



מחלקה לרפואה דחופה
מנהל מלר"ד: ד"ר גל פחיס
אח/ות אחראי/ת: 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 ממנו 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: רום	ת. לידה: 22/07/1990 גיל: 33
שם פרטי: יהונתן	ת. זהות: 302561188 מין: זכר
כתובת: בית עוזיאל ת.ד בית זית 15522 ב 9979400	מצב משפחתי: רווק/ה 0
טלפון: 054-7855565	שם האב: דויד שם האם:
זמן קבלה: 14:21 20/10/2023	קופ"ח מכבי
זמן פתיחת גיליון: 14:24 20/10/2023	מספר מקרה: 12099466
זמן שחרור: 15:06 20/10/2023	

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה

החלטה רפואית: שחרור

אבחנות במלרד

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	MP	Rec
אבחנה BACK CONTUSION	922.31			✓			

רגישות לתרופות

שם התרופה
NSAIDs
תאריך רישום
26/09/2023

לא ידועה רגישות לחומרים

סיבת פנייה

סיבה עיקרית: תאונת דרכים
סיבות נוספות: תאונת דרכים

בדיקת רופא ראשונית

בן 33, בריא בד"כ.
לדבריו, היום ת.ד. כנהג, היה חגור. מנגנון אחורי. ללא חבלת ראש. יש כאבים בגב תחתון, כתפיים וברכיים, ללא חבלות ישירות לגוף.
ללא איבוד שליטה על סוגרים.

בבדיקה - מתהלך בצורה תקינה.
ללא רגישות עמ"ש צווארי וגבי.
רגישות קלה עמ"ש מתני והגבלה בתנועות.
תחושה שמורה בגפיים תחתונות, עולה על אצבעות ועקבים.
כוח גס מלא IP QUAD TA PF EHL 5/5 ימין ושמאל.

בצילום עמ"ש מתני - ללא שבר או פריקה, ללא ממצא גרמי חריף.

לסיכום - תאונת דרכים במנגנון "הצלפת שוט" ללא ממצא חריף

הוסבר על האבחנה ועל המשך הטיפול

המשך מכתב: 302561188 יהונתן רום

מדדים אחרונים

SAT	T	P	BP
100	36.8	75	129/84

המלצות בשחרור

המלצה:

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

חופשת מחלה: 2 ימים.

חתימת רופא

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
ד"ר גלעד טריגר עמית מ.ר. 150589	רופא/ה מורשה/ת שחרור	20/10/2023 14:36

העתק טופס
08/06/2025

מכבי שירותי בריאות

פרטי מטופל

מס ביקור



000256816628

פקס: 08-9494968

שם רופא:

ד"ר קרביץ ארקדי

טלפון:

08-9494221

ת"ז



0302561188

שם מטופל: רום יהונתן

ת"ז: 302561188

גיל: 33 שנים - 3 חודשים

טלפון: 0547855565, 0547855565

רשימת תרופות שהופק לה מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 10/11/2023 (דף זה אינו מרשם)

מידע מנהלי	בתוקף לרכישה	לפני השנייה	ערב	צהריים	בוקר	משך הטיפול	אופן השימוש הנחיות	שם התרופה
כמות לניפוק: 20 TAB השתתפות עצמית: 10 %	10/11/2023-24/11/2023		1 טבליה		1 טבליה	10 ימים	לבליעה 1 טבליה 2 פעמים ביום	tab. ciprofloxacin 500 mg * CIPRODEX
כמות לניפוק: 2 OP השתתפות עצמית: 10 %	10/11/2023-24/11/2023		5 טיפות	5 טיפות	5 טיפות	7 ימים	לטפטף באוזן 5 טיפות 3 פעמים ביום	drp. ciprofloxacin 3 mg * NAFLOXIN, CILOXAN

* ידוע לי שמורשה הרוקח/ת לנפק חלופה גרית שאושרה ע"י הקופה אלא אם הרופא צ"ן 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 נופק 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: 25/12/2023

מ.ר גורם מפנה



0310527312



117520



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

ד"ר רוזן רוני
גסטרואנטרולוגיה

התמחויות:

מומחה בגסטרואנטרולוגיה
מומחה ברפואה פנימית

קוד הפניה: 356191335
טלפון: 03-5080699 053-9956857
כתובת: פאול גרונינגר, ראשון לציון (בנין מטרו, קומה 5, משרד 12)

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 יחיאל 18, ירושלים	מיקוד: 9081502		

מכון גסטרו - אסותא

שם המכון: אסותא רמת החייל, הברזל 12 קומה 5

תלונות: בביקור בתאריך 12/10/2023 בשעה 19:52:57
בן 33+0 (אמור להתחתן ביום שישי 20/10/23), יליד ישראל
עובד בהנדסה אזרחית, פרטנר
בריא בד"כ
מעשן
אלרגיה ל NSAIDS
ללא תרופות קבועות.
מלין על צרבת לאורך כל היום, ריבוי גזים, יצאות לא ברורות (לעיתים עצירות לעיתים מימי), נמשך לפחות שנתיים. תחושת לחץ / כאבי בטן.
לא ידוע על IBD במשפחה
במשפחה יש סיפור של גידול באדרנל.
עליה של 20 ק"ג במשקל

בביקור בתאריך 25/12/2023 בשעה 12:03:09
סיפור כמפורט לעיל קלפרוטקטין תקין STOOl PCR תקין.
סובל מצרבות קשות, למרות NEXIUM מוסיף גם 5-6 רני.

ממצאים: בביקור בתאריך 12/10/2023 בשעה 19:52:57
אין צורך בבדיקה בביקור זה

בביקור בתאריך 25/12/2023 בשעה 12:03:09

- ABDOMINAL PAIN
- DYSPEPSIA

אבחנה:

- FAMILY HISTORY OF DIABETES MELLITUS (09/2022)
- FATTY LIVER (05/2023)
- POLYP GALLBLADDER (05/2023)
- 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: - ASPIRIN/NSAIDS - 08/09/2016 - נפיחות

מעשנת: לא

קוד	הבדיקה הדרושה	גסטרוסקופיה
7000		

תאריך: 25/12/2023

מ.ר גורם מפנה



0310527312



117520



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

ד"ר רוזן רוני
גסטרואנטרולוגיה

התמחויות:

מומחה בגסטרואנטרולוגיה
מומחה ברפואה פנימית

קוד הפניה: 356191335
טלפון: 03-5080699 053-9956857
כתובת: פאול גרונינגר, ראשון לציון (בנין מטרו, קומה 5, משרד 12)

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 יחיאל 18, ירושלים	מיקוד: 9081502		

0302561188

מכון גסטרו - אסותא

נא להצטייד בכרטיס מגנטי

25/12/2023

תאריך	נא לצרף מסמכים רלוונטיים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש	חתימה וחותמת הרופא
לזימון תור למכון הקרוב למקום מגוריך או למכון אחר המופיע בהפניה, עליך לפנות למרכז זימון תורים: *3555 או ל 1-700-50-35-55		
שלום לך, אנו מזמינים אותך לפנות אלינו לקבלת מידע מפורט אודות ההליך שעליך לעבור		
באמצעות מערכת הסכמה מדעת הזמינה בכתובת maccabi.c-md.co.il		
שם הפעולה הרפואית	קוד פעולה רפואית	
גסטרוסקופיה אבחנתית	117-520-024-006	

צוות התמיכה עומד לשירותך בנושאים טכניים הנוגעים לתפעול האתר, בימים א'-ה' בין השעות 08:00 בבוקר ועד 19:00 בערב, בימי ו' וערבי חג בין השעות 08:00 בבוקר ועד 12:00 במספר הטלפון 072-2202200

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 25/12/2023 עד תאריך - 22/06/2024

פרטי מטופל

שם מטופל: רום 'הונתן'
ת"ז: 302561188
גיל: 33 שנים ו- 5 חודשים
טלפון: 0547855565

מין: ז'
ת"ז: 0302561188

ת"ז

פרטי רופא

שם רופא: ד"ר רוזן חני
מומחיות: מומחה בגסטרואנטרולוגיה
טלפון: 053-9956857 03-5080699

מס ביקור

רשימת תרופות שהופק להן מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 25/12/2023 (דף זה אינו מרשם)

מידע מנהלי	בתוקף לרכישה	לפני	ערב	צהריים	בוקר	משך הטיפול	אופן השימוש הנחיות	שם התרופה
כמות ליניפוק: 100 יחידות ** השתתפות עצמית: 15 %	25/12/2023-15/01/2024					30 ימים	לבליעה 1 טבליה 2 פעמים ביום לפי הצורך	tab. mebeverine hcl 135 mg * COLOTAL

* 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 שדרושות מרשם נייר אינן מוצגות בדף זה ולצורך קבלתם יש להגיע עם המרשם המקורי.

תאריך: 25/12/2023

מ.ר. גורם מפנה



117520



מנבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

ד"ר רוזן רוני
גסטרואנטרולוגיה

התמחויות:

מומחה בגסטרואנטרולוגיה

מומחה ברפואה פנימית

קוד הפניה: 356191777
טלפון: 03-5080699 053-9956857
כתובת: פאול גרונינגר, ראשון לציון (בנין מטרו, קומה 5, משרד 12)

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 יחיאל 18, ירושלים	מיקוד: 9081502		

מראות חוץ

הפעולה הנדרשת:

קוד	שם הטיפול
91065	צמיחת יתר של חיידקים במעי הדק - SIBO

נזון שירות: בי"ח אסותא אשדוד ציבורי

מחלקה: גסטרואנטרולוגיה

מטרת ההפניה: מתאן ומימן.

תלונות:

בביקור בתאריך 12/10/2023 בשעה 19:52:57
בן 33+0 (אמור להתחתן ביום שישי 20/10/23), יליד ישראל
עובד בהנדסה אזרחית, פרטנר
בריא בד"כ

מעשן
אלרגיה ל NSAIDS
ללא תרופות קבועות.
מלין על צרבת לאורך כל היום, ריבוי גזים, יצאות לא ברורות (לעיתים עצירות לעיתים מימי), נמשך לפחות שנתיים. תחושת לחץ / כאבי בטן.
לא ידוע על IBD במשפחה
במשפחה יש סיפור של גידול באדרנל.
עליה של 20 ק"ג במשקל

בביקור בתאריך 25/12/2023 בשעה 12:03:09
סיפור כמפורט לעיל קלפרוטקטין תקין STOOl PCR תקין.
סובל מצרבות קשות, למרות NEXIUM מוסיף גם 5-6 רני.

ממצאים:

בביקור בתאריך 12/10/2023 בשעה 19:52:57
אין צורך בבדיקה בביקור זה

בביקור בתאריך 25/12/2023 בשעה 12:03:09

- ABDOMINAL PAIN
- DYSPEPSIA

אבחנה:

- FAMILY HISTORY OF DIABETES MELLITUS (09/2022)
- FATTY LIVER (05/2023)
- POLYP GALLBLADDER (05/2023)
- 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 -

רגישות לתרופות: נפחות - 08/09/2016 - ASPIRIN/NSAIDS -

תאריך: 25/12/2023

מ.ר גורם מפנה



117520



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

ד"ר רוזן רוני
גסטרואנטרולוגיה

התמחויות:

מומחה בגסטרואנטרולוגיה
מומחה ברפואה פנימית

טלפון: 03-5080699 053-9956857
כתובת: פאול גרונינגר , ראשון לציון (בנין מטרו, קומה 5, משרד 12)
קוד הפניה: 356191777

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 יחיאל 18, ירושלים	מיקוד: 9081502		

0302561188

מראות חוץ

25/12/2023

חתימה וחומת הרופא

תאריך

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 25/12/2023 עד תאריך - 22/06/2024

לתשומת לבך: הפניה זו איננה מהווה התחייבות לבית החולים. עליך לקבל בנוסף טופס התחייבות. ההתחייבות אושרה אך טכנית לא ניתן להדפיסה במרפאת הרופא. עליך להדפיס את טופס ההתחייבות באתר מכבי אונליין, באפליקציית מכבי או בעמדות מכבי-לי בסניף הקרוב למקום מגוריך.

תאריך: 25/12/2023

מ.ר גורם מפנה



117520



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

ד"ר רוזן רוני
גסטרואנטרולוגיה

התמחויות:

מומחה בגסטרואנטרולוגיה
מומחה ברפואה פנימית

טלפון: 03-5080699 053-9956857
כתובת: פאול גרונינגר , ראשון לציון (בנין מטרו,קומה 5,משרד 12)

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 יחיאל 18, ירושלים		מיקוד: 9081502	
0302561188			

אישור מחלה

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

אינו/ה מסוגל/ת לעבוד מיום: 25/12/2023 עד יום: 25/12/2023 סה"כ: 1 ימים.

25/12/2023

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

תאריך: 26/12/2023

מ.ר גורם מפנה



035135



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

ד"ר קטנוב רגינה
משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:
מומחית ברפואת המשפחה

טלפון: 08-9275858
פקס: 08-9251972
כתובת: דני מס 16, רמלה

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 יחיאל 18, ירושלים	מיקוד: 9081502		

0302561188

אישור מחלה

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

אינו/ה מסוגל/ת לעבוד מיום: 26/12/2023 עד יום: 26/12/2023 סה"כ: 1 ימים.

26/12/2023

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

תאריך: 27/12/2023

מ.ר. גורם מפנה



0321245987



035135

קוד הפניה: 356498530



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

טלפון: 08-9275858

פקס: 08-9251972

כתובת: דני מס 16, רמלה

ד"ר קטנוב רגינה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואת המשפחה

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 יחיאל 18, ירושלים	מיקוד: 9081502		

0302561188

מכון לרפואת שינה

☒ נחירות / חשד להפסקות נשימה

גובה: 178 ס"מ משקל: 93.5 ק"ג BMI: 29.5 תאריך עדכון: 27/12/2023

• SLEEP APNEA Suspected

אבחנה:

- FAMILY HISTORY OF DIABETES MELLITUS (09/2022)
- FATTY LIVER (05/2023)
- POLYP GALLBLADDER (05/2023)
- FRACTURE ANKLE MEDIAL MALLEOLUS CLOSED Left (07/2020)
- TOBACCO USE DISORDER (30/11/2010)
- WORK ACCIDENT (07/2020)

בעיות ידועות:

פירוט	קוד	הבדיקה הדרושה
	95807.00.02	בדיקת שינה

סיבת הבדיקה/שאלה למבצע: OSAS

אתר זימון תורים אסותא appointment.assuta.co.il 03-7644444

נא להצטייד בכרטיס מגנטי

27/12/2023

חתימה וחותמת

תאריך

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 27/12/2023 עד תאריך - 24/06/2024

תאריך: 27/12/2023

מ.ר גורם מפנה



035135

קוד הפניה: 356498592



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

ד"ר קטנוב רגינה
משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:
מומחית ברפואת המשפחה

טלפון: 08-9275858

פקס: 08-9251972

כתובת: דני מס 16, רמלה

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 יחיאל 18, ירושלים	מיקוד: 9081502		

0302561188

הפניה ליעוץ דיאטטי

גורם משלם: 25 ב.טלפוני-תור מראש

- בעיות ידועות:
- FAMILY HISTORY OF DIABETES MELLITUS (09/2022)
 - FATTY LIVER (05/2023)
 - POLYP GALLBLADDER (05/2023)
 - FRACTURE ANKLE MEDIAL MALLEOLUS CLOSED Left (07/2020)
 - TOBACCO USE DISORDER (30/11/2010)
 - WORK ACCIDENT (07/2020)
 - PREDIABETES (27/12/2023)

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

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

אבחנת רופא מפנה:

- OVERWEIGHT
- PREDIABETES

מעשנת: לא

משקל: 93.5 ק"ג גובה: 178 ס"מ BMI = 29.5 תאריך המדידה: 27/12/2023

סיבת הפניה: טרום סכרת

27/12/2023

חתימה וחותמת

תאריך

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 27/12/2023 עד תאריך - 24/06/2024

*בטיפול סטרואיד - אפשרות לטיפול תזונתי באישור דיאטן מחוזי.

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

מס ביקור



000264496470

פקס: 08-9251972

שם רופא: ד"ר קטנוב רגינה

מומחיות: מומחית ברפואת המשפחה

טלפון: 08-9275858

ת"ז



0302561188

שם מטופל: רום יהונתן

ת"ז: 302561188

גיל: 33 שנים ו-6 חודשים

טלפון: 0547855565, 0547855565

רשימת תרופות שהופק לה מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 23/01/2024 (דף זה אינו מרשם)

מידע מנהלי	בתוקף לרכישה	לפני	ערב	צהריים	בוקר	משך הטיפול	אופן השימוש הנחיות	שם התרופה
כמות לניפוק: 30 TAB השתתפות לבעלי ביטוח משלים	23/01/2024-12/02/2024 13/02/2024-13/03/2024 14/03/2024-12/04/2024				1 טבליה	מתמשך	לבעליה 1 פעם ביום	tab.esomeprazole 40 mg * ESOMEPRAZOLE, ESOPRIM, NEXIUM

* ידוע לי שמורשה הרוקח/ת לנפק חלופה גרית 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 שדרושות מרשם נייר אינן מוצגות בדף זה ולצורך קבלתם יש להגיע עם המרשם המקורי.

בדיקת ביופסיה מספר : B006397/24 עמוד 1 מתוך 2
תאריך הדפסה : 29/01/2024

לכבוד: ד"ר רוזן רוני



בדיקת ביופסיה מספר: B006397/24

50778674	מספר דרישה:	רום יהונתן	שם הנבדק:
89-אסותא תל אביב	תחנת איסוף:	0302561188	ת.ז:
18/01/2024	תאריך לקיחה:	22/07/1990	תאריך לידה:
19/01/2024	תאריך קבלה:	0547855565	טלפון:
ד"ר רוזן רוני	רופא מבצע:	ד"ר רוזן רוני	רופא מפנה:
	טלפון:		טלפון:

אבחנה ופרטים קליניים :

Gastritis
Hiatus hernia

בירור צרבת כרונית

חומר לבדיקה : אנטרום

תשובה היסטופתולוגית

בדיקה מאקרוסקופית

התקבלה צנצנת מסומנת בפרטי נבדק/ת ו-"1 G" ובה 2 קטעי רקמה בקוטר 0.2 ס"מ ו-0.5 ס"מ.

בדיקה מיקרוסקופית

Gastric antrum, biopsy:

- Two fragments of antral mucosa with foveolar hyperplasia.
- One of two fragments composed in part of small bowel-type mucosa (may represent antro-duodenal junction or intestinal metaplasia).

Comment: Giemsa stain negative for H. pylori.

Snomed: T - 63600 , M - 72000

רופא : ד"ר לצרפנין חתימה : ד"ר רוזן רוני מ.מ : 21067 תאריך : 29/01/2024

תוכן מסמך זה, על נספחים, 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.

בדיקת ביופסיה מספר : B006397/24 עמוד 2 מתוך 2
תאריך הדפסה : 29/01/2024

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

תאריך: 20/02/2024

מ.ר גורם מפנה



035135



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

ד"ר קטנוב רגינה
משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואת המשפחה

טלפון: 08-9275858

פקס: 08-9251972

כתובת: דני מס 16, רמלה

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 יחיאל 18, ירושלים	מיקוד: 9081502		
0302561188			

אישור מחלה

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

אינו/ה מסוגל/ת לעבוד מיום: 18/02/2024 עד יום: 19/02/2024 סה"כ: 2 ימים.

20/02/2024

תאריך

חתימה וחותמת הרופא

העתק טופס
08/06/2025

מכבי שירותי בריאות

פרטי מטופל

מס ביקור



000271786538

פקס: 08-9251972

שם רופא: ד"ר קטנוב רגילה

מומחיות: מומחית ברפואת המשפחה

טלפון: 08-9275858

ת"ז



0302561188

שם מטופל: רום יהונתן

ת"ז: 302561188

גיל: 33 שנים ו- 8 חודשים

טלפון: 0547855565

רשימת תרופות שהופק לה מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 01/04/2024 (דף זה אינו מרשם)

מידע מנהלי	בתוקף לרכישה	לפני	ערב	צהריים	בוקר	משך הטיפול	אופן השימוש הנחיות	שם התרופה
כמות לניפוק: 30 tab - השתתפות לבעלי ביטוח משלים	01/04/2024-21/04/2024 22/04/2024-21/05/2024 22/05/2024-20/06/2024				1 טבליה	מתמשך	לבליעה 1 פעם ביום	tab. esomeprazole 40 mg * ESOMEPRAZOLE, ESOPRIM, NEXIUM

* 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. לדיעתך 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.

מס ביקור



000277855243

פקס: 08-9251972

שם רופא: ד"ר קטנוב רגינה

מומחיות: מומחיות ברפואת המשפחה

טלפון: 08-9275858

ת"ז



0302561188

שם מטופל: רום יהונתן

ת"ז: 302561188

גיל: 33 שנים ו-10 חודשים

טלפון: 0547855565, 0547855565

רשימת תרופות שהופק להן מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 03/06/2024 (דף זה אינו מרשם)

מידע מנהלי	בתוקף לרכישה	לפני השנייה	ערב	צהריים	בוקר	משך הטיפול	אופן השימוש הנחיות	שם התרופה
כמות לניפוק: 30 tab. השתתפות לבעלי ביטוח משלים	03/06/2024-23/06/2024 24/06/2024-23/07/2024 24/07/2024-22/08/2024				1 טבליה	מתמשך	אופן השימוש הנחיות 1 טבליה 1 פעם ביום	שם התרופה tab. esomeprazole 40 mg * ESOMEPRAZOLE, ESOPRIM, NEXIUM

* ידוע לי שמורשה הרוקח/ת לנפק חלופה גרית 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: 23/06/2024

מ.ר גורם מפנה



035135



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

ד"ר קטנוב רגינה
משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואת המשפחה

טלפון: 08-9275858

פקס: 08-9251972

כתובת: דני מס 16, רמלה

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 יחיאל 18, ירושלים	מיקוד: 9081502		

אישור מחלה

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

אינו/ה מסוגל/ת לעבוד מיום: 23/06/2024 עד יום: 25/06/2024 סה"כ: 3 ימים.

23/06/2024

תאריך

חתימה וחותמת הרופא

תאריך: 23/06/2024

מ.ר גורם מפנה



0033811498



108767

קוד הפניה: 383968823



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

דר' קליין חגי

אורתופדית כתף

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-7506688

פקס: 03-7506680

כתובת: כהן אלי 1, בת ים

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 יחיאל 18, ירושלים	מיקוד: 9081502		

הפניה למכון דימות - C.T

שם המכון:

הדסה ירושלים

תלונות:

בן 33

כאבי גב תחתון מפציעים לרגליים. יותר משמאל. מזה שנים רבות.

ללא דגלים אדומים.

טופל פיזיותרפיה.

כאבים בקרסוליים אשר הופיעו לאחר חבלה בעבודתו לפני מספר שנים, חש נוקשות לאחר מנוחה.

נימול לסירוגין

בדיקות - רגישות על גבי MM משמאל, ללא רגישות גרמית אחרת בקרסוליים

ללא פחת עצבי בגפיים לפי L2S1, ללא רגישות ממוקמת על גבי ע"ש.

החזרים גידים סימטרים לא הופקו החזרים פתולוגים.

אבחנה:

• LOW BACK PAIN

בעיות ידועות:

- FAMILY HISTORY OF DIABETES MELLITUS (09/2022)
- FATTY LIVER (05/2023)
- POLYP GALLBLADDER (05/2023)
- FRACTURE ANKLE MEDIAL MALLEOLUS CLOSED Left (07/2020)
- TOBACCO USE DISORDER (30/11/2010)
- WORK ACCIDENT (07/2020)
- PREDIABETES (27/12/2023)

רגישויות:

- ASPIRIN/NSAIDS - 03/06/2018

רגישויות לתרופות:

נפיחות - ASPIRIN/NSAIDS - 08/09/2016

תרופות קבועות:

NEXIUM 40MG X 28 1X1X30

מעשנות : לא ידוע

קוד מב"ר	פרוטוקול ביצוע הבדיקה	בדיקה דרושה
L1039		CT עמוד שדרה מותני וסקרלי

שאלה לרדיולוג:

בלט דיסק ? אחר ?

תאריך ביצוע	לפני	תוצאה	בדיקת מעבדה
15/10/2023	8 חודשים		Creatinine (B)
15/10/2023	8 חודשים		eGFR

תאריך: 23/06/2024

מ.ר גורם מפנה



0033811498



108767

קוד הפניה: 383968823



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

דר' קליין חגי

אורתופדית כתף

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-7506688

פקס: 03-7506680

כתובת: כהן אלי 1, בת ים

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

מיקוד 9081502

שטיינברג יחיאל 18, ירושלים

כתובת:

הפניה למכון דימות - C.T

שם הרופא: דר' קליין חגי

תאריך: 23/06/2024

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 23/06/2024 עד תאריך - 20/12/2024

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

תאריך: 23/06/2024

מ.ר גורם מפנה



0033811498



108767

קוד הפניה: 383968936



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

ד"ר קליין חגי

אורתופדיית כתף

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-7506688

פקס: 03-7506680

כתובת: כהן אלי 1, בת ים

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

מיקוד 9081502

שטיינברג יחיאל 18, ירושלים

כתובת:

E.M.G

שם המכון: E.M.G

תלונות: בן 33

כאבי גב תחתון מפציעים לרגליים. יותר משמאל. מזה שנים רבות

ללא דגלים אדומים.

טופל פיזיותרפיה.

כאבים בקרסוליים אשר הופיעו לאחר חבלה בעבודתו לפני מספר שנים, חש נוקשות לאחר מנוחה.

נימול לסירוגין

בדיקתו - רגישות על גבי MM משמאל, ללא רגישות גרמית אחרת בקרסוליים

ללא פחת עצבי בגפיים לפי L2S1, ללא רגישות ממוקמת על גבי ע"ש.

החזרים גידים סימטרים לא הופקו החזרים פתולוגים.

• LOW BACK PAIN

אבחנה:

• FAMILY HISTORY OF DIABETES MELLITUS (09/2022)

• FATTY LIVER (05/2023)

• POLYP GALLBLADDER (05/2023)

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

• TOBACCO USE DISORDER (30/11/2010)

• WORK ACCIDENT (07/2020)

• PREDIABETES (27/12/2023)

בעיות ידועות:

• NEXIUM 40MG X 28 1X1X30

תרופות קבועות:

פירוט	קוד	הבדיקה הדרושה
	95861	E.M.G

הנחיות הרופא: גפיים תחתונות

נא להצטייד בכרטיס מגנטי

23/06/2024

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

נא לצרף מסמכים רלוונטים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

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 23/06/2024 עד תאריך 20/12/2024



0033811498



108767

קוד הפניה: 383969057



טלפון: 03-7506688

פקס: 03-7506680

כתובת: כהן אלי 1, בת ים

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 יחיאל 18, ירושלים	מיקוד: 9081502		

מכון רנטגן

קוד	הבדיקה הדרושה
3603	קרוסול ימין 3 צילומים (AP+LAT+MORTIS)
3603	קרוסול שמאל 3 צילומים (AP+LAT+MORTIS)

שאלה למבצע הבדיקה: ממצא גרמי?

דחיפות הפענוח: רגיל

תלונות:

בן 33

כאבי גב תחתון מפציעים לרגליים. יותר משמאל. מזה שנים רבות
ללא דגלים אדומים.
טופל פיזיותרפיה.

כאבים בקרסוליים אשר הופיעו לאחר חבלה בעבודתו לפני מספר שנים, חש נוקשות לאחר מנוחה.
נימול לסירוגין

בדיקתו - רגישות על גבי MM משמאל, ללא רגישות גרמית אחרת בקרסוליים
ללא פחת עצבי בגפיים לפי L2S1, ללא רגישות ממוקמת על גבי ע"ש.
החזרים גידים סימטרים לא הופקו החזרים פתולוגיים.

• LOW BACK PAIN

• FAMILY HISTORY OF DIABETES MELLITUS (09/2022)

• FATTY LIVER (05/2023)

• POLYP GALLBLADDER (05/2023)

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

• TOBACCO USE DISORDER (30/11/2010)

• WORK ACCIDENT (07/2020)

• PREDIABETES (27/12/2023)

אבחנה:

בעיות ידועות:

לא ידוע

מעשנת:

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך 23/06/2024 עד תאריך 20/12/2024

23/06/2024

חתימה וחותמת

תאריך

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: 26/06/2024

מ.ר גורם מפנה



115177

קוד הפניה: 384580022



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

טלפון: 03-5588774 03-5588775

פקס: 03-5592916

כתובת: העליה השניה 43, אזור

ד"ר גורביץ' ניקולאי

כירורגיה פרוקטולוגית

התמחויות:

מומחה בכירורגיה כללית

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 יחיאל 18, ירושלים	מיקוד: 9081502		

דף מידע לבדיקות

ההפניה לבדיקות שהומלצו ממתינה בשירות המעבדה בכל סניפי מכבי.

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

Stool pathogens (PCR) - 07507

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

צום לפני הבדיקה: לביצוע הבדיקות בהפנייה זו אין צורך בצום

הנחיות נוספות: יש לקבל כלי איסוף והנחיות מהמעבדה בסניף או מהרופא. ניתן לשמור בקירור 24 שעות

בערבי חג שירותי המעבדה במרכז הרפואי סגורים.

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

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

תוקף ההמלצה ל 90 יום, מתאריך 26/06/2024 עד תאריך 24/09/2024. לעיתים תתבצענה בדיקות נוספות ביזמת המעבדה.

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

חדש!! שירות לקיחת דגימות מעבדה בשעות אחר הצהריים (בימים א-ד) בסניפים נבחרים.

לא ניתן לקחת דגימות לתפקודי קרישה, TSH וספירת דם לתינוקות.

לברור המעבדה הקרובה למקום מגוריך ושעות השירות יש לבדוק במדריך השירותים ובמוקד מכבי ללא הפסקה.

תאריך: 23/06/2024

מ.ר גורם מפנה



108767

מכבי שירותי בריאות

ליין חגי
מופדית כתף

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-7506688

פקס: 03-7506680

כתובת: כהן אלי 1, בת ים

פרטי הנבדק:

שם משפחה: רום

שם פרטי: יהונתן

ת.ז.: 302561188

טל.עבודה/נייד: 0547855565

טלפון: 0547855565

מיקוד 9081502

מין: ז

22/07/1990

ת.לידה:

שטיינברג יחיאל 18, ירושלים

כתובת:



0302561188

תמצית הביקור מתאריך 23/06/2024 בשעה 17:05

23/06/2024

תאריך הביקור:

המלצות למטופל: CT וביקורת מומחה ע"ש לאחריו
ביקורת אורטופד לאחר ההדמיה לקרסוליים

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

הפניות, אשורים ודפי מידע

סוג	שם /תיאור	מתאריך	עד תאריך
הפניה	E.M.G		
הפניה	מכון רנטגן: קרסול ימין 3 צילומים (AP+LAT+MORTIS), קרסול שמאל 3 צילומים (AP+LAT+MORTIS)		

002798202721

מס ביקור



000280229726

פקס: 03-5592916

שם רופא: ד"ר גורביץ' ניקולאי

מומחיות: מומחה בכירורגיה כללית

טלפון: 03-5588775

ת"ז



0302561188

שם מטופל: רום יהונתן

ת"ז: 302561188

גיל: 33 שנים ו- 11 חודשים

טלפון: 0547855565

רשימת תרופות שהופק להן מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 26/06/2024 (דף זה אינו מרשם)

מידע מנהלי	בתוקף לרכישה	לפני השלשה	ערב	צהריים	בוקר	משך הטיפול	אופן השימוש הנחיות	שם התרופה
כמות ליניפוק: 1 יחידות ** השתתפות עצמית: 15 %	26/06/2024-17/07/2024		1.		1.	14 ימים	למריחה 2 פעמים ביום	cm. lidocaine hcl 21.2 mg/g tribenoside 50 mg/g * PROCTO-GLYVENOL

* 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. 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.

מס ביקור



000284285532

שם רופא: ד"ר אבי עלי גללא

מומחיות: רופא/ה משפחה - TYTO

ת"ז



0302561188

שם מטופל: רום יהונתן

ת"ז: 302561188

גיל: 34 שנים

טלפון: 0547855565, 0547855565

רשימת תרופות שהופק להן מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 04/08/2024 (דף זה אינו מרשם)

מידע מנהלי	בתוקף לרכישה	לפני השיונה	ערב	צהריים	בוקר	משך הטיפול	אופן השימוש הנחיות	שם התרופה
כמות ליניפוק: 24 TAB - השתתפות עצמית: 15% **	04/08/2024-25/08/2024		1 טבליה	1 טבליה	1 טבליה	8 ימים	ביום 1 טבליה 3 פעמים ביום	tab. caffeine 50 mg codeine phosphate 15 mg paracetamol 500 mg * ROKACET PLUS

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

תאריך: 09/08/2024

מ.ר גורם מפנה



017635



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

טלפון: 03-5540101

פקס: 03-5540150

כתובת: רח' לנדאו 16 ק.בן-גוריון -חולון

ד"ר זולברג אברהם

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

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

מיקוד 9081502

שטיינברג יחיאל 18, ירושלים

כתובת:

אישור מחלה

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

אינו/ה מסוגל/ת לעבוד מיום: 04/08/2024 עד יום: 08/08/2024 סה"כ: 5 ימים.

09/08/2024

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

מס ביקור



000288648899

פקס: 08-9251972

שם רופא: ד"ר קטנוב רגינה

מומחיות: מומחית ברפואת המשפחה

טלפון: 08-9275858

ת"ז



0302561188

שם מטופל: רום יהונתן

ת"ז: 302561188

גיל: 34 שנים ו-2 חודשים

טלפון: 0547855565, 0547855565

רשימת תרופות שהופק להן מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 17/09/2024 (דף זה אינו מרשם)

מידע מנהלי	בתוקף לרכישה	לפני השינה	ערב	צהריים	בוקר	משך הטיפול	אופן השימוש הנחיות	שם התרופה
כמות לניפוק: 30 tab השתתפות לבעלי ביטוח משלים	17/09/2024-07/10/2024 08/10/2024-06/11/2024 07/11/2024-06/12/2024				1 טבליה	מתמשך	אופן השימוש הנחיות פעם ביום	שם התרופה esomeprazole 40 mg tab. * ESOMEPRAZOLE, ESOPRIM, NEXIUM

* ידוע לי שמורשה הרוקח/ת לנפק חלופה גברית 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 מוצאות בדף זה ולצורך קבלתם יש להגיע עם המרשם המקורי.

מס ביקור



000288664894

פקס: 03-5540150

שם רופא: ד"ר זולברג אברהם

מומחה בדפואה פנימית

טלפון: 03-5540101

ת"ז



0302561188

שם מטופל: רום יהונתן

ת"ז: 302561188

גיל: 34 שנים ו-2 חודשים

טלפון: 0547855565, 0547855565

רשימת תרופות שהופק להן מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 17/09/2024 (דף זה אינו מרשם)

מידע מנהלי	בתוקף לרכישה	לפני השנה	ערב	צהריים	בוקר	משך הטיפול	אופן השימוש הנחיות	שם התרופה
מסלולים	07/11/2024-06/12/2024	08/10/2024-06/11/2024	17/09/2024-07/10/2024		1 טבלה	מתמשך	אופן השימוש הנחיות	שם התרופה
מסלולים	07/11/2024-06/12/2024	08/10/2024-06/11/2024	17/09/2024-07/10/2024		1 טבלה	מתמשך	אופן השימוש הנחיות	שם התרופה

* ידוע לי שמורשה הרוקח/ת לנפק חלופה גרית 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 ניר אינן מוצאות בדף זה ולצורך קבלתם יש להגיע עם המרשם המקורי.

תאריך: 30/09/2024

מ.ר גורם מפנה



017635

קוד הפניה: 399061469



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

טלפון: 03-5540101

פקס: 03-5540150

כתובת: רח' לנדאו 16 ק.בן-גוריון - חולון

ד"ר זולברג אברהם

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: רום	שם פרטי: יהונתן
ת.לידה: 22/07/1990	מ.ז: ז
טלפון: 0547855565	טל.עבודה/נייד: 0547855565
כתובת: שטיינברג יחיאל 18, ירושלים	מיקוד: 9081502
0302561188	

דף מידע לבדיקות

☒ שליחת הפניה למעבדה ללא הדפסה

ההפניה לבדיקות שהומלצו ממתינה בשירות המעבדה בכל סניפי מכבי.

להלן הבדיקות שהומלצו ע"י הרופא או פועל בהתאם להנחיות:

Stool pathogens (PCR) - 07507

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

צום לפני הבדיקה: לביצוע הבדיקות בהפנייה זו אין צורך בצום

הנחיות נוספות: יש לקבל כלי איסוף והנחיות מהמעבדה בסניף או מהרופא. ניתן לשמור בקירור 24 שעות

בערבי חג שירותי המעבדה במרכז הרפואי סגורים. בלקיחת דם ורידי לתינוקות עד גיל שנה יש לקבוע תור בטלפון *3555

לבדיקות דחופות: IVF, בילירובין 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 30/09/2024 עד תאריך 29/12/2024. לעיתים תתבצענה בדיקות נוספות ביזמת המעבדה.

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

חדש!! שירות לקיחת דגימות מעבדה בשעות אחר הצהריים (בימים א-ד) בסניפים נבחרים.

לא ניתן לקחת דגימות לתפקודי קרישה, TSH וספירת דם לתינוקות.

לברור המעבדה הקרובה למקום מגוריך ושעות השירות יש לבדוק במדריך השירותים ובמוקד מכבי ללא הפסקה.

תאריך: 01/10/2024

מ.ר גורם מפנה



017635



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

טלפון: 03-5540101

פקס: 03-5540150

כתובת: רח' לנדאו 16 ק.בן-גוריון - חולון

ד"ר זולברג אברהם
משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:
מומחה ברפואה פנימית

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 יחיאל 18, ירושלים	מיקוד: 9081502		

0302561188

אישור מחלה

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

אינו/ה מסוגלת/לעבוד מיום: 30/09/2024 עד יום: 30/09/2024 סה"כ: 1 ימים.

01/10/2024

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

תאריך: 01/10/2024

מ.ר גורם מפנה



035135



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

טלפון: 08-9275858

פקס: 08-9251972

כתובת: דני מס 16, רמלה

ד"ר קטנוב רגינה
משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:
מומחית ברפואת המשפחה

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

מיקוד 9081502

שטיינברג יחיאל 18, ירושלים

כתובת:

אישור מחלה

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

אינו/ה מסוגל/ת לעבוד מיום: 25/09/2024 עד יום: 30/09/2024 סה"כ: 6 ימים.

01/10/2024

תאריך

חתימה וחותמת הרופא

תאריך: 01/10/2024

מ.ר גורם מפנה



035135



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

טלפון: 08-9275858

פקס: 08-9251972

כתובת: דני מס 16, רמלה

ד"ר קטנוב רגינה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואת המשפחה

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 יחיאל 18, ירושלים	מיקוד: 9081502		
0302561188			

אישור מחלה

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

אינו/ה מסוגל/ת לעבוד מיום: 03/09/2024 עד יום: 04/09/2024 סה"כ: 2 ימים.

01/10/2024

חתימה וחותמת הרופא

תאריך



017635

מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

ד"ר זולברג אברהם

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

קוד הפניה: 399314540

טלפון: 03-5540101

פקס: 03-5540150

כתובת: רח' לנדאו 16 ק.בן-גוריון -חולון

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 יחיאל 18, ירושלים	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:

Creatinine (B) - 02565
Potassium (B) - 04132
Urea (B) - 04520
TSH - 04443
ALT (SGPT) - 04460
CBC (BLOOD COUNT) - 05022
Urine General - 01000
BILIRUBIN Total - 02250
PHOSPHORUS INORGANIC (B) - 04100
ALBUMIN (B) - 02040
FERRITIN - 02728
VITAMIN D (25 OH) - 02306
Celiac Serology - 06211

GLUCOSE (B) - 02947
SODIUM (Na) (B) - 04295
HbA1C - 03037
ALKALINE PHOSPHATASE - 04075
AST (SGOT) - 04450
ESR * - 05651
URIC ACID (B) - 04550
CALCIUM (Ca) (B) - 02310
PROTEIN - TOTAL (B) - 04155
IRON (Fe) - 03540
VITAMIN B12 - 02607
FOLIC ACID - 02746
Antinuclear Ab - 06038

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

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

טיפול תרופתי:

אין ליטול Vitamin B12 במשך 3 ימים לפני ביצוע הבדיקה
אין ליטול אופטלגין (דיפרון) במשך 24 שעות לפני ביצוע הבדיקה
אין ליטול ברזל במשך 3 ימים לפני ביצוע הבדיקה
אין ליטול חומצה פולית במשך 3 ימים לפני ביצוע הבדיקה
יש לבצע את הבדיקה לפני נטילת התירוקסין או ליתרונן Levothyroxine or Liothyronine

הנחיות נוספות:

נא לא ליטול ברזל 3 ימים לפני הבדיקה
• עבור בדיקת Urine General:
מומלץ שתן ראשון של הבוקר. יש לנקות היטב את אזור מתן השתן לפני מתן הדגימה. יש לאסוף דגימת שתן מאמצע הזרם לכלי סטרילי הניתן במעבדה או במרפאת הרופא. יש למסור את דגימת השתן תוך שעותיים למעבדה בסניף.

בערבי חג שירותי המעבדה במרכז הרפואי סגורים.

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

לבדיקות דחופות: IVF, בילירובין 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 01/10/2024 עד תאריך 30/12/2024. לעיתים תתבצענה בדיקות נוספות ביזמת המעבדה.

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

חדש!! שירות לקחת דגימות מעבדה בשעות אחר הצהריים (בימים א-ד) בסניפים נבחרים.

לא ניתן לקחת דגימות לתפקודי קרישה, TSH וספירת דם לתינוקות.

לברור המעבדה הקרובה למקום מגוריך ושעות השירות יש לבדוק במדריך השירותים ובמוקד מכבי ללא הפסקה.

תאריך: 01/10/2024

מ.ר גורם מפנה



017635

קוד הפניה: 399314662

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

ד"ר זולברג אברהם
משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

טלפון: 03-5540101

פקס: 03-5540150

כתובת: רח' לנדאו 16 ק.בן-גוריון - חולון

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

שטיינברג יחיאל 18, ירושלים

כתובת:

מיקוד 9081502

התייעצות מומחה

- במכבי

גסטרואנטרולוגיה

תחום שירות:

ב 2020 נפגע בתאונת עבודה עם שבר בקרסול שמאל
מזה מס חדשים כאבים בקרסול שעוברים מצד לצד
כאבים באצבע 3 יד ימין עם הפרעה בקיפול
שלשולים לעיתים יציאות רכות לעיתים מימיות
לאחרונה כל יום
עלה 25 קג במשקל בשנתיים אחרות - שינה צורת עבודה
בקע סרעפתי מטופל בנקסיום
עייפות קשה
מנקר בערב במצבים פסיכים
מעשן כבד
סוכרת במשפחה
פצעים מוגלתיים
פורונקלים חוזרים

ממצאים: רגישות בקרסול שמאל על POST TIBIAL
אודם בתעלה בשתי האזניים

אבחנה:

- OBSERVATION-PATIENT UNDER OBSERVATION
- DIARRHEA

מעשנת: לא ידוע

בעיות ידועות:

- FAMILY HISTORY OF DIABETES MELLITUS (09/2022)
- FATTY LIVER (05/2023)
- POLYP GALLBLADDER (05/2023)
- FRACTURE ANKLE MEDIAL MALLEOLUS CLOSED Left (07/2020)
- TOBACCO USE DISORDER (30/11/2010)
- WORK ACCIDENT (07/2020)
- PREDIABETES (27/12/2023)

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

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

תרופות קבועות:

- NEXIUM 40MG X 28 1X1X30

מטרת ההפניה: בדיקה וטיפול
קולונוסקופיה

תאריך: 01/10/2024

מ.ר גורם מפנה



017635

קוד הפניה: 399314662



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

טלפון: 03-5540101

פקס: 03-5540150

כתובת: רח' לנדאו 16 ק.בן-גוריון - חולון

ד"ר זולברג אברהם
משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

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 יחיאל 18, ירושלים		מיקוד: 9081502					

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 - 01/10/2024 עד תאריך - 30/03/2025

01/10/2024

חתימה וחותמת

תאריך

העתק טופס
08/06/2025

מכבי שירותי בריאות

פרטי מטופל

מס ביקור



000290167360

פקס: 03-5540150

שם רופא: ד"ר זולברג אברהם

מומחיות: מומחה ברפואה פנימית

טלפון: 03-5540101

ת"ז



0302561188

שם מטופל: רום יהונתן

ת"ז: 302561188

גיל: 34 שנים ו-2 חודשים

טלפון: 0547855565

רשימת תרופות שהופק להן מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 01/10/2024 (דף זה אינו מרשם)

מידע מנהלי	בתוקף לרכישה	לפני השינה	ערב	צהריים	בוקר	משך הטיפול	אופן השימוש הנחיות	שם התרופה
כמות לניפוק: 1 OP השתתפות עצמית: 15 %	01/10/2024-15/10/2024	1.				30 ימים	למריחה 1 פעם ביום	oculentum chloramphenicol 50 mg/g * SYNTHOMYCINE EYE

* 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, 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.

תאריך: 27/10/2024

מ.ר גורם מפנה



035135



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

ד"ר קטנוב רגינה
משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואת המשפחה

טלפון: 08-9275858

פקס: 08-9251972

כתובת: דני מס 16, רמלה

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

מיקוד 9081502

שטיינברג יחיאל 18, ירושלים

כתובת:

אישור מחלה

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

אינו/ה מסוגלת/ל לעבוד מיום: 08/10/2024 עד יום: 08/10/2024 סה"כ: 1 ימים.

27/10/2024

חתימה וחתימת הרופא

תאריך

תאריך: 27/10/2024

מ.ר גורם מפנה



035135



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

ד"ר קטנוב רגינה
משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואת המשפחה

טלפון: 08-9275858

פקס: 08-9251972

כתובת: דני מס 16, רמלה

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

מיקוד 9081502

שטיינברג יחיאל 18, ירושלים

כתובת:

אישור מחלה

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

אינו/ה מסוגל/ת לעבוד מיום: 14/10/2024 עד יום: 14/10/2024 סה"כ: 1 ימים.

27/10/2024

חתימה וחותמת הרופא

תאריך