

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 נשמית, 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; נידוד איטי, כאוב/אנטלגי. איתור צליעה/אסימטריה בהליכה. ללא חוסר
נוירולוגי 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

ניוד 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 ליסכה 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

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	טלפון 0547258983	מקצוע ניקיון	
ת. פגיעה 19/02/2023	שעה 06:25	התעסקות בשעת הפגיעה הליכה לעבודה		
האיבר שנפגע בית חזה וברכיים	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, ברכיים 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



לצפייה בסרטון הסבר על
מילוי הטופס ולמילוי זכויות
יש לסרוק את הברקוד



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה

חובה לצרף לטופס זה

- תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה או דוח חדר מיון או סיכום מחלה מבית החולים וכן כל מסמך אחר המעיד על אבחנה רפואית כתוצאה מהפגיעה.
- עצמאי** – אם פגיעתך ארעה בזמן עבודה מחוץ לעסק, עליך לצרף אישור מהגורם עבור ביצועת את העבודה (כמו: חשבנית על ביצוע העבודה, הזמנת עבודה, תעודת משלוח וכדומה).
- עובד זר** – חובה לצרף צילום דרכון, תושב שטחים, חובה לצרף צילום תעודת זהות והיתר העסקה משירות התעסוקה.
- מתנדב** – עליך לצרף טופס הפניה למתנדב מהגוף המוסמך או תעודת מתנדב או כרטיס מתנדב.
- בתאונת דרכים** יש לצרף אישור מהמשטרה, העתק מההודעה לתברת הביטוח והעתק מתעודת ביטוח חובה.
- במידה והתביעה מוגשת ע"י **אפוטרופוס** יש לצרף צו אפוטרופסות.
- 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".
- קורונה** – יש לצרף הפניה לבדיקה ותוצאות בדיקת קורונה ראשונה, אישור מהמעסיק על סבירות גבוהה להדבקה במקום העבודה ופרטי ממונה הקורונה במקום העבודה.

להיעתר

- עליך להגיש את התביעה תוך 12 חודשים מיום הפגיעה. על פי חוק, לא תשולם הגמלה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחר) מיום הגשתה.
- תביעה שלא נחתמה ע"י התובע (בסעיפים 11 במקום המסומן ב-X), תוחזר בדואר ותיחשב כאילו לא הוגשה.
- בתביעה של עובד שכיר על המעסיק למלא את סעיפים 1 – 5 בעמודים 6-7 ולחתום במקומות המסומנים ב-X.
- משך זמן טיפול משוער בתביעה לדמי פגיעה הוא 60 יום, (למעט תביעה למחלות מקצוע).
- לנוחיותך, שלבי הטיפול בתביעתך מוצגים באתר האישי של המוסד לביטוח לאומי בכתובת www.btl.gov.il.
- אם נותרת בלתי מסוגל לעבודה, או אם חזרת לעבודה אך משארה לך נכות – עליך להגיש תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה בטופס בל 200.

כיצד יש להגיש את התביעה

- יש למלא את טופס התביעה על פי ההנחיות הרשומות בו ולצרף את המסמכים הנדרשים.
- 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, בפקס או בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- לשאלות ובירורים ניתן לפנות להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

בל 211 (05.2022)

עמוד 1 מתוך 8

317030140

נא ציין את מספר תעודת זהות

לשימוש פנימי	
חבר / דרכון	
סוג	דפים
01	

חותמות קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מנהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה

☐ תאונה בעבודה		☐ מחלת מקצוע / פרט	
☐ מתנדב		☐ עצמאי	
☐ חבר קיבוץ או מושב שיתופי		☐ הכשרה מקצועית	

שם פרטי		שם משפחה	
סבטלנה		אבדורכמוב	
מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעבוד זר)		שם פרטי	
0 1 4 6 3 7 1 3		סבטלנה	
דואר אלקטרוני		טלפון בית	
		0 5 4 7 2 5 8 9 8 3	
אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:			
שם פרטי איש קשר		שם משפחה איש קשר	
מס' זהות איש קשר		טלפון איש קשר	
☐ אני מסרב לקבל הודעות וטקסט (SMS) – דואר אלקטרוני, במקום דואר רגיל. לידעך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות במסגרת הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים. לפי המידע שמסרת.			
מנו: למכתבים – אם שונה מהשם במשרד הפנים			
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה
הוד	10		40
מיקוד	60352	יישוב	אור יהודה

שם מעסיק / מפעל				T&M שרתני נקיון בע"מ	
רחוב / תא דואר				מס' בית	
החרושת				30	
טלפון קווי				טלפון נייד	
0 0 2 2 8 3 5 0 3				0 0 0 0 0 0 0 0	
☐ האם אתה אחד מבעלי החברה / בעל שליטה בחברה: לא ☒ ק. פרט: ☐					
☐ האם יש קרבה משפחתית בין לבין המעסיק: לא ☒ ק. פרט: ☐					
עצמאי (אם הפגיעה אינה מחוץ לעסק – יש לצרף אישור על העבודה שאותה ביצעת/הית' אחור/ה לבצע)					
שם העסק				סוג העיסוק	
רחוב / תא דואר				מס' בית	
מיקוד				יישוב	
טלפון קווי				טלפון נייד	
טלפון פקס				טלפון פקס	

פרטי מקום העבודה - כמות הביטחון א2
 מקום השירות: ☐ צה"ל ☐ משמר הכנסת ☐ שב"ס
☐ משא"ז ☐ משטרה ☐ אחר _____
 האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה?
☐ לא ☐ כן
 אם הוגשה על דרך תביעה ומדחתה, נא צרף העתק ממכתב הדחיה.

3
פרט הפגיעה

שעת הפסקת עבודה	תאריך הפסקת עבודה	שעת הפגיעה	היום בשבוע	תאריך הפגיעה
14:15	20/2/23	6:25	ראשון	20/2/23 שנה חודש יום

היכן אירעה הפגיעה?
 במהלך העבודה ☒ מחוץ למפעל ☐

האם אירעה פגיעה?
 בדרך לעבודה ☐ בדרך לביתך ☐ מחוץ למפעל ☐

האם אירעה פגיעה?
 (הכחזבת שבה אירעה הפגיעה) ☐ (הכחזבת שבה אירעה הפגיעה) ☐

האם אירעה פגיעה?
 בתאונת בדרך ☐ תאונה בבניין ☐

האם אירעה פגיעה?
 בדרך לעבודה או לביתך או ליעד אחר ☐

תיאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון נוסף). נא פרט היכן אירעה הפגיעה
 היה זה אקרי רגל תיב מסלול הוצא הסלולסר. א.מ.ל.

האם נכחו עדים בתאונה?
☐ לא ☐ כן. פרט: אין סדים - יש מצלמה.

שם	כתובת	מספר טלפון	חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר ☐

שם	כתובת	מספר טלפון	חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר ☐

מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה

שם מקבל ההודעה	תפקיד	טלפון	תאריך מסירת ההודעה
א.מ.ל.	מנהל יחיד	054-5941335	20/2/23 שנה חודש יום

4 פרטי הטיפול הרפואי (שם פרטי, שם משפחה, תאריך לידה, כתובת, טלפון, דואר אלקטרוני)

האיבר שנפגע	מרות החבלה (נזגמא: שבר, פצע, חתך)	מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שירות רפואי)
תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה	תקופת אשפוז	שם בית החולים / מחלקה
שנה חודש יום	שעה	

האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או זזמים למצבך כיום?
☒ לא ☐ כן, פרט: _____

פרטי הרפאים המטפלים

שם הרפא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה שבה טופלת או אני מטופל	טלפון המרפאה

5 סיכומי מצב בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☐ כן

הגוף המייצג או המסייע: ☐ עורך דין ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכונת ☐ 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 באפשרותך לעשות זאת, או אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס, יש לשלוח אלינו טופס בל-73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

שם גורם מסייע	כתובת	טלפון

6 פרטים על תאונה

סוג התאונה:

☐ תאונת דרכים יש לצרף דו"ח משטרה והעתק מההודעה לחברת הביטוח.

☐ נפילה ממקום גבוה ☐ נפילה במדרגות או במדרכה פגומה ☐ התחשמלות

☐ תקיפה ☐ פגיעה מבעל חיים ☐ אחר _____

☐ תאונה בבניין שם האתר _____ שם הקבלן המבצע _____

האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת נזק או פיצויים מצד ג' בקשר לפגיעה? ☐ לא ☐ כן

תביעה נגד _____ שם עורך הדין המטפל _____

לכתובת _____ מס' טלפון _____

מס' פקס _____ דואר אלקטרוני _____

האם יש ברשותך תמונות ממקום האירוע? ☒ לא ☐ כן, בא לצרף _____

התביעה הוגשה בבית המשפט ☐ השלום ☐ המחוזי בעיר _____ מס' תיק אזרחי _____

7 מידות העוסקים לפני הפגיעה

אם בשלושת החודשים שלפני הפגיעה לא עבדת, מא סמן את הסיבה:

☐ מחלה ☐ חופשה ☐ אחרת: * נא לצרף אישורים מתאימים

☐ עבדתי אצל מעסיק אחר/נוסף: * נא לצרף אישורים או תלושי שכר לשלושת החודשים הנ"ל

לאחר הפגיעה

עד תאריך	מתאריך	☐ לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה
שנה חודש יום	שנה חודש יום	
עד שעה	משעה	☐ שהיית בעסק / בעבודתי
שנה חודש יום	שנה חודש יום	
עד שעה	משעה	☐ חזרתי לעבודה מלאה בתאריך
שנה חודש יום	שנה חודש יום	

☐ חזרתי לעבודה חלקית ☐ טרם חזרתי לעבודה ☐ לא נעדרתי מהעבודה

שעות עבודתי במשלה י"ד או בעבודתי לפני הפגיעה היו:

משעה עד שעה: ☐ עבודה במשמרות ☐

8 הבהרה למעביד: בעל שליטה או קרוב משפחה לבעל שליטה או לבעל מניות בחברה בלבד

יש להמציא הוכחת תשלום ל-12 חודשים אחרונים (הפקדות בנק, צילומי המחאות ועוד)

מהו תפקידך בעבודה במועד הזכאות? (פירוט העבודה שבצעת בפועל) מנהל

היכן בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובת) הס' ק"ס 49 נחית תקווה שטראוס

מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות) 6:30 - 15:00

אני מצהיר כי הנתונים שהגלן נכונים

תאריך 20/2/23 שם פרטי ומשפחה מנחם חתימה: * [חתימה]

9 פרטון חשבון הבנק שלי התובע

לדעתך יש לך זכות לביטוח לאומי? ☒ כן ☐ לא

שמות בעלי החשבון

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
מזכ"ל	12/657	657	561096

לדעתך קיבוצי או מושב שיחסי? ☒ כן ☐ לא

לדעתך קיבוצי או מושב שיחסי? ☒ כן ☐ לא

לדעתך קיבוצי או מושב שיחסי? ☒ כן ☐ לא

10 פטור ממס הכנסה

יש לך זכות לביטוח לאומי? ☒ כן ☐ לא

עיוולת נכה 100% ☐ פטור חלקי ☐

11 הצהרת התביעה מגיש התביעה

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

☒ 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 ביטוח זכויותי.

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה עבירה על החוק וכי אדם אשר מורם במרמה או בודעין 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 או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכויותי לגמלה או יצירת חוב ועל כן, אני מוזהר/בת להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

אני מסכים שהבנק יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו מסמכים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון הבנק תשלום אשר סלו או חלקו שולם בטעות או שלא כדון, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושבי התשלומים.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממוחשבת, 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.

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

במקרה שלא יעודכן פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערצים אותם ציינתי על גבי סופס זה.

תאריך: 22/2/23 חתימת התובע *

פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות ס"ב	קרבה לתובע

טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני
		@

אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר: צא אפוסטרופסות, פסק דין או יותר סודיות - יש לצרפם לתביעה.

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט: שם העד לחתימה: ת.ז.

עמוד 6 מתוך 8

נא ציין את מספר תעודת זהות 317636140

למילוי ע"י המעסיק אם התובע עובד שכיר (בתביעה של עזמאי - ימלא התובע)

1

פרטים על פגיעה מחוץ לעבודה או למפעל

☐ הפגיעה אירעה מחוץ למפעל – תוך כדי עבודה:

מקום הפגיעה: _____

שעת הפגיעה: _____

המקום שבו היה על התובע לעבוד או שבו עבד התובע ביום הפגיעה: _____

האם העובד מועסק דרך קבע מחוץ לכותלי המפעל? ☐ לא ☐ כן

בדרך כלל מועסק ב: _____

האם נכחו עובדים נוספים בעת הפגיעה? ☐ לא ☐ כן

1. שם: _____ ת.ז.: _____

2. שם: _____ ת.ז.: _____

תפקיד הנפגע במפעל	מסרת יציאת מחוץ למפעל	שם העובד שנתן לתובע את ההוראה לצאת	תפקידו

שעת היציאה: _____

שעת החזרה הצפויה: _____

תאונה בבניין: שם האתר _____ שם הקבלן הראשי _____ שם הקבלן המבצע _____

☐ פגיעה בדרך לעבודה:

באיזו שעה היה עליו להתחיל בעבודה? _____ איזו משמרת? _____

הכתובת שבה היה אמור לעבוד? _____

☐ פגיעה בדרך הביתה: באיזו שעה סיים את העבודה? _____ האם סיים בשעה הקבועה? ☐ כן ☐ לא

הסיבה ליציאה המוקדמת: _____

הכתובת שבה עבד לפני היציאה לבית: _____

[illegible]

ט"ו אדר א"ה
תשנ"ח
51050
ח.פ.

מספר סלפון: 052-5252525

נפקיד החותם ש. ש. ש.

דבר

Handwritten signature: *Handwritten signature*

שׁוּגֵר סוֹפֵס 100: □ כ □ לֹא
שֵׁם אִישׁ קֶשֶׁר לְחֹרֶף שָׁר
חֲתִימַת מְלֶכֶת 5706

0863.3 (46.8022) 211

0.9.7

3 פרטים על תשלום דמי מחלה ע"י המעסיק/הקרן/דמי מחלה

האם העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י המעסיק? (נכון ליום הפגיעה) ☐ כן, ציין את מספר הימים שעמדו לזכות העובד עד יום הפגיעה: 86.29

☐ לא, ☐ העובד ניצל את כל הימים העומדים לזכותו ☐ לא נצברו ימי מחלה ☐ אחר ☐ העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י הקרן לדמי מחלה

מחלה (שם הקרן)

4 הצהרת מעסיק

אנו החתומים מטה מאשרים, כי הפרטים שמסר העובד ומסרנו אנו נכונים לפי מיטב ידיעתנו. אם מאשרים כי התבע הועסק על ידנו כעובד בזמן הפגיעה בעבודה.

אם יש לך הסתייגות בעניין הפגיעה, יש לפרט כאן: _____

תאריך: 20.02.23 חתימת העובד: _____ חתימת המעסיק: _____

שם העובד: דגית שטרן שם המעסיק: חברת שטרן

שם העובד: דגית שטרן שם המעסיק: חברת שטרן

שם העובד: דגית שטרן שם המעסיק: חברת שטרן

שם העובד: דגית שטרן שם המעסיק: חברת שטרן

5 פרטים משלימים למעסיק/מחשבה מאושרת

☐ העובד זכאי לפסוק בשיעור 100% ממס הכנסה

מעסיק מורשה לפי תהנה 22:

☐ העובד נכלל בהרשאה ונעדר מתאריך _____ עד תאריך _____ ושילמם לו דמי פגיעה כחוק.

☐ העובד אינו נכלל עם העובדים שבעברם ניתנה הרשאה לחברה / מפעל.

מעסיק מאושר לפי סעיף 343:

☐ אני מעסיק מאושר לפי סעיף 343 (סעיף 162 בבסח הישן).

קיבוצי:

☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

חתימת המעסיק וחתימת * _____

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

שנה | חודש | יום

מעסיק נכבד, נא עיין בדברי ההסבר שבעמוד 2 לפני מתן הטופס לעובד
טופס זה אינו משמש תביעה לדמי פגיעה. על מנת להגיש תביעה לדמי פגיעה יש
למלא טופס בל/211 הקיים באתר האינטרנט.

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 לעזרת 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 scribbles and markings.~~



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 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 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

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

שם פרטי: סבטלנה	שם משפחה: אבדורכמנוב	פרטי הנבדק:
ת.ז.: 317636140	ת.לידה: 30/06/1954	0317636140
טל.עבודה/נייד: 0547258983	מין: נ	
מיקוד: 6035259	תלפון: 036343883	
	הורד: 10/24, אור יהודה	
	כתובת:	

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.

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

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
	ת.לידה: 30/06/1954	מ.י.נ: 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: 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. גורט מפנה



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
תל.עבודה/נייד: 0547258983	טלפון: 036343883
כתובת: הורד 10/24, אור יהודה	מיקוד: 6035259
0317636140	

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.

מסמך אוטורי דיגיטלי מוכיח

תאריך: 20/02/2023

מ.ר גורם נפנה



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
נבדק 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 קוטרופרניים 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		
0317636140			

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 נעונוות 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 תנוחות

אבחנה:

- TRAUMA ACCIDENTAL
- WORK ACCIDENT

טיפולים והמלצות:

מעקב רופא מטפל, ושקילת המשך בירור לפי צורך לרבות קרדילוגי.
משככי 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 וחוקמת הרופא

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

מסמך חתום
דיגיטלית
cosign מוכיח

מס ביקור



000232729608

פקס: 073-2284246

שם רופא: ד"ר פרסקי אולג

מומחיות: מומחה ברפואה פנימית

טלפון: 03-5387222

ת"ז



0317636140

מין: נ

שם מטופל: אבדורכמנוב סבטלנה

ת"ז: 317636140

גיל: 68 שנים ו-8 חודשים

טלפון: 0547258983, 036343883

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 OP ** 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 הנחלים שבתוקף ביום הניפוק. חובה להציג כרטיס מגנטי בבית המרקחת או רשימת תרופות בביקור. לידיעתך 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

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. 92913
159