02/2023	20:10	אומדן נשימה	סטורציה: 97 מס. נשימות בדקה:

טיפול אחות

תאריך	שעה	התערבות	תוצאה	הערות
20/02/2023	20:10	אומדן כאב	עוצמה: 7	
20/02/2023	20:10	הדרכה לטיפול ושחרור ממוקד		
20/02/2023	20:11	מיון ראשוני - TRIAGE		
20/02/2023	20:11	הכוונה לגורם מטפל אחר		רופא פנימי מוקד רופא מוקד טראומה
20/02/2023	20:11	ביצוע א.ק.ג.-פיענוח מרחוק		

הפניות:

מכון רנטגן: צילום צלעות ב - 2 תנחות

אבחנה:

- TRAUMA ACCIDENTAL
- WORK ACCIDENT

טיפולים והמלצות:

מעקב רופא מטפל, ושקילת המשך בירור לפי צורך לרבות קרדילוגי. מששכני כאבים מתאימים, במינון המקובל, לפי הצורך. בכל החמרה או חוסר-שיפור יש לפנות לבדיקת רופא זמין בהקדם. במידת הצורך לפנות למוקד/מיון (בכל ספק ניתן להתקשר למוקד אחיות מכבי בטלפון 3555*).



טלפון: 3555*

פקס: 03-7178253

כתובת: אלון יגאל 96, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:		שם משפחה: אבדורכמנוב		שם פרטי: סבטלנה		ת.ז.: 317636140	
ת.לידה: 30/06/1954		מין: נ		טלפון: 036343883		טל.עבודה/נייד: 0547258983	
כתובת: הורד 10/24, אור יהודה		מיקוד: 6035259					

מכתב שחרור

ד"ר בר גלעד

חתימה וחוקתמת הרופא

לידיעתך המוקד נועד לתת מענה למקרה דחוף, ואינו מתאים להמשך מעקב. את המעקב והמשך הטיפול, יש לבצע אצל הרופא המטפל בקהילה



0328820964



092913

קוד הפניה: 312678628

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2284246

כתובת: אופירה 1, אור יהודה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 317636140

שם פרטי: סבטלנה

שם משפחה: אבדורכמנוב

טל.עבודה/נייד: 0547258983

036343883

טלפון:

מין: נ

30/06/1954

ת.לידה:



0317636140

מיקוד 6035259

הורד 10/24, אור יהודה

כתובת:

מכון רנטגן

קוד	הבדיקה הדרושה
3110	פרק כף יד ימין 4 צילומים (לסקפואיד)
3560	ברך שמאל 2 צילומים (AP+LAT) בשכיבה

שאלה למבצע הבדיקה: שבר

דחיפות הפענוח: רגיל

תלונות: נפלה בעבודה 19/02/2023 ב-06:25

בעבודה נפלה עם חבלת ברך שמאל, שורש כף יד ימין, בית החזה מצד שמאל.

המשיכה לעבוד.

הומלץ על ביקור במסגרת מוקד טראומה - לא נבדקה.

היום לא בעבודה עקב חמרת הכאבים.

ממצאים: המטומה מתחת לפטלה מצד שמאל - המטומה עד 5 ס"מ, ללא הגבלת תנועות, ללא קרפיטציות.

רגישות באספקט פלקסורי בשורש כף יד ימין עם המטומה עד 3 ס"מ, הגבלת תנועות בפלקסיה, רוטציה חיצונית

אבחנה:

- TRAUMA ACCIDENTAL
- WORK ACCIDENT

בעיות ידועות:

- FAMILY HISTORY OF BREAST MALIGNANCY (+0)
- GOITER UNS (02/2020)
- OSTEOPENIA (05/2022)
- OSTEOARTHRITIS UNS (07/2021)
- NO DIAGNOSIS - MEDICAL/SURGICAL PROCEDURE
- COLONOSCOPY NORMAL (04/2017) 2017
- STRESS ECHOCARDIOGRAM NORMAL (01/2023)

ועש/ת: לא

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 20/02/2023 עד תאריך - 19/08/2023

20/02/2023

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

www.maccabi4u.co.il

מידע ניתן לקבל במדריך השירותים האינטרנטי של מכבי:

הבדיקה כרוכה בחשיפת האזור הנבדק ובמגע פיזי של מבצע הבדיקה. רצוי להגיע לבדיקה עם בגד בשני חלקים

(חלק עליון וחלק תחתון). באפשרותך להגיע עם מלווה לבדיקה.

תאריך: 20/02/2023

מכבי שירותי בריאות

מ.ר. גורם חפנה



0328820964



092913



קוד הפניה: 312679530

טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2284246

כתובת: אופירה 1, אור יהודה

ד"ר פרסקי אולג

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

פרטי הנבדק:	שם משפחה: אבדורכמנוב	שם פרטי: סבטלנה	ת.ז.: 317636140
ת.לידה: 30/06/1954	מין: נ	טלפון: 036343883	טל.עבודה/נייד: 0547258983
כתובת: הורד 10/24, אור יהודה	מיקוד: 6035259		

מוקד רפואה דחופה

סוג השירות: טראומה אורתופדית דחופה

טלפון: -

תלונות: נפלה בעבודה 19/02/2023 ב06:25
בעבודה נפלה עם חבלת ברך שמאל, שורש כף יד ימין, בית החזה מצד שמאל.
המשיכה לעבוד.
הומלץ על ביקור במסגרת מוקד טראומה - לא נבדקה.
היום לא בעבודה עקב החמרת הכאבים.

ממצאים: המטומה מתחת לפטלה מצד שמאל - המטומה עד 5 ס"מ, ללא הגבלת תנועות, ללא קרפיטציות.
רגישות באספקט פלקסורי בשורש כף יד ימין עם המטומה עד 3 ס"מ, הגבלת נעונוות בפלקסיה, רוטציה חיצונית

- TRAUMA ACCIDENTAL
- WORK ACCIDENT

אבחנה:

- FAMILY HISTORY OF BREAST MALIGNANCY (+0)
- GOITER UNS (02/2020)
- OSTEOPENIA (05/2022)
- OSTEOARTHRITIS UNS (07/2021)
- NO DIAGNOSIS - MEDICAL/SURGICAL PROCEDURE
- COLONOSCOPY NORMAL (04/2017) 2017
- STRESS ECHOCARDIOGRAM NORMAL (01/2023)

בעיות ידועות:

רגישויות: 11/06/2009 - no
21/08/2017 - לא ידוע
20/03/2019 - לא ידוע
26/02/2020 - לא ידוע

CALCIUM +D400 600/400X60 1X1X90

תרופות קבועות:

מעש/ת: לא

מופנה לצורך:

טיפולכם

** הפניה זו בתוקף 24 שעות מרגע הפקתה. **
תוקף הפניה זו לתאריך 21/02/2023 בשעה 11:56:39

השירות ניתן מעבר לשעות פעילות הסניף בימי חול, סופי שבוע וחגים בלבד.
מומלץ לוודא שעות פעילות במדריך השירותים באינטרנט או במכבי ללא הפסקה.

חוק הביטוח הלאומי
ד"ר פרסקי אולג
מומחה ברפואה פנימית

מס' רשיון: 92913

כתובת: אופירה 1, אור יהודה

טלפון: 03-5387222

הסתדרות "מכבי" ישראל
מכבי שירותי בריאות
אגודה לעזרה רפואית
שירות רפואי מומחה

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

שם משפחה אבדורכמנוב	שם פרטי סבטלנה	שם האב חנן	מס' זיהוי 317636140	שכיר/עצמאי שכיר
ישוב אור יהודה	רחוב הורד	מס' 10	מיקוד 6035259	שנת לידה 1954
חבר (כל)	כ			
שם המעביד וכתובתו TVM	טלפון 0547258983	מקצוע		
ת. פגיעה 19/02/2023	שעה 06:25	התעסקות בשעת הפגיעה בזמן עבודה		
האיבר שנפגע צלעות, ברכים	שם הרופא המטפל פרסקי	נמצא בטיפול מיום 20/02/2023		

תאור התאונה, פרטי הטיפול שניתן לפני הגיעו אלינו והיכן קיבל טיפול:

בביקור בתאריך 20/02/2023 בשעה 11:45:59
נפלה בעבודה 19/02/2023 ב-06:25
בעבודה נפלה עם חבלת ברך שמאל, שורש כף יד ימין, בית החזה מצד שמאל.
המשיכה לעבוד.
הומלץ על ביקור במסגרת מוקד טראומה - לא נבדקה.
היום לא בעבודה עקב החמרת הכאבים.

בביקור בתאריך 27/02/2023 בשעה 10:13:02
נבדקה במוקד -
עברה צילומי ברכים, צלעות - ללא עדות לשבר, ללא ממצא טראומתי אחר
ממשיכה לסבול מכאבים באיזור חבלת בית החזה

הממצא הקליני:

בביקור בתאריך 20/02/2023 בשעה 11:45:59
המטומה מתחת לפטלה מצד שמאל - המטומה עד 5 ס"מ, ללא הגבלת תנועות, ללא קרפיטציות.
רגישות באספקט פלקסורי בשורש כף יד ימין עם המטומה עד 3 ס"מ, הגבלת נעונות בפלקסיה, רוטציה חיצונית

בביקור בתאריך 27/02/2023 בשעה 10:13:02

אבחנה:

- TRAUMA ACCIDENTAL
- WORK ACCIDENT

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת על-ידי הנ"ל:

הנ"ל אינו מסוגל לעסוק בעבודתו ואף לא בעבודה מתאימה אחרת

תאריך הבדיקה

[Handwritten signature]

תאריך: 20/02/2023

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



0328820964



092913

קוד הפניה: 312679530



טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2284246

כתובת: אופירה 1, אור יהודה

ד"ר פרסקי אולג

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

פרטי הנבדק:	שם משפחה: אבדורכמנוב	שם פרטי: סבטלנה	ת.ז.: 317636140
ת.לידה: 30/06/1954	מין: נ	טלפון: 036343883	טל.עבודה/נייד: 0547258983
כתובת: הורד 10/24, אור יהודה	מיקוד: 6035259		



0317636140

מוקד רפואה דחופה

נא להצטייד בכרטיס מגנטי

20/02/2023

חתימה וחותמת

נא לצרף מסמכים רלוונטים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

תאריך

מסמך אושר
דינטלית
מכבי
03-5387222
073-2284246
אופירה 1, אור יהודה

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

שם משפחה אבדורכמנוב	שם פרטי סבטלנה	שם האב חנן	מס' זיהוי 317636140	שכיר/עצמאי שכיר
ישוב אור יהודה	רחוב הורד	מס' 10	מיקוד 6035259	שנת לידה 1954
חבר (כל)	כ	מקצוע ניקיון	טלפון 0547258983	התעסקות בשעת הפגיעה הליכה לעבודה
ת. פגיעה 19/02/2023	שעה 06:25			
האיבר שנפגע בית חזה ובריכים	שם הרופא המטפל ד"ר משה ינקו	נמצא בטיפול מיום 06/03/2023		

תאור התאונה, פרטי הטיפול שניתן לפני הגיעו אלינו והיכן קיבל טיפול:

רקע רפואי: אוסטאופניה, גויטר, ללא רגישות או אלרגיה תרופתית, ללא כיבים פעילים במערכת העיכול.

מספרת על נפילה בעבודה לפני 15 יום (19-2-23) חבלת חזה שמאלי, בריכים ושרש קרפלי מימין, כאבי השרש מימין חלפו, נותר כאבי חזה וברך שמאלית, ללא שינוי חיצוני או שטפי דם, ללא כל בעיה נשמתית, כאב בנשימות עמוקות / שיעול

במוקד ללא ממצא טראומטי אורטופדי בצילומים.

XR חזה וצלעות לא הראו על שברים. קלינית כאב מגביל לא יכולה לחזור לעבודתה כאבי הברך מגבילים- צליעה מאז.

הממצא הקליני:

במצב כללי טוב; ניוז איטי, כאוב/אנטלגי. איתור צליעה/אסימטריה בהליכה. ללא חוסר נזירולוגי גס. ללא בעיה נשימתית - שטף דיבור רציף ללא מצוקה, ארור שמור, כאב על אזור בית חזה שמאלי ממוקדות קו מיד אקסילרי סביב T5-T7 בדיקת ברכיים- בסריקה של הרקמות הרכות; תפליטים תוך פרקיים, מצב השרירים ברכיים לגבי אטרופיה, טווחים וצירי הברכיים; מפרקי הפיקות (PFJ); הלשכות הפמורו-טיבאליות; מניסקוסים; רצועות וציבות הברכיים; אותרו: אובסיטי סביב הברכיים קושי לבדיקה ממוקדת, כאבים משמעותיים במישוש סביב, יציבות שמורה

אבחנה:

- FALLING
- WORK ACCIDENT
- 19-2-2023
- KNEE PAIN Bi-Lateral Recent
- Lt>>Rt

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת על-ידי הנ"ל:

הנ"ל אינו מסוגל לעסוק בעבודתו ואף לא בעבודה מתאימה אחרת

חתימה וחתימת הרופא

תאריך הבדיקה

חשוב - תעודה זו מיועדת לצורך הגשת תביעה למימוש זכויותך כנפגע עבודה, למוסד לביטוח לאומי. אי הגשת תביעה עלולה למנוע המשך קבלת שירות רפואי מהקופה ותהיה על אחריותו הבלעדית של הנפגע.

המטה הנקוד
המנהל מומחה-מנהל
20200 מומחה
20200

גיל: 68.9

שם רופא/ה: דר' ינקו משה

תחום הטיפול: אורטופד

מספר ביקור: 8121062

תלונות: בביקור בתאריך 06/03/2023 בשעה 20:17:54

רקע רפואי: אוסטאופניה, גוייטר,
ללא רגישות או אלרגיה תרופתית,
ללא כיבים פעילים במערכת העיכול.

מספרת על נפילה בעבודה לפני 15 יום (19-2-23) חבלת חזה שמאלי, ברכיים ושרש
קרפלי מימין, כאבי השרש מימין חלפו, נותר כאבי חזה וברך שמאלית, ללא שינוי חיצוני
או שטפי דם, ללא כל בעיה נשמטית, כאב בנשימות עמוקות/שיעול
במוקד ללא ממצא טראומטי אורטופדי בצילומים.
XR חזה וצלעות לא הראו על שברים. קלינית כאב מגביל לא יכולה לחזור לעבודתה
כאבי הברך מגבילים- צליעה מאז.

בביקור בתאריך 27/04/2023 בשעה 19:13:14

מיפוי עצמות SPECT

סיבת הפניה: חבלה בבית החזה, בברכיים ובכף היד.
ממצאים:

קיימת קליטה מוגברת בולטת בחלק הקדמי של צלעות 3, 4, 5, משמאל ובצלע 7 מימין-
מתאים לשברים.

קיימת קליטה מוגברת בולטת באמה הדיסטלית משמאל- לא ניתן לשלול שבר ברדיוס
הדיסטלי או בשורש כף היד.

לא בוצעו מבטים מכוונים לכפות הידיים.

קיימת קליטה מוגברת בברכיים, בולטת יותר בפטלות- תהליך ארטריטי? טראומה? לשקול
בירור רדיולוגי.

קיימת קליטה מוגברת בולטת בקרסוליים, קליטה מוגברת בכתפיים יותר בכתף שמאל,
קליטה מעט מוגברת במרפקים

ואי סדירות בקליטה בעמוד שדרה - כנראה שינויים נווניים או דלקתיים.

קלינית - ללא התפתחויות נשימתיות או משמעותיות אחרות, ממשיכה עבודה.

כאבי בית חזה בנשימות עמוקות, שרש כף יד ימין כאב בהטבה, כאב ברך ימין כרוני
גם כן.

19/02/2023

תאריך תאונת עבודה:

גורם משלם: 6 תאונת עבודה

ממצאים: בביקור בתאריך 06/03/2023 בשעה 20:17:54

במצב כללי טוב; ניווד איטי, כאוב/אנטלגי. איתור צליעה/אסימטריה בהליכה. ללא חוסר
ניוירולוגי גס. ללא בעיה נשימתית - שטף דיבור רציף ללא מצוקה, ארור שמור, כאב על

אזור בית חזה שמאלי ממוקדות קו מיד אקסילרי סביב T5-T7

בדיקת ברכיים- בסריקה של הרקמות הרכות; תפליטים תוך פרקיים, מצב השרירים
בירכיים לגבי אטרופיה, טווחים וצירי הברכיים; מפרקי הפיקות (PFJ); הלשכות הפמורו-

טיבאליות; מניסקוסים; רצועות ויציבות הברכיים; אותרו: אובסיטי סביב הברכיים קושי
לבדיקה ממוקדת, כאבים משמעותיים במישוש סביב, יציבות שמורה

בביקור בתאריך 27/04/2023 בשעה 19:13:14

ניווד שמור יחסי ללא חוסרים עיצביים, נשמתיים משמעותיים, 12 נש' לדקה ללא
מצוקה או הפרעות שטף דיבור. הקרפוס מימין חיצונית-ללא ממצא אקוטי/חרף לקוי (ללא

אודם/פריחה, שטף דם, נפיחות או חום מוגבר), ללא ממצא פוקאלי - כאבי פעילות באופן
מתון, ברכיים - מראה ובדיקה בתצורה אוסטאוארטריטית, מימין כאבי לישכה ימנית

בעת בדיקת מישוש וטווחים, ללא סימני ערוב סהרונים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			FALLING
			WORK ACCIDENT
19-2-2023			

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
LT>Rt	Rcn	Bil	KNEE PAIN

מכון פיזיותרפיה	בדיקות/הפניות	הערות
		בתוקף עד - 24/10/2023

המלצות למטופל:

* לפיזיותרפיה תפקיד מכריע על תהליך הריפוי על כן יש לנהוג במדויק על פי ההנחיות הפיזיותרפיות שינתנו על מנת להבטיח השפעה מירבית. בנוסף על המטופל לתרגל באופן קבוע גם בבית.
 * משחה (פיזיקאר/וולטרן ג'ל; בנג'יי; רדיאן B) להמשיך את השימוש עד לשיפור משמעותי בכאבים- מריחה של שכבה משמעותית על אזור הכאב. מצ' פעמים ליממה; עיסויי עדין בלבד; והמתנה לספיגה של כ 20-30 דקות.
 * קומפרסים חמים על אזור הכאב- ל 10 דקות כל פעם-להמנע מחימום יתר.
 * לאחר שיפור משמעותי בכאבים; נבקש השתלבות בפעילות ספורטיבית מתונה בשלבים הראשונים כגון: צעידות; שחיה; אופני כושר; חדר כושר עם מכשור "אליפטי"; Cross trainer; פעילות התעמלותית תחת הדרכה מקצועית אשר מדגישות את היציבה הנכונה ("התעמלות בריאותית"; פילטיס; עקרונות הפלדנקרייז שיטת אלכסנדר...)
 * אמליץ על הקפדה על אורח חיים בריא; פעילות ספורטיבית נכונה; המנעות מעישון או חשיפה לעשן; תזונה בריאה ומאוזנת תוך שמירת משקל גוף תקין. נא ביצוע של בדיקות סקר באופן מסודר אצל רופא המשפחה/פנימאי; כירורג כללי; (לנשים- גם גניקולוג) ועוד... והכוללות; בדיקות דם; הדמיות למינהן לשם וידוי בריאות מלאה ושלמה.

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

פירוט: אבקש להגיע לבדיקה חוזרת והערכה בעוד כ 3 חודשים, לשם וידוי מהלך, טיפול ואבחון תקינים. בברכה,

ד"ר משה ינקו
 אורטופד מומחה - מנתח

החל
 2023
 10/24

מכבי שירותי בריאות

פרטי מטופל

שם מטופל: אבדורכמנוב סבטלנה
ת"ז: 317636140
גיל: 68 שנים ו- 8 חודשים
טלפון: 0547258983, 036343883

ת"ז
0317636140

מין: נ



298376

שם רופא: ד"ר פרסקי אולג
מומחיות: מומחה ברפואה פנימית
טלפון: 03-5387222

מס' ביקור
000232729608
פקס: 073-2284246

רשימת תרופות שהופק להן מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 27/02/2023 (דף זה אינו מרשם)

שם התרופה	אופן השימוש הנחיות	משך הטיפול	בוקר	צהריים	ערב	לפני השינה	בתוקף לרכישה	מידע מנהלי
spr. ketoprofen 100 mg/g * KETOSPRAY	לרסס 1 מנה 4 פעמים ביום	10 ימים	1 מנה	1 מנה	1 מנה	1 מנה	27/02/2023-20/03/2023	כמות לניפוק: 1 OF ** השתתפות עצמית: 50 %
cap. caffeine 30 mg codeine phosphate 10 mg paracetamol 500 mg * ROKACET	לבליעה 1 כמוסה 3 פעמים ביום לפי הצורך	10 ימים					27/02/2023-20/03/2023	כמות לניפוק: 40 יחידות ** השתתפות עצמית: 15 %

* ידוע לי שמורשה הרוקח/ת לנפק חלופה גנרית שאושרה ע"י הקופה אלא אם הרופא ציין אחרת. ** ההשתתפות העצמית תקבע בבית המרקחת על פי תוכנית הגבייה המאושרת לקופה ועל פי הנהלים שבתוקף ביום הניפוק. חובה להציג כרטיס מגנטי בבית המרקחת או רשימת תרופות בביקור. לידעתך מרשם המופק עם חתימה דיגיטלית ינופק בבית המרקחת רק אם הוא מופיע במאגר המרשמים הממוחשב. במקרה של כשל תקשורת לא ניתן לנפק את התרופות. רשומה זו אינה תחליף למרשם רפואי. תרופות שדורשות מרשם נייר אינן מוצגות בדף זה ולצורך קבלתם יש להגיע עם המרשם המקורי.



מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

קוד הפניה: 313757317

טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2284246

כתובת: אופירה 1, אור יהודה

ד"ר פרסקי אולג

נושפה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

שם פרטי הנבדק:		שם משפחה: אבדורכמנוב		שם פרטי: סבטלנה		ת.ז.: 317636140	
ת.לידה: 30/06/1954		מין: נ		טלפון: 036343883		טל. עבודה/נייד: 0547258983	
כתובת: הורד 10/24, אור יהודה		מיקוד: 6035259					

התייעצות מומחה

- במכבי

אורתופדיה

תחום שירות:

סוג הייעוץ: רגיל

גורם משלם: 6 תאונת עבודה

תלונות: בביקור בתאריך 20/02/2023 בשעה 11:45:59

נפלה בעבודה 19/02/2023 ב06:25

בעבודה נפלה עם חבלת ברך שמאל, שורש כף יד ימין, בית החזה מצד שמאל. המשיכה לעבוד.

הומלץ על ביקור במסגרת מוקד טראומה - לא נבדקה.

היום לא בעבודה עקב החמרת הכאבים.

בביקור בתאריך 27/02/2023 בשעה 10:13:02

נבדקה במוקד -

עברה צילומי ברכים, צלעות - ללא עדות לשבר, ללא ממצא טראומתי אחר ממשיכה לסבול מכאבים באיזור חבלת בית החזה

ממצאים: בביקור בתאריך 20/02/2023 בשעה 11:45:59

המטומה מתחת לפטלה מצד שמאל - המטומה עד 5 ס"מ, ללא הגבלת תנועות, ללא קרפיטציות.

רגישות באספקט פלקסורי בשורש כף יד ימין עם המטומה עד 3 ס"מ, הגבלת נעונות בפלקסיה, רוטציה חיצונית

בביקור בתאריך 27/02/2023 בשעה 10:13:02

אבחנה:

- TRAUMA ACCIDENTAL
- WORK ACCIDENT

מעשלת: לא

בעיות ידועות:

- FAMILY HISTORY OF BREAST MALIGNANCY (+0)
- GOITER UNS (02/2020)
- OSTEOPENIA (05/2022)
- OSTEOARTHRITIS UNS (07/2021)
- NO DIAGNOSIS - MEDICAL/SURGICAL PROCEDURE
- COLONOSCOPY NORMAL (04/2017) 2017
- STRESS ECHOCARDIOGRAM NORMAL (01/2023)

רגישויות: 11/06/2009 - no

21/08/2017 - לא ידוע

20/03/2019 - לא ידוע

26/02/2020 - לא ידוע

ALCIUM +D400 600/400X60 1X1X90

תרופות קבועות:

מטרת ההפניה: המשך בירור וטיפול

תאריך: 27/02/2023

מכבי שירותי בריאות

מ.ר. גורם מפנה



ד"ר פרסקי אולג
משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

קוד הפניה: 313757317

טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2284246

כתובת: אופירה 1, אור יהודה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 317636140

שם פרטי: סבטלנה

שם משפחה: אבדורכמנוב

טל.עבודה/נייד: 0547258983

036343883

טלפון:

מין: נ

30/06/1954

ת.לידה:



מיקוד 6035259

הורד 10/24, אור יהודה

כתובת:

0317636140

התייעצות מומחה

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

27/02/2023

חתימה וחותמת הרופא

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

תאריך

אם הנך פונה לרופא פרטי, מומלץ לבדוק מראש האם הרופא נכלל ברשימת רופאי מכבי זהב/ מכבי שלי

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 27/02/2023 עד תאריך - 26/08/2023

ד"ר פרסקי אולג
מומחה ברפואה פנימית
מ.ר. גורם מפנה
092913



144798

30/08/2023

טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2284247

כתובת: אופירה 1, אור יהודה

פרטי הנבדק:

שם משפחה: אבדורכמנוב

שם פרטי: סבטלנה

ת.ז.: 317636140

טל. עבודה/נייד: 0547258983

036343883

טלפון:

מין: נ

30/06/1954

ת.לידה:

הורד 10/24, אור יהודה

כתובת:



0317636140

מיקוד 6035259

סיכום טיפול פיזיותרפיה

תאריך הפקה: 30/08/2023

לכבוד דר' דר' ינקו משה

317636140

ת"ז:

אבדורכמנוב סבטלנה

מר/ת

הופנה על ידך לפיזיותרפיה עקב:

- FALLING •
- WORK ACCIDENT •
- KNEE PAIN •

מטרות:

מטרות	תאריך יעד	סטטוס	תאריך יצירה
המטופלת תלך ללא צליעה למרחק של 200 מטרים	01/08/2023	הושלם	17/05/2023

טופל החל מ- 17/05/2023

מדדי תוצאה:

שם מדד	ציון בקבלה	ציון בביקור אחרון
מדידה תפקודית (בטווח של 0-100)	24	
רמת כאב (בטווח של 0 עד 10)	8	
Physical Fear Avoidance - פחד מחזרה לפעילות גופנית	נמוך	

סוג סדרה כללית/ אורטופדית

בטיפולים שכללו:

THERAPEUTIC EXERCISE

MODALITY ELECTRO FOR PAIN

EVALUATION INITIAL
EVALUATION TREATMENT TREATYEDU SELF EXERCISE
EDUCATION TECHNIQUES

סה"כ 11 ביקורים

פיזיותרפיסט

גורם משחרר:

כן

יכולת חזרה לפעילות:

המטרות הושגו במלואן

השגת מטרות הטיפול:

התמדה בהגעה לטיפולים-מרובה
התמדה בתרגול עצמי-בינונית

מידת שיתוף הפעולה:

סיום טיפול

הערות:

הודרכה למשך תרגול ספציפי ופעילות גופנית באופן קבוע ובהדרגתיות.

תאריך: 30/08/2023

מ.ר. גורם מפנה



144798

מכבי שירותי בריאות
פיזיותרפיה
הפתק טופס
30/08/2023

טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2284247

כתובת: אופירה 1, אור יהודה

פרטי הנבדק:

שם משפחה: אבדורכמנוב

שם פרטי: סבטלנה



0317636140

ת.לידה:

30/06/1954

מין: נ

טלפון: 036343883

ת.ז.: 317636140

טל.עבודה/נייד: 0547258983

מיקוד: 6035259

כתובת:

הורד 10/24, אור יהודה

ניתן להשאל טנס מיד שרה

נשמח להמשיך שיתוף הפעולה לקידום הבריאות של המטופלים.

בכבוד רב,

שם פיזיותרפיסט: צרבקובסקי אורטל

שם המכון: אור יהודה מכון פיזיותרפיה

☒ הפק ללא הדפסה

מנבי
אורטל צרבקובסקי
פיזיותרפיסטית
מ.ר. 10144798

גיל: 69.3

שם רופא/ה: דר' ינקו משה

תחום הטיפול: אורטופד

מספר ביקור: 8263182

תלונות: בביקור בתאריך 23/10/2023 בשעה 18:16:37

כאבי האגן מימין התמקדו לאחרונה, פעילה בהליכות, ללא תאור הקרנה ספינאלית או פמוראלית, ללא חוסר עיצבי ללא REST PAIN בעבר אגן משמאל שחלפו בהדרגה.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאים: בביקור בתאריך 23/10/2023 בשעה 18:16:37

במצב כללי טוב; ניוז שמור וסימטרי; מעברים (ישיבה/קימה) ללא איתור חוסר עיצבי/תפקודי גס מבנה של WIDE PELVIS - בדיקת העמלש המותני, האגן/מפרקי הירכיים-בסריקה של ההליכה לגבי צליעה או הרפית מומנט; "טרנדלנבורג" ד"צ. נשיאת משקל על כל מפרק; טווחים אקטיביים ופסיביים; פלקשן קונטראקשן. SLU. נירולוגיה של הגפיים התחתונות (מוטורית / סנסורית / SLR); כולל הרקמות הרכות סביב המפרק לרבות המפשעה האינגואינלית; הגידים האדוקטוריים והבורסה הטרוכנטרית- איתור של בורסיטיס טרוכנטרית מימין ובלבד.

דיון ואבחנה מבדלת: בביקור בתאריך 23/10/2023 בשעה 18:16:37

ככל הנראה כעת, לפי האנמזה והבדיקה מדובר על דלקת המוכרת כתופעת TROCHANTERIC BURSITIS, באזור הכאוב. קיימות אופציות טיפולים שונים, החל מללא טיפול כלל ומעקב, טיפולי תרופות ומשחות, הזרקות למינהן, טיפולים פולשניים/ניתוחים למינהם, PT/OT ועוד.... רוצה במשחה בלבד

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
FALLING			
WORK ACCIDENT			
KNEE PAIN	Bil	Rcn	Lt>>Rt

אופן השימוש	Rp <Days>	מימן	תרופות
למריחה 3 פעמים ביום, (לפי הצורך) לתקופה של 10 ימים.	1 <10>	gel X 3 -1 op	PHYSI-CARE MAC 1% X 50G

המלצות למטופל:

- * מומלץ להפחית את העומס על הגפיים התחתונות (צעידות; עמידות; קפיצות; פעילות על מיכשור חדרי כושר למינהם וכו') כל עוד מורגש הכאב. פעילות תחת כאב -מאיטה ואף מונעת את הליך הריפוי של הדלקת/פציעה.
- * מנוחה מכל מאמץ עד לשיפור משמעותי של הכאבים (ללא פעילות המעוררת כאב).
- * משחה (פיזיקאר/וולטרן ג'ל; בנג'י; רדיאן B) להמשיך את השימוש עד לשיפור משמעותי בכאבים- מריחה של שכבה משמעותית על אזור הכאב כ 3 פעמים ליממה; עיסוי עדין בלבד; והמתנה לספיגה של כ 20-30 דקות.
- * קומפרסים חמים על אזור הכאב-ל 10 דקות כל פעם-להמנע מחימום יתר.
- * נבקש המנעות מחשיפה לקור לאזור הכאוב (חלונות פתוחים; למיזוג/איזורר ישיר); ביחוד בשעות השינה והלילה. חשיפה לקור מכאיבה בפני עצמה ועלולה לגרום לכיווץ שרירים התפתחות דלקות וכאבים נוספים.
- * אמליץ על הקפדה על אורח חיים בריא; פעילות ספורטיבית נכונה; המנעות מעישון או חשיפה לעשן; תזונה בריאה ומאוזנת תוך שמירת משקל גוף תקין. נא ביצוען של בדיקות סקר באופן מסודר אצל רופא המשפחה/פנימאי; כירורג כללי; (לנשים- גם גניקולוג) ועוד...

והכוללות; בדיקות דם; הדמיות למינהן לשם וידוי בריאות מלאה ושלמה.
* חזרה הדרגתית לפעילות מלאה על פי תחושת הכאב; רק לאחר שיפור משמעותי. במקרה של החמרת כאב שוב- מנוחה חוזרת.

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

פירוט: במקרה של אי שיפור או החמרה, בברכה,
ד"ר משה ינקו
אורטופד מומחה - מנתח