



טל: 03-5028211 | פקס: 03-5036408 | wolfson.org.il | 03-5036408
רח' הלוחמים 62, חולון, 5822012 | 5822012

מערך: המחלקה לרפואה דחופה
מנהל מערך:

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה

שם יחידה: מחלקה לרפואה דחופה	מנהל מחלקה: שופן אנדריי מ.ר. 34736	אח/ות אחראית: ניסימוב יעקב
טלפון: 035028313	פקס:	דוא"ל:

שם משפחה: רום	שם פרטי: יהונתן	ת.ז: 302561188
תאריך לידה: 22/07/1990	גיל: 33	טלפון: 054-7855565
מין: זכר	קופת חולים: מכבי	כתובת: בית עוזיאל המייסדים 16/13 בית עוזיאל

נתוני ביקור - תאריך קבלה: 15/08/2023 שעת קבלה: 00:28 מספר ביקור: 11619108

תאריך שחרור בפועל
תאריך שחרור: 15/08/2023

אבחנות

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P	Rec
BACKACHE, UNSPECIFIED	724.5			✓			

סיום טיפול במלרד: שחרור

סיבת פנייה

סיבה עיקרית: תאונת דרכים

אופן הגעת המטופל/ת: עצמוני
דרך הגעה: עצמאי

תלונת החולה בקבלה למיון

בן 33

שם משפחה: רום	שם פרטי: יהונתן	ת.ז: 302561188
תאריך לידה: 22/07/1990	גיל: 33	טלפון: 054-7855565
מין: זכר	גורם מממן: מכבי	כתובת: המייסדים 16/13 בית עוזיאל 9979400

יום קבלתו למיון היה מעורב בת.ד כנהג רכב פרטי, היה חגור, מנגנון פגיעה אחורי.
מלין על כאבים בגב.

בבדיקתו:
מתהלך בחופשיות, נושא משקל.
מניע צוואר היטב, טווחים מלאים.
ללא רגישות במישוש מעל עמ"ש לכל אורכו.
בדיקה נירולוגית תקינה - מוטורית וסנסורית בג"ע וג"ת.
ללא רגישות מעל עצמות הבריח.

משתחרר עם ההמלצות:
-נוגדי כאבים לפי הצורך.
-3 ימי מנוחה
-המשך מעקב רופא אורטופד בקהילה בעוד שבוע במידה והכאבים לא פוחתים.
יש להימנע בימים הקרובים ממאמצים חריגים
-בכל החמרה תסמינית, לרבות חולשה, נימול, אובדן תחושה או כאב חריג - יש לפנות לבדיקת רופא.

מדדים

תאריך ושעה	דופק	לחץ דם	סטורציה	אופן מתן חמצן
00:59 15/08/2023	73	143 / 84	98	אוויר חדר

לא ידועה רגישות לחומרים

רגישות לתרופות

שם התרופה
NSAIDs
תאריך רישום
15/08/2023

סיכום ודיון

אומדן כאב מבוגרים

מועד עדכון: 01:00 15/08/2023	
מצב המטופל	מטופל בהכרה מלאה ומתקשר
תאריך ושעה:	00:59 15/08/2023
עצמת הכאב	6
מיקום הכאב	גב
אופי הכאב	עמום פועם

המלצות כלליות

המלצה:
חופשת מחלה: 3 ימים.

1. מעקב רופא מטפל בקופת חולים.
2. בכל החמרה במצב יש לפנות לגורם רפואי.

שם משפחה: רום	שם פרטי: יהונתן	ת.ז: 302561188
תאריך לידה: 22/07/1990	גיל: 33	טלפון: 054-7855565
מין: זכר	גורם מממן: מכבי	כתובת: המייסדים 16/13 בית עוזיאל 9979400

חתימת רופא/ה משחרר/ת

זמן חתימה	תפקיד	שם החותם
15/08/2023 01:39	רופא/ה	דר' שאולוב מיכאל מ.ר. 154337

המשך מעקב רופא מטפל לפי הצורך, בכל החמרה יש לפנות לרופא בהקדם

בפנייה חוזרת למיון או בפנותך למרפאה אליה הוזמנת, עליך להצטייד בהתחייבות כספית או בתשלום כספי.

תאריך: 16/08/2023

מ.ר גורם מפנה



020880



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

טלפון: 03-9115444

פקס: 03-7900890

כתובת: שבזי 170, ראש העין

דר' יואב יחזקאלי

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.

אינוה מסוגל/ת לעבוד מיום: 15/08/2023 עד יום: 17/08/2023 סה"כ: 3 ימים.

16/08/2023

תאריך

חתימה וחותמת הרופא

תאריך: 10/09/2023

מ.ר גורם מפנה



020880



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

טלפון: 03-9115444

פקס: 03-7900890

כתובת: שבזי 170, ראש העין

דר' יואב יחזקאלי

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: 04/09/2023 עד יום: 04/09/2023 סה"כ: 1 ימים.

10/09/2023

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

תאריך: 27/09/2023

מ.ר גורם מפנה



035135

קוד הפניה: 343979913



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

טלפון: 08-9275858

פקס: 08-9251972

כתובת: שד ויצמן 11, 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					

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:

Helico. pylori Breath test - 06677

**** נא להצטייד בכרטיס מגנטי ****

צום לפני הבדיקה: דרוש צום מוחלט של 1 שעות, אסור לשתות מים.

הנחיות נוספות: יש לבדוק את שעות פעילות המעבדה ולהגיע שעה לפני הסגירה.

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 27/09/2023 עד תאריך 26/12/2023. לעיתים תתבצעה 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.

העתק טופס
08/06/2025

מכבי שירותי בריאות

פרטי מטופל

מס ביקור

שם רופא:

ד"ר קטנוב רגינה

מומחיות:

מומחית ברפואת המשפחה

טלפון:

08-9275858

מס

000252703163

08-9251972 פקס

ת"ז

שם מטופל: רום יהונתן

ת"ז: 302561188

מין: ז

גיל: 33 שנים ו-2 חודשים

טלפון: 0547855565

רשימת תרופות שהופק להו מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 27/09/2023 (דף זה אינו מרשם)

שם התרופה	אופן השימוש הנחיות	משך הטיפול	בוקר	צהריים	ערב	לפני השינה	בתוקף לרכישה	מידע מנהלי
ESOMEPRAZOLE, * NEXIUM, ESOPRIM tab.esomeprazole 40 mg לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום		28 ימים	1 טבליה				27/09/2023-11/10/2023	מדות לניפוק: 28 TAB * השתתפות עצמית: 50 %

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, לידעתן 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 מוצאות בדף זה ולצורך קבלתם יש להגיע עם המרשם המקורי.

תאריך: 27/09/2023

מ.ר גורם מפנה



035135

קוד הפניה: 343980152



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

טלפון: 08-9275858

פקס: 08-9251972

כתובת: שד ויצמן 11, רמלה

ד"ר קטנוב רגינה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואת המשפחה

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: רום	שם פרטי: יהונתן
ת.לידה: 22/07/1990	מיון: ז
כתובת: שטיינברג יחיאל 18, ירושלים	טלפון: 0547855565
ת.ז.: 302561188	טל.עבודה/נייד: 0547855565
מיקוד: 9081502	

התייעצות מומחה

תחום שירות: גסטרואנטרולוגיה - במכבי
תלונות: מטופל חדש, לדבריו כשנה סובל מייציאות לא סדירות
ללא ירידה במשקל
צרבות מרובות
US 05.2023 כבד שומנית עם פוליפ בסיס מרה
ללא סיפור של מחלת GIT במשפחה
אבחנה:

• ABDOMINAL PAIN

מעשנת: לא

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)

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

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

מטרת ההפניה: התייעצות

** 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 - 27/09/2023 עד תאריך - 25/03/2024

27/09/2023

חתימה וחותמת

תאריך

העתק טופס
08/06/2025

פרטי מטופל

מס ביקור
000252703163

שם רופא: ד"ר קטנוב רגינה
מומחיות: מומחית ברפואת המשפחה
טלפון: 08-9275858

פרטי רופא

שם רופא: ד"ר קטנוב רגינה
מומחיות: מומחית ברפואת המשפחה
טלפון: 08-9275858

ת"ז
0302561188

שם מטופל: רום יהונתן
ת"ז: 302561188
מין: ז'
גיל: 33 שנים - 2 חודשים
טלפון: 0547855565

פרטי מטופל

שם מטופל: רום יהונתן
ת"ז: 302561188
מין: ז'
גיל: 33 שנים - 2 חודשים
טלפון: 0547855565

רשימת תרופות שהופק לה מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 27/09/2023 (דף זה אינו מרשם)

מידע מנהלי	בתוקף לרכישה	לפני השינה	ערב	צהריים	בוקר	משך הטיפול	אופן השימוש הנחיות	שם התרופה
כמות ליפוק: 6 יחידות לא בפנקס התרופות של מכבי על חשבון החבר בלבד	27/09/2023-18/10/2023					6 ימים	להמיס ולשתות 1 שקית 1 פעם ביום לפי הצורך	sachets polyethylene glycol 3350 * NORMALAX

* 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. 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: 27/09/2023

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: שד ויצמן 11, רמלה

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: רום	שם פרטי: יהונתן
ת.לידה: 22/07/1990	מין: ז
תל.עבודה/נייד: 0547855565	טלפון: 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/ת לעבוד מיום: 26/09/2023 עד יום: 28/09/2023 סה"כ: 3 ימים.

27/09/2023

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

מס ביקור



000252703163

פקס: 08-9251972

שם רופא: ד"ר קטנב רגינה

מומחיות: מומחית ברפואת המשפחה

טלפון: 08-9275858

מכבי שירותי בריאות

פרטי מטופל

ת"ז



0302561188

שם מטופל: רום יהונתן

ת"ז: 302561188

גיל: 33 שנים ו-2 חודשים

טלפון: 0547855565, 0547855565

רשימת תרופות שהופק להן מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 27/09/2023 (דף זה אינו מרשם)

מידע מנהלי	בתוקף לרכישה	לפני השינה	ערב	צהריים	בוקר	משך הטיפול	אופן השימוש הנחיות	שם התרופה
כמות ליפוק: 1 OP ** השתתפות עצמית: 15 %	27/09/2023-18/10/2023				1.	1 ימים	למריחה 1 פעם ביום	sol. podophyllotoxin 5 mg * CONDYLOX

* ידוע לי שמורשה הרוקח/ת לנפק חלופה גנרית שאושרה ע"י הקופה אלא אם הרופא ציין אחרת. ** ההשתתפות העצמית תקבע בבית המרקחות על פי תוכנית הגבייה המאושרת לקופה ועל פי הנהלים שבתוקף ביום הניפוק. חובה להציג כרטיס מגנטי בבית המרקחות או רשימת תרופות בביקור. לידיעתך מרשם המופק עם חתימה דיגיטלית ינופק בבית המרקחות 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: 05/10/2023

מ.ר גורם מפנה



0059012146



027048

קוד הפניה: 345040387



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

טלפון: 03-9386166

פקס: 074-7036090

כתובת: סניף מכבי ראש העין (קומה 2. מרפאת הנחל בנין נצבא סנטר)

ד"ר רפופורט ערן

משפחה, פנימית וכללית

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:

מכון רנטגן

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

שאלה למבצע הבדיקה: בירו כאבים

דחיפות הפענוח: רגיל

תלונות: לפני 3 שנים - שבר קרוסול שמאל

יומיים - פריחה כואבת מעל אזור של שבר,

עדיין אי נוחות קרוסול

כאב מתגבר במגע על הפצע

ממצאים: פריחה המקומית לטיפול מקומי

צילום קרוסול שמאל

אבחנה:

• RASH

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)

מעש/נת: לא

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 05/10/2023 עד תאריך - 02/04/2024

05/10/2023

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.

העתק טופס
08/06/2025

מכבי שירותי בריאות

829105

פרטי מטופל

מס ביקור

שם רופא:

ד"ר רפופורט ערן

מומחיות:

רופא/ה כללי/ת

טלפון:

03-9386166

פקס:

074-7036090

000253455025

ת"ז

0302561188

שם מטופל: רום יהונתן

ת"ז: 302561188

גיל: 33 שנים ו-2 חודשים

טלפון: 0547855565

רשימת תרופות שהופק להן מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 05/10/2023 (דף זה אינו מרשם)

שם התרופה	אופן השימוש הנחיות	משך הטיפול	משך	בוקר	צהריים	ערב	לפני השינה	בתוקף לרכישה	מידע מנהלי
שם התרופה	אופן השימוש הנחיות	משך הטיפול	משך	בוקר	צהריים	ערב	לפני השינה	בתוקף לרכישה	מידע מנהלי
1 mg/g crm. mometasone ELOCOM CR *	למריחה 1 פעם ביום	5 ימים	1.					05/10/2023-26/10/2023	כמות ליניפוק: 1 OP - השתתפות עצמית: 15 %

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: 12/10/2023

מ.ר גורם מפנה



087949

קוד הפניה: 345920507



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

טלפון: 08-6325158

פקס: 073-2132603

כתובת: שא נס 17, באר יעקב

דר' אלכס לוי

גסטרואנטרולוגיה

התמחויות:

מומחה בגסטרואנטרולוגיה

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:

דף מידע לבדיקות

ההפניה לבדיקות שהומלצו ממתינה בשירות המעבדה בכל סניפי מכבי.

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

GLUCOSE (B) - 02947
Creatinine (B) - 02565
Potassium (B) - 04132
ALKALINE PHOSPHATASE - 04075
PROTEIN - TOTAL (B) - 04155
BILIRUBIN Total - 02250
Stool pathogens (PCR) - 07507
TSH - 04443
Calprotectin-fecal - 39930

Urea (B) - 04520
SODIUM (Na) (B) - 04295
CALCIUM (Ca) (B) - 02310
ALT (SGPT) - 04460
ALBUMIN (B) - 02040
CBC (BLOOD COUNT) - 05022
AST (SGOT) - 04450
CRP - 06139
Celiac Serology - 06211

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

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

טיפול תרופתי: יש לבצע את הבדיקה לפני נטילת התירוקסין או ליותירונין Levothyroxine or Liothyronine

הנחיות נוספות: יש לקבל כלי איסוף והנחיות מהמעבדה בסניף או מהרופא. ניתן לשמור בקירור 24 שעות
• עבור בדיקת Calprotectin-fecal:
יש לקבל כלי איסוף והנחיות מהמעבדה בסניף

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

לבדיקות דחופות: IVF, בילירובין יילודים (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 12/10/2023 עד תאריך 10/01/2024. 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.

העתק טופס
06/06/2025

מכבי שירותי בריאות

פרטי מטופל

מס ביקור



000254109950

פקס: 073-2132603

שם רופא: דר' אלכס לזין

מומחיות: מומחה בגסטרוֶנטרולוגיה

טלפון: 08-6325158

ת"ז



0302561188

שם מטופל: רום יהונתן

ת"ז: 302561188

גיל: 33 שנים ו- 2 חודשים

טלפון: 0547855565, 0547855565

רשימת תרופות שהופק להו מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 12/10/2023 (דף זה אינו מרשם)

שם התרופה	אופן השימוש הנחיות	משך הטיפול	בוקר	צהריים	ערב	לפני השינה	בתוקף לרכישה	מידע מנהלי
cap. pancreatin 300 mg * CREON * עם האוכל	ביום 3 פעמים ביום	90 ימים	2 כמסה	2 כמסה	2 כמסה		12/10/2023-31/12/2023	מידע מנהלי
* 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, לידעיתן 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.								
** כמות לניפוק: CAP 540 15% השתתפות עצמית:								

תאריך: 12/10/2023

מ.ר גורם מפנה



087949

מסמך אושר
דיגיטלית
מנבי

מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

דר' אלכס לויין
גסטרואנטרולוגיה

התמחויות:

מומחה בגסטרואנטרולוגיה
מומחה ברפואה פנימית

טלפון: 08-6325158

פקס: 073-2132603

כתובת: שא נס 17, באר יעקב

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:

תשובה לרופא המטפל

לכבוד:

ד"ר קטנוב רגינה

בבדיקה שנעשתה ב: 12/10/2023

עקב: בן 33+0 (אמור להתחתן ביום שישי 20/10/23), יליד ישראל
עובד בהנדסה אזרחית, פרטנר

בריא בדרכ

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

ממצאים: אין צורך בבדיקה בביקור זה

דיון ואבחנה מبدלת:

התלונות נשמעות כתלונות בעלות אופי פונקציונאלי עם תמונה המתאימה ל תמ"ר עם זאת נשלים בירור מעבדתי ובמידת הצורך נשלים גם בירור אנדוסופקי

אבחנה:

• ABDOMINAL PAIN

תרופות שניתנו:

{ (למשך 90 ימים) 2 X 3 - CREON 25000 X 50 }

סיכום והמלצות: תוכנית טיפולית:

נשלים בירור מעבדתי ונתקדם לפ ממצאים

יתחיל קראון

ביקורת והמשך מעקב: מוזמן למעקב: על פי צורך

12/10/2023

חתימה וחותמת הרופא

תאריך