



המרכז
הרפואי
שמיר



המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא) צריפין, 035001
מסונף לבקולטה לרפואה, אוניברסיטת ת"א
Shamir Medical Center (Assaf Harefeh) Zerifin, 7033001
affiliated to The Faculty of Medicine, Tel-Aviv University
www.shamir.org

לבירור תוצאות בדיקות וקביעת תורים-
היכנסו לפורטל שמיר אישי



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

סודי רפואי

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

שם משפחה: בן משה	שם פרטי: לירן
כתובת: ההתיישבות 6 ראשון לציון 7583154	טלפון: 052-8777876
ת. לידה: 01/03/2002 גיל: 22	זמן קבלה: 16:03 12/09/2024
ת. זהות: 212437511 מין: זכר	זמן פתיחת גיליון: 16:07 12/09/2024
מצב משפחתי: רווק/ה 0	זמן שחרור: 18:32 12/09/2024
שם האב: אשרי חיים שם האם:	
קופ"ח מכבי	
מספר מקרה: 12259438	

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה

החלטה רפואית: **שחרור**

אבחנות במלרד						
אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	MP/Rec
אבחנה	847.0			✓		
Whiplash injury						

לא ידועה רגישות לתרופות
לא ידועה רגישות לחומרים

סיבת פנייה

סיבה עיקרית: **תאונת דרכים**

בדיקת רופא ראשונית

בן 22, בריא ללא טיפול או רגישויות

היום היה בתאונת דרכים, נהג חגור
נפגע ע"י משאית בדלת משמאל, בדרך לעבודה
לאחר מכן במהלך יום העבודה החמרה בכאבי הגב. מרגיש הרדמויות רגל שמאל.
ללא אובדן שליטה על סוגרים. ללא רקע ניתוחי

בדיקתו -

מתהלך בגרירה של רגל שמאל
רגישות בגב משמאל, ללא ליסט
תחושה ירודה בשוק משמאל לטרלית, ללא רדימות אוקף,
כוח מוטורי לפי ASIA L2-S1 שמור בכלל התחנות, החזרים שמורים

בצילומים - ללא ממצא חריף
לסיכום - תאונת דרכים במנגנון "הצלפת שוט" ללא ממצא חריף
הוסבר לחולה על האבחנה ועל המשך הטיפול

סודי רפואי
המשך מכתב: 212437511 לירן בן משה

המלצות:
 -מנוחה יומיים
 -שיכון כאב לפי הצורך עם אקמול או אופטלגין 1ג' עד 3 פעמים ביום לפי הצורך
 -בהחמרה בכאב, חסר תחושת או מוטורי או כל החמרה אחרת, יש לפנות לרופא
 -קומפרסים חמים לאזורי הכאבים
 -המשך מעקב רופא מטפל
 -בהמשכות הכאב מעל לשבוע יש לפנות לאורתופד בקופ"ח.

טיפול תרופתי במלרד

תרופה	תדמון מהוראה	תאריך ושעה	צורת מינון ומינון
OPTALGIN DRP 500MG/1ML 10ML DRP 1000 mg	Once	16:16 12/09/2024 נחמני תומר מ.ר. 237136	DRP 1000 mg PO

מדדים אחרונים

BP	P	SAT
150/84	96	98

חתימת רופא

זמן חתימה	תפקיד	שם החותם
12/09/2024 18:32	רופא/ה מורשה/ת שחרור	ד"ר מיצניק אילן מ.ר. 145734

הודפס בתאריך: 08/05/2025 12:14
הודפס ע"י: ד"ר לייבמן ויאולט
רישום מתאריך: 21/09/2024 18:43:16

דף 1

רישום ביקורים
בן משה לירן; ת.ז.: 212437511; גיל: 23.2

גיל: 22.6 מספר ביקור: 00288989676

שם רופא/ה: ד"ר פילונבסקי קלמן תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית מוקד רפואה דחופה

סיבת הפניה: כאבי גב תחתון עם הקרנה לרגל שמאל מזה שבוע ימים לאחר שהיה מעורב בתאונת דרכים, נבדק במיון ללא ממצא. כעת החמרה ברמת הכאב, הגבלה בתנועה, ללא הפרעה במתן שתן

מדידות אחות

שעה	חום	משקל	דופק	לחץ דם	מס' נשימות	סטורציה %
18:40	36.6 P.O	76		128/71		

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: רגיושת ב איזור L4-5 תחושה שמורה כוח גם 5/5 ללא חסור נירולוגי SLR משאל עד 60 מימין ללא הגבלה

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
LOW BACK PAIN			

הערות	בדיקות/הפניות
20/03/2025 - בתוקף עד	אחות: זריקה תוך שרירית IM

תדירות	מינון	Rp <Days>	אופן השימוש
ARCOXIA 90MG X 14	1 tab X 1 - 1 op	1 <7>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (ביקר 1 טבליה) לתקופה של 7 ימים.

המלצות למטופל: 1 מעקב רופא מטפל
2 מעקב אורטופד

סוג האישור	קוד	מתאריך	עד תאריך
מכתב שחרור	C00033		

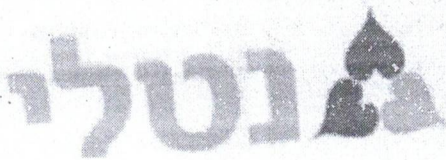
מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

מכתב שחרור כן

10140903

סיכום טיפול - ביקור בית



שם הרופא: סנדוקה לואי מ.ר. 1-177125
מס' קריאה: 40252028

תאריך ושעת הגעה: 16/03/2025 15:26
תאריך ושעת סיום: 16/03/2025 15:30

מס' זיהוי: 212437511
כתובת: ההתיישבות 6, ראשון לציון, ראשון לציון

שם נבדק: בן משה לירן-23
טלפון: 0509582366

גיל: 0
מין:

פרטים רפואיים

תלונות המטופל: בן 23, בריא בד"כ, מאתמול סובל מכאבי גב תחתון מקרין לרגליים, מוגבל בתנועה ללא סיפור של נפילה או חבלה ללא תלונות נוספות

רגישויות ידועות:

תרופות קבועות ידועות:

בדיקה גופנית

דופק:	76	לחץ דם:	132/65	מס' נשימות:	15	חום:	36.6	דרגת כאב:	05
סטורציה:	98	מצב כללי:	תקין	הכרה:	הכרה מלאה	לב:	סדירים	סימני בד:	לא
קולות נשימה:	ב.מ.פ	אישונים:	לא נבדק	אוזניים:	לא נבדק	לוע:	לא נבדק	בטן:	לא נבדק
קשיון עורה:	לא נבדק	פריחה:	לא נבדק	רפלקסים:	לא נבדק	סוכר בדם:	לא נבדק		
כבד:	לא נבדק								
שתן (סטיק):									

סיכום

אבחנות רפואיות: low back pain

המלצות: עירני וחיוני נינוח נשימתית ללא סימני מצוקה נשימתית, גב ללא ממצא חריג, מבהן תרמת רגליים חיובי דו"צ, ללא חוסר נוירולוגי, קיבל זריקת אבטרין, המשיך מעקב רופא מטפל, בדיקת אורתופד, בכל מצב של החמרה יש לפנות לטיפול רופאי זמן.

מענה ECG:

הפניה להמשך טיפול: רופא הקופ"ח

השתתפות עצמית: 23

מס' מגוי: 267630

*בחתמתי זו הנני מאשר שחשבוני יחויב באמצעי התשלום הפעיל במערכת *יש לפנות להמשך מעקב אצל הרופא המטפל בהקדם האפשרי.

*במידה ויש החמרה יש להגיע למיון ללא דיחוי *הפניה למיון תקפה לזמן הבדיקה בלבד.

*הנני מאשר כי על אף שהוסבר לי מצבי הרפואי על ידי הרופא המטפל וכי עלי לקבל את הטיפול המוצע, ולאחר שהבנתי את החשיבות ואת ההשלכות לרבות את הסכנה הנשקפת לבריאותי ולחיי, הנני מסרב לקבל טיפול רפואי מוצע ו/או להתפנות לבית החולים באופן מיידי.

חתימת הרופא

בקשה לדימות

סוג הבדיקה: C.T

תאריך פתיחת הבקשה:

08/05/2025

פועל הבקשה: ד"ר דקל אסף

נבחר יעוץ: ללא

מספר פניה: 1-

פרטי הרופא

ת.ז. רופא: 23624547

שם הרופא: ד"ר דקל אסף

מקצוע: אורתופדיה

מס' רשיון: 031981

טלפון: 050-6267970

פרטי הפניה

מקור הבקשה: הפניה מרופא

תלונות:

כאבי גב תחתון 8 חודשים

בשינה

הגבלה בטווח

מקרין לרגליים בעיקר לשמאל

סימנים רדיקולריים ללא סימני מתיחה חיובי

ללא חסר מוטורי

מעט נימול בפיזור L4-S1

אבחנה:

• LOW BACK PAIN

בעיות פעילות:

• TOBACCO USE DISORDER (27/08/2023)

רגישויות:

27/12/2018 - לא ידוע -

creatinine: 0.91

תאריך: 03/11/2020

eGFR: 122

תאריך: 03/11/2020

שאלה לרדיולוג/פרוטוקול ביצוע הבדיקה:

בלט דיסק ?

תשובת מרכז דימות

הבדיקה הדרושה	סטטוס	תאריך	כמות
CT עמוד שדרה מותני וסקרלי	פטור		1

התחייבות: 250550111

מומלץ:

סטטוס

(לכל הבדיקות)

בית חולים: אסותא-רמת החיל תל אביב

מכון: (C.T) טומוגרפיה ממוחשבת

רחוב ומספר: 20 הברזל

ד"ר דקל אסף
אורתופד כירורג
מ.ר. 1981 מ.ר.מ. 25462

ד"ר דקל אסף
כירורגיה אורתופדית
התמחויות:
מומחה כירורגיה אורתופדית

מכבי שירות

טלפון: 0
פקס: 2
כתובת: ה

פרטי הנבדק:

שם משפחה: בן משה

ת. לידה: 01/03/2002

מין: ז

כתובת: ההתיישבות 6/31, ראשון לצ



0212437511

בן משה
לירן

ת. קבלה: 11/06/25

ת. לידה: 01/03/02

קופח מכבי סל

עש מוחני-CT

נבדק:



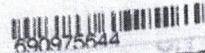
212437511

11/06/25

גיל: 23.2

עש מוחני-CT

רופא:



690975644

הפניה למכון דינ

שם המכון:

אסותא-רמת החיל תל אביב

תלונות:

כאבי גב תחתון 8 חודשים

בשינה

הגבלה בטווח

מקרין לרגליים בעיקר לשמאל

סימנים רדיקולריים ללא סימני מתיחה חיוכי

ללא חסר מוטורי

מעט נימול בפיזור L4-S1

אבחנה:

בעיות ידועות:

• LOW BACK PAIN

• TOBACCO USE DISORDER (27/08/2023)

רגישויות:

27/12/2018 - לא ידוע -

מעשנות: כן

בדיקה דרושה

CT עמוד שדרה מוחני וסקרלי

קוד מב"ר

L1039

פרוטוקול ביצוע הבדיקה

שאלה לרדיולוג:

בלט דיסק?

בדיקת מעבדה	תוצאה	לפני	תאריך ביצוע
Creatinine (B)	0.91	4.6 שנים	03/11/2020
eGFR	122	4.6 שנים	03/11/2020

תאריך: 08/05/2025

שם הרופא: ד"ר דקל אסף

תוקף ההפניה ל-270 יום, מתאריך - 08/05/2025 עד תאריך - 02/02/2026

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

תאריך: 11/05/2025

מכבי שירותי בריאות

ד"ר דקל אסף

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

מ.ר גורם מפנה



031981

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

קוד הפניה: 433778857

טלפון: 050-6267970

פקס: 076-8893162

כתובת: הנצח 3, רמת השרון

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 212437511

שם פרטי: לירן

שם משפחה: בן משה

טל.עבודה/צייד: 0528777876

טלפון: 0509582366

מין: ז

ת.לידה: 01/03/2002



0212437511

מיקוד 7583154

כתובת: ההתיישבות 6/31, ראשון לציון

התייעצות מומחה

- במכבי

אורתופדיה - עמוד שדרה

תחום שירות:

בביקור בתאריך 08/05/2025 בשעה 17:08:20

כאבי גב תחתון 8 חודשים

בשינה

הגבלה בטווח

מקרין לרגלים בעיקר לשמאל

סימנים רדיקולריים ללא סימני מתיתת חיוכי

ללא חסר מוטורי

מעט נימול בפיזור L4-S1

בביקור בתאריך 11/05/2025 בשעה 15:12:43

ממצאים: בביקור בתאריך 11/05/2025 בשעה 15:12:43

CT בלט משמעותי L4-5

למומחה עש

לשקול טיפול

דין ואבחנה מبدלת: בביקור בתאריך 11/05/2025 בשעה 15:12:43

אבחנות:

• LOW BACK PAIN

מעשנת: כן

• TOBACCO USE DISORDER (27/08/2023)

בעיות ידועות:

רגישויות: 27/12/2018 - לא ידוע -

מטרת ההפניה: טיפול

"נא להצטייד בכרטיס מגנטי"

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

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

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך 11/05/2025 עד תאריך 07/11/2025

11/05/2025

חתימה וחותמת

תאריך