



0003984911



017455

קוד הפניה: 182095844

מכבי שירותי בריאות

העתק טופס

08/06/2025

דר' דנציגר א.

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 02-9935900

פקס: 073-2132682

כתובת: שד החושן 3, מבשרת ציון

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 302561188

שם פרטי: יהונתן

שם משפחה: רום

טל.עבודה/נייד: 0547855565

0547855565

טלפון:

מין: ז

ת.לידה: 22/07/1990

מיקוד 9081502

כתובת: , בית זית



0302561188

מכון פיזיותרפיה

גורם משלם: 6 תאונת עבודה

תלונות: בן 30 ר, רמת מוצא, מלגזן במפעל ארחה - מודיעין
ברקע: בריא בד"כ, ללא י.ל.ד, ללא סכרת, ללא היפרליפידמיה, ללא כיב דאודני, ללא הפרעה בתפקודי כליות.

לאחר ת.ע. 07.06.2020 - חבלת קרסול שמאל

במהלך העבודה נפל עליו משטח ברזל,

בצילום שבר קטן בפטישון המדיאלי ללא תזוזה משמעותית.

במיון שע"צ הונח בגבס סירקולרי. צילום ביקורת עמדה טובה של השבר.

מטופל בגבס - הורדתו

ממצאים: רגישות, נפיחות והגבלת תנועה.

טנזו

בהמשך AIR CAST

• FRACTURE ANKLE MEDIAL MALLEOLUS CLOSED Left Acute

אבחנה:

• FRACTURE ANKLE MEDIAL MALLEOLUS CLOSED Left (07/2020)

• TOBACCO USE DISORDER (30/11/2010)

• WORK ACCIDENT (07/2020)

בעיות ידועות:

רגישויות: - ASPIRIN/NSAIDS - 03/06/2018

רגישויות לתרופות: נפיחות - ASPIRIN/NSAIDS - 08/09/2016

מעשנת: כן

סיבת ההפניה: יעוץ וטיפול

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 05/08/2020 עד תאריך - 01/02/2021

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

05/08/2020

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.

העתק טופס

ד"ר דנציגר א.

08/06/2025

מומחה כירורגיה אורתופדית

מס' רשיון: 17455

כתובת: שד החושן 3, מבשרת ציון

טלפון: 02-9935900

תעודה רפואית נוספת לפגיעה בעבודה

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	מס' זיהוי	שכיר
רום	יהונתן	דוד	302561188	
ישוב	רחוב	מס'	מיקוד	שנת לידה
בית זית			9081502	1990
טלפון	שם המעביד וכתובתו			
0547855565	טלפון 0547855565			

תוצאות הבדיקה:

רגישות, נפיחות והגבלת תנועה.

טנזו

בהמשך AIR CAST

אני מאשר שהנפגע הנ"ל סובל מ:

• FRACTURE ANKLE MEDIAL MALLEOLUS CLOSED Left Acute

והוא אינו מסוגל עדיין לעסוק בעבודתו או בעבודה מתאימה אחרת.

אי כושר זה הוא, לפי דעתי, תוצאה ישירה מהפגיעה שקרתה, לפי דברי הנפגע הנ"ל,

ביום: 07/06/2020

דעתי היא, שאי כושר זה ימשך עוד, לפחות: 32 ימים, היינו מיום: 07/08/2020

עד יום: 07/09/2020 (בכלל).

05/08/2020

חתימה וחותמת הרופא

תאריך הבדיקה

העתק טופס

ד"ר פרלובאלה

08/06/2025

רופא/ה כללי/ת

מס' רשיון: 25277

כתובת: דרך קדם 5, מעלה אדומים

טלפון: 02-5913200

תעודה רפואית נוספת לפגיעה בעבודה

שם משפחה רום	שם פרטי יהונתן	שם האב דוד	מס' זיהוי 302561188	שכיר
ישוב בית זית	רחוב	מס'	מיקוד 9081502	שנת לידה 1990
שם המעביד וכתובתו גולדן גיוב		טלפון 0547855565		

תוצאות הבדיקה:

תקינה

אני מאשר שהנפגע הנ"ל סובל מ:

- SCREENING TEST UNS
- FRACTURE ANKLE BIMALLEOLAR CLOSED

והוא אינו מסוגל עדיין לעסוק בעבודתו או בעבודה מתאימה אחרת.

אי כושר זה הוא, לפי דעתי, תוצאה ישירה מהפגיעה שקרתה, לפי דברי הנפגע הנ"ל,

ביום: 07/06/2020

דעתי היא, שאי כושר זה ימשך עוד, לפחות: 45 ימים, היינו מיום: 08/09/2020

עד יום: 22/10/2020 (בכלל).

הערות ופרטים נוספים: עדיין כאבים והבלה בתנועה ובתיפקוד

13/09/2020

חתימה וחותמת הרופא

תאריך הבדיקה



025277

קוד הפניה: 186932088

מכבי שירותי בריאות

העתק טופס

08/06/2025

ד"ר פרלוב אלה

משפחה, פנימית וכללית

טלפון: 02-5913200

פקס: 073-2132690

כתובת: דרך קדם 5, מעלה אדומים (קניון אדומים, קומה 3)

פרטי הנבדק:

שם משפחה: רום

שם פרטי: יהונתן

ת.ז.: 302561188

טל.עבודה/נייד: 0547855565

טלפון: 0547855565

מין: ז

ת.לידה: 22/07/1990

מיקוד 9081502

כתובת: , בית זית



0302561188

התייעצות מומחה

- במכבי

אורולוגיה

תחום שירות:

סוג הייעוץ: רגיל

תלונות: חולשה

ממצאים: תקינה

אבחנה:

- SCREENING TEST UNS
- SEXUAL DYSFUNCTION NOS
- POST TRAUMATIC STRESS DISORDER
- FRACTURE ANKLE BIMALLEOLAR CLOSED

מעשנת/ כן

בעיות ידועות:

- FRACTURE ANKLE MEDIAL MALLEOLUS CLOSED Left (07/2020)
- TOBACCO USE DISORDER (30/11/2010)
- WORK ACCIDENT (07/2020)

רגישויות: - ASPIRIN/NSAIDS - 03/06/2018

רגישויות לתרופות: נפיחות - ASPIRIN/NSAIDS - 08/09/2016

מטרת ההפניה: הערכה וטיפול וטיפול

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

13/09/2020

חתימה וחותמת הרופא

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

תאריך

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

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 13/09/2020 עד תאריך - 12/03/2021

תאריך הדפסה: 13/09/2020

מ.ר גורם מפנה



025277

קוד הפניה: 186930864

מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

ד"ר פרלוב אלה
משפחה, פנימית וכללית

טלפון: 02-5913200

פקס: 073-2132690

כתובת: דרך קדם 5, מעלה אדומים (קניון אדומים, קומה 3)

פרטי הנבדק:	שם משפחה: רום	שם פרטי: יהונתן	ת.ז.: 302561188
ת.לידה: 22/07/1990	מין: ז	טלפון: 0547855565	טל.עבודה/נייד: 0547855565
כתובת: בית זית		מיקוד: 9081502	

0302561188

התייעצות מומחה

- במכבי

פסיכולוגיה

תחום שירות:

סוג הייעוץ: רגיל

תלונות: חולשה

ממצאים: תקינה

אבחנה:

- SCREENING TEST UNS
- POST TRAUMATIC STRESS DISORDER
- FRACTURE ANKLE BIMALLEOLAR CLOSED

מעשנת: כן

בעיות ידועות:

- FRACTURE ANKLE MEDIAL MALLEOLUS CLOSED Left (07/2020)
- TOBACCO USE DISORDER (30/11/2010)
- WORK ACCIDENT (07/2020)

רגישויות: 03/06/2018 - ASPIRIN/NSAIDS

רגישויות לתרופות: נפיחות - 08/09/2016 - ASPIRIN/NSAIDS

מטרת ההפניה: הערכה וטיפול

13/09/2020

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

חתימה וחותמת הרופא

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

תאריך

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

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 13/09/2020 עד תאריך - 12/03/2021

תאריך הדפסה: 13/09/2020

מ.ר גורם מפנה



025277

קוד הפניה: 186930122

מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

ד"ר פרלוב אלה
משפחה, פנימית וכללית

טלפון: 02-5913200

פקס: 073-2132690

כתובת: דרך קדם 5, מעלה אדומים (קניון אדומים, קומה 3)

פרטי הנבדק:	שם משפחה: רום	שם פרטי: יהונתן	ת.ז.: 302561188
ת.לידה: 22/07/1990	מין: ז	טלפון: 0547855565	טל.עבודה/נייד: 0547855565
כתובת: בית זית,	מיקוד: 9081502		
0302561188			

דף מידע לבדיקות

ההפניה לבדיקות שהומלצו ממתינה בשירות המעבדה בכל סניפי מכבי.

להלן הבדיקות שהומלצו ע"י הרופא אנא פעל בהתאם להנחיות:

Urine General - 01000

URINE CULTURE - 07085

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

צום לפני הבדיקה: לביצוע הבדיקות בהפנייה זו אין צורך בצום

הנחיות נוספות: אין לבצע בזמן נטילת אנטיביוטיקה אלא לפי הנחית הרופא.
יש לאסוף דגימת שתן מאמצע הזרם לכלי סטרילי הניתן במעבדה או במרפאת הרופא.
יש למסור את דגימת השתן תוך שעתיים למעבדה בסניף.
יש לנקות היטב את אזור מתן השתן לפני מתן הדגימה.
מומלץ שתן ראשון של הבוקר.

בלקחת דם ורידי לתינוקות עד גיל שנה יש לקבוע תור בטלפון *3555

בערבי חג שירותי המעבדה במרכז הרפואי סגורים.

לבדיקות דחופות: IVF, בילירובין ילודים (נאונאטל), INR למטופלי קומדין וספירת דם יש לפנות למוקדי רפואה דחופה שבסניפי מכבי בין השעות: 7:00-8:30

לעיתים תתבצענה בדיקות נוספות ביזמת המעבדה.

תוקף ההמלצה ל 90 יום, מתאריך 13/09/2020 עד תאריך 12/12/2020.

לקבלת סיסמה אנא פנה לסניף.

את תוצאות הבדיקות ניתן לראות גם בכתובת WWW.MACCABI-HEALTH.CO.IL,



025277

קוד הפניה: 186929712

מכבי שירותי בריאות

העתק טופס

08/06/2025

ד"ר פרלוב אלה

משפחה, פנימית וכללית

טלפון: 02-5913200

פקס: 073-2132690

כתובת: דרך קדם 5, מעלה אדומים (קניון אדומים, קומה 3)

פרטי הנבדק:	שם משפחה: רום	שם פרטי: יהונתן	ת.ז.: 302561188
ת.לידה: 22/07/1990	מין: ז	טלפון: 0547855565	טל.עבודה/נייד: 0547855565
כתובת: , בית זית		מיקוד 9081502	
0302561188			

דף מידע לבדיקות**ההפניה לבדיקות שהומלצו ממתינה בשירות המעבדה בכל סניפי מכבי.**

להלן הבדיקות שהומלצו ע"י הרופא אנא פעל בהתאם להנחיות:

Testosterone Total - 04402
HIV-Ab - 06702
TSH - 04443

Syphilis Ab - 06593
STD Panel Asymptomatic - 07797
CBC (BLOOD COUNT) - 05022

**** נא להצטייד בכרטיס מגנטי ****

צום לפני הבדיקה: לביצוע הבדיקות בהפנייה זו אין צורך בצום

הנחיות נוספות: יש לאסוף את הדגימה מיד עם תחילת הזרם הראשון של השתן.
שתן ראשון של הבוקר; או שתן שני בהפרש של שתיים לפחות ממתן השתן הראשון.
תתבקש הצגת תעודת זהות בעת ביצוע בדיקה זו

בלקחת דם ורידי לתינוקות עד גיל שנה יש לקבוע תור בטלפון *3555

בערבי חג שירותי המעבדה במרכז הרפואי סגורים.

לבדיקות דחופות: IVF, בילירובין ילודים (נאונאטל), INR למטופלי קומדין וספירת דם יש לפנות למוקדי רפואה דחופה שבסניפי מכבי בין השעות: 7:00-8:30

לעיתים תתבצענה בדיקות נוספות ביזמת המעבדה.

תוקף ההמלצה ל 90 יום, מתאריך 13/09/2020 עד תאריך 12/12/2020.

לקבלת סיסמה אנא פנה לסניף.

את תוצאות הבדיקות ניתן לראות גם בכתובת WWW.MACCABI-HEALTH.CO.IL



025277

קוד הפניה: 198453273

מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

ד"ר פרלוב אלה
משפחה, פנימית וכללית

טלפון: 02-5913200

פקס: 073-2132690

כתובת: דרך קדם 5, מעלה אדומים (קניון אדומים, קומה 3)

פרטי הנבדק:	שם משפחה: רום	שם פרטי: יהונתן	ת.ז.: 302561188
ת.לידה: 22/07/1990	מין: ז	טלפון: 0547855565	טל.עבודה/נייד: 0547855565
כתובת: שטיינברג יחיא 18, ירושלים	מיקוד: 9677171		



0302561188

דף מידע לבדיקות**ההפניה לבדיקות שהומלצו ממתנה בשירות המעבדה בכל סניפי מכבי.**

להלן הבדיקות שהומלצו ע"י הרופא אנא פעל בהתאם להנחיות:

Urethral Culture Battery - 07089
Urine General - 01000

URINE CULTURE - 07085

**** נא להצטייד בכרטיס מגנטי ******צום לפני הבדיקה:** לביצוע הבדיקות בהפנייה זו אין צורך בצום

הנחיות נוספות: אין לבצע בזמן נטילת אנטיביוטיקה אלא לפי הנחית הרופא.
יש לאסוף דגימת שתן מאמצע הזרם לכלי סטרילי הניתן במעבדה או במרפאת הרופא.
יש למסור את דגימת השתן תוך שעתיים למעבדה בסניף.
יש לנקות היטב את אזור מתן השתן לפני מתן הדגימה.
לקיחת הדגימה לפני מתן השתן מומלץ שתן ראשון של הבוקר.

בלקיחת דם ורידי לתינוקות עד גיל שנה יש לקבוע תור בטלפון* 3555

בערבי חג שירותי המעבדה במרכז הרפואי סגורים.

לבדיקות דחופות: IVF, בילירובין יילודים (נאובטל), INR למטופלי קומדין וספירת דם יש לפנות למוקדי רפואה דחופה שבסניפי מכבי בין השעות: 7:00-8:30
תוקף ההמלצה ל 90 יום, מתאריך 11/12/2020 עד תאריך 11/03/2021.
לעיתים תתבצענה בדיקות נוספות ביזמת המעבדה.
את תוצאות הבדיקות ניתן לראות גם בכתובת WWW.MACCABI-HEALTH.CO.IL, לקבלת סיסמה אנא פנה לסניף.

תאריך הדפסה: 13/09/2020

מ.ר. גורם מפנה



023121

קוד הפניה: 186961551

מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

ד"ר דניאל וינר

אורולוגיה

התמחויות:

מומחה באורולוגיה

טלפון: 02-5612139

פקס: 02-5660014

כתובת: הגדוד העברי 4, ירושלים

פרטי הנבדק:	שם משפחה: רום	שם פרטי: יהונתן	ת.ז.: 302561188
ת.לידה: 22/07/1990	מין: ז	טלפון: 0547855565	טל.עבודה/נייד: 0547855565
כתובת: בית זית		מיקוד: 9081502	
0302561188			

דף מידע לבדיקות

ההפניה לבדיקות שהומלצו ממתינה בשירות המעבדה בכל סניפי מכבי.

להלן הבדיקות שהומלצו ע"י הרופא אנא פעל בהתאם להנחיות:

Testosterone Total - 04402
GLUCOSE (B) - 02947

PROLACTIN - 04146
TSH - 04443

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

צום לפני הבדיקה: דרוש צום של 8 שעות, מותר לשתות מים בלבד.

הנחיות נוספות: יש להגיע ללקיחת הדגימה 3 שעות לאחר היקיצה

בלקיחת דם ורידי לתינוקות עד גיל שנה יש לקבוע תור בטלפון *3555

בערבי חג שירותי המעבדה במרכז הרפואי סגורים.

לבדיקות דחופות: IVF, בילירובין ילודים (נאונאטל), INR למטופלי קומדין וספירת דם יש לפנות למוקדי רפואה דחופה שבסניפי מכבי בין השעות: 7:00-8:30

לעיתים תתבצענה בדיקות נוספות ביזמת המעבדה.

תוקף ההמלצה ל 90 יום, מתאריך 13/09/2020 עד תאריך 12/12/2020.

לקבלת סיסמה אנא פנה לסניף.

את תוצאות הבדיקות ניתן לראות גם בכתובת WWW.MACCABI-HEALTH.CO.IL

העתק טופס
06/06/2025

מכבי שירותי בריאות

פרט מוטופל

מס ביקור



000147791637

פקס: 073-2284157

שם רופא: ד"ר רפופרט ערן

מומחיות: רופאה כללית

טלפון: 03-9386166

ת"ז



0302561188

שם מטופל: רום יהונתן

ת"ז: 302561188

גיל: 30 שנים ו-2 חודשים

טלפון: 0547855565, 0547855565

רשימת תרופות שהופק להם מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 21/09/2020 (דף זה אינו מרשם)

מידע מנהלי	בתוקף לרכישה	לפני שינה	ערב	צהריים	בוקר	משך טיפול	אופן שימוש הנחיות	שם תרופה
TAB 6 10% השתתפות עצמית: ** כמות ליניפוק: 21/09/2020-05/10/2020					2 טבליה	3 ימים	לפני האוכל (על קיבה ריקה-מינימום שעה לפני האוכל)	azithromycin 250 mg * ZETO, AZENIL

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



016044

קוד הפניה: 193246683

מכבי שירותי בריאות

העתק טופס

08/06/2025

דר' כץ מריאן

עור ומין

התמחויות:

מומחה במחלות עור ומין

טלפון: 02-5846400/1

פקס: 02-6789055

כתובת: קניון מלחה, ירושלים (כניסה דרך שער נרקיס, קומה 4 במעלית המגדל)

פרטי הנבדק:

שם משפחה: רום

שם פרטי: יהונתן

ת.ז.: 302561188

טל.עבודה/נייד: 0547855565

מיקוד 9677171

טלפון: 0547855565

מין: ז

22/07/1990

שטיינברג יחיא 18, ירושלים

ת.לידה:

כתובת:



0302561188

דף מידע לבדיקות**ההפניה לבדיקות שהומלצו ממתינה בשירות המעבדה בכל סניפי מכבי.**

להלן הבדיקות שהומלצו ע"י הרופא אנא פעל בהתאם להנחיות:

Hepatitis C Ab Total - 06302
Syphilis Ab - 06593

HIV-Ab - 06702

STD Panel Asymptomatic - 07797

**** נא להצטייד בכרטיס מגנטי ******צום לפני הבדיקה:** לביצוע הבדיקות בהפנייה זו אין צורך בצום**הנחיות נוספות:** יש לאסוף את הדגימה מיד עם תחילת הזרם הראשון של השתן.
שתן ראשון של הבוקר; או שתן שני בהפרש של שתיים לפחות ממתן השתן הראשון.
תתבקש הצגת תעודת זהות בעת ביצוע בדיקה זו

בלקחת דם ורידי לתינוקות עד גיל שנה יש לקבוע תור בטלפון *3555

בערבי חג שירותי המעבדה במרכז הרפואי סגורים.

לבדיקות דחופות: IVF, בילירובין יילודים (נאונאטל), INR למטופלי קומדין וספירת דם יש לפנות למוקדי רפואה דחופה שבסניפי מכבי בין השעות: 7:00-8:30

לעיתים תתבצענה בדיקות נוספות ביזמת המעבדה.

תוקף ההמלצה ל 90 יום, מתאריך 02/11/2020 עד תאריך 31/01/2021.

את תוצאות הבדיקות ניתן לראות גם בכתובת WWW.MACCABI-HEALTH.CO.IL, לקבלת סיסמה אנא פנה לסניף.

העתק טופס
08/06/2025

מכבי שירותי בריאות

פרטי מטופל

ת"ז


0302561188

שם מטופל: רם יהונתן

ת"ז: 302561188

גיל: 30 שנים ו-3 חודשים

מספר: 0547855565, 0547855565

פרטי מרשם

מס ביקור


000151203619

שם רופא: דר' כץ מריאן

מומחה במחלות עור ומין

טלפון: 02-5846400/1

פקס: 02-6789055

רשימת תרופות שהופק להם מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 02/11/2020 (דף זה אינו מרשם)

מידע מנהלי	בתוקף לרכישה	לפני שינה	ערב	צהריים	בוקר	משך טיפול	אופן שימוש הנחיות	שם תרופה
OP 1 - כמות ליניפוק: 15% ** השתתפות עצמית: 15%	02/11/2020-16/11/2020		1.		1.	3 ימים	למריחה 2 פעמים ביום	sol. podophyllotoxin 5 mg * CONDYLOX

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



025277

קוד הפניה: 193947369

מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

ד"ר פרלוב אלה
משפחה, פנימית וכללית

טלפון: 02-5060520

פקס: 02-6427537

כתובת: הרכס 31, מעלה אדומים

פרטי הנבדק:	שם משפחה: רום	שם פרטי: יהונתן	ת.ז.: 302561188
ת.לידה: 22/07/1990	מין: ז	טלפון: 0547855565	טל.עבודה/נייד: 0547855565
כתובת: שטיינברג יחיא 18, ירושלים	מיקוד: 9677171		
0302561188			

התייעצות מומחה

- במכבי

רפואה תעסוקתית

תחום שירות:

סוג הייעוץ: רגיל

גורם משלם: 25 ב.טלפוני שעת קורונה

תלונות: ביקור חוזר מתאריך 07/07/2020
שבר רגל מ-07.06.2020

ממצאים: ביקור חוזר מתאריך 07/07/2020
גבס ברגל

אבחנה:

- WORK ACCIDENT
- FRACTURE ANKLE MEDIAL MALLEOLUS CLOSED Left

מעשנת/ לא

בעיות ידועות:

- FRACTURE ANKLE MEDIAL MALLEOLUS CLOSED Left (07/2020)
- TOBACCO USE DISORDER (30/11/2010)
- WORK ACCIDENT (07/2020)

רגישויות: ASPIRIN/NSAIDS - 03/06/2018 -

רגישויות לתרופות: נפיחות - ASPIRIN/NSAIDS - 08/09/2016

מטרת ההפניה: איבחון וטיפול.

08/11/2020

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

חתימה וחותמת הרופא

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

תאריך

אם הנך פונה לרופא פרטי, מומלץ לבדוק מראש האם הרופא נכלל ברשימת רופאי מכבי זהב/ מכבי שלי
תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 08/11/2020 עד תאריך - 07/05/2021



103861

מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

ד"ר חמאוי אסף
כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 02-5940444

פקס: 073-2132691

כתובת: תורן חיים 45, ירושלים

פרטי הנבדק:	שם משפחה: רום	שם פרטי: יהונתן	ת.ז.: 302561188
ת.לידה: 22/07/1990	מין: ז	טלפון: 0547855565	טל.עבודה/נייד: 0547855565
כתובת: בית זית		מיקוד: 9081502	
0302561188			

תשובת יועץ

בבדיקה שנעשתה ב: 30/11/2020

עקב: בן 30

מצב לאחר שבר בקרסול שמאל - פטישון מדיאלי. טופל שמרנית. שבר ב 7/6/2020 במהלך העבודה. עבר צילומים בשערי צדק. נראה חיבור מלא.

המצב כעת -

עדיין הגבלה בתנועות הקרסול. כאבים. הכאב מומחר לאחר תנועה.
כבר 5 חודשים בחופשת מחלה. מחר יש בדיקת רופא תעסוקתי.

ממצאים: קרסול שמאל - ללא נפיחות או רגישות ממוקדת. צניחה של הקשת המדיאלית עם תיקון בעמידה על אצבעות.

• ANKLE PAIN Left

אבחנה:

סיכום והמלצות: מומלץ לנסות לשוב לעבודה. המידה ויהיו כאבים לשוב לביקורת.

30/11/2020

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

תאריך הדפסה: 30/11/2020

מ.ר גורם מפנה



103861

מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

ד"ר חמאוי אסף
כירורגיה אורתופדית

התמחויות:
מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 02-5940444
פקס: 073-2132691
כתובת: תורן חיים 45, ירושלים

פרטי הנבדק:	שם משפחה: רום	שם פרטי: יהונתן	ת.ז.: 302561188
ת.לידה: 22/07/1990	מין: ז	טלפון: 0547855565	טל.עבודה/נייד: 0547855565
כתובת: בית זית		מיקוד: 9081502	

0302561188

תשובת יועץ

בבדיקה שנעשתה ב: 30/11/2020

עקב: בן 30

מצב לאחר שבר בקרסול שמאל - פטישון מדיאלי. טופל שמרנית. שבר ב 7/6/2020 במהלך העבודה. עבר צילומים בשערי צדק. נראה חיבור מלא.

המצב כעת -
עדיין הגבלה בתנועות הקרסול. כאבים. הכאב מומחר לאחר תנועה.
כבר 5 חודשים בחופשת מחלה. מחר יש בדיקת רופא תעסוקתי.

ממצאים: קרסול שמאל - ללא נפיחות או רגישות ממוקדת. צניחה של הקשת המדיאלית עם תיקון בעמידה על אצבעות.

- ANKLE PAIN Left
- FRACTURE ANKLE MEDIAL MALLEOLUS CLOSED Left

אבחנה:

סיכום והמלצות: מומלץ לנסות לשוב לעבודה. המידה ויהיו כאבים לשוב לביקורת.

ביקורת והמשך מעקב: מוזמן למעקב: על פי צורך

30/11/2020

חתימה וחותמת הרופא

תאריך



147753

מכבי שירותי בריאות
מרפאה תעסוקתית
08/06/2025

ד"ר לגריסי-טלמן רון
מתמחה ברפואה תעסוקתית

טלפון: 02-5940430

פקס: 073-2132648

כתובת: נוף קדומים, מודיעין-מכבים-רעות

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 302561188

שם פרטי: יהונתן

שם משפחה: רום

טל.עבודה/נייד: 0547855565

0547855565

טלפון:

מין: ז

22/07/1990

ת.לידה:

מיקוד 9677171

שטיינברג יחיא 18, ירושלים

כתובת:



0302561188

תשובת יועץ - מרפאה תעסוקתית

לכבוד:

ד"ר פרלוב אלה

בבדיקה שנעשתה ב: 09/12/2020

עקב: 09/12/2020 - ביקור כושר ראשון -
בן 30, רווק, בריא בד"כ וללא טיפול תרופתי קבוע, מעשן (חצי חפיסה ליום 14 שנים) כעת בהליך גמילה עצמית, לא שותה אלכוהול
בקביעות, ימני דומיננטי.

רקע תעסוקתי: עובד בחברת 'ארכא', בתפקיד מחסנאי, ומלגזן (מלגזה חשמלית- נדרש שימוש בשתי הרגליים לנהיגה), דרישה
להרמת משאות כבדים עד 60 ק"ג עם עובד נוסף. וותק: 9 חודשים. היקף משרה: 11 שעות ביום, 5-6 ימים בשבוע העבודה במשמרות
(גם לילה).

רקע תעסוקתי: עבד בחברת השכרת רכב, עבודה כקצב במקומות עבודה שונים, ברמן
שירות צבאי: שירת בצה"ל כשנה וחצי, שוחרר בשל בעיות בריאותיות (24)

מחלה נוכחית: בן 30, ב 7/6/2020 ת"ע. שבר בקרסול שמאל - פטישון מדיאלי משמאל.

טופל שמרנית. צילומים בשערי צדק. נראה חיבור מלא.

הונח גבס סירקולרי. צילום ביקורת עמדה טובה של השבר.

המצב כעת - עדיין הגבלה בתנועות הקרסול. כאבים. הכאב מוחמר לאחר תנועה.

כבר 5 חודשים בחופשת מחלה.

30/11/20 - ד"ר חמאוי אסף - אורטופד -

קרסול שמאל - ללא נפיחות או רגישות ממוקדת.

צניחה של הקשת המדיאלית עם תיקון בעמידה על אצבעות.

כעת: הימשכות כאבים בעמידה ממושכת, הולך ומבצע ריצה קלה בלבד.

תפקוד בסיסי ביתי- שמור, שינה ומצב רוח- שמורים

תרופות: ללא

ממצאים: הולך ללא שימוש באמצעי עזר להליכה, צליעה קלה על רגל שמאל

מעברים- שמורים, חליצת נעליים- שמורה

קרסול שמאלי- ללא נפיחות או המטומה, כאבים בתנועות PF ו DF.

טווחי תנועה - מגבלה DF- עד 30 מעלות, PFF- עד 20 מעלות מגבלה ניכרת.

טווחים מלאים ב INVERSION, ו- EVERSION

מבחן מגירה ליציבות הקרסול- יציב. SQUEEZE TEST- תקין-

דיון ואבחנה מבדלת:

מחסנאי/מלגזן בן 30, 5 חודשים אחרי ת"ע ושבר בפטישון מדיאלי משמאל, שטופל שמרנית, ונראה יציב בבדיקה וע"פ צילומים.
תאונתו הוכרה במל"ל כתאונת עבודה.

כעת הימשכות כאב, קושי בשימוש במדרגות, ומגבלה קלה בטווחי התנועה של הקרסול
מעוניין לשוב לעבודתו עם מגבלות מהרמת משקלים, וקיצור היקף משרה.

להערכת: בשל אופי עבודתו הפיזי ודרישה לנהיגה במלגזה בשתי רגליו שעות רבות,
אשר חזרתו לעבודה עם מגבלות 6 שבועות לצורך המשך שיקום במסגרת טיפול PT, לחיזוק ושיפור טווחי התנועה.

- OCCUPATIONAL FITNESS FOR WORK EXAMINATION
- FRACTURE ANKLE MEDIAL MALLEOLUS CLOSED Left

אבחנה:

סיכום והמלצות: לאחר שבדקתי את העובד ועיינתי בחו"ד רפואיות הגעתי למסקנות כדלהלן:

- כשיר לשוב לעבודתו כמחסנאי/מלגזן תחת המגבלות הבאות:

- ללא דרישה להרמת משאות כבדים מעל 15 ק"ג



147753

מכבי שירותי בריאות
מרפאה תעסוקתית
העתיד טופס
08/06/2025

ד"ר לגריסי-טלמן רון
מתמחה ברפואה תעסוקתית

טלפון: 02-5940430

פקס: 073-2132648

כתובת: נוף קדומים, מודיעין-מכבים-רעות

פרטי הנבדק:	שם פרטי: יהונתן	שם משפחה: רום	ת.ז.: 302561188
ת.לידה: 22/07/1990	מין: ז	טלפון: 0547855565	טל.עבודה/נייד: 0547855565
כתובת: שטיינברג יחיא 18, ירושלים	מיקוד: 9677171		



0302561188

תשובת יועץ - מרפאה תעסוקתית

- כשיר לעבודה עד 6 שעות יומיות בלבד
- תוקף האישור ל6 שבועות
- ממליץ על הכרתו כנכה נזקק מתאריך התאונה 07/06/20 ועד 09/12/2020 אכ"ע מלא,
- ומתאריך ה 09/12/2020 - אי כושר עבודה חלקי עד לתאריך 20/01/21
- ביקורת בתום התקופה לפי הצורך

ביקורת והמשך מעקב: מוזמן למעקב: על פי צורך

09/12/2020

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

תאריך הדפסה: 09/12/2020

מ.ר גורם מפנה



147753

מכבי שירותי בריאות
מרפאה תעסוקתית
08/06/2025

ד"ר לגריסי-טלמן רון
מתמחה ברפואה תעסוקתית

טלפון: 02-5940430

פקס: 073-2132648

כתובת: נוף קדומים, מודיעין-מכבים-רעות

פרטי הנבדק:	שם משפחה: רום	שם פרטי: יהונתן	ת.ז.: 302561188
ת.לידה: 22/07/1990	מין: ז	טלפון: 0547855565	טל.עבודה/נייד: 0547855565
כתובת: שטיינברג יחיא 18, ירושלים	מיקוד: 9677171		

0302561188

מכתב - מרפאה תעסוקתית

תאריך: 09/12/2020

לכבוד: גולדין ג'וב- ת.ד. 397 אשקלון 7810301

לאחר שבדקתי את העובד ועיינתי בחו"ד רפואיות הגעתי למסקנות כדלהלן:
- כשיר לשוב לעבודתו כמחסנאי/מלגזן תחת המגבלות הבאות:
- ללא דרישה להרמת משאות כבדים מעל 15 ק"ג
- כשיר לעבודה עד 6 שעות יומיות בלבד
- תוקף האישור 6 שבועות
- ממליץ על הכרתו כנכה נזקק מתאריך התאונה 07/06/20 ועד 09/12/2020 אכ"ע מלא,
ומתאריך ה- 09/12/2020 - אי כושר עבודה חלקי עד לתאריך 20/01/21
- ביקורת בתום התקופה לפי הצורך

בברכה, ד"ר לגריסי רוני
מרפאה תעסוקתית - מכבי שירותי בריאות
נוף קדומים- מרכז מסחרי ישן מכבים
טל- 02-5940430 פקס- 0732132648
דוא"ל: Occmedjer@mac.org.il

בברכה,

ד"ר לגריסי-טלמן רון

חתימה

תאריך הדפסה: 09/12/2020

מ.ר גורם מפנה



147753

מכבי שירותי בריאות
העיתקת טופס
08/06/2025

ד"ר לגריסי-טלמן רון
מתמחה ברפואה תעסוקתית

טלפון: 02-5940430

פקס: 073-2132648

כתובת: נוף קדומים, מודיעין-מכבים-רעות

פרטי הנבדק:	שם משפחה: רום	שם פרטי: יהונתן	ת.ז.: 302561188
ת.לידה: 22/07/1990	מין: ז	טלפון: 0547855565	טל.עבודה/נייד: 0547855565
כתובת: שטיינברג יחיא 18, ירושלים	מיקוד: 9677171		

0302561188

מכתב - מרפאה תעסוקתית

תאריך: 09/12/2020

לכבוד: גולדין ג'וב- ת.ד 397 אשקלון 7810301

לאחר שבדקתי את העובד ועיינתי בחו"ד רפואיות הגעתי למסקנות כדלהלן:
- כשיר לשוב לעבודתו כמחסנאי/מלגזן תחת המגבלות הבאות:
- ללא דרישה להרמת משאות כבדים מעל 15 ק"ג
- כשיר לעבודה עד 6 שעות יומיות בלבד
- תוקף האישור ל6 שבועות
- ממליץ על הכרתו כנכה נזקק מתאריך התאונה 07/06/20 ועד 09/12/2020 אכ"ע מלא,
ומתאריך ה 09/12/2020 - אי כושר עבודה חלקי עד לתאריך 20/01/21
- ביקורת בתום התקופה לפי הצורך

בברכה, ד"ר לגריסי רוני
מרפאה תעסוקתית - מכבי שירותי בריאות
נוף קדומים- מרכז מסחרי ישן מכבים
טל- 02-5940430 פקס-0732132648
דוא"ל: Occmedjer@mac.org.il

בברכה,

ד"ר לגריסי-טלמן רון

חתימה

תאריך הדפסה: 09/12/2020

מ.ר גורם מפנה



147753

מכבי שירותי בריאות
העיתק טופס
08/06/2025

ד"ר לגריסי-טלמן רון
מתמחה ברפואה תעסוקתית

טלפון: 02-5940430

פקס: 073-2132648

כתובת: נוף קדומים, מודיעין-מכבים-רעות

פרטי הנבדק:	שם משפחה: רום	שם פרטי: יהונתן	ת.ז.: 302561188
ת.לידה: 22/07/1990	מין: ז	טלפון: 0547855565	טל.עבודה/נייד: 0547855565
כתובת: שטיינברג יחיא 18, ירושלים	מיקוד: 9677171		

מכתב - מרפאה תעסוקתית

תאריך: 09/12/2020

לכבוד: גולדין ג'וב- ת.ד. 397 אשקלון 7810301

לאחר שבדקתי את העובד ועיינתי בחו"ד רפואיות הגעתי למסקנות כדלהלן:
- כשיר לשוב לעבודתו כמחסנאי/מלגזן תחת המגבלות הבאות:
- ללא דרישה להרמת משאות כבדים מעל 15 ק"ג
- כשיר לעבודה עד 6 שעות יומיות בלבד
- תוקף האישור 6 שבועות
- ממליץ על הכרתו כנכה נזקק מתאריך התאונה 07/06/20 ועד 09/12/2020 אכ"ע מלא,
ומתאריך ה- 09/12/2020 - אי כושר עבודה חלקי עד לתאריך 20/01/21
- ביקורת בתום התקופה לפי הצורך

בברכה, ד"ר לגריסי רוני
מרפאה תעסוקתית - מכבי שירותי בריאות
נוף קדומים- מרכז מסחרי ישן מכבים
טל- 02-5940430 פקס- 0732132648
דוא"ל: Occmedjer@mac.org.il

בברכה,

ד"ר לגריסי-טלמן רון

חתימה

העתק טופס
08/06/2025

מכבי שירותי בריאות

פרטי מטופל

מס ביקור



000154434223

פקס: 073-2132690

שם רופא: ד"ר פרלוב אלה

מומחיות: רופא/ה כללי/ת

טלפון: 02-5913200

ת"ז



0302561188

שם מטופל: רום יהונתן

ת"ז: 302561188

גיל: 30 שנים ו-4 חודשים

טלפון: 0547855565, 0547855565

רשימת תרופות שהופק להם מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 11/12/2020 (דף זה אינו מרשם)

מידע מנהלי	בתוקף לרכישה	לפני שינה	ערב	צהריים	בוקר	משך טיפול	אופן שימוש הנחיות	שם תרופה
OP 1 - כמות ליניפוק: 10% ** השתתפות עצמית: 10%	11/12/2020-25/12/2020			.1	.1	10 ימים	3 פעמים ביום	10 mg/g clotrimazole 0.44 mg/g dexamethasone 6.4 mg/g neomycin sulph * TEVACUTAN, POLYUCUTAN
TAB 10 - כמות ליניפוק: 10% ** השתתפות עצמית: 10%	11/12/2020-25/12/2020	1 טבליה	1 טבליה		1 טבליה	5 ימים	2 פעמים ביום	500 mg ciprofloxacin * CIPRODEX

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

תאריך הדפסה: 17/12/2020

מ.ר גורם מפנה



025277

קוד הפניה: 199224704

מכבי שירותי בריאות

העתק טופס

08/06/2025

ד"ר פרלוב אלה

משפחה, פנימית וכללית

טלפון: 02-5913200

פקס: 073-2132690

כתובת: דרך קדם 5, מעלה אדומים (קניון אדומים, קומה 3)

פרטי הנבדק:

שם משפחה: רום

שם פרטי: יהונתן

ת.ז.: 302561188

ת.לידה: 22/07/1990

מין: ז

טלפון: 0547855565

טל.עבודה/נייד: 0547855565

כתובת: שטיינברג יחיא 18, ירושלים

מיקוד: 9677171



0302561188

התייעצות מומחה

- במכבי

אורולוגיה

תחום שירות:

סוג הייעוץ: רגיל

גורם משלם: 25 ב.טלפוני שעת קורונה

תלונות: בביקור בתאריך 11/12/2020 בשעה 09:33:55
צריבה ומתן שתן גרד בעבר המין הפרשה מינימלית. מזה כשבועים

בביקור בתאריך 17/12/2020 בשעה 08:02:32

ממצאים: בביקור בתאריך 17/12/2020 בשעה 08:02:32

אבחנה:

- DYSURIA
- URETHRAL DISCHARGE

מעשנת: לא

- FRACTURE ANKLE MEDIAL MALLEOLUS CLOSED Left (07/2020)
- TOBACCO USE DISORDER (30/11/2010)
- WORK ACCIDENT (07/2020)

בעיות ידועות:

רגישויות: 03/06/2018 - ASPIRIN/NSAIDS -

רגישויות לתרופות: נפיחות - 08/09/2016 - ASPIRIN/NSAIDS -

מטרת ההפניה: איבחון וטיפול

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

17/12/2020

חתימה וחותמת הרופא

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

תאריך

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

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 17/12/2020 עד תאריך - 15/06/2021

תאריך הדפסה: 17/12/2020

מ.ר גורם מפנה



082758

מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

ד"ר ברודסקי אולג

אורולוגיה

התמחויות:

מומחה באורולוגיה

טלפון: 02-5060340

פקס: 02-5906998

כתובת: דרך חברון 101, ירושלים (בית הנציב, קומה 1)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 302561188

שם פרטי: יהונתן

שם משפחה: רום

טל.עבודה/נייד: 0547855565

0547855565

טלפון:

מין: ז

22/07/1990

ת.לידה:

מיקוד 9677171

שטיינברג יחיא 18, ירושלים

כתובת:



0302561188

דיווח על מחלה מדבקת

תאריך קבלה:

שם הלשכה: ירושלים/מחוז

רח' יפו 86 ירושלים

טל: 02-5304811

פקס: 02-5314845

הודעה אינדיבידואלית על מחלה מחייבת הודעה

מצב משפחתי: רווק/ה

ארץ לידה: ישראל

דת / לאום: יהודי

שם האב: דוד

אבחנה:

• URETHRITIS NONGONOCOCCAL SEXUAL TRANSMISSIO

17/12/2020

חתימה וחותמת הרופא

תאריך



082758

קוד הפניה: 199317419

מכבי שירותי בריאות

העתק טופס

08/06/2025

ד"ר ברודסקי אולג

אורולוגיה

התמחויות:

מומחה באורולוגיה

טלפון: 02-5060340

פקס: 02-5906998

כתובת: דרך חברון 101, ירושלים (בית הנציב, קומה 1)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 302561188

שם פרטי: יהונתן

שם משפחה: רום

טל.עבודה/נייד: 0547855565

0547855565

טלפון:

מין: ז

22/07/1990

ת.לידה:

מיקוד 9677171

שטיינברג יחיא 18, ירושלים

כתובת:



0302561188

דף מידע לבדיקות

ההפניה לבדיקות שהומלצו ממתינה בשירות המעבדה בכל סניפי מכבי.

להלן הבדיקות שהומלצו ע"י הרופא אנא פעל בהתאם להנחיות:

Microscopy+ Urine General - 01015
URINE CULTURE - 07085

STD Panel Symptomatic - 07798

**** נא להצטייד בכרטיס מגנטי ****

צום לפני הבדיקה: לביצוע הבדיקות בהפנייה זו אין צורך בצום

הנחיות נוספות:

אין לבצע בזמן נטילת אנטיביוטיקה אלא לפי הנחית הרופא.
יש לאסוף את הדגימה מיד עם תחילת הזרם הראשון של השתן.
יש לאסוף דגימת שתן מאמצע הזרם לכלי סטרילי הניתן במעבדה או במרפאת הרופא.
יש למסור את הדגימה תוך שעתיים למעבדה בסניף.
יש לנקות היטב את אזור מתן השתן לפני מתן הדגימה.
יש לתת זרם אמצעי לכלי סטרילי הניתן במעבדה או במרפאת הרופא.
מומלץ שתן ראשון של הבוקר.
שתן ראשון של הבוקר; או שתן שני בהפרש של שעתיים לפחות ממתן השתן הראשון.

בלקחת דם ורידי לתינוקות עד גיל שנה יש לקבוע תור בטלפון *3555

בערבי חג שירותי המעבדה במרכז הרפואי סגורים.

לבדיקות דחופות: IVF, בילירובין ילודים (נאונאטל), INR למטופלי קומדין וספירת דם יש לפנות למוקדי רפואה דחופה שבסניפי מכבי בין השעות: 7:00-8:30

לעיתים תתבצענה בדיקות נוספות ביזמת המעבדה.

תוקף ההמלצה ל 90 יום, מתאריך 17/12/2020 עד תאריך 17/03/2021.

לקבלת סיסמה אנא פנה לסניף.

את תוצאות הבדיקות ניתן לראות גם בכתובת WWW.MACCABI-HEALTH.CO.IL ,



082758

מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

ד"ר ברודסקי אולג

אורולוגיה

התמחויות:

מומחה באורולוגיה

טלפון: 02-5060340

פקס: 02-5906998

כתובת: דרך חברון 101, ירושלים (בית הנציב, קומה 1)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 302561188

שם פרטי: יהונתן

שם משפחה: רום

טל.עבודה/נייד: 0547855565

טלפון: 0547855565

מין: ז

22/07/1990

ת.לידה:

מיקוד 9677171

שטיינברג יחיא 18, ירושלים

כתובת:



0302561188

תשובת יועץ

לכבוד:

ד"ר פרלוב אלה

בבדיקה שנעשתה ב: 17/12/2020

עקב: צריבה בהטלת השתן השתן

ממצאים: אין צורך בבדיקה בביקור זה

דיון ואבחנה מבדלת:

לחזור לבדיקות שתן כולל שתן ל-STD רחב.

אבחנה:

• URETHRITIS NONGONOCOCCAL SEXUAL TRANSMISSIO

סיכום והמלצות: בן 30+0, מעשן, ללא שימוש בסמים, אלקוהול. יחסי מין עם נשים.

בת זוג קבועה ב-6 חודשים אחרונים.

ב-3-4 שבועות הפרשה משופכה, תחושה של גרד בשופכה, צריבה בהטלת השתן.

שולל המטוריה גלויה.

שולל עלית חום, צמרמורת.

שולל מחלת מין, יתכן שקיימת Condiloma Acuminata על איבר המין. קיבל טיפול ב-Condyllox. לדבריו - עדיין יש

ממצאים.

בת זוג אובחנה עם Chlamydia לפני כ-4 חודשים, קיבלה טיפול, גם מטופל קיבל טיפול מונע. בדיקות חוזרות היו

שליליות.

בתאריך 01/11/20 בדיקה סרולוגיה נוספת חיובית ל- Mycoplasma Genitalium, לא קיבלה טיפול.

שתן כללי - פיוריה עד 500

תרבית שתן - ללא צמיחה.

משטח משופכה - Streptococcus Agalactiae.

אין שתן ל-STD.

רק מיקרוסקופיה משופכה.

ביקורת והמשך מעקב: מוזמן למעקב: כן בעוד כ-7 ימים

☒ הפק ללא הדפסה

17/12/2020

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

העתק טופס
08/06/2025

מכבי שירותי בריאות

פרטי מטופל

מס ביקור



000155671910

פקס: 02-6789055

שם רופא:

דר' כץ מריאן

מומחיות:

מומחה במחלות עור ומין

טלפון:

02-5846400/1

ת"ז



0302561188

שם מטופל: רום יהונתן

ת"ז: 302561188

גיל: 30 שנים ו-5 חודשים

טלפון: 0547855565, 0547855565

רשימת תרופות שהופק להם מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 27/12/2020 (דף זה אינו מרשם)

מידע מנהלי	בתוקף לרכישה	לפני שינה	ערב	צהריים	בוקר	משך טיפול	אופן שימוש הנחיות	שם תרופה
TAB 20 10% השתתפות עצמית: **	27/12/2020-10/01/2021 כמות ליניפוק: 20		1 טבליה		1 טבליה	10 ימים	1 טבליה 2 פעמים	tab. doxycycline 100 mg DOXYLIN * ביום
							עם או אחרי אוכל	

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



021470

קוד הפניה: 200830265

מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

ד"ר סטרכילביץ יעקב

מחלות זיהומיות

התמחויות:

מומחה במחלות זיהומיות

מומחה ברפואה פנימית

טלפון: 02-6323222

פקס: 073-2132684

כתובת: צ'ילה 6, ירושלים

פרטי הנבדק:

שם משפחה: רום

שם פרטי: יהונתן

ת.ז.: 302561188

טל.עבודה/נייד: 0547855565

מיקוד 9677171

טלפון: 0547855565

ת.לידה: 22/07/1990

כתובת: שטיינברג יחיא 18, ירושלים



0302561188

דף מידע לבדיקות

שליחת הפניה למעבדה ללא הדפסה

ההפניה לבדיקות שהומלצו תמתיין החל מתאריך 21/01/2021 ועד 21/04/2021 בשירות המעבדה בכל סניפי מכבי. ניתן יהיה לבצע בדיקה בטווח התאריכים זה בלבד.

להלן הבדיקות שהומלצו ע"י הרופא אנא פעל בהתאם להנחיות:

STD Panel Symptomatic - 07798

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

צום לפני הבדיקה: לביצוע הבדיקות בהפנייה זו אין צורך בצום

הנחיות נוספות: יש לאסוף את הדגימה מיד עם תחילת הזרם הראשון של השתן.
שתן ראשון של הבוקר; או שתן שני בהפרש של שעתיים לפחות ממתן השתן הראשון.

בלקחת דם ורידי לתינוקות עד גיל שנה יש לקבוע תור בטלפון 3555*

בערבי חג שירותי המעבדה במרכז הרפואי סגורים.

לבדיקות דחופות: IVF, ביילירובין ילודים (נאונאטל), INR למטופלי קומדין וספירת דם יש לפנות למוקדי רפואה דחופה שבסניפי מכבי בין השעות: 7:00-8:30

לעיתים תתבצענה בדיקות נוספות ביזמת המעבדה.

תוקף ההמלצה ל 90 יום, מתאריך 21/01/2021 עד תאריך 21/04/2021.

את תוצאות הבדיקות ניתן לראות גם בכתובת WWW.MACCABI-HEALTH.CO.IL, לקבלת סיסמה אנא פנה לסניף.



021470

מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

ד"ר סטרכילביץ יעקב

מחלות זיהומיות

התמחויות:

מומחה במחלות זיהומיות

מומחה ברפואה פנימית

טלפון: 02-6323222

פקס: 073-2132684

כתובת: צ'ילה 6, ירושלים

פרטי הנבדק:	שם משפחה: רום	שם פרטי: יהונתן	ת.ז.: 302561188
ת.לידה: 22/07/1990	מין: ז	טלפון: 0547855565	טל.עבודה/נייד: 0547855565
כתובת: שטיינברג יחיא 18, ירושלים	מיקוד: 9677171		

תשובת יועץ

לכבוד:

דר' כץ מריאן

בבדיקה שנעשתה ב: 29/12/2020

עקב: בד"כ בריא.

הדבקה לאחרונה ב-M. genitalium

כעת מטופל בדוקסילין 100 מ"ג פעמיים ביום לשבוע.

יחזור על הבדיקה לפחות שבועיים לאחר סיום הטיפול וימנע מיחס מין עד אז.

• URETHRITIS NONGONOCOCCAL SEXUAL TRANSMISSIO

אבחנה:

סיכום והמלצות: תודה על ההפניה.

ביקורת והמשך מעקב: מוזמן למעקב: על פי צורך

29/12/2020

חתימה וחותמת הרופא

תאריך



021470

קוד הפניה: 202686237

מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

ד"ר סטרכילביץ יעקב

מחלות זיהומיות

התמחויות:

מומחה במחלות זיהומיות

מומחה ברפואה פנימית

טלפון: 02-6323222

פקס: 073-2132684

כתובת: צ'ילה 6, ירושלים

פרטי הנבדק:	שם משפחה: רום	שם פרטי: יהונתן	ת.ז.: 302561188
ת.לידה: 22/07/1990	מין: ז	טלפון: 0547855565	טל.עבודה/נייד: 0547855565
כתובת: בית זית	מיקוד: 9081502		

דף מידע לבדיקות☒ שליחת הפניה למעבדה ללא הדפסה**ההפניה לבדיקות שהומלצו ממתינה בשירות המעבדה בכל סניפי מכבי.**

להלן הבדיקות שהומלצו ע"י הרופא אנא פעל בהתאם להנחיות:

Urine Cytology - 08104
Throat STD PCR Battery - 07793

URINE CULTURE - 07085
STD Panel Symptomatic - 07798

הערות: שתן ראשון של הבוקר

**** נא להצטייד בכרטיס מגנטי ******צום לפני הבדיקה:** לביצוע הבדיקות בהפנייה זו אין צורך בצום**הנחיות נוספות:**

"עליך לשתות כמות מים מספקת (לפחות 2 כוסות).
אין לבצע בזמן נטילת אנטיביוטיקה אלא לפי הנחית הרופא.
דגימת השתן הנדרשת היא משתן שני (יש לתת את הדגימה כשתן טרי במעבדה ולא להביא מהבית).
חשוב להקפיד להטיל את תחילת הזרם לאסלה ולאחר מכן להטיל את המשך הדגימה לכוסית.
יש לאסוף את הדגימה מיד עם תחילת הזרם הראשון של השתן.
יש לאסוף דגימת שתן מאמצע הזרם לכלי סטרילי הניתן במעבדה או במרפאת הרופא.
יש לנקות היטב את אזור מתן השתן לפני מתן הדגימה.
מומלץ שתן ראשון של הבוקר.
נפח דגימת השתן שנמסרת צריכה להיות בין 30 מ"ל ל-50 מ"ל.
שתן ראשון של הבוקר; או שתן שני בהפרש של שתיים לפחות ממתן השתן הראשון.

בלקחת דם ורידי לתינוקות עד גיל שנה יש לקבוע תור בטלפון *3555

בערבי חג שירותי המעבדה במרכז הרפואי סגורים.

לבדיקות דחופות: IVF, בילירובין ילודים (נאונאטל), INR למטופלי קומדין וספירת דם יש לפנות למוקדי רפואה דחופה שבסניפי מכבי בין השעות: 7:00-8:30

לעיתים תתבצענה בדיקות נוספות ביזמת המעבדה.

תוקף ההמלצה ל 90 יום, מתאריך 12/01/2021 עד תאריך 12/04/2021.

את תוצאות הבדיקות ניתן לראות גם בכתובת WWW.MACCABI-HEALTH.CO.IL, לקבלת סיסמה אנא פנה לסניף.

בדיקה ציטולוגית מספר: C000832/21 עמוד 1 מתוך 1
תאריך הדפסה: 24/01/2021

לכבוד: ד"ר סטרכילביץ יעקב
צילה 6
קרית יובל - ירושלים



בדיקה ציטולוגית מספר: C000832/21

מספר דרישה: 62137635	רומ יהונתן	שם הנבדק:
תחנת איסוף: 409-תחנת איסוף- מבשרת	0302561188	ת.ז:
תאריך לקיחה: 12/01/2021	22/07/1990	תאריך לידה:
תאריך קבלה: 17/01/2021	0547855565	טלפון:
רופא מבצע:	ד"ר סטרכילביץ יעקב	רופא מפנה:
טלפון:	02-6323222	טלפון:

אבחנה ופרטים קליניים:

Urine cytology

חומר לבדיקה:

תשובה ציטולוגית

בדיקה מאקרוסקופית
התקבלה צנצנת (1) C000832/21.1- מסומנת בפרטי הנבדק ובה 80 סמ"ק נוזל צלול צהוב.

בדיקה מיקרוסקופית

Urine cytology :
- Normal cytology.
- Inflammation present.

Snomed: T - 7X100 , M - 00100,40000

מ.מ: 12632 תאריך: 23/01/2021

רופא: דר' ס. זהבי חתימה: 93.0.1

תשובת הביופסיה נמסרה למטופל באמצעות: מכתב / טלפון / מפגש תאריך חתימת הרופא

תוכן מסמך זה, על נספחיו, הינו סודי ואישי ומיועד למכותבים בלבד. אם קבלת מסמך זה בטעות ואינך הנמען המיועד, הרינו להודיעך כי כל שימוש, שכפול או הפצה של מסמך זה או תוכנו אסורים בתכלית האיסור. נודה לך באם תתקשר/י אלינו מיידית על מנת לדאוג להחזרת המסמך.



082758

קוד הפניה: 204872545

מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

טלפון: 08-8621700

פקס: 073-2284795

כתובת: פינס 3, גדרה

ד"ר ברודסקי אולג

אורולוגיה

התמחויות:

מומחה באורולוגיה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 302561188

שם פרטי: יהונתן

שם משפחה: רום

טל.עבודה/נייד: 0547855565

0547855565

טלפון:

מין: ז

22/07/1990

ת.לידה:

מיקוד 9081502

, בית זית

כתובת:



0302561188

התייעצות מומחה

- במכבי

מחלות זיהומיותתחום שירות:

סוג הייעוץ: רגיל

גורם משלם: 25 ב.טלפוני שעת קורונה

תלונות: מעקב

ממצאים: אין צורך בבדיקה בביקור זה

דיון ואבחנה מبدלת: הפניה ליעוץ רופא מחלות זיהומיות.

אבחנה:

• URETHRITIS NONGONOCOCCAL SEXUAL TRANSMISSIO

מעשנת/ לא

- FRACTURE ANKLE MEDIAL MALLEOLUS CLOSED Left (07/2020)
- TOBACCO USE DISORDER (30/11/2010)
- WORK ACCIDENT (07/2020)

בעיות ידועות:

רגישויות: 03/06/2018 - ASPIRIN/NSAIDS -

רגישויות לתרופות: נפישות - 08/09/2016 - ASPIRIN/NSAIDS -

מטרת ההפניה: בן 30 לאחר כישלון של טיפול ב-Doxy עקב Non-Gonn. Urethritis להמשך טיפול.

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

27/01/2021

חתימה וחותמת הרופא

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליעוץ.

תאריך

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

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 27/01/2021 עד תאריך - 26/07/2021



103861

מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

ד"ר חמאוי אסף
כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 02-5940444

פקס: 073-2132691

כתובת: תורן חיים 45, ירושלים

פרטי הנבדק:

שם משפחה: רום

שם פרטי: יהונתן

ת.ז.: 302561188

טל.עבודה/נייד: 0547855565

מיקוד 9081502

טלפון: 0547855565

מין: ז

ת.לידה: 22/07/1990

כתובת: בית זית



0302561188

תשובת יועץ

בבדיקה שנעשתה ב: 01/02/2021

עקב: בביקור בתאריך 30/11/2020 בשעה 18:10:32

בן 30. עובד על מלגזה.
מצב לאחר שבר בקרסול שמאל - פטישון מדיאלי. טופל שמרנית. שבר ב 7/6/2020 במהלך העבודה. עבר צילומים בשערי צדק. נראה חיבור מלא.
המצב כעת -

עדיין הגבלה בתנועות הקרסול. כאבים. הכאב מומחר לאחר תנועה.
כבר 5 חודשים בחופשת מחלה. מחר יש בדיקת רופא תעסוקתי.

בביקור בתאריך 01/02/2021 בשעה 19:08:18

חזר לעבודה לפני חודש. שוב עובד על מלגזה. מתקשה מאוד והעבודה מחמירה את הכאבים.

ממצאים: בביקור בתאריך 30/11/2020 בשעה 18:10:32
קרסול שמאל - ללא נפיחות או רגיושת ממוקדת. צניחה של הקשת המדיאלית עם תיקון בעמידה על אצבעות.

בביקור בתאריך 01/02/2021 בשעה 19:08:18

קרסול שמאל - ללא נפיחות

טווח 20-0-30

רגיושת בסוף ה DF.

• ANKLE PAIN Left

• FRACTURE ANKLE MEDIAL MALLEOLUS CLOSED Left

אבחנה:

סיכום והמלצות: מתקשה בעבודה מאומצת
מומלץ לעבור לעבודה משרדית

01/02/2021

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

תאריך הדפסה: 02/02/2021

מ.ר גורם מפנה



147753

מכבי שירותי בריאות
מרפאה תעסוקתית
העתיד טופס
08/06/2025

ד"ר לגריסי-טלמן רון
מתמחה ברפואה תעסוקתית

טלפון: 02-5940430

פקס: 073-2132648

כתובת: נוף קדומים, מודיעין-מכבים-רעות

פרטי הנבדק:	שם משפחה: רום	שם פרטי: יהונתן	ת.ז.: 302561188
ת.לידה: 22/07/1990	מין: ז	טלפון: 0547855565	טל.עבודה/נייד: 0547855565
כתובת: בית זית,	מיקוד: 9081502		

0302561188

מכתב - מרפאה תעסוקתית

תאריך: 02/02/2021

לכבוד: ארכה- צל ההר 7 מודיעין

לאחר שבדקתי את העובד ועיינתי בחו"ד רפואיות הגעתי למסקנות כדלהלן:
- אינו כשיר לעבודתו כמלגזן באופן זמני
- כשיר לעבודה חלופית שאינה כרוכה בעמידה ממושכת, הליכה ממושכת, שימוש תדיר במדרגות, ודרישה לעבודה עם נעלי בטיחות. ולמעשה בעבודה משרדית.
- תוקף האישור ל4 שבועות.
- במידה לא ניתן להעסיקו במגבלות אלה, יצא לחופשת מחלה עד לתום התקופה.
- מוזמן לביקור במרפאתנו בסיום תקופה זו, בצירוף חוות דעת מרופאים רלוונטיים, ובצירוף בדיקות עזר

בברכה, ד"ר לגריסי רוני
מרפאה תעסוקתית - מכבי שירותי בריאות
נוף קדומים- מרכז מסחרי ישן מכבים
טל- 02-5940430 פקס- 0732132648
דוא"ל: Occmedjer@mac.org.il

בברכה,

ד"ר לגריסי-טלמן רון

חתימה



147753

מכבי שירותי בריאות
העתיקה טופס
08/06/2025

ד"ר לגריסי-טלמן רון
מתמחה ברפואה תעסוקתית

טלפון: 02-5940430

פקס: 073-2132648

כתובת: נוף קדומים, מודיעין-מכבים-רעות

פרטי הנבדק:	שם משפחה: רום	שם פרטי: יהונתן	ת.ז.: 302561188
ת.לידה: 22/07/1990	מין: ז	טלפון: 0547855565	טל.עבודה/נייד: 0547855565
כתובת: בית זית	מיקוד: 9081502		

תשובת יועץ - מרפאה תעסוקתית

לכבוד:

ד"ר פרלוב אלה

בבדיקה שנעשתה ב: 02/02/2021

עקב: בביקור בתאריך 09/12/2020 בשעה 11:23:53

09/12/2020 - ביקור כושר ראשון -

בן 30, רווק, בריא בד"כ וללא טיפול תרופתי קבוע, מעשן (חצי חפיסה ליום 14 שנים) כעת בהליך גמילה עצמית, לא שותה אלכוהול בקביעות, ימני דומיננטי.

רקע תעסוקתי: עובד בחברת 'ארכא', בתפקיד מחסנאי, ומלגזן (מלגזה חשמלית - נדרש שימוש בשתי הרגליים לנהיגה), דרישה להרמת משאות כבדים עד 60 ק"ג עם עובד נוסף. וותק: 9 חודשים. היקף משרה: 11 שעות ביום, 5-6 ימים בשבוע העבודה במשמרות (גם לילה).

רקע תעסוקתי: עבד בחברת השכרת רכב, עבודה כקצב במקומות עבודה שונים, ברמן שירות צבאי: שירת בצה"ל כשנה וחצי, שוחרר בשל בעיות בריאותיות (24)

מחלה נוכחית: בן 30, ב 7/6/2020 ת"ע. שבר בקרסול שמאל - פטישון מדיאלי משמאל.

טופל שמרנית. צילומים בשערי צדק. נראה חיבור מלא.

הונח גבס סירקולרי. צילום ביקורת עמדה טובה של השבר.

המצב כעת - עדיין הגבלה בתנועות הקרסול. כאבים. הכאב מוחמר לאחר תנועה.

כבר 5 חודשים בחופשת מחלה.

30/11/20 - ד"ר חמאוי אסף - אורטופד -

קרסול שמאל - ללא נפיחות או רגישות ממוקדת.

צניחה של הקשת המדיאלית עם תיקון בעמידה על אצבעות.

כעת: הימשכות כאבים בעמידה ממושכת, הולך ומבצע ריצה קלה בלבד.

תפקוד בסיסי ביתי - שמור, שינה ומצב רוח - שמורים

תרופות: ללא

02/02/2021 ביקור כושר חוזר -

חזר לעבודה עם מגבלות לקיצור שעות עבודה ומגבלה מהרמת משקלים מעל 15 ק"ג, בהמלצתי בתאריך 18/12/20. לדבריו בגלל המגבלות שניתנו לו, שובץ לעבודות במשמרות לילה בלבד, מהסיבה שבבדיקה עומס עבודה מופחת.

מתקשה בהליכה ממושכת ועמידה ממושכת, כאבים בסוף יום העבודה.

01/02/21 - ד"ר חמאוי אסף - אורטופד -

קרסול שמאל ללא נפיחות, טווח 0-20, רגישות בסוף הDF. ממליץ על עבודה בישיבה.

ממשיך שיקום במכון הפיזיותרפיה, ותרגול ביתי - לחיזוק השרירים ויציבות הקרסול, שימוש במדרגות

מטרת הביקור - כושר עבודה

ממצאים: בביקור בתאריך 09/12/2020 בשעה 11:23:53

הולך ללא שימוש באמצעי עזר להליכה, צליעה קלה על רגל שמאל

מעברים - שמורים, חליצת נעליים - שמורה

קרסול שמאל - ללא נפיחות או המטומה, כאבים בתנועות DF וPF.

טווחי תנועה - מגבלה בDF - עד 30 מעלות, בPF - עד 20 מעלות מגבלה ניכרת.

טווחים מלאים בINVERSION ו-EVERSION

מבחן מגירה ליציבות הקרסול - יציב. SQUEEZE TEST - תקין -

בביקור בתאריך 02/02/2021 בשעה 11:26:17

הליכה ללא צליעה, ללא שימוש בא"ע להליכה.

קרסול שמאל-מגבלה בDF - עד 30 מעלות, בPF - עד 20 מעלות מגבלה ניכרת.



147753

מכבי שירותי בריאות
העתיד טופס
08/06/2025

ד"ר לגריסי-טלמן רון
מתמחה ברפואה תעסוקתית

טלפון: 02-5940430

פקס: 073-2132648

כתובת: נוף קדומים, מודיעין-מכבים-רעות

פרטי הנבדק:

שם משפחה: רום

שם פרטי: יהונתן

ת.ז.: 302561188

טל. עבודה/נייד: 0547855565

מיקוד 9081502

טלפון: 0547855565

מין: ז

ת.לידה: 22/07/1990

כתובת: , בית זית



0302561188

תשובת יועץ - מרפאה תעסוקתית

טווחים מלאים INVERSION, ו-EVERSION
מבחן מגירה ליציבות הקרסול- יציב. SQUEEZE TEST- תקין, ללא חסר NV

FITNESS FOR WORK EXAMINATION- INTERNE

טיפולים:

דיון ואבחנה מבדלת:

מחסנאי/מלגזן בן 30, 7 חודשים אחרי ת"ע ושבר בפטישון מדיאלי משמאל, שטופל שמרנית, ונראה יציב בבדיקה וע"פ צילומים. תאונתו הוכרה במל"ל כתאונת עבודה, עם נכות זמנית בגובה 15%. הימשכות כאב, קושי בשימוש במדרגות, ומגבלה קלה בטווחי התנועה של הקרסול. החמרת הכאב בניסיון חזרה לעבודה עם מגבלות, נדרש לשימוש בנעלי עבודה אשר תורמות להחמרה בכאב בקרסול בסוף יום עבודה. להערכתי: בשל אופי עבודתו הפיזי ודרישה לנהיגה במלגזה בשתי רגליו שעות רבות, דרישה לטיפול חוזר לתוך תא נהג המלגזה, דרישה בטיחותית לשימוש בנעלי עבודה, ודרישה להרמת משקלים כבדים, נדרש המשך אישור למגבלות והמלצה לעבודה חלופית שאין בה דרישה לשימוש בנעלי עבודה, באופן זמני 4 שבועות לצורך המשך שיקום במסגרת טיפולי PT, לחיזוק ושיפור טווחי התנועה. ביקורת בתום התקופה.

- OCCUPATIONAL FITNESS FOR WORK EXAMINATION
- FRACTURE ANKLE MEDIAL MALLEOLUS CLOSED Left

אבחנה:

סיכום והמלצות: לאחר שבדקתי את העובד ועיינתי בחו"ד רפואיות הגעתי למסקנות כדלהלן:

- אינו כשיר לעבודתו כמלגזן באופן זמני
- כשיר לעבודה חלופית שאינה כרוכה בעמידה ממושכת, הליכה ממושכת, שימוש תדיר במדרגות, ודרישה לעבודה עם נעלי בטיחות. ולמעשה בעבודה משרדית.
- תוקף האישור 4 שבועות.
- במידה לא ניתן להעסיקו במגבלות אלה, יצא לחופשת מחלה עד לתום התקופה.
- מוזמן לביקור במרפאתנו בסיום תקופה זו, בצירוף חוות דעת מרופאים רלוונטיים, ובצירוף בדיקות עזר

ביקורת והמשך מעקב: מוזמן למעקב: כן בעוד כ-4 שבועות

02/02/2021

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

העתק טופס
06/06/2025

פרטי רופא

שם רופא:
ד"ר סטריכליביץ יעקב
מומחיות:
מומחה במחלות זיהומיות
טלפון:
02-6323222

מס ביקור

00015911553
073-2132684 פקס:

מכבי שירותי בריאות

פרטי מטופל

ת"ז

0302561188

שם מטופל: רום יהונתן

ת"ז: 302561188

גיל 30 שנים ו- 6 חודשים

טלפון: 0547855565, 0547855565

רשימת תרופות שהופק להם מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 02/02/2021 (דף זה אינו מרשם)

מידע מנהלי	בתוקף לרכישה	לפני שינה	ערב	צהריים	בוקר	משך טיפול	אופן שימוש הנחיות	שם תרופה
TAB 14 - כמות ליניפוק: 10% ** השתתפות עצמית: 10%	02/02/2021-16/02/2021		1 טבליה		1 טבליה	7 ימים	אופן שימוש הנחיות ביום * DOXYLIN עם או אחרי אוכל	שם תרופה tab. doxycycline 100 mg DOXYLIN
TAB 12 - כמות ליניפוק: 10% ** השתתפות עצמית: 10%	02/02/2021-16/02/2021				4 טבליה	3 ימים	קובה ריקה. יום ראשון 1 גרם ואח"כ 500 מ"ג כל יום למשך 4 ימים נוספים, סה"כ 3 גר	שם תרופה tab. azithromycin 250 mg ZETO, AZENIL

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

תאריך הדפסה: 03/02/2021

מ.ר גורם מפנה



016044

קוד הפניה: 205751811

מכבי שירותי בריאות

העתק טופס
08/06/2025

דר' כץ מריאן

עור ומין

התמחויות:

מומחה במחלות עור ומין

טלפון: 02-5846400/1

פקס: 02-6789055

כתובת: קניון מלחה, ירושלים (כניסה דרך שער נרקיס, קומה 4 במעלית המגדל)

פרטי הנבדק:

שם משפחה: רום

שם פרטי: יהונתן

ת.ז.: 302561188

טל.עבודה/נייד: 0547855565

0547855565

טלפון:

מין: ז

22/07/1990

ת.לידה:

מיקוד 9081502

בית זית

כתובת:



0302561188

התייעצות מומחה

- במכבי

נשים - צוואר הרחם/מחלות העריה

תחום שירות:

סוג הייעוץ: רגיל

מרפאה: הדסה עין כרם

תלונות: יתעץ עם רופא זיהומולוג וקיבל טיפול אנטיביוטי

ממצאים: פפולות ורוקוזיות

מוזמן להדסה לטיפול לייזר לא חר שטופל בעבר ללא הצלחה

אבחנה:

• CONDYLOMA ACCUMINATA
penis

מעשנ/ת: לא

בעיות ידועות:

- FRACTURE ANKLE MEDIAL MALLEOLUS CLOSED Left (07/2020)
- TOBACCO USE DISORDER (30/11/2010)
- WORK ACCIDENT (07/2020)

רגישויות: 03/06/2018 - ASPIRIN/NSAIDS -

רגישויות לתרופות: נפיחות - 08/09/2016 - ASPIRIN/NSAIDS -

מטרת ההפניה: לטיפול לייזר

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

03/02/2021

חתימה וחותמת הרופא

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

תאריך

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

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 03/02/2021 עד תאריך - 02/08/2021



025277

קוד הפניה: 211233575

טלפון: 02-5913200

פקס: 073-2132690

כתובת: דרך קדם 5, מעלה אדומים (קניון אדומים, קומה 3)

מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025ד"ר פרלוב אלה
משפחה, פנימית וכללית

פרטי הנבדק:	שם משפחה: רום	שם פרטי: יהונתן	ת.ז.: 302561188
ת.לידה: 22/07/1990	מין: ז	טלפון: 0547855565	טל.עבודה/נייד: 0547855565
כתובת: , בית זית	מיקוד: 9081502		



0302561188

דף מידע לבדיקות**ההפניה לבדיקות שהומלצו ממתינה בשירות המעבדה בכל סניפי מכבי.**

להלן הבדיקות שהומלצו ע"י הרופא אנא פעל בהתאם להנחיות:

STD panel PCR (Urine) - 07801

**** נא להצטייד בכרטיס מגנטי ****

צום לפני הבדיקה: לביצוע הבדיקות בהפנייה זו אין צורך בצום

הנחיות נוספות: יש לאסוף את הדגימה מיד עם תחילת הזרם הראשון של השתן.
יש למסור דגימת שתן ראשון של הבוקר או שתן שניתן בהפרש של שעתיים לפחות ממתן השתן הקודם.

בלקחת דם ורידי לתינוקות עד גיל שנה יש לקבוע תור בטלפון *3555

בערבי חג שירותי המעבדה במרכז הרפואי סגורים.

לבדיקות דחופות: IVF, ביילירובין ילודים (נאונאטל), INR למטופלי קומדין וספירת דם יש לפנות למוקדי רפואה דחופה שבסניפי מכבי בין השעות: 7:00-8:30

תוקף ההמלצה ל 90 יום, מתאריך 16/03/2021 עד תאריך 14/06/2021. לעיתים תתבצענה בדיקות נוספות ביזמת המעבדה.

את תוצאות הבדיקות ניתן לראות גם בכתובת WWW.MACCABI-HEALTH.CO.IL , לקבלת סיסמה אנא פנה לסניף.



147753

מכבי שירותי בריאות
מ.רפאה תעסוקתית
08/06/2025

ד"ר לגריסי-טלמן רון

מתמחה ברפואה תעסוקתית

טלפון: 02-5940430

פקס: 073-2132648

כתובת: נוף קדומים, מודיעין-מכבים-רעות

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 302561188

שם פרטי: יהונתן

שם משפחה: רום

טל.עבודה/נייד: 0547855565

0547855565

טלפון:

מין: ז

22/07/1990

ת.לידה:



0302561188

כתובת: , בית זית

מיקוד 9081502

תשובת יועץ - מרפאה תעסוקתית

לכבוד:

ד"ר פרלוב אלה

בבדיקה שנעשתה ב: 16/03/2021

עקב: בביקור בתאריך 09/12/2020 בשעה 11:23:53

09/12/2020 - ביקור כושר ראשון-

בן 30, רווק, בריא בד"כ וללא טיפול תרופתי קבוע, מעשן (חצי חפיסה ליום 14 שנים) כעת בהליך גמילה עצמית, לא שותה אלכוהול בקביעות, ימני דומיננטי.

רקע תעסוקתי: עובד בחברת 'ארכא', בתפקיד מחסנאי, ומלגזן (מלגזה חשמלית- נדרש שימוש בשתי הרגליים לנהיגה), דרישה להרמת משאות כבדים עד 60 ק"ג עם עובד נוסף. וותק: 9 חודשים. היקף משרה: 11 שעות ביום, 5-6 ימים בשבוע העבודה במשמרות (גם לילה).

רקע תעסוקתי: עבד בחברת השכרת רכב, עבודה כקצב במקומות עבודה שונים, ברמן שירות צבאי: שירת בצה"ל כשנה וחצי, שוחרר בשל בעיות בריאותיות (24)

מחלה נוכחית: בן 30, ב 7/6/2020 ת"ע. שבר בקרסול שמאל - פטישון מדיאלי משמאל.

טופל שמרנית. צילומים בשערי צדק. נראה חיבור מלא.

הונח גבס סירקולרי. צילום ביקורת עמדה טובה של השבר.

המצב כעת - עדיין הגבלה בתנועות הקרסול. כאבים. הכאב מוחמר לאחר תנועה.

כבר 5 חודשים בחופשת מחלה.

30/11/2020 - ד"ר חמאוי אסף- אורטופד -

קרסול שמאל - ללא נפיחות או רגישות ממוקדת.

צניחה של הקשת המדיאלית עם תיקון בעמידה על אצבעות.

כעת: הימשכות כאבים בעמידה ממושכת, הולך ומבצע ריצה קלה בלבד.

תפקוד בסיסי ביתי- שמור, שינה ומצב רוח- שמורים

תרופות: ללא

02/02/2021 ביקור כושר חוזר-

חזר לעבודה עם מגבלות לקיצור שעות עבודה ומגבלה מהרמת משקלים מעל 15 ק"ג, בהמלצתי בתאריך 18/12/2020. לדבריו בגלל

המגבלות שניתנו לו, שובץ לעבודת במשמרות לילה בלבד, מהסיבה שבבדיקה עומס עבודה מופחת.

מתקשה בהליכה ממושכת ועמידה ממושכת, כאבים בסוף יום העבודה.

01/02/21 - ד"ר חמאוי אסף- אורטופד -

קרסול שמאל ללא נפיחות, טווח 20-30, רגישות בסוף הDF. ממליץ על עבודה בישיבה.

ממשיך שיקום במכון הפיזיותרפיה, ותרגול ביתי- לחיזוק השרירים ויציבות הקרסול, שימוש במדרגות

מטרת הביקור- כושר עבודה

16/03/2021 - ביקור כושר חוזר-

החולה הגיע ללא ח"ד מקצועיות הנוגעות לתלונותיו.

צפוי להיפגש בשבועיים הקרובים עם אורטופד מומחה נוסף.

כעת: אינו עובד (סטטוס העסקתו אינו ברור), מאחר ואין עבודה חלופית העומדת במגבלות שהמלצתי בביקורו הקודם.

התחיל לעבוד במקום עבודה אחר (עבודה משרדית במוסך)

מעוניין להגיע לביקור נוסף, לאחר שיישלים את הבריר למצבו.

ממצאים: בביקור בתאריך 09/12/2020 בשעה 11:23:53

הולך ללא שימוש באמצעי עזר להליכה, צליעה קלה על רגל שמאל

מעברים- שמורים, חליצת נעליים- שמורה

קרסול שמאל- ללא נפיחות או המטומה, כאבים בתנועות DF PF.

תאריך הדפסה: 16/03/2021

מ.ר גורם מפנה



147753

מכבי שירותי בריאות
מ.רפאה תעסוקתית
08/06/2025

ד"ר לגריסי-טלמן רון
מתמחה ברפואה תעסוקתית

טלפון: 02-5940430

פקס: 073-2132648

כתובת: נוף קדומים, מודיעין-מכבים-רעות

פרטי הנבדק:	שם משפחה: רום	שם פרטי: יהונתן	ת.ז.: 302561188
ת.לידה: 22/07/1990	מ.י.נ: ז	טלפון: 0547855565	טל.עבודה/נייד: 0547855565
כתובת: בית זית,			מיקוד 9081502

0302561188

תשובת יועץ - מרפאה תעסוקתית

טווחי תנועה - מגבלה ב-Df- עד 30 מעלות, ב-Pf- עד 20 מעלות מגבלה ניכרת.
טווחים מלאים ב-INVERSION, ו-EVERSION מבחן מגירה ליציבות הקרסול- יציב. SQUEEZE TEST- תקין-

בביקור בתאריך 02/02/2021 בשעה 11:26:17
הליכה ללא צליעה, ללא שימוש בא"ע להליכה.
קרסול שמאל-מגבלה ב-Df- עד 30 מעלות, ב-Pf- עד 20 מעלות מגבלה ניכרת.
טווחים מלאים ב-INVERSION, ו-EVERSION מבחן מגירה ליציבות הקרסול- יציב. SQUEEZE TEST- תקין, ללא חסר NV

דיון ואבחנה מبدלת:

לאחר שבדקתי את העובד ועיינתי בחו"ד רפואיות הגעתי למסקנות כדלהלן:
מאחר והתחיל בעבודה משרדית אצל מעסיק אחר, עבודה ההולמת את מגבלותיו, איני רואה צורך בהתערבות מול אחד המעסיקים בשלב זה, ובכך גם אינו מעוניין.
הגיע ללא חו"ד מקצועיות הנוגעות לתלונותיו.
במידה ויחול שיפור בבריאותו, וירצה לשוב לעבודתו הקודמת, מוזמן להגיע לביקור נוסף בצירוף חוות דעת מרופאים מקצועיים ובדיקות עזר רלוונטיות.

- OCCUPATIONAL FITNESS FOR WORK EXAMINATION
- FRACTURE ANKLE MEDIAL MALLEOLUS CLOSED Left

אבחנה:

סיכום והמלצות: ראה המלצות המפורטות מעלה

ביקורת והמשך מעקב: מוזמן למעקב: על פי צורך

16/03/2021

תאריך

חתימה וחותמת הרופא

העתק טופס
08/06/2025

מכבי שירותי בריאות

פרטי מטופל

מס ביקור



000163238373

פקס: 03-5250181

שם רופא:

ד"ר לוי יצחק

מומחיות: מומחה במחלות זיהומיות

טלפון: 03-6200907

ת"ז



0302561188

שם מטופל: רום יהונתן

ת"ז: 302561188

גיל: 30 שנים ו-8 חודשים

טלפון: 0547855565

רשימת תרופות שהופק להם מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 23/03/2021 (דף זה אינו מרשם)

שם תרופה	אופן שימוש הנחיות	משך טיפול	בוקר	צהריים	ערב	לפני שינה	בתוקף לרכישה	מידע מנהלי
שם תרופה	אופן שימוש הנחיות	משך טיפול	בוקר	צהריים	ערב	לפני שינה	בתוקף לרכישה	מידע מנהלי
DOXYLINE * ביום	1 טבליה 1 פעמים	21 ימים	1 טבליה		1 טבליה		23/03/2021-06/04/2021	TAB 42
עם או אחרי אוכל								השתתפות עצמית: 10 %

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

תאריך: 19/04/2021

מ.ר גורם מפנה

מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025



0036169902



036799

קוד הפניה: 215600477

טלפון: 03-9083500

פקס: 073-2132770

כתובת: רבנו ניסים גאון 1, אלעד

דר' בודה ינון

אף אוזן וגרון

התמחויות:

מומחה באף אוזן וגרון

פרטי הנבדק:	שם משפחה: רום	שם פרטי: יהונתן	ת.ז.: 302561188
ת.לידה: 22/07/1990	מיון: ז	טלפון: 0547855565	טל.עבודה/נייד: 0547855565
כתובת: שטיינברג יחיא 18, ירושלים	מיקוד: 9677171		

0302561188

מכון שמיעה

תלונות: רושם לירידה בשמיעה
אין סיפור משפחתי
תתכן חשיפה תעסוקתית לרעש
ללא דלקות או ניתוחי אוזניים בילדות

ממצאים: אוזניים תעלות ותופיות תקינות

אבחנה:

בעיות ידועות:

• HEARING EXAMINATION

- FRACTURE ANKLE MEDIAL MALLEOLUS CLOSED Left (07/2020)
- TOBACCO USE DISORDER (30/11/2010)
- WORK ACCIDENT (07/2020)

הבדיקה הדרושה	
92557	בדיקת שמיעה מעל גיל 5
92567	טימפנומטריה

נא להצטייד בכרטיס מגנטי

19/04/2021

חתימה וחותמת הרופא

נא לצרף מסמכים רלוונטיים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

תאריך

לזימון תור למכון הקרוב למקום מגוריך או למכון אחר המופיע בהפניה, עליך לפנות למרכז זימון תורים: *3555 או ל 1-700-50-53-53
תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 19/04/2021 עד תאריך - 16/10/2021

(סעיף 3ב(2)(א), ו-9א(2)(א))

מרשם רופא לשימוש בתכשיר שאינו רשום במוסד רפואי לחולה פרטני (טופס 29ג')

מין: ז

גיל: 30.9

ת.ז.: 302561188

שם המטופל: רום יהונתן

שם המוסד הרפואי: מכבי שירותי בריאות

מחלקה:

Tab. MOXIFLOXACIN 400MG X 5

שם התכשיר / צורתו ודרך המתן:

הרכב (חומרים פעילים כמות / ריכוז) moxifloxacin 400 mg

שם היצרן וארץ הייצור:

ההתוויה המבוקשת:

הנימוקים:

(יש לצרף האסמכתאות הרפואיות (ספרות, מאמרים וכיו"ב))

מינון יומי: 1 טבלה 1 פעמים ביום

משך טיפול: לתקופה של 180 ימים

כמות כוללת דרושה (שלא תעלה על כמות צריכה ל 6 חודשים): 7

הצהרת הרופא (נא לסמן את המתאים):

1. אני הח"מ מודע לכך כי:

* התכשיר חיוני ולא קיים תכשיר חלופי מתאים הרשום ומשווק בישראל לאותה מטרה.

☐ התכשיר אינו רשום בפנקס התכשירים הרפואיים בישראל.

☐ התכשיר רשום בפנקס התכשירים הרפואיים בישראל אך לא להתוויה המבוקשת (OFF LABEL).

☐ התכשיר רשום במשרד הבריאות של אחת מהמדינות המוכרות המפורטות להלן ומקובל בה להתוויה המבוקשת:

☐ מערב אירופה ☐ ארה"ב ☐ קנדה ☐ אוסטרליה ☐ יפן

2. אני מצהיר כי:

2.1 התועלת בשימוש בתכשיר עולה על הסיכון בו.

2.2 הסברתי למטופל את משמעות הטיפול בתכשיר להתוויה שאינה רשומה והוא נתן לטיפול את הסכמתו מדעת, מרצונו החופשי.

2.3 ההוראה לשימוש בתכשיר הנ"ל ולהתוויה המבוקשת היא באחריות הרפואית.

מספר טלפון לבירורים: 03-9045944/55

שם הרופא: דר' עוזי דן

מספר רשיון: 18569 מומחיות: מומחה ברפואת נשים

22/04/2021

תאריך:

חתימת הרופא:

אישורי המוסד הרפואי:

יו"ר ועדת התרופות

מנהל או מוסמך מטעמו

מנהל שירותי הרוקחות

שם המאשר וחתימתו:

תאריך:

שים לב! תוקף המרשם מוגבל ל-6 חודשים והנך מתבקש/ת להקפיד ולחדשו בהתאם.

העתק טופס
08/06/2025

מכבי שירותי בריאות

פרטי מטופל

מס ביקור



000165544292

פקס: 03-9045966

שם רופא:

דר' עוזי דן

מומחה ברפואת נשים

03-9045944/55

ת"ז



0302561188

שם מטופל: רום יהונתן

ת"ז: 302561188

גיל: 30 שנים ו-9 חודשים

טלפון: 0547855565, 0547855565

רשימת תרופות שהופק להם מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 22/04/2021 (דף זה אינו מרשם)

מידע מנהלי	בתוקף לרכישה	לפני שינה	ערב	צהריים	בוקר	משך טיפול	אופן שימוש הנחיות	שם תרופה
ניפוק בבית מרקחת מכבי. נדרש אישור	TAB 7 - כמות ליפוק: 7				1 טבליה	1 פעם ביום 7 ימים	אופל שימוש הנחיות	שם תרופה
								tab. moxifloxacin 400 mg * MOXIFLOXACIN

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

תאריך: 06/05/2021

מ.ר גורם מפנה



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

ד"ר פרלוב אליה
משפחה, פנימית וכללית

טלפון: 02-5913200

פקס: 073-2132690

כתובת: דרך קדם 5, מעלה אדומים (קניון אדומים, קומה 3)

פרטי הנבדק:	שם משפחה: רום	שם פרטי: יהונתן	ת.ז.: 302561188
ת.לידה: 22/07/1990	מין: ז	טלפון: 0547855565	טל.עבודה/נייד: 0547855565
כתובת: שטיינברג יחיא 18, ירושלים	מיקוד: 9677171		
0302561188			

אישור מחלה

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

אינו/ה מסוגלת/לעבוד מיום: 06/05/2021 עד יום: 06/05/2021 סה"כ: 1 ימים.

חתימה וחותמת הרופא

06/05/2021

תאריך

תאריך: 06/05/2021

מ.ר. גורם מפנה



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

ד"ר פרלוב אלה
משפחה, פנימית וכללית

טלפון: 02-5913200

פקס: 073-2132690

כתובת: דרך קדם 5, מעלה אדומים (קניון אדומים, קומה 3)

פרטי הנבדק:	שם משפחה: רום	שם פרטי: יהונתן	ת.ז.: 302561188
ת.לידה: 22/07/1990	מין: ז	טלפון: 0547855565	טל.עבודה/נייד: 0547855565
כתובת: שטיינברג יחיא 18, ירושלים	מיקוד: 9677171		

0302561188

אישור רפואי

מיועד ל: כל המעוניין

תלונות:

חום עד 39
חולשה וכאבי שרירים. מזה מאתמול

אבחנה:

- FEVER
- VIRAL INFECTIONS UNS

בעיות ידועות:

- FRACTURE ANKLE MEDIAL MALLEOLUS CLOSED Left (07/2020)
- TOBACCO USE DISORDER (30/11/2010)
- WORK ACCIDENT (07/2020)

רגישויות:

- ASPIRIN/NSAIDS - 03/06/2018

רגישויות לתרופות:

נפיחות - ASPIRIN/NSAIDS - 08/09/2016

תרופות קבועות:

LAMODEX 25MG X 30 1X1X30

הערות:

קיבל טיפול ואישור מחלה

רישום רפואי זה כפוף לתנאים שלהלן:

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 לאמינות העובדות שנרשמו לפניו / או מפי הוריו או אפוטרופוסיו 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 מסוימת לא מצאו את ביטויים ברישומים שבכרטיס הרפואי הנ"ל.

06/05/2021

חתימה וחותמת הרופא

תאריך