



לכבוד
איילון חברה לביטוח בע"מ
באמצעות דוא"ל

ח"נ שלום רב,

תאונה מיום 14/8/2024

הנפגעת: סבטלנה אבדורכמנוב, ת.ז. 317636140

מס' תביעה: 2006002402755

הנני מייצג את מרשתי הנפגעת שבנדון והריני מתכבד לפנות אל כב' ולפרט כדלקמן:

1. בתאריך 14.8.2024 עת נסעה באוטובוס קו 37 של חברת מטרופולין המבוטח על ידכם, נפגעה מרשתי במהלך הנסיעה, נפלה ונחבלה בגופה. (להלן: "**התאונה**").
2. לאחר התאונה טופלה מרשתי במוקד קופת חולים, שם אובחנו חבלות בגפיים ובגב. נוכח חשד לפגיעת עמוד שדרה הוחלט להפנותה לבדיקה וקבלת טיפול רפואי במסגרת מיון והיא הופנתה לבית החולים שיבא, בתל השומר, שם אובחנו חבלות בפלג גופה הימני, באגן ובגב. בחלוף יממה, לאחר קבלת טיפול רפואי ובדיקת הדמיה שוחררה מרשתי לביתה בהמלצה להמשך מעקב רפואי, הליכה בהתאם לסף כאב, המשך מעקב רפואי ומנוחה.
3. כשהיא כאובה ומתקשה בהליכה, נעזרת בסיוע ותמיכה, טופלה מרשתי במסגרת הקהילה, הופנתה להמשך טיפול, טיפול לאיזון כאב וניתנו לה 18 ימי מחלה.
4. מרשתי אשר המשיכה לסבול מכאבים עזים, קושי בהליכה והגבלה בתנועות עמוד השדרה המותני והגפיים מימין הופנתה לביצוע טיפולי פיזיותרפיה והמשך מעקב אורתופדי.
5. מרשתי ביצעה טיפולי פיזיותרפיה אינטנסיביים, אולם נותרה עם כאבים והגבלה בתנועות עמוד השדרה עם הקרנת הכאבים וכאבים והגבלה בתנועות הגפיים מימין, וקושי בתפקוד והוחלט להפנותה להמשך טיפול, תעודות מחלה בהתאם לקושי וביצוע בדיקות הדמיה.
6. בדיקת מיפוי עצמות אליה הופנתה הדגימה הדגשה של חוליה בגובה L1, והדגשה של אלמנטים אחוריים במספר גבהים בעמוד השדרה המותני. מרשתי הופנתה לביצוע בדיקות הדמיה נוספות והמשך מעקב וטיפול אינטנסיבי וימי מחלה בהתאם לצורך.



7. בדיקת הדמיה שכוונה לעמוד השדרה הדגימה בקע דיסק פאראמדיאני לשמאל הגורם היצרות בגובה D12-L1, הנמכה של המרווחים הבינחולייתיים בעמוד השדרה המותני ובלט דיסק הגורם להיצרות בגובה L4-L5.
רצ"ב תעודות רפואיות.

8. בעטיה של התאונה ותוצאותיה סובלת מרשתי מכאבים והגבלה בתנועות עמוד השדרה המותני, עם הקרנת הכאבים לגפיים, מקושי בכיפוף, הרמה, ונשיאה, קושי בישיבה, הליכה ועמידה, קושי בתפקוד, כאבים עזים וקשיי הירדמות ושינה היא נזקקת לקבלת טיפולים רפואיים ותרופות נרקוטיות ותיזקק לכך גם בעתיד.

9. מרשתי עובדת ניקיון בעיסוקה, מתקשה מאז התאונה ומחמת תוצאותיה בביצוע עבודתה, נעדרת מעבודתה וישנו חשש כי תוכל להמשיך לבצעה ולהשתכר בעתיד.

10. מחמת התאונה ותוצאותיה מתקשה מרשתי בביצוע פעולות יומיומיות ובניהול משק ביתה, נזקקת לעזרה הזולת ותיזקק לכך גם בעתיד.

11. בנסיבות המתוארות לעיל, על מנת לייתר את הצורך בפניה לערכאות ומינוי מומחים רפואיים אהיה מוכן להמליץ בפני מרשתי על סילוק תביעתה תמורת פיצוי בסך 165,000 ₪ בתוספת שכ"ט עו"ד.

12. אודה עבור עמדתכם המהירה לסילוק התביעה מחוץ לכותלי בית המשפט.

*רצ"ב יפוי כח ווס"ר חתומים ע"י מרשתי.

~~אריאל פרייברג, עו"ד~~
אריאל פרייברג, עו"ד
פרייברג רסקין עורכי דין

י פ ו י כ ה

- אני הח"מ, סי 616 אחורני 34703614 מרחוב גורר סטור 9/9 ת.ז. מס' 34703614 ממונה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או בענין תאונת דרכים מיום להיות באי כוחי במשפט של נגד מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:
1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
 2. לחתום על ו/או לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרזת פשיטת רגל, או פרוק גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות והנובעות מהענין הנ"ל.
 3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
 4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
 5. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
 6. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
 7. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתי של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
 8. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הנ"ל, לרבות הוצאות בימ"ש ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
 9. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
 10. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
 11. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
 12. להופיע בשמי וליצגני בפני רושם הקרקעות, במשרדי ספרי אחוזה, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עיסקה המוכרת ע"י החוק וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבלו עפ"י דין.
 13. ליצגני ולהופיע בשמי בפני רושם החברות, רושם השותפויות, רושם העמותות ורושם האגודות השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי, לטפל ברישומי או במחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.

14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

15. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, לפטרים ולמנות אחרים במקומם ולנהל את עניני הנ"ל לפי ראות עיניו ובכלל לעשות את כל הצעדים שימצא לנכון ומועיל בקשר עם המשפט או עם עניני הנ"ל, והנני מאשר את מעשיו או מעשי ממלאי המקום בתוקף יפוי כח זה מראש.

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 24 לחודש 4 שנה 25

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

~~עו"ד אריאל פרייברג
בוס' רשמי 62254~~

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א' אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

31763040

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
אורזובטור	מרסל		
חוק	10	ש"י יחנן	טלפון
רחוב	מס'	עיר	מיקוד

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הבטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור ל- (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהלן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

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

למרות האמור לעיל לא יחול כתב ויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: _____
או על המידע המפורט להלן: _____

חלק ב' שם קופ"ח: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____

רופאים:	1.	2.	3.	4.
מכונים, מעבדות:	1.	2.	3.	4.

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

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

תאריך: 28.4.25 עד לחתימה ומס' חתימה: 52254 חתימה: X (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

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

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

תאריך: 25/08/2024

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



092913

מסמך אושר
דיניסלית
מכבי

טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2284246

כתובת: אופירה 1, אור יהודה

ד"ר פרסקי אולג
משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 317636140

שם פרטי: סבטלנה

שם משפחה: אבדורכמנוב

טל.עבודה/נייד: 0547258983

טלפון: 036343883

ת.לידה: 30/06/1954



0317636140

מיקוד 6035259

הורד 10/24, אור יהודה

כתובת:

תאונת עבודה

במשך: 18 ימים, היינו מיום: 18/08/2024 עד יום: 04/09/2024 (בכלל)

25/08/2024

ג.ל.ס. 41624
ג.ל.ס. 41624
ג.ל.ס. 41624

חתימה וחותמת 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.

תאריך: 15/08/2024

מ.ר. גורם מפנה



מסמך אושר
דינטי לית
מכבי

מכבי שירותי בריאות

מוקד רפואה דחופה

ד"ר אפרים בן

טראומטולוגיה

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

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

טלפון: 036343883

ת.לידה: 30/06/1954



מיקוד 6035259

הורד 10/24, אור יהודה

כתובת:

0317636140

מכתב שחרור

15/08/2024

תאריך:

שעת קבלה: 20:09

שעת שחרור: 21:21

סיבת הפניה:

בת 70

חבלה בגב ובירך

לדבריה נפילה באוטובוס בדרכה חזרה מהעבודה

הולכת בצליעה

קשה להעריך NV

רגישות מיד ליין

בצילום הנמכה של L2

מופנית למיון להשלמת סיטי

אבחנות פעילות:

- FAMILY HISTORY OF BREAST MALIGNANCY (+0)
- GOITER UNS (02/2020)
- OSTEOPENIA (05/2022)
- ANEMIA (08/2023)
- 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:

- OPTI-SAFE MAX 2 120 (2X1X30)

טיפול אחות

מידות:

תאריך	שעה	מידה	תוצאה
15/08/2024	20:28	לחץ דם	121/77 [שמאל, ישיבה]
15/08/2024	20:28	דופק	67

טיפול אחות

תאריך	שעה	התערבות	תוצאה	הערות
15/08/2024	20:28	אומדן כאב	עוצמה: 9	



129979

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

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

תאריך	שעה	התערבות	תוצאה	הערות
15/08/2024	20:28	הדרכה לטיפול ושחרור ממוקד		
15/08/2024	20:28	מיון ראשוני - TRIAGE		
15/08/2024	20:28	הכוונה לגורם מטפל אחר		רופא פנימי
15/08/2024	20:29	מתן תרופות OTC ללא הוראת רופא		רופא טראומה
				אופטלגין 1 גר

הפניות:

מכון רנטגן: עמוד שדרה מותני 2 צילומים (AP+LAT), אגן ירכיים 1 צילום (AP שכיבה), פרק ירך ימין 2 צילומים (אלכסון+AP)
חדר מיון

אבחנה:

• CONTUSION

ד"ר אפרימה בן

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

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל/ת : דר' עירוזי אבי מ.ר. 24070	טלפון : 03-5302210
אח/ות אחראי/ת : גב' אנגלרד הינדי	פקס : 03-5302055
דוא"ל : Er@sheba.health.gov.il	

מכתב שחרור.

שם משפחה: אבדורכמנוב	שם פרטי: סבטלנה	ת"ז: 317636140
גיל: 70	מין: נקבה	טלפון נייד: 0547258983
תאריך ביקור : 22:39 15/08/2024	מספר ביקור: 04440115082024	קופת חולים : קופ"ח מכבי
כתובת: הורד 10 אור יהודה 6035259		

אבחנות מסכמות

- Contusion of buttock (922.32)

ניתוחים בעבר

S/P OTHER (1) (24/12/2015)

S/P 15/01/2016)) 1) (ללא פעולות/ניתוחים

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

אנמנזה סיעודית

סיבה עיקרית: חבלה/נפילה

העחת: בת 70

נפלה באוטובוס נחבלה ביד גב תחתון אגן וירך ימין

סימנים חיוניים

תאריך ושעה	כאב
22:52 15/08/2024	2

אנמנזה ובדיקה גופנית

דר' נשר גלעד מ.ר. 177678 16/08/2024 01:36
CT ללא ממצא חד משוחררת עם ההמלצות הבאות

דר' נשר גלעד מ.ר. 177678 16/08/2024 01:03
בצילומים ללא ממצא חד בשל רגישות באיזור הפוביס- נתקדם לCT אגן

דר' נשר גלעד מ.ר. 177678 16/08/2024 00:14
בת 70 בריאה לא מעשנת אתמול נפילה על הישבן בזמן שנסעה באוטובוס והיתה עצירה פתאומית כאבי גב תחתון, ירך ימין, יד ימין השלימה צילום עמ"ש מותני במוקד- חשד לשבר בL2 בדיקה- מתהלכת בצליעה המטומה בעכוז מימין רגישות במישוש עמוק של המפשעה מימין רגישות מידליין עמ"ש מותני בניקוש לוג חול שלילי, מפרקי ירכיים חופשיים שמורה לפי ASIA L2S1 מוטורית וסנסורית ללא UMN SLR שלילי דו"צ בצילומים שהשלימה ללא ממצא חד נשלים צילומי עמ"ש מותני

המלצות

שם מלא: אבדורכמנוב סבטלנה 317636140

תאריך ושעה	נושא	גרשם ע"י	פרטים
16/08/2024 01:37	דר' נשר גלעד מ.ר. 177678	נגד כאבים לפי צורך הליכה לפי סף כאב מעקב רופא מטפל בכל מקרה של החמרה יש לגשת לבדיקת רופא במיון	

נחתם ע"י: דר' נשר גלעד מ.ר. 177678
תעודה זו ניתנת על ידי לשם הגשתה כראיה לבית משפט. והריני מצהיר בזאת כי ידוע לי היטב, שלעניין החוק הפלילי
דבר עדות שקר בשבועה, בבית משפט. דין תעודה זו כשהיא חתומה על ידי כדן עדות בשבועה שנתתי בבית המשפט.

על פי הנחיות משרד הבריאות, בתום הביקור במחלקה לרפואה דחופה, המטופל יחזור להמשך טיפול אצל רופאו
בקופת חולים.
במידה והופנית להמשך טיפול במרפאות החוץ או במכוני שיבא, קבע תור בטלפון 03-5303030.
תוצאות בדיקות שבוצעו בשיבא ימסרו דרך "שיבא קונקט" או דרך הרופא המטפל בקהילה.

**לביחור תשובת תרבות/לירולוגיה ניתן להתקשר בימים א-ה לטלפון 035309159 ולשאיר הודעה במענה הקולי
אנחנו ניצור איתך קשר תוך 24 שעות**

כל ביקור במלר"ד כרוך בתשלום או בטופס התחייבות מקופת חולים.
ניתן לשלוח את טופס ההתחייבות [ט.17] לפקס 03-5302113/7447 או במייל: hovot@sheba.health.gov.il
באם הגעת למלר"ד עקב תאונת עבודה, נא לגשת לפקידת הקבלה להחתמת הטופס עבור ביטוח לאומי

דע את זכויותיך! הנך זכאי לקצבה מהמוסד לביטוח לאומי בשלושת המצבים הבאים:
פגיעה כתוצאה מתאונה אישית, פגיעה כתוצאה מתאונת עבודה, אשפוז או מחלה מעל ל- 90 יום כשהינך מוגבל
כתוצאה ממחלתך הקשורה לאשפוז זה.
מוצע שתבדוק את זכויותיך באתר האינטרנט של הביטוח הלאומי, באתר ניתן להוריד טופס תביעה לכל הקצבאות
ולשלוח באמצעות האתר, בדואר או להגיש בסניף הביטוח הלאומי <http://www.btl.gov.il>
בברכת בריאות שלמה

תאריך: 18/08/2024

מ.ר גורם מפנה



092913

קוד הפניה: 392634726

מכבי שירותי בריאות

מסמך אושר
דיגיטלי
מכבי

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		

התייעצות מומחה

- במכבי

אורתופדיה

תחום שירות:

תלונות: בביקור בתאריך 15/08/2024 בשעה 20:32:10
בת 70

בריאה בד"כ

חבלת ראש - מדווחת כי מעדה.

ללא אובדן הכרה, חזרה לעצמה מיידי

בביקור בתאריך 18/08/2024 בשעה 18:15:18

נבדקה במיון שיבא, עברה סיטי אגן, ע"ש - ללא ממצא חריג

הומלץ על איזון כאב, מעקב אורתופדי

ממצאים: בביקור בתאריך 15/08/2024 בשעה 20:32:10

בדיקה נירולוגית תקינה, ללא קשיון עורף

בביקור בתאריך 18/08/2024 בשעה 18:15:18

ללא חסר נירולוגי, המטומה לא TENSE באמה יד ימין, ירך ימין

דיון ואבחנה מبدלת: בביקור בתאריך 18/08/2024 בשעה 18:15:18

אבחנה:

• TRAUMA ACCIDENTAL

מעשנת: לא

בעיות ידועות:

- FAMILY HISTORY OF BREAST MALIGNANCY (+0)
- GOITER UNS (02/2020)
- OSTEOPENIA (05/2022)
- ANEMIA (08/2023)
- 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 -

תרופות קבועות:

• OPTI-SAFE MAX 2 120 2X1X30

מטרת ההפניה: חוות דעתך והמלצותיך להמשך בירור/טיפול, בתודה.

תאריך: 18/08/2024

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



092913



קוד הפניה: 392634726

טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2284246

כתובת: אופירה 1, אור יהודה

פרטי אולג

פנימית וכללית

מחיות:

ה ברפואה פנימית

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 317636140

שם פרטי: סבטלנה

שם משפחה: אבדורכמנוב

טל.עבודה/נייד: 0547258983

טלפון: 036343883

מין: נ

30/06/1954

ת.לידה:



מיקוד 6035259

הורד 10/24, אור יהודה

כתובת:

0317636140

התייעצות מומחה

**** נא להצטייד בכרטיס מגנטי ****

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

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

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 18/08/2024 עד תאריך - 14/02/2025

18/08/2024

חתימה וחותמת

תאריך

מ.ר גורם מפנה
מ.ר גורם מפנה
מ.ר גורם מפנה
מ.ר גורם מפנה
מ.ר גורם מפנה



092913



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:

הורד 10/24, אור יהודה

כתובת:

מיקוד 6035259



0317636140

תאונת עבודה**תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה**

שם האב חנן	שכיר/עצמאי שכיר	חבר (כול) כ	שם המעביד וכתובתו TMN	מקצוע ניקיון
ת. פגיעה 14/08/2024	שעה 15:10	התעסקות בשעת הפגיעה		
האיבר שנפגע גב, ראש	שם הרופא המטפל פרסקי	נמצא בטיפול מיום 18/08/2024		

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

בביקור בתאריך 15/08/2024 בשעה 20:32:10

בת 70

בריאה בד"כ

חבלת ראש - מדווחת כי מעדה.

ללא אובדן הכרה, חזרה לעצמה מיידית

בביקור בתאריך 18/08/2024 בשעה 18:15:18

נבדקה במיון שיבא, עברה סיטי אגן, ע"ש - ללא ממצא חריג

הומלץ על איזון כאב, מעקב אורתופדי

בביקור בתאריך 25/08/2024 בשעה 17:34:05

האירוע לאחר סיום עבודה בדרך הביתה.

עדיין כאבים, לא מסוגלת לחזור לתפקד

הממצא הקליני:

בביקור בתאריך 15/08/2024 בשעה 20:32:10

בדיקה נירולוגית תקינה, ללא קשיון עורף

בביקור בתאריך 18/08/2024 בשעה 18:15:18

ללא חסר נירולוגי, המטומה לא TENSE באמה יד ימין, ירך ימין

בביקור בתאריך 25/08/2024 בשעה 17:34:05

אבחנה:

- TRAUMA ACCIDENTAL
- WORK ACCIDENT

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת על-ידי הנ"ל:

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

תאריך: 25/08/2024

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



ד"ר פרסקי אולג
משפחה, פנימית וכללית
התמחויות:
מומחה ברפואה פנימית

טלפון: 03-5367222
פקס: 07-2264245
כתובת: אופירה 1, אר יהודה

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

תאונת עבודה

במשך: 18 ימים, היינו מיום: 18/08/2024 עד יום: 04/09/2024 (בכלל)

25/08/2024

מ.ר גורם מפנה
מ.ר גורם מפנה
מ.ר גורם מפנה

חתימה וחומת 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 רכ"מ מהקופה ותהיה על אחריותו הבלעדית של הנפגע.

תאריך: 15/09/2024

מ.ר גורם מפנה



112189

קוד הפניה: 396607877

מכבי שירותי בריאות



טלפון: 03-5333248

פקס: 03-6344241

כתובת: בר לב חיים 10, אור יהודה

ד"ר רגולין דמיטרי

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

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

מכון פיזיותרפיה

תלונות: בביקור בתאריך 15/08/2024 בשעה 20:37:16

בת 70

חבלה בגב ובירך

לדבריה נפילה באוטובוס בדרכה חזרה מהעבודה

הולכת בצליעה

קשה להעריך NV

רגישות מיד ליין

בצילום הנמכה של L2

מופנית למיון להשלמת סיטי

בביקור בתאריך 15/09/2024 בשעה 11:48:39

לפני כחודש ימים נפלה בתוך האוטובוס עקב עצירה פתאומית,

נפגעה בפלג גוף ימני.

מתלוננת על כאבים באגן מימין. כאבים במפשעה מימין.

ממצאים: בביקור בתאריך 15/09/2024 בשעה 11:48:39

רגישות פראוורטברלית ע"ש מותני,

ROM מוגבל אנטלגית

טווחי תנועה מפרקי ירכיים שמורים,

לסג שלילי

ללא קיפוח עצבי

• CONTUSION

אבחנה:

בעיות ידועות:

- FAMILY HISTORY OF BREAST MALIGNANCY (+0)
- GOITER UNS (02/2020)
- OSTEOPENIA (05/2022)
- ANEMIA (08/2023)
- 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 -

OPTI-SAFE MAX 2 120 2X1X30

תרופות קבועות:

מעשנת: לא

סיבת ההפניה: גב תחתון- אלקטרוטרפיה ; תרגילי חיזוק והגמשה

תאריך: 15/09/2024

מכבי שירותי בריאות

ד"ר רגולין דמיטרי
כיורגיה אורתופדית

מ.ר. גורם מפנה



112189

מסמך אשר
דינטיט
מכבי

קוד הפניה: 396607877

טלפון: 03-5333248

פקס: 03-6344241

כתובת: בר לב חיים 10, אור יהודה

התמחויות:
מומחה כיורגיה אורתופדית

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



0317636140

מכון פיזיותרפיה

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 15/09/2024 עד תאריך - 14/03/2025

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

15/09/2024

חתימה וחזותמת

תאריך

קביעת תור לטיפול ראשון -במוקד מכבי ללא הפסקה *3555. תורים לטיפול המשך ותור ראשון לטיפול בתחומים מיוחדים (לדוגמא- רצפת אגן, ניקוד לימפתי, טיפולי בית) יקבעו במכון הפיזיותרפיה. הטיפול כרוך בתשלום רבעוני, נא להגיע עם כרטיס מגנטי. במידה והינך משלם במזומן יש להסדיר את התשלום במזכירות הסניף טרם הגעה לטיפול.

גיל: 70.2

שם רופא/ה: ד"ר רגולין דמיטרי
תחום הטיפול: כירורגיה אורתופדית
רופא מפנה: ד"ר פרסקי אולג

8307284

מספר ביקור:

תלונות: בביקור בתאריך 15/08/2024 בשעה 20:37:16
בת 70

חבלה בגב ובירך
לדבריה נפילה באוטובוס בדרכה חזרה מהעבודה
הולכת בצליעה
קשה להעריך NV
רגישות מיד ליין
בצילום הנמכה של L2
מופנית למיון להשלמת סיטי

בביקור בתאריך 15/09/2024 בשעה 11:48:39
לפני כחודש ימים נפלה בתוך האוטובוס עקב עצירה פתאומית,
נפגעה בפלג גוף ימני.
מתלוננת על כאבים באגן מימין. כאבים במפשעה מימין.

14/08/2024

תאריך תאונת עבודה:

גורם משלם: 6 תאונת עבודה

ממצאים: בביקור בתאריך 15/09/2024 בשעה 11:48:39
רגישות פראורטברלית ע"ש מותני,
ROM מוגבל אנטלגית
טווחי תנועה מפרקי ירכיים שמורים,
לסג שלילי
ללא קיפוח עצבי

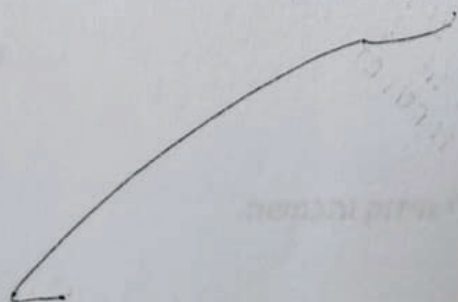
דיון ואבחנה מبدלת: בביקור בתאריך 15/09/2024 בשעה 11:48:39

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			CONTUSION

מכון פיזיותרפיה	בדיקות/הפניות	הערות
		14/03/2025 - בתוקף עד

המלצות למטופל:
- הליכה לפי יכולת/כאב
- משככי כאבים לפי הצורך
- פיזיותרפיה
- המשך מעקב אצל אורטופד לפי הצורך
מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך



גיל: 70.5

שם רופא/ת: דר' ינקו משה

תחום הטיפול: אורטופד

37298541

מספר ביקור:

תלונות: בביקור אורטופדים קודמים,
בתאריך 15/08/2024 בשעה 16:37:20

בת 70

חבלה בגב ובירך
לדבריה נפילה באוטובוס בדרכה חזרה מהעבודה
הולכת בצליעה
קשה להעריך NV
רגישות מיד ליין
בצילום הנמכה של L2
מופנית למיון להשלמת סיטי

בביקור בתאריך 15/09/2024 בשעה 11:48:39

לפני כחודש ימים נפלה בתוך האוטובוס עקב עצירה פתאומית,
נפגעה בפלג גוף ימני.

מתלוננת על כאבים באגן מימין, כאבים במפשעה מימין.

XXרקע

בביקור בתאריך 11/12/2024 בשעה 16:18:28

רפואי אנמיה, אוסטאופניה, גויסטר, אוסטאוארטריטיס,

ללא רגישות או אלרגיה תרופתית,

ללא כיבים פעילים במערכת העיכול.

מצינת כאבים בגב התחתון מימין ולעבר הירך הימנית כ-4 חודשים מאז נפלה באוטובוס

לדבריה, ללא חוסר עיצבי או רדיקולופטיה, ללא כאב מנוחה.

כעת תחת פיזיותרפיה,

14/08/2024

תאריך תאונת דרכים:

גורם משלם: 5 תאונת דרכים

ממצאים: בביקור בתאריך 15/09/2024 בשעה 11:48:39

רגישות פראוורטברלית ע"ש מותני,

ROM מוגבל אנטלגית

טווחי תנועה מפרקי ירכיים שמורים,

לסג שלילי

ללא קיפוח עצבי

בביקור בתאריך 11/12/2024 בשעה 16:18:28

במצב כללי טוב; ניוז איטי, זהיר אך שמור וסימטרי; מעברים (ישיבה/קימה) ללא איתור

חוסר עיצבי/תפקודי גס, בדיקת עמידה - ישיבה - קימה - טווחים, ב.מ.פ.

ניוז / הפעלות כפיפות ברך- דו'צ בעמידה, ניוז בהונות ועקבים 5/5 דו'צ.

בדיקת העמ'ש המותני, האגן/מפרקי הירכיים- בסריקה של ההליכה לגבי צליעה או הרפית

מומנט; "טרנדלנבורג" דו'צ. נשיאת משקל על כל מפרק; טווחים אקטיביים ופסיביים; פלקשן

קונטראקשן. SLJ. נזירולגיה של הגפיים התחתונות (מוטורית / סנסורית / SLR); כולל

הרקמות הרכות סביב המפרק לרבות המפשעה האינגואינלית; הגידים האדוקטוריים

והבורסה הטרונכנטרית- איתור של כאבים באזורי שרירי הגלואטאוסים מימין. כאב

מוסקולרי ללא הגעה לאזורי גרם / עצם, כאב גם על ה GT מימין כבורסיטיס טרוכנטרית,

ללא כאב ספינאלי / אקסיאלי

דיון ואבחנה מبدלת:

בביקור בתאריך 11/12/2024 בשעה 16:18:28

על פי המסתמן כעת, הכאב העיקרי נובע מתהליך דלקתי של הרקמות הרכות - לרבות

השרירים. כאב משמעותי מגירוי/לחץ עיצבי או ניוון/שחיקה של חוליות עמוד השדרה -

בסבירות משנית בלבד. הטיפול כולל שני שלבים. הראשון; מנוחה והמנעות ממאמצים

פיזיים עד לשיפור משמעותי בדלקת / כאב. ושלב שני- השתלבות בפעילות ספורט /



028143

מסמך אושר
דינסיית
מכבי

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-5304111

פקס: 03-5304103

כתובת: ירושלים 39 קרית אונן (קומה 3)

פרטי הנבדק:

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



0317636140

אישור מחלה

הנני לאשר כי הנ"ל חלה/תה, האבחנה מפורטת ברשומה הרפואית.

איננה מסוגלת לעבוד מיום: 12/12/2024 עד יום: 17/12/2024 סה"כ: 6 ימים.

11/12/2024

תאריך

חתימה וחוממת הרופא

-1

תאריך: 13/02/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר. גורם מפנה

העתק טופס
16/02/2025



0345023196



145313

מסמך אושר
דינטיס
מכבי

קוד הפניה: 420633645

כתובת: דרך דיין משה 3, יהוד-מונטון
(קומה 3)

הר. בנימין

אורתופדיה

מחיות:

מחיה כירורגיה אורתופדיה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 317636140

שם פרטי: סבטלנה

שם משפחה: אבדורכמנוב

טל. עבודה/נייד: 0547258983

טלפון: 036343883

מין: נ

30/06/1954

ת.לידה:

מיקוד 6035259

הורד 10/24, אור יהודה

כתובת:



0317636140

הפניה למכון דימות - C.T

רגישויות:

11/06/2009 - סס -

21/08/2017 - לא ידוע -

20/03/2019 - לא ידוע -

26/02/2020 - לא ידוע -

מעשנות: לא

קוד מבר	פרוטוקול ביצוע הבדיקה	בדיקה דרושה
L1039		CT עמוד השדרה גבי
L1039		CT עמוד שדרה מותני וסקרלי

שאלה לרדיולוג:

ביחור מבני גרמי / דיסקאלי

תאריך ביצוע	לפני	תוצאה	בדיקת מעבדה
16/06/2024	8 חודשים	0.59	Creatinine (B)
16/06/2024	8 חודשים	93	eGFR

שם הרופא: ד"ר פדידה בנימין

תאריך: 13/02/2025

תוקף ההפניה ל-270 יום, מתאריך 13/02/2025 עד תאריך 10/11/2025

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

תאריך: 29/01/2025

מכבי שירותי בריאות

פיזיותרפיה

זוהר דנה

פיזיותרפיה

מ.ר גורם מפנה



105518

התמחויות:

פיזיותרפיסטית

טלפון: 03-5630315

פקס: 073-2284247

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:

סיכום טיפול פיזיותרפיה

תאריך הפקד: 29/01/2025

לכבוד דר' ד"ר רגולין דמיטרי

317636140

ת"ז:

אבדורכמנוב סבטלנה

מ/ת

הופנה על ידך לפיזיותרפיה עקב: CONTUSION •

מטרות:

מטרות	תאריך יעד	סטטוס	תאריך יצירה
המטופלת תוכל לישון בצורה תקינה		הושלם	30/10/2024

טופל החל מ- 30/10/2024

מדדי תוצאה:

שם מדד	ציון בקבלה	ציון בביקור אחרון
מדידה תפקודית (בטווח של 0-100)	32	
רמת כאב (בטווח של 0 עד 10)	7	
Physical Fear Avoidance - פחד מחזרה לפעילות גופנית	נמוך	

סוג סדרה כללית/ אורטופדית

Therapeutic Exercises-

THERAPEUTIC EXERCISE

בטיפולים שכללו:

Modalities-

MODALITY ELECTRO FOR PAIN

Administrative and Others-

EVALUATION REASSESSMENT
EVALUATION INITIAL
EVALUATION TREATMENT TREATY

סה"כ 10 ביקורים

פיזיותרפיסט

גורם משחרר:

כ

יכולת חזרה לפעילות:

המטרות הושגו במלואן

השגת מטרות הטיפול:

התמדה בהגעה לטיפולים-מרובה

מידת שיתוף הפעולה:

התמדה בתרגול עצמי-מרובה

המטופלת מרגישה שיפור ניכר.

הערות:

חזרה לתפקוד מלא ותקין.

נרשמה לקאנטרי ועושה פעילות גופנית קבועה.

מטרות הטיפול הושגו.

דנה זוהר
פיזיותרפיסטית
מ.ר. 105518

תאריך: 13/02/2025

מ.ר גורם מפנה



0345023196



145313

קוד הפניה: 420633645

מסמך אושר
דינטיט
מכבי

מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
16/02/2025

ד"ר פדורה בנימין

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

כתובת: דרך דיין משה 3, יהוד-מונוסון
(קומה 3)

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		

הפניה למכון דימות - C.T

שם המכון:

אסותא-רמת החיל תל אביב

תלונות:

הפניה לייעוץ מתאריך: 18/08/2024

רופא מפנה: ד"ר פרסקי אולג

התמחות: משפחה

מטרת הפניה: חוות דעתך והמלצותיך להמשך בירור/טיפול. בתודה.
אבחנות: TRAUMA ACCIDENTAL

תלונות: בביקור בתאריך 15/08/2024 בשעה 20:32:10

בת 70

בריאה בד"כ

חבלת ראש - מדווחת כי מעדה.

ללא אובדן הכרה, חזרה לעצמה מיידי

בביקור בתאריך 18/08/2024 בשעה 18:15:18

נבדקה במיון שיבא, עברה סיטי אגן, ע"ש - ללא ממצא חריג

הומלץ על איזון כאב, מעקב אורתופדי

ממצאים: בביקור בתאריך 15/08/2024 בשעה 20:32:10

בדיקה נוירולוגית תקינה, ללא קשיון עורף

בביקור בתאריך 18/08/2024 בשעה 18:15:18

ללא חסר נוירולוגי, המטומה לא TENSE באמה יד ימין, ירך ימין

13/02/2025

מתלוננת על המשך כאבים

עובדת נקיון

ממצאים:

כאבים לא ספציפיים של הגב התחתון

רגישות דיפוזית של הירכיים במיוחד מימין

ברכיים / 5.0.130 ללא תפליט

לאל חסר כוח גס רגליים

SLR שליליים

אבחנה:

• PAIN GENERALIZED

בעיות ידועות:

- FAMILY HISTORY OF BREAST MALIGNANCY (+0)
- GOITER UNS (02/2020)
- OSTEOPENIA (05/2022)
- ANEMIA (08/2023)
- OSTEOARTHRITIS UNS (07/2021)
- NO DIAGNOSIS - MEDICAL/SURGICAL PROCEDURE
- COLONOSCOPY NORMAL (04/2017) 2017
- STRESS ECHOCARDIOGRAM NORMAL (01/2023)

תאריך: 15/09/2024

מכבי שירותי בריאות

ד"ר רגולין דמיטרי

כיורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כיורגיה אורתופדית

מ.ר גורם מפנה



112189

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

קוד הפניה: 396607877

טלפון: 03-5333248

פקס: 03-6344241

כתובת: בר לב חיים 10, אור יהודה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 317636140

שם פרטי: סבטלנה

שם משפחה: אבדורכמנוב

טל.עבודה/נייד: 0547258983

טלפון: 036343883

מין: נ

ת.לידה: 30/06/1954

ת.לידה:

מיקוד 6035259

הורד 10/24, אור יהודה

כתובת:



0317636140

מכון פיזיותרפיה

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 15/09/2024 עד תאריך - 14/03/2025

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

15/09/2024

חתימה וחותמת

תאריך

קביעת תור לטיפול ראשון - במוקד מכבי ללא הפסקה 3555. תורים לטיפול המשך ותור ראשון לטיפול בתחומים מיוחדים (לדוגמא- רצפת אגן, ניקוד לימפתי, טיפולי בית) יקבעו במכון הפיזיותרפיה. הטיפול כרוך בתשלום רבעוני, נא להגיע עם כרטיס מגנטי. במידה והינך משלם במזומן יש להסדיר את התשלום במזכירות הסניף טרם הגעה לטיפול.

תאריך: 13/02/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



0345023196



145313

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

העתק טופס
16/02/2025

ד"ר פדידה בנימין
כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

קוד הפניה: 420633912

כתובת: דרך דיין משה 3, יהוד-מונטון
(קומה 3)

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

מכון איזוטופים - SPECT מיפוי עצמות

תלונות: הפניה לייעוץ מתאריך: 18/08/2024

רופא מפנה: ד"ר פרסקי אולג

התמחות: משפחה

מטרת הפניה: חוות דעתך והמלצותיך להמשך בירור/טיפול. בתודה.

אבחנות: TRAUMA ACCIDENTAL

תלונות: בביקור בתאריך 15/08/2024 בשעה 20:32:10

בת 70

בריאה בד"כ

חבלת ראש - מדווחת כי מעדה.

ללא אובדן הכרה, חזרה לעצמה מידית

בביקור בתאריך 18/08/2024 בשעה 18:15:18

נבדקה במיון שיבא, עברה סיטי אגן, ע"ש - ללא ממצא חריג

הומלץ על איזון כאב, מעקב אורתופדי

ממצאים: בביקור בתאריך 15/08/2024 בשעה 20:32:10

בדיקה נירולוגית תקינה, ללא קשיון עורף

בביקור בתאריך 18/08/2024 בשעה 18:15:18

ללא חסר נירולוגי, המטומה לא TENSE באמה יד ימין, ירך ימין

13/02/2025

מתלוננת על המשך כאבים

עובדת נקיון

ממצאים: כאבים לא ספציפיים של הגב התחתון

רגישות דיפוזית של הירכיים במיוחד מימין

ברכיים / 5.0.130 ללא תפליט

לאל חסר כוח גס רגליים

SLR שליליים

• PAIN GENERALIZED

אבחנה:

• FAMILY HISTORY OF BREAST MALIGNANCY (+0)

• GOITER UNS (02/2020)

• OSTEOPENIA (05/2022)

• ANEMIA (08/2023)

• 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

הבדיקה הדרושה	קוד	פירוט
SPECT מיפוי עצמות	78320.00.00	

המכון לרפואה גרעינית

הנדון: אבדורכמנוב, סבטלנה, ת.ז: 317636140 תאריך לידה: 30/06/1954

דר' נכבד/ה,
הבדיקה בוצעה בתאריך: 25/02/2025

מיפוי עצם כל גופי, מבטים מכוונים לכפות הידיים, האמות והמרפקים וספקט של האגן ועמוד השדרה המותני:

חומר הזרקה: המטופל קיבל 27.00mCi של Tc99m MDP.

סיבת הפניה: הנבדקת מתלוננת על כאבים לא ספציפיים באזור הגב התחתון. קיימת רגישות באזור הירכיים, בעיקר מימין. מתארת גם כאב באזור הגפה הימנית העליונה ורושמת בשאלון שנחבלה בתאונת עבודה.

ממצאים: בבדיקה הפלגית - נראית קליטה סימטרית למדי במפרקי הכתף. נראית עקמת מותנית בולטת למדי קמורה לימין. קיימת חוסר סדירות בחוליות המותניות. קיים רושם של הדגשה קלה של חוליה L1. נראית קליטה תקינה בצלעות. הקליטה לאורך הגפיים העליונות נראית תקינה למעט הדגשה של חיבור CMC1 בכף היד השמאלית וכן הדגשה קלה של חיבור האולנה לשורשי כפות הידיים דו"צ. נראית קליטה תקינה בעצמות הירך. קיים רושם של הדגשה של הטרוכנטרים הגדולים דו"צ. הקליטה בעצמות הירך, הברכיים והשוקיים - תקינה. נראית הדגשה קלה של שורשי כפות הרגליים וספק הדגשה קלה של הברך מימין בהשוואה לשמאל.

בבדיקה הטומוגרפית של האגן ועמוד השדרה המותני (ספקט) - נראית עקמת מותנית, קמורה לימין. ניתן להתרשם מחוסר סדירות בקליטה ב-L1 והדגשה של אלמנטים אחוריים ב-L5-S1 מימין בחלק הקעור של העקמת. נראית קליטה תקינה ב-SIJ ובעצמות האגן. נראית הדגשה קלה של מפרק הפוביס. קיימת קליטה תקינה במפרקי הירכיים. נראית הדגשה דו"צ של הטרוכנטרים הגדולים, בולטת יותר משמאל. שאר השלד תקין.

סיכום: מיפוי העצם מדגים שינויים ניווניים וארטריטיים בשלד, כמתואר בסעיף הממצאים. המיפוי אינו תומך בממצאים אשר נובעים מחבלה גרמית חריפה. מיפוי עצם קודם בוצע ב-19.03.2023. במיפוי הקודם - נראו מספר קליטות מוקדיות בצלעות בבית החזה משמאל וגם מימין אשר נבעו קרוב לוודאי משבר קונסוזיה. ההדגשה הקלה של שורשי כפות הרגליים הייתה גם במיפוי הקודם.

טכנאי/ת: מיכאל קפלן

בברכה,
פרופ' הרדוף רות
מומחית לרפואה גרעינית
מ ר 10055

הוקלד על ידי: עינב גרוס סייגווקר
מסמך זה נחתם אלקטרונית

נבדק נכבד,

תאריך הדפסה: 27/02/2025 עמוד 1 מתוך 2

תעודת זהות: 317636140

תאריך: 13/02/2025

מ.ר גורם מפנה



0345023196



145313

קוד הפניה: 420633645

מסמך אושר
דינטיט
מכבי

מכבי שירותי בריאות

העתק טופס
16/02/2025

ד"ר פדורה בנימין

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

כתובת: דרך דיין משה 3, יהוד-מונוסון
(קומה 3)

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		

הפניה למכון דימות - C.T

שם המכון:

אסותא-רמת החיל תל אביב

תלונות:

הפניה לייעוץ מתאריך: 18/08/2024

רופא מפנה: ד"ר פרסקי אולג

התמחות: משפחה

מטרת הפניה: חוות דעתך והמלצותיך להמשך בירור/טיפול. בתודה.
אבחנות: TRAUMA ACCIDENTAL

תלונות: בביקור בתאריך 15/08/2024 בשעה 20:32:10

בת 70

בריאה בד"כ

חבלת ראש - מדווחת כי מעדה.

ללא אובדן הכרה, חזרה לעצמה מיידי

בביקור בתאריך 18/08/2024 בשעה 18:15:18

נבדקה במיון שיבא, עברה סיטי אגן, ע"ש - ללא ממצא חריג

הומלץ על איזון כאב, מעקב אורתופדי

ממצאים: בביקור בתאריך 15/08/2024 בשעה 20:32:10

בדיקה נוירולוגית תקינה, ללא קשיון עורף

בביקור בתאריך 18/08/2024 בשעה 18:15:18

ללא חסר נוירולוגי, המטומה לא TENSE באמה יד ימין, ירך ימין

13/02/2025

מתלוננת על המשך כאבים

עובדת נקיון

ממצאים:

כאבים לא ספציפיים של הגב התחתון

רגישות דיפוזית של הירכיים במיוחד מימין

ברכיים / 5.0.130 ללא תפליט

לאל חסר כוח גס רגליים

SLR שליליים

אבחנה:

• PAIN GENERALIZED

בעיות ידועות:

- FAMILY HISTORY OF BREAST MALIGNANCY (+0)
- GOITER UNS (02/2020)
- OSTEOPENIA (05/2022)
- ANEMIA (08/2023)
- OSTEOARTHRITIS UNS (07/2021)
- NO DIAGNOSIS - MEDICAL/SURGICAL PROCEDURE
- COLONOSCOPY NORMAL (04/2017) 2017
- STRESS ECHOCARDIOGRAM NORMAL (01/2023)

תאריך: 03/02/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



092913



ד"ר פרסקי אולג

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

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:

אישור מחלה

הנני לאשר כי הנ"ל חלה/תה, האבחנה מפורטת ברשומה הרפואית.

אינוה מסוגלת לעבוד מיום: 03/02/2025 עד יום: 09/02/2025 סה"כ: 7 ימים.

מסמך אושר דיגיטלית
מ.ר גורם מפנה
0547258983
מיקוד 6035259
מכבי

03/02/2025

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

תאריך: 13/02/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



0345023196



145313



העתק טופס
16/02/2025

ד"ר פדידה בנימין

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

קוד הפניה: 420633695

כתובת: דרך דיין משה 3, יהוד-מונטון
(קומה 3)

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

מכון רנטגן

קוד	הבדיקה הדרושה
2190	אגן ירכיים 2 צילומים (AP+FROG)
3563	שתי ברכיים 4 מנחים SKY VIEW TUNNEL VIEW LAT Ap

שאלה למבצע הבדיקה: בירור מבני גרמי

דחיפות הפענוח: רגיל

תלונות:

הפניה לייעוץ מתאריך: 18/08/2024

רופא מפנה: ד"ר פרסקי אולג

התמחות: משפחה

מטרת הפניה: חוות דעתך והמלצותיך להמשך בירור/טיפול. בתודה.

אבחנות: TRAUMA ACCIDENTAL

תלונות: בביקור בתאריך 15/08/2024 בשעה 20:32:10

בת 70

בריאה בד"כ

חבלת ראש - מדווחת כי מעדה.

ללא אובדן הכרה, חזרה לעצמה מיידי

בביקור בתאריך 18/08/2024 בשעה 18:15:18

נבדיקה במיון שיבא, עברה סיטי אגן, ע"ש - ללא ממצא חריג

הומלץ על איזון כאב, מעקב אורתופדי

ממצאים: בביקור בתאריך 15/08/2024 בשעה 20:32:10

בדיקה נירולוגית תקינה, ללא קשיון עורף

בביקור בתאריך 18/08/2024 בשעה 18:15:18

ללא חסר נירולוגי, המטומה לא TENSE באמה יד ימין, ירך ימין

13/02/2025

מתלוננת על המשך כאבים

עובדת נקיון

ממצאים:

כאבים לא ספציפיים של הגב התחתון

רגישות דיפוזית של הירכיים במיוחד מימין

ברכיים / 5.0.130 ללא תפליט

לא חסר כוח גס רגליים

SLR שליליים

• PAIN GENERALIZED

אבחנה:

• FAMILY HISTORY OF BREAST MALIGNANCY (+0)

• GOITER UNS (02/2020)

• OSTEOPENIA (05/2022)

• ANEMIA (08/2023)

• OSTEOARTHRITIS UNS (07/2021)

• NO DIAGNOSIS - MEDICAL/SURGICAL PROCEDURE

• COLONOSCOPY NORMAL (04/2017) 2017

• STRESS ECHOCARDIOGRAM NORMAL (01/2023)

בעיות ידועות:

לא

מעשנת:

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך 13/02/2025 עד תאריך 12/08/2025

תאריך: 13/02/2025

מ.ר גורם מפנה



0345023196



145313

קוד הפניה: 420633695

מסמך אוטורי
דיגיטלי
מכבי

מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
16/02/2025

כתובת: דרך דיין משה 3, יהוד-מונוסון
(קומה 3)

החלקה אורתופדית

פרטי הנבדק:

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



0317636140

מכון רנטגן

13/02/2025

תאריך

חתימה וחותמת

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: 12/03/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר. גורם מפנה



ד"ר פרסקי אולג

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

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

טלפון: 036343883

מין: נ

ת.לידה: 30/06/1954



מיקוד 6035259

הורד 10/24, אור יהודה

כתובת:

0317636140

אישור מחלה

הנני לאשר כי הנ"ל חלה/תה, האבחנה מפורטת ברשומה הרפואית.

סה"כ: 6 ימים.

17/03/2025

עד יום:

12/03/2025

אינו/ה מסוגל/ת לעבוד מיום:

12/03/2025

תאריך

ד"ר פרסקי אולג
מומחה ברפואה פנימית
מ.ר. תתימה וחותמת הרופא
30592

מכון CT

הנדון: אבדורכמנוב, סבטלנה, ת.ז: 317636140 תאריך לידה: 30/06/1954

דר' נכבד/ה,
הבדיקה בוצעה בתאריך: 28/04/2025

בוצע CT של ע"ש גבי + מותני

ברקע - בת 70 מתלוננת על כאבים לא ספציפים של גב תחתון.
אין בידי בדיקה קודמת להשוואה.

מצאים:

עמדה קיפוטית תקינה של עמ"ש גבי. העמדה הלורדוטית של עמש מותני שמורה. סקוליוזיס עם קמירות לימין ששיאה בחוליה L2.
ללא הדגמת ממצא חריג בשלד. ללא שבר או דילוקציה.
ללא הדגמת ממצא חריג בחלל התעלה. ללא מסה או תפיחות פרוורטברלית.
D12-L1: בקע דעסקחע פרמדיאני לשמאל גורם להצרות קלה של התעלה הספינלית.
L1-L2: הנמכה של המרווח הבין חוליתי עם בלט דיסק אוסטאופיט שגורם להצרות קלה של התעלה הספינלית.
L2-L3: הנמכה של המרווח הבין חוליתי, בלט דיסק היקפי גורם להצרות מינימלית של השק הדורלי.
L3-L4: הנמכה של המרווח הבין חוליתי ואפקט ווקוס, בלט דיסק היקפי, היפרטרופיה פצטרית גורמים להצרות בינונית של התעלה הספינלית. הצרות בינונית של הפורמיה מימין.
L4-L5: בלט דיסק היקפי, עיבוי של הליגמנטום פלבום, גורם להצרות קלה של התעלה הספינלית. הצרות קשה של הפורמיה מימין והצרות בינונית של הפורמיה משמאל.
מפרקי ה-SIJ - בלי ממצא פתולוגי.

לסיכום:

שינויים כיווניים ודיסקוגנים בעיקר בעמ"ש מותני, המשמעותי יותר בגובה L3-4 עם הצרות בינונית של התעלה הספינלית והצרות של הפורמיות דו"צ וכמתואר.

בברכה,
ד"ר בלום איתי

מ ר 127111

מסמך זה נחתם אלקטרונית

נבדק נכבד,

קריאת המידע הרפואי המצורף ללא ליווי של הרופא המטפל עלולה לגרום להבנת הכתוב באופן שגוי או חלקי. אנא פנה/י לרופא המטפל אשר יסביר לך את משמעות תוצאות הבדיקה.

במידת הצורך, בירורים ושאלות בנוגע לפענוח יופנו לרופא הרדיולוג באסותא, על ידי הרופא המפנה בלבד.

בכל נושא אחר,

אנא פנה למוקד אסותא בטלפון 03-7644444

רופא נכבד,

רופאי מכון הדימות באסותא עומדים לשירותך בכל הנוגע לפענוח זה בטלפון 03-7645272 בימים א'-ה' בין השעות 08:00-17:00: כמו כן ניתן לפנות באמצעות:

דוא"ל DimutCenter@assuta.co.il

פקס 03-7645229

המענה ינתן לפניות של רופאים בלבד!

מסמך זה נחתם אלקטרונית

רופאי מכבי יכולים לצפות בצילומים בקליקס ע"י בחירה ב מכו"ב צפיה בצילומי רנטגן בתפריט העליון

מתוך 2

עמוד 1

תאריך הדפסה: 08/05/2025

תעודת זהות: 317636140

תאריך: 12/05/2025

מ.ר. גורם מפנה



034022

מסמך אושר
דינטיית
מנבי

טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2284246

כתובת: אופירה 1, אור יהודה

פרטי הנבדק:

שם משפחה: אבדורכמנוב

שם פרטי: סבטלנה

ת.ז.: 317636140

טל. עבודה/נייד: 0547258983

מיקוד 6035259

036343883

טלפון:

מין: נ

ת.לידה: 30/06/1954

הורד 10/24, אור יהודה

כתובת:



0317636140

אישור רפואי

תלונות:

נפגעה בתאונת עבודה ב-14.08.2024
 לוקחת ROKACET PLUS, OPTALGIN צורך עקב כאב מאז תאונה
 בקשה לאישור ל- ROKACET PLUS, OPTALGIN

אבחנות:

• BACK PAIN

בעיות ידועות:

- FAMILY HISTORY OF BREAST MALIGNANCY (+0)
- GOITER UNS (02/2020)
- OSTEOPENIA (05/2022)
- ANEMIA (08/2023)
- 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 -

הנתונים אשר באישור זה מבוססים על הרישומים שבכרטיס הרפואי, על שמו של הנ"ל במרפאה. רישומים אלה בחלקם מידע שנמסר לרופא המטפל על ידי החולה ובחלקן תוצאות של בדיקות שנעשו על ידי רופאים. קופת חולים, רופאיה ועובדיה האחרים אינם אחראים לאמיתות העובדות שנרשמו לפנינו / או מפי הוריו או אפוסטרופוסיו של הנער/ה שעליו ניתן האישור הזה לפני או בעת הגשת הטיפול הרפואי, או הבדיקה הרפואית ע"י הרופא. כן אין הם אחראים אם ביקור או טיפול או בדיקה מסויימת לא מצאו את ביטויים ברישומים שבכרטיס הרפואי הנ"ל.

12/05/2025

תאריך

חתימה נחותמת הרג
 3402
 12/05/2025