

2195

טלפון: 02-5913200

פקס: 073-2132690

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

פרטי הנבדק:

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



דף מידע לבדיקות

ההפניה לבדיקות שהומלצו ממתינה בשירות המעבדה בכל סניפי מכבי.

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

THROAT CULTURE - 07060

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

צום לפני הבדיקה: לביצוע הבדיקות בהפנייה זו אין צורך בצום

הנחיות נוספות: לקיחת הדגימה לפני אכילה ושתייה.
ניתן לקבל תוצאות במענה טלפוני אוטומטי במס' 089311555. יש להצטייד במספר דרישה ומספר ת.ז.
ניתן לשמור בטמפרטורת החדר (לא בקרור) ולהביא למעבדה לא יאוחר מ 72 שעות מהלקיחה.

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

לעיתים תתבצענה בדיקות נוספות ביזמת המעבדה.

תוקף ההמלצה ל 90 יום, מתאריך 18/05/2021 עד תאריך 16/08/2021.

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: רום יהונתן

ת"ז: 302561188

גיל: 30 שנים ו- 10 חודשים

טלפון: 0547855565, 0547855565

מס ביקור



000169751401

שם רופא: ד"ר פלדמן רגינה

מומחיות: מומחית במחלות עור ומין

טלפון: 03-7463290

פקס: 076-8893281

רשימת תרופות שהופק להם מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 08/06/2021 (דף זה אינו מרשם)

שם תרופה	אופן שימוש הנחיות	משך טיפול	בוקר	צהריים	ערב	לפני שינה	בתוקף לרכישה	מידע מנהלי
שם תרופה: podophyllotoxin 5 mg * CONDYLUX	אופן שימוש הנחיות: 2 פעמים ביום	משך טיפול: 20 ימים	1	1	1		08/06/2021-22/06/2021	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 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.								
** השתתפות עצמית: 15% OP 1 - כמות ליניפוק: 08/06/2021-22/06/2021								

תאריך: 19/07/2021

מ.ר גורם מפנה



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

פרופ' שוואבר מיטשל

מחלות זיהומיות

התמחויות:

מומחה במחלות זיהומיות

מומחה ברפואה פנימית

קוד הפניה: 228338956

טלפון: 08-9737666

פקס: 073-2132694

כתובת: תלתן 8, מודיעין-מכבים-רעות

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 302561188

שם פרטי: יהונתן

שם משפחה: רום

טל.עבודה/נייד: 0547855565

0547855565

טלפון:

מין: ז

ת.לידה: 22/07/1990

ת.לידה:



0302561188

כתובת:

בית זית

מיקוד 9081502

דף מידע לבדיקות

ההפניה לבדיקות שהומלצו ממתינה בשירות המעבדה בכל סניפי מכבי.

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

URINE CULTURE - 07085

Urine General - 01000

STD Panel Symptomatic - 07798

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

צום לפני הבדיקה: לביצוע הבדיקות בהפניה 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 דגימת השתן תוך שעותיים למעבדה בסניף.
יש למסור דגימת שתן הראשון של הבוקר או שתן שניתן בהפרש של שעותיים לפחות ממתן השתן הקודם.
יש לנקות היטב את אזור מתן השתן לפני מתן הדגימה.
מומלץ שתן ראשון של הבוקר.

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 19/07/2021 עד תאריך 17/10/2021.

לעיתים תתבצענה בדיקות נוספות ביזמת המעבדה.

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



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

פרופ' שוואבר מיטשל

מחלות זיהומיות

התמחויות:

מומחה במחלות זיהומיות

מומחה ברפואה פנימית

טלפון: 08-9737666

פקס: 073-2132694

כתובת: תלתן 8, 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:

בית זית,

כתובת:



0302561188

מיקוד 9081502

תשובת יועץ

לכבוד:

ד"ר ברודסקי אולג

בבדיקה שנעשתה ב: 19/07/2021

עקב: רקע של NGU משני ל M. genitalium. במערכת זוגית - החיידק נמצא גם אצל בת הזוג. לדבריו בת הזוג אינה תסמינית. טופל בדוקסילין ובהמשך באזניל (עם שיפור ואח"כ relapse ב2 תרופות אלה), ובהמשך במוקסיפלוקסצין בו-זמנית עם בת הזוג. מאז טיפול אחרון, לפני כחודשיים, שיפור ניכר, ללא הפרשה כבר. מדי פעם קצת צריבה.

דיון ואבחנה מبدלת:

לאחר טיפול ל M. genitalium urethritis, עם שיפור קליני ניכר.

אבחנה:

• MYCOPLASMA GENITALIUM URETHRITIS Previous

סיכום והמלצות: נבדוק שתן כללית, תרבית, PCR למיקופלזמה גניטליום (PCR גם אצל בת הזוג).

ביקורת והמשך מעקב: מוזמן למעקב: כן בעוד כ-2 חודשים

19/07/2021

חתימה וחותמת הרופא

תאריך



0000000050

מכבי שירותי בריאות

העתק טופס

08/06/2025

כתובת: המרד 27, תל אביב - יפו

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



0302561188

תשובת מרכז הארצי ליעוץ בדימות

M.R.I: 10

לכבוד ד"ר: יועץ חיצוני

תשובת היועץ להפניה שנשלחה על ידך בתאריך: 22/07/2021

תאריך	שם הרופא	סטטוס	הבדיקה הדרושה
04/08/2021	דר' סקריפאי אולג-מומ	חסר מידע קליני	גף תחתון - קרסול (שמאל)

מומלץ לוודא שהמטופל קיבל את החלטת היעוץ ולהנחות בהמשך הטיפול
 ניתן להדפיס את התשובה גם מתוך תיק החבר, גיליון בקשות/תשובות דימות
 בתודה על שיתוף הפעולה,
 מרכז ארצי ליעוץ בדימות.



027048

קוד הפניה: 230777454

טלפון: 03-9386166

פקס: 074-7036090

כתובת: סניף מכבי ראש העין (קומה 2, נצבא סנטר)

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

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

Urine General - 01000
STD Panel Symptomatic - 07798

URINE CULTURE - 07085

**** נא להצטייד בכרטיס מגנטי ******צום לפני הבדיקה:** לביצוע הבדיקות בהפניה 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 דגימת השתן תוך שעתיים למעבדה בסניף.
יש למסור דגימת שתן הראשון של הבוקר או שתן שניתן בהפרש של שעתיים לפחות ממתן השתן הקודם.
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 (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 05/08/2021 עד תאריך 03/11/2021.

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

תאריך: 05/08/2021

מ.ר גורם מפנה



027048

מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

ד"ר רפופורט ערן
משפחה, פנימית וכללית

טלפון: 03-9386166
פקס: 074-7036090
כתובת: סניף מכבי ראש העין (קומה 2. נצבא סנטר)
קוד הפניה: 230777757

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:

CREATININE (B) - 02565
UREA (B) - 04520
ALKALINE PHOSPHATASE - 04075
ALBUMIN (B) - 02040
Urine General - 01000
FERRITIN - 02728

CBC (BLOOD COUNT) - 05022
ALT (SGPT) - 04460
PROTEIN - TOTAL (B) - 04155
BILIRUBIN Total - 02250
URINE CULTURE - 07085
VITAMIN D (25 OH) - 02306

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

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

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.

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 05/08/2021 עד תאריך 03/11/2021.
לעיתים תתבצענה בדיקות נוספות ביזמת המעבדה.
את תוצאות הבדיקות ניתן לראות גם בכתובת WWW.MACCABI-HEALTH.CO.IL, לקבלת סיסמה אנא פנה לסניף.

מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

יועץ חיצוני

התמחויות:

מומחה ברדיולוגיה אבחנתית

קוד הפניה: 231007513

טלפון:

פקס:

כתובת:

פרטי הנבדק:

שם משפחה: רום

שם פרטי: יהונתן

ת.ז.: 302561188

ת.לידה: 22/07/1990

מין: ז

טלפון: 0547855565

טל.עבודה/נייד: 0547855565

מיקוד 9081502

בית זית ,

כתובת:



0302561188

M.R.I - הפניה למכון דימות

קוצב לב: לא

קוד מב"ר	הבדיקה הדרושה
73721	גף תחתון - קרסול (שמאל)

בעיות נוספות

פירוט	כן	לא ידוע	בעיה
			אסטמה
			טיפול בסטרואידים P.O
			מחלת כליה
			נוטל גלוקופאז
			סוג (שתלים אחרים)
			סוכרת
		X	קוצב לב
			קלסטרופוביה
			שתלי סיליקון
			שתלים מתכתיים אחרים

מתאריך: 10/06/2019

CREATININE : 0.95

מתאריך: 10/06/2019

eGFR : 108

שם הרופא: יועץ חיצוני

תאריך: 22/07/2021

אם בדרך בדיקות קודמות או צילומי רנטגן - אנא הבא אותם לבדיקה.

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

08/06/2025

פרטי הנבדק:

שם משפחה: רום

שם פרטי: יהונתן

ת.ז.: 302561188



0302561188

ת.לידה: 22/07/1990

מין: ז

טלפון:

0547855565

טל.עבודה/נייד: 0547855565

כתובת: בית זית

מיקוד 9081502

תשובת מרכז הארצי ליעוץ בדימות

M.R.I: סוג

לכבוד ד"ר: יועץ חיצוני

תשובת היועץ להפניה שנשלחה על ידך בתאריך: 22/07/2021

תאריך	שם הרופא	סטטוס	הבדיקה הדרושה
08/08/2021	דר' סקריפאי אולג-מומ	לא מומלץ	גף תחתון - קרסול (שמאל)

נימוקים: 08/08/2021 15:33 דר' סקריפאי אולג:
נא לבצע בדיקת CT בשל התוויה זו.

על סמך המידע שרשום בהפניה ולאחר עיון בתיק החולה לא מומלץ לדעת היועץ, לבצע את הבדיקה. לשיקול דעתך תוכל לערער על ההחלטה על ידי משלוח הפניה חדשה עם נימוקים / מידע נוסף להערכה חוזרת.

מומלץ לוודא שהמטופל קיבל את החלטת היועץ ולהנחות בהמשך הטיפול

ניתן להדפיס את התשובה גם מתוך תיק החבר, גיליון בקשות /תשובות דימות

בתודה על שיתוף הפעולה,

מרכז ארצי ליעוץ בדימות.

מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

ד"ר פרלוב אלה

משפחה, פנימית וכללית



0306398504



025277

קוד הפניה: 231223386

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: , בית זית	מיקוד: 9081502		

מרכז ארצי לדימות - C.T

פרטי הרופא שלבקשתו נערכה ההזמנה:

שם הרופא: דר אמיר

התמחות: אורתופדיה

מחלקה/מרפאה: אורטופדיה

גורם משלם: 25 ב.טלפוני שעת קורונה

שם המכון:

מאר בע"מ - ירושלים

תלונות:

בביקור בתאריך 08/11/2020 בשעה 11:59:08
ביקור חוזר מתאריך 07/07/2020
שבר רגל מ 07.06.2020

בביקור בתאריך 05/07/2021 בשעה 11:18:24
המשך בירור

בביקור בתאריך 09/08/2021 בשעה 17:31:04

ממצאים:

בביקור בתאריך 08/11/2020 בשעה 11:59:08
ביקור חוזר מתאריך 07/07/2020
גבס ברגל

בביקור בתאריך 05/07/2021 בשעה 11:18:24

בביקור בתאריך 09/08/2021 בשעה 17:31:04

אבחנה:

- WORK ACCIDENT
- FRACTURE ANKLE MEDIAL MALLEOLUS CLOSED Left

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

תאריך: 09/08/2021

מ.ר. גורם מפנה

מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

ד"ר פרלוב אלה
משפחה, פנימית וכללית



0306398504



025277

קוד הפניה: 231223386

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: , בית זית	מיקוד: 9081502		



0302561188

מרכז ארצי לדימות - C.T

תרופות קבועות:

LAMODEX 25MG X 30 1X1X30

מעשנת: לא

קוד מב"ר	פרוטוקול ביצוע הבדיקה	בדיקה דרושה
L1039		CT קרסול

שאלה לרדיולוג:

שינויים

תאריך ביצוע	לפני	תוצאה	בדיקת מעבדה
08/08/2021 1 ימים		0.97	Creatinine (B)
08/08/2021 1 ימים		104	eGFR

שם הרופא: ד"ר פרלוב אלה

תאריך: 09/08/2021

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך 09/08/2021 עד תאריך 05/02/2022

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

תאריך: 09/08/2021

מ.ר. גורם מפנה

מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

ד"ר פרלוב אלה
משפחה, פנימית וכללית



0306398504



025277

קוד הפניה: 231224022

טלפון: 02-5060520

פקס: 02-6427537

כתובת: הרכס 31, מעלה אדומים

פרטי הנבדק:

שם משפחה: רום

ת.לידה: 22/07/1990

כתובת: , בית זית



0302561188

שם פרטי: יהונתן

מין: ז

טלפון: 0547855565

ת.ז.: 302561188

טל.עבודה/נייד: 0547855565

מיקוד 9081502

מרכז ארצי לדימות - C.T

פרטי הרופא שלבקשתו נערכה ההזמנה:

שם הרופא:

דר אמיר

התמחות:

אורתופדיה

מחלקה/מרפאה:

אורתופדיה

שם המכון:

מאר בע"מ - ירושלים

תלונות:

בביקור בתאריך 08/11/2020 בשעה 11:59:08
ביקור חוזר מתאריך 07/07/2020:
שבר רגל מ-07.06.2020

בביקור בתאריך 05/07/2021 בשעה 11:18:24
המשך בירור

בביקור בתאריך 09/08/2021 בשעה 17:31:04

ממצאים:

בביקור בתאריך 08/11/2020 בשעה 11:59:08
ביקור חוזר מתאריך 07/07/2020:
גבס ברגל

בביקור בתאריך 05/07/2021 בשעה 11:18:24

בביקור בתאריך 09/08/2021 בשעה 17:31:04

אבחנה:

- WORK ACCIDENT
- FRACTURE ANKLE MEDIAL MALLEOLUS CLOSED Left

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:

פיחות - ASPIRIN/NSAIDS - 08/09/2016

תאריך: 09/08/2021

מ.ר. גורם מפנה



0306398504



025277

קוד הפניה: 231224022

מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

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: בית זית		מיקוד: 9081502	

מרכז ארצי לדימות - C.T.

LAMODEX 25MG X 30 1X1X30

תרופות קבועות:

מעשנת : לא	בדיקה דרושה	פרוטוקול ביצוע הבדיקה	קוד מב"ר
CT קרסול			L1039

שאלה לרדיולוג:

לאחר שבר

תאריך ביצוע	לפני	תוצאה	בדיקת מעבדה
108/08/2021 ימים		0.97	Creatinine (B)
108/08/2021 ימים		104	eGFR

שם הרופא: ד"ר פרלוב אלה

תאריך: 09/08/2021

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 09/08/2021 עד תאריך - 05/02/2022
יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

תאריך: 09/08/2021

מ.ר גורם מפנה



025277

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

מיקוד 9081502

כתובת: , בית זית



0302561188

הפנייה לקבלת התחייבות

סוג הבדיקה: C.T

הנני מאשר לחבר רום יהונתן ת.ז.: 302561188 גיל החבר: 31

לקבל על חשבון מכבי שירותי בריאות, את הטיפולים שיפורטו להלן:

קוד בדיקה	תאור הטיפול	CT קרסול
737000005		

הפנייה זו מיועדת עבור התחייבות לשירותים אמבולטוריים בלבד.

תאריך: 09/08/2021

שעה: 17:36

חתימה וחותמת הרופא

התחייבות זו בתוקף עד לתאריך: 05/02/2022

תאריך: 26/09/2021

מ.ר. גורם מפנה



025277

קוד הפניה: 236917288

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 (קניון קרסו, קומה 2)

פרטי הנבדק:

שם משפחה: רום

שם פרטי: יהונתן

ת.ז.: 302561188

ת.לידה: 22/07/1990

מין: ז

טלפון: 0547855565

טל.עבודה/נייד: 0547855565



0302561188

כתובת: שטיינברג יחיא 18, ירושלים

מיקוד: 9677171

דף מידע לבדיקות

ההפניה לבדיקות שהומלצו ממתינה בשירות המעבדה בכל סינפי מכבי.

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

URINE CULTURE - 07085

Urine General - 01000

** 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.

בערבי חג שירותי המעבדה במרכז הרפואי סגורים.

בלקחת 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 שבסינפי מכבי בין השעות: 7:00-8:30

תוקף ההמלצה ל 90 יום, מתאריך 26/09/2021 עד תאריך 25/12/2021.

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

מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

תאריך: 03/11/2021

מ.ר גורם מפנה



קוד הפניה: 242696851

ד"ר רשטיאק אולג

אורולוגיה

התמחויות:

מומחה באורולוגיה

טלפון: 03-7463290

פקס: 073-2132770

כתובת: רבי מאיר 8, אלעד

פרטי הנבדק:

שם משפחה: רום

שם פרטי: יהונתן

ת.ז.: 302561188

ת.לידה: 22/07/1990



טל.עבודה/נייד: 0547855565

טלפון: 0547855565

מין: ז

כתובת: בית זית

מיקוד 9081502

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

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

צום לפני הבדיקה: לביצוע הבדיקות בהפניה זו אין צורך בצום

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 03/11/2021 עד תאריך 01/02/2022.

לעיתים תתבצענה בדיקות נוספות ביזמת המעבדה.

לקבלת סיסמה אנא פנה לסניף.

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

תאריך: 20/12/2021

מ.ר גורם מפנה



027048

קוד הפניה: 249498887

מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

ד"ר רפופרט ערן
משפחה, פנימית וכללית

טלפון: 03-9386166

פקס: 074-7036090

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

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:

CBC (BLOOD COUNT) - 05022
UREA (B) - 04520
POTASSIUM (K) (B) - 04132
CRP - 06139
AST (SGOT) - 04450
GLUCOSE (B) - 02947

CREATININE (B) - 02565
SODIUM (Na) (B) - 04295
CK - 02550
ALT (SGPT) - 04460
LDH-Lactic Dehydrogenase - 03615
BILIRUBIN Total - 02250

**** נא להצטייד בכרטיס מגנטי ****

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

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

תוקף ההמלצה ל 90 יום, מתאריך 20/12/2021 עד תאריך 20/03/2022.

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

לעיתים תתבצענה בדיקות נוספות ביזמת המעבדה.

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

תאריך: 20/12/2021

מ.ר גורם מפנה



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

ד"ר רפופורט ערן
משפחה, פנימית וכללית

קוד הפניה: 249499001

טלפון: 03-9386166

פקס: 074-7036090

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

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

דף מידע לבדיקות

ההפניה לבדיקות שהומלצו ממתינה בשירות המעבדה בכל סניפי מכבי.

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

TSH - 04443

**** נא להצטייד בכרטיס מגנטי ****

צום לפני הבדיקה: לביצוע הבדיקות בהפנייה זו אין צורך בצום

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

תוקף ההמלצה ל 90 יום, מתאריך 20/12/2021 עד תאריך 20/03/2022. לעיתים תתבצענה בדיקות נוספות ביזמת המעבדה.

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

תאריך: 23/12/2021

מ.ר גורם מפנה



027048

קוד הפניה: 250019202

מכבי שירותי בריאות

העתק טופס

08/06/2025

ד"ר רפופורט ערן

משפחה, פנימית וכללית

טלפון: 03-9386166

פקס: 074-7036090

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

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:

CMV Batt - 06644

ALKALINE PHOSPHATASE - 04075

AST (SGOT) - 04450

ALT (SGPT) - 04460

BILIRUBIN Total - 02250

**** נא להצטייד בכרטיס מגנטי ****

צום לפני הבדיקה: לביצוע הבדיקות בהפנייה זו אין צורך בצום

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 23/12/2021 עד תאריך 23/03/2022.

לקבלת סיסמה אנא פנה לסניף.

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

העתק טופס
08/06/2025

פרטי רופא

שם רופא: ד"ר רפופרט ערן

מומחיות: רופאה כללית

טלפון: 03-9386166

פקס: 074-7036090

מס ביקור

000189357829

מכבי שירותי בריאות

פרטי מטופל

שם מטופל: רום יהונתן

ת"ז: 302561188

גיל 31 שנים ו-5 חודשים

טלפון: 0547855565, 0547855565

מין ז

ת"ז: 0302561188

רשימת תרופות שהופק להן מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 23/12/2021 (דף זה אינו מרשם)

מידע מנהלי	בתוקף לרכישה	לפני שינה	ערב	צהריים	בוקר	משך טיפול	אופן שימוש הנחיות	שם תרופה
CAP 28 - כמות לניפוק: 28 יחידות 10% השתתפות עצמית: **	23/12/2021-06/01/2022					1 כמסה	אופן שימוש הנחיות	שם תרופה
20 יחידות 10% השתתפות עצמית: **	23/12/2021-06/01/2022					פעם ביום 20 ימים	אופן שימוש הנחיות	שם תרופה

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.

cap. omeprazole 20 mg
***90 • OMEPRA, * OMEPRADEX, LOSEC,
OMEPRADEx-Z, LOSEC 20MG OTC
tab. bismuth subsalicyl 262 mg
* BITNI X, KALBETEN, KALBETEN NEW
לפי הצורך

העתק טופס
06/06/2025

מס ביקור



000190990949

שם רופא:

דר' טרסנר

מומחיות:

מומחה במחלות עור ומין

טלפון:

03-7214100

פקס:

073-2284103

מכבי שירותי בריאות

פרטי מטופל

ת"ז



0302561188

שם מטופל:

רום יהונתן

ת"ז:

302561188

גיל:

31 שנים ו- 5 חודשים

טלפון:

0547855565, 0547855565

רשימת תרופות שהופק להן מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 06/01/2022 (דף זה אינו מרשם)

מידע מנהלי	בתוקף לרכישה	לפני שינה	ערב	צהריים	בוקר	משך טיפול	אופן שימוש הנחיות	שם תרופה
OP 1 : כמות ליניפוק: 50 % ** השתתפות עצמית: 50 %	06/01/2022-20/01/2022		1.		1.	30 ימים	למריחה 2 פעמים ביום	gel clindamycin phos 10 mg * ZINDACLIN

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 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 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: 10/01/2022

מ.ר גורם מפנה



025277

מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

ד"ר פרלוב אלה

משפחה, פנימית וכללית

קוד הפניה: 252744493

טלפון: 02-5060520

פקס: 02-6427537

כתובת: הרכס 31, מעלה אדומים (קניון קרסו, קומה 2)

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:

Helico. pylori Ag Stool - 66772
Stool pathogens (PCR) - 07507
ALT (SGPT) - 04460
AST (SGOT) - 04450

Celiac Serology - 06211
Urethral Culture Battery - 07089
ALKALINE PHOSPHATASE - 04075

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

צום לפני הבדיקה: לביצוע הבדיקות בהפנייה זו אין צורך בצום

הנחיות נוספות: ייש לאסוף כרבע מיכל צואה לקיחת הדגימה לפני מתן השתן מומלץ למסור דגימת צואה טריה. במקרים מיוחדים, ניתן לשמור את הצואה עד למחרת במקרר.

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 10/01/2022 עד תאריך 10/04/2022. לעיתים תתבצענה בדיקות נוספות ביזמת המעבדה.

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



0306398504

025277

קוד הפניה: 252744570

טלפון: 02-5060520

פקס: 02-6427537

כתובת: הרכס 31, מעלה אדומים (קניון קרסו, קומה 2)

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		

US איברים

קוד	הבדיקה הדרושה אולטראסאונד
6705	בטן עליונה כולל כליות

שאלה למבצע הבדיקה: R/O

גורם משלם: 25 ב.טלפוני שעת קורונה

תלונות: צרבות חוזרות הפרעות תיפקודי כבד כאבים בשרירים, חולשה
מזה מספר חודשים

אבחנה:

- DYSPEPSIA
- LIVER ENZYMES ELEVATED Mild
- URETHRAL DISCHARGE
- WEAKNESS
- MUSCLE PAIN

בעיות ידועות:

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

מעשנת: לא

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

10/01/2022

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

הוראות הכנה לבדיקה:

• צום של 6 שעות לפני הבדיקה (מותר לשתות כוס מים). בטווח שעות אלו אין לעשן ואין ללעוס מסטיק.

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 10/01/2022 עד תאריך - 09/07/2022

מרכז זימון תורים 1-700-50-53-53

תאריך: 12/01/2022

מ.ר גורם מפנה



קוד הפניה: 253160605

מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

ד"ר רשטיאק אולג
אורולוגיה

התמחויות:

מומחה באורולוגיה

טלפון: 03-7463290
פקס: 073-2132770
כתובת: רבי מאיר 8, אלעד

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

דף מידע לבדיקות

ההפניה לבדיקות שהומלצו ממתונה בשירות המעבדה בכל סניפי מכבי.

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

URINE CULTURE - 07085

Urine General - 01000
STD Panel Symptomatic - 07798

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

צום לפני הבדיקה: לביצוע הבדיקות בהפניה 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 דגימת השתן תוך שעתיים למעבדה בסניף.
יש למסור דגימת שתן הראשון של הבוקר או שתן שניתן בהפרש של שעתיים לפחות ממתן השתן הקודם.
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 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 12/01/2022 עד תאריך 12/04/2022.

לקבלת סיסמה אנא פנה לסניף.

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

תאריך: 14/02/2022

מ.ר גורם מפנה



025277

קוד הפניה: 258849463

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 (קניון קרסו, קומה 2)

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

- במכבי

כירורגיה

תחום שירות:

סוג הייעוץ: רגיל

גורם משלם: 41 וירטואלי טפסים

תלונות: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...

אבחנה:

- ELECTRONIC FORMS
- CHOLELITHIASIS

מעשנות : 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

תרופות קבועות:

מטרת ההפניה: איבחון וטיפול.

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

14/02/2022

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 - 14/02/2022 עד תאריך - 13/08/2022

תאריך: 15/02/2022

מ.ר גורם מפנה



025277

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

ת.ז.: 302561188

שם פרטי: יהונתן

טל.עבודה/נייד: 0547855565

0547855565

טלפון:

מין: ז

22/07/1990

ת.לידה:



0302561188

כתובת:

שטיינברג יחיאל 18, ירושלים

מיקוד 9081502

אישור מחלה

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

אינו/ה מסוגלת/לעבוד מיום: 14/02/2022 עד יום: 14/02/2022 סה"כ: 1 ימים.

15/02/2022

תאריך

חתימה וחותמת הרופא

פרטי מטופל

שם מטופל: רום יהונתן

ת"ז: 302561188

גיל: 31 שנים ו- 7 חודשים

טלפון: 0547855565

פרטי רופא

שם רופא: ד"ר פרלוב אלה

מומחיות: רופא/ה כללי/ת

טלפון: 02-5913200

מס ביקור

ת"ז: 0302561188

מס: 000196000111

פקס: 073-2132690

רשימת תרופות שהופק להן מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 15/02/2022 (דף זה אינו מרשם)

שם תרופה	אופן שימוש הנחיות	משך טיפול	בוקר	צהריים	ערב	לפני שינה	בתוקף לרכישה	מידע מנהלי
לבליעה 1 טבליה 3 פעמים ביום * SPASMALGIN עם או אחרי אוכל	10 ימים	1 טבליה	1 טבליה	1 טבליה	1 טבליה		15/02/2022-01/03/2022	TAB 30 - כמות לניפוק: 15% השתתפות עצמית: **
cap. ibuprofen 400 mg * IBUFEN, ADEX FORTE, NUROFEN עם או אחרי אוכל	25 ימים						15/02/2022-01/03/2022	50 יחידות - כמות לניפוק: 10% השתתפות עצמית: **

* 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. לידעית 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: 15/02/2022

מ.ר גורם מפנה



014488

קוד הפניה: 259041803

מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

דר' גיפס משה

כירורגיה כללית

התמחויות:

מומחה בכירורגיה כללית

טלפון: 03-9386111

פקס: 073-2132446

כתובת: דרך הציונות 17, ראש העין

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

- במכבי

גסטרואנטרולוגיה

תחום שירות:

סוג הייעוץ: רגיל

תלונות: ארועי כאב ודקירות בבטן עליונה לעיתים. ללא בחילה. מוסר על ריפלוקס, לא עבר ברור. פעולת מעי תקינה. במעבדה ALT מעל הנורמה בבדיקות חוזרות. בסונר בטן אבן בכיס המרה ללא סימני דלקת או התעבות.

ממצאים: מישוש הבטן תקין.

אבחנה:

- LIVER ENZYMES ELEVATED
- CHOLELITHIASIS
- REFLUX ESOPHAGEAL
- PAIN ABDOMINAL

מעש/ת: 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

LAMODEX 25MG X 30 1X1X30

תרופות קבועות:

מטרת ההפניה: השלמת ברור ויעוץ

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

15/02/2022

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 - 15/02/2022 עד תאריך - 14/08/2022

תאריך: 23/02/2022

מ.ר גורם מפנה



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 (קניון קרסו, קומה 2)

פרטי הנבדק:	שם פרטי: יהונתן	שם משפחה: רום
ת.ז.: 302561188	טלפון: 0547855565	ת.לידה: 22/07/1990
טל.עבודה/נייד: 0547855565	מין: ז	ת.כתובת: שטיינברג יחיאל 18, ירושלים
מיקוד 9081502		כתובת: שטיינברג יחיאל 18, ירושלים
		0302561188

אישור מחלה

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

אינו/ה מסוגלת/ת לעבוד מיום: 21/02/2022 עד יום: 21/02/2022 סה"כ: 1 ימים.

חתימה וחותמת הרופא

23/02/2022

תאריך

העתק טופס
08/06/2025

מכבי שירותי בריאות

פרטי מטופל

מס ביקור



000199458281

פקס: 073-2284103

שם רופא: דר' טרטנר

מומחיות: מומחה במחלות עור ומין

טלפון: 03-7214100

ת"ז



0302561188

שם מטופל: רום יהונתן

ת"ז: 302561188

גיל: 31 שנים ו-8 חודשים

טלפון: 0547855565, 0547855565

רשימת תרופות שהופק להן מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 21/03/2022 (דף זה אינו מרשם)

מידע מנהלי	בתוקף לרכישה	לפני שינה	ערב	צהריים	בוקר	משך טיפול	אופן שימוש הנחיות	שם תרופה
OP 1 15% השתתפות עצמית: **	21/03/2022-04/04/2022		1.	1.	1.	21 ימים	למריחה 2 פעמים ביום * בימים א' ב' ג' כל שבוע	sol. podophyllotoxin 5 mg CONDYLOX

* ידוע לי שמורשה הרוקחות/לנפק חלופה גברית 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. לידעתך 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 נ"ר אינן מוצגות בדף זה ולצורך קבלתם יש להגיע עם המרשם המקורי.

תאריך: 12/04/2022

מ.ר גורם מפנה



025277

מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

ד"ר פרלוב אלה
משפחה, פנימיית 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 יחיאל 18, ירושלים	ת.לידה: 22/07/1990	מיקוד: 9081502	

0302561188

אישור מחלה

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

אינו/ה מסוגל/ת לעבוד מיום: 06/04/2022 עד יום: 12/04/2022 סה"כ: 7 ימים.

חתימה וחותמת הרופא

12/04/2022

תאריך

תאריך: 12/04/2022

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.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 מסוגל/ת לעבוד מיום: 06/04/2022 עד יום: 12/04/2022 סה"כ: 7 ימים.

12/04/2022

תאריך

חתימה וחותמת הרופא

העתק טופס
06/06/2025

מס ביקור

000201979877

073-2132690 פקס:

שם רופא: ד"ר פרלוב אלה

מומחיות: רופא/ה כללי/ת

טלפון: 02-5913200

מכבי שירותי בריאות

פרטי מטופל

שם מטופל: רם יהונתן

ת"ז: 302561188

גיל 31 שנים ו- 9 חודשים

טלפון: 0547855565, 0547855565

ת"ז: 0302561188

רשימת תרופות שהופק להן מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 15/04/2022 (דף זה אינו מרשם)

מידע מנהלי	בתוקף לרכישה	לפני שינה	ערב	צהריים	בוקר	משך טיפול	אופן שימוש הנחיות	שם תרופה
TAB 30 - כמות ליניפוק: 30 10% השתתפות עצמית: **	15/04/2022-05/05/2022	1 טבליה					פעם ביום מתמשך	tab. alprazolam 0.25 mg
TAB 30 - כמות ליניפוק: 30 50% השתתפות עצמית: **	06/05/2022-04/06/2022						פעם ביום מתמשך	* ALPRALID, XANAGIS
06/05/2022-04/06/2022					1 טבליה		פעם ביום מתמשך	tab. escitalopram 10 mg
05/06/2022-04/07/2022								* CIPRALEX, ESTO 10, ESCITALOPRAM TEVA

* 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 לקשור את התרופות. רשומה זו אינה תחליף למרשם רפואי. תרופות שדורשות מרשם נייר אינן מוצגות בדף זה ולצורך קבלתם יש להגיע עם המרשם המקורי.

תאריך: 09/05/2022

מ.ר גורם מפנה

מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

ד"ר מרזל אלן

אורולוגיה

התמחויות:

מומחה באורולוגיה

קוד הפניה: 270550361

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

מיקוד 9081502

שטיינברג יחיאל 18, ירושלים

כתובת:



0302561188

חדר מיון

בבדיקה שערכתי בתאריך: 09/05/2022 בשעה: 09:08 נמצא-

סוג מיון: מיון כללי

גורם משלם: 25 ב.טלפוני שעת קורונה

תלונות: בביקור בתאריך 03/11/2021 בשעה 16:13:35
בן 31, בריא, ללא טיפול תרופתי קבוע, ללא ניתוחים.
ירידה בחשק מיני במשך שנה.

בביקור בתאריך 12/01/2022 בשעה 16:44:06
TESTOSTERONE - 22
הפרשה מוזרה, צריבה לסרוגין.

בביקור בתאריך 09/05/2022 בשעה 09:04:57 ביקור טלפוני
מטופל עי אורולוג באלעד חשד STD מדווח על נפיחות באשך ימני המטוריה גלויה ללא חום יפנה לחדר מיון

ממצאים: בביקור בתאריך 12/01/2022 בשעה 16:44:06

בביקור בתאריך 09/05/2022 בשעה 09:04:57

- FOLLOW UP EXAMINATION
- ORCHITIS AND EPIDIDYMITIS Right Suspected

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

תרופות קבועות:

CIPRALEX 10MG X 28 1X1X30
ALPRALID 0.25MG X30 1X1X30
LAMODEX 25MG X 30 1X1X30

מעש/ת: לא

מופנה בדחיפות לחדר מיון לצורך:

המשך הערכה וטיפול

תאריך: 09/05/2022

מ.ר גורם מפנה

מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

דר' מרזל אלן

אורולוגיה

התמחויות:

מומחה באורולוגיה

טלפון:

02-5913200

פקס:

073-2132690

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



0013209390



016427

קוד הפניה: 270550361

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

חדר מיון

הפינוי למיון:

בכוחות עצמו

** הפניה זו בתוקף 24 שעות מרגע הפקתה. **
תוקף הפניה זו לתאריך 10/05/2022 בשעה 09:08:23
נא להצטייד בכרטיס מגנטי

09/05/2022

תאריך

נא לצרף מסמכים רלוונטים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

חתימה וחותמת

חבר מכבי יש להציג העתק טופס זה, מכתב שחרור וחשבון חדר מיון בעת הפניה לסניף הקופה לקבלת התחייבות

תאריך: 09/05/2022

מ.ר גורם מפנה



027817

קוד הפניה: 270715997

מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

פרופ' שוואבר מיטשל

מחלות זיהומיות

התמחויות:

מומחה במחלות זיהומיות

מומחה ברפואה פנימית

טלפון: 08-9737666

פקס: 073-2132694

כתובת: תלתן 8, מודיעין-מכבים-רעות

פרטי הנבדק:	שם פרטי: יהונתן	שם משפחה: רום
ת.ז.: 302561188	טלפון: 0547855565	ת.לידה: 22/07/1990
טל.עבודה/נייד: 0547855565	מין: ז	שטיינברג יחיאל 18, ירושלים
מיקוד 9081502	כתובת:	0302561188

אחות

גורם משלם: 25 ב.טלפוני שעת קורונה

דחוף: כן

אבחנה:

• URETHRITIS UNS Most Probably

סוג טיפול	דרך מתן	שם תרופה	מינון למתן	פעמים ביום	תדירות	משך טיפול	סה"כ	הערות
זריקה תוך שרירית IM	להזרקה	PAN-CEFTRIAXONE	500 mg	1 חד פעמי	1	1	1	לשריר הישבן

מטופל - הנחיות

סוג טיפול	הנחיות
זריקה תוך שרירית IM	לטיפול בזריקה IM/SC יש להזמין תור באתר מכבי online ; באפליקציית מכבי או במוקד מכבי ללא הפסקה 3555 *עליך לרכוש את התרופה ולהביא אותה לטיפול. עליך להישאר 20 דקות במרפאה להשגחה לאחר הטיפול.

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

09/05/2022 19:38

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 09/05/2022 עד תאריך - 05/11/2022
בכל פניה למרפאת אחות לצורך קבלת חיסון, חובה להצטייד בפנקס חיסונים!
לזימון תור למכון הקרוב למקום מגוריך או למכון אחר המופיע בהפנייה,
עליך לפנות למרכז זימון תורים : 3555* או ל 1-700-50-53-53

תאריך: 09/05/2022

מ.ר גורם מפנה



027817

קוד הפניה: 270716674

מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

פרופ' שוואבר מיטשל
מחלות זיהומיות

התמחויות:

מומחה במחלות זיהומיות
מומחה ברפואה פנימית

טלפון: 08-9737666

פקס: 073-2132694

כתובת: תלתן 8, 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 יחיאל 18, ירושלים	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
STD Panel Symptomatic - 07798
Syphilis Ab - 06593
Hepatitis C Ab Total - 06302

URINE CULTURE - 07085
HIV-Ab - 06702
Hepatitis B Surface Ag - 06287

** 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 דגימת השתן תוך שעתיים למעבדה בסניף.
יש למסור דגימת שתן הראשון של הבוקר או שתן שניתן בהפרש של שעתיים לפחות ממתן השתן הקודם.
יש לנקות היטב את אזור מתן השתן לפני מתן הדגימה.
מומלץ שתן ראשון של הבוקר.
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 09/05/2022 עד תאריך 07/08/2022.

לקבלת סיסמה אנא פנה לסניף.

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

תאריך: 09/05/2022

מ.ר גורם מפנה



027817

קוד הפניה: 270720233

מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

פ' שוואבר מיטשל

מחלות זיהומיות

התמחויות:

מומחה במחלות זיהומיות

מומחה ברפואה פנימית

טלפון: 08-9737666

פקס: 073-2132694

כתובת: תלתן 8, מודיעין-מכבים-רעות

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 יחיאל 18, ירושלים	מיקוד: 9081502		



0302561188

אחות

גורם משלם: 25 ב.טלפוני שעת קורונה

• URETHRITIS UNS Most Probably

אבחנה:

סוג טיפול	דרך מתן	שם תרופה	מינון למתן	פעמים ביום	תדירות	משך טיפול	סה"כ	הערות
זריקה תוך שרירית IM	להזרקה	GARDASIL 9	1 dose	1	1	1	1	1 מנה נוספת חודשיים אחרי החיסון הראשון, ומנה שלישית 4 חודשים אחרי החיסון השני.

מטופל - הנחיות

סוג טיפול	הנחיות
זריקה תוך שרירית IM	לטיפול בזריקה IM/SC יש להזמין תור באתר מכבי online ; באפליקציית מכבי או במוקד מכבי ללא הפסקה 3555. עליך לרכוש את התרופה ולהביא אותה לטיפול. עליך להישאר 20 דקות במרפאה להשגחה לאחר הטיפול.

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

09/05/2022 20:08

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 09/05/2022 עד תאריך - 05/11/2022
בכל פניה למרפאת אחות לצורך קבלת חיסון, חובה להצטייד בפנקס חיסונים!
לזימון תור למכון הקרוב למקום מגוריך או למכון אחר המופיע בהפנייה,
עליך לפנות למרכז זימון תורים : 3555* או ל 1-700-50-53-53

תאריך: 09/05/2022

מ.ר גורם מפנה



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

פרופ' שוואבר מיטשל
מחלות זיהומיות

התמחויות:

מומחה במחלות זיהומיות
מומחה ברפואה פנימית

טלפון: 08-9737666

פקס: 073-2132694

כתובת: תלתן 8, 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 יחיאל 18, ירושלים	מיקוד: 9081502		

תשובת יועץ

לכבוד:

ד"ר פרלוב אלה

בבדיקה שנעשתה ב: 09/05/2022

עקב: נפרד מחברתו. לפני חודש קיום יחסים לא מוגנים ומלפני שבועיים - צריבה במתן שתן, עם הפרשה סמיכה ולעתים דמית. היום היה במיון בילינסון - קבל IV Rocephin 1 gm ומרשם לדוקסילין ולציפרו. בדיקות לSTI נשלחו. מציין שבטיפול בקונדילומה בפין - הרבה זמן, מקבל קונדילקס. כמו-כן, מעוניין בחיסון HPV.

דיון ואבחנה מבדלת:

Urethritis, m/p

• URETHRITIS UNS Most Probably

אבחנה:

תרופות שניתנו:

{ (למשך 7 ימים) 1 X 2 } - DOXYLIN 100MG X 10
{ (למשך 21 ימים) X 2 } - CONDYLOX 3.5ML

- סיכום והמלצות: 1. IM ceftriaxone 500 mg x 1; PO doxycycline 100 mg x 2/d for 7 days.
2. בדיקות מעבדה לUTI ולSTD - שתן לכללית, תרבית, STD; דם לHIV, HBV, HCV, syphilis.
3. לבקשתו - מרשם להמשך טיפול בCondylox ע"פ הוראות רופא עור.
4. הפנייה לחיסון ראשון לHPV לבקשתו. מנת חיסון נוספת כעבור חודשיים ושוב כעבור 6 חודשים.
5. להעביר אלי תוצאות ממיון בילינסון.

ביקורת והמשך מעקב: מוזמן למעקב: כן בעוד כ-2 שבועות

09/05/2022

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

פרטי מטופל



ת"ז

שם מטופל: רם יהונתן
ת"ז: 302561188
גיל: 31 שנים ו- 9 חודשים
טלפון: 0547855565

מס ביקור



שם רופא: פרופ' שוואבר מיטשל
מומחיות: מומחה במחלות זיהומיות
טלפון: 08-9737666

פקס: 073-2132694

רשימת תרופות שהופק להן מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 09/05/2022 (דף זה אינו מרשם)

שם תרופה	אופן שימוש הנחיות	משך טיפול	בוקר	צהריים	ערב	לפני שינה	בתוקף לרכישה	מידע מנהלי
שם תרופה: doxycycline 100 mg מסחר: DOXYLIN	אופן שימוש: 1 טבליה 2 פעמים ביום הנחיות: עם או אחרי אוכל	7 ימים	1 טבליה		1 טבליה		09/05/2022-23/05/2022 כמות ליניפוק: 14 TAB ** השתתפות עצמית: 10%	
שם תרופה: podophyllotoxin 5 mg מסחר: CONDYLOX	אופן שימוש: 2 פעמים ביום 3 ימים עם הפסקה של 4 ימים הנחיות: למריחה 2 פעמים ביום. בימים א' ב' ג' כל שבוע (בוקר, ערב) לתקופה של 3 שבועות	21 ימים	1		1		09/05/2022-23/05/2022 כמות ליניפוק: 1 OP ** השתתפות עצמית: 15%	

* 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. 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: 23/05/2022

מ.ר גורם מפנה



027817

קוד הפניה: 272827174

מכבי שירותי בריאות

העתק טופס

08/06/2025

פרופ' שוואבר מיטשל

מחלות זיהומיות

התמחויות:

מומחה במחלות זיהומיות

מומחה ברפואה פנימית

טלפון: 08-9737666

פקס: 073-2132694

כתובת: תלתן 8, 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 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:

Microscopy+ Urine General - 01015

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

צום לפני הבדיקה: לביצוע הבדיקות בהפנייה זו אין צורך בצום

הנחיות נוספות: בדיקת מיקרוסקופיה שתן-באופן זמני נא לברר את המעבדה המבצעת דרך מוקד זימון תורים

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

תוקף ההמלצה ל 90 יום, מתאריך 23/05/2022 עד תאריך 21/08/2022. לעיתים תתבצעה בדיקות נוספות ביזמת המעבדה.

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

תאריך: 23/05/2022

מ.ר גורם מפנה



027817

קוד הפניה: 272833846

מכבי שירותי בריאות

העתק טופס

08/06/2025

פרופ' שוואבר מיטשל

מחלות זיהומיות

התמחויות:

מומחה במחלות זיהומיות

מומחה ברפואה פנימית

טלפון: 08-9737666

פקס: 073-2132694

כתובת: תלתן 8, 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

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:

URINE CULTURE - 07085

CBC (BLOOD COUNT) - 05022

** 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 לנקות היטב את אזור מתן השתן לפני מתן הדגימה.
מומלץ שתן ראשון של הבוקר.

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

לתוקף ההמלצה ל 90 יום, מתאריך 23/05/2022 עד תאריך 21/08/2022. לעיתים תתבצענה בדיקות נוספות ביזמת המעבדה.

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



027817

מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

פרופ' שוואבר מיטשל

מחלות זיהומיות

התמחויות:

מומחה במחלות זיהומיות

מומחה ברפואה פנימית

טלפון: 08-9737666

פקס: 073-2132694

כתובת: תלתן 8, 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 יחיאל 18, ירושלים	מיקוד: 9081502		

תשובת יועץ

לכבוד:

ד"ר פרלוב אלה

בבדיקה שנעשתה ב: 23/05/2022

עקב: מאז ביקור (טלפוני) קודם, לפני שבועיים, בעקבות צריבה בשתן והפרשה מהפין:
 - קבל זריקת רוצפין IM ו-7 ימי דוקסילין PO כרשום.
 - תוצאות של שתן STI שליליות במיון בילינסון (9.5) ובמכבי (10.5).
 במיון בילינסון נמצא בדם WBC 17, CRP 5.3mg/dl, שתן ללא ניטריט, עם WBC 500 ו RBC 150, צמיחה בת. שתן של GNR, רגיש לרוצפין. (כזכור, קבל 1 גמ רוצפין IV במיון).
 במכבי (10.5) תרבית שתן שלילית, בדיקות סרולוגיה לסיפיליס, HIV, HCV, HBV - שליליות, שתן כללית ללא ניטריט או WBC, עם 50 RBC / מיקרוליטר.
 - כ-3 ימים לאחר ביקור, התסמינים חלפו, ומאז לא חזרו. קיים יחסים קצת אחרי שהתסמינים חלפו - ללא כאבים, אך שם לב למעט דם בקונדום אח"כ, אבל הדם לא חזר על עצמו בקיום יחסים בהמשך.
 צוין אשך ימין נפוח בעת הביקור בבילינסון, עם רגישות - מציין שגם אלה חלפו.
 כעת ללא צריבה במתן שתן - מציין תחושת אי נעימות כאשר חש דחף לתת שתן.

דיון ואבחנה מبدלת:

Apparent gram-negative UTI, with possible orchitis/urethritis. Symptoms resolved

- INFECTION URINARY TRACT UNS Resolved
- URETHRITIS UNS Suspected Resolved
- ORCHITIS Suspected Resolved

אבחנה:

סיכום והמלצות: הופנה לבדיקת שתן כללית + מיקרוסקופית לברר אם ממשיך עם microscopic hematuria, ותרבית לוודא עיקור השתן.
 כמו-כן - ס"ד חוזרת לאור לויקוציטוזיס שהיה.
 אם יש דם בשתן, ו/או חוזר לראות הפרשה / דם בזרע - ממליץ הפנייה לאורולוג לבירור.
 כל עוד אין תסמינים ואין דם בשתן או בזרע - אין צורך בבירור נוסף.

ביקורת והמשך מעקב: מוזמן למעקב: על פי צורך

23/05/2022

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

תאריך: 31/05/2022

מ.ר גורם מפנה



025277

קוד הפניה: 273978895

טלפון: 02-5913200

פקס: 073-2132690

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

מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

ד"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: שטיינברג יחיאל 18, ירושלים	מיקוד: 9081502		
0302561188			

הולטר לחץ דם

• LABILE BLOOD PRESSURE

אבחנה:

פירוט	קוד	הבדיקה הדרושה
	93784	הולטר לחץ דם

נא להצטייד בכרטיס מגנטי

31/05/2022

חתימה וחותמת הרופא

נא לצרף מסמכים רלוונטים 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 - 31/05/2022 עד תאריך - 27/11/2022

תאריך: 02/06/2022

מ.ר גורם מפנה

מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

ד"ר פרלוב אלה
משפחה, פנימית וכללית



025277

קוד הפניה: 274363147

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 יחיאל 18, ירושלים	מיקוד: 9081502		
0302561188			

התייעצות מומחה

במכבי -

אורולוגיה

תחום שירות:

סוג הייעוץ: רגיל

גורם משלם: 41 וירטואלי טפסים

תלונות: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...

ממצאים: דלקות חוזרות בדרכי השתן

אבחנה:

• ELECTRONIC FORMS

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

תרופות קבועות:

CIPRALEX 10MG X 28 1X1X30
ALPRALID 0.25MG X30 1X1X30
LAMODEX 25MG X 30 1X1X30

מטרת ההפניה: איבחון וטיפול.

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

02/06/2022

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 02/06/2022 עד תאריך 29/11/2022

תאריך: 02/06/2022

מ.ר גורם מפנה



025277

קוד הפניה: 274363501

טלפון: 02-5913200

פקס: 073-2132690

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

מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

ד"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: שטיינברג יחיאל 18, ירושלים	מיקוד: 9081502		

התייעצות מומחה

- במכבי

אלרגולוגיה

תחום שירות:

סוג הייעוץ: רגיל

גורם משלם: 41 וירטואלי טפסים

תלונות: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...

אבחנה:

מעשנ/ת: 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

תרופות קבועות:

CIPRALEX 10MG X 28 1X1X30
ALPRALID 0.25MG X30 1X1X30
LAMODEX 25MG X 30 1X1X30

מטרת ההפניה: לפי בקשה של פציאנט

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

02/06/2022

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 - 02/06/2022 עד תאריך - 29/11/2022

תאריך: 02/06/2022

מ.ר גורם מפנה



025277

קוד הפניה: 274362515

טלפון: 02-5913200

פקס: 073-2132690

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

מכבי שירותי בריאות

העתק טופס

08/06/2025

ד"ר פרלוב אלה

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:

הולטר לב ליותר מיממה

תלונות: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...

• ELECTRONIC FORMS

אבחנה:

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

בעיות ידועות:

CIPRALEX 10MG X 28 1X1X30
ALPRALID 0.25MG X30 1X1X30
LAMODEX 25MG X 30 1X1X30

תרופות קבועות:

פירוט	קוד	הבדיקה הדרושה
הולטר לב ליותר מיממה		

הנחיות הרופא: 48 שעות

נא להצטייד בכרטיס מגנטי

02/06/2022

חתימה וחומת הרופא

נא לצרף מסמכים רלוונטים 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 - 02/06/2022 עד תאריך - 29/11/2022

תאריך: 02/06/2022

מ.ר גורם מפנה



025277

קוד הפניה: 274362854

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

ת.ז.: 302561188

שם פרטי: יהונתן

טל.עבודה/נייד: 0547855565

0547855565

טלפון:

מין: ז

22/07/1990

ת.לידה:



0302561188

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:

GLUCOSE (B) - 02947
TRIGLYCERIDES - 04478
LDL Cholesterol - 03719
ALKALINE PHOSPHATASE - 04075
PROTEIN - TOTAL (B) - 04155
UREA (B) - 04520
SODIUM (Na) (B) - 04295
CALCIUM (Ca) (B) - 02310

CHOLESTEROL - 02465
HDL CHOLESTEROL - 03718
HbA1C - 03037
ALT (SGPT) - 04460
ALBUMIN (B) - 02040
CREATININE (B) - 02565
POTASSIUM (K) (B) - 04132

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

צום לפני הבדיקה: דרוש צום של 12 שעות, מותר לשתות מים בלבד.

טיפול תרופתי: אין ליטול אופטלגין (דיפירון) במשך 24 שעות לפני ביצוע הבדיקה

בערבי חג שירותי המעבדה במרכז הרפואי סגורים.

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

לבדיקות דחופות: IV, 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 02/06/2022 עד תאריך 31/08/2022.

לעיתים תתבצענה בדיקות נוספות ביזמת המעבדה.

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

תאריך: 02/06/2022

מ.ר גורם מפנה



025277

קוד הפניה: 274362941

טלפון: 02-5913200

פקס: 073-2132690

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

מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

ד"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: שטיינברג יחיאל 18, ירושלים		מיקוד: 9081502					

התייעצות מומחה

במכבי -

קרדיולוגיה

תחום שירות:

סוג הייעוץ: רגיל

גורם משלם: 41 וירטואלי טפסים

תלונות: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...

אבחנה:

• ELECTRONIC FORMS

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: נפוחות - ASPIRIN/NSAIDS - 08/09/2016

תרופות קבועות:

CIPRALEX 10MG X 28 1X1X30
ALPRALID 0.25MG X30 1X1X30
LAMODEX 25MG X 30 1X1X30

מטרת ההפניה: לפי בקשה של פציאנט

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

02/06/2022

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 - 02/06/2022 עד תאריך - 29/11/2022

פרטי הפניה

משך בדיקה: 48 סניף: מרכז המכונים - ראשל"צ

רופא מפנה: פרלוב אלה

שם מרכז פענוח: אסותא - הולטר

תאריך הרכבה: 02/06/2022 דחיפות: רגיל

סיבת הפניה: שגרתי

פרטי פענוח בדיקת הולטר לבסיכום ממצאי הבדיקה יממה א'

משך הבדיקה: 0:0

סיום בדיקה: 19:29 03/06/2022

תחילת בדיקה: 18:36 02/06/2022

תלונות הנבדק:

לא צוינו.

מהירות מינימלית: 57 מהירות מקסימלית: 111 מהירות ממוצעת: 80

הפרעות קצב חדריות VPC'S:

נצפה VPC בודד.

הפרעות קצב על חדריות APC'S:

נצפו סה"כ 9 APC'S במשך הבדיקה.

הפרעות הולכה:

לא נצפו.

שינויים משמעותיים בקטע ST:

נצפה היפוך גלי T.

הערות/סיכום:

קצב סינוס. מהירות מינימלית - 57 פעימות לדקה, מהירות מקסימלית - 111 פעימות לדקה, מהירות ממוצעת - 80 פעימות לדקה. בין השעות 10:28-10:50 לא נצפה רישום. APC'S ו-VPB's בודדים. בדיקה ראשונה מתוך 48 שעות.

שם רופא חותם:

שם טכנאי מבצע:

איוון שמעון רוזנהק פרופ

סופיה בונפיאל

סיכום ממצאי הבדיקה יממה ב'

משך הבדיקה: 0:0

סיום בדיקה: 18:04 04/06/2022

תחילת בדיקה: 19:28 03/06/2022

תלונות הנבדק:

לא צוינו.

מהירות מינימלית: 55 מהירות מקסימלית: 185 מהירות ממוצעת: 77

הפרעות קצב חדריות VPC'S:

נצפו סה"כ 3 VPB'S במשך הבדיקה.

תאריך: 14/06/2022

מ.ר גורם מפנה



025277

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 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: 06/06/2022 עד יום: 06/06/2022 סה"כ: 1 ימים.

14/06/2022

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

תאריך: 06/07/2022

מ.ר גורם מפנה



025277

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 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: 06/07/2022 עד יום: 08/07/2022 סה"כ: 3 ימים.

06/07/2022

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

תאריך: 07/07/2022

מ.ר גורם מפנה



025277

קוד הפניה: 279469992

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

THROAT CULTURE - 07060

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

צום לפני הבדיקה: לביצוע הבדיקות בהפניה זו אין צורך בצום

הנחיות נוספות: לקיחת הדגימה לפני אכילה ושתייה.
ניתן לקבל תוצאות במענה טלפוני אוטומטי במס' 089311555. יש להצטייד במספר דרישה ומספר ת.ז.
ניתן לשמור בטמפרטורת החדר (לא בקרור) ולהביא למעבדה לא יאוחר מ 72 שעות מהלקיחה.

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 07/07/2022 עד תאריך 05/10/2022.

לקבלת סיסמה אנא פנה לסניף.

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

תאריך: 10/07/2022

מ.ר גורם מפנה



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 (קניון קרסו, קומה 2)

פרטי הנבדק:	
שם פרטי: יהונתן	שם משפחה: רום
ת.ז.: 302561188	ת.לידה: 22/07/1990
טל.עבודה/נייד: 0547855565	מיון: ז
מיקוד: 9081502	כתובת: שטיינברג יחיאל 18, ירושלים
0302561188	

אישור מחלה

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

אינו/ה מסוגל/ת לעבוד מיום: 10/07/2022 עד יום: 11/07/2022 סה"כ: 2 ימים.

10/07/2022

תאריך

חתימה וחותמת הרופא

תאריך: 10/07/2022

מ.ר גורם מפנה



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 (קניון קרסו, קומה 2)

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: 10/07/2022 עד יום: 11/07/2022 סה"כ: 2 ימים.

10/07/2022

תאריך

חתימה וחותמת הרופא

העתק טופס
08/06/2025

מכבי שירותי בריאות

פרטי מטופל

מס ביקור



000210040195

שם רופא: ד"ר לוינסקי אירנה
מומחית ברפואה פנימית
טלפון: 03-9531953

פקס: 03-9531954

ת"ז



0302561188

שם מטופל: רום יהונתן
ת"ז: 302561188
גיל: 31 שנים ו- 11 חודשים
טלפון: 0547855565, 0547855565

רשימת תרופות שהופק להן מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 10/07/2022 (דף זה אינו מרשם)

מידע מנהלי	בתוקף לרכישה	לפני שינה	ערב	צהריים	בוקר	משך טיפול	אופן שימוש הנחיות	שם תרופה
CAP 21 - כמות ליניפוק: 21 ** השתתפות עצמית: 10 %	10/07/2022-24/07/2022		1 כמסה	1 כמסה	1 כמסה	7 ימים	7 פעמים 3 פעמים	שם תרופה cap. amoxicillin trihydrate 500 mg ביום * AMOXY CARE, MOXYVIT FORTE, MOXYPEN FORTE
1 - יחידות ** השתתפות עצמית: 15 %	10/07/2022-24/07/2022					5 ימים	3 פעמים ביום לפי 5 ימים	שם תרופה pst. esracaine hcl 30 mg * ORACORT E
21 יחידות לא בפנקס התרופות של מכבי על חשבון החבר בלבד	10/07/2022-24/07/2022					7 ימים	3 פעמים 3 פעמים	שם תרופה lozenges dichlorbenzyl alcohol 1.2 mg amy/Imetacresol 0.6 mg * STREPSILS HONEY&L

* 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 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 מוצאות בדף זה ולצורך קבלתם יש להגיע עם המרשם המקורי.

תאריך: 18/09/2022

מ.ר גורם מפנה



025277

קוד הפניה: 289844356

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 יחיאל 18, ירושלים	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:

CBC (BLOOD COUNT) - 05022
PT (INR) Battery - 05610
CREATININE (B) - 02565
POTASSIUM (K) (B) - 04132
ALKALINE PHOSPHATASE - 04075
PROTEIN - TOTAL (B) - 04155
CHOLESTEROL - 02465
HDL CHOLESTEROL - 03718

GLUCOSE (B) - 02947
UREA (B) - 04520
SODIUM (Na) (B) - 04295
CALCIUM (Ca) (B) - 02310
ALT (SGPT) - 04460
ALBUMIN (B) - 02040
TRIGLYCERIDES - 04478
LDL Cholesterol - 03719

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

צום לפני הבדיקה: דרוש צום של 12 שעות, מותר לשתות מים בלבד.

טיפול תרופתי: אין ליטול אופטלגין (דיפירון) במשך 24 שעות לפני ביצוע הבדיקה

הנחיות נוספות: CBC - לתינוקות עד גיל 1 לא נדרש לקבוע תור ללקיחה ע"י הרופא אם זו הבדיקה היחידה הנדרשת
ניתן לקבל תוצאות במענה טלפוני אוטומטי במס' 089311555. יש להצטייד במספר דרישה ומספר ת.ז.

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 18/09/2022 עד תאריך 17/12/2022.

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

מס ביקור



000216713127

פקס: 073-2132690

שם רופא: ד"ר פרלוב אלה

מומחיות: רופאה כללית

טלפון: 02-5913200

ת"ז



0302561188

שם מטופל: רום יהונתן

ת"ז: 302561188

גיל 32 שנים - 2 חודשים

טלפון: 0547855565, 0547855565

רשימת תרופות שהופק להן מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 18/09/2022 (דף זה אינו מרשם)

מידע מנהלי	בתוקף לרכישה	לפני שינה	ערב	צהריים	בוקר	משך טיפול	אופן שימוש הנחיות	שם תרופה
TAB 10 - כמות לניפוק: 10 **השתתפות עצמית: 10%	18/09/2022-02/10/2022				1 טבליה	1 פעם ביום 10 ימים	אם הרופא ציין אחרת: **ההשתתפות העצמית תקבע בבית המרקחת על פי תוכנית הגבייה המאושרת לקופה ועל פי ההנחיות	שם תרופה tab. doxycycline 100 mg * עם או אחרי אוכל DOXYLIN

* 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 ההנחיות 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: 290645218

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 יחיאל 18, ירושלים		מיקוד: 9081502					
0302561188							

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

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

Rectal STD Screen PCR - 07794

STD Panel Symptomatic - 07798
Throat STD PCR Battery - 07793**** נא להצטייד בכרטיס מגנטי ******צום לפני הבדיקה:** לביצוע הבדיקות בהפניה זו אין צורך בצום**הנחיות נוספות:**

יש לאסוף את הדגימה מיד עם תחילת הזרם הראשון של השתן.
יש למסור דגימת שתן הראשון של הבוקר או שתן שניתן בהפרש של שעתיים לפחות ממתן השתן הקודם.
לקיחת הדגימה ב Abbott multi-Collect Specimen Collection Kit הכולל מטוש ומבחנה עם transport media (אין להשתמש בפיפטת הפסטר שבערכה). הכנס את המטוש למבחנה, שבור את הקצה במקום המסומן ופקוק את המבחנה. יש לשמור את הדגימה בטמפ' חדר ולהעבירה תוך שבוע למעבדה.

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

תוקף ההמלצה ל 90 יום, מתאריך 23/09/2022 עד תאריך 22/12/2022. לעיתים תתבצענה בדיקות נוספות ביזמת המעבדה.

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

תאריך: 23/09/2022

מ.ר גורם מפנה



025277

קוד הפניה: 290645261

מכבי שירותי בריאות

העתק טופס
08/06/2025

טלפון: 02-5913200

פקס: 073-2132690

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

ד"ר פרלוב אלה

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:



מיקוד 9081502

שטיינברג יחיאל 18, ירושלים

כתובת:

0302561188

התייעצות מומחה

- במכבי

עור ומין

תחום שירות:

סוג הייעוץ: רגיל

גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

תלונות: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...

אבחנה:

• ELECTRONIC PRESCRIPTION

מעש/ת : לא

- FAMILY HISTORY OF DIABETES MELLITUS (09/2022)
- 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

תרופות קבועות:

CIPRALEX 10MG X 28 1X1X30
ALPRALID 0.25MG X30 1X1X30

מטרת ההפניה: איבחון וטיפול.

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

23/09/2022

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 - 23/09/2022 עד תאריך - 22/03/2023

העתק טופס
08/06/2025

מכבי שירותי בריאות

מס ביקור



000217267724

פקס: 073-2132690

שם רופא: ד"ר פרלוב אלה

מומחיות: רופאה כללית

טלפון: 02-5913200

ת"ז



0302561188

שם מטופל: רום יהונתן

ת"ז: 302561188

גיל: 32 שנים ו-2 חודשים

טלפון: 0547855565, 0547855565

רשימת תרופות שהופק להן מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 23/09/2022 (דף זה אינו מרשם)

מידע מנהלי	בתוקף לרכישה	לפני שינה	ערב	צהריים	בוקר	משך טיפול	אופן שימוש הנחיות	שם תרופה
TAB 20 - כמות ליניפוק: 10% ** השתתפות עצמית: 10%	23/09/2022-07/10/2022		1 טבליה		1 טבליה	10 ימים	10 פעמים 1 טבליה 2 פעמים	שם תרופה doxycycline 100 mg * DOXYLIN • עם או אחרי אוכל

יודע 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: 15/11/2022

מ.ר גורם מפנה



032601

קוד הפניה: 297449510

מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

דר' אשר אילן
אימונולוגיה/אלרגולוגיה

התמחויות:

מומחה באימונולוגיה/אלרגולוגיה

מומחה ברפואה פנימית

טלפון: 03-9400055

פקס: 03-9400066

כתובת: שרירא שמואל 3, ראשון לציון

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

Esterase Inhibitor C1 - 05335
TSH - 04443
Antinuclear Ab - 06038
Immunoglobulin G - 27843
RHEUMATOID_Factor Quantit - 06432
IgE - 06420

C3 + C4 Battery - 06329
THYROID PEROXIDASE (TPO) AB - 06373
Immunoglobulin A - 27841
Immunoglobulin M - 27844
CBC (BLOOD COUNT) - 05022

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

צום לפני הבדיקה: לביצוע הבדיקות בהפנייה זו אין צורך בצום

הנחיות נוספות: CBC - לתינוקות עד גיל 1 לא נדרש לקבוע תור ללקיחה ע"י הרופא אם זו הבדיקה היחידה הנדרשת

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

תוקף ההמלצה ל 90 יום, מתאריך 15/11/2022 עד תאריך 13/02/2023.

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

מס ביקור



000221957600

פקס: 03-9400066

שם רופא:

דר' אשר אילן

מומחיות:

מומחה באימונולוגיה/אלרגולוגיה

טלפון:

03-9400055

ת"ז



0302561188

שם מטופל: רום יהונתן

ת"ז:

302561188

גיל: 32 שנים ו-4 חודשים

טלפון: 0547855565, 0547855565

רשימת תרופות שהופק להן מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 15/11/2022 (דף זה אינו מרשם)

מידע מנהלי	בתוקף לרכישה	לפני שינה	ערב	צהריים	בוקר	משך טיפול	אופן שימוש הנחיות	שם תרופה
כמות לניפוק: 30 יחידות ** השתתפות עצמית: 10 %	15/11/2022-29/11/2022					משך טיפול	אופן שימוש הנחיות	שם תרופה
						30 ימים	פעם ביום 1 טבליה 1 טבליה 1 פעם ביום 30 ימים	tab. fexofenadine 180 mg * TELFAST, FEXOFENADINE לפי הצורך

* 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 נ"ר אינן מוצגות בדף זה ולצורך קבלתם יש להגיע עם המרשם המקורי.

תאריך: 20/11/2022

מ.ר גורם מפנה



034766

מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

ד"ר לוינסקי אירנה
משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואה פנימית

טלפון: 03-9531953

פקס: 03-9531954

כתובת: רח' הנחשול 30 נווה ים ראשל"צ (מרכז מסחרי באחוזת ראשונים, קומת כניסה ב"ראשונים מדיקל ראשונים")

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: 20/11/2022 עד יום: 22/11/2022 סה"כ: 3 ימים.

20/11/2022

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

העתק טופס
08/06/2025

מכבי שירותי בריאות

פרטי מטופל

ת"ז



שם מטופל: רום יהונתן

מין: ז

ת"ז: 302561188

גיל: 32 שנים ו- 4 חודשים

טלפון: 0547855565

0547855565

פרטי רופא

מס ביקור



שם רופא: ד"ר לוינסקי אירנה

פקס: 03-9531954

03-9531953

מומחיות: מומחית ברפואה פנימית

שם מומחיות: מומחית ברפואה פנימית

000222361082

רשימת תרופות שהופק להן מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 20/11/2022 (דף זה אינו מרשם)

שם תרופה	אופן שימוש הנחיות	משך טיפול	בוקר	צהריים	ערב	לפני שינה	בתוקף לרכישה	מידע מנהלי
875 mg amoxicillin trihydrate tab. 125 mg clavulanic acid ביום	1 טבליה 2 פעמים	10 ימים	1 טבליה		1 טבליה		20/11/2022-04/12/2022	מדות מנהלי TAB 20 10% השתתפות עצמית: **
* AUGMENTIN BID, AMOXICLAV	10 ימים						20/11/2022-04/12/2022	מדות מנהלי 1 יחידות 10% השתתפות עצמית: **

* 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. לדיעבד 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: 19/01/2023

מ.ר גורם מפנה



020880



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

דר' יואב יחזקאלי
משפחה, פנימית וכללית
התמחויות:
מומחה ברפואה פנימית

קוד הפניה: 307774608

טלפון: 03-9115444

פקס: 03-7900890

כתובת: שבזי 170, ראש העין

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 אלא פעל בהתאם להנחיות:

GLUCOSE (B) - 02947
Creatinine (B) - 02565
Potassium (B) - 04132
CHOLESTEROL - 02465
HDL CHOLESTEROL - 03718
ALKALINE PHOSPHATASE - 04075
PROTEIN - TOTAL (B) - 04155
HbA1C - 03037
FERRITIN - 02728
TSH - 04443
CRP - 06139
RHEUMATOID_Factor Quantit - 06432
FOLIC ACID - 02746

Urea (B) - 04520
SODIUM (Na) (B) - 04295
CALCIUM (Ca) (B) - 02310
TRIGLYCERIDES - 04478
LDL Cholesterol - 03719
ALT (SGPT) - 04460
ALBUMIN (B) - 02040
CBC (BLOOD COUNT) - 05022
IRON (Fe) - 03540
VITAMIN B-12 - 02607
LDH-Lactic Dehydrogenase - 03615
Antinuclear Ab - 06038

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

צום לפני הבדיקה: דרוש צום של 12 שעות, מותר לשתות מים בלבד.

טיפול תרופתי: אין ליטול Vitamin B12 במשך 3 ימים לפני ביצוע הבדיקה
אין ליטול אופטלגין (דיפירון) 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

הנחיות נוספות: לתינוקות עד גיל 1 לא נדרש לקבוע תור ללקיחה ע"י הרופא אם זו הבדיקה היחידה הנדרשת

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

תוקף ההמלצה ל 90 יום, מתאריך 19/01/2023 עד תאריך 19/04/2023. לעיתים תתבצענה בדיקות נוספות ביזמת המעבדה.

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

תאריך: 19/01/2023

מ.ר גורם מפנה



020880

קוד הפניה: 307775171



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		

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:

C3 + C4 Battery - 06329
Esterase Inhibitor C1 - 05335

Complement Total (CH50) - 06162

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

צום לפני הבדיקה: לביצוע הבדיקות בהפנייה זו אין צורך בצום

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

תוקף ההמלצה ל 90 יום, מתאריך 19/01/2023 עד תאריך 19/04/2023. לעיתים תתבצענה בדיקות נוספות ביזמת המעבדה.

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

תאריך: 19/01/2023

מ.ר גורם מפנה



0056613011



020880

קוד הפניה: 307775484



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

טלפון: 03-9115444

פקס: 03-7900890

כתובת: שבזי 170, ראש העין

ד"ר יואב יחזקאלי

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 302561188

שם פרטי: יהונתן

שם משפחה: רום

טל.עבודה/נייד: 0547855565

טלפון: 0547855565

מין: ז

ת.לידה: 22/07/1990



0302561188

מיקוד 9081502

שטיינברג יחיאל 18, ירושלים

כתובת:

E.M.G

תלונות: מטופל חדש במרפאה. עובד באזור בפרטנר. ברקע אנגיודמה, היו התקפים מדי פעם. בחצי שנה האחרונה עלה 15 ק"ג במשקל, ידוע על אבן בכיס מרה, תקופה שמרגיש עייף מאד, תחושת יובש בפנים. כאבים בגב תחתון ועליון בעת תנועה, יש כאבים בגב העליון שמתגברים בשיעול. כאבים ברגליים, נימול בידים וברגליים. לא עושה פעילות גופנית כי קשה לו. תיאבון טוב. תזונה רגילה.

במשפחה מפרצת מוחית לאם. סוכרת לאבא. מרגיש מבחינה נפשית שנמצא בתקופה טובה.

אבחנה:

- PATIENT NEW CONSULT
- FATIGUE

בעיות ידועות:

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

תרופות קבועות:

CIPRALEX 10MG X 28 1X1X30
ALPRALID 0.25MG X30 1X1X30

הבדיקה הדרושה	קוד	פירוט
E.M.G	95861	

הנחיות הרופא: אין

סיבת הבדיקה/שאלה למבצע: בירור לנימול בידים וברגליים. כאבי גב תחתון- רדיקולופתיה? נירופתיה?

נא להצטייד בכרטיס מגנטי

19/01/2023

חתימה וחותמת הרופא

נא לצרף מסמכים רלוונטים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

תאריך

לזימון תור למכון הקרוב למקום מגוריו או למכון אחר המופיע בהפניה, עליך לפנות למרכז זימון תורים: *3555 או ל 1-700-50-53-53

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 19/01/2023 עד תאריך - 18/07/2023

תאריך: 19/01/2023

מ.ר גורם מפנה



0056613011



020880

קוד הפניה: 307776569



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



0302561188

טל.עבודה/נייד: 0547855565

טלפון: 0547855565

מין: ז

ת.לידה: 22/07/1990

שטיינברג יחיאל 18, ירושלים

כתובת:

מיקוד 9081502

מכון רנטגן

קוד	הבדיקה הדרושה
2070	עמוד שדרה גבי 2 צילומים (AP+LAT)
2100	עמוד שדרה מותני 2 צילומים (AP+LAT)

שאלה למבצע הבדיקה: ממצא גרמי חריג?

דחיפות הפענוח: רגיל

תלונות: מטופל חדש במרפאה. עובד באזור בפרטנר. ברקע אנגיודמה, היו התקפים מדי פעם. בחצי שנה האחרונה עלה 15 ק"ג במשקל, ידוע על אבן בכיס מרה, תקופה שמרגיש עייף מאד, תחושת יובש בפנים. כאבים בגב תחתון ועליון בעת תנועה, יש כאבים בגב העליון שמתגברים בשיעול. כאבים ברגליים, נימול בידיים וברגליים. תאונת עבודה לפני שנתיים. לא עושה פעילות גופנית כי קשה לו. תיאבון טוב. תזונה רגילה.

במשפחה מפרצת מוחית לאם. סוכרת לאבא. מרגיש מבחינה נפשית שנמצא בתקופה טובה. היה לפני שנה אצל פסיכיאטר שהמליץ על פסיכותרפיה.

אבחנה:

- PATIENT NEW CONSULT
- FATIGUE

בעיות ידועות:

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

מעשנ/ת: לא

19/01/2023

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 19/01/2023 עד תאריך - 18/07/2023

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

מידע ניתן לקבל במדריך השירותים האינטרנטי של מכבי: www.maccabi4u.co.il

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

פרטי מטופל

שם מטופל: רום יהונתן
ת"ז: 302561188
גיל: 32 שנים ו- 6 חודשים
טלפון: 0547855565, 0547855565

ת"ז
0302561188

שם רופא: דר' יואב יחזקאלי
מומחיות: מומחה ברפואה פנימית
טלפון: 03-9115444

מס ביקור
000228831635
פקס: 03-7900890

רשימת תרופות שהופק להן מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 19/01/2023 (דף זה אינו מרשם)

מידע מנהלי	בתוקף לרכישה	לפני השינה	ערב	צהריים	בוקר	משך הטיפול	אופן השימוש הנחיות	שם התרופה
כמות ליניפוק: 30 CAP ** השתתפות עצמית: 10 %	19/01/2023-02/02/2023				1 כמוסה	30 ימים	אופן השימוש הנחיות לבליעה 1 כמוסה 1 פעם ביום	cap. omeprazole 40 mg * OMEPRA, * OMEPRADEX

ההשתתפות העצמית תקבע בבית המרקחת על פי תוכנית הגבייה המאושרת לקופה ועל פי הנהלים
יידוע לי שמורשה הרוקחת/לנפק חלופה גנרית שאושרה ע"י הקופה אלא אם הרופא ציין אחרת. **
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.

06/02/2023
04:26

לכבוד
הרופא המטפל
ד"ר נכבד

הנדון: יהונתן רום ת.ז. 302561188
הבדיקה בוצעה במאר סניף: בתאריך: 05/02/2023

תאור בדיקה Thoracic spine 2 pos. תאריך בדיקה 05/02/2023
תאור בדיקה Lumbar spine 2 pos. תאריך בדיקה 05/02/2023

להלן צילום עמוד שדרה גבי 2 מנחים:
סיבת הפניה: בירור

מודגמת עקומה קיפוטית רגילה.
המבנה הגרמי של גופי החוליות הגביות על זיזיהם הרוחביים והקוציים, כמו כן, המרווחים הבין חוליתיים - בגדר הנורמה.
לא הודגם שבר.

לסיכום: בדיקה תקינה

להלן צילום עמוד שדרה מותני- סקרלי AP + LAT:
סיבת ההפניה: בירור

ישור של הלורדוזיס מותני.
המבנה הגרמי של גופי החוליות המותניות, הרווחים הבין חולייתיים - בגדר הנורמה.
אין עדות לשבר.

לסיכום: כמתואר.

(0, 2, 2, 0)

תודה על הפניית הנבדק
ובברכה,

פוענח ע"י: ד"ר גליצקי לאוניד מ.ר. 29443
מומחה לרדיולוגיה אבחנתית מ.ר.מ. 18964

הוקלד ע"י: לאוניד גליצקי

התשובה חתומה אלקטרונית ע"י הרדיולוג/ית המפענח/ת

העתק טופס
06/06/2025

פרטי חפץ

מס ביקור



000230582172

שם רופא: ד"ר גרושקו איליה

מומחיות: מומחה למחלות אף אוזן גרון מנתח

פקס: 08-9716238

טלפון: 08-9716220

פרטי מטופל

ת"ז



0302561188

שם מטופל: רום יהונתן

ת"ז: 302561188

גיל: 32 שנים ו-6 חודשים

טלפון: 0547855565, 0547855565

רשימת תרופות שהופק להן מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 06/02/2023 (דף זה אינו מרשם)

מידע מנהלי	בתוקף לרכישה	לפני השינה	ערב	צהריים	בוקר	משך הטיפול	אופן השימוש הנחיות	שם התרופה
כמות לינופון: OP 1 ** השתתפות עצמית: 10 %	06/02/2023-27/02/2023		3 טיפות	3 טיפות	3 טיפות	7 ימים	לטפטף באוזן 3 טיפות 3 פעמים ביום	ear drops dexamethasone 1 mg/ml neomycin sulph 5 mg/ml polymyxin sulph. 10000 iu/ml * DESO CARE, DESOREN, DEX-OTIC

ההשתתפות העצמית תקבע בבית המרקחת על פי תוכנית הגבייה המאושרת לקופה ועל פי הנהלים
ידוע לי שמורשה הרוקח/ת לנפק חלופה גנרית שאושרה ע"י הקופה אלא אם הרופא ציין אחרת. **
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: 15/02/2023

מ.ר גורם מפנה



020880

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

דר' יואב יחזקאלי
משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

קוד הפניה: 311912190

טלפון: 03-9115444

פקס: 03-7900890

כתובת: שבזי 170, ראש העין

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			

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:

Hepatitis B Core Ab - 06289
ANTI PARIETAL CELLS - 06257
ANTI SMOOTH MUSCLE - 06241

Antinuclear Ab - 06038
ANTI MITOCHONDRIAL AB - 06258
GAMMA GT - 02977

**** נא להצטייד בכרטיס מגנטי ****

צום לפני הבדיקה: לביצוע הבדיקות בהפנייה זו אין צורך בצום

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

לעיתים תתבצעה בדיקות נוספות ביזמת המעבדה.

תוקף ההמלצה ל 90 יום, מתאריך 15/02/2023 עד תאריך 16/05/2023.

לקבלת סיסמה אנא פנה לסניף.

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

תאריך: 16/02/2023

מ.ר גורם מפנה



020880



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

דר' יואב יחזקאלי
משפחה, פנימית וכללית
התמחויות:
מומחה ברפואה פנימית

טלפון: 03-9115444

פקס: 03-7900890

כתובת: שבזי 170, ראש העין

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: 09/02/2023 עד יום: 13/02/2023 סה"כ: 5 ימים.

16/02/2023

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

העתק טופס
06/06/2025

מכבי שירותי בריאות

פרטי מטופל

מס ביקור



000231937654

פקס: 03-5782939

שם רופא: ד"ר קולטנוב דימטרי

מומחיות: מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-5782928

ה"ז



0302561188

שם מטופל: רום יהונתן

ת"ז: 302561188

גיל: 32 שנים ו- 7 חודשים

טלפון: 0547855565, 0547855565

רשימת תרופות שהופק לכן מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 19/02/2023 (דף זה אינו מרשם)

מידע מנהלי	בתוקף לרכישה	לפני השינה	ערב	צהריים	בוקר	משך הטיפול	אופן השימוש הנחיות	שם התרופה
כמות ליניפוק: 14 TAB השתתפות עצמית: 50 %	19/02/2023-12/03/2023				1 טבליה	14 ימים	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום	tab. etoricoxib 90 mg ETORICOXIB, * ARCOXIA

* ידוע לי שמורשה הרוקח/ת לנפק חלופה גרירת שאושרה ע"י הקופה אלא אם הרופא ציין אחרת. ** ההשתתפות העצמית תקבע בבית המרקחת על פי תוכנית הגבייה המאושרת לקופה ועל פי ההנחיות 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 נ"ר אינן מוצגות בדף זה ולצורך קבלתם יש להגיע עם המרשם המקורי.

תאריך: 19/02/2023

מ.ר גורם מפנה



037507

קוד הפניה: 312538599



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

ד"ר קולטונוב דימטרי

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-5782928

פקס: 03-5782939

כתובת: נתן הנביא 1, בני ברק

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

0302561188

מכון פיזיותרפיה

תלונות: כאבי גב כשבוע, ללא חבלה.
רגישות ע"ש מותני, כח גס, תחושה שמורים דו צדדי, SLR, FABER שלילי.
צילום - מבנה גרמי נראה תקין.

• BACKACHE

אבחנה:

- FAMILY HISTORY OF DIABETES MELLITUS (09/2022)
- 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: נפוחות - ASPIRIN/NSAIDS - 08/09/2016

מעשנות: לא

סיבת ההפניה: גב תחתון- אלקטרוטרפיה ; תרגילי חיזוק והגמשה

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 19/02/2023 עד תאריך - 18/08/2023

נא להגיע עם מסמכים רלוונטים

19/02/2023

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 וחינוך משלם במזומן יש להסדיר את התשלום במזכירות הסניף טרם הגעה לטיפול.

תאריך: 20/03/2023

מ.ר גורם מפנה



0056613011



020880

קוד הפניה: 316958813



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

דר' יואב יחזקאלי
משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:
מומחה ברפואה פנימית

טלפון: 03-9115444

פקס: 03-7900890

כתובת: שבזי 170, ראש העין

פרטי הנבדק:	שם פרטי: יהונתן	שם משפחה: רום
ת.ז.: 302561188	טלפון: 0547855565	ת.לידה: 22/07/1990
טל.עבודה/נייד: 0547855565	מין: ז	שטיינברג יחיאל 18, ירושלים
מיקוד 9081502	כתובת:	0302561188

US איברים

קוד	הבדיקה הדרושה אולטראסאונד
6705	בטן עליונה כולל כליות

שאלה למבצע הבדיקה: בירור עליה קלה באנזימי כבד

תלונות: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...
עליה ב- ALT

אבחנה:

בעיות ידועות:

- ELECTRONIC FORMS
- LIVER ENZYMES ELEVATED

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

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

20/03/2023

מרכז זימון תורים 3555*, יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 20/03/2023 עד תאריך - 16/09/2023

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.

הוראות הכנה לבדיקה:

• צום של 6 שעות לפני הבדיקה. בטווח שעות אלו אין לעשן ואין ללעוס מסטיק.

העתק טופס
08/06/2025

מס ביקור

שם רופא:
ד"ר גרושקו איליה

מומחיות:
מומחה למחלות אף אוזן גרון מנתח

טלפון:
08-9716220

000237159239

פקס: 08-9716238

מכבי שירותי בריאות

פרטי מטופל

שם מטופל: רחם יהונתן

ת"ז: 302561188

גיל: 32 שנים ו- 9 חודשים

טלפון: 0547855565, 0547855565

מיון ז

0302561188

רשימת תרופות שהופק להן מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 17/04/2023 (דף זה אינו מרשם)

שם התרופה	אופן השימוש הנחיות	משך הטיפול	בוקר	צהריים	ערב	לפני השינה	בתוקף לרכישה	מידע מנהלי
שם התרופה ear drops dexamethasone 1 mg/ml neomycin sulph 5 mg/ml polymyxin sulph. 10000 iu/ml * DESO CARE, DESOREN, DEX-OTIC	לטפטף באוזן 3 טיפות 3 פעמים ביום	7 ימים	3 טיפות	3 טיפות	3 טיפות		17/04/2023-08/05/2023	כמות לניפוק: 1 OP - השתתפות עצמית: 10 %
שם התרופה nasal spray fluticasone propionate 0.5 mg * FLIXONASE, ALLEGRO NAS SPR	לרסס באף 1 מנה 1 פעם ביום לפי הצורך	30 ימים					17/04/2023-08/05/2023	כמות לניפוק: 1 יחידות - השתתפות עצמית: 10 %

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

תאריך: 17/04/2023

מ.ר גורם מפנה



0309206860



027316

קוד הפניה: 320446524



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

ד"ר גרושקו איליה

אף אוזן וגרון

התמחויות:

מומחה באף אוזן וגרון

טלפון: 08-9716220

פקס: 08-9716238

כתובת: יגאל ידן 37 מודיעין

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 שמיעה

תלונות: אי נחותך ותחושת לחץ באוזניים, יתכן ירידה בשמיעה
דלקות בסינוסים

ממצאים: תעלות ללא צרום, פצע בתעלת שמע משמאל, תופייות תקינות
גודש באף, קונכייות תפוחות, לוע אפי חופשי

אבחנה:

- OTITIS EXTERNA INFECTIVE UNS Left
- EUSTACHIAN TUBE OBSTRUCTION Bi-Lateral

בעיות ידועות:

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

*	הבדיקה הדרושה
92557	
92567	

בדיקת שמיעה מעל גיל 5

טימפנומטריה

נא להצטייד בכרטיס מגנטי

17/04/2023

חתימה וחותמת הרופא

נא לצרף מסמכים רלוונטים 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 - 17/04/2023 עד תאריך - 14/10/2023

תאריך: 09/06/2023

מ.ר גורם מפנה



110858

קוד הפניה: 328373799



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

ד"ר פורמן מורן

עור ומין

טלפון: 03-9418010

פקס: 03-9449383

כתובת: שז"ר זלמן 18, ראשון לציון (קומה ב')

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

דף מידע לבדיקות

ההפניה לבדיקות שהומלצו ממתינה בשירות המעבדה בכל סניפי מכבי.

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

CBC (BLOOD COUNT) - 05022
ALKALINE PHOSPHATASE - 04075
AST (SGOT) - 04450
Urea (B) - 04520
IRON (Fe) - 03540
TRANSFERRIN - 04466
PROTEIN - TOTAL (B) - 04155
Syphilis Ab - 06593
THYROID PEROXIDASE (TPO) AB - 06373

ALBUMIN (B) - 02040
ALT (SGPT) - 04460
Creatinine (B) - 02565
TSH - 04443
FERRITIN - 02728
FOLIC ACID - 02746
Antinuclear Ab - 06038
Thyroglobulin Ab - 06800

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

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

טיפול תרופתי: אין ליטול ברזל במשך 3 ימים לפני ביצוע הבדיקה
אין ליטול חומצה פולית במשך 3 ימים לפני ביצוע הבדיקה

הנחיות נוספות: לתינוקות עד גיל 1 לא נדרש לקבוע תור ללקיחה ע"י הרופא אם זו הבדיקה היחידה הנדרשת

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 09/06/2023 עד תאריך 07/09/2023.

לקבלת סיסמה אנא פנה לסניף.

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



110858



קוד הפניה: 328373888

מנבי שירותי בריאות

העתק טופס
08/06/2025

ד"ר פורמן מורן

עור ומין

טלפון: 03-9418010

פקס: 03-9449383

כתובת: שז"ר זלמן 18, ראשון לציון (קומה ב')

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



0302561188

התייעצות מומחה

- במנבי

כירורגיה - פלסטיקה

תחום שירות:

בהיסטוריה הרפואית: ללא מחלות ידועות.

תרופות קבועות: ללא.

רגישות לתרופות: לא ידועה.

מחלות עור אישית או במשפחה: לא ידועות.

אטופיה אישית או במשפחה: לא ידועה.

עבר השתלת שיער כשנה טרם קבלתו.

ללא גרד או כאבים בקרקפת.

לאחרונה - בשבועות האחרונים - נשירת שיער. ללא טריגר ברור.

לעיתים פצעונים.

ללא חום או תסמינים סיסטמיים נלווים.

בבדיקתו: על פני קרקפת עליונה - דילול שיער לא מתוחם היטב, ללא אריתמה או קשקש פריפוליקולרי בדרמטוסקופיה. ספק

נקודות צהובות בודדות. למעט כך - ללא נקודות לבנות או אדומות.

על פני קרקפת עליונה מרכזית משמאל - פפולה אריתמית בודדת בפיזור פוליקולרי.

ללא מעורבות ציפורני אצבעות או ריריות הפה.

אבחנה מבדלת של אלופציה לא צלקתית - טלוגן אפלוביום, אל מול אלופציה אראטה דיפוזית?

ממליץ על השלמת בירור מעבדתי לנשירת שיער.

ביופסיה מקרקפת.

אבחנה:

• ALOPECIA

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: 03/06/2018 - ASPIRIN/NSAIDS -

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

מטרת ההפניה: ביופסיה מקרקפת מזקיק שיער מאיזור קרקפת עליונה - בשאלת אלופציה אראטה, אל מול טלוגן אפלוביום.

תאריך: 09/06/2023

מ.ר גורם מפנה



110858

קוד הפניה: 328373888



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

ד"ר פורמן מורן

עור ומין

טלפון: 03-9418010

פקס: 03-9449383

כתובת: שז"ר זלמן 18, ראשון לציון (קומה ב')

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

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 - 09/06/2023 עד תאריך - 06/12/2023

09/06/2023

חתימה וחותמת

תאריך

העתק טופס
08/06/2025

מכבי שירותי בריאות

פרטי מטופל

מס ביקור



000242319172

פקס: 03-9449383

שם רופא: ד"ר פורמן מורן

מומחיות: רופא/ה עור ומין

טלפון: 03-9418010

ה"ז



0302561188

שם מטופל: רום יהונתן

ת"ז: 302561188

גיל: 32 שנים ו-10 חודשים

טלפון: 0547855565, 0547855565

רשימת תרופות שהופק להן מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 09/06/2023 (דף זה אינו מרשם)

מידע מנהלי	בתוקף לרכישה	בתוקף לרכישה	לפני השינה	ערב	צהריים	בוקר	משך הטיפול	אופן השימוש הנחיות	שם התרופה
כמות ליניפוק: 1 OP השתתפות עצמית: 15% **	09/06/2023-30/06/2023			.1		.1	14 ימים	לטפטף 2 פעמים ביום	sol. betamethasone (dipropionate) 0.5 mg
כמות ליניפוק: 1 יחידות השתתפות עצמית: 15% **	09/06/2023-30/06/2023						30 ימים	לטפטף 1 פעם ביום לפי הצורך	salicylic acid 30 mg
כמות ליניפוק: 30 TAB השתתפות עצמית: 10% **	09/06/2023-23/06/2023					1 טבליה	30 ימים	לטפטף 1 טבליה 1 פעם ביום	sol. chlorhexidine gluconate 40 mg
כמות ליניפוק: 1 OP השתתפות עצמית: 15% **	09/06/2023-30/06/2023			.1		.1	12 ימים	לטפטף 2 פעמים ביום יש להשתמש פעמיים ביום, למשך 3 ימים רצופים בשבוע עם הפסקה 4 ימים לאחר מכן. לחזור על טיפול זה 4 פעמים!	* SEPTAL SCRUB * DOXYLYN * DOXYLYN sol. podophylotoxin 5 mg * CONDYLOX

* ידוע לי שמורשה הרקוחות 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 לדיעקור. 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: 09/06/2023

מ.ר גורם מפנה



110858

קוד הפניה: 328374546



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

ד"ר פורמן מורן

עור ומין

טלפון: 03-9418010

פקס: 03-9449383

כתובת: שז"ר זלמן 18, ראשון לציון (קומה ב')

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

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:

STD urine asymptomatic - 07797
HIV-Ab - 06702
Hepatitis B Core IgM Bat - 06288
Hepatitis C Ab Total - 06302

Syphilis Ab - 06593
Hepatitis B Core Ab - 06289
Hepatitis B Surface Ag - 06287

**** נא להצטייד בכרטיס מגנטי ****

צום לפני הבדיקה: לביצוע הבדיקות בהפנייה זו אין צורך בצום

הנחיות נוספות: נא להביא תעודה מזהה
הבדיקה מאפשרת לזהות הדבקה חדשה כ-3 שבועות לאחר חשיפה חשודה
יש לאסוף את הדגימה מיד עם תחילת הזרם הראשון של השתן.
יש למסור דגימת שתן הראשון של הבוקר או שתן שניתן בהפרש של שעתיים לפחות ממתן השתן הקודם.

בלקיחת 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 09/06/2023 עד תאריך 07/09/2023.

לקבלת סיסמה אנא פנה לסניף.

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

תאריך: 12/06/2023

מ.ר גורם מפנה



0056613011



020880

קוד הפניה: 328684088



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

דר' יואב יחזקאלי
משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

טלפון: 03-9115444

פקס: 03-7900890

כתובת: שבזי 170, ראש העין

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 רנטגן

קוד	הבדיקה הדרושה
1020	חזה 2 צילומים

שאלה למבצע הבדיקה: בירור עייפות

דחיפות הפענוח: רגיל

תלונות: מעקב לחץ דם במדידות ביתיות סביב 140-160 על 95-100. חולשה, משקל יציב לאחר עליה במשקל של כ-15 ק"ג. כבד שומני, בירור כבד היה תקין לנגיפים ואוטואימוני. עייפות, יש נטיה להירדמות. מעשן.

אבחנה:

• FATIGUE

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)

מעשנת: לא

12/06/2023

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 12/06/2023 עד תאריך - 09/12/2023

חתימה וחותמת הרופא

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: 12/06/2023

מ.ר גורם מפנה



020880

קוד הפניה: 328685127



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

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:

GLUCOSE (B) - 02947
Creatinine (B) - 02565
SODIUM (Na) (B) - 04295
CALCIUM (Ca) (B) - 02310
ALT (SGPT) - 04460
AST (SGOT) - 04450
TSH - 04443
TRANSFERRIN - 04466
Immunoglobulins Battery - 02784
LDH-Lactic Dehydrogenase - 03615
Renin Direct (Concent.) - 42441

Urea (B) - 04520
Microalb/Creat Ratio URINE - 02045
Potassium (B) - 04132
ALKALINE PHOSPHATASE - 04075
CBC (BLOOD COUNT) - 05022
GAMMA GT - 02977
IRON (Fe) - 03540
Celiac Serology - 06211
ESR * - 05651
Cortisol 8am (B) - 02529

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

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

טיפול תרופתי: אין ליטול ברזל במשך 3 ימים לפני ביצוע הבדיקה

הנחיות נוספות: דגימת שתן ראשון של הבוקר.
הבדיקה תבוצע לפחות שתיים לאחר הקימה (במהלך השעתיים ניתן ללכת, לשבת, או לעמוד אך אין לשכב)

יש להגיע למעבדה בשעה 8.
לתינוקות עד גיל 1 לא נדרש לקבוע תור ללקיחה ע"י הרופא אם זו הבדיקה היחידה הנדרשת

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

בערבי חג שירותי המעבדה במרכז הרפואי סגורים.

לבדיקות דחופות: IVF, בילירובין ילודים (נאונטל), 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 12/06/2023 עד תאריך 10/09/2023.

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

תאריך: 12/06/2023

מ.ר גורם מפנה



0056613011



020880

קוד הפניה: 328686143



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

דר' יואב יחזקאלי
משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:
מומחה ברפואה פנימית

טלפון: 03-9115444

פקס: 03-7900890

כתובת: שבזי 170, ראש העין

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

US איברים

קוד	הבדיקה הדרושה אולטראסאונד
6701	דופלר עורקי הכליות

שאלה למבצע הבדיקה: בירור לחץ דם,

תלונות: מעקב לחץ דם במדידות ביתיות סביב 140-160 על 95-100. חולשה, משקל יציב לאחר עליה במשקל של כ-15 ק"ג. כבד שומני, בירור כבד היה תקין לנגיפים ואוטואימוני.
עייפות, יש נטיה להירדמות.
מעשן.
יש צרבת. משתעל מעט.
נשירת שיער לאחרונה, ניתנו בדיקות ע"י רופא עור ל-STD

- FATIGUE
- HAIR LOSS

אבחנה:

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)

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

12/06/2023

מרכז זימון תורים *3555, יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 12/06/2023 עד תאריך - 09/12/2023

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.

הוראות הכנה לבדיקה:

- צום של 6 שעות לפני הבדיקה.

תאריך: 28/06/2023

מ.ר גורם מפנה



038128

קוד הפניה: 331117698



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

ד"ר ברנס שי
כירורגיה אורתופדית | אורתופדיה ברכיים

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 08-6325158

פקס: 073-2132603

כתובת: שא נס 17, באר יעקב (קומה 1)

פרטי הנבדק:	שם פרטי: יהונתן	שם משפחה: רום
ת.ז.: 302561188	טלפון: 0547855565	ת.לידה: 22/07/1990
טל.עבודה/נייד: 0547855565	מין: ז	כתובת: שטיינברג יחיאל 18, ירושלים
מיקוד 9081502		0302561188

מכון פיזיותרפיה

תלונות: מצב לאחר שבר בקרסול שמאל - 7/6/2020 במהלך העבודה.
טופל שמרנית.

כאבים בקרסוליים בהליכה ועמידה ממושכת
כאבים בגב תחתון

ממצאים: רגישות והגבלה בתנועה בקרסול שמאל.

הליכה על בהונות ועקבים. עמידה ללא ליסט.
רגישות פרהוורטבראלית בגב תחתון. רגישות ע"פ SIJ מימין שמאל.
כח גס ותחושה שמורים בגפיים.
הגבלה בתנועות עמ"ש.
ללא חסר נירוסקולרי פריפרי.

- FRACTURE ANKLE MEDIAL MALLEOLUS CLOSED Left
- BACKACHE

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

מעשנ/ת : לא

סיבת ההפניה: טיפול מקומי; חימום מקומי; הקלת דלקת; גלים קצרים; חיזוק שרירים

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך 28/06/2023 עד תאריך 25/12/2023

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

28/06/2023

חתימה וחותמת

תאריך

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

תאריך: 28/06/2023

מ.ר גורם מפנה



038128

קוד הפניה: 331117804



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

ד"ר ברנס שי

כירורגיה אורתופדית | אורתופדיה ברכיים

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 08-6325158

פקס: 073-2132603

כתובת: שא נס 17, באר יעקב (קומה 1)

פרטי הנבדק:	שם פרטי: יהונתן	שם משפחה: רום
ת.ז.: 302561188	טלפון: 0547855565	ת.לידה: 22/07/1990
טל.עבודה/נייד: 0547855565	מין: ז	שטיינברג יחיאל 18, ירושלים
מיקוד 9081502	כתובת:	0302561188

מרפאת מכבי טבעי

סיבת הפנייה:

מצב לאחר שבר בקרסול שמאל - 7/6/2020 במהלך העבודה.
טופל שמרנית.
כאבים בקרסוליים בהליכה ועמידה ממושכת
כאבים בגב תחתון

ממצאים:

רגישות והגבלה בתנועה בקרסול שמאל.
הליכה על בהונות ועקבים. עמידה ללא ליסט.
רגישות פרהוורטבראלית בגב תחתון. רגישות ע"פ SIJ מימין שמאל.
כח גס ותחושה שמורים בגפיים.
הגבלה בתנועות עמ"ש.
ללא חסר נוירוסקולרי פריפרי.

- FRACTURE ANKLE MEDIAL MALLEOLUS CLOSED Left
- BACKACHE

בעיות פעילות:

- 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)

מעשנות: לא

רגישויות:

- ASPIRIN/NSAIDS - 03/06/2018

רגישויות לתרופות:

נפיחות - ASPIRIN/NSAIDS - 08/09/2016

הערות:

שיאצו, טווינה

מופנה לרופא מייעץ לקביעת מסלול הטיפול

28/06/2023

חתימה וחותמת

תאריך

תאריך: 28/06/2023

מ.ר גורם מפנה



038128

קוד הפניה: 331117804



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

ד"ר ברנס שי

כירורגיה אורתופדית | אורתופדיה ברכיים

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 08-6325158

פקס: 073-2132603

כתובת: שא נס 17, באר יעקב (קומה 1)

פרטי הנבדק:	שם פרטי: יהונתן	שם משפחה: רום
ת.ז.: 302561188	טלפון: 0547855565	ת.לידה: 22/07/1990
טל.עבודה/נייד: 0547855565	מין: ז	ת.לידה: 22/07/1990
מיקוד 9081502	שטיינברג יחיאל 18, ירושלים	כתובת: 0302561188

מרפאת מכבי טבעי

יש להתקשר למרפאה לקביעת פגישת יעוץ עם רופא המרפאה

יש להביא תוצאות של בדיקות רלוונטיות

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

מידע ניתן לקבל במדריך השירותים האינטרנטי של מכבי:

www.maccabi4u.co.il

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 28/06/2023 עד תאריך - 25/12/2023

תאריך: 13/07/2023

מ.ר גורם מפנה



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
08/06/2025

ד"ר יואב יחזקאלי
משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:
מומחה ברפואה פנימית

טלפון: 03-9115444
פקס: 03-7900890
כתובת: שבזי 170, ראש העין

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: 11/07/2023 עד יום: 13/07/2023 סה"כ: 3 ימים.

13/07/2023

תאריך

חתימה וחותמת הרופא