

**Freiberg Raskin**  
Law Office

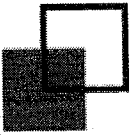
Ariel Freiberg, Adv.  
Igal Raskin, Adv.

באתר  
מבלי לפגוע בזכויות

02 יולי 2025  
Office@freiberg-law.com

**פרייברג רסקין**  
משרד עורכי דין

אריאל פרייברג, עו"ד  
יגאל רסקין, עו"ד



לכבוד  
המוסד לביטוח לאומי  
נפגעי איבה  
באמצעות האתר

ח"נ שלום רב,

**פגיעה מיום 14/10/24**  
**הנפגעת: טובה בר לב, ת"ז 052924834**

1. מצ"ב טופס תביעה לקביעת דרגת נכות ולתשלום תגמול נכות לנפגע איבה בצירוף מסמכים רפואיים.
2. אודה לעיונכם וטיפולכם המסור באישור תביעת מרשתי וזימונה לוועדה.

בכבוד רב ובב"ח,  
אריאל פרייברג, עו"ד  
פרייברג רסקין עורכי דין

עמוד 1 מתוך 4

|                                |       |                                    |            |
|--------------------------------|-------|------------------------------------|------------|
| מספר זהות / דרכון<br>052924834 | פיצול | לשימוש<br>פנימי<br>בלבד<br>(סריקה) | חותמת קבלה |
| סוג<br>המסמך                   | דפים  |                                    |            |

המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
נפגעי פעולות איבה



תביעה לקביעת דרגת נכות  
ולתשלום תגמול נכות  
לנפגע איבה

|                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                          |  |   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------|--|---|
| פרטי התובע                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                          |  | 1 |
| שם משפחה                                                                                                                                                                                                                                       |  | שם פרטי                                                                                                                                                                                                                |  | מין                                                                      |  |   |
| זר                                                                                                                                                                                                                                             |  | 26                                                                                                                                                                                                                     |  | <input type="checkbox"/> זכר<br><input checked="" type="checkbox"/> נקבה |  |   |
| תאריך לידה                                                                                                                                                                                                                                     |  | מצב משפחתי                                                                                                                                                                                                             |  | מספר זהות                                                                |  |   |
| 24/10/1954                                                                                                                                                                                                                                     |  | <input type="checkbox"/> רווקה<br><input type="checkbox"/> נשואה<br><input type="checkbox"/> אלמן/ה<br><input type="checkbox"/> גרושה/ה<br><input type="checkbox"/> פרודה/ה<br><input type="checkbox"/> ידועה/ה בציבור |  | 052924834                                                                |  |   |
| כתובת (הרשומה במשרד הפנים) ופרטי התקשורת                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                          |  |   |
| רחוב / תא דואר                                                                                                                                                                                                                                 |  | מס' בית                                                                                                                                                                                                                |  | כניסה                                                                    |  |   |
| רח' זמלא                                                                                                                                                                                                                                       |  | 1                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                          |  |   |
| טלפון קווי                                                                                                                                                                                                                                     |  | טלפון נייד                                                                                                                                                                                                             |  | דואר אלקטרוני:                                                           |  |   |
| 035666420                                                                                                                                                                                                                                      |  | 0526288288                                                                                                                                                                                                             |  | קרי"ר אורן                                                               |  |   |
| אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                          |  |   |
| שם משפחה איש קשר                                                                                                                                                                                                                               |  | שם פרטי איש קשר                                                                                                                                                                                                        |  | מס' זהות איש קשר                                                         |  |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                                                        |  | 052924834                                                                |  |   |
| <input type="checkbox"/> אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני, במקום דואר רגיל. לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת. |  |                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                          |  |   |
| מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                          |  |   |
| רחוב / תא דואר                                                                                                                                                                                                                                 |  | מס' בית                                                                                                                                                                                                                |  | כניסה                                                                    |  |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                          |  |   |
| שם הנמען (אם אינו הרשום מעלה)                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                          |  |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                          |  |   |
| קופת החולים בה אתה חבר                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                          |  |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                          |  |   |

|                                              |  |                                                                    |
|----------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------|
| פרטי הפגיעה                                  |  | 2                                                                  |
| תאריך הפגיעה                                 |  | 14/10/2024                                                         |
| האם קבלת/מקבל תגמול טיפול רפואי לאחר הפגיעה? |  | <input checked="" type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא |
| האם נזקקת לאשפוז בקשר לפגיעה?                |  | <input checked="" type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא |
| תקופת האשפוז                                 |  | מיום עד יום                                                        |
| 16/10/2024                                   |  | 16/10/2024                                                         |
| שם בית החולים                                |  | ז"מ חולמי ש"א                                                      |
| שם חולה                                      |  | מ/ח/ג אריאל צ'ירי                                                  |

3

**המגבלות שיש לך עקב הפגיעה ובגין אתה תובע גמלה**

|                                       |                                                |
|---------------------------------------|------------------------------------------------|
| <b>המגבלות או הכאבים מהם אתה סובל</b> | <b>מסמך או תיעוד רפואי הקשור למגבלה שציינת</b> |
| כאב ונזק ברגלי ימין                   | רצף תיעוד רפואי                                |
| הזנה גולגולתית ברגלי ימין             | רצף תיעוד רפואי                                |
| נזק ברגלי ימין                        |                                                |
| החמרה בליסטיקה                        |                                                |

האם סבלת בעבר ממגבלות או כאבים דומים לאלה שציינת בטבלה למעלה?  
☐ לא ☒ כן, פרט \_\_\_\_\_

פרט מחלות או מגבלות מהן סבלת טרם הפגיעה: גילויית מוח, זיהום וכו' / 60/80

**הוועדה הרפואית תדון רק בפגיעות שהוכרו.**  
 האם תסכים שרופא הוועדה יקבע לך דרגת נכות רפואית על פי מסמכים בלבד מבלי לזמן אותך לדיון?  
☐ כן ☒ לא

אנא חתום להבעת הסכמתך: חתימה \* \_\_\_\_\_  
 (ידוע לי שאף שנתתי את הסכמתי, יתכן ויהיה עלי להגיע לבדיקה אם רופא הוועדה ידרוש זאת)

4

**שליטה בשפה העברית**

☐ אני לא שולט בשפה העברית. אני דובר \_\_\_\_\_  
☐ לוועדה אגיע עם מלווה דובר עברית.  
☐ לוועדה לא אגיע עם מלווה דובר עברית.

5

**גמלאות ופיצויים מכוח חוקים אחרים**

האם אתה מקבל או קיבלת תשלום או תגמול:  
 ממשד הביטחון ☒ לא ☐ כן, פרט: \_\_\_\_\_  
 ממשד האוצר ☒ לא ☐ כן, פרט: \_\_\_\_\_

האם קבלת פיצויים לפי פקודת הנזיקין בגין פגיעה זו?  
☒ לא ☐ כן, ציין ממי ושם עורך הדין שלך: \_\_\_\_\_

6

**פרטי חשבון הבנק של התובע**

| שמות בעלי החשבון |                 |            |
|------------------|-----------------|------------|
| שם הבנק          | שם הסניף/כתובתו | מספר חשבון |
|                  |                 |            |

אני השותף בחשבון הבנק של ת.ז. \_\_\_\_\_ שם \_\_\_\_\_ מתחייב  
 להשתמש בכספי הגמלה שיופקו לחשבון, בעבור מקבל הגמלה.  
 אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים לחשבון הבנק או מיופי כוח בחשבון, ולדאוג להחתימם על טופס עדכון חשבון. אני מסכים, שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטי השותפים בחשבון ומיופי הכוח, במהלך תקופת הזכאות ואחריה.  
 אני מסכים, שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.  
 אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל לא יעביר מידע למוסד המידע הנחוצ לזו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.

תאריך: \_\_\_\_\_ שם השותף: \_\_\_\_\_ מספר ת.ז. \_\_\_\_\_ חתימה \* \_\_\_\_\_

7 קביעת זכאים לתשלום במקרה פטירה

בהתאם לחוק הנכים (תגמולים ושיקום), רשאי הנכה להורות כי התשלומים המגיעים לאחר פטירתו ישולמו ל"בן משפחה" שהורה עליו הנכה.  
אם לא הורה הנכה למי ישולמו התשלומים – ישולמו אותם תשלומים לבן הזוג, ובאין בן זוג, לבן משפחה על פי הגדרתו בחוק הנכים (תגמולים ושיקום).  
אני החתום מטה, מבקש כי תשלומים המגיעים לי לאחר פטירתי ישולמו לי:

| שם משפחה | שם פרטי | מספר ת. זהות | כתובת | קרבה משפחתית |
|----------|---------|--------------|-------|--------------|
|          |         |              |       |              |
|          |         |              |       |              |
|          |         |              |       |              |

חתימת הנכה \_\_\_\_\_

הצהרה

אני החתום מטה, מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביוזעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.  
כמו כן אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי.  
במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם צינתי על גבי טופס זה.

☐ אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותיי לגורמים נותני ההטבות.

☐ אני מסכים לוועדה בוודא צ'אט

תאריך: 30.6.2024

חתימת התובע / מקבל הגמלה X \_\_\_\_\_

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
אגף נפגעי פעולות איבה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: איבה

פרטים אישיים

|                                                                                                                                                                            |                 |              |              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--------------|--------------|
| קוד גמלה                                                                                                                                                                   | מספר זהות/דרכון | תאריך תביעה  | תאריך אירוע  |
| 13                                                                                                                                                                         | 052974834       | 17092015     | 11102014     |
|                                                                                                                                                                            |                 | שנה חודש יום | שנה חודש יום |
| שם משפחה                                                                                                                                                                   | שם פרטי         |              |              |
| זר                                                                                                                                                                         | שלמה            |              |              |
| חבר בקופת חולים                                                                                                                                                            |                 |              |              |
| <input checked="" type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> אחר _____ |                 |              |              |

הצהרה

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית שלי ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותיי.

תאריך 30.6.21 חתימת המבוטח x

אורתופדיה ב

|                                       |                    |
|---------------------------------------|--------------------|
| מנהל/ת : דר' פרידלנדר אלון מ.ר. 28647 | טלפון : 03-5302619 |
| אח/ות אחראי/ת : מר' בלייבר איגור      | פקס : 03-5302131   |

מכתב שחרור

|                         |                    |                                     |
|-------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| שם משפחה: בר-לב         | שם פרטי: טובה      | ת"ז: 52924834                       |
| גיל: 69                 | מין: נקבה          | טלפון נייד: 0526288288              |
| תאריך אשפוז: 14/10/2024 | מספר קבלה: 2622552 | מספר ימי אשפוז: 3                   |
| תאריך שחרור: 16/10/2024 | קופת חולים: כללית  | כתובת: נחל גמלא 1 קרית אונו 5228407 |

תאריך שחרור בפועל

תאריך שחרור: 16/10/2024

אבחנות

- Closed fracture of upper end of humerus [proximal] (812.00) (Right)
- Closed fracture of upper end of humerus [proximal] (812.00) (Right)
- Closed fracture of upper end of humerus [proximal] (812.00) (Right)

אבחנות בקבלה

FRACTURE HUMERUS CLOSED, CLOSED REDUCTION IF 245300  
79.11 (Right) 15/10/2024

פעולות/עיתוחים שבוצעו

- Closed fracture of upper end of humerus [proximal] (812.00) (Right)

מחלות רקע

S/P ENDOMETRIAL SAMPLE/BIOPSY, HYSTEROSCOPY 585580 (68.16) (14/04/2024)

ניתוחים בעבר

תלונה עקרית/מחלה נוכחית

בת 69, מתאשפזת עם שבר ארבע חלקים הומרוס פרוקסימלי צד ימין לצורך המשך טיפול

ברקע מ/א למפקטומי + הקרנה, מטופלת בטיפול הורמוני, במעקב במוסדנו  
יל"ד, סכרת, ללא טיפול במדללי דם  
אישה פעילה, צלולה ועצמאית

ביום פנייתה נפילה וחבלה כתף ימין

בבדיקתה

אינה מניעה כתף ימין,  
רגישות דיפוזית במישוש,  
תחושתית שמורה לפי ARUM,  
מוטורית לפי RUM,  
דופק רדיאלי נימוש

בצילומים שבר ארבע חלקים הומרוס פרוקסימלי צד ימין לצורך המשך טיפול

תוצאות מעבדה



שם מלא: בר-לב טובה 52924834

| פרופיל                  | בדיקה*                                                           | ערכי ייחוס | 16/10/24<br>09:23 | 16/10/24<br>09:21 | 14/10/24<br>18:46 | 14/10/24<br>18:38 |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------|------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| CBC                     | WBC (K/microL)                                                   | 4.00-10.80 | 10.98↑            |                   |                   | 14.75↑            |
| CBC                     | RBC (M/microL)                                                   | 3.8-5.2    | 4.54              |                   |                   | 5.47↑             |
| CBC                     | HGB (g/dl)                                                       | 11.7-15.7  | 12.32             |                   |                   | 14.24             |
| CBC                     | HCT (%)                                                          | 34.9-46.9  | 36.24             |                   |                   | 44.21             |
| CBC                     | MCV (fL)                                                         | 80.8-100   | 79.89↓            |                   |                   | 80.84             |
| CBC                     | MCH (pg)                                                         | 26-32      | 27.2              |                   |                   | 26.1              |
| CBC                     | MCHC (g/dl)                                                      | 32-36      | 34.0              |                   |                   | 32.2              |
| CBC                     | RDW (%)                                                          | 10.9-15.7  | 14.34             |                   |                   | 14.49             |
| CBC                     | PLT (K/microL)                                                   | 130-440    | 212               |                   |                   | 289               |
| CBC                     | MPV (fL)                                                         | 6.5-11.1   | 8.39              |                   |                   | 8.07              |
| CBC                     | PCT (%)                                                          |            | 0.18              |                   |                   | 0.23              |
| CBC                     | NEUTRO% (%)                                                      | 40-74      | 77.3↑             |                   |                   | 55.4              |
| CBC                     | LYMPHO% (%)                                                      | 20-40      | 12.8↓             |                   |                   | 31.3              |
| CBC                     | MONO% (%)                                                        | 4.7-12.5   | 9.2               |                   |                   | 10.1              |
| CBC                     | EOS% (%)                                                         | 0-7        | 0.3               |                   |                   | 2.6               |
| CBC                     | BASO% (%)                                                        | 0-1.5      | 0.4               |                   |                   | 0.6               |
| CBC                     | Nucleated RBC (/100WBC)                                          | 0-0.3      | 0.0               |                   |                   | 0.1               |
| CBC                     | NEUTRO abs. (K/microL)                                           | 1.8-7.7    | 8.49↑             |                   |                   | 8.17↑             |
| CBC                     | LYMPHO abs. (K/microL)                                           | 1-4.8      | 1.41              |                   |                   | 4.61              |
| CBC                     | MONO abs. (K/microL)                                             | 0.2-1.0    | 1.01↑             |                   |                   | 1.50↑             |
| CBC                     | EOS abs. (K/microL)                                              | 0-0.5      | 0.03              |                   |                   | 0.38              |
| CBC                     | BASO abs. (K/microL)                                             | 0-0.2      | 0.05              |                   |                   | 0.08              |
| CBC                     | Nucleated RBC abs. (K/microL)                                    | 0-0.02     | 0.00              |                   |                   | 0.01              |
| תפקודי קרישה<br>בסיסיים | PT (%)                                                           | 75-135     |                   |                   |                   | 120               |
| תפקודי קרישה<br>בסיסיים | INR (")                                                          | 0.80-1.20  |                   |                   |                   | 0.82              |
| תפקודי קרישה<br>בסיסיים | PTT (sec.)                                                       | 26-40      |                   |                   |                   | 31                |
| ביוכימיה בדם            | Lipemia (")                                                      |            |                   | Normal            | Normal            |                   |
| ביוכימיה בדם            | Estimated Glomerular Filtration Rate CKD-EPI 2021 (ml/min/1.73m) | 60         |                   | 97                | 93                |                   |
| ביוכימיה בדם            | Icterus (")                                                      |            |                   | Normal            | Normal            |                   |
| ביוכימיה בדם            | Hemolysis (")                                                    |            |                   | Normal            | Normal            |                   |
| ביוכימיה בדם            | Urea -Blood (mg/dl)                                              | 15-45      |                   | 24                | 38                |                   |
| ביוכימיה בדם            | Creatinine -Blood (mg/dl)                                        | 0.51-0.95  |                   | 0.58              | 0.69              |                   |
| ביוכימיה בדם            | Glucose -Blood (mg/dl)                                           | 70-100     |                   | 105↑              | 106↑              |                   |
| ביוכימיה בדם            | Potassium -Blood (meq/l)                                         | 3.5-5.2    |                   | 4.2               | 4.5               |                   |
| ביוכימיה בדם            | Sodium -Blood (meq/l)                                            | 136-148    |                   | 138               | 139               |                   |
| ביוכימיה בדם            | Chloride -Blood (meq/l)                                          | 98-110     |                   | 100               | 100               |                   |
| ביוכימיה בדם            | Calcium -Blood, total (mg/dl)                                    | 8.1-10.4   |                   | 9.0               | 10.5↑             |                   |
| ביוכימיה בדם            | Phosphorus -Blood (mg/dl)                                        | 2.0-4.0    |                   | 4.70↑             | 3.70              |                   |
| ביוכימיה בדם            | Magnesium -Blood (mg/dl)                                         | 1.9-2.7    |                   |                   | 2.00              |                   |
| ביוכימיה בדם            | Uric acid -Blood (mg/dl)                                         | 2.6-6.0    |                   | 4.1               | 4.0               |                   |
| ביוכימיה בדם            | Bilirubin -Blood, total (mg/dl)                                  | 0.1-1.1    |                   | 0.42              | 0.26              |                   |
| ביוכימיה בדם            | SGOT (AST) -Blood (U/L)                                          | 7-40       |                   | 28                | 29                |                   |
| ביוכימיה בדם            | SGPT (ALT) -Blood (U/L)                                          | 7-45       |                   | 22                | 24                |                   |

שם מלא: בר-לב טובה 52924834

| פרופיל       | בדיקה*                            | ערכי ייחוס | 16/10/24<br>09:23 | 16/10/24<br>09:21 | 14/10/24<br>18:46 | 14/10/24<br>18:38 |
|--------------|-----------------------------------|------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| ביוכימיה בדם | LDH -Blood (U/L)                  | 100-260    |                   | 225               | 254               |                   |
| ביוכימיה בדם | Alkaline Phosphatase -Blood (U/L) | 45-115     |                   | 76                | 98                |                   |
| ביוכימיה בדם | gamma GT -Blood (U/L)             | 7-39       |                   |                   | 28                |                   |
| ביוכימיה בדם | Protein -Blood, total (g/dl)      | 6.5-8.2    |                   | 6.3↓              | 7.5               |                   |
| ביוכימיה בדם | Albumin -Blood (g/dl)             | 3.6-5.5    |                   | 3.9               | 4.5               |                   |
| ביוכימיה בדם | Estimated Globulin -Blood (g/dl)  | 2.3-3.5    |                   | 2.40              | 3.00              |                   |
| ביוכימיה בדם | Osmolality (calc.) (mOsm/KgH2O)   | 275-295    |                   | 286               | 290               |                   |
| ביוכימיה בדם | CPK -Blood, total (U/L)           | 0-170      |                   |                   | 237↑              |                   |
| ביוכימיה בדם | Amylase -Blood (U/L)              | 20-90      |                   |                   | 48                |                   |
| ביוכימיה בדם | CRP-Inflammatory (mg/l)           | 0-5        |                   |                   | 7.62↑             |                   |

\* תדפיס זה אינו כולל הערות עבור מדבקה או בדיקה

מצב תפקודי ב- 30 יום טרם קבלה לאשפוז

20:41 14/10/2024

נרשם ע"י חאג-יחיא עודאי

תפקוד: עצמאי

ניידות: נייד ללא עזרת אדם אחר

מצב קוגניטיבי: תקין

### בדיקות דימות

| תוצאה                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | תאריך      | בדיקה     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------|
| פרטי הבדיקה- תאריך: 15/10/2024 מספר: 4015013044428<br><br><b>CT כתף ימין ללא חומר ניגוד</b><br><br>סיבת ההפניה: להערכת שבר.<br>הבדיקה בוצעה במישור אקסיאלי בתוספת שחזורים קורונליים וסגטליים אלכסוניים.<br>מודגם שבר מרוסק של ההומרוס המקורב המערב את הצוואר הכרוגרי והאנטומי ואת ה IGT ה LT.<br>קיצור חפיפה והסטה בין הפרגמנטים.<br>אין מעורבות של המפרק הגלנוהומרלי.<br>נזל בכמות מוגברת עם פלס נזל דם במפרק ובצקת לאורך ההומרוס.<br><br>הוכתב על-ידי: פרופ' איריס אשד<br><br>אושר על-ידי: פרופ' איריס אשד מספר רשיון:<br>תאריך אשרור: 15/10/2024 29015 | 15/10/2024 | CT<br>כתף |



שם מלא: בר-לב טובה 52924834

### סיכום ניתוח

20:51 20:51 15/10/2024

בתאריך 15/10/24 נותחה - רדוקציה וקיבוע שבר הומרוס פרוקסימלי 7 פינינג

### מהלך וטיפול

בת 69, בתאריך 15/10/24 נותחה - רדוקציה וקיבוע שבר הומרוס פרוקסימלי 7 פינים צד ימין

ברקע מ/א למפקטומי + הקרנה, מטופלת בטיפול הורמוני, במעקב במוסדנו  
יל"ד, סכרת, ללא טיפול במדללי דם  
אישה פעילה, צלולה ועצמאית

המטופלת עברה במחלקתנו את הניתוח המתואר במהלך ניתוחי תקין עם טיפול אנטיביוטי פריאופרטיבי.

מהלך בטר ניתוחי ללא אירועים חריגים עם שיפור קליני לאורכו  
כמו כן, במחלקה תרגלה פיזיותרפיה - הפעלת מרפק ואצבעות

ביום השחרור:  
במהלך הביקור מרגישה טוב, ללא תלונות  
מדדים אחרונים בנורמה

בבדיקתה:  
פצע ניתוחי חבוש בחבישות טווח קצר ללא הכתמות  
שמורה נירולוגית לפי ARUM  
דופק רדיאלי נימוש היטב

מעבדה מה-16/10/24:  
המוגלובין 12.32, ליוקציטוזיס 10.98, טסיות 212  
קריאטנין 0.58, אלקטרוליטים תקינים, אלבומין 3.9

לאור האמור לעיל, משתחררת לצורך מעקב מרפאתי ותרגול פיזיותרפיה במסגרת ביתית תחת ההמלצות המצורפות.

### המלצות כלליות

המלצה: יד במקבוע כתף 24 שעות - ביום ובלילה למשך 6 שבועות.  
הפעלת מרפק, אצבעות ושורש כף יד בלבד - ללא הפעלה של הכתף  
החלפת חבישה יומית ע"י אחות בקופ"ח. רחצת פצע מעוד 72 שעות, מים זורמים בלבד ללא סבון, ובלי לגעת בפצע  
הוצאת תפרים עוד שבועיים קופ"ח.  
ביקורת מרפאת ד"ר פוגל עוד 3 שבועות עם צילום ביקורת ביום הביקור לפי הפנייה מצורפת  
המשך טיפול תרופתי קבוע וחדוש מול רופא משפחה  
בכל החמרה / עליית חום / הפרשה מהפצע - לשוב לבדיקה במיון.  
נגד כאבים לפי צורך ולפי מרשם.  
מעקב רופא ואורתופד מטפל.  
חופשת מחלה חודשיים.  
חופשת מחלה: 2 חודשים.

### תרופות קבועות



שם מלא: בר-לב טובה 52924834

ATORVASTATIN 20mg + EZETIMIBE  
10mg (Atozet) P.O 1 tab/ cap 1 X 1 ביוםCALCIUM CARBONATE 600mg  
(elemental Ca)+VITAMIN D3 200IU  
tab P.O 1 tab/ cap 1 X 1 ביוםMAGNOX 520mg (Elemental Mg)  
tab P.O 520 mg 1 X 1 ביום

יש לרשום את ההוראה של mg של Elemental Magnesium בלבד.

METFORMIN 850mg tab  
(Glucophage) P.O 850 mg 1 X 2 ביוםMIRABEGRON 50mg tab  
(Betmiga) P.O 50 mg 1 X 1 ביום

NORMALOL 25mg tab P.O 25 mg 1 X 1 ביום

OMEPRAZOLE 40mg tab P.O 40 mg 1 X 1 ביום

למתן PZ או PEG: הקפלייות מתמוססות תוך כ- 5 דקות ב-10 מ"ל מים, לקבלת תרחיף בצבע ורוד. יש לטלטל מעט לזירוז ההתמוססות.

Tamoxifen P.O 20 mg 1 X 1 ביום

## תרופות להמשך טיפול

| שם התרופה                                                       | אופן מתן | מינון  | תדירות     | משך    | אריזות לניפוק | יחידות לניפוק | הערות | מרשם |
|-----------------------------------------------------------------|----------|--------|------------|--------|---------------|---------------|-------|------|
| PARACETAMOL tab<br>(Acamol)<br>(Paracetamol<br>[Acetaminophen]) | P.O      | 500 mg | 1 X 3 ביום | 3 ימים |               |               |       | ✓    |
| PREGABALIN cap<br>(Pregabalin)                                  | P.O      | 75 mg  | 1 X 2 ביום | 3 ימים |               |               |       | ✓    |

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

שם הרופא הבכיר האחראי על השחרור

רופא: דר' אקשוטה ניסים מ.ר. 89138

המלצות פיזיותרפיה בשחרור

טיפול פיזיותרפיה במסגרת הקהילה

Nizan  
Margalit  
16/10/2024  
13:57:06

נחתם ע"י: דר' מרגלית ניצן מ.ר. 186395

אם במהלך הבירור והטיפול בך נלקחה ממך ביופסיה עליך להתקשר למזכירות המחלקה לאחר 4 שבועות ממועד לקיחת הביופסיה, על מנת לברר תשובת הפתולוגיה.

כל ביקור במלר"ד כרוך בתשלום או בטופס התחייבות מקופת חולים.

הצטרף לשיבא connect-כרטיס חכם לבריאות



שם מלא: בר-לב טובה 52924834

להצטרפות חנים לשירותי שיבא אונליין פנה לצוות במחלקות השונות או במרפאות בבית החולים

דע את זכויותיך! הנך זכאי לקצבה מהמוסד לביטוח לאומי בשלושת המצבים הבאים:  
פגיעה כתוצאה מתאונה אישית, פגיעה כתוצאה מתאונת עבודה, אשפוז או מחלה מעל ל-90 יום כשהינך מוגבל כתוצאה ממחלתך  
הקשורה לאשפוז זה. מוצע שתבדוק את זכויותיך באתר האינטרנט של הביטוח הלאומי <http://www.btl.gov.il>  
באתר ניתן להוריד טופס תביעה לכל הקיצבאות ולשלוח באמצעות האתר או בדואר או להגיש בסניף הביטוח הלאומי.  
ניתן לקבל סיוע בבדיקת זכאות לגמלאות נכות וסיעוד דרך פניה בקישור <https://www.sheba.co.il/מחלקה-ראשונה-שירות-בדיקת-זכאות-לקצבה>

זמן הדפסה: 13:56 16/10/2024



### המחלקה לרפואה דחופה

|                                    |                    |
|------------------------------------|--------------------|
| מנהל/ת : דר' עירוני אבי מ.ר. 24070 | טלפון : 03-5302210 |
| אח/ות אחראי/ת : גב' אנגלרד הינדי   | פקס : 03-5302055   |
| דוא"ל: Er@sheba.health.gov.il      |                    |

### מכתב שחרור.

|                                     |                            |                        |
|-------------------------------------|----------------------------|------------------------|
| שם משפחה: בר-לב                     | שם פרטי: טובה              | ת"ז: 52924834          |
| גיל: 69                             | מין: נקבה                  | טלפון נייד: 0526288288 |
| תאריך ביקור: 18:29 19/10/2024       | מספר ביקור: 02240119102024 | קופת חולים: כללית      |
| כתובת: נחל גמלא 1 קרית אונו 5228407 |                            |                        |

- Closed fracture of upper end of humerus [proximal] (812.00) (Right)

אבחנות מסכמות

- Closed fracture of upper end of humerus [proximal] (812.00) (Right)

תחלואה נלוות

S/P ENDOMETRIAL SAMPLE/BIOPSY, HYSTEROSCOPY 585580 (68.16) (14/04/2024)

ניתוחים בעבר

S/P FRACTURE HUMERUS CLOSED, CLOSED REDUCTION IF 245300 (79.11) (Right) (15/10/2024)

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

אנמנזה סיעודית

סיבה עיקרית: תלונה אורטופדית

הערות: ביום שלישי עברה ניתוח עקב שבר בכתף ימין כעת הגיעה עקב נפיחות ביד ימין נימולים באצבעות

סימנים חיוניים

|                  |     |
|------------------|-----|
| תאריך ושעה       | כאב |
| 18:40 19/10/2024 | 1   |

אנמנזה ובדיקה גופנית

דר' לוי פיציוטו יעקב מ.ר. 118279 19:19 19/10/2024  
בת 69, בתאריך 15/10/24 נותחה - רדוקציה וקיבוע שבר הומרוס פרוקסימלי 7 פנים צד ימין  
ברקע מ/א למפקטומי + הקרנה, מטופלת בטיפול הורמוני, במעקב במוסדנו יל"ד, סכרת, ללא טיפול במדללי דם אישה פעילה, צלולה ועצמאית  
ביתחשה אקסילרי דופק דיסטלי שמור הטמהמה דורסלי ביד ללא רגישויות ללא כאב צילומים מצב אחרי קיבוע עם פנים עמדה טובה משוחררת להמשך מעקב אמבולטורי תחת המלצות של המנתח

המלצות

תאריך ושעה

פרטים

משוחררת להמשך מעקב אמבולטורי תחת המלצות של המנתח 19/10/2024

19:22



## המחלקה לרפואה דחופה

|                                    |                    |
|------------------------------------|--------------------|
| מנהל/ת : דר' עירוני אבי מ.ר. 24070 | טלפון : 03-5302210 |
| אח/ות אחראי/ת : גב' אנגלרד הינדי   | פקס : 03-5302055   |
| דוא"ל: Er@sheba.health.gov.il      |                    |

### מכתב שחרור.

|                                     |                            |                        |
|-------------------------------------|----------------------------|------------------------|
| שם משפחה: בר-לב                     | שם פרטי: טובה              | ת"ז: 52924834          |
| גיל: 69                             | מין: נקבה                  | טלפון נייד: 0526288288 |
| תאריך ביקור: 16:31 22/10/2024       | מספר ביקור: 03020122102024 | קופת חולים: כללית      |
| כתובת: נחל גמלא 1 קרית אונו 5228407 |                            |                        |

• Closed fracture of upper end of humerus [proximal] (812.00) (Right)

אבחנות מסכמות

• Closed fracture of upper end of humerus [proximal] (812.00) (Right)

תחלואה נלוות

ניתוחים בעבר

S/P ENDOMETRIAL SAMPLE/BIOPSY, HYSTEROSCOPY 585580 (68.16) (14/04/2024)

S/P FRACTURE HUMERUS CLOSED, CLOSED REDUCTION IF 245300 (79.11) (Right) (15/10/2024)

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

אנמנזה סיעודית

סיבה עיקרית: תלונה אורטופדית

הערות: בת 69 לפני כשבוע עברה ניתוח של קיבוע כתף עי דר פוגל

הגיעה כעת עם הפרשות מאזור הניתוח

רקע סכרת

סימנים חיוניים

|                  |     |
|------------------|-----|
| תאריך ושעה       | כאב |
| 16:47 22/10/2024 | 3   |

אנמנזה ובדיקה גופנית

דר' אפרטמן שגיא מ.ר. 164429 22:00 22/10/2024  
מטופלת בת 69, מתגוררת בקריית אונו, גמלאית, לפני זה עסקה בחינוך ברקע- מ/א למפקטומי + הקרנה, מטופלת בטיפול הורמוני, במעקב במוסדנו ל"ד, סכרת, ללא טיפול במדללי דם אישה פעילה, צלולה ועצמאית ----- בתאריך 15/10/24 נותחה- רדוקציה וקיבוע שבר הומרוס פרוקסימלי 7 פינים צד ימין ע"R שבר הומרוס מקורב 4 חלקים כעת פנייה חוזרת למיון עם תלונות של כאבים והפרשה מפצע הניתוח בבדיקתי - המטומה לאורך הגפה בתהליכי ספיגה, שמורה NV דיסטאלית גפה חמה וויאבילית פינים במראה תקין ללא הפרשה וללא קליניקה של זיהום מעבדה - ללא לויקו, CRP 23, צילום - ללא שינוי מהותי בהשוואה לצילום הביקורת, יתכן תזוזה קלה סביב הקורטקס הלטרלי של הGT משוחררת עם המלצות



המלצות

פרטים

תאריך ושעה

### המחלקה לרפואה דחופה

|                                    |                    |
|------------------------------------|--------------------|
| מנהל/ת : דר' עירוני אבי מ.ר. 24070 | טלפון : 03-5302210 |
| אח/ות אחראית/ת : גב' אנגלרד הינדי  | פקס : 03-5302055   |
| דוא"ל: Er@sheba.health.gov.il      |                    |

### מכתב שחרור.

|                                     |                            |                        |
|-------------------------------------|----------------------------|------------------------|
| שם משפחה: בר-לב                     | שם פרטי: טובה              | ת"ז: 52924834          |
| גיל: 70                             | מין: נקבה                  | טלפון נייד: 0526288288 |
| תאריך ביקור: 21:39 20/11/2024       | מספר ביקור: 04240120112024 | קופת חולים: כללית      |
| כתובת: נחל גמלא 1 קרית אונו 5228407 |                            |                        |

### אבחנות מסכמות

- proximal humeral fracture, surgical neck + GT (81201) (Right)

### תחלואה נלוות

- Closed fracture of upper end of humerus [proximal] (812.00) (Right)

### ניתוחים בעבר

S/P ENDOMETRIAL SAMPLE/BIOPSY, HYSTEROSCOPY 585580 (68.16) (14/04/2024)

S/P FRACTURE HUMERUS CLOSED, CLOSED REDUCTION IF 245300 (79.11) (Right) (15/10/2024)

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

אנמנזה סיעודית

סיבה עיקרית: תלונות לאחר ניתוח

הערות: לדבריה הגיעה עקב כאב בכתף ימין לאחר ניתוח באותה כתף.

### סימנים חיוניים

|                  |     |                    |             |          |
|------------------|-----|--------------------|-------------|----------|
| תאריך ושעה       | כאב | אמצעי עזר לנשימה   | מספר נשימות | מצב הכרה |
| 21:52 20/11/2024 | 5   | ללא חמצן/אוויר חדר | 18          | ערני     |

### אנמנזה ובדיקה גופנית

דר' קדרי איהב מ.ר. 172158 00:22 21/11/2024

בת 70 ב-15/10/24 בתאריך 15/10/24 נותחה - רדוקציה וקיבוע שבר הומרוס פרוקסימלי 7 פינינג כרגע מאתמול החמרה בכאבים באופן פתאומי ללא סיפור של חבלה או נפילה ללא חום ללא סינוי בתרופות בבדיקה צלקות במראה תקין ללא סימני זיהום ללא אודם ללא חום למגע ללא נפיחות ללא פחת NV נפיחות באמה בצילום ללא סינוי מצילום קודם

### המלצות

פרטים

תאריך ושעה

21/11/2024 משככי כאבים לפי מרשם

00:22 מנוחה

מחר יש להשלים US דופלר של היד

בכל חמרה יש לחזור

שם מלא: בר-לב טובה 52924834

המשך טיפול לפי מעקב מרפאתי

| טיפול תרופתי במלרד |                                  |              |                                               |     |
|--------------------|----------------------------------|--------------|-----------------------------------------------|-----|
| צורת מינון ומינון  | תאריך ושעה                       | תזמון מהוראה | תרופה                                         | P.O |
| 1000 mg            | 20/11/2024 22:38<br>סראחנה מג'די | Once         | DIPYRONE 500mg/ml oral sol (Optalgin) 1000 mg |     |

Ihab Cadri

21/11/2024

נחתם ע"י: דר' קדרי איהב מ.ר. 172158

תעודה זו ניתנת על ידי לשם הגשתה כראיה לבית משפט. והריני מצהיר בזאת כי ידוע לי היטב, שלענכחחחח הפלילי  
בדבר עדות שקר בשבועה, בבית משפט. דין תעודה זו כשהיא חתומה על ידי כדין עדות בשבועה שנתתי בבית המשפט.

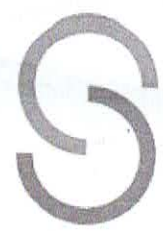
על פי הנחיות משרד הבריאות, בתום הביקור במחלקה לרפואה דחופה, המטופל יחזור להמשך טיפול אצל רופאו  
בקופת חולים.

במידה והופנית להמשך טיפול במרפאות החוץ או במכוני שיבא, קבע תור בטלפון 03-5303030.  
תוצאות בדיקות שבוצעו בשיבא "מסרו דרך" שיבא קונקט" או דרך הרופא המטפל בקהילה.

לברור תשובת תרבות/וירולוגיה ניתן להתקשר בימים א-ה לטלפון- 035309159 ולשאר הודעה במענה הקולי  
אנחנו ניצור איתך קשר תוך 24 שעות

כל ביקור במלר"ד כרוך בתשלום או בטופס התחייבות מקופת חולים.  
ניתן לשלוח את טופס ההתחייבות [ט.17] לפקס 03-5302113/7447 או במייל: [hovot@sheba.health.gov.il](mailto:hovot@sheba.health.gov.il)  
באם הגעת למלר"ד עקב תאונת עבודה, נא לגשת לפקידת הקבלה להחתמת הטופס עבור ביטוח לאומי

דע את זכויותיך! הנך זכאי לקצבה מהמוסד לביטוח לאומי בשלושת המצבים הבאים:  
פגיעה כתוצאה מתאונה אישית, פגיעה כתוצאה מתאונת עבודה, אשפוז או מחלה מעל ל- 90 יום כשהינך מוגבל  
כתוצאה ממחלתך הקשורה לאשפוז זה.  
מוצע שתבדוק את זכויותיך באתר האינטרנט של הביטוח הלאומי, באתר ניתן להוריד טופס תביעה לכל הקצבאות  
ולשלוח באמצעות האתר, בדואר או להגיש בסניף הביטוח הלאומי <http://www.btl.gov.il>  
בברכת בריאות שלמה



לכבוד:

טובה בר-לב

נחל גמלא 1, דירה 37, קרית אנו

קרית אנו  
5228407

מס' זהות:  
0052924834  
טל' ניד:  
0526288288  
טל' בית:  
0526288288  
פקס:

ב/א 31-  
מאצ'ואס  
את הניסים  
בהרצאה  
כאסות

\*\* חסוי רפואי \*\*

הזמנה למרכז ניתוחי יום  
המרכז הרפואי שיבא - תל השומר  
הנך מוזמן/ת לאשפוז יום - אורתופדיה  
לביצוע ניתוח המתוכנן ל-  
יום שלישי 03/12/2024 07:00

REMOVAL OF I.F

שם הניתוח:

הניתוח יתבצע בהרדמה כללית - נא להישאר בצום מחצות הלילה.

\*מועד הניתוח עלול להשתנות. במידה וחל שינוי, התאריך ימסר באופן טלפוני ע"י המזכירה הרפואית.

- מיקומו: בניין ניתוחי יום (מהכניסה הראשית ממשיכים ישר עד לכיכר השניה שליד המיון, ומשם ישר לכיוון מכון הלב).
- נבקש להביא: עוברים כיכר נוספת ומשמאל בניין ניתוחי יום.
  - תעודה מזהה עם תמונה וכרטיס מגנטי של קופת החולים.
  - התחייבות מספרית (תשלום) בגובה 700 ש"ח (שבע מאות ש"ח) כמסמך אחריות.

המתאימה לפירוט הבא: / משרד הביטחון

| קוד משרד הבריאות | תיאור                                                        |
|------------------|--------------------------------------------------------------|
| C7860            | הוצאת קיבוע מעצם, למעט פנים/כף יד/כף רגל, באשפוז יום כירורגי |

- נא לשלוח טופס 17 בפקס 03-5302061 או במייל [e.day@sheba.gov.il](mailto:e.day@sheba.gov.il)
- אם לא תוצג ההתחייבות תתבקש/י - לשלם עבור השרות במזומן/אשראי או לשלם באשראי פיקדון עד 1,000 ש"ח ל- 21 ימים, במידה ולא תתקבל ההתחייבות הפיקדון יפרע אוטומטית בתום התקופה (לתשומת ליבך אין המבטח הרפואי מתחייב לממן את השרות בדיעבד).
- \*\*\*חיילים - יש להצטייד באסמכתא תקציבית בתוקף, לא יתקבל פיקדון או תשלום.
- חובה להגיע עם מלווה. במידה והמטופל אינו כשיר חובה כי יהיה מלווה ע"י אפוטרופוס/ מיופה כח כדין שיציג צו מינוי לאפוטרופוס, או יפיו כח מתמשך.
  - תוצאות בדיקות / מסמכים:

• א.ק.ג.  
• סוכר

• PT+ PTT  
• אלקטרוליטים

• INR  
• אוריאה  
• ספירת דם

לתשומת ליבך:  
יש להפסיק נטילת אספירין / קרטיה / מיקרופירין 10 ימים לפני מועד הניתוח עפ"י המלצת הרופא בלבד.  
\*מטופל/ת נכבד/ה, מומלץ להימנע מלהביא תכשיטים/ חפצי ערך/ כסף, אין הנהלת ביה"ח אחראית על אובדן/גניבה.  
טלפונים לברורים - מזכירות: 03-5302555, 03-5302257 או בפקס 03-5302061.  
אם מסיבה כלשהי נמנע ממך להגיע, נבקשך להתקשר מוקדם ככל הניתן למזכירות.



איום אורתופדי

|                                       |                    |
|---------------------------------------|--------------------|
| מנהל/ת : דר' פרידלנדר אלון מ.ר. 28647 | טלפון : 03-5302417 |
| אחות אחראית : גב' יהודית גירסון       | פקס : 03-5302132   |

מכתב שחרור

|                                     |                      |                        |
|-------------------------------------|----------------------|------------------------|
| שם משפחה: בר-לב                     | שם פרטי: טובה        | ת"ז: 52924834          |
| גיל: 70                             | מין: נקבה            | טלפון נייד: 0526288288 |
| תאריך ביקור: 03/12/2024             | מספר ביקור: 26342608 | קופת חולים: כללית      |
| כתובת: נחל גמלא 1 קרית אונו 5228407 |                      |                        |

פעולות במהלך ניתוח

REMOVAL OF I.F 48 78.60

תלונה עקרית

בת 70, התקבלה להוצאת פינים בכתף ימין מ"א CRIF

סיכום ניתוח

ב-03.12.24 נותחה בהרדמה כללית - הוצאת חומרה מהומרוס מקורב מימין

המלצות

נגד כאבים לפי המרשם המצורף,  
יד במקבע כתף 24 שעות ביממה למעט ברחצה ותרגול פיזיותרפיה.  
פיזיותרפיה באמצעות קופת חולים - הפעלת מרפק ושורש כף יד, תרגילים פנדולריים, הפעלה פסיבית במישורים מבודדים.  
ביקורת מרפאת כתף במוסדנו שבועיים מהניתוח עם צילום ביקורת והוצאת תפרים.  
בכל החמרה - לשוב לבדיקה במיון  
חופשת מחלה 6 שבועות



Omri  
Rahamimov  
03/12/2024  
09:10:06

נחתם ע"י: דר' רחמימוב עמרי מ.ר. 170679

סניף מור בני ברק היחידה לאלקטרומיוגרפיה  
טל: 5772555 - 03

**תוצאות בדיקת אלקטרומיוגרפיה - E.M.G.**

שם נבדק/ת: בר-לב, טובה  
כתובת: קריית אונו, נחל גמלא  
תאריך בדיקה: 25/12/2024  
0001  
גיל: 70/2  
טלפון: 052924834  
052 - 6288288  
רופא מפנה/מטפל:  
ד"ר תמיר לביה ליפשה  
שם מדפיסה: הולואגר  
מין: נ  
גורם מפנה: דן-פתח תקוה

בדיקה קודמת: לא

**בדיקת עצבים**

| SAP<br>(msec) |      | AMP of SNAP<br>(mV) |      | F.WAVE<br>(msec) |      | SPEED<br>(m/sec) |      | AMP of CMAP<br>(mV) |      | MOTOR LATENCY<br>(msec) |      | עצב        |
|---------------|------|---------------------|------|------------------|------|------------------|------|---------------------|------|-------------------------|------|------------|
| שמאל          | ימין | שמאל                | ימין | שמאל             | ימין | שמאל             | ימין | שמאל                | ימין | שמאל                    | ימין |            |
| 3.8           | 4.7  | 19.0                | 9.4  |                  |      | 57.0             | 58.0 | 7.3                 | 6.2  | 3.2                     | 3.8  | מדיאנוס    |
|               |      |                     |      |                  |      |                  |      | 7.0                 | 6.0  | 8.1                     | 8.3  | Median     |
| 2.9           | 3.0  | 18.0                | 18.0 |                  |      |                  |      |                     |      | 1.9                     | 2.3  | אולנאריס   |
|               |      |                     |      |                  |      |                  |      |                     |      |                         |      | Ulnaris    |
|               |      |                     |      |                  |      | 52.0             | 55.0 | 5.6                 | 4.2  |                         |      | מתחת למרפק |
|               |      |                     |      |                  |      | 48.0             | 50.0 | 3.7                 | 4.0  |                         |      | מעל המרפק  |

סיכום:

קיימת עדות ל-CTS סנסורית קלה דו"צ בולטת יותר מימין.  
קיימת עדות ללכידה אולנרית קלה במרפק דו"צ.

מומלץ על בדיקת חוזרת בעוד 6-12 חודשים  
לצורך מעקב עם השלמת בדיקה בגפיים התחתונות.

נמסרה תשובה לנבדק/ת עם סיום הבדיקה.

בברכה,

ד"ר מוחמד עבד אל חלים  
מר. 154342

דו"ח זה מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות. המוסרו שלא כדין עובר עבירה.  
יש להעביר תוצאות בדיקה זו בהקדם אל הרופא/ה המפנה.

עמוד 1 מתוך 1

Emg\_ALL

מנהל המערך האורתופדי: ד"ר פרידלנדר אלון מ.ר. 28647

### מרפאה אורתופדית- כתף

|                                                |                    |
|------------------------------------------------|--------------------|
| מנהל/ת : דר' אורן אריאל מ.ר. 21351             | טלפון : 03-5302014 |
| אח/ות אחראי/ת : גב' סיגלית יעקובי              | פקס : 03-5302825   |
| דוא"ל: orthopedic.devision@sheba.health.gov.il |                    |

### סיכום לרופא המטפל

|                                     |                      |                        |
|-------------------------------------|----------------------|------------------------|
| שם משפחה: בר-לב                     | שם פרטי: טובה        | ת"ז: 52924834          |
| גיל: 70                             | מין: נקבה            | טלפון נייד: 0526288288 |
| תאריך ביקור: 16/12/2024             | מספר ביקור: 26427484 | קופת חולים: כללית      |
| כתובת: נחל גמלא 1 קרית אונו 5228407 |                      |                        |

- proximal humeral fracture, surgical neck + GT (81201) (Right)

### אבחנות בביקור

### ניתוחים

S/P ENDOMETRIAL SAMPLE/BIOPSY, HYSTEROSCOPY 585580 (68.16) (14/04/2024)  
S/P FRACTURE HUMERUS CLOSED, CLOSED REDUCTION IF 245300 (79.11) (Right) (15/10/2024)  
S/P REMOVAL OF I.F. 48 (78.60) (03/12/2024)

### תלונת החולה / תלונה עקרית

6-11-24

נפלה בביתה נחבלה כתף ימין שבר SN+GT  
בתאריך 15/10/24 נותחה - רדוקציה וקיבוע שבר הומרוס פרוקסימלי 7 פנינג  
ברקע NIDDM ב 2021 למפקטומי שד ימין במעקב.

כ 3 שבועות אחרי, מרגישה טוב

פצעים תקינים

כוח גס תחושה אקסילרית ודיסטלית תקינים

בצילום שבר SN+GT בעמדה טובה, לאחר גיידים.

3 גיידים אנטגרדים הוצאו.

4 גיידים רטרוגרדים.

16.12.24 ד"ר קליין

לאחר הוצאת הפינים בא יום 3.12.24

שיפור משמעותי בכאבים, עדיין עם מקבע כתף, הכאבים מתגברים לאחר פיזיותרפיה  
נימול באצבעות כף ביד מימין וכן נפית חפצים מהיד

### בדיקה

פצעים תקינים, ללא כוח שמור למעט חולשה ל GRIP.

מרפק חופשי,

בצילום - שבר מחובר בעמדה טובה

### המלצות

המלצה: EMG לידיים וביקורת מרפאת ד"ר פוגל לאחריו

נגד כאבים לפי צורך

הפעלה מלאה של הכתף ושחזור טווחים בפיזיותרפיה, לאחר הגעה לטווח מלא ניתן להתחיל חיזוקים

### מוזמן לביקורת:

ביחידה: מרפאה אורתופדית- כתף. אצל דר' פוגל גיא מ.ר. 31344. בעוד 4 שבועות.



שם מלא: בר-לב טובה 52924834



Hagai Klein  
16/12/2024  
11:11:44

נחתם ע"י: דר' קליין חגי מ.ר. 108767

אם במהלך הברור והטיפול בך נלקחה ממך ביופסיה עליך להתקשר למזכירות המחלקה לאחר 4 שבועות ממועד לקיחת הביופסיה, על מנת לברר תשובת הפתולוגיה.

כל ביקור במלר"ד כרוך בתשלום או בטופס התחייבות מקופת חולים.

הצטרף לשיבא connect-כרטיס חכם לבריאות להצטרפות חינום לשירותי שיבא אונליין פנה לצוות במחלקות השונות או במרפאות בבית החולים

דע את זכויותיך! הנך זכאי לקצבה מהמוסד לביטוח לאומי בשלושת המצבים הבאים:  
פגיעה כתוצאה מתאונה אישית, פגיעה כתוצאה מתאונת עבודה, אשפוז או מחלה מעל ל-90 יום כשהינך מוגבל כתוצאה ממחלתך הקשורה לאשפוז זה. מוצע שתבדוק את זכויותיך באתר האינטרנט של הביטוח הלאומי <http://www.btl.gov.il> באתר ניתן להוריד טופס תביעה לכל הקיצבאות ולשלוח באמצעות האתר או בדואר או להגיש בסניף הביטוח הלאומי.

ניתן לקבל סיוע בבדיקת זכאות לגמלאות נכות וסיעוד דרך פניה בקישור <https://www.sheba.co.il> מחלקה-ראשונה-

שירות-בדיקת-זכאות-לקצבה

זמן הדפסה: 11:11 16/12/2024



כנתמ

מנהל המערך האורתופדי: ד"ר פרידלנדר אלון מ.ר. 28647

13.1.25

## מרפאה אורתופדית- כתף

|                                                 |                    |
|-------------------------------------------------|--------------------|
| מנהל/ת : דר' אורן אריאל מ.ר. 21351              | טלפון : 03-5302014 |
| אח/ות אחראי/ת : גב' סיגלית יעקובי               | פקס : 03-5302825   |
| דוא"ל : orthopedic.devision@sheba.health.gov.il |                    |

## סיכום לרופא המטפל

|                                     |                      |                        |
|-------------------------------------|----------------------|------------------------|
| שם משפחה: בר-לב                     | שם פרטי: טובה        | ת"ז: 52924834          |
| גיל: 70                             | מין: נקבה            | טלפון נייד: 0526288288 |
| תאריך ביקור: 13/01/2025             | מספר ביקור: 26609385 | קופת חולים: כללית      |
| כתובת: נחל גמלא 1 קרית אונו 5228407 |                      |                        |

- proximal humeral fracture, surgical neck + GT (81201) (Right)

## אבחנות בביקור

## ניתוחים

S/P ENDOMETRIAL SAMPLE/BIOPSY, HYSTEROSCOPY 585580 (68.16) (14/04/2024)

S/P FRACTURE HUMERUS CLOSED, CLOSED REDUCTION IF 245300 (79.11) (Right) (15/10/2024)

S/P REMOVAL OF I.F 48 (78.60) (03/12/2024)

## תלונת החולה / תלונה עקרית

6-11-24

נפלה בביתה נחבלה כתף ימין שבר SN+GT  
בתאריך 15/10/24 נותחה - רדוקציה וקיבוע שבר הומרוס פרוקסימלי 7 פינינג  
ברקע NIDDM ב 2021 למפקטומי שד ימין במעקב.

כ 3 שבועות אחרי, מרגישה טוב

פצעים תקינים

כוח גס תחושה אקסילרית ודיסטלית תקינים

בצילום שבר SN+GT בעמדה טובה, לאחר גיידים.

3 גיידים אנטגרדים הוצאו.

4 גיידים רטרוגרדים.

16.12.24 ד"ר קליין

לאחר הוצאת הפינים בא יום 3.12.24

שיפור משמעותי בכאבים, עדיין עם מקבע כתף, הכאבים מתגברים לאחר פיזיותרפיה

נימול באצבעות כף ביד מימין וכן נפית חפצים מהיד

=====

13-1-25

כ 3 חודשים לאחר החבלה.

מרגישה הרבה יותר טוב בכתף אך כאב ונימול בכף יד שהוחמר מהנפילה. לפני כ היו מעט נמלולים וכעת יותר

הרמה אקטיבית 90, פסיבית 130; IR SIJ, 50; L 20; ER R

רושם שכוח דיסטלי תקין שינוי תחושת M+U תחושה R ואקסילרית טובה

דופק רדיאלי נמוש היטב

EMG עדות ל CTS דו צדדי יותר מימין ותפס U דו צדדי במרפק

## בדיקה

פצעים תקינים, ללא כוח שמור למעט חולשה ל GRIP.

מרפק חופשי,

בצילום - שבר מחובר בעמדה טובה



שם מלא: בר-לב טובה 52924834

#### המלצות

המלצה: הידרותרפיה + פיזיותרפיה לשיפור טווחים ולחיזוק שרירים סובבי כתף, עמ"ש עליון, חגורת כתפיים ובייחוד סובבי שכמה והזלתואיד.  
תרגול עצמי של התרגילים שקיבלת בפיזיותרפיה בבית.  
הדרכה לפעילות ספורטיבית מתאימה.  
מעקב רופא ואורתופד מטפל.  
בדיקת מומחה כף יד

נחתם ע"י: דר' פוגל גיא מ.ר. 31344

חתימה:

אם במהלך הברור והטיפול כך נלקחה ממך ביופסיה עליך להתקשר למזכירות המחלקה לאחר 4 שבועות ממועד לקיחת הביופסיה, על מנת לברר תשובת הפתולוגיה.

כל ביקור במלר"ד כרוך בתשלום או בטופס התחייבות מקופת חולים.

הצטרף לשיבא connect-כרטיס חכם לבריאות  
להצטרפות חנים לשירותי שיבא אונליין פנה לצוות במחלקות השונות או במרפאות בבית החולים

דע את זכויותיך! הנך זכאי לקצבה מהמוסד לביטוח לאומי בשלושת המצבים הבאים:  
פגיעה כתוצאה מתאונה אישית, פגיעה כתוצאה מתאונת עבודה, אשפוז או מחלה מעל ל-90 יום כשהינך מוגבל כתוצאה ממחלתך הקשורה לאשפוז זה. מוצע שתבדוק את זכויותיך באתר האינטרנט של הביטוח הלאומי <http://www.btl.gov.il>  
באתר ניתן להוריד טופס תביעה לכל הקיצבאות ולשלוח באמצעות האתר או בדואר או להגיש בסניף הביטוח הלאומי.  
ניתן לקבל סיוע בבדיקת זכאות לגמלאות נכות וסיעוד דרך פניה בקישור <https://www.sheba.co.il/מחלקה-ראשונה-שירות-בדיקת-זכאות-לקצבה>

זמן הדפסה: 10:17 13/01/2025

כדאי להכיר, שיבא BEYOND ליווי, טיפול וייעוץ אונליין מהבית



למידע נוסף סרוקו

תאריך: 15/01/2025 11:30

הפניה כללית

פרטי המטופל: שם משפחה ופרטי: **בר-לב טובה**  
ת.לידה: 24/10/1954 מס בית: 37 / 1  
קריית אונו ישוב: 52-6288288 טלפון: 3-5666420  
מס זהות: 00052924834  
גיל: 70.03 מין: נ  
נחל גמלא רחוב: טלפון נוסף:

מספר הפניה: 35757071066

גורם שולח



5757

מספר הפניה



035757071066

תז נבדק



52924834

מספר רשיון



031963

לכבוד: ניתוח אורטופדי כף יד  
יש לפנות למוקד כללית 2700\*  
לצורך קבעית תורן במרפאות חוץ לניתוח

שירות שנבחר

| קוד שירות | קוד משה"ב | תיאור רפואי                                        | שירות רפואי |
|-----------|-----------|----------------------------------------------------|-------------|
| 65616     | C0443     | ניתוח לשחרור עצב מדיאני בשורש כף היד ללא ניורליזיס | 65616       |

אבחנה משוערת:

| קוד  | אפיפון          | אבחנה                                   |
|------|-----------------|-----------------------------------------|
| 3540 | rt more         | CARPAL TUNNEL SYNDROME                  |
| 715  | cmcj thumb rt m | OSTEOARTHRITIS                          |
| 7234 | radicul rt      | DEGENERATIONDEGENERATIVE CERVICAL SPINE |
| 3542 | bil             | ULNAR NEUROPATHY                        |

תלונות: ב10.24 נפלה באזעקה עם חבלת יד ימין. סבלה משבר כתף, עברה ניתוח, עשתה PT עם הטבה. מאז הנפילה סובלת מרדימות האצבעות יד ימין עם כאב EMG- RADICUL RT MORE CTS +MILD ULNAR NEURP המלצה ניתוח(הוסבר על סיבוכים וסיכונים;אופציות אחרות-שמרניות-וסיכונים להצלחה וכישלון) CTS הומלץ זריקת קורטיזון(הוסבר על סיכונים וסיבוכים כולל זיהום מקומי) נשלח/ה לפיזיותרפיה מיצב שורש B MG

ממצאים בבדיקה: כתף ימין כאב והגבלה פישוק וכיפוף אקטבי 80 מע FINKELSTEIN'S TEST- שלילי מבחני PHALEN'S TEST חיובי; TINEL'S TEST חיובי ללא חוסר נוירולוגי מימין פרט לירידה בתחושת האצבעות 1-4 גם פלנטרי וגם וולרי צוואר- מעט הגבלה ומעט כאב מימין בסוף התנועה; ללא חוסר נוירוסקולרי או מוטורי לייטרמה והופמן - ספורלינג - רגישות בבסיס אצבע 1 CMCJ עם מעט הגבלה בתנועה ללא קפיצה ללא סימני זהום דו צדדי

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

| מ.גילוי    | אפיפון | בעיה                 |
|------------|--------|----------------------|
| 01/08/1998 |        | HYPERCHOLESTEROLEMIA |

| מ.גילוי    | איפיון     | בעיה                                            |
|------------|------------|-------------------------------------------------|
|            |            | HYPERTENSION ESSENTIAL                          |
| / /        |            | LAMINECTOMY L4-5                                |
| 01/08/1991 |            | FAMILY HISTORY OF MALIGNANT NEOPLASM OF BREAST  |
| 01/04/2004 |            | DIABETES MELLITUS                               |
| 01/07/2008 |            | CYSTORECTOCELE -3                               |
| 01/07/2013 |            | RECTAL POLYP                                    |
| 28/01/2015 |            | GASTRIC ULCER                                   |
| 28/01/2015 |            | SPINAL STENOSIS                                 |
| 15/01/2019 |            | DISC LESIONS                                    |
| 15/01/2019 |            | MALIGNANT NEOPLASM BREAST                       |
| 29/11/2020 | 29/11/2020 | breast infiltrating duct carcinoma rt T1b NO MO |
| 15/02/2021 | 15/02/2021 | COVID-19 coronavirus recovered patient          |
| 04/04/2022 |            | OSTEOPENIA                                      |
| 07/02/2024 |            | FATTY LIVER                                     |
| 07/02/2024 |            | SHOULDER FRACTURE                               |
| 18/10/2024 |            |                                                 |

HYPERTENSIVE CARDIORENAL DISEASE

מידע ישן

רגישויות ו/או תופעות לוואי

| רגישויות ל | תגובה               | נמסר ע"י |
|------------|---------------------|----------|
| ADRENALIN  | SYCOPE              | המטופל   |
| SIMVACOR   | כאבים בשרירי רגליים | המטופל   |
| ACE        | שיעול               | המטופל   |

תרופות קבועות

| ...  | פעמים | א. הגשה | כמות | תרופות                                       |
|------|-------|---------|------|----------------------------------------------|
| ביום | 1     | טבליות  | 1    | ELATROL 25MG TAB 25MG                        |
| ביום | 1     | טבליות  | 1    | ANASTROZOLE TAB 1MG 30 1MG                   |
| ביום | 2     | טבליות  | 1    | BILAXTEN (M) TAB 20MG 30 20MG                |
| ביום | 2     | קפליות  | 1    | OMEPRADAX 40MG CPL 40MG                      |
| ביום | 1     | טבליות  | 1    | ATOZET TAB 10MG/20MG 30 10MG/20MG            |
| ביום | 1     | טבליות  | 1    | BETMIGA PR 50MG TAB 30 50MG                  |
| ביום | 1     | טבליות  | 1    | FERROUS SULPHATE TAB 80MG 30 80MG            |
| ביום | 2     | שאיפות  | 1    | DUORESP SPIROMAX INH160/4.5MCG 160MCG/4.5MCG |
| ביום | 1     | טבליות  | 1    | CALCIUM CARBONATE-VITAMIN D3 C CF            |
| ביום | 1     | יחידות  | 1    | STRIP FREESTYLE FREEDOM LITE B               |
| ביום | 2     | טבליות  | 1    | GLUCOPHAGE CAP 850MG                         |
| ביום | 1     | טבליות  | 0.5  | NORMITEN 25MG TAB 25mg                       |

\*\*נחתם דיגיטלית\*\*

31963

ד"ר ויאצ'סלב לשינר

חתימה וחומת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.

ELAT  
ASTROZ  
XTEN (M  
MEPRA  
B 10MG/  
TMIGA P  
PHATE  
160/4.5  
ARBON  
REEST  
GLUC  
NORA

ס.ה.ר. 1

דף 2

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

15/01/2025

הודפס ע"י ד"ר ויאצ'סלב לשינר

00052924834

הפניה כללית

בר-לב טובה

תאריך: 15/01/2025

הפניה לפיזיותרפיה

(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

|              |                 |            |            |             |             |        |
|--------------|-----------------|------------|------------|-------------|-------------|--------|
| פרטי המטופל: | שם משפחה ופרטי: | בר-לב טובה | ת.לידה:    | 24/10/1954  | מס בית:     | 37 / 1 |
| מס זהות:     | 00052924834     | ישוב:      | קריית אונו | טלפון:      | 52- 6288288 |        |
| גיל:         | 70.03 מין: נ    | רחוב:      | נחל גמלא   | טלפון נוסף: | 3- 5666420  |        |

גורם שולח



5757

מספר הפניה



035757071067

35757071067

תז נבדק



52924834

מספר הפניה:

רשיון רופא



031963

לכבוד: פיזיותרפיה-physiotherapy

לצורך קבעית תור להתקשר בטל 2700\*

במידה וברקע יש מחלות אונקולוגיות; זקוק/ה המטופל לאישור מאונקולוג המטפל

שירות שנבחר

| קוד שירות | קוד משה"ב | תיאור רפואי                         | שירות רפואי |
|-----------|-----------|-------------------------------------|-------------|
| 80015     | 97001     | פיזיותרפיה אבחון ובניית תכנית טיפול | 80015       |

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה

10.24 נפלה באזעקה עם חבלת יד ימין. סבלה משבר כתף, עברה ניתוח, עשתה PT עם הטבה. מאז הנפילה סובלת מרדימות האצבעות יד ימין עם כאב  
EMG- RADICUL RT MORE CTS +MILD ULNAR NEURP  
המלצה ניתוח(הוסבר על סיבוכים וסיכונים; אופציות אחרות-שמרניות וסיכונים  
להצלחה וכישלון) CTS  
הומלץ זריקת קורטיזון(הוסבר על סיכונים וסיבוכים כולל זיהום מקומי)  
נשלח/ה לפיזיותרפיה  
מיצב שורש  
B MG

בעיות פעילות

| מ.גילוי    | איפיון     | בעיה                                            |
|------------|------------|-------------------------------------------------|
| 01/08/1998 |            | HYPERCHOLESTEROLEMIA                            |
| / /        |            | HYPERTENSION ESSENTIAL                          |
| 01/08/1991 |            | LAMINECTOMY L4-5                                |
| 01/04/2004 |            | FAMILY HISTORY OF MALIGNANT NEOPLASM OF BREAST  |
| 01/07/2008 |            | DIABETES MELLITUS                               |
| 01/07/2013 |            | CYSTORECTOCELE -3                               |
| 28/01/2015 |            | RECTAL POLYP                                    |
| 28/01/2015 |            | GASTRIC ULCER                                   |
| 15/01/2019 |            | SPINAL STENOSIS                                 |
| 15/01/2019 |            | DISC LESIONS                                    |
| 29/11/2020 | 29/11/2020 | MALIGNANT NEOPLASM BREAST                       |
| 15/02/2021 | 15/02/2021 | breast infiltrating duct carcinoma rt T1b NO MO |
| 04/04/2022 |            | COVID-19 coronavirus recovered patient          |
| 07/02/2024 |            | OSTEOPENIA                                      |
| 07/02/2024 |            | FATTY LIVER                                     |
| 18/10/2024 |            | SHOULDER FRACTURE                               |
|            |            | HYPERTENSIVE CARDIORENAL DISEASE                |

מידע ישן

רגישויות ו/או תופעות לוואי

| רשימת ר   | תגובה               | נמסר ע" |
|-----------|---------------------|---------|
| ADRENALIN | SYCOPE              | המטופל  |
| SIMVACOR  | כאבים בשרירי רגליים | המטופל  |
| ACE       | שיעול               | המטופל  |

# תרופות קבועות

| כמות | א. הגשה | פעמים | ב... | תרופות                                       |
|------|---------|-------|------|----------------------------------------------|
| 1    | טבליות  | 1     | ביום | ELATROL 25MG TAB 25MG                        |
| 1    | טבליות  | 1     | ביום | ANASTROZOLE TAB 1MG 30 1MG                   |
| 1    | טבליות  | 2     | ביום | BILAXTEN (M) TAB 20MG 30 20MG                |
| 1    | קפליות  | 2     | ביום | OMEPRADAX 40MG CPL 40MG                      |
| 1    | טבליות  | 1     | ביום | ATOZET TAB 10MG/20MG 30 10MG/20MG            |
| 1    | טבליות  | 1     | ביום | BETMIGA PR 50MG TAB 30 50MG                  |
| 1    | טבליות  | 1     | ביום | FERROUS SULPHATE TAB 80MG 30 80MG            |
| 1    | שאיפות  | 2     | ביום | DUORESP SPIROMAX INH160/4.5MCG 160MCG/4.5MCG |
| 1    | טבליות  | 1     | ביום | CALCIUM CARBONATE-VITAMIN D3 C CF            |
| 1    | יחידות  | 1     | ביום | STRIP FREESTYLE FREEDOM LITE B               |
| 1    | טבליות  | 2     | ביום | GLUCOPHAGE CAP 850MG                         |
| 0.5  | טבליות  | 1     | ביום | NORMITEN 25MG TAB 25mg                       |

## ממצאים קליניים

כתף ימין כאב והגבלה פישוק וכיפוף אקטבי 80 מע  
 FINKELSTEIN'S TEST- שלילי  
 מבחני PHALEN'S TEST חיובי; TINEL'S TEST חיובי  
 ללא חוסר ניורולוגי מימין פרט לירידה בתחושת האצבעות 1-4 גם פלנטרי וגם  
 וולרי  
 צוואר- מעט הגבלה ומעט כאב מימין בסוף התנועה; ללא חוסר ניורוסקולרי או  
 מוטורי  
 לייטרמה והופמן - ספורלינג -  
 רגישות בבסיס אצבע 1 CMCJ עם מעט הגבלה בתנועה ללא קפיצה ללא סימני  
 זהום דו צדדי

\*\*נחתם דיגיטלית\*\*

31963

ד"ר ויאצ'סלב לשינר

חתימה וחתימת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.



015757089212

מס' מרשם

שירותי בריאות כללית



גיל: 70.03 מין: נ

מרשם בר-לב טובה

מס' זהות: 00052924834

DEPO MEDROL 80MG/2ML+LIDOCAINE 80MG/2ML

000053890

למשך 1 ימים סה"כ 1 יח

זריקה 1 x 1 ביום

קמפית זריקה קורטזון ב 15.1.25

תוקף מרשם: 16/04/2025 - 15/01/2025

TRIBEMIN TAB 20 CF

111516022

למשך 20 ימים סה"כ 20 יח

טבליות 1 x 1 ביום

תוקף מרשם: 16/04/2025 - 15/01/2025

ANTI LEG CRAMPS BOX OF 50 CAP CF

000081142

למשך 30 ימים סה"כ 1 OP

כמוסות 1 x 1 ביום

תוקף מרשם: 16/04/2025 - 15/01/2025

ARTHRYL GO SACHETS 1500MG 30 1500MG

000118443

למשך 30 ימים סה"כ 1 OP

שקיות 1 x 1 ביום

תוקף מרשם: 16/04/2025 - 15/01/2025

מס' רישיון



031963

טלפון: 03-6717800

כתובת: עזרא 11, בני ברק

חתימה וחותמת הרופא:

\*\*נחתם דיגיטלית\*\*

ד"ר ויאצ'סלב לשינר

שם הרופא

תחום: אורטופדיה

בידיעתו, במידה וקיים פריט גנרי, מורשה בית המרקחת לספק תרופה גנרית זהה שאושרה על ידי הקופה

לצורך אבטחת מידע, לקבלת תרופות יש להציג כרטיס מגנטי

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

תאריך: 20/01/2025

סיכום מידע רפואי

|              |                 |            |             |             |          |             |            |   |
|--------------|-----------------|------------|-------------|-------------|----------|-------------|------------|---|
| פרטי המטופל: | שם משפחה ופרטי: | בר-לב טובה | מס זהות:    | 00052924834 | גיל:     | 70.03       | מין:       | נ |
| ת.לידה:      | 24/10/1954      | ישוב:      | קריית אונו  | רחוב:       | נחל גמלא | טלפון נוסף: | 3- 5666420 |   |
| מס בית:      | 37 / 1          | טלפון:     | 52- 6288288 |             |          |             |            |   |

סוג תאונה: 9 פעולת איבה

תאריך תאונה: 14/10/2024

מיועד ל- ביטוח לאומי

משקל: 76.9 kg  
14/08/2024  
גובה: 166 cm  
11/07/2024  
לחץ דם: 130/74 B.P  
11/07/2024  
מעשן: מעולם לא  
bmi: 27.91

אבחנה -מצב בריאותי

Current Diagnoses

בעיות פעילות

| ת.גילוי    | איפיון     | בעיה                                            |
|------------|------------|-------------------------------------------------|
| 00/08/1998 |            | HYPERCHOLESTEROLEMIA                            |
| / /        |            | HYPERTENSION ESSENTIAL                          |
| 00/08/1991 |            | LAMINECTOMY L4-5                                |
| 00/04/2004 |            | FAMILY HISTORY OF MALIGNANT NEOPLASM OF BREAST  |
| 00/07/2008 |            | DIABETES MELLITUS                               |
| 00/07/2013 |            | CYSTORECTOCELE -3                               |
| 28/01/2015 |            | RECTAL POLYP                                    |
| 28/01/2015 |            | GASTRIC ULCER                                   |
| 15/01/2019 |            | SPINAL STENOSIS                                 |
| 15/01/2019 |            | DISC LESIONS                                    |
| 29/11/2020 | 29/11/2020 | MALIGNANT NEOPLASM BREAST                       |
| 15/02/2021 | 15/02/2021 | breast infiltrating duct carcinoma rt T1b NO MO |
| 04/04/2022 |            | COVID-19 coronavirus recovered patient          |
| 07/02/2024 |            | OSTEOPENIA                                      |
| 07/02/2024 |            | FATTY LIVER                                     |
| 18/10/2024 |            | SHOULDER FRACTURE                               |

HYPERTENSIVE CARDIORENAL DISEASE

מידע ישן

רגישויות ו/או תופעות לוואי

Sensitivities to Drugs

| רגישות ל  | תגובה               | נמסר ע"י | חומרה |
|-----------|---------------------|----------|-------|
| ADRENALIN | SYCOPE              | המטופל   |       |
| SIMVACOR  | כאבים בשרירי רגליים | המטופל   |       |
| ACE       | שיעול               | המטופל   |       |

תרופות קבועות

Medications

| ב.ב. | פעמים | א. הגשה | כמות | תרופה                                        |
|------|-------|---------|------|----------------------------------------------|
| ביום | 1     | טבליות  | 1    | ELATROL 25MG TAB 25MG                        |
| ביום | 1     | טבליות  | 1    | ANASTROZOLE TAB 1MG 30 1MG                   |
| ביום | 2     | טבליות  | 1    | BILAXTEN (M) TAB 20MG 30 20MG                |
| ביום | 2     | קפליות  | 1    | OMEPRADAX 40MG CPL 40MG                      |
| ביום | 1     | טבליות  | 1    | ATOZET TAB 10MG/20MG 30 10MG/20MG            |
| ביום | 1     | טבליות  | 1    | BETMIGA PR 50MG TAB 30 50MG                  |
| ביום | 1     | טבליות  | 1    | FERROUS SULPHATE TAB 80MG 30 80MG            |
| ביום | 2     | שאיפות  | 1    | DUORESP SPIROMAX INH160/4.5MCG 160MCG/4.5MCG |

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

סיכום מידע רפואי

| תרופה                             | כמות | א. הגשה | פעמים | ב... |
|-----------------------------------|------|---------|-------|------|
| CALCIUM CARBONATE-VITAMIN D3 C CF | 1    | טבליות  | 1     | ביום |
| STRIP FREESTYLE FREEDOM LITE B    | 1    | יחידות  | 1     | ביום |
| GLUCOPHAGE CAP 850MG              | 1    | טבליות  | 2     | ביום |
| NORMITEN 25MG TAB 25mg            | 0.5  | טבליות  | 1     | ביום |

#### הערות

ב14.10 נפילה סביב אזעקה- נחבלה בכתף ימין, מכות יבשות בגוף התאשפזה באורטופדיה עם שבר חלקים הומרוס פרוקסימלי צד ימין בצילומים שבר 4 חלקים הומרוס פרוקסימלי צד ימין עברה רדוקציה וקיבוע שבר הומרוס פרוקסימלי מהלך בטר ניתוחי תקין נירופתיה בעיקר בכפות רגליים ויותר ביד ימין- שהחמירה מאז השבר והנפילה. הקלה חלקית עם אלטרול. ביצעה EMG גפיים עליונות - עדות ל- CTS סנסורית קלה דו"צ בולטת יותר מימין קיימת עדות לכידה אולנרית קלה במרפק דו"צ יעוץ אורתופד - 15.1- מאז נפילה סובלת מרדימות אצבעות יד ימין EMG כאמור הומלץ על זריקת קורטיזון - קיבלה עם שיפור חלקי הומלץ על ניתוח CTS מיצב שורש ופזיטרפיה לציין כי היתה נירופתיה גם לפני, אך החמירה סביב נפילה בזמן אזעקה, לאחר השבר בכתף. מטופלת בפזיטרפיה, מוגבלת עדין בתפקוד היד ונזקקת לעזרה חלקית. ברחצה, משק בית

\*\*נחתם דיגיטלית\*\*

89230

ד"ר הילה בודנשטיין-סחר

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

רישום רפואי זה כפוף לתנאים להלן:  
הנתונים אשר באישור זה מבוססים על הרישומים שבכרטיס הרפואי על שמו של הנ"ל במרפאה הכללית. רישומים אלה מבוססים על מידע שנמסר לרופא המטפל ע"י הנ"ל ו/או על מידע בדבר תוצאות בדיקות. קופת חולים, רופאה, עובדיה וכל מי שפועל מטעמה אינם אחראים לאמיתות העובדות שנרשמו מפי הנ"ל או מפי אפוסטרופסו/יו של הנ"ל שלגביו ניתן אישור זה או אם ביקור, טיפול או בדיקה מסוימת לא מצאו את ביטויים ברישומים שבכרטיס הרפואי על שמו של הנ"ל. כמו כן אין הם אחראים על תוצאות משגה או רשלנות בטיפול שיבוצע בנ"ל ע"י צד ג', על סמך אישור זה. תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

סיכום מידע רפואי