

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: ברנס	שם פרטי: יהונתן	ת"ז: 21783162
גיל: 42	מין: זכר	טלפון נייד: 0523161166
תאריך ביקור: 08:51 04/08/2025	מספר ביקור: 00850104082025	קופת חולים: קופ"ח מכבי
כתובת: הראובני 4 רמת גן 5233131		

אבחנות מסכמות

- Motorcycle accident [MVA, road] (E819.9)

בריא בדרך כלל

ניתוחים בעבר

(ללא פעולות/ניתוחים) (S/P 05/07/2016)

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

אנמנזה סיעודית

סיבה עיקרית: תאונת דרכים

סיבות נוספות: תאונת עבודה

הערות: פנה למיון היה מעורב בתאונת דרכים כרוכב אופנוע בדרכו לעבודה

החליק על שמן

מתלונן על כאבי גב. כאבים בקרסול רגל שמאל

שפשופים בכל הגוף

סימנים חיוניים

תאריך ושעה	כאב	חום	דופק	לחץ דם	סטורציה
09:01 04/08/2025	4				
08:56 04/08/2025			83	132 / 92	98
08:55 04/08/2025		36.8			

אנמנזה ובדיקה גופנית

דר' ברזילי יובל מ.ר. 184879 09:27 04/08/2025

בן 42 בריא בד"כ ללא רגישות ידועה חוסן לטטנוס בהגעתו ביום קבלתו מעורב בתאונת דרכים כרוכב אופנוע בדרכו לעבודה חבש קסדה ללא חבלת ראש או איבוד הכרה. , כעת כאבים בקרסול שמאל ושפשופים שטחיים בגפיים עליונות ותחתונות בבדיקה: הליכה בתבנית תקינה סימני חבלה ברכיים ובאמות דו"צ תנועות צוואר חופשיות ללא כאב, טווח מלא, ללא רגישות עמ"ש לכל אורכו. סטטוס נירולוגי תקין לפי C5-T1 ASIA תחושתית ומוטרתית דו"צ 5/5, ולפי ASIA L2-S1 תחושתית ומוטרתית דו"צ 5/5. ללא רגישות במישוש עצמות בריח, גפיים עליונות או תחתונות. בצילום – ללא ממצא גרמי חריף משוחרר בהמלצות הבאות:

שם מלא: ברנס יהונתן 21783162

המלצות

תאריך ושעה

פרטים

04/08/2025 09:28
*שיכון כאבים לפי מרשם/לפי הצורך
*קירור מקומי של איזור החבלה
*קומפרסים חמים לצוואר/עמ"ש מתני
*מנוחה/חופשת מחלה 3 ימים
*פעילות לפי יכולת.
*בהחמרה בכאבים, הפעה של חסרים נירולוגים, ירידה בתחושה בגפיים, חולשה,
יש לפנות בדחיפות לבדיקת רופא.

טיפול תרופתי במלרד

צורת מינון ומינון	תאריך ושעה	תזמון מהוראה	תרופה
0.5 cc(ml)	04/08/2025 09:02 אגם ענת מ.ר. 103289	Once	IMOVAX dT 0.5ml inj 0.5 cc(ml)
I.M			

נחתם ע"י: דר' ברזילי יובל מ.ר. 184879

חתימה:

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

על פי הנחיות משרד הבריאות, בתום הביקור במחלקה לרפואה דחופה, המטופל יחזור להמשך טיפול אצל רופא בקופת חולים.
במידה והופנית להמשך טיפול במרפאות החוץ או במכוני שיבא, קבע תור בטלפון 03-5303030.
תוצאות בדיקות שבוצעו בשיבא יימסרו דרך" שיבא קונקט" או דרך הרופא המטפל בקהילה.

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

כל ביקור במלרד"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
באם הגעת למלרד"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
משתחררים ממין? כדאי להכיר, שיבא BEYOND לליווי וטיפול אונליין מהבית



שם מלא: ברנס יהונתן 21783162



למידע נוסף סרקו

תאריך: 04/08/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



ד"ר אדלר כהן חגית
משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואה פנימית

טלפון: 03-6770666

כתובת: תל חי 33, רמת גן

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 21783162

שם פרטי: יהונתן

שם משפחה: ברנס

טל.עבודה/נייד: 0523161166

0523161166

טלפון:

מין: ז

10/05/1983

ת.לידה:



0021783162

מיקוד 5233131

הראובני 4/4, רמת גן

כתובת:

אישור מחלה

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

אינוה/ה מסוגל/ת לעבוד מיום: 04/08/2025 עד יום: 11/08/2025 סה"כ: 8 ימים.

04/08/2025

חתימה וחתימת הרופא

תאריך

תאריך: 04/08/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



ד"ר אדלר כהן חגית
משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואה פנימית

טלפון: 03-6770666

כתובת: תל חי 33, רמת גן

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 21783162

שם פרטי: יהונתן

שם משפחה: ברנס

טל.עבודה/נייד: 0523161166

0523161166

טלפון:

מין: ז

10/05/1983

ת.לידה:



0021783162

מיקוד 5233131

הראובני 4/4, רמת גן

כתובת:

אישור מחלה

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

אינו/ה מסוגל/ת לעבוד מיום: 04/08/2025 עד יום: 11/08/2025 סה"כ: 8 ימים.

04/08/2025

חתימה וחתימת הרופא

תאריך