



הגשת תביעה לגמלת סיעוד

הטופס מיועד למילוי על ידי התובע, בן משפחה או מכר ולא על ידי חברה נותנת שירותי סיעוד.

גמלת סיעוד משולמת למי שזקוק לעזרה רבה בפעולות היום יום: לבישה, אכילה, שמירה על היגיינה ושליטת על הפרשות, רחצה, נידות עצמית בבית ומידת הצורך בהשגחה ופיקוח צמוד של הזולת בשל מצב רפואי ותפקודי המעמיד אותך בסכנת חיים מידית או בסכנה לפגיעה באחרים.
גמלת הסיעוד נקבעת על ידי "הערכת תלות", "מבחן הכנסות" ותנאים נוספים.
למידע נוסף ניתן לפנות לאתר האינטרנט www.btl.gov.il – גמלת סיעוד.
ניתן להיעזר במחשבון באתר כדי לבדוק את תנאי הזכאות לגמלה.

כיצד יש להגיש את התביעה

כדי לייעל את הטיפול בתביעתך, יש למלא את התביעה על פי ההנחיות הרשומות בה, ולצרף את המסמכים הבאים:

מסמכים רפואיים שברשותך, המפרטים את המחלות, הטיפולים והתרופות שאתה נוטל.
מכתב סיכום רפואי עדכני חתום ע"י רופא מטפל, רופא מומחה, סיכומי אשפוז תוצאות בדיקות אבחון והדמיה, טיפולים מיוחדים וטיפול תרופתי, תעודת עיוור.
ניתן לצרף במכתב מידע שנמסר מגורמים מטפלים נוספים כגון: אח המרפאה, פיזיותרפיסט, עובד סוציאלי, רופאים מומחים ועוד.
אישורי הכנסות שלך ושל בן/בת זוג מכל המקורות (למעט קצבאות ביטוח לאומי).
כמו כן, יתכן ותידרש להמציא אישורים נוספים בהתאם לתביעתך ועל כך תקבל הודעה.

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 מגורים.

לשאלות ובירורים ניתן לפנות להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345 או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.

לידיעתך

- אם אתה זכאי לקצבת שירותים מיוחדים או קצבאות אחרות דומות, יהיה עליך לבחור ביניהן לבין קצבת סיעוד.
- ניתן לעקוב אחר הטיפול בתביעתך באזור האישי באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי. היה ותימצא זכאי לגמלת סיעוד, עו"ס מטעם המוסד לביטוח לאומי ייצור עמך קשר לתאם תכנית טיפול.
- אם אתה מעל גיל 90, יש באפשרותך למלא עמודים 7-8 על ידי רופא מומחה בגריאטריה. מילוי טופס זה מחליף את הערכת התפקוד של מעריך מטעם הביטוח הלאומי.

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך מתייחס לנשים ולגברים כאחד



המוסד לביטוח לאומי
מנהל הגמלאות
סיעוד

תביעה לגמלת סיעוד

מס' זהות / דרכון

--	--	--	--	--	--	--	--

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

סוג
המסמך

1

דפים

--	--

חותמת קבלה

1

פרטי התובע
שם משפחה

שם פרטי

מספר זהות

מצב משפחתי
☐ רווקה ☐ אלמנה ☒ פרודה/נשואה ☐ גרושה ☐ ידועה בציבור

טלפון קווי
טלפון נייד

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

פרטי מגיש התביעה (ימולא אם התובע אינו מסוגל להגיש את התביעה בעצמו, עקב מצבו הבריאותי)

שם פרטי
שם משפחה

קשר לתובע
מס' זהות איש קשר

טלפון קווי
טלפון נייד

דואר אלקטרוני:
@

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

*אם בדיק אחד מהמסמכים הבאים, נא סמן וצרף העתק מהמסמך
☐ ייפוי כוח ☐ צו אפוטרופסות ☐ פסק דין ☐ אחר

שפות דיבור
1. עברית
2. אנגלית

אני מעדיף שההערכה תבוצע בשפת האם ולא בעברית

סיבה להגשת התביעה

פרט את הסיבה להגשת התביעה, תאר את מצבך הרפואי התפקודי (ניידות, הלבשה, רחצה, אכילה וטיפול בהפרש והקוגניטיבי (צורך בהשגחה למניעת סכנה בשל בעיות קוגניטיביות). פרט מהי העזרה שאתה זקוק לה בבית.

שם המלמד, מרחק, יום למידה

3 כתובת מגורים

3

☒ כתובת המגורים הרשומה במשרד הפנים

☐ כתובת אחרת: שם _____

ישוב _____ רחוב/תא דואר _____ מספר בית _____ דירה _____ כניסה _____ מיקוד _____

דואר אלקטרוני: littels@yml.co.il

טלפון נייד

0523996690

טלפון קווי

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

האם מתגוררים אנשים נוספים איתך? ☐ לא ☒ כן אם כן נא למלא:

שם משפחה	שם פרטי	קשר לתובע	מס' זהות איש קשר ס"ב
לוי	נח	מסר	051941359
שם משפחה	שם פרטי	קשר לתובע	מס' זהות איש קשר ס"ב

☐ אני מתגורר במסגרת מוסדית

☐ אני מתגורר במוסד בקיבוץ

שם המוסד _____

כתובת המוסד _____

תאריך כניסה _____

ככל שצטרך אישור מהמוסד, נפנה אליך על מנת למלא טופס "יעודי"

4 הערכת תלות

4

הערכת תלות תבוצע ע"י מעריך מוסמך מטעם הביטוח הלאומי. ההערכה תתייחס למידע הרפואי שצרכת לתביעה. במידת הצורך המעריך יתקשר אליך ולאיש הקשר המכיר את מצבך הרפואי ויתאם מועד להשלמת המידע בטלפון או בביקור הערכה בביתך.

☒ אני מעדיף שמעריך ישלים מידע על מצבי בשיחת טלפון

☐ מעדיף שמעריך ישלים מידע על מצבי בבית

מבקש שאת הערכת תלות יבצע: ☐ מעריך ☐ מעריכה ☐ אין לזה חשיבות

5 הגשת תביעה לפני אשפוז או במהלך אשפוז

5

☐ לפני אשפוז, תאריך האשפוז המתוכנן _____

מחלקה: _____ תאריך שחרור מתוכנן: _____

☐ במהלך אשפוז, שם בית החולים: _____

6

פרטים על תביעה לפיצוי נזיקין צד שלישי

האם מצבך נגרם כתוצאה מתאונת דרכים? ☐ כן ☐ לא
 האם מצבך נגרם כתוצאה מאירוע תאונתי אחר (רשלנות, נפילה בדרך או מגובה, תקיפה, פגיעה מגורם אחר וכד')?
☐ לא ☒ כן, נא פרט: חובה לענות על שאלות אלו
 תאריך התאונה: 22/7/24 מקום התאונה: בבית הוראים
 נסיבות אירוע התאונה: נפילת אדם מרצף חיצוני

עורך הדין המייצג אותך בתביעה:

שם: _____ טלפון: _____ טלפון נייד: _____
 כתובת: _____

7

הצהרה על הכנסות

- אני מצהיר שמקורות ההכנסה שלי הם מ: ☐ שכיר ☐ עצמאי ☒ פנסיה ☐ אין הכנסות
- אני מצהיר שמקורות ההכנסה של בן/בת זוגי הם מ: ☐ שכיר ☐ עצמאי ☐ פנסיה ☒ אין הכנסות
- אני מצהיר שלי ולבן/בת זוגי יש הכנסות שלא מעבודה: ☐ הכנסות משכר דירה ☐ קצבה סוציאלית מחו"ל ☐ תגמולים אחרים ☐ אין הכנסות
- נא לצרף מסמכים על מקורות ההכנסה שציינת.**
- לצורך בדיקת זכאותך לקצבה, ייתכן שנפנה באופן יזום למעסיקיך, לרבות כאלו שהיו לך או שיהיו לך בעתיד, כדי לקבל את נתוני הכנסותיך באופן דיגיטלי (ממוחשב) ☐ אני מתנגד מסרב (נשוי/ידוע בציבור)
- אם אינך מסכים, ציין זאת: ☐ אני התובע מסרב ☐ אני הנתון להכנסות באופן דיגיטלי.
- לכך שתפנו לקבל את נתוני ההכנסות באופן דיגיטלי.
- ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ושכר לצורך בירור זכאותי.

8

הוצאות קבועות שלי ושל בן/בת זוג

☐ החזקה במוסד ☐ דמי מזונות ☐ תשלום שכר דירה (אם יש יותר מנכס אחד)

* הניכוי יבוצע רק לאחר המצאת אישור

הערה: לתשומת לבך בעלי הכנסה מהשכרת דירה המתגוררים בדיוור מוגן – יש להמציא אישור מהדיוור המוגן על מרכיב הוצאות הדיוור בלבד בתשלום החודשי.

9

קבלת תשלום או שירותים בעבור טיפול אישי או עזרה בבית ממשד הביטחון

☒ לא מקבל ☐ מקבל: ☐ תשלום כספי ☐ שירותים

פרטי חשבון בנק כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו:

שמות בעלי החשבון

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
מזכ"ל	3' א/ה	814	05967911

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיבוץ / המושב ☐ לחשבוני הפרטי

ברשותי חשבונות בנק נוספים ☒ לא ☐ כן, בנק _____ סניף _____ מס _____

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 הפרטים 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 /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: 15/9/24 חתימת מקבל התשלום: * הלל עזריאל

הצהרת התובע או מגיש התביעה

אני החתום מטה תובע גמלת סיעוד ומצהיר בזה, כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה נכונים ומלאים. ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים, היא עברה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה ע"י 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 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. כמו כן, אני מצהיר בזה, כי פרט להכנסות שצינו לעיל אין לתובע או לבן/בת זוג/ה הכנסות נוספות.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי 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.

תאריך	שם פרטי ומשפחה	חתימת התובע / מקבל הגמלה / מגיש התביעה
15/9/24	הלל עזריאל	* <u>הלל עזריאל</u>

חותמת קבלה 		לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
מס' זהות / דרכון סוג המסמך דפים		תאריך תביעה שנה חודש יום שם פרטי

כתב ויתור סודיות רפואית
שם הגמלה: סיעוד

פרטים אישיים של המבוטח קוד גמלה 96	מספר זהות/דרכון 051693596	תאריך תביעה שנה חודש יום שם פרטי
שם משפחה שם פרטי		
חבר בקופת חולים: ☒ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר		

2 הצהרת המבוטח או האפוטרופוס
אני הח"מ, מצהיר שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, או האפוטרופוס של המבוטח, להלן הפרטים האישיים של האפוטרופוס:
שם משפחה: שם פרטי: מספר זהות: 051693596
מוותר על הסודיות הרפואית שלי ו:

- נותן בזה את הסכמתי 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 אודותי.
- נותן בזה את הסכמתי למסור למוסד לביטוח לאומי, למסור לנותן השירותים שיספק לי את שירותי סיעוד, מידע רפואי וסוציאלי אודותי, הדרוש למתן טיפול במסגרת חוק ביטוח סיעוד.
- נותן בזה את הסכמתי למסור למוסד לביטוח לאומי, למסור לרשות ההגירה ולקבל מרשות ההגירה, מידע רפואי וסוציאלי אודותי, הדרוש למתן טיפול במסגרת חוק ביטוח סיעוד.
- נותן בזה את הסכמתי למסור למוסד לביטוח לאומי, למסור למחלקה לשירותים חברתיים ברשות המקומית ולקבל מהמחלקה לשירותים חברתיים ברשות המקומית מידע רפואי וסוציאלי אודותי, לרבות מידע על גמלת הסיעוד, לו אקבלה.
- נותן בזה את הסכמתי למסור למוסד לביטוח לאומי, למסור לקופ"ח שבה אני מבוטח ולקבל ממנה: מידע רפואי וסוציאלי אודותי הדרוש למתן טיפול במסגרת חוק ביטוח סיעוד, ואת התוצאות של הערכות התלות שתערכנה בגין תביעה זו.

ולראייה באתי על החתום

חתימת המבוטח או האפוטרופוס

x

רעות תל-אביב
בית חולים שיקומימסונף לפקולטה לרפואה, אוניברסיטת תל אביב
Affiliated to the Faculty of Medicine, Tel-Aviv University**שחרור סיעודי**

המידע הינו חסוי ויש לשמור על סודיות רפואית

שם משפחה+פרטי	ת.זהות	שם האב	ת.לידה	גילמין	מצב משפחתי לידה	ארץ	שנת עליה	כתובת	גורם מממן
שלומי אסתר	05169359-6	דוד	26/02/1953	71	נשוי/אה+4	ישראל	0	קורין עזרא 6 תל אביב יפו 6743603	קופת חולים כללית

ת.קבלה למוסד	ת.קבלה למחלקה	מחלקה	סטאטוס	גורם מממן	קופ'ח
31/07/2024	31/07/2024	1	שיקום גריאטרי	קופת חולים כללית	קופ'ח כללית

טלפון מחלקה : 03-6383682

תאריך שחרור :

08/09/2024

לאן משתחרר לביתה

1. אנשי קשר:

אנשי קשר					
שם הקרוב	קירבה	טלפון-1	טלפון-2	כתובת	כתובת מייל
שלומי-ליטל *	בת	054-6093863			
שרעבי-אלה	בת	050-6438527			
שלומי-ליטל	בת	0546093863		, תל אביב יפו	
שלומי-רוית	בת	0507293926		, תל אביב יפו	

הנחיות מקדימות: לא

ייפוי כח: לא

הערות:

2. אבחנות

ת.רישום	ת.סיום	ת.התחלה	אבחנה	סטאטוס	קוד
31/07/2024 16:16:48			REHABILITATION THERAPY		93.89
31/07/2024 16:16:57			GAIT ABNORMALITY		781.2
31/07/2024 16:18:20		22/07/2024	FRACTURE FEMUR SUBCAPITAL CLOSED - Left		820.09
31/07/2024 16:31:35		25/07/2024	TOTAL HIP REPLACEMENT(THR) - Left		81.51
31/07/2024 16:18:36			OSTEOPOROSIS UNSPECIFIED		733

רעות תל-אביב בית חולים שיקומי



מסונף לפקולטה לרפואה, אוניברסיטת תל אביב
Affiliated to the Faculty of Medicine, Tel-Aviv University

שחרור סיעודי

המידע הינו חסוי ויש לשמור על סודיות רפואית

שם משפחה+פרטי	ת.זהות	שם האב	ת.לידה	גיל מין	מצב משפחתי לידה	ארץ	שנת עליה	כתובת	גורם מממן	קופ"ח
שלומי אסתר	05169359-6	דוד	7126/02/1953	נקבה 4	נשוי/אה+	ישראל	0	קורין עזרא 6 תל אביב יפו 6743603	קופת חולים כללית	כללית
ת.קבלה למוסד	ת.קבלה למחלקה	מחלקה	סטאטוס	גורם מממן	קופ"ח					
31/07/2024	31/07/2024	I	שיקום גריאטרי	קופת חולים כללית	כללית					
31/07/2024 16:31:53					250					
31/07/2024 16:32:07					CHR					
22/08/2024 09:48:27					401.9					
20/08/2024 12:24:49	20/08/2024				CHR					
06/08/2024 11:14:01					305.1					
31/07/2024 16:33:15					CHR					
06/08/2024 11:15:57					786.2					
31/07/2024 16:30:38	04/08/2024				CHR					
31/07/2024 16:30:12					437.9					
22/08/2024 09:45:58					CHR					
22/08/2024 09:47:06					266.2					
					269.2					
					275.2					
					V07.8					

סוג	רגישות	השפעה	ת.קביעה	קובע	ת. רישום
	לא ידוע על רגישות				31/07/2024 16:37:25

הערות	ת.סיום	שעות	ת.התחלה	ימים	מינון	התרופה	דרך	צורת	סיווג

שחרור סיעודי

המידע הינו חסוי ויש לשמור על סודיות רפואית

שם משפחה+פרטי	ת.זהות	שם האב	ת.לידה	גילמין	מצב משפחתי לידה	ארץ	שנת עליה	כתובת	גורם מממן
שלומי אסתר	05169359-6	דוד	26/02/1953	71 נקבה	נשוי/אה+	ישראל	0	קורין עזרא 6 תל אביב יפו 6743603	קופת חולים כללית

ת.קבלה למוסד	ת.קבלה למחלקה	מחלקה	סטאטוס	גורם מממן	קופ'ח
31/07/2024	31/07/2024	שיקום גריאטרי	קופת חולים כללית	קופת חולים כללית	כללית

הגשה	מתן								
CHR	TAB	P.O	METFORMIN [METFORMIN 850mg]	850mg X1		06/08/2024	12:00		
CHR	TAB	P.O	CLOPIDOGREL [CLOPIDOGREL 75mg]	75mg X1		06/08/2024	08:00		
CHR	TAB	P.O	ALDACTONE [SPIRONOLACTONE 25mg]	12.5mg X1		04/08/2024	08:00		
CHR	TAB	P.O	VITAMIN B12 1000mcg [VIT B12 1000mcg, FICTITIOUS GENERIC COMPONENT 1000mg]	1TAB X1		04/08/2024	12:00		
CHR	TAB	P.O	FOLEX 400 [FERROUS IRON 100mg, FOLIC ACID 400mcg]	1TAB X1		01/08/2024	12:00		
CHR	CAP	P.O	MAGNOX [MAGNESIUM COMPLEX 1cap]	1cap X1		31/07/2024	08:00		
CHR	DROP	P.O	VITAMIDIN D [VIT D3 200IU, FICTITIOUS GENERIC COMPONENT]	4drop X1		31/07/2024	12:00		
CHR	TAB	P.O	XELJANS [TOFACITINIB 5mg]	5mg X2		31/07/2024	08:00, 18:00		
CHR	TAB	P.O	FOLIC ACID [FOLIC ACID 5mg]	5mg X1		31/07/2024	08:00		
CHR	SOL	P.O	Optalgin 500mg/1ML [DIPYRONE 500mg]	1000mg X3		31/07/2024	08:00, 12:00, 18:00		
CHR	CAP	P.O	RAFASSAL [5- AMINOSALICYLIC ACID 1000mg]	2000mg X2		31/07/2024	08:00, 20:00		
CHR	TAB	P.O	GALVUS	50mg		31/07/2024	08:00,		

שחרור סיעודי

המידע הינו חסוי ויש לשמור על סודיות רפואית

שם משפחה+פרטי	שם ת.זהות	שם האב	ת.לידה	גילמין	מצב משפחתי לידה	ארץ	שנת עליה	כתובת	גורם מממן
שלומי אסתר	05169359-6	דוד	7126/02/1953	נקבה 4	נשוי/אה+	ישראל	0	קורין עזרא 6 תל אביב יפו 6743603	קופת חולים כללית
ת.קבלה למוסד	ת.קבלה למחלקה	מחלקה	סטאטוס	גורם מממן	קופ"ח	קופת חולים כללית	קופ"ח	קופת חולים כללית	קופת חולים כללית
31/07/2024	31/07/2024	1	שיקום גריאטרי	קופת חולים כללית	קופת חולים כללית	קופת חולים כללית	קופת חולים כללית	קופת חולים כללית	קופת חולים כללית
CHR	CAP	P.O	[VILDAGLIPTIN 50mg]	X2	40mg	X1	OMEPRA	[OMEPRAZOLE 40mg]	18:00
									06:00

תרופות שניתנו למטופל ביום השחרור

--

5.הוראות הזנה

הזנה PO	תאריך התחלה	תאריך סיום	הערות	נזון
סוג ומרקם התפריט	01/08/2024		ללא עגבניות/רוטב אדום, גמבה, חצילים	מזון רגיל (7), נוזלים דלילים (0), דל סוכר
ההוראה	נזון	סוקולסקי	יעל	

6. הוראות הזנה שקיבל היום: (מהשעה 5:00 עד עתה)

7.סימנים חיוניים לשעה האחרונה

תאריך	שעה	לח"ד	דופק	חום	סטורציה

נתוני זיהום

ת.שליט בידוד	ת.הסרת בידוד	בדיקת Hodge Test	Pcr בדיקת	מקור זיהום	ת.לקיחת תרבות ראשונה	שם החידק

8. משקל/גובה :

משקל - 66.8 ק"ג מתאריך 15/08/2024
גובה - 164 ס"מ מתאריך 01/08/2024

9.כאב

שחרור סיעודי

המידע הינו חסוי ויש לשמור על סודיות רפואית

שם משפחה+פרטי	ת.זהות	שם האב	ת.לידה	גילמין	מצב משפחתי לידה	ארץ	שנת עליה כתובת	גורם מממן
שלומי אסתר	05169359-6	דוד	7126/02/1953	נקבה 4	נשוי/אה+	ישראל 0	קורין עזרא 6 תל אביב יפו 6743603	קופת חולים כללית

ת.קבלה למוסד	ת.קבלה למחלקה	מחלקה	סטאטוס	גורם מממן	קופ'ח
31/07/2024	31/07/2024	I	שיקום גריאטרי	קופת חולים כללית	קופ'ח כללית

תאריך	סטאטוס	דרגה	מיקום	גורמים	סמפטומים	אופי כאב	סוג טיפול	תרופה	הערות

חיסונים	חיסון	תאריך	אצוה	הערות

11. אומדן תפקודי סיעודי

FIM בקבלה

72

FIM בשחרור

109 8/9/2024

Norton בקבלה

14

Norton בשחרור

11 31/8/2024

GDS בקבלה

GDS בשחרור

כף רגל סכרתית בקבלה

כף רגל סכרתית בשחרור

אומדן פה בקבלה

אומדן פה בשחרור

רעות תל-אביב בית חולים שיקומי



מסונף לפקולטה לרפואה, אוניברסיטת תל אביב
Affiliated to the Faculty of Medicine, Tel-Aviv University

שחרור סיעודי

המידע הינו חסוי ויש לשמור על סודיות רפואית

שם משפחה+פרטי	ת.זהות	שם האב	ת.לידה	גילמין	מצב משפחתי לידה	ארץ	שנת עליה	כתובת	גורם מממן
שלומי אסתר	05169359-6	דוד	26/02/1953	71 נקבה	נשוי/אה+4	ישראל	0	קורין עזרא 6 תל אביב יפו 6743603	קופת חולים כללית

ת.קבלה למוסד	ת.קבלה למחלקה	מחלקה	סטטוס	גורם מממן	קופ'ח
31/07/2024	31/07/2024	1	שיקום גריאטרי	קופת חולים כללית	כללית

אומדן תפקודי

נשימה : תקינה

הכרה : מלאה
התנהגות : משתף פעולה
תקשורת : שפת דיבור עברית

חושים : ראייה : משקפיים
שמיעה : סבירה
תפיסת מחלה : מודע למצבו
ניידות : אביזרי עזר הליכון גלגלים

מעברים : עצמאי

הלבשה : עזרה חלקית
רחצה : עזרה חלקית
אופן האכילה : אופן ההזנה: PO
והשתייה :

תאריך החדרה/החלפה
אופן האכילה PO: עצמאי
זקוקה לעזרה בכנה והגשה.

סיכון : כן צורך בהשגחה/אביזרים
לנפילות : הליכון גלגלים + השגחה

הפרשות : שתן שליטה מלאה

מס'

שחרור סיעודי

המידע הינו חסוי ויש לשמור על סודיות רפואית

שם משפחה+פרטי	ת.זהות	שם האב	ת.לידה	גיל מין	מצב משפחתי לידה	ארץ	שנת עליה	כתובת	גורם מממן
שלומי אסתר	05169359-6	דוד	26/02/1953	71 נקבה	נשוי/אה+4	ישראל	0	קורין עזרא 6 תל אביב יפו 6743603	קופת חולים כללית

ת.קבלה למוסד	ת.קבלה למחלקה	מחלקה	סטאטוס	גורם מממן	קופ"ח
31/07/2024	31/07/2024	I	שיקום גריאטרי	קופת חולים כללית	כללית

סוג קטטר

תאריך החדרה

מס'

צואה שליטה מלאה

מצב תקין
העור:

טיפול

12. חפצים אישיים: נמסרו לחולה/משפחה

13. מעקבים מתוכננים

תאריך רישום	דיווח	מדווח	תאריך

הדרכות

14. המלצות/הדגשים:

מעקב רופא משפחה, מעקב מעבדה - בדיקות דם.
מעקב סיעודי בקהילה, מעקב לחץ דם.
המשך טיפול תרופתי קבוע.
מעקב כף רגל סוכרתית, אחות סוכרת.
מעקב והמשך טיפול באוסטאופורוזיס.
המשך טיפולי פיזיותרפיה במסגרת אמבולטורית.
מעקב רופא אורתופד.

מעקבים מתוכננים

רעות תל-אביב בית חולים שיקומי



מסונף לפקולטה לרפואה, אוניברסיטת תל אביב
Affiliated to the Faculty of Medicine, Tel-Aviv University

שחרור סיעודי

המידע הינו חסוי ויש לשמור על סודיות רפואית

שם משפחה+פרטי	ת.זהות	שם האב	ת.לידה	גילמין	מצב משפחתי לידה	ארץ	שנת עליה	כתובת	גורם מממן
שלומי אסתר	05169359-6	דוד	7126/02/1953	נקבה 4	נשוי/אה+	ישראל	0	קורין עזרא 6 תל אביב יפו 6743603	קופת חולים כללית
ת.קבלה למוסד	ת.קבלה למחלקה	מחלקה	סטאטוס	גורם מממן	קופ'ח				
31/07/2024	31/07/2024	1	שיקום גריאטרי	קופת חולים כללית	כללית				

מעקב רופא קרדיולוג.
מעקב רופא כלי דם.
מעקב מרפאת סוכרת.
מעקב רופא אנדוקרינולוג
מעקב דיאטנית בקהילה.

15. הערות:

אסתר בת 71 נשואה + 4 התקבלה לניסיון שיקומי לאחר נפילה וחבלת אגן שמאל וכתף שמאל, בצילום אובחן שבר סבקפיטלי משמאל בתאריך 25/7/24 עברה ניתוח החלפה מלאה של מפרק ירך שמאל בגישה אחורית, (יש הנחיות לשמור על פיסוק רגליים והגבהה בנחיות) מותרת דריכה והפעלה של הרגל, צילום - כתף שמאל ללא ממצאים אך יש מגבלה בטווחים.
היום משתחררת לביתה, ערנית ומשתפת פעולה, עצמאית באכילה, אך זקוקה לעזרה בהכנה והגשה, מעברים עצמאית בתמיכת הליכון גלגלים, ניידות עצמאית בתמיכת הליכון גלגלים, רחצה ולבוש עצמאית בפלג גוף עליון בישיבה, ועזרה חלקית בפלג גוף תחתון, סוגרים שולטת על סוגר השתן פעולות מעיים מוסדרות, זקוקה לעזרה ב - IADL .
הודרכה להגברת בטיחות אישית, מניעת נפילות ונטילת תרופות.
הודרכה להמשך טיפול תרופתי קבוע.
הודרכה למעקב יומי ללחץ דם.
הודרכה למעקב רמות סוכר בדם, על ערכי היפוגליקמיה והיפרגליקמיה.
הודרכה למעקב כף רגל סוכרתית/ אחות סוכרת.
הודרכה להמשך טיפול באוסטאופורוזיס.
הודרכה להקפיד על הנחיות רופא מנחה.
הודרכה לאורח חיים בריא.
הודרכה להפסקת עישון.
מאחלים לכם רפואה שלמה ובריאות טובה.

חתימה ארקייה ראיד

שם בודק: ארקייה ראיד שם נועל: ארקייה ראיד מ.ר: 216494 תאריך פתיחה: 08/09/2024 10:12:23
תאריך נעילה: 08/09/2024 11:22:44 תאריך הדפסה: 08/09/2024 שם המדפיס: ארקייה ראיד



אורתופדיה 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: שלומי	שם פרטי: אסתר	ת"ז: 51693596
גיל: 71	מין: נקבה	טלפון נייד: 0523996690
תאריך אשפוז: 22/07/2024	מספר קבלה: 2606539	מספר ימי אשפוז: 10
תאריך שחרור: 31/07/2024	קופת חולים: כללית	כתובת: קורין עזרא 6 תל-אביב 6743603

תאריך שחרור בפועל

תאריך שחרור: 31/07/2024

אבחנות

- Subcapital fracture of neck of femur [femoral, hip] (820.00) (Left)
- OSTEOPOROSIS (7330)
- VITAMIN D DEFICIENCY (268.9)
- ANEMIA 8-11 GR% (285.9)
- hypomagnesemia (275.2)

אבחנות בקבלה

- Subcapital fracture of neck of femur [femoral, hip] (820.00)

פעולות/ניתוחים שבוצעו

HIP REPLACEMENT, TOTAL, PRIMARY 271301

81.51 (Left) 25/07/2024 (Remark: Gription 52 DM Linear 52/45, Corail revision 12std, Bipolar head 45/22/+7)

מחלות רקע

- DM (250.00)
- HTN (401.9)
- COLITIS (558.9)
- CATARACT (366)

תלונה עקרית/מחלה נוכחית

בת 71, מתקבלת עם שבר תת ראשי מצד שמאל לצורך המשך טיפול

ברקע סכרת, קוליטיס, יל"ד, אינה נוטלת מדללי דם
נוטלת רפסאל וקסלג'נז (JAKSTAT חוסם)

מתגוררת בביתה, מתהלכת ללא עזרים, הליכות ארוכות, היו כאבים קודמים במפרק הירך

ביום פנייתה מעידה וחבלה בצד שמאל - נחבלה באגן ובכתף

בבדיקה

כתף שמאל ללא סמני חבלה או דפורמציה, מתקשה בהנעה אקטיבית בעיקר באבדוקציה והרמה קדמית אך טווחים מלאים ברוטציה
אקטיבית, טווחי מלאים בהנעה פסיבית, רגישות באזור השכם, שמורה NV
ירך שמאל - רגל במנח תקין, רגישות במישוש GT, מבחני AXIAL LOAD ו LOG ROLL שליליים, שמורה NV



שם מלא: שלומי אסתר 51693596

בצילומים - שבר תת ראשי משמאל, ללא ממצאים בכתף

בשיחה עם פרופ' קופילוב - אין מניע מניתוח על קסלג'אנז ורפסאל, גם בססיה וגם בבוקר

תוצאות מעבדה

פרופיל	בדיקה*	ערכי ייחוס	30/07/24 10:40	28/07/24 10:45	28/07/24 10:15	24/07/24 07:55	22/07/24 13:47
CBC	WBC (K/microL)	4.00-10.80	6.11	5.72			
CBC	RBC (M/microL)	3.8-5.2	3.43↓	3.41↓			
CBC	HGB (g/dl)	11.7-15.7	9.83↓	9.83↓			
CBC	HCT (%)	34.9-46.9	28.29↓	28.03↓			
CBC	MCV (fL)	80.8-100	82.56	82.10			
CBC	MCH (pg)	26-32	28.7	28.8			
CBC	MCHC (g/dl)	32-36	34.7	35.1			
CBC	RDW (%)	10.9-15.7	16.14↑	15.92↑			
CBC	PLT (K/microL)	130-440	387	282			
CBC	MPV (fL)	6.5-11.1	7.70	8.10			
CBC	PCT (%)		0.30	0.23			
CBC	NEUTRO% (%)	40-74	68.5	74.1↑			
CBC	LYMPHO% (%)	20-40	17.9↓	12.0↓			
CBC	MONO% (%)	4.7-12.5	4.8	4.4↓			
CBC	EOS% (%)	0-7	8.3↑	8.8↑			
CBC	BASO% (%)	0-1.5	0.6	0.7			
CBC	Nucleated RBC (/100WBC)	0-0.3	0.2	0.1			
CBC	NEUTRO abs. (K/microL)	1.8-7.7	4.19	4.24			
CBC	LYMPHO abs. (K/microL)	1-4.8	1.09	0.69↓			
CBC	MONO abs. (K/microL)	0.2-1.0	0.29	0.25			
CBC	EOS abs. (K/microL)	0-0.5	0.50	0.50			
CBC	BASO abs. (K/microL)	0-0.2	0.03	0.04			
CBC	Nucleated RBC abs. (K/microL)	0-0.02	0.01	0.01			
ביוכימיה בדם	Estimated Glomerular Filtration Rate (CKD-EPI) (ml/min/1.73m)	60	104		97		
ביוכימיה בדם	Lipemia		Normal		Normal		
ביוכימיה בדם	Icterus		Normal		Normal		
ביוכימיה בדם	Hemolysis		Normal		Normal		
ביוכימיה בדם	Urea -Blood (mg/dl)	15-45	26		28		
ביוכימיה בדם	Creatinine -Blood (mg/dl)	0.51-0.95	0.41↓		0.50↓		
ביוכימיה בדם	Glucose -Blood (mg/dl)	70-100	164↑		188↑		
ביוכימיה בדם	Potassium -Blood (meq/l)	3.5-5.2	3.7		3.6		
ביוכימיה בדם	Sodium -Blood (meq/l)	136-148	143		145		
ביוכימיה בדם	Chloride -Blood (meq/l)	98-110	108		109		
ביוכימיה בדם	Calcium -Blood, total (mg/dl)	8.1-10.4	9.2		8.5		
ביוכימיה בדם	Phosphorus -Blood (mg/dl)	2.0-4.0	2.50		2.30		
ביוכימיה בדם	Magnesium -Blood (mg/dl)	1.9-2.7				2.00	1.60↓
ביוכימיה בדם	Uric acid -Blood (mg/dl)	2.6-6.0	2.9		3.3		
ביוכימיה בדם	Bilirubin -Blood, total (mg/dl)	0.1-1.1	0.41		0.41		



שם מלא: שלומי אסתר 51693596

פרופיל	בדיקה*	ערכי ייחוס	30/07/24 10:40	28/07/24 10:45	28/07/24 10:15	24/07/24 07:55	22/07/24 13:47
ביוכימיה בדם	SGOT (AST) -Blood (U/L)	7-40	20		23		
ביוכימיה בדם	SGPT (ALT) -Blood (U/L)	7-45	9		17		
ביוכימיה בדם	LDH -Blood (U/L)	100-260	308↑		275↑		
ביוכימיה בדם	Alkaline Phosphatase -Blood (U/L)	45-115	150↑		134↑		
ביוכימיה בדם	Protein -Blood, total (g/dl)	6.5-8.2	6.1↓		6.1↓		
ביוכימיה בדם	Albumin -Blood (g/dl)	3.6-5.5	3.2↓		3.2↓		
ביוכימיה בדם	Estimated Globulin -Blood (g/dl)	2.3-3.5	2.90		3.00		
ביוכימיה בדם	Osmolality (calc.) (mOsm/KgH ₂ O)	275-295	299↑		305↑		
בירור אנמיה	Folic acid, serum (ng/ml)	5.9-24				>23.80	
מטבוליזם וגדילה	HbA1C % (%)					7.3	
מטבוליזם וגדילה	HbA1C mmol/mol (mmol/mol)					56.3	
תפקודי עצם	Vitamin D (25-OH) (ng/ml)					13.1	
תפקודי תירואיד בסיסיים	TSH (mIU/l)	0.4-4				0.61	

* תדפיס זה אינו כולל הערות עבור מדבקה או בדיקה

מצב תפקודי ב- 30 יום טרם קבלה לאשפוז

17:59 22/07/2024

נרשם ע"י קורנייבסקי קיריל

תפקוד: עצמאי

ניידות: נייד ללא עזרת אדם אחר

מצב קוגניטיבי: תקין

בדיקות דימות

תוצאה	תאריך	בדיקה
4015012847556 מספר: 23/07/2024 פרטי הבדיקה- תאריך: <u>CT עצמות האגן ומפרק ירך שמאל ללא חומר ניגוד</u>	23/07/2024	CT עצמות האגן/פרקי ירכיים
סיבת ההפניה: להערכת שבר תת ראשי לאחר חבלה. הבדיקה בוצעה בחתכים אקסיאלים דקים בתוספת שחזורים קורונליים וסגיטליים ללא הזרקת חומר ניגוד. בוצעה קורלציה ל-22.7.24 ממצאים: מודגם שבר דחיסה תת ראשי/טרנס-צרביקלי משמאל עם אנגולצית		

שחרור-רפוי בעיסוק

המידע הינו חסוי ויש לשמור על סודיות רפואית

שם משפחה+פרטי ת.זהות	שם האב	ת.לידה	גיל מין	מצב משפחתי	ארץ לידה	שנת עליה	כתובת	גורם מממן
שלומי אסתר	דוד	26/02/1953	71 נקבה	נשוי/אה+ 4	ישראל	0	קורין עזרא 6 תל אביב יפו 6743603	קופת חולים כללית

ת.קבלה למוסד	ת. קבלה למחלקה	מחלקה	סטאטוס	גורם מממן	קופ"ח
31/07/2024	31/07/2024	1	שיקום גריאטרי	קופת חולים כללית	כללית

תאריך שחרור: 08/09/2024

אבחנה :

REHABILITATION THERAPY
GAIT ABNORMALITY
FRACTURE FEMUR SUBCAPITAL CLOSED - Left - 22/07/2024
TOTAL HIP REPLACEMENT (THR) - Left - 25/07/2024
OSTEOPOROSIS UNSPECIFIED
DIABETES MELLITUS ADULT ONSET TYPE II
ESSENTIAL HYPERTENSION
HEAVY SMOKER
COUGH - 20/08/2024
CEREBROVASCULAR DISEASE UNS - PER CT 8/2023
COLITIS ULCERATIVE
CANNABIS DEPENDENCE- EPISODIC USE
ANEMIA
VITAMIN B12 DEFICIENCY - 04/08/2024
UNSPECIFIED VITAMIN DEFICIENCY
HYPOMAGNESEMIA
OTHER SPECIFIED PROPHYLACTIC MEASURE

ב. פרטים אישיים :

נושא	נתונים	נושא	נתונים
קומה	3, עם 54 מדרגות	מצב משפחתי	נ+4
מעלית	לא	דיר	פרטי
מתקני רחצה	אמבטיה ,	שפה מדוברת	עברית, ערבית
מאחזים	ללא	דומיננטיות מוטורית	ימין
עם מי גר	בן זוג ,	מקצוע	מזכירה חברת חשמל, פנסיה מ2016
מס ילדים + גילאים	4	השכלה	שנות לימוד 12 הערות:
גיל	71	עיסוק נוכחי	פנסיה

הערה לפרטים כלליים :

שחרור-רפוי בעיסוק

המידע הינו חסוי ויש לשמור על סודיות רפואית

שם משפחה+פרטי ת.זהות	שם האב	ת.לידה	גיל מ'ן	מצב משפחתי	ארץ לידה שנת עליה	כתובת	גורם מממן
שלומי אסתר	דוד	26/02/1953	71 נקבה	נשוי/אה+	ישראל 0	קורין עזרא 6 תל אביב יפו 6743603	קופת חולים כללית

ת.קבלה למוסד	ת. קבלה למחלקה	מחלקה	סטאטוס	גורם מממן	קופ"ח
31/07/2024	31/07/2024	1	שיקום גריאטרי	קופת חולים כללית	כללית

ראיה: יש משקפיים

ד. תפקודי

BADL								
קבלה			שחרור			הערות		
אכילה	6	7	לבוש עליון	3	7			
לבוש תחתון	3	4	רחצה	3	4			
טיפול אישי	6	6	מעברים	4	6	עם הליכון		
שרותים	4	6	ניידות	3	6	עם הליכון		
הבנה	7	7	יכולת ביטוי	7	7			
תפיסה חברתית	7	7	פתרון בעיות	7	7			
זיכרון	7	7						

IADL בשחרור :

מסוגלת לבצע פעולות פשוטות בעמידה כגון להרים דברים ממקום אחד עד מקום אחר.
מסוגלת לבצע פעולות IADL הדורשות שימוש בידיים תוך כדי עמידה כגון להכין כוס קפה.
זקוקה לעזרה עם משימות IADL מורכבות יותר הכוללות עמידה לאורך זמן ושימוש בידיים כגון לקפל כביסה ולהכין ארוחה גדולה.

ה. מוטוריות

1. בדיקת מפרקים :

קבלה								
שמאל				ימין				
טונוס	כח גס	פסיבי	אקטיבי	טונוס	כח גס	פסיבי	אקטיבי	
		עד 90 אחר כך עם כאבים.	0	כתף	-3/5	מלא	עד 120	

שחרור-רפוי בעיסוק

המידע הינו חסוי ויש לשמור על סודיות רפואית

שם משפחה+פרטי ת.זהות	שם האב	ת.לידה	גיל מין	מצב משפחתי	ארץ לידה שנת עליה	כתובת	גורם מממן
שלומי אסתר	דוד	26/02/1953	71 נקבה	נשוי/אה+ 4	ישראל 0	קורין עזרא 6 תל אביב יפו 6743603	קופת חולים כללית

ת.קבלה למוסד	ת. קבלה למחלקה	מחלקה	סטאטוס	גורם מממן	קופ"ח
31/07/2024	31/07/2024	I	שיקום גריאטרי	קופת חולים כללית	כללית
מלא	5/5	מרפק+אמה	מלא	מלא	-4/5
מלא	-4/5	ש.כ.יד	מלא	מלא	-4/5
מלא	4/5	אצבעות	מלא	מלא	-4/5
הערות: נפלה על צד שמאל, קשה לה להחזיר היד שמאל למטה, כח גס בכתף שמאל לא בדוק בגלל כאבים					

שינוי ללא שינוי

שחרור							
שמאל				ימין			
טונוס	כח גס	פסיבי	אקטיבי	טונוס	כח גס	פסיבי	אקטיבי
	3/5+		מלא	כתף	4/5		מלא
	5/5		מלא	מרפק+אמה	5/5		מלא
	4/5-		מלא	ש.כ.יד	4/5-		מלא
	4/5		מלא	אצבעות	4/5		מלא
הערות: נפלה על צד שמאל, קשה לה להחזיר היד שמאל למטה, כח גס בכתף שמאל לא בדוק בגלל כאבים							

2.

קבלה - כוח אגרוף DYNAMOMETER ימין 10.03 ק"ג
שחרור - כוח אגרוף DYNAMOMETER ימין
שמאל 10.36 ק"ג

3. הערכה תחושתית

תקין לא תקין

4. שווי משקל
בישיבה תקין הערות:

קונטרה אינדיקציות:

5. לחולי CRPS

שחרור-רפוי בעיסוק

המידע הינו חסוי ויש לשמור על סודיות רפואית

שם משפחה+פרטי ת.זהות	שם האב	ת.לידה	גיל מין	מצב משפחתי	ארץ לידה שנת עליה	כתובת	גורם מממן
שלומי אסתר	דוד	26/02/1953	71 נקבה	נשוי/אה+ 4	ישראל 0	קורין עזרא 6 תל אביב יפו 6743603	קופת חולים כללית

ת.קבלה למוסד	ת. קבלה למחלקה	מחלקה	סטאטוס	גורם מממן	קופ"ח
31/07/2024	31/07/2024	1	שיקום גריאטרי	קופת חולים כללית	כללית

סיכום מוטורי :

מגיעה בכ"ג בעזרת מתנדבים. שווי משקל סטטי ודינמי תקין בישיבה ובעמידה עם תמיכה. ג"ע- ימין דומיננטית, טווחים מלאים בשתי ידיים מלבד כתפיים, כתף ימין - אקטיבי עד 120 ופסיבי מלא, כתף שמאל אקטיבי ופסיבי שיפור (בארץ 90 אקטיבי, 120 פסיבי). כוח גס יד ימין- ירידה בינונית בכתף (3-/5), ירידה קלה בש.כ.יד ואצבעות, וכוח שמור במרפק. כוח גס ביד שמאל- בכתף לא בדוק בגלל כאבים, וירידה קלה במרפק, ש.כ.יד ואצבעות (4-/5). ג"ת- בצקת בשתי רגליים.

1. קוגניציה

התמצאות תקין

קריאה

ציור שעון - $x = \text{clox1: } 10/15, \text{ clox2: } 14/15$ כיוון

מהלך וסיכום קוגניטיבי :

ערנית, משתפת פעולה, הבנה, דיבור, זיכרון, כתיבה וקריאה תקינים, מודע למצבה. התמצאות בזמן, מקום ובפרטים אישיים תקינים. $\text{clox1: } 10/15, \text{ clox2: } 14/15$.
סיכום מבחן MOCA: תפיסה מרחבית/אקסוקוטיבי- 2/5, שיום- תקין, קשב- תקין, שפה- 1/3, הפשטה- תקין, זיכרון לטווח קצר- 0/5, התמצאות- תקין.
יש לה 12 שנות לימוד. נורמה לגיל ומספר שנות לימוד 20. הציון: 21

מהלך הטיפול:

אסתר קיבלה פעמיים בשבוע טיפולים בריפוי בעיסוק במטרות הבאות:

קידום עצמאות בתפקודי BADL - תרגול לבוש, מעברים - השיגה עצמאות במעברים עם הליכון, השיגה עצמאות בלבוש פג"ע.
קידום עצמאות בתפקודי IADL - השיגה עצמאות בעמידה עם ידיים תפקודיים בילטרלי בלי תמיכה לאורך זמן קצר כגון להכין כוס קפה.
קידום מוטורי - תרגול חיזוק ידיים, תרגול סיבולת ושיווי משקל בעמידה בתמיכת הליכון ובלי תמיכת ידיים - עדיין סיבולת ירודה.
הדרכה ליציאה הביתה.
אסתר משתפת פעולה באופן מלא ע"פ יכולתה ונצפתה דינמיקה תפקודית ומוטורית חיובית.

סיכום והמלצות :

בת 71, נ+4, מתגוררת עם בעלה בקומה 3 בלי מעלית. במקצוע היא מזכירה חברת חשמל, היא בפנסיה מ-2016. בדירה יש לה אמבטיה. שיקום לאחר ניתוח החלפה מלאה של פרק ירך שמאל ע"ר שבר סבקפיטלי כתוצאה מנפילה ברקע- ידוע על יל"ד, סכרת, OA, ULCERATIVE COLITIS.
טרם אשפוזו היא הייתה עצמאית בכל BADL וIADL. היא לא נהגת ולא משתמשת במחשב. היא הילת הכספים יחד עם בעלה.
מצב כהיום:

מוטוריות - מגיה עם הליכון בעזרת מתנדבים. שווי משקל סטטי ודינמי תקין בישיבה ובעמידה עם תמיכה. ג"ע- ימין דומיננטית, טווחים מלאים בשתי ידיים. כוח גס ירידה קלה בש.כ.יד (4/5-) ואצבעות (4/5), וכוח שמור במרפק בשתי ידיים. כוח גס בכתף ביד שמאל ירידה בינונית בכתף (3+/5), ובכתף ביד ימין ירידה קלה (4/5). ג"ת- בצקת בשתי רגליים.
תפקודית- מנוידת בהליכון. BADL - עצמאית באכילה, לבוש פג"ע וטפוח אישי בישיבה, זקוקה לעזרת הליכון במעברים ובשרותים. זקוקה לעזרה בינונית בלבוש ופג"ת וברחצה.
IADL - מסוגלת לבצע פעולות פשוטות בעמידה כגון להרים דברים ממקום אחד עד מקום אחר. מסוגלת לבצע פעולות IADL הדורשות שימוש בי לטיראלי בידיים תוך כדי עמידה כגון להכין כוס קפה. זקוקה לעזרה עם משימות IADL מורכבות יותר הכוללות עמידה לאורך זמן ושימוש בידיים כגון לקפל כביסה ולהכין ארוחה גדולה.
קוגניטיבית - ערנית, משתפת פעולה, הבנה, דיבור, זיכרון, כתיבה וקריאה תקינים, מודע למצבה. התמצאות בזמן, מקום ובפרטים אישיים תקינים.

$\text{clox1: } 10/15, \text{ clox2: } 14/15$

סיכום מבחן MOCA: תפיסה מרחבית/אקסוקוטיבי- 2/5, שיום- תקין, קשב- תקין, שפה- 1/3, הפשטה- תקין, זיכרון לטווח קצר- 0/5,



שחרור-רפוי בעיסוק

המידע הינו חסוי ויש לשמור על סודיות רפואית

שם משפחה+פרטי ת.זהות	שם האב	ת.לידה	גיל מין	מצב משפחתי	ארץ לידה	שנת עליה	כתובת	גורם מממן
שלומי אסתר	דוד	26/02/1953	71 נקבה	נשוי/אה+4	ישראל	0	קורין עזרא 6 תל אביב יפו 6743603	קופת חולים כללית

ת.קבלה למוסד	ת.קבלה למחלקה	מחלקה	סטאטוס	גורם מממן	קופ"ח
31/07/2024	31/07/2024	ו	שיקום גריאטרי	קופת חולים כללית	כללית

התמצאות- תקין.
יש לה 12 שנות לימוד. נורמה לגיל ומספר שנות לימוד 20. הציון: 21
המלצות:
אסתר משתחררת לבית של בת שלה. מומלץ ביקור בית להערכת סביבת המגורים של אסתר ומתן המלצות על התאמות דיור להתאמה למצבו התפקודי הנוכחי. מומלץ המשך טיפול להערכת התפקוד ועידוד השתתפות במטלות תפקודיות ובתפקודי פנאי.

שם בודק: מסינג תרצה
שם נועל: מסינג תרצה מ.ר: 117532
תאריך פתיחה: 05/09/2024 07:48:50
תאריך נעילה:
תאריך הדפסה: 08/09/2024
שם המדפיס: מסינג תרצה



שחרור מטופל - פיזיותרפיה

שם משפחה+פרטי	ת.זהות	שם האב	ת.לידה	גיל מין	מצב משפחתי	ארץ לידה	שנת עליה	כתובת	גורם מממן
שלומי אסתר	05169359-6	דוד	26/02/1953	71	נקבה/נשוי/אה+4	ישראל	0	קורין עזרא 6 תל אביב יפו 6743603 כללית	קופת חולים כללית
ת.קבלה למוסד	ת. קבלה למחלקה	מחלקה	סטטוס	גורם מממן	קופ"ח				
31/07/2024	31/07/2024	1	שיקום גריאטרי	קופת חולים כללית	כללית				

תאריך שחרור: 08/09/2024

פרטים אישיים
מתגורר עם בעלה בת"א
מעלית לא
מס' מדרגות ומעקה 51 מדרגות
קומה 3

אבחנות

קוד	סטטוס	אבחנה	ת.התחלה	ת.סיום	ת.רישום
93.89		REHABILITATION THERAPY			31/07/2024 16:16:48
781.2		GAIT ABNORMALITY			31/07/2024 16:16:57
820.09		FRACTURE FEMUR SUBCAPITAL CLOSED - Left	22/07/2024		31/07/2024 16:18:20
81.51		TOTAL HIP REPLACEMENT(THR) - Left	25/07/2024		31/07/2024 16:31:35
733		OSTEOPOROSIS UNSPECIFIED			31/07/2024 16:18:36
250	CHR	DIABETES MELLITUS ADULT ONSET TYPE II			31/07/2024 16:31:53
401.9	CHR	ESSENTIAL HYPERTENSION			31/07/2024 16:32:07
305.1	CHR	HEAVY SMOKER			22/08/2024 09:48:27
786.2		COUGH	20/08/2024		20/08/2024 12:24:49
437.9	CHR	CEREBROVASCULAR DISEASE UNS [PER CT 8/2023]			06/08/2024 11:14:01
556	CHR	COLITIS ULCERATIVE			31/07/2024 16:33:15
304.32	CHR	CANNABIS DEPENDENCE- EPISODIC USE			06/08/2024 11:15:57
285.9	CHR	ANEMIA			31/07/2024 16:30:38
266.2	CHR	VITAMIN B12 DEFICIENCY	04/08/2024		04/08/2024 14:34:54
269.2	CHR	UNSPECIFIED VITAMIN DEFICIENCY			31/07/2024 16:30:12
275.2		HYPOMAGNESEMIA			22/08/2024 09:45:58
V07.8		OTHER SPECIFIED PROPHYLACTIC MEASURE			22/08/2024 09:47:06

22/07/2024

תאריך הפגיעה

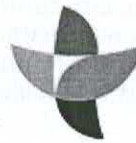
תיאור האירוע הנוכחי

בעלה עבר אירוע מוחי לפני חודשיים, אושפז כאן ב"רעות", הגיעה לבקר אותו ביום שני. במהלך הביקור יצאה לקנות אוכל עבורו ברחוב ההגנה. ככל הנראה בעקבות עבודות הרכת הקלה היה גובה בין הכביש למדרכה, מעדה ונפלה. פונתה באמבולנס ל"שיבא" ושם נותחה לאחר שלושה ימים.

במהלך אשפוז:

מהלך האשפוז

במהלך אשפוז הצגה דינמיקה חיובית מבחינה תפקודית ופיזיקלית. הביעה מוטיבציה לשיקום ותרגלה בחדר הכושר



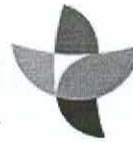
שחרור מטופל - פיזיותרפיה

שם משפחה+פרטי	ת.זהות	שם האב	ת.לידה	גיל מין	מצב משפחתי	ארץ לידה	שנת עליה	כתובת	גורם מממן
שלומי אסתר	05169359-6	דוד	26/02/1953	71	נקבה/נשוי/אה+4	ישראל	0	קורין עזרא 6 תל אביב יפו 6743603	קופת חולים כללית
ת.קבלה למוסד	ת. קבלה למחלקה	מחלקה	סטאטוס	גורם מממן	קופ'ח				
31/07/2024	31/07/2024	I	שיקום גריאטרי	קופת חולים כללית	כללית				
בהליכה									

טווחי תנועה תיבה ריקה = טווח תנועה תקין

בשחרור						בקבלה						
שמאל			ימין			שמאל			ימין			מפרק
איכות* תנועה	פסיבי	אקטיבי	איכות* תנועה	פסיבי	אקטיבי	איכות* תנועה	פסיבי	אקטיבי	איכות* תנועה	פסיבי	אקטיבי	
לעתים פיצוי קל משכמה וקלביקולה		חסר במעלות אחרונות לכיפוף כתף	עדיין קיים פיצוי מהשכמה ומהקלביקולה		בדומה לקבלתה אך בשיפור עם חבישת קינזיו ולאחר תרגול	כאובה מאוד בכתף שמאל לכל הכיוונים.	הגעה לכ-70% מהטווח	טווחים ירודים מאוד בכתפיים			טווחים ירודים אך תפקודיים בכתף	גפה עליונה
							0	0				Shoulder Extention
								כ-20% נעזר				Shoulder Abduction
								בקושי מניעה				Shoulder Horizontal ADD
								בקושי מניעה				Shoulder Horizontal ABD
								לא ניתן לבדוק בשל כאב				Shoulder Ext. rotation
								לא ניתן לבדוק בשל כאב				Shoulder Int. rotation
								מלא			מלא	Elbow Flexion
						לא מיישרת עד הסוף ללא הכוונה מילולית		מלא	לא מיישרת עד הסוף ללא הכוונה מילולית		מלא	ElbowE Extension
איכות* תנועה	פסיבי	אקטיבי	איכות* תנועה	פסיבי	אקטיבי	איכות* תנועה	פסיבי	אקטיבי	איכות* תנועה	פסיבי	אקטיבי	

כח שרירים תיבה ריקה = כוח שרירים תקין



שחרור מטופל - פיזיותרפיה

שם משפחה+פרטי	ת.זהות	שם האב	ת.לידה	גיל מין	מצב משפחתי	ארץ לידה	שנת עליה	כתובת	גורם מממן
שלומי אסתר	05169359-6	דוד	26/02/1953	71	נקבה/נשוי/אה+4	ישראל	0	קורין עזרא 6 תל אביב יפו 6743603	קופת חולים כללית
ת.קבלה למוסד	ת. קבלה למחלקה	מחלקה	סטטוס	גורם מממן	קופ'ח	קופת חולים כללית	קופ'ח	קופת חולים כללית	קופת חולים כללית
31/07/2024	31/07/2024	I	שיקום גריאטרי	קופת חולים כללית	קופ'ח כללית	קופת חולים כללית	קופ'ח כללית	קופת חולים כללית	קופת חולים כללית

בשחרורה:
עצמאית חלקית בכלל התפקודים עם ה"ג, עדיין ישנו כיפוף מוגבר בגו ובברכיים (פרה מורבידי) אך שיפור בנשיאת המשקל על רגל שמאל. פחות נשיאת משקל על הידיים בהליכה. הגדילה מרחקי הליכה ומסוגלת ללכת בפנים ובחוץ במשך כ-25 דקות ברציפות ללא עצירות בקצב איטי. לעתים עוצרת בזמן ההליכה על מנת לדבר. עולה ויורדת מדרגות בהשגחה עם מעקה מצד אחד בתבנית step to. במהלך אשפוז קיבלה אישור להסרת מפריד ברכיים לאחר כחודש מהניתוח.

סיכום והמלצות:
המשך פיזיותרפיה לעבודה על ש"מ סטטי ודינמי. בעמידה, ניסיון למעבר לא"ע מתקדם ובהמשך ללא א"ע, שיפור טווחים בכתף ימין וחזרה לתפקוד בסביבת הבית. עבודה להורדת כאב ונפיחות מרגל שמאל.

כ"ג למרחקים ארוכים, ה"ג.

ציוד מומלץ בשחרור

מצורף מכתב המלצה לציוד/אביזר

בברכה,

חתימה תם גנור

ניתן לצור עמי קשר בטלפון 03-6383638/657

שם בודק: תם גנור שם נועל: תם גנור מ.ר: 169536 תאריך פתיחה: 15:07:00 04/09/2024 תאריך נעילה: 09:29:14 08/09/2024 שם המדפיס: תם גנור תאריך הדפסה: 08/09/2024

מרכז רפואי שיקומי רעות
גנור תם
פיזיותרפיסטית
10-169536

רעות תל-אביב
בית חולים שיקומי



מסונף לפקולטה לרפואה, אוניברסיטת תל אביב
Affiliated to the Faculty of Medicine, Tel-Aviv University

סיכום והמלצות סיעוד למכתב השחרור הרפואי

שם משפחה+פרטי	ת.זהות	שם האב	ת.לידה	גיל מין	מצב משפחתי	ארץ לידה	שנת עליה	כתובת	גורם מממן
שלומי אסתר	05169359-6	דוד	126/02/1953	71 נקבה	נשוי/אה+4	ישראל	0	קורין עזרא 6 תל אביב יפו 6743603	קופת חולים כללית
ת.קבלה למוסד	ת.קבלה למחלקה מחלקה	סטאטוס	גורם מממן	קופ"ח					
31/07/2024	31/07/2024	שיקום גריאטרי	קופת חולים כללית	קופ"ח כללית					

בקבלתה - ערנית ומשתפת פעולה, מתמצאת בזמן במקום ובסובבים, עצמאית באכילה אך זקוקה לעזרה בהכנה והגשה, תפקודי מיטה בעזרה קלה, מעברים בעזרה בינונית, ניידות בכיסא גלגלים בעזרת הזולת. רחצה ולבוש - עזרה קלה בפלג גוף עליון בישיבה ועזרה בינונית רבה בפלג גוף תחתון. סוגרים - שולטת חלקית על סוגר השתן בשל מגבלת נידות משתמשת במוצרי ספיגה, פעולות מעיים נטייה לשלשולים.

מצב המטופל
בקבלה

דינמיקה חיובית
FIM = 72 בקבלתה
FIM = 109 בשחרור

דינמיקת הטיפול
בקצרה

בשחרור - משתחררת לביתה, ערנית ומשתפת פעולה, עצמאית באכילה, אך זקוקה לעזרה בהכנה והגשה, מעברים עצמאית בתמיכת הליכון גלגלים, ניידות עצמאית בתמיכת הליכון גלגלים, רחצה ולבוש עצמאית בפלג גוף עליון בישיבה, ועזרה חלקית בפלג גוף תחתון, סוגרים שולטת על סוגר השתן פעולות מעיים מוסדרות, זקוקה לעזרה ב - IADL.

מצב בשחרור

המלצות
מעקב רופא משפחה, מעקב מעבדה - בדיקות דם.
מעקב סיעודי בקהילה, מעקב לחץ דם.
המשך טיפול תרופתי קבוע.
מעקב כף רגל סוכרתית, אחות סוכרת.
מעקב והמשך טיפול באוסטאופורוזיס.
המשך טיפולי פיזיותרפיה במסגרת אמבולטורית.
מעקב רופא אורתופד.
מעקב רופא קרדיולוג.
מעקב רופא כלי דם.
מעקב מרפאת סוכרת.
מעקב רופא אנדוקרינולוג.
מעקב דיאטנית בקהילה.

המלצות

תאריך פתיחה: 08/09/2024 11:26:24
שם המדפיס: ארקייה ראיד

שם בודק: ארקייה ראיד
שם נועל: ארקייה ראיד מ.ר: 216494
תאריך הדפסה: 08/09/2024 11:26:25
נעילה: 08/09/2024 11:26:25



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

מרפאה אורתופדית-פרקים

מנהל/ת: דר' בורשטיין גדעון מ.ר. 28078	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: שלומי	שם פרטי: אסתר	ת"ז: 51693596
גיל: 71	מין: נקבה	טלפון נייד: 0523996690
תאריך ביקור: 06/08/2024	מספר ביקור: 25656970	קופת חולים: כללית
כתובת: קורין עזרא 6 תל-אביב 6743603		

- femoral neck fracture Garden 3-4 (8208) (Left)

אבחנות בביקור

ניתוחים

S/P HIP REPLACEMENT, TOTAL, PRIMARY 271301 (81.51) (Left) (25/07/2024)
(הערה): GRIPTION 52 DM Linear 52/45, Corail revision 12std, Bipolar head 45/22/+7)

תלונת החולה / תלונה עקרית

ב 22.07.2024 התקבלה דרך מיון אחרי נפילה, אובחן שבר סבקאפיטלי משמאל - לטיפול ניתוחי. הנפילה התרחשה במעבר חציה, לדבריה מעידה, איבדה שיווי משקל ונפלה. נחבלה באגן שמאל ובכתף שמאל. שוללת חבלת ראש. שוללת סחרחורת, כאבים בחזה, קוצר נשימה או דפיקות לב טרם הנפילה. במיון בוצע צילום כתף- ללא ממצאים בכתף. לצורך החלטה לגבי סוג הניתוח בוצע CT אגן' MRI. ב 25.07.2024 עברה ניתוח- החלפה מלאה של מפרק ירך שמאל בהרדמה כללית + חסם עצבי, בגישה אחורית. בסיום הניתוח יציבה לדריכה והפעלה. זקוקה לפיסוק בין הרגליים בישיבה ובשכבה במהלך שש שבועות

ביקורת ב 06/08/2024:

נמצאת ברעות
מתהלכת עם הליכון
ללא רגישות ברוטציה
צלקת שקטה

המלצות

המלצה: ביקור בעוד חודשיים

מוזמן לביקורת:

ביחידה: מרפאה אורתופדית-פרקים. אצל דר' פייכמן גיל מ.ר. 82269. בעוד 2 חודשים.

תרופות מומלצות

שם התרופה	אופן מתן	מינון	תדירות	משך	אריזות לניפוק	יחידות לניפוק	הערות	מרשם
'ITAMIN D3 - CHOLECALCIFEROL (VITAMIN D3 - CHOLECALCIFEROL)	P.O	3000 units	1 X 1 ביום					



שם מלא: שלומי אסתר 51693596

שם התרופה	אופן מתן	מינון	תדירות	משך	אריזות לניפוק	יחידות לניפוק	הערות	מרשם
Esomeprazole (Esomeprazole)	P.O	20 mg	1 X 2 ביום					
ENSURE PLUS VANILLA liq (PROTEINS+CARBOHYDRATES+FAT+VITS+MINERALS)	P.O	237 cc(ml)	1 X 2 ביום					
XELJANZ tab (Tofacitinib)	P.O	5 mg	1 X 2 ביום					
PREGABALIN cap (Pregabalin)	P.O	25 mg	1 X 2 ביום					
FOLIC ACID tab (folic ACID)	P.O	5 mg	1 X 1 ביום					
OXYCOD 2mg/ml syr (OXYCODONE)	P.O	3 mg	1 X 3 ביום					
PARACETAMOL tab (Acamol) (Paracetamol [Acetaminophen])	P.O	1000 mg	1 X 3 ביום					
FERROCAL tab (IRON/FERROUS CITRATE+CALCIUM CITRATE)	P.O	52 mg	1 X 1 ביום					
DIPYRONE tab (Optalgin) (Dipyrone [Metamizole])	P.O	1000 mg	1 X 3 ביום					
RAFASSAL tab (Mesalazine [mesalamine])	P.O	2000 mg	1 X 2 ביום					
MAGNOX (Elemental Mg) tab (Magnesium Oxide)	P.O	520 mg	1 X 1 ביום	4 שבועות			יש לרשום את ההוראה ב-mg של Elemental Magnesium בלבד.	
CLEXANE 40mg/0.4ml inj (Enoxaparin)	S.C	40 mg	1 X 1 ביום	21 ימים				✓

חתימה:

נחתם ע"י: דר' פיכמן גיל מ.ר. 82269

אם במהלך הבריור 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 חנים 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 כשהיך 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

תאריך : 15/09/24
שעה : 09:44
מהדורה : YUX-2000-S4

שירותי בריאות כללית
מסוף : 9513221012
מספר עסק: 4536881
מרפאה : מעון יום בן-יאיר

ש ו ב ר ע י ס ק ת א ש ר א י מ ס 61052461
=====

סוג עסקה	:	חיוב	אישור: 0090151	חברה
כרטיס	:	MAX VISA 8823		
תוקף	:	02/28	סוג אשראי: רגיל	אופן ביצוע: רגיל
סכום	:	39.00 ש"ח		
קופאי	:	8-214942	דורון נגה	

תביעה לגמלת סיעוד

המוסד לביטוח לאומי
מנהל הגמלאות
סיעוד



הגשת תביעה לגמלת סיעוד

הטופס מיועד למילוי על ידי התובע, בן משפחה או מכר ולא על ידי חברה נותנת שירותי סיעוד.

גמלת סיעוד משולמת למי שזקוק לעזרה רבה בפעולות היום יום: לבישה, אכילה, שמירה על היגיינה ושליטת על הפרשות, רחצה, נידודות עצמית בבית ומידת הצורך בהשגחה ופיקוח צמוד של הזולת בשל מצב רפואי ותפקודי המעמיד אותך בסכנת חיים מידית או בסכנה לפגיעה באחרים.
גמלת הסיעוד נקבעת על ידי "הערכת תלות", "מבחן הכנסות" ותנאים נוספים.
למידע נוסף ניתן לפנות לאתר האינטרנט www.btl.gov.il – גמלת סיעוד.
ניתן להיעזר במחשבון באתר כדי לבדוק את תנאי הזכאות לגמלה.

כיצד יש להגיש את התביעה

כדי לייעל את הטיפול בתביעתך, יש למלא את התביעה על פי ההנחיות הרשומות בה, ולצרף את המסמכים הבאים:

- מסמכים רפואיים שברשותך, המפרטים את המחלות, הטיפולים והתרופות שאתה נוטל.
- מכתב סיכום רפואי עדכני חתום ע"י רופא מטפל, רופא מומחה, סיכומי אשפוז תוצאות בדיקות אבחון והדמיה, טיפולים מיוחדים וטיפול תרופתי, תעודת עיוור.
- ניתן לצרף במכתב מידע שנמסר מגורמים מטפלים נוספים כגון: אח המרפאה, פיזיותרפיסט, עובד סוציאלי, רופאים מומחים ועוד.
- אישורי הכנסות שלך ושל בן/בת זוג מכל המקורות (למעט קצבאות ביטוח לאומי).
- כמו כן, יתכן ותידרש להמציא אישורים נוספים בהתאם לתביעתך ועל כך תקבל הודעה.

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 וברורים ניתן לפנות להתקשר למוקד 6050* או 04-8812345 או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.

לידיעתך

- אם אתה זכאי לקצבת שירותים מיוחדים או קצבאות אחרות דומות, יהיה עליך לבחור ביניהן לבין קצבת סיעוד.
- ניתן לעקוב אחר הטיפול בתביעתך באזור האישי באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי. היה ותימצא זכאי לגמלת סיעוד, עו"ס מטעם המוסד לביטוח לאומי ייצור עמך קשר לתאם תכנית טיפול.
- אם אתה מעל גיל 90, יש באפשרותך למלא עמודים 7-8 על ידי רופא מומחה בגריאטריה. מילוי טופס זה מחליף את הערכת התפקוד של מעריך מטעם הביטוח הלאומי.

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך מתייחס לנשים ולגברים כאחד

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

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מנהל הגמלאות
סיעוד



תביעה לגמלת סיעוד

פרטי התובע

1

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות

מצב משפחתי

☐ רווקה ☐ אלמנה ☐ פרודה/ה ☐ נשוי/אה ☐ גרושה ☐ ידועה/בציבור

טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני

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

פרטי מגיש התביעה (ימולא אם התובע אינו מסוגל להגיש את התביעה בעצמו, עקב מצבו הבריאותי)

שם משפחה	שם פרטי	קשר לתובע	מס' זהות איש קשר
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני	

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

*אם בדיך אחד מהמסמכים הבאים, נא סמן וצרך העתק מהמסמך

☐ ייפוי כוח ☐ צו אפוטרופסות ☐ פסק דין ☐ אחר

שפות דיבור

1. _____
2. _____
☐ אני מעדיף שההערכה תבוצע בשפת האם ולא בעברית

סיבה להגשת התביעה

2

פרט את הסיבה להגשת התביעה, תאר את מצבך הרפואי התפקודי (ניידות, הלבשה, רחצה, אכילה וטיפול בהפרשות) והקוגניטיבי (צורך בהשגחה למניעת סכנה בשל בעיות קוגניטיביות). פרט מהי העזרה שאתה זקוק לה בבית.

3 כתובת מגורים

3

☐ כתובת המגורים הרשומה במשרד הפנים

☐ כתובת אחרת : שם _____ קרבה _____

מיקוד	כניסה	דירה	מספר בית	רחוב/תא דואר	יישוב
דואר אלקטרוני: _____ @ _____		טלפון נייד _____		טלפון קווי _____	

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

האם מתגוררים אנשים נוספים איתך? ☐ לא ☐ כן אם כן נא למלא:

שם משפחה	שם פרטי	קשר לתובע	מס' זהות איש קשר ס"ב
שם משפחה	שם פרטי	קשר לתובע	מס' זהות איש קשר ס"ב

☐ אני מתגורר במסגרת מוסדית

☐ אני מתגורר במוסד בקיבוץ

שם המוסד _____

תאריך כניסה

כתובת המוסד

ככל שנצטרך אישור מהמוסד, נפנה אליך על מנת למלא טופס "ייעודי"

4 הערכת תלות

4

הערכת תלות תבוצע ע"י מעריך מוסמך מטעם הביטוח הלאומי. ההערכה תתייחס למידע הרפואי שצרפת לתביעה. במידת הצורך המעריך יתקשר אליך ולאיש הקשר המכיר את מצבך הרפואי ויתאם מועד להשלמת המידע בטלפון או בביקור הערכה בביתך.

☐ אני מעדיף שמעריך ישלים מידע על מצבי בשיחת טלפון

☐ מעדיף שמעריך ישלים מידע על מצבי בבית

מבקש שאת הערכת תלות יבצע: ☐ מעריך ☐ מעריכה ☐ אין לזה חשיבות

5 הגשת תביעה לפני אשפוז או במהלך אשפוז

5

☐ לפני אשפוז, תאריך האשפוז המתוכנן _____

☐ במהלך אשפוז, שם בית החולים: _____ מחלקה: _____

תאריך שחרור מתוכנן: _____

6

פרטים על תביעה לפיצוי נזיקין צד שלישי

האם מצבך נגרם כתוצאה מתאונת דרכים? ☐ כן ☐ לא
 האם מצבך נגרם כתוצאה מאירוע תאונתי אחר (רשלנות, נפילה בדרך או מגובה, תקיפה, פגיעה מגורם אחר וכד')?
☐ לא ☐ כן, נא פרט: **חובה לענות על שאלות אלו**
 תאריך התאונה: _____ מקום התאונה: _____
 נסיבות אירוע התאונה: _____
 עורך הדין המייצג אותך בתביעה: _____
 שם: _____ טלפון: _____ טלפון נייד: _____
 כתובת: _____

7

הצהרה על הכנסות

- אני מצהיר שמקורות ההכנסה שלי הם מ: ☐ שכיר ☐ עצמאי ☐ פנסיה ☐ אין הכנסות
- אני מצהיר שמקורות ההכנסה של בן/בת זוגי הם מ: ☐ שכיר ☐ עצמאי ☐ פנסיה ☐ אין הכנסות
- אני מצהיר שלי ולבן/בת זוגי יש הכנסות שלא מעבודה:
☐ הכנסות משכר דירה ☐ קצבה סוציאלית מחו"ל ☐ פנסיה מחו"ל
☐ תגמולים אחרים ☐ אין הכנסות
נא לצרף מסמכים על מקורות ההכנסה שציינת.
 לצורך בדיקת זכאותך לקצבה, ייתכן שנפנה באופן יזום למעסיקיך, לרבות כאלו שהיו לך או שהיו לך בעתיד, כדי לקבל את נתוני הכנסותיך באופן דיגיטלי (ממוחשב)
 אם אינך מסכים, ציין זאת: ☐ אני התובע מסרב ☐ אני בן זוג התובע מסרב (נשוי/ידוע בציבור)
 לכך שתפנו לקבל את נתוני ההכנסות באופן דיגיטלי.
 ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי.

8

הוצאות קבועות שלי ושל בן/בת זוג

☐ החזקה במוסד ☐ דמי מזונות ☐ תשלום שכר דירה (אם יש יותר מנכס אחד)
 * הניכוי יבוצע רק לאחר המצאת אישור
 הערה: לתשומת לבך בעלי הכנסה מהשכרת דירה המתגוררים בדיר מוגן – יש להמציא אישור מהדיר המוגן על מרכיב הוצאות הדיר בלבד בתשלום החודשי.

9

קבלת תשלום או שירותים בעבור טיפול אישי או עזרה בבית ממשד הביטחון

☐ לא מקבל ☐ מקבל: ☐ תשלום כספי ☐ שירותים

פרטי חשבון בנק כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו:

שמות בעלי החשבון

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
---------	-------------------	----------	------------

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיבוץ / המושב ☐ לחשבוני הפרטי

ברשותי חשבונות בנק נוספים ☐ לא ☐ כן, בנק _____ מס' סניף _____ מספר חשבון _____

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 הפרטים 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 /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 _____ חתימת מקבל התשלום _____ x

הצהרת התובע או מגיש התביעה

אני החתום מטה תובע גמלת סיעוד ומצהיר בזה, כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה נכונים ומלאים. ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים, היא עברה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או בודעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה ע"י 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 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. כמו כן, אני מצהיר בזה, כי פרט להכנסות שצוינו לעיל אין לתובע או לבן/בת זוג/ה הכנסות נוספות.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי 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.

שם פרטי ומשפחה _____ תאריך _____
חתימת התובע / מקבל הגמלה / מגיש התביעה _____ x

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)		מס' זהות / דרכון סוג המסמך דפים	
		7 8	

חותמת קבלה

כתב ויתור סודיות רפואית
שם הגמלה: סיעוד

1 פרטים אישיים של המבוטח

קוד גמלה 96

מספר זהות/דרכון

תאריך תביעה

שם פרטי

שם משפחה

חבר בקופת חולים: ☐ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר

2 הצהרת המבוטח או האפוטרופוס

אני הח"מ, מצהיר שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, או האפוטרופוס של המבוטח, להלן הפרטים האישיים של האפוטרופוס:

שם פרטי _____ מספר זהות _____

שם משפחה _____ שם פרטי _____

מוותר על הסודיות הרפואית שלי ו:

- נותן בזה את הסכמתי למסור 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 אודותיי.
- נותן בזה את הסכמתי למסור לביטוח לאומי, למסור לנותן השירותים שיספק לי את שירותי סיעוד, מידע רפואי וסוציאלי אודותיי, הדרוש למתן טיפול במסגרת חוק ביטוח סיעוד.
- נותן בזה את הסכמתי למסור לביטוח לאומי, למסור לרשות ההגירה ולקבל מרשות ההגירה, מידע רפואי וסוציאלי אודותיי, הדרוש למתן טיפול במסגרת חוק ביטוח סיעוד.
- נותן בזה את הסכמתי למסור לביטוח לאומי, למסור למחלקה לשירותים חברתיים ברשות המקומית ולקבל מהמחלקה לשירותים חברתיים ברשות המקומית מידע רפואי וסוציאלי אודותיי, לרבות מידע על גמלת הסיעוד, לו אקבלה.
- נותן בזה את הסכמתי למסור לביטוח לאומי, למסור לקופ"ח שבה אני מבוטח ולקבל ממנה: מידע רפואי וסוציאלי אודותיי הדרוש למתן טיפול במסגרת חוק ביטוח סיעוד, ואת התוצאות של הערכות התלות שתערכנה בגין תביעה זו.

ולראייה באתי על החתום

חתימת המבוטח או האפוטרופוס *



לשימוש	
פנימי	
בלבד	
(סריקה)	
מס' זהות / דרכון	
סוג המסמך	דפים
8	

נספח ב' מיועד לבני 90+
בלבד
הערכת תפקודית של רופא
מומחה בגריאטריה לבני 90+

בדיקת רופא מומחה בגריאטריה היא ללא עלות בעבור התובע ואין לבצעה בזמן אשפוז.
הערכת תפקוד בפעולות היום על ידי רופא מומחה בגריאטריה אפשרית למי שמלאו לו 90 שנה ויותר

לרופא – נא הקף בעיגול כל סעיף, במקום המתאים על פני הרצף. על הציון לבטא צורך בעזרה שהנבדק זקוק לה בדרך כלל, הן מסיבות של מגבלה מוטורית והן מסיבות של מגבלה מנטלית.

נמק את מסקנתך לגבי התפקוד בסעיף, ציין את הסיבה הרפואית ופרט האם התרשמת מהדגמה, מתצפית או מדיווח.

האם סובל מעיוורון מוחלט? (לפחות 3/60 בשתי העיניים או שדה ראייה עד 19 מעלות, או קיימת תעודת עיוור) ☐ לא ☐ כן

1. ניידות – יש להתייחס לתנועה בתוך הבית בלבד

7	6	5	4	3	2	1
מרותק לכיסא/למיטה, תלוי לחלוטין באדם אחר	נייד בעזרת מכשיר או בלעדיו, אך זקוק לעזרת אדם אחר, או זקוק להכוונה בשל חוסר תובנה או עיוורון, או עצמאי בשימוש בכיסא גלגלים כולל מעברים					עצמאי בניידות בעזרת מכשיר או בלעדיו, ללא מאמץ או במאמץ קל

נמק את מסקנתך _____

2. נפילות

7	6	5	4	3	2	1
נופל בתדירות גבוהה לפחות אחת לשבוע ואינו קם לבדו	נופל בתדירות נמוכה כפעם בחודש במוצע בשלושת החודשים האחרונים ואינו קם לבדו, או נפל פעמיים בחודש האחרון ואינו קם לבדו					אינו נופל, או נופל לעיתים רחוקות, או נופל וקם ללא עזרה

נמק את מסקנתך _____

3. הלבשה

7	6	5	4	3	2	1
זקוק לעזרה בלשית מכנסיים, חולצה, פרוטזה, הכוונה צמודה בשל חוסר תובנה	זקוק לסיוע או לדרבון קל בהלבשה (לכפתר, לגרוב גרביים, לבחור בגד, אביזר אורתופדי)					מתלבש ללא עזרה, ללא מאמץ או במאמץ קל

4. רחצה

7	6	5	4	3	2	1
זקוק לעזרה מלאה כולל רחצת פנים, או מסרב בשל חוסר תובנה	עצמאי ברחצת פנים אך זקוק לעזרה פעילה או הכוונה צמודה ברחצת פלג גוף עליון או תחתון					מתרחץ ללא עזרה, ללא מאמץ או במאמץ קל

נמק את מסקנתך _____

בדיקת רופא מומחה – המשך

5. אכילה ושתייה

7	6	5	4	3	2	1
תלוי לחלוטין בכל פעולות האכילה כולל שתייה או הזנה מלאכותית, או מסרב בשל חוסר תובנה	זקוק לעזרה בהאכלה (או שתייה)		זקוק לסיוע בנטילת תרופות, עיוורון מוחלט, אינו מחמם או מגיש לעצמו מנת מזון		אוכל ושותה ללא עזרה כולל חימום והגשת מנת מזון, ללא מאמץ או במאמץ קל	

נמק את מסקנתך

1. הפרשות

7	6	5	4	3	2	1
אינו שולט בשני הסוגרים ותלוי לחלוטין בכל הפעולות (ניידות, הלבשה וטיפול בהיגיינה אישית)	משתמש בשירותים/אביזרים אך זקוק לעזרה <u>בשלוש</u> הפעולות	משתמש בשירותים/אביזרים אך זקוק לעזרה <u>בשתיים</u> מהפעולות	משתמש בשירותים/אביזרים אך זקוק לעזרה <u>באחת</u> מהפעולות: ניידות, הלבשת חלק תחתון, היגיינה אישית	זקוק לסיוע קל (ריקון, בקבוק, החתלה או ליווי בלילה)	עצמאי בכל הקשור לטיפול בהפרשות	

נמק את מסקנתך

2. השגחה

7	6	5	4	3	2	1
מסכן את עצמו או את סביבתו ואי אפשר להשאירו לבד לפרקי זמן קצרים	זקוק להשגחה בביצוע רוב פעולות היום ויש ירידה בתובנה ובזיכרון, אך ניתן להשאירו לבד לפרקי זמן מסוימים				אינו מסכן את עצמו או את סביבתו	

נמק את מסקנתך, אם מדובר בזקן בעל ירידה קוגניטיבית, נא פרט את עיקרי הממצאים של הבדיקה הקוגניטיבית.

פרק הזמן למגבלה - אנה סמן האם צפוי שינוי במהלך ששת החודשים הבאים:

☐ צפויה הטבה בעוד ☐ חודשים ☐ צפויה יציבות ☐ צפויה החמרה

הצהרה ופרטי הרופא המומחה בגריאטריה שביצע הערכה זו

1. מילאתי טופס זה על סמך בדיקתי.

פרטי המוסד הרפואי:

שם המוסד הרפואי הציבורי _____

בחור באחת מהאפשרויות

☐ מילאתי טופס זה על סמך בדיקתי והערכה גריאטרית שערכתי בתאריך _____

☐ מילאתי טופס זה לפי בדיקתי בתאריך _____ ועל סמך הערכה גריאטרית שערך ד"ר _____ בתאריך _____ (נא לצרף את הערכתו).

שם הרופא המומחה בגריאטריה _____ חותמת המוסד הרפואי הציבורי או המרפאה _____

חתימה * _____ חותמת _____

תאריך: 10/09/2024 11:18

הפניה כללית

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	שלומי אסתר	מס זהות:	00051693596	גיל:	71.07	מין:	נ
ת.לידה:	26/02/1953	ישוב:	תל אביב -	רחוב:	קורין עזרא	טלפון נוסף:	54 - 6093863	
מס בית:	6 / 9	טלפון:	52 - 3996690					

מספר הפניה: 35108038000

מספר רשיון	תז נבדק	מספר הפניה	גורם שולח
036965	51693596	035108038000	5108

לכבוד: מכון שיקום בן יאיר

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
83061	K0807	מרפאה שיקומית הערכת מצב	83061

אבחנה משוערת:

קוד	איפיון	אבחנה
7	LT	S/P TOTAL HIP REPLACEMENT D/T SUBCAPITAL FRACTURE OBSERVATION - PATIENT UNDER OBSERVATION

תלונות: לאחר שיקום ברעות בעקבות שבר ירך שמאל
עדכון מרשמים

סימנים חיוניים:	גובה	160	08/05/2024	משקל	65	08/05/2024	bmi	25.39
לחץ דם	125 / 79	08/05/2024						
דופק	75	18/01/2023		סדיר				

eGFR 99.54 מתאריך 15/05/2024

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מגילוי	איפיון	בעיה
2/01/2/08		LIPID METABOLISM DISORDER
01/08/2004		DIAPHRAGMATIC HERNIA
01/08/2004		HYPERCHOLESTROLEMIA
01/08/2004		HYPERTRIGLYCERIDEMIA
01/08/2004		DM
01/09/2004		CHOLECYSTOLITHIASIS
01/09/2004		FATTY LIVER
01/07/2005		DIABETES MELLITUS
01/07/2014		COLONOSCOPY FLEXIBLE FIBEROPTIC COLONOSCOPY
01/09/2013		PROCTITIS
01/09/2013		ULCERATIVE COLITIS
21/02/2021		COLONOSCOPY FLEXIBLE FIBEROPTIC COLONOSCOPY
16/11/2022		GAIT PROBLEM
16/11/2022		OSTEOARTHRITIS OF KNEE

ס.ה.ר. 7

הפניה כללית

שלומי אסתר

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 1

10/09/2024

הודפס ע"י ד"ר אורן הלל

00051693596

בעיה	איפיון	מ.גילוי
CEREBROVASCULAR DISEASE	PER CT	01/08/2023
S/P TOTAL HIP REPLACEMENT D/T SUBCAPITAL FRACTURE	LT	25/07/2024
OSTEOPOROSIS	FRACTURE	01/08/2024

היסטוריה רפואית- בעיות בעבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/01/2013	01/01/2018		SMOKER

תרופות קבועות

תרופות	כמות	א. הגשה	פעמים	ב...
MAGNESIUM OXIDE CAP 520MG	1	כמוסות	1	ביום
FERROUS FUMARATE-FOLIC ACID CF	1	טבליות	1	ביום
CYANOCOBALAMIN SUBLINGUAL TAB 1000MCG	1	טבליות	1	ביום
SPIRONOLACTONE TAB 25MG 25MG	0.5	טבליות	1	ביום
METFORMIN HCL TAB 850MG 850MG	1	טבליות	1	ביום
FOLIC ACID TAB 5MG 5MG	1	טבליות	1	ביום
ATORVASTATIN TAB 40MG 40MG	1	טבליות	1	ביום
GALVUS 50MG (M) TAB 50MG	1	טבליות	2	ביום
LANCET 28 FOR ACCU-CHEK	1	יחידות	1	ביום
STRIP ACCU-CHEK INSTANT BOX	1	יחידות	2	ביום
CLOPIDOGREL HYDROGEN SULPHATE 75MG	1	טבליות	1	ביום
IRON LIPOSOM.+FOLIC AC.+VIT C CF	1	שקית אב	1	ביום
TEARS NATURALE II COL CF	1	טיפות	2	ביום
XELJANZ 5MG<->TAB 60 5MG	1	טבליות	2	ביום
VITAMIN D3 TAB 400UNIT 400UNIT	1	טבליות	3	ביום
RAFASSAL 1 GM CPL 1G	2	קפליות	2	ביום
BROTIZOLAM 0.25MG TAB 0.25MG	1	טבליות	1	ביום
OMEPRADEx 40MG CPL 40MG	1	קפליות	1	ביום

נחתם דיגיטלית

36965

ד"ר אורן הלל

חתימה וחומת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

טופס שחרור רפואי
המידע הינו חסוי ויש לשמור על סודיות רפואית

שם משפחה+פרטי	ת.זהות	שם האב	ת.לידה	גיל מין	מצב משפחתי	ארץ לידה	שנת עליה	כתובת	גורם מממן
שלומי אסתר	05169359-6	דוד	26/02/1953	71	נקבהנשוי/אה+4	ישראל	0	קורין עזרא 6 תל אביב יפו 6743603 כללית	קופת חולים כללית
ת.קבלה למוסד	ת. קבלה למחלקה	מחלקה	סטאטוס	גורם מממן	קופ"ח				
31/07/2024	31/07/2024	I	שיקום גריאטרי	קופת חולים כללית	כללית				

כתובת: קורין עזרא 6 תל אביב יפו 6743603
טלפון:

תאריך שחרור: 08/09/2024

אבחנות

קוד	סטאטוס	אבחנה	ת.התחלה	ת.סיום	ת.רישום
93.89		REHABILITATION THERAPY			31/07/2024 16:16:48
781.2		GAIT ABNORMALITY			31/07/2024 16:16:57
820.09		FRACTURE FEMUR SUBCAPITAL CLOSED - Left	22/07/2024		31/07/2024 16:18:20
81.51		TOTAL HIP REPLACEMENT(THR) - Left	25/07/2024		31/07/2024 16:31:35
733		OSTEOPOROSIS UNSPECIFIED			31/07/2024 16:18:36
250	CHR	DIABETES MELLITUS ADULT ONSET TYPE II			31/07/2024 16:31:53
401.9	CHR	ESSENTIAL HYPERTENSION			31/07/2024 16:32:07
305.1	CHR	HEAVY SMOKER			22/08/2024 09:48:27
786.2		COUGH	20/08/2024		20/08/2024 12:24:49
437.9	CHR	CEREBROVASCULAR DISEASE UNS [PER CT 8/2023]			06/08/2024 11:14:01
556	CHR	COLITIS ULCERATIVE			31/07/2024 16:33:15
304.32	CHR	CANNABIS DEPENDENCE- EPISODIC USE			06/08/2024 11:15:57
285.9	CHR	ANEMIA			31/07/2024 16:30:38
266.2	CHR	VITAMIN B12 DEFICIENCY	04/08/2024		04/08/2024 14:34:54
269.2	CHR	UNSPECIFIED VITAMIN DEFICIENCY			31/07/2024 16:30:12
275.2		HYPOMAGNESEMIA			22/08/2024 09:45:58

זוני זיהום

שם החידק	ת.לקיחת תרבות ראשונה	מקור זיהום	Pcr בדיקת	Hodge בדיקת Test	ת.הסרת בידוד	ת.שלילת בידוד
----------	----------------------	------------	-----------	------------------	--------------	---------------



טופס שחרור רפואי

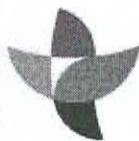
המידע הינו חסוי ויש לשמור על סודיות רפואית

שם משפחה+פרטי	ת.זהות	שם האב	ת.לידה	גיל מין	מצב משפחתי	ארץ לידה	שנת עליה	כתובת	גורם מממן
שלומי אסתר	05169359-6	דוד	26/02/1953	71	נקבה/נשוי/אה+4	ישראל	0	קורין עזרא 6 תל אביב יפו 6743603 כללית	קופת חולים

בדיקות מעבדה:

בדיקה	יחידת מידה	מינימום	מקסימום	18/08/24	04/08/24
Urea nitrogen (BUN) - blood	mg/dL	5	25	13	10
Globulin - blood	gr/l	20	31	30.5	27.8
Creatinine	mg/dL	.6	1.1	0.49	0.41
Potassium - blood		3.5	5.3	4.14	3.48
Protein, total - blood	gr/l	64	83	71.1	65.2
Sodium - blood		135	146	136.0	140.0
CRP (WIDE RANGE)	mg/L	0	5	10.40	42.54
Bilirubin, total - blood	mg/dL	.1	1.2		0.19
Bilirubin, indirect - blood	mg/dL	0	0		Cancelled
Calcium, total - blood	mg/dL	8.5	10.5		8.90
Cholesterol, total - blood	mg/dL	150	200		220
Creatine kinase (CK), (CPK) - blood	U/L	34	145		52
Lactate dehydrogenase (LD) - blood	U/L	208	378		599
Magnesium - blood	mg/dL	1.8	2.55		1.80
Alkaline Phosphatase - blood	U/L	46	116		156.00
Phosphorus - blood	mg/dL	2.5	4.5		2.99
Aspartate aminotransferase, AST (GOT) - blood	U/L	7	40		25
Alanine amino transferase, ALT (GPT) - blood	U/L	8	35		18
Uric acid - blood	mg/dL	2.3	6		2.70
Vitamin B-12, cyanocobalamin - blood	pg/ml	175	961		282.00
Folic acid - blood	ng/ml	2.6	17.1		>24.00
Iron - blood		40	150		50.3
Thyroid stimulating hormone (TSH) - blood	mu/L	.4	4.7		1.83
Transferrin - blood	mg/dL	220	400		239
Transferrin, saturation - blood	%	15	50		15.0

המטולוגיה



טופס שחרור רפואי

המידע הינו חסוי ויש לשמור על סודיות רפואית

שם משפחה+פרטי	ת.זהות	שם האב	ת.לידה	גיל מין	מצב משפחתי	ארץ לידה	שנת עליה	כתובת	גורם מממן
שלומי אסתר	05169359-6	דוד	26/02/1953	71 נקבה/נשוי/אה+4	ישראל	0	קורין עזרא 6 תל אביב יפו 6743603	קופת חולים כללית	

שלילי	0	0	result
-------	---	---	--------

מהלך האשפוז

בת 71, בתאריך 31.07.24 אושפזה במחלקתנו לצורך טיפול שיקומי רב מקצועי לאחר ניתוח החלפה מלאה של מפרק ירך שמאל + חסם עצבי בגישה אחורית עקב שבר סבקיטלי בפרק ירך שמאל כתוצאה מנפילה ע"ר איבוד שיווי משקל. נותחה בבית חולים "שיבא" בתאריך 24.07.24 בהרדמה כללית. בסיום הניתוח יציבה לדריכה והפעלה. זקוקה לפיסוק בין הרגליים בישיבה ובשכיבה במהלך שש שבועות. ב-31.07.24 שוחררה והועברה לשיקום במחלקתנו. שוחררה עם HB-9.83, ללא לויקוציטוזיס.

ברקעה ידוע על יל"ד, סכרת, OA, ULCERATIVE COLITIS. לאור חשד לאירוע מוחי, היתה אצל נוירולוגי בוצע CT ויש אבחנה של מחלה CV ב CT. לאור זאת מטופלת באופן קבוע בקלופידוגרל. המטופלת מתגררת עם בעלה ובתה בבניין פרטי, 2 מדריגות בכניסה ו16 מדריגות בתוך הבית. לפני האשפוז האחרון עצמאית בתפקודיה התהלכה ללא אבזרי עזר, לא נעזרה מביטוח לאומי.

במהלך אשפוזה במחלקתנו נצפו הבעיות הבאות:
= לצורך איזון כאבים נזקקה לטיפול בטרג'ין שבהמשך באופן הדרגתי הופסק.
עברה צילום בפרק הירך. לפי בדיקה אורטופד - המשך דריכה מלאה.
= בתאריך 7.08 נבדקה במרפאה אורתופדית-פרקים ע"ר רופא אורתופדיה - מתהלכת עם הליכון, ללא רגישות בטווח, צלקת שקטה. ביקור בעוד חודשיים
= חודש ימים לאחר הניתוח ולאחר שיפור בניידות הופסק טיפול מניעתי בקלקסן. אין צורך לשמירת פיסוק בין הרגליים.

= לצורך איזון סוכרים בדם הוסף לטיפול גלוקומין.
= עקב נטייה להיפונטרמיה 3.48, הוחל טיפול ב-ALDACTONE.
= לציין שיעול ליחתי ללא קושי בנשימה אצל המטופלת מעשנת.

המטופלת קיבלה טיפול שיקומי רב מקצועי עם דינמיקה חיובית. FIM בקבלתה - 72, FIM בשחרורה - 109.
בשחרור המטופלת עירונית, משתפת פעולה, עברה הערכה קוגניטיבית - מבחן MOCA תאריך: 03/09/2024 ציון: 21.
הערות: תפיסה מרחבית/אקסקוטבי - 2/5, שיום - תקין, קשב - תקין, שפה - 1/3, הפשטה - תקין, זיכרון לטווח קצר - 0/5, התמצאות - תקין. יש לה 12 שנות לימוד. נורמה לגיל ומספר שנות לימוד 20. ציון שלה: 21/31

תפקוד בשחרורה - עצמאית בתפקודי מיטה, מעברים - עצמאית בתמיכת הליכון גלגלים, ניידות עצמאית בתמיכת הליכון גלגלים.
המטופלת עצמאית באכילה, אך זקוקה לעזרה בהכנה והגשה, רחצה ולבוש - עצמאית בפלג גוף עליון בישיבה, זקוקה לעזרה חלקית בפלג גוף תחתון. סוגרים - שולטת על סוגר השתן, פעולות מעיים מוסדרות.
המטופלת זקוקה לעזרה ב - IADL.

לסיכום - בת 71 עם רקע רפואי כמפורט. אושפזה במחלקתנו לצורך טיפול שיקומי רב מקצועי לאחר ניתוח החלפה מלאה של מפרק ירך שמאל + חסם עצבי בגישה אחורית עקב שבר סבקיטלי בפרק ירך שמאל כתוצאה מנפילה ע"ר איבוד שיווי משקל. תחת טיפול חל שיפור במצבה כללי, במצב תפקודי ובניידות, המטופלת זקוקה לעזרה ב - IADL.

המטופלת משתחררת במצב כללי יציב וטוב, ללא חום, יציבה מבחינת נשימה והמודינמיקה.

מצב בשחרור

תרופות בשחרור

הערות	ת.סיום	שעות	ת.התחלה	ימים	מינון	התרופה	דרג מתן	צורת הגשה	סיווג
		12:00	06/08/2024		850mg X1	METFORMIN [METFORMIN 850mg]	P.O	TAB	CHR
		08:00	06/08/2024		75mg X1	CLOPIDOGREL [CLOPIDOGREL 75mg]	P.O	TAB	CHR
		08:00	04/08/2024		12.5mg X1	ALDACTONE [SPIRONOLACTONE 25mg]	P.O	TAB	CHR
		12:00	04/08/2024		1 TAB X1	VITAMIN B12 1000mcg [VIT B12 1000mcg, FICTITIOUS]	P.O	TAB	CHR



טופס שחרור רפואי

המידע הינו חסוי ויש לשמור על סודיות רפואית

שם משפחה+פרטי	ת.זהות	שם האב	ת.לידה	גיל	מין	מצב משפחתי	ארץ לידה	שנת עליה	כתובת	גורם מממן
שלומי אסתר	05169359-6	דוד	26/02/1953	71	נקבה/נשוי/אה+4	ישראל	0	קורין עזרא 6 תל אביב יפו 6743603	קופת חולים כללית	

= יעוץ רופא ראות, כולל תפקודי ראות CTi חזה לאור היסטוריה עישון ממושך.
= המשך טיפול תרופתי קבוע.
= המשך רופא גסטרו-אנטרולוג.
= בדיקות מעבדה בקהילה כולל מעקב B12 (נוטלת מטפורמין)

להלן סיכום והמלצות מקצועות הבריאות (מצורפים בנוסף מכתבי שחרור מפורטים)

סיכום והמלצות טיפול רב מקצועי

סיעוד

סיכום:

בקבלתה - ערנית ומשתפת פעולה, מתמצאת בזמן במקום ובסובבים, עצמאית באכילה אך זקוקה לעזרה בהכנה והגשה, תפקודי מיטה בעזרה קלה, מעברים בעזרה בינונית, ניידות בכיסא גלגלים בעזרת הזולת.
רחצה ולבוש - עזרה קלה בפלג גוף עליון בישיבה ועזרה בינונית רבה בפלג גוף תחתון.
סוגרים - שולטת חלקית על סוגר השתן בשל מגבלת ניידות משתמשת במוצרי ספיגה, פעולות מעיים נטייה לשלשולים.
דינמיקה חיובית

בקבלתה FIM = 72

בשחרור FIM = 109

בשחרור - משתחררת לביתה, ערנית ומשתפת פעולה, עצמאית באכילה, אך זקוקה לעזרה בהכנה והגשה, מעברים עצמאית בתמיכת הליכון גלגלים, ניידות עצמאית בתמיכת הליכון גלגלים, רחצה ולבוש עצמאית בפלג גוף עליון בישיבה, ועזרה חלקית בפלג גוף תחתון, סוגרים שולטת על סוגר השתן פעולות מעיים מוסדרות, זקוקה לעזרה ב - IADL.

המלצות:

המלצות

מעקב רופא משפחה, מעקב מעבדה - בדיקות דם.
מעקב סיעודי בקהילה, מעקב לחץ דם.
המשך טיפול תרופתי קבוע.
מעקב כף רגל סוכרתית, אחות סוכרת.
מעקב והמשך טיפול באוסטאופורוזיס.
המשך טיפולי פיזיותרפיה במסגרת אמבולטורית.
מעקב רופא אורתופד.
מעקב רופא קרדיולוג.
מעקב רופא כלי דם.
מעקב מרפאת סוכרת.
מעקב רופא אנדוקרינולוג.
מעקב דיאטנית בקהילה.
המדווח: ארקיה ראיד

פיזיותרפיה

סיכום:

אסתר הגיעה לשיקום בבית"ח רעות בתאריך ה- 31/07/2024 לאחר החלפת מפרק ירך שמאל בגישה אחורית.

בקבלתה:

עזרה קלה בתפקודי מיטה ומעברים עם שימוש מופחת ברגל שמאל, לא נשאה משקל על יד שמאל בשל כאבים כתוצאה מנפילתה. כיפוף מוגבר בגו בשתי הברכיים בכלל התפקודים. ניידת בכ"ג בעזרת הזולת, הולכת בהשגחה בתמיכת ה"ג בדגם אנטלגי, מתקשה לשאת משקל על יד שמאל בשל כאבים מנפילתה. לא תרגלה מדרגות.
מהלך אשפוז:

מהלך אשפוז הציגה דינמיקה חיובית מבחינה תפקודית ופיזיקלית. הביעה מוטיבציה לשיקום ותרגלה בחדר הכושר ובזמנה הפנוי תרגילים אשר זורכה לבצע. התקדמה בהדרכה בהליכתה, העלתה מרחקי הליכה. החלה לתרגל מדרגות. מבחינת הכתפיים - טווחי הכתפיים ירודים פרה מורבידי, כתף שמאל לאחר חבישות קינזיוטיפי חל שיפור משמעותי יחד עם תרגול אקטיבי נעזר בתמיכת מקל מטאטא. בכתף ימין - חבישת קינזיו טיפ הטיבה אזור עם הטווחים, כאשר מורידים אותה, עדיין ישנו פיצוי משמעותי שמבצעת. כמו כן, חל שיפור בנפוחות ברגל שמאל בשימוש בגרב אלסטית.
שחרורה:

צמאית חלקית בכלל התפקודים עם ה"ג, עדיין ישנו כיפוף מוגבר בגו ובברכיים (פרה מורבידי) אך שיפור בנשיאת המשקל על רגל שמאל. פחות נשיאת שקל על הידיים בהליכה. הגדילה מרחקי הליכה ומסוגלת ללכת בפנים ובחוץ במשך כ-25 דקות ברציפות ללא עצירות בקצב איטי. לעתים עוזרת בזמן הליכה על מנת לדבר. עולה ויורדת מדרגות בהשגחה עם מעקה מצד אחד בתבנית step to. במהלך אשפוז קיבלה אישור להסרת מפרק ברכיים



טופס שחרור רפואי

המידע הינו חסוי ויש לשמור על סודיות רפואית

שם משפחה+פרטי	ת.זהות	שם האב	ת.לידה	גיל מין	מצב משפחתי	ארץ לידה	שנת עליה	כתובת	גורם מממן
שלומי אסתר	05169359-6	דוד	26/02/1953	71	נקבה/נשוי/אה+4	ישראל	0	קורין עזרא 6 תל אביב יפו 6743603	קופת חולים כללית

ערכי סוכר בצום 98-132 מ"ג% תחת טיפול GALVUS ו-METFORMIN.

מצב בשחרור יציאות תקינות 1 ביום אך לא סדירות, ללא טיפול במרככים באופן קבוע, לציין כי הטיפול לקוליטיס משפיע לה על היציאות.

המלצות:

1. מעקב אחר משקל - במידה ויש ירידה במשקל יש לשקול להפנות לדיאטנית בקהילה.
2. מעקב אחר ב"ד - שימור סטטוס חלבונים בנורמה. במידה ויש חוסר תאבון או קושי לאור קוליטיס ברקע יש להפנות לדיאטנית בקהילה.
3. מעקב אנמיה - המוגלובין ירוד 11.2 תחת תיסוף B12, ח' פולית ו-FOLEX.
4. מעקב אלקטרוליטים - אשלגן תחת משתנים ALDACTONE ומגנזיום תחת MAGNOX.
5. מעקב סוכרים תחת טיפול תרופתי פומי. המדווח: יעל סוקולסקי

מטופל פליאטיבי: לא
הנחיות מקדימות: לא
ייפוי כוח: לא
הערות:

אנשי קשר

שם הקרוב	קירבה	טלפון-1	טלפון-2	כתובת	כתובת מייל
שלומי-ליטל *	בת	054-6093863			
שרעבי-אלה	בת	050-6438527			
שלומי-ליטל	בת	0546093863		תל אביב יפו	
שלומי-רוית	בת	0507293926		תל אביב יפו	

אפוסטרופוסות

שם	קירבה	טלפון	פקס	תחום
----	-------	-------	-----	------

מלצה למרפאות חוץ:

רעות תל אביב בית חולים שיקומי
ד"ר יבגנייה צורייב
מ.ר. 33242

שם-מעל: דר יבגנייה צורייב מ.ר: 33242 תאריך פתיחה: 08/09/2024 10:49:55 תאריך נעילה:
שם המדפיס: דר יבגנייה צורייב תאריך הדפסה: 08/09/2024 12:28:32

תאריך: 10/09/2024

הפניה לדימות

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	שלומי אסתר	מס זהות:	00051693596	גיל:	71.07	מין:	נ
ת.לידה:	26/02/1953	ישוב:	תל אביב -	רחוב:	קורין עזרא	טלפון נוסף:	54 - 6093863	
מס בית:	6 / 9	טלפון:	52 - 3996690					

מספר הפניה: 35108037999

רשיון רופא	תז נבדק	מספר הפניה	גורם שולח
036965	51693596	035108037999	5108

ביום הבדיקה, נא לפנות למשרד מכון הרנטגן והדימות כ- 15 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה.
נא להגיע עם טופס ההפניה, מסמכים רלוונטים 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.

לכבוד: צפיפות עצם

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
59145	77080	בדיקת צפיפות העצם בשיטת DXA לנבדק	59145

המטופל מתלונן על לאחר שיקום ברעות בעקבות שבר ירך שמאל
עדכון מרשמים

סימנים חיוניים גובה 160 נמדד ב: 08/05/2024 משקל 65 נמדד ב: 08/05/2024 BMI 25.39
לחץ דם 125 / 79 נמדד ב: 08/05/2024
דופק 75 נמדד ב: 18/01/2023 תדיר

15/05/2024 מתאריך: 99.54 eGFR

אבחנה משוערת

קוד	אפיפון	אבחנה
	LT	S/P TOTAL HIP REPLACEMENT D/T SUBCAPITAL FRACTURE
7		OBSERVATION - PATIENT UNDER OBSERVATION

בעיות פעילות

מ.גילוי	אפיפון	בעיה
2/01/2/08		LIPID METABOLISM DISORDER
01/08/2004		DIAPHRAGMATIC HERNIA
01/08/2004		HYPERCHOLESTOLEMIA
01/08/2004		HYPERTRIGLYCERIDEMIA
01/08/2004		DM
01/09/2004		CHOLECYSTOLITHIASIS
01/09/2004		FATTY LIVER
01/07/2005		DIABETES MELLITUS
01/07/2014		COLONOSCOPY FLEXIBLE FIBEROPTIC COLONOSCOPY
01/09/2013		PROCTITIS
01/09/2013		ULCERATIVE COLITIS
21/02/2021		COLONOSCOPY FLEXIBLE FIBEROPTIC COLONOSCOPY

מ.גילוי	איפיון	בעיה
16/11/2022		GAIT PROBLEM
16/11/2022		OSTEOARTHRITIS OF KNEE
01/08/2023	PER CT	CEREBROVASCULAR DISEASE
25/07/2024	LT	S/P TOTAL HIP REPLACEMENT D/T SUBCAPITAL FRACTURE
01/08/2024	FRACTURE	OSTEOPOROSIS

תולדות עבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/01/2013	01/01/2018		SMOKER

15/05/2024 מתאריך CREATININE: 0.47

נחתם דיגיטלית

36965

ד"ר אורן הלל

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

בפניה לטיפול באחד מבניה"ח של הכללית על סמך הפניה זו, לאחר קביעת תור לטיפול, ניתן להסדיר את התשלום עבור השירות עד למועד התור באמצעות כרטיס אשראי באתר הכללית. לחילופין, ניתן להפיק ט17 במשרד מרפאת האם. רשימת ביי"ח של הכללית מפורסמת באתר הכללית (www.clalit.co.il).

הדרכת תרופות

שם משפחה+פרטי	ת.זהות	שם האבת.לידה	גילמין	מצב משפחתי.לידה	ארץ	שנת עליה	כתובת	גורם מממן	שם
שלומי אסתר	05169359-6	דוד	7126/02/1953	נקה	ישראל	0	קורין עזרא 6 תל אביב יפו 6743603	קופת חולים כללית	
ת.קבלה למוסד	ת. קבלה למחלקה	מחלקה	סטאטוס	גורם מממן	קופ"ח				
31/07/2024	31/07/2024	I	שיקום גריאטרי	קופת חולים כללית	כללית				
תרופה		אופן מתן		הנחיות לתרופה		הערות/תופ' לוואי			
METFORMIN [METFORMIN [850mg									
CLOPIDOGREL [CLOPIDOGREL [75mg									
ALDACTONE [SPIRONOLACTONE [25mg									
VITAMIN B12 1000mcg [VIT B12 1000mcg, FICTITIOUS GENERIC [COMPONENT 1000mg									
FOLEX 400 [FERROUS IRON [100mg, FOLIC ACID 400mcg		P.O		ברזל נספג טוב יותר, כאשר נוטלים אותו על קיבה ריקה (לפני האוכל (יש לחכות פרק זמן של שעותיים לפחות בין נטילת תרופה זו לבין נטילת חלב ומוצריו, ביצים, קפה, תה.		אי נוחות במערכת העיכול, שינוי בתדירות ומרקם היציאות (עצירות או שלשול), בחילות, הקאות, כאבי בטן קלים. ברזל יכול לשנות את צבע הצואה לשחור.			
MAGNOX [MAGNESIUM [COMPLEX 1cap									
VITAMIDIN D [VIT D3 200IU, FICTITIOUS GENERIC [COMPONENT									
[XELJANS [TOFACITINIB 5mg									
[FOLIC ACID [FOLIC ACID 5mg									
Optalgin 500mg/1ML [DIPYRONE [500mg									
RAFASSAL [5-AMINOSALICYLIC [ACID 1000mg									
[GALVUS [VILDAGLIPTIN 50mg									
[OMEPPRA [OMEPPRAZOLE 40mg									



תיק מטופל

מידע זה הינו חסוי ויש לשמור על סודיות רפואית

שם משפחה+פרטי	ת.זהות	שם האב	ת.לידה	גיל מין	מצב משפחתי	ארץ לידה	שנת עליה	כתובת	גורם מממן
שלומי אסתר	05169359-6	דוד	26/02/1953	71	נקבה נשוי/אה+4	ישראל	0	קורין עזרא 6 תל אביב יפו 6743603 כללית	קופת חולים

מחלקה	מנהל רפואי	אח/אחריות	סטאטוס	כתובת	טלפון	קופ"ח	קבלה למוסד	ת.קבלה למחלקה	ת.שחרור
ו-3	ד"ר סלוצקי יקטרינה	מר ראיד ארקיה	שיקום גריאטרי	קורין עזרא 6 תל אביב יפו	0523996690	כללית	31/07/2024	31/07/2024 15:10:00	

הדפסת מידע רפואי: מתאריך: 09/08/2024 עד תאריך: 08/09/2024

תרופות								
הערות	ת.סיום	שעות	ת.התחלה	ימים	מינון	התרופה	דרך מתן	צורת הגשה
		12:00	06/08/2024		850mg X1	METFORMIN [METFORMIN 850mg]	P.O	TAB
		08:00	06/08/2024		75mg X1	CLOPIDOGREL [CLOPIDOGREL 75mg]	P.O	TAB
		08:00	04/08/2024		12.5mg X1	ALDACTONE [SPIRONOLACTONE 25mg]	P.O	TAB
		12:00	04/08/2024		1TAB X1	VITAMIN B12 1000mcg [VIT B12 1000mcg, FICTITIOUS GENERIC COMPONENT 1000mg]	P.O	TAB
		12:00	01/08/2024		1TAB X1	FOLEX 400 [FERROUS IRON 100mg, FOLIC ACID 400mcg]	P.O	TAB
		08:00	31/07/2024		1cap X1	MAGNOX [MAGNESIUM COMPLEX 1cap]	P.O	CAP
		12:00	31/07/2024		4drop X1	VITAMIDIN D [VIT D3 200IU, FICTITIOUS GENERIC COMPONENT]	P.O	DROP
		08:00, 18:00	31/07/2024		5mg X2	XELJANS [TOFACITINIB 5mg]	P.O	TAB
		08:00	31/07/2024		5mg X1	FOLIC ACID [FOLIC ACID 5mg]	P.O	TAB
		08:00, 12:00, 18:00	31/07/2024		1000mg X3	Optalgin 500mg/1ML [DIPYRONE 500mg]	P.O	SOL
		08:00, 20:00	31/07/2024		2000mg X2	RAFASSAL [5-AMINOSALICYLIC ACID 1000mg]	P.O	CAP
		08:00, 18:00	31/07/2024		50mg X2	GALVUS [VILDAGLIPTIN 50mg]	P.O	TAB
		06:00	31/07/2024		40mg X1	OMEPPRA [OMEPPRAZOLE 40mg]	P.O	CAP



תיק מטופל

מידע זה הינו חסוי ויש לשמור על סודיות רפואית

שם משפחה+פרטי ת.ז.הות שם האב ת.לידה גיל מין מצב משפחתי ארץ לידה שנת עליה כתובת גורם מממן

05169359-6 דוד

שלומי אסתר

מחלקה	מנהל רפואי	אח/ות אחראית	סטאטוס	כתובת	טלפון	קופ"ח	קבלה למוסד	קבלה למחלקה	ת.שחרור
מחלקה	ד"ר סלוצקי יקטרינה	מר ראיד ארקיה	שיקום גריאטרי	קורין עזרא 6 תל אביב יפו	0523996690	כללית	31/07/2024	31/07/2024 15:10:00	

הדפסת מידע רפואי: מתאריך: 06/08/2024 עד תאריך: 05/09/2024

הערות	ת.סיום	שעות	ת.התחלה	ימים	מינון	התרופה	דרך מתן	צורת הגשה	סיווג
		08:00, 18:00	29/08/2024		1TAB X2	!!! TARGIN [OXYCODONE HCL 5mg, NALOXONE 2.5mg]	P.O	TAB	CHR
			27/08/2024		1TAB	PERCOCET - 5 [OXYCODONE HCL 5mg, PARACETAMOL 325mg]	P.O	TAB	SOS
			27/08/2024		0.25mg	DOMORMIN [ROTIZOLAM 0.25mg]	P.O	TAB	SOS
			25/08/2024		0.25mg	AEROVENT [IPRAATROPIUM BROMIDE 0.25mg]	INH	INH	SOS
			06/08/2024		850mg X1	METFORMIN [METFORMIN 850mg]	P.O	TAB	CHR
			06/08/2024		75mg X1	CLOPIDOGREL [CLOPIDOGREL 75mg]	P.O	TAB	CHR
			04/08/2024		12.5mg X1	ALDACTONE [SPIRONOLACTONE 25mg]	P.O	TAB	CHR
			04/08/2024		1TAB X1	VITAMIN B12 1000mcg [VIT B12 1000mcg, FICTITIOUS GENERIC COMPONENT 1000mg]	P.O	TAB	CHR
			01/08/2024		1TAB X1	FOLEX 400 [FERROUS IRON 100mg, FOLIC ACID 400mcg]	P.O	TAB	CHR
			31/07/2024		1cap X1	MAGNOX [MAGNESIUM COMPLEX 1cap]	P.O	CAP	HR
			31/07/2024		4drop X1	VITAMIDIN D [VIT D3 200IU, FICTITIOUS GENERIC COMPONENT]	P.O	DROP	HR
			31/07/2024		5mg X2	XELJANS [TOFACITINIB 5mg]	P.O	TAB	HR
			31/07/2024		25mg X2	LYRICA [PREGABALIN 25mg]	P.O	TAB	HR
			31/07/2024		5mg X1	FOLIC ACID [FOLIC ACID 5mg]	P.O	TAB	HR
			31/07/2024		1000mg X3	Optalgin 500mg/1ML [DIPYRONE 500mg]	P.O	SOL	R
			31/07/2024		2000mg X2	RAFASSAL [5-AMINOSALICYLIC ACID 1000mg]	P.O	CAP	R
			31/07/2024		50mg X2	GALVUS [VILDAGLIPTIN 50mg]	P.O	TAB	R
			31/07/2024		40mg X1	OMEPPRA [OMEPPRAZOLE 40mg]	P.O	CAP	R