

תאריך חתימת המסמך 30.7.25

התובע:

יואל כהן, ת.ז. 322699901
מרחוב שטיינשניידר 6, תל אביב
טלפון: 0528051512

ע"י ב"כ עו"ד אריאל פרייברג (מ"ר 62254) ו/או יגאל רסקין
מרח' אבא הלל 7, רמת גן
טל': 03-7412358, פקס: 077-3180983
דוא"ל: office@freiberg-law.com

– נ ג ד –

הנתבעת:

"הפול" המאגר הישראלי לביטוחי רכב
מרחוב אצ"ל 1, ראשון לציון
טל': 03-9424300; פקס: 03-9620303
דוא"ל: poolmoked@pool.org.il

כתב תביעה



סוג התביעה ונושאה: פלג"ד

הסעדים המבוקשים: פיצויים בשל נזקי גוף בהתאם לסמכותו של בית משפט נכבד זה.

סכום האגרה: 819 ₪ (תקנה 34 לתוספת לתקנות בתי המשפט (אגרות), תשס"ז – 2007).

תיקים קשורים: לא קיימים תיקים קשורים.

הזמנה לדין (טופס 2 תקנה 10)

הואיל והתובע הגיש למחוז שיפוט זה כתב תביעה נגדך, המצורף בזאת, אתם מוזמנים להגיש כתב הגנה בתוך 60 ימים מיום שהומצאה לכם הזמנה זו.

לתשומת ליבכם, אם לא תגיש כתב הגנה לפי תקנה 130 לתקנות סדר הדין האזרחי, התשע"ט – 2018, תהיה לתובע הזכות לקבל פסק דין שלא בפניך.

חלק 2 :

(1) בעלי הדין :

1. התובע היה בכל הזמנים הרלוונטיים לתביעה זו המשתמש ו/או הנוהג ברכב הנושא מספר רישוי 852-63-202 (להלן: "הרכב").
2. הנתבעת הינה חברת ביטוח הפועלת כחוק בישראל, ובכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו ביטחה את השימוש ברכב על פי הוראות פקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש) תש"ל – 1970.
- רצ"ב תעודת ביטוח חובה ומסמך דיווח ראשוני למבטחת, מסומנים "כנספח 1".

(2) פירוט הסעד המבוקש באופן תמציתי :

3. התובע נפגע בתאונת דרכים כהגדרתה בחוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים. הנתבעת ביטחה את השימוש ברכב בו אירעה התאונה בביטוח חובה ועל כן עותר התובע לפצותו בגין הנזקים שנגרמו לו בתאונה.
4. במועד התאונה היה התובע עובד בחברה לפתרונות ניקוי ובנייה, המבצע עבודות ניקוי בגובה, עבודה פיזית מעצם טיבה וטבעה. לאחר התאונה ומחמת תוצאותיה לא התאפשר לתובע לחזור לעבודתו ונגרמו לו הפסדי שכר.
5. מחמת התאונה ותוצאותיה נזקק התובע לקבלת טיפולים רפואיים, נטילת משככי כאבים, טיפול לשיכוך כאב, טיפולי פיזיותרפיה והוא יידרש לכך גם בעתיד.
6. התובע מוגבל מאז התאונה בביצוע פעולות יומיומיות שונות ובניהול משק ביתו, הוא נזקק לעזרת הזולת וימשיך להיזקק לה גם בעתיד.
7. עקב מגבלותיו הנובעות מהתאונה נזקק התובע להוצאות ניידות ולהסעות מיוחדות, ויזקק לכך גם בעתיד.

(3) תמצית העובדות הנחוצות לביסוסה של עילת התביעה ומתי נולדה :

8. בתאריך 6.8.24, בשעה 14:40 או בסמוך לכך, בפינת הרחובות שדרות לוי אשכול וזריצקי בתל אביב, היה הרכב מעורב בתאונה עם אופנוע הנושא מ.ר 487-61-002 והתובע נפגע ונחבל בגופו (להלן: "התאונה").
9. לאחר התאונה פונה התובע לבית החולים איכילוב, בתל אביב, שם אובחנה חבלה לברך, קרסול וכף רגל שמאל, בדיקות דימות הדגימו שבר בפטישון מדיאלי ושביר קלקנאוס, לאחר חיטוי, חבישה וקיבוע של כף הרגל, נשלח התובע לאשפוז במחלקה אורתופדית להמשך מעקב ושקילת התערבות כירורגית.

10. למחרת היום, לאחר דיון של רופאי התובע במחלקה, הוחלט על המשך טיפול שמרני בשבר הקלקנאוס ואילו בשבר בפטישון המדיאלי הוחלט על ניתוח תחת הרדמה כללית, לשחזור וקיבוע השבר עם ברגים, ושטיפה והטריה של הפצעים.
11. בחלוף 13 ימי אשפוז, שוחרר התובע לביתו, תוך שנאסר עליו לדרוך על רגל שמאל, תוך הנחיה לשמירה על גפה מורמת, המשך מעקב רפואי, נטילת תרופות לשיכוך כאב, טיפול במדללי דם ומנוחה בת שלושה חודשים.
12. התובע המשיך במעקב רפואי בבית החולים איכילוב, במסגרתו נשלח לבדיקות דימות נוספות, ניתן לו טיפול תרופתי נרקוטי לשיכוך כאב והוא הופנה להמשך מעקב וטיפול שמרני.
13. אך בחלוף כחודשיים מהתאונה ניתן היה להסיר את הגבס והוא החל לתרגל שיקום דריכה והליכה. התובע הופנה לביצוע טיפולי פיזיותרפיה לשיקום תנועתיות והנחה לשהות במנוחה והימנעות מפעילות.
14. התובע ביצע טיפולי פיזיותרפיה אינטנסיביים, אולם, נותר עם כאבים והגבלה בתנועות קרסול ורגל שמאל, קושי בהנעה, הגבלה וקושי בהליכה והוחלט על הפנייתו למרפאת כאב.
- רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "כנספח 2".
15. מאז התאונה סובל התובע מכאבים ומהגבלה בתנועות רגל וקרסול שמאל, מקושי בעמידה והליכה ממושכות, מקושי בעליה וירידת מדרגות, מקושי בכיפוף, מקושי במעברים, מקושי מהליכה בשטחים שאינם מישוריים, מחוסר יציבות, מצלקות מכערות ורגישות למגע, מקשיי שינה והירדמות והטיפוליים בו צפויים להימשך גם בעתיד.
16. במועד התאונה עבד התובע בחברה לפתרונות ניקוי ובניה בגובה, מחמת התאונה ותוצאותיה נפלט התובע מעבודתו ונגרמו לו הפסדי שכר.
17. מחמת מגבלותיו בעטיה של התאונה מתקשה התובע בביצוע מאמצים פיזיים, אפשרויותיו הצטמצמו משמעותית ויגרמו לו הפסדי שכר.
18. התובע מוגבל מאז התאונה בביצוע פעולות יומיומיות שונות ובניהול משק ביתו, הוא נזקק לעזרת הזולת וימשיך להיזקק לה גם בעתיד.



19. עקב מגבלותיו הנובעות מהתאונה נזקק התובע לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות, ויזקק לכך גם בעתיד.

חלק 3

להלן פירוט נזקי התובע:

א. נזק מיוחד:

- (1) הפסדי השתכרות בעבר – ₪ 140,000
- (2) עזרת הזולת בעבר – ₪ 22,000
- (3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר – ₪ 7,850
- (4) הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעבר – ₪ 12,500

ב. נזק כללי:

בית המשפט הנכבד מתבקש לפסוק לתובע פיצוי הולם בגין נזקיו, בין היתר, בראשי הנזק הבאים:

- (1) הפסדי השתכרותו בעתיד, על-פי מידת מוגבלותו התפקודית של התובע, או לחילופין, בהתאם לשיעור נכותו הרפואית, לרבות הפסדים בתקופת הפנסיה.
- (2) עזרת הזולת בעתיד.
- (3) הוצאות רפואיות ופארה רפואיות ונסיעות לטיפולים בעתיד.
- (4) הוצאות ניידות בעתיד.
- (5) פיצוי בגין נזקיו הלא ממוניים של התובע.



(4) פירוט העובדות המקנות סמכות לבית המשפט

- 20. לבית משפט נכבד זה הסמכות לדון בתביעה על פי מהותה, ערכה ומקום ניהול עסקי הנתבעת.
- 21. הנתבעת חייבת לפצות את התובע בהיותה מבטחת השימוש ברכב במועד התאונה.
- 22. לבית משפט נכבד זה הסמכות לדון בתביעה על פי מהותה, ערכה ומקום ניהול עסקי הנתבעת.
- 23. כל הטענות בכתב תביעה זה נטענות במצטבר או לחילופין, הכל לפי תכנון והקשרן.

אשר על כן, מתבקש כב' ביהמ"ש להזמין את הנתבעת לדין ולחייבה לפצות את התובע כמפורט לעיל, בצירוף ריבית חוקית מירבית והפרשי הצמדה מלאים מיום הגשת התביעה ועד לתשלום בפועל, ולרבות הוצאות המשפט, שכ"ט עו"ד ומע"מ.



תוכן הנספחים (עמוד 1 מתוך 1)

שם המסמך	עמוד
נספח 1: תעודת חובה וטופס דיווח על תאונה (עמודים 8 עד 11)	8
נספח 2: תעודות רפואיות (עמודים 13 עד 50)	13
נספח 3: בקשה למינוי מומחים (עמודים 52 עד 52)	52
נספח 4: יפוי כח ווסר (עמודים 54 עד 56)	54



נספח 1 :

תעודת חובה וטופס דיווח על תאונה

(עמודים 8 עד 11)



מסירת תשובה שאינה מלאה וכנה טרם כריתת חוזה הביטוח עלולה להקטין את הפיצויים שישולמו לבעל הפוליסה או להקנות למבטח זכות לפיצויים מבעל הפוליסה, כמפורט בסעיף 9 לפוליסה.

תעודת ביטוח חובה

פקודת ביטוח רכב ממנע (נסח חדש), התש"ל 1970 (להלן פקודת הביטוח).

תעודת ביטוח הכוללת השתתפות עצמית

השתתפות עצמית בנזק שאינו נזק ממון עד - 25,000 ש"ח, ואובדן השתכרות עד 7 ימי אובדן השתכרות. אחוז הנחה בפוליסה זו 30% סכום דמי הביטוח שהופחתו בשל הכללת התניה של השתתפות עצמית 1114.0 ש"ח.

רשימת המבטחים המשתתפים במאגר אחוז השתתפותם בשנת חיתום אליה מתייחסת התעודה, הם כמפורט באתר האינטרנט של החברה: <https://www.pool.org.il/אודות-החברה>
כל מבטח מהמבטחים, אחראי לחלקו היחסי בלבד לפי שיעור השתתפותו – ואין מבטח כלשהו אחראי בגין חלקו היחסי של מבטח אחר באחריות.

הפול, שכתובתו רח' אצ"ל 1, ראשון לציון, מיקוד 7570603, טלפון: 03-9424300, email: mail@pool.org.il מורשה לקבלת כתבי בית דין בשם המבטחים הנ"ל ורשאי ליצגם בכל הליך משפטי ולשם כך למנות עורכי דין בשמם, מבלי שהדבר יטיל עליו או על מבטח כלשהו (לרבות מהמבטחים בפול) אחריות מעבר לחלקו היחסי כאמור.

מס' פוליסה	203- 12404737024-00	מס' רישוי	58263202	שם הסוכן	הפול-מוקד טלפוני	מס' הסוכן	20
שם בעל הפוליסה	המאגר הישראלי לביטוחי רכב ("הפול")						
כחן יואל	סכום: 3,540.00 ש"ח						
כתובת בעל הפוליסה	שולם באמצעות בנק אגוד						
יחידה המכבי 6 תל אביב - יפו	חן: 063 - 20403/58						
מועד תחילת הביטוח: המועד שבו הוחתמה תעודה זו בחותמת הבנק, אך לא לפני: 23/07/2024 מועד פקיעת הביטוח: 22/07/2025 בחצות.	08:10 23/07/2024						
מס' שילדה	B604LSA03519	סוג רכב לצורך ביטוחו	אופנוע	שם היצרן והדגם	סאן-יאנג	נפח מנוע/הספק	249
סוג הרכב בהתאם לרישיון הרכב	אופנוע - נהג נקוב בשם						
מועד תחילת הביטוח: המועד שבו הוחתמה תעודה זו בחותמת הבנק, אך לא לפני: 23/07/2024 מועד פקיעת הביטוח: 22/07/2025 בחצות.	אין תוקף לתעודה הכתובה בכתב יד ולא לשינויים בכתב יד						

ת"ז 322699901 כהן יואל בלבד

בני אדם הרשאים לנהוג ברכב:

כמפורט בסעיף 7 (ב) בתחתית התעודה.

ראה הגבלות, חריגים, וסייגים נוספים מטה.

מטרת השימוש המותרת ברכב:
חבות המבטח לפי פוליסה זו חלה רק אם בעת קרות מקרה הביטוח שימש הרכב את המבוטח לאחת או יותר מהמטרות כמפורט בסעיף 6(א) (1) שבתחתית התעודה.

מטרות עסקיות של המבוטח שאינן נכללות:

כמפורט בסעיפים שבתחתית התעודה שמספריהם נקובים בסעיפים: 6(א), 6(ב), 6(ג).

הרבות בהיקף הכיסוי:

מע' TCS: לא, מע' EBA: לא, מע' CBS: לא, מע' ASC: לא, מע' ABS: כן

סה"כ

דמי ביטוח: 3,540.00 ₪

יום ושעת הוצאה: 08:10 23/07/24 מספר ימי ביטוח: 365

נפח לתעודת ביטוח חובה-שאלות חיתום ותשובות בעל הפוליסה בעת רכישת הפוליסה השיב בעל הפוליסה כי:

גיל הנהג הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב הוא: 24, האדם הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב הוא נהג/ת: נהג, שנת קבלת רישיון הנהיגה לרכב מסוג זה בישראל של הנהג הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב הוא 2020, מספר התאונות שהביאו לתביעות בביטוח רכב חובה, בשלוש השנים האחרונות, של כל הנהגים הצפויים לנהוג ברכב הוא: 00, מספר פסילות רישיון, בשלוש השנים האחרונות של כל הנהגים הצפויים לנהוג ברכב הוא: 00, רכב בבעלות "פרטית" או בבעלות "אחרת". פרטית

תעודה לביטוח רכב חובה

מטרות השימוש המותרות

(א) תבות המבטח לפי פוליסה זו חלה רק אם בעת קרות מקרה הביטוח שימש הרכב את המבוטח לאחת או יותר ממטרות אלה:

(1) מטרות חברתיות, פרטיות או מטרות עסקיות של המבוטח שאינן נכללות בפיסקאות (2) עד (4) להלן;

(2) מטרה עסקית של מבחן נהיגה מסעם רשות הרישוי ("סטס") ומטרה עסקית של הוראת נהיגה, שאינה שותלמות מעשית בנהיגה לפי תקנה 213 א לתקנות התעבורה, ובלבד שמטרות אלה צוים במפורש בתעודת הביטוח;

(3) מטרה עסקית של הסעת נוסעים ברכב, כנגד תשלום, שכר או תמורה אחרת, ובלבד שהמטרה צוינה במפורש בתעודת הביטוח;

(4) מטרה עסקית של חילוץ או גרירה של רכב ממנוע, כנגד תשלום, שכר או תמורה אחרת, ובלבד שהמטרה צוינה במפורש בתעודת הביטוח.

(ב) על אף האמור בסעיף קטן (א), אין פוליסה זו מכסה שימוש ברכב ממנוע על בסיס חוזה שכירות או המשכיר השכיר את הרכב דרך עסק, אלא אם כן מטרה זו צוינה במפורש בתעודת הביטוח; לעניין זה, "חוזה שכירות" - למעט חוזה לסינג - תפעול או חוזה מקח - אגב שכירות (ליסינג מימון).

(ג) על אף האמור בסעיף קטן (א), אין פוליסה זו מכסה שימוש בכלי תחבורה שניתן עליו רישיון כלי תחבורה, למעט שימוש בכלי כאמור בעת נהיגה ספורטיבית בקטע קישור או בעת נהיגה שאינה נהיגה ספורטיבית, שהותרה לפי סעיף 12 (ד) לחוק הנהיגה הספורטיבית, התשס"ו - 2005 (להלן - חוק הנהיגה הספורטיבית), ואינה מכסה שימוש ברכב ממנוע למטרות ספורט מוסרי של מירוצי כלי רכב שנעשה ביגוד להוראות לפי חוק הנהיגה הספורטיבית; לעניין סעיף קטן זה, "כלי תחבורה" - "נהיגה ספורטיבית", "קטע קישור" - כהגדרתם בחוק הנהיגה הספורטיבית, ו"רישיון כלי תחבורה" - כמשמעו בסעיף 6 לחוק האמור.

פוליסה זו אינה מכסה שימוש ברכב למטרות שלא צוינו בפירוט בתעודת הביטוח. פוליסה זו אינה מכסה שימוש ברכב על ידי מי שלא הורשה בפירוט בתעודת הביטוח.

אנו מאשרים בזה כי הפוליסה שתעודה זו שייכת לה מוצאת לפי הוראות פקודת הביטוח

המאגר הישראלי לביטוחי רכב ("הפול")

(א) המבטח ימסור לבעל הפוליסה תעודת ביטוח חדשה כאמור בסעיף קטן (ה); צוינה בהשבתה בתעודת הביטוח כאמור בסעיף קטן (ה), לא יעשה שימוש של נסיעה ברכב או החנייתו, כאמור בהגדרת "שימוש ברכב ממנוע" שבסעיף 1, ותגובת תבות המבטח לפי סעיפים 3 ו-6 כך שלא תחול על שימושים אלה.

מבוטח/ת יקר/ה,

מודים לך על רכישת הביטוח בחברתנו.

להלן מידע המפרט את הדרכים להגשת בקשה לביטול פוליסת ביטוח והמסמכים הנדרשים להשלמת פעולת הביטול - פוליסות שמועד תחילתן 16.09.2021 והלאה.

1. באמצעות פנייה ישירה לאחד מסניפי הפול.
2. באמצעות פנייה ישירה דרך סוכן ביטוח שדרכו הופקה הפוליסה
3. דואר אלקטרוני – יש לשלוח בקשה לביטול פוליסה באמצעות כתובת דואר אלקטרוני : POOL-BITUL@POOL.ORG. יש לצרף טופס בקשה לביטול ומסמכים נוספים, ככל שיידרשו.
4. אזור אישי מקוון – יש לשלוח בקשה לביטול פוליסה באמצעות החשבון האישי המקוון, ניתן להיכנס דרך אתר הפול. יש לצרף לבקשה מסמכים נוספים, ככל שיידרשו.
5. פקס – יש לשלוח בקשה לביטול פוליסה באמצעות פקס מס' 03-9424390. יש לצרף לפקס טופס בקשה לביטול ומסמכים נוספים ככל שיידרשו.
6. שיחת טלפון – ניתן לפנות למוקד השירות בפול בטלפון מס' 03-9424300 – מחלקת ביטולים. במידה ותבחר בדרך ביטול זאת תצטרך להשלים את פעולת הביטול בשליחת המסמכים הנדרשים לביטול באמצעות דואר אלקטרוני/פקס.

למען הנוחות מצורפות הנחיות לביטול הפוליסה בעת הצורך :

➤ **ביטול הפוליסה כאשר הרכב בבעלותך או בחזקתך** – יש להעביר טופס הצהרה. הביטול ייכנס לתוקף מיום מסירת ההצהרה. הצהרה לחתימה קיימת באתר הפול - POOL.ORG

- **מכירה** - ביטול הפוליסה כאשר הרכב אינו בבעלותך ואינו בחזקתך – על בעל הפוליסה להעביר אישור לפיו הבעלות ברכב הועברה לאחר (העברת בעלות) ואחד מ 3 אלה :
- העתק תיעוד על מסירת הודעה למחזיק ברכב על ביטול הפוליסה (דואר, שיחה או אמצעי דיגיטלי) – הביטול ייכנס לתוקף בתוך 3 ימי עבודה מיום מסירת ההודעה.
 - העתק תיעוד על מסירת הודעה למחזיק ברכב על ביטול הפוליסה והעתק תגובת המחזיק ברכב המאשר כי יש לו פוליסה אחרת – הביטול ייכנס לתוקף במועד הודעת הביטול
 - אישור כי השימוש ברכב בוטח בפוליסת ביטוח חובה אחרת – הביטול ייכנס לתוקף במועד הודעת הביטול או הנפקת הפוליסה האחרת, המאוחר מביניהם

➤ **גניבה הרכב או טוטלוס (יציאה מכלל שימוש)** – יש לצרף את המסמכים הבאים:

- רכב גנוב – יש לצרף אישור משטרה שהרכב גנוב
- טוטלוס – יש לצרף טופס שמאי שהרכב באובדן כללי

אופן חישוב ההחזר – ביטול הביטוח

במקרה בו מבקש בעל הפוליסה לבטל את הפוליסה עקב גניבת הרכב המבוטח, העברת הבעלות לרכב אחר, יציאתו מכלל שימוש של הרכב או עקב פטירת הנהג ששמו נקוב כנהג יחיד בתעודת הביטוח, המבטח יחזיר לבעל הפוליסה את החלק היחסי מדמי הביטוח ששולמו.

כל סיבה אחרת –

בעד תקופה של עד שבעה ימים שבהם הייתה הפוליסה בתוקף, לרבות אם לא נכנסה לתוקף – 5% מדמי הביטוח השנתיים.

בעד תקופה עולה על שבעה ימים שבהם הייתה הפוליסה בתוקף – 5% מדמי הביטוח השנתיים בצירוף 0.3% מדמי הביטוח השנתיים בעל כל יום ביטוח, החל ביום השמיני.

תאריך: _____

לכל המעוניין,

הנדון: ביטול פוליסה במקרה של מכירה – הצהרת קונה
(חל על פוליסות שמועד תחילתן 16.09.2021 ומעלה)

הנני _____ ת.ז. _____, מס' נייד _____

מייל _____, מאשר בזאת כי:
(יש לבחור אחת משלושת האפשרויות)

☐ ידוע לי שפוליסה מס' _____ לרכב מס' _____ תבטל בתוך 3 ימי עבודה מיום מסירת ההודעה.

☐ ידוע לי שפוליסה מס' _____ לרכב מס' _____ תבטל ויש ברשותי פוליסה אחרת לרכב זה. מועד ביטול הפוליסה ייכנס לתוקף במועד מתן הודעת הביטול.

☐ הרכב הנ"ל בוטח באמצעותי בפוליסת ביטוח רכב חובה אחרת. ביטול הביטוח ייכנס לתוקף במועד מתן הודעת הביטול או הנפקת הפוליסה האחרת, המאוחר מבניהם (מצ"ב העתק מהפוליסה האחרת).

חתימת הקונה

במטרה לטפל במהירות וביעילות בתביעה, נבקשך למלא את הטופס במלואו ולהעבירו חתום על כל פרטיו באמצעות פקס או דואר המופיע בראש הטופס.

שם מלא של המבוטח/ בעל הפוליסה	מס' רישוי	מס' פוליסה	מס' ת.ז.	מס' טלפון	גיד
דוד כהן	58263202	20312404 73702400	322699901	0528051512	
סוג רכב: ☐ אופנוע ☒ רכב ☐ אחר _____					

שם ושם משפחה של הנהג	כתובת	מה הקשר לבעל הרכב	מס' טלפון	נייד
יגאל כהן	שניידר סטריט 10	מס' רשיון	תאריך הוצאת רשיון	מקום עבודה וכתובת
תאריך לידה של הנהג	מס' זהות	מס' רשיון	תאריך הוצאת רשיון	מקום עבודה וכתובת
12.06.12	1301	165198	2020	1515151515
☒ הרכב בבעלותי ☐ הרכב בבעלות מעבידי ☐ השכרה ☐ בבעלות אחר				

שם פרטי ומשפחה	ת.ז.	כתובת	מס' טלפון	שנת לידה	טופלה במוסד רפואי
יאיר כהן	11	11	11	11	טופלה במוסד רפואי
שם פרטי ומשפחה	ת.ז.	כתובת	מס' טלפון	שנת לידה	טופלה במוסד רפואי

סוג נפגע: ☒ נהג ☐ נוסע ☐ הולך רגל

[illegible]

שם מלא של הנהג המעורב	מס' רישוי	כתובת	חברת ביטוח	פוליסה מס'	טלפון
3/37718	48761002	16" 63" 63"			0546167937

אני הח"מ 141 כה
תאריך 16.8.24

מצהיר בזה כי כל הפרטים הנ"ל הם נכונים ומדויקים וכי לא העלמתי כל עובדה או פרט בקשר לתאונה הנ"ל.

חתימת המבטח [Signature] חתימת הנהג [Signature]

נספח 2 :

תעודות רפואיות

(עמודים 13 עד 50)



תאריך ושעת ההדפסה: 10:07 18/08/2024
חסוי רפואי

THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
TEL AVIV SOURASKY MEDICAL CENTER
Affiliated with Tel-Aviv University Faculty of Medicine
6 Weizmann St. Tel-Aviv 6423906
Tel: 03-6974444



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
מסונף לפקולטה לרפואה באוניברסיטת תל-אביב
רח' ויצמן 6, תל-אביב 6423906
טל: 03-6974444

מערך אורתופדי
מנהלת המערך: פרופ' חורי אמל מ.ר. 29067

מכתב שחרור רפואי

שם יחידה: מחלקה אורתופדית כף רגל	מנהלת מחלקה: פרופ' חורי אמל מ.ר. 29067	אח/ות אחראית: גב' הילה איטינג
טלפון לבירורים: 03-6972506 טלפון לזימון תורים: 03-6974000	פקס:	דוא"ל:

שם משפחה: כהן	שם פרטי: יואל אלחנן	ת.ז.: 322699901
תאריך לידה: 12/06/2000	גיל: 24	טלפון: 052-8051512
מין: זכר	מבוטח בקופה: כללית	כתובת: יצחק שדה 66 תל אביב - יפו 6706512 תל אביב-יפו

נתוני ביקור - מספר מקרה: 13235746

תאריך קבלה למחלקה: 06/08/2024 מספר ימי אשפוז במחלקה: 13

תאריך קבלה למיון/לביה"ח: 06/08/2024 מספר ימי אשפוז בביה"ח: 13

תאריך שחרור

תאריך שחרור: 18/08/2024

יעד השחרור: לביתו/ה - בליווי משפחה

אבחנות בשחרור

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	MP	Rec
CALCANEUS FRACTURE OPEN	825.1	Left					
FRACTURE OF MEDIAL MALLEOLUS, OPEN	824.1	Left					

אבחנות רקע

בריא בדרך כלל

ניתוחים באשפוז

כמות	גניקולוגי	תאריך	שיטה ניתוחית	צד	קוד	ניתוח
		07/08/2024		Left	79.36.05	OPEN REDUCTION INTERNAL FIXATION FX OF MEDIAL MALLEOLUS

ניתוחים / פעולות בעבר

כמות	גניקולוגי	תאריך	שיטה ניתוחית	צד	קוד	ניתוח
		23/07/2017			34.21.06	SYMPAT.THORAC;SUR,THORACOSCOPY

אבחנות במשפחה

לא ידוע על מחלות במשפחה

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

תלונה עקרית

תאונת אופנוע

מחלה נוכחית

בן 24 בריא בד"כ

תאונת אופנוע

הגיע לחדר טראומה בהכרה מלאה

חבלת כף רגל שמאל מבודדת

לא מעשן

בבדיקתו שני פצעים בכף רגל שמאל, אחד פרוקסימלית כ 1 ס"מ לפטישון מדיאלי רוחבי כ 5 ס"מ, עמוק. פצע שני אורכו כ 4 ס"מ קוטר חוסר עור משמעותי מעל אזור מידפוט דורסלי, עמוק נראים גידי EXTENSOR DIGITORUM, בשולי החתך נראה גיד חתוך לפחות בחלקו. ללא דימום פעיל משני החתכים. מבצע דורסיפלציה, אקסטנציה של כל הבהונות. מבצע כיפוף בהונות. תחושה דיסטלית שמורה. דופק DP נימוש.

בוצעה שטיפה של שני הפצעים עם סליין. ניתן חיסון טטנוס, גנטהמיצין, צפהמזין.

תחת הרדמה מקומית בוצעה אקספלורציה של החתך מעל פטישון מדיאלי. הורגש שבר פתוח של הפטישון. עורק TA הורגש תקין. החתך נתפר בתפרי קירוב.

הושם בסד גבס אחורי

בצילומים - שבר פטישון מדיאלי ללא תזוזה משמעותית. חשד לשבר קלקנאוס

ייעוץ טלפוני מול ד"ר רחל בדיס מפלסטיקה - שהתייעצה עם ד"ר קידר - פצע מרוטש אינו מתאים לסגירה. זקוק לחבישות סולפה X 2 ביום לפי שעה + ייעוץ חוזר במהלך האשפוז באורתופדיה

בהמשך בסקירה חוזרת - בוצע קירוב שוליים ללא מתח של החתך מעל המידפוט. הוחזר הסד. היות והחתך אינו פתוח, לפי שעה אינו זקוק לחבישות סולפה.

השלים CT כף רגל - שבר פטישון מדיאלי, שבר קלקנאוס ללא תזוזה.

מתאשפז לאורתופדיה לצורך טיפול IV ABX והערכת יחידת כף רגל

לא ידוע שימוש בתרופות קבועות

תולדות עבר

אמ"ל

בדיקה גופנית בקבלה

נבדק: p

גפיים לא תקין כמתואר

סיכום אשפוז

בן 24 עם רקע כמתואר

מאושפז בגין שברים בפטישון מדיאלי (פתוח, גוסטילו 2) וקלקנאוס - רגל שמאל. בדיון חטיבתי בעניין הוחלט על טיפול שמרני לשבר קלקנאוס וניתוח לשחזור וקיבוע שבר הפטישון המדיאלי.

בתאריך 7.8.24 עבר תחת הרדמה כללית ניתוח לשטיפה והטריה של הפצעים וקיבוע שבר פטישון מדיאלי עם 2 ברגים חלולים בנוסף קרע חלקי גיד TP נתפר בויקריל 4.0

שם: יואל אלחנן כהן	ת"ז: 322699901	מקרה: 13235746	מחלקה: מחלקה אורתופדית כף רגל
--------------------	----------------	----------------	-------------------------------

מהלך ניתוחי - ללא סיבוכים.

מהלך בתר ניתוחי - תקין

בפיזיותרפיה - בסד גבס. ללא דריכה

במהלך האשפוז ללא אירועים חריגים

משתחרר במצב כללי טוב עם ההמלצות הבאות:

המלצות כלליות

המלצה: הוצאת תפרים וביקורת מרפאת כף רגל שבועיים מיום הניתוח.
 במידה וחלה החמרה - חום סיסטמי, אודם או הפרשה מוגלתית מאזור הניתוח, לחזור למיון.
 המשך טיפול נוגד קרישה ב SC CRUSIA 40MG*1/D עד לניידות מלאה.
 זקוק לקביים.
 חופשת מחלה 3 חודשים.
 נגד כאבים פרקוסט 5 מ"ג עד 3 פעמים ביום לפי הצורך ניתן להוסיף אופטלגין 1 ג' עד 3 פעמים ביום לפי הצורך.
 אין לפרק או להרטיב את הגבס
 רגל מורמת במנחה
 ביקורת ביום ראשון הבא 25/08 במרפאות כף רגל
 ללא דריכה, המשך עם סד אחורי עד הביקורת
 חופשת מחלה: 3 חודשים.

הדרכת מטופל בשחרור

החולה הודרך לגבי תכנית הטיפול המתוכננת לו

המלצות תזונתיות

13.8 - במהלך אשפוזו עבר הערכה תזונתית, סטוס תזונתי תקין
 הוטאם תפריט רגיל בתוספת העשרות קלוריות וחלבונים

תרופות מומלצות

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓	(מכיל 325 מ"ג פרצטמול) סיכון גבוה לנפילות במבוגרים	30		10 ימים	ביום X3	5 mg	P.O	PERCOCET 5 TAB (PARACETAMOL, OXYCODONE HCL)
✓				30 ימים	ביום X1	40 mg	S.C	CRUSIA Enoxaparin (ENOXAPARIN SODIUM)

חתימת רופא משחרר

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
מחאמיד איהאב מ.ר. 186500	רופא/ה מתמחה	18/08/2024 10:05

שם רופא בכיר מאשר השחרור

השחרור אושר על ידי: ד"ר בן אפרמה

בכל פנייה למיון לאחר שחרור מאשפוז, עליך להצטייד בהתחייבות כספית או בתשלום כספי.

תאריך: 15/8/24

כהן יואל אלחנן
שמואל 24
מ.ז.א.: 32269990-1
אורטופדיה א 06.08.24
אורטו כף רגל
מקרה: 13235746

מרכז רפואי ת"א

פרוטוקול פיזיותרפיה לאחר ניתוח
קיבוע שבר גפה תחתונה

תאריך הניתוח: 7/8/24

סוג/מיקום השבר:

- Foot ☐
Calcaneus ☐
Tibia ☐ ← Distal ☐ Midshaft ☐ Proximal ☐
Fibula ☐ ← Distal ☐ Midshaft ☐ Proximal ☐
Unimalleolar ☐ ← Lateral Malleolus ☐ Medial Malleolus ☒
Trimalleolar ☐ Bimalleolar ☐

סוג הקיבוע:

- ☒ ברגים ☐ פלטה ☐ בורג סינדסמוטי ☐ קיבוע חיצוני ☐ תפירת רצועות: _____
☐ מסמר (IMN (Intra Medullar Nail) אחר: _____
ממצאים/פרוצדורות נוספות: שבר קרקטוס א'פול שרתי
אביזר נעזר / תמיכה חיצונית נדרשת:

- ☒ סד גבס ☐ גבס מלא ☐ מגף פלסטיק (BOOT) ← ☐ ארוך ☐ קצר
☐ סד איירקאסט (Aircast) ☐ סד איירקאסט ספורט (Aircast Sport) ☐ סד מנוחה ללילה
☐ נעל דארקו ← ☐ עם הגבהה ☐ בלי הגבהה
☐ סד תמיכה לזלזל Drop Foot ☐ חבישה אלסטית ☐ סד-צירים בך ☐ מכשיר CPM
הוראות זדיכה: ☒ NWB ☐ Toe Touch ☐ PWB % ☐ WBAT ☐ FWB
☐ מוגנת עם סד/מגף ☐ לאחר _____ שבועות
☐ ללא סד/מגף

- הוראות הפעלת מפרק הקרסול: ☒ ללא הפעלה ☐ פאסיבית ☐ אקטיבית נעזרת ☐ אקטיבית
הוראות הפעלת מפרק הברך: ☐ ללא הפעלה ☐ פאסיבית ☐ אקטיבית נעזרת ☐ אקטיבית
☐ הגבלת טווחים: _____ - _____

סטטוס תפקודי בשחרור: מעברים: FIM 6 נידות: FIM 6 מחק הליכה: 10 נ
טווח תנועה שהושג באשפוז: מפרק: _____ : חושג: _____ - פאסיבי / אקטיבי נעזר / אקטיבי
מפרק: _____ : חושג: _____ - פאסיבי / אקטיבי נעזר / אקטיבי

הערות: _____

הנחיות כלליות:

- נא להפנות לרופא מטפל במקרה של אודם או נפיחות חריגים.
- יש להקפיד על רגל מוגבהת והפעלת בהונות אקטיבית לעזרה במניעת נפיחות. יש לשקול חבישת הגפה בהתאם.
- יש להקפיד על התקדמות הדרגתית ומתמדת במטרות הטיפול. אם ההתקדמות נעצרת, יש להתייחס לכך.
- השלבים השונים של השיקום ע"פ שבועות הם מסגרת בלבד. ניתן להתקדם מהר יותר בתלות ביכולת והישגי המטופל, ותוך התחשבות בשלבי הריפוי.
- יש לוודא רמת אתגר והתנגדות הולכים ומתקדמים בתהליך השיקום. חשוב להימנע מתת מינון.
- לכל שלב הוספנו אמצעים ותרגילים מומלצים לנוחות המטופל והמטפל.
- מומלץ להנחות לתרגול עצמאי בכל שלבי השיקום.
- יש להתאים את תוכנית הטיפול לכל מטופל/ת לפי יכולותיו/ה ומצבו/ה התפקודי הקודם.

**

שלב I: 1-6 שבועות לאחר הניתוח:

מטרות:

- השגת טווחי תנועה מלאים במפרקים סמוכים כולל בהונות
- השגת טווחי תנועה מלאים במפרק המעורב / בהתאם למגבלות הניתוחיות והוראת מנתח הנ"ל
- הדרכה ותרגול שימוש נכון באבזר עזר
- הליכה בבית עם אמצעי עזר בצורה בטוחה
- תפקוד בבית ללא עזרה או עם עזרה מועטה: לבוש, מקלחת, בישול
- תחילת יציאה להליכה מחוץ לבית, כולל מדרגות
- העלאת סיבולת וכוח – דגש על הליכה במידה ומותרת דריכה. יש לשים לב להגדלת מרחק ההליכה בהדרגה
- ניתן להשתמש במבחני "שב-תקום" (Sit-to-Stand), TUG, למעקב אחר התקדמות

אמצעי טיפול מומלצים:

- טיפול להורדת נפיחות וכאב – קירור/חימום, מוביליזציות מפרקים ורקמה רכה, עיסוי צלקת
- תרגול – כולל תרגול ספציפי להליכה, שיווי משקל, חיזוק שרירים, פרופריוספציה, שיפור טווחים
- שיפור תפקוד – תרגול התפקוד הספציפי הנדרש בבית ובחוץ
- ניתן להתחיל בטיפול הידרותרפיה במידת הצורך לאחר הוצאת תפרים וסגירת הפצע הניתוחי

קריטריונים להשגה 6 שבועות לאחר ניתוח:

- השגת טווחי תנועה מלאים בהתאמה לרגל הנגדית, בהתאם למגבלות הניתוחיות והוראת מנתח הנ"ל
- תפקוד בבית באופן עצמאי, בהתאם לתפקוד לפני הניתוח
- הליכה בטוחה מחוץ לבית

תרגילים מומלצים:

- הפעלה כללית גפה עליונה תוך שמירה על הגבלות ניתוחיות, אופנים נייחים, SLR, ישיבה-עמידה, מתיחות.
- במידה ומותר לדרוך: העברות משקל בישיבה והתקדמות לעמידה בהתאם להוראת דריכה, תרגול מדרגות.

שלב II: 7-12 שבועות לאחר הניתוח:

מטרות:

- השגחת טווחי תנועה אקטיביים מלאים נגד התנגדות
- הפסקת השימוש באבזר עזר בהתאם לתבנית הליכה תקינה, יציבות המטופל, ותפקודו הקודם
- המשך העלאת סיבולת וכוח - הגדלת מרחק ההליכה מחוץ לבית בדגש על הליכה בטוחה על כל סוגי המישורים. ניתן להשתמש בסולם "בורג" למעקב
- עצמאות בכל תפקודי ADL, ותפקוד פונקציונאלי מלא (בהתאם לתפקוד קודם)
- עצמאות בתרגול ביתי אישי
- חזרה לפעילות גופנית כללית
- ניתן להשתמש במבחני TUG ו-6MWT למעקב

תרגילים מומלצים:

הפעלה פאסיבית/אקטיבית לשיפור מגבלות טווחים, מתיחות, טרהבנד לכל מישורי התנועה בשרשרת פתוחה, עלייה על עקבים-בהונות בשיבה.
במידה ומותרת דריכה מלאה FWB: סקוואט, לאנג', Leg Press, עמידה על רגל אחת, אופניים נייחים, העברות משקל בעמידה בפיסוק ובפסיעה, מעבר מכשולים בהליכה, הליכה עקב בצד אגודל, עמידה על משטחים נעים שתי רגליים סטטי ודינאמי, תרגול ישיבה/קימה מרצפה, Dual Tasking, מדרגות עלייה צידית, קפיצות, המשך מתיחות לפי צורך

שלב III: 13-18 שבועות לאחר הניתוח:

מטרות:

- השגחת טווחי תנועה אקטיביים מלאים נגד התנגדות בכל המישורים
- המשך העלאת סיבולת וכוח כללית
- שילוב תנועות פונקציונאליות וחזרה לספורט ספציפי בהתאם לדרישות ויעדי המטופל

תרגילים מומלצים:

אופניים נייחים, אליפטיקל, סקוואט, לאנג', Leg Press, שימוש בהתנגדות, עלייה על קצות אצבעות בעמידה, העברות משקל בעמידה בפיסוק ובפסיעה, עמידה על משטחים נעים שתי רגליים סטטי ודינאמי, Dual Tasking, מדרגות עלייה צידית, קפיצות, תרגילי זריזות וזמישות

קריטריונים לסיום הטיפול:

- השגת טווחים תנועה אקטיביים מלאים נגד התנגדות ללא כאב, בהתאמה לרגל הנגדית
- תפקוד מלא בבית ובחוץ באופן עצמאי, בהתאם לתפקוד הקודם
- חזרה לפעילות גופנית כללית

שימו לב

פרוטוקול זה מהווה בסיס לשיקום הדרגתי.

יש להתאים את תוכנית הטיפול לכל מטופל/ת לפי יכולותיו/ה ומצבו/ה התפקודי.

אנא פנו אלינו בכל שאלה
בברכה,
צוות הפיזיותרפיה
החטיבה האורתופדית
150982

טל' אורתופדית א': 03-6973484 טל' אורתופדית ב': 03-6974727 טל' פיזיותרפיה 03-6974676

עמוד 3 מתוך 3

08.08.24	לכבוד
	כהן יואל אלחנן
32269990-1	יצחק שדה 66
מס' זימון: 00000000	תל אביב - יפו, 6706512

א.ג.נ.

הנדון: זימון לאורטופדיית כף רגל וקרסול

מר/גב' **כהן יואל אלחנן** 1-32269990 מוזמן/ת ביום ראשון **25/08/2024** לשעה **08:50** לאורטופדיית כף רגל וקרסול בבנין סוראסקי קומת קרקע אגף ג.

לבדיקות	קוד שירות	תיאור שירות	כמות
	19249	בדיקת רופא אורתופד	1

שעת הזימון הינה שעה משוערת ותיכון המתנה

• תעודה מזהה עם תמונה (עבור ילד ת.ז של ההורה כולל ספח). • הפניה רפואית וכל מסמך רפואי, כולל תוצאות בדיקות וצילומים. • התחייבות כספית (טופס 17) או אמצעי תשלום אחר. • חיילים מתבקשים להביא אסמכתא תקציבית. • במקרה של תאונת דרכים, יש להביא התחייבות מקופות חולים.	אנא הקפד להביא
---	----------------

לתשומת ליבך: ללא סידור כספי ותעודה מזהה לא נוכל לקבלך

הזמנה זו היא בתוקף לתאריך זה בלבד, במידה ואין באפשרותך להגיע, אנא הודיענו בהקדם האפשרי.

פרטי התקשרות	מס' טלפון מרפאה: 03-6974000 מס' פקס מרפאה: 074-7219810 דוא"ל מרפאה: ort-c@tlvmc.gov.il	מס' טלפון מטופל: 052-8051512 דוא"ל מטופל: yoeliko3@gmail.com
--------------	--	---

1. מטופל נכה, בעל תו חניה ממשרד התחבורה, זכאי לחניה חינם בחניון וייצמן. לקבלת ההטבה, יש להציג בהגעה למרפאה תו נכה של משרד התחבורה שהינו בתוקף או צילום שלו משני צידיו. 2. כשקיימת מוגבלות העלולה לסכן את בטיחותך ולגרום לנפילה (במיוחד אם נפלת מספר פעמים החודש) סובל מהפרעות ביציבות\ נעדר במקל\ הליכון\, חובתך להגיע למרכז הרפואי עם מלווה. 3. לקראת הביקור ניתן לטעון קבצי בדיקות הדמיה שבוצעו מחוץ לבי"ח בקישור להלן: https://cdi.tasmc.org.il/custom 4. המרפאה הינה בבי"ח ציבורי ועפ"י הנחיות משרד הבריאות, אין התחייבות לקבלה לרופא מקצועי ספציפי, הנותן שירות במרפאה. 5. המרכז הרפואי ת"א הינו בית חולים אוניברסיטאי ומתקיימת בו הוראת סטודנטים במהלך וכחלק מהטיפול הרפואי בך, תוך שמירה על פרטיותך וכבודך. 6. אפליקציית ניווט להולכי רגל בביה"ח! חפש "איכילוב" בחנות האפליקציות.	הערות
--	-------

בברכה,

הנהלת מרפאות חוץ



מס מרשם: 1974470
תוקף מ: 18/08/2024 עד: 01/09/2024

טלפון סלולרי:



ת.ל.ידה: 12/06/2000
מין: זכר
גיל: 24.2
טלפון: 052-8051512



322699901
כהן יואל אלחנן

כתובת: יצחק שדה 66 תל אביב - יפו
תל אביב - יפו
מיקוד: 6706512

גורם מבטח: כללית

קופה: כללית

INJ CRUSIA Enoxaparin (ENOXAPARIN SODIUM)	40 mg	ביום 1	30 ימים
הוראות לשימוש: 1 X mg 40 S.C (אחת) פעמים ביום למשך 30 (שלושים) ימים			
BACTROBAN 2% oint (MUPIROCIN)	1 application	ביום 1	1 שבועות
הוראות לשימוש: 1 X application 1 Topical (אחת) פעמים ביום למשך 1 (אחד) שבועות			
XXXXXXXXXXXXXX			
XXXXXXXXXXXXXX			
XXXXXXXXXXXXXX			

ד"ר מחאמיד איהאב
חתימה ופסל הרופא:
חטיבה אורתופדית
מ.מ. 1-186500

מחאמיד איהאב



מ.מ. 186500

תאריך הפקה: 18/08/2024

איכילוב מחלקה אורתופדית כף רגל 03-6972506



מס מרשם: 1974453
-תוקף מ: 18/08/2024 עד: 01/09/2024

טלפון סלולרי:



ת.לידה: 12/06/2000
מין: זכר
גיל: 24.2
טלפון: 052-8051512



322699901
כהן יואל אלחנן

כתובת: יצחק שדה 66 תל אביב - יפו
תל אביב- יפו
מיקוד: 6706512

גורם מבטח: כללית

קופה: כללית

TAB PERCOCET 5
TAB (PARACETAMOL, OXYCODONE 5 mg
HCL)

ביום 3

10 ימים

30 (שלושים) יחידות לניפוק

הוראות לשימוש:

3 X mg 5 P.O (שלוש) פעמים ביום למשך 10 (עשרה) ימים

(מכיל 325 מ"ג פרצטמול) סיכון גבוה לנפילות במבוגרים

XXXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXX

מחאמיד איהאב
מסמך אורטופדיה
מ.ר. 186500

תאריך הפקדה: 18/08/2024

מחאמיד איהאב



מ.ר. 186500

איכילוב מחלקה אורתופדית כף רגל 03-6972506



מס מרשם: 1974453
-תוקף מ: 18/08/2024 עד: 01/09/2024

טלפון סלולרי:



תלידה: 12/06/2000
מין: זכר
גיל: 24.2
טלפון: 052-8051512



322699901
כהן יואל אלחנן

כתובת: יצחק שדה 66 תל אביב - יפו
תל אביב- יפו
מיקוד: 6706512

גורם מבטח: כללית

קופה: כללית

TAB PERCOCET 5		10 ימים
TAB (PARACETAMOL, OXYCODONE 5 mg HCL)		ביום 3
30 (שלושים) יחידות לניפוק		
הוראות לשימוש:		
3 X mg 5 P.O (שלוש) פעמים ביום למשך 10 (עשרה) ימים		
(מכיל 325 מ"ג פרצטמול) סיכון גבוה לנפילות במבוגרים		
XXXXXXXXXXXXXX		
XXXXXXXXXXXXXX		
XXXXXXXXXXXXXX		
XXXXXXXXXXXXXX		

ד"ר מחאמיד איהאב
חתימה חתום
186500

מחאמיד איהאב



מ.ר. 186500

תאריך הפקדה: 18/08/2024

איכילוב מחלקה אורתופדית כף רגל 03-6972506

THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
TEL AVIV SOURASKY MEDICAL CENTER
Affiliated with Tel-Aviv University Faculty of Medicine
6 Weizmann St. Tel-Aviv 6423906
Tel: 03-6974444



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
מסוגל לפקולטה לרפואה באוניברסיטת תל-אביב
רח' ויצמן 6, תל-אביב 6423906
טל: 03-6974444

מערך חדר ניתוח
דוח ניתוח סיעודי

שם יחידה: חדר ניתוח כיסופים	מנהל היחידה:	אח/ות אחראי/ת:
טלפון:	פקס:	דוא"ל:

שם משפחה: כהן	שם פרטי: יואל אלחנן	ת.ז.: 322699901
תאריך לידה: 12/06/2000	גיל: 24	טלפון: 052-8051512
מין: זכר	מבוטח בקופה: כללית	כתובת: יצחק שדה 66 תל אביב - יפו תל אביב-יפו 6706512

נתוני ביקור - תאריך ושעת קבלה: 07/08/2024 11:51 מספר מקרה: 13235746

ניתוחים מתוכננים

כמות	גניקולוגי	תאריך	שיטה ניתוחית	צד	קוד	ניתוח
					79.36.05	OPEN REDUCTION INTERNAL FIXATION FX OF MEDIAL MALLEOLUS

פרטי הניתוח

סוג הניתוח: דחוף

זיהוי מטופל: ק זוהה על ידי: נעה

שם הניתוח: LT ANKLE ORIF

זמנים

תאריך ושעה	שעת כניסה לחדר ניתוח	שעת התחלת הרדמה	מוכן לניתוח	שעת התחלת ניתוח	שעת סיום ניתוח	שעת סיום הרדמה	שעת יציאה מחדר ניתוח
14:38 07/08/2024							בוצע
14:33 07/08/2024							בוצע
14:31 07/08/2024					בוצע		
13:09 07/08/2024				בוצע			
13:08 07/08/2024			בוצע				
12:26 07/08/2024		בוצע					
12:15 07/08/2024	בוצע						

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

צוות בניתוח

מנתח אחראי:

ד"ר אפרים בן, מ.ר. 1129979

מנתח ראשי:

ד"ר אלבז איתי, מ.ר. 158651

מרדים:

ד"ר כהן יונה, מ.ר. 1161230

אחות רחוצה:

חיון מיתי, מ.ר.

נחות מסתובבת:
אושקובה נועה, מ.ר.
מסייע:
יעקובוב בוריס, מ.ר.

הרדמה

הרדמה: General Anesthesia, Peripheral nerve block

תנחת מטופל

12:42 07/08/2024

נרשם ע"י אושקובה נועה
תאריך ושעה: 07/08/2024 12:42
תנחת מטופל: גב

אמצעי מיגון

מזרן סיליקון

חגורה

תומך ידיים

מצב העור לפני ניתוח: תקין

מנח ידיים

יד שמאל יד ימין
על תומך הרחק מהגוף על תומך הרחק מהגוף

חיטוי עור

נעשה שימוש באמצעים לספיגת חומרי חיטוי

Septal scrub

Chlorhexidine Alcohol 70%

שטיפות

Normal Saline

דיאתרמיה

שימוש בדיאתרמיה: ק
מספר מכשיר (טבוע): 7499 COAG עוצמה: 40 CUTT עוצמה: 30
מיקום לחית הארקה: מזרן הארקה
שם מניח הלוחית: בוריס
מצב העור לפני: תקין
מצב העור אחרי: ללא שינוי

חם עורקים

שימוש בחם עורקים: ק

מספר מכשיר	סוג מכשיר	מיקום	לחץ	שעת התחלה	שעת סיום	שם מפעיל	שם מניח	רופא מאשר
30381	פנאומתי	ירך שמאל	250	13:09	14:30	בוריס	אלבז	אפרימה

מצב העור לפני: תקין
מצב העור אחרי: ללא שינוי

סודי רפואי

אל אלחנן כהן	ת"ז: 322699901	ביקור:	תאריך:	חדר ניתוח כיסופים
--------------	----------------	--------	--------	-------------------

חימום

חימום : ק

מספר מכשיר סוג מכשיר טמפרטורת המכשיר הערה
101697 שמיכת חימום 43

חתימה: _____

נחתם ע"י: אושקובה נועה



THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
TEL AVIV SOURASKY MEDICAL CENTER
Affiliated with Tel-Aviv University Faculty of Medicine
6 Weizmann St. Tel-Aviv 6423906
Tel: 03-6974444



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
מסונח לפקולטה לרפואה באוניברסיטת תל-אביב
רח' ויצמן 6, תל-אביב 6423906
טל: 03-6974444

מערך חדר ניתוח
דוח ניתוח רפואי

שם יחידה: חדר ניתוח כיסופים	מנהל היחידה:	אח/ות אחראית:
טלפון:	פקס:	דוא"ל:

שם משפחה: כהן	שם פרטי: יואל אלחנן	ת.ז.: 322699901
תאריך לידה: 12/06/2000	גיל: 24	טלפון: 052-8051512
מין: זכר	מבוטח בקופה: כללית	כתובת: יצחק שדה 66 תל אביב - יפו תל אביב-יפו 6706512

נתוני ביקור - תאריך ושעת קבלה: 07/08/2024 11:51 מספר מקרה: 13235746

מנתח אחראי

רופא: דר' אפרמה בן מ.ר. 1129979

אינדיקציה לניתוח ומחלה נוכחית

שבר פתוח פטישון מדיאלי קרסול שמאל

אבחנה נוכחית לפעולה

Rec	MP	S/P	עיקרי	תאריך	צד	קוד	אבחנה
					Left	824.1	FRACTURE OF MEDIAL MALLEOLUS, OPEN

שם הניתוח

כמות	גניקולוגי	עיקרי	תאריך	שיטה ניתוחית	צד	קוד	ניתוח
		✓	07/08/2024		Left	79.36.05	OPEN REDUCTION INTERNAL FIXATION FX OF MEDIAL MALLEOLUS

סיכום ניתוח

ממצאים	מהלך הניתוח	הזמן בתאריך	הזמן ע"י
בדין חטיבתי טרם הניתוח הוחלט כי לאור השבר הפתוח וממצב הרקמה הרכה עדיף לקבע את השבר בפטישון המדיאלי בעזרת ברגים חלולים ולא פלטה	תחת הרדמה כללית רחצה וכיסוי כמקובל. צפמזין 2'ג' הפעלת חסם עורקים - סה"כ 60 TT דקות פתיחת התפרים, לציין הפצע הדורסלי בכף הרגל עם עור מרוטש ורקמת שריר מרוטשת. תחילה הפצעים נשטפו היטב בסליין. לציין באקפלורציה של הפצע מעל הפטישון נצפה קרע חלקי של גיד TP כ-50% מעובי הגיד. בנוסף ריסוק וחסר עצם הקורטקס החיצוני של הפטישון. לאחר מכן שחזור השבר בפטישון המדיאלי תחת שיקוף והחזקתו עם 2 KW. קיבוע סופי של השבר עם 2	07/08/2024 14:46	דר' אלבז איתי מ.ר. 158651

סודי רפואי

יחיד אלחנן כהן	ת"ז: 322699901	ביקור:	תאריך:	חדר ניתוח כיסופים
----------------	----------------	--------	--------	-------------------

ברגים חלולים 3.5 הקדמי באורך 32 מ"מ + שייבה והאחורי באורך 38 מ"מ ללא שייבה. בשיקופי סיום עמדה טובה של השבר והמקבעים. תפירת שולי הגיד הקרוע בויקרייל 4.0. ללא מתח בסיום. שטיפות מרובות חוזרות של הפצעים. סגירת הפצעים בניילון 3.0 ללא מתח. חבישות בקטרון וחבישה מרפדת. סד גבס. כיבוי חסם עורקים. אקסטובציה. העברה להתעוררות.		
--	--	--

הרדמה

הרדמה: General Anesthesia, Peripheral nerve block

מתן מרכיבי דם

מתן מרכיבי דם: לא רלוונטי

דימום

דימום: לא

הפניה לפתולוגיה

בדיקה נשלחה לפתולוגיה: לא

נשלחו בדיקות מעבדה

נשלחו בדיקות מעבדה: לא

סיבוכים במהלך הניתוח

סיבוכים במהלך הניתוח: לא היו סיבוכים

צוות בניתוח

מנתח אחראי:

ד"ר אפרימה בן, מ.ר. 1129979

מנתח ראשי:

ד"ר אלבז איתי, מ.ר. 158651

מרדים:

ד"ר כהן יונה, מ.ר. 1161230

אחות רחוצה:

חיון מיתי, מ.ר.

אחות מסתובבת:

אושקובה נועה, מ.ר.

מסייע:

יעקובוב בוריס, מ.ר.

חתימת רופא/ה מנתח

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
ד"ר אלבז איתי, מ.ר. 158651	רופא/ה מנתח/ת	07/08/2024 14:45

תמונות

THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
TEL AVIV SOURASKY MEDICAL CENTER
Affiliated with Tel-Aviv University Faculty of Medicine
6 Weizmann St. Tel-Aviv 6423906
Tel: 03-6974444



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
מסוגל לפעולה לרפואה באוניברסיטת תל-אביב
רח' ויצמן 6, תל-אביב 6423906
טל: 03-6974444

מערך אורתופדי
מנהלת המערך: פרופ' חורי אמל מ.ר. 29067

סיכום ביקור רפואי

שם יחידה: מרפאה אורתופדית	מנהלת המרפאה: פרופ' חורי אמל מ.ר. 29067	אח/ות אחראית:
טלפון: 03-6974000	פקס:	דוא"ל:

שם משפחה: כהן	שם פרטי: יואל אלחנן	ת.ז.: 322699901
תאריך לידה: 12/06/2000	גיל: 24	טלפון: 052-8051512
מין: זכר	מבוטח בקופה: כללית	כתובת: יצחק שדה 66 תל אביב - יפו תל אביב - יפו 6706512

נתוני ביקור - תאריך: 21/08/2024 שעה: 09:37 מספר ביקור: 44348503

מחלה נוכחית

בן 24, בריא בדכ

התקבל למוסדו לאחר תאונת אופנוע, אשפוז 6/18/8/24 מחבינת כף רגל- שבר פטיון מדיאלי פתוח גוסטילי 2, שבר קלקנאוס בתאריך 7/8/24 עבר שטיפה וקיבוע של השבר בפטיון המדיאלי באמצעות 2 ברגים חלולים לצין כי בעת הניתוח נצפתה פגיעה חלקית בגיד TP אשר היה נעוץ בעומד השבר- בוצעה תפירה של הגיד באמצעות חוטי וייקיל-4-0
בדין חטיבתי הוחלט על המשך טיפול שמרני לשבר קלקנאוס

21/8/24 ביקורת מרפאה

חש בטוב

לא כאבים

מניע בהננות בחופשיות, מילוי קפילרי תקין

צילום עמדה תקינה של השב והמקבעים, עבדה שמורה של השבר בקלקנאוס פצעים ניתוחיים ללא סימני זיהום שוליים מעט נקרוטים ללא סימני זיהום וללא דהיסנס הוחלט על השארת הפרים שבוע נוסף

המלצות:

מעקב רופא מטפל

מוגדי כאב לפי צורך

המשך טיפול נוגד קרישיות בקרזיה 40 מג*1/יום- עד אישור דריכה

אין להרטיב ואין להסיר את הגבס

רגל מורמת, ללא דריכה

ביקורת מרפאתנו בעוד שבוע

בכל החמרה יש לפנות לבדיקת רופא

אבחנות רקע

בריא בדרך כלל

הרגלים

מעשן/ת: לא

שם: יואל אלחנן כהן	ת"ז: 322699901	מקרה:	מחלקה: מרפאה אורתופדית
--------------------	----------------	-------	------------------------

אלכוהול: לא

סמים: לא

שינה: תקינה

לא ידוע שימוש בתרופות קבועות

לא ידועה רגישות לתרופות

סיקור כאב

המטופל/ת חש/ה כאב: p

המטופל מופנה לרופא המטפל בקהילה להמשך טיפול בכאב

בדיקת פצע ניתוחי

מצב הפצע הניתוחי: פצע תקין

לא ידועה רגישות לחומרים

ניתוחים בעבר

כמות	גניקולוגי	תאריך	שיטה ניתוחית	צד	קוד	ניתוח
		23/07/2017			34.21.06	SYMPAT.THORAC;SUR.THORACOSCOPY
		07/08/2024		Left	79.36.05	OPEN REDUCTION INTERNAL FIXATION FX OF MEDIAL MALLEOLUS

הפניה לניתוח

מופנה לניתוח: לא

הפניה לתא לחץ

מופנה לתא לחץ: לא

תרופות מומלצות

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓				1 חודשים	ביום 1 X	40 mg	S.C	CRUSIA Enoxaparin (ENOXAPARIN SODIUM)

נחתם ע"י: דר' מור ירון אור מ.ר. 143540

חתימה: _____

הזמנה לצילום / בדיקה בחטיבת ההדמיה

- חסוי רפואי -

כל השדות שדות חובה!

ההזמנה מופנית

מקום למדבקה גדולה

שם החולה: _____
 תעודת זהות: _____
 שנת לידה: _____ גורם מפנה: _____
 חולה אמבולטורי נא למלא מספר טלפון: _____

☐ רנטגן כללי
 (כולל שיקוף - IVP)
☐ CT
☐ US
☐ MRI טופס נפרד
☐ ממוגרפיה
☐ אנגיוגרפיה

חלק א' ימולא בכל הזמנה

מקום הבצוע: ☐ במכון ההדמיה ☐ במחלקת האשפוז (ניידת) ☐ דחוף (תוך 24 שעות) ☐ לא דחוף

מצב החולה ושינוע

מצב נשימתי	מצב הכרה	אופן העברה למכון	מסוגל לעמוד	זיהום פעיל	הריון
☐ ללא אמצעי עזר	☐ הכרה מלאה	☐ הליכה	☐ כן	☐ לא ידוע	☐ כן
☐ מסכת חמצן	☐ הכרה חלקית	☐ כסא גלגלים	☐ לא	☐ שחפת	☐ לא
☐ +בלון מונשם	☐ חסר הכרה	☐ מיטה		☐ MRSA	☐ לא ברור
				☐ אחר איזה?	

פרטים קליניים

ממצאים ואבחנות (כולל בדיקות הדמיה רלבנטיות):

3 June 10:30

השאלה לרדיולוג:

הבדיקה הדרושה:

חתימה וחותמת:

טלפון / ביפר: _____ תאריך: _____

חלק ב' ימולא בהזמנת הבדיקות המצוינות

פעולות פולשניות

PT (sec.)	
PTT (sec.)	
INR	
Plt. (/MCRL)	
Hg (gr/dL)	

CT עם ח. ניגוד, IVP, אנגיוגרפיה

תיפקודי כליה: BUN - _____ או CREATININE _____

האם ביצע בעבר CT עם ח. ניגוד, IVP, אנגיוגרפיה? ☐ כן ☐ לא
 האם פיתח תגובה (*)? ☐ כן ☐ לא
 אסטמה? ☐ כן ☐ לא
 אלרגיה או רגישות לתרופות (*)? ☐ כן ☐ לא
 סכרת מטופלת בגלוקופאז? ☐ כן ☐ לא
 * אם כן איזו ובמה מתבטאת?: _____

הערות: חולה המוזמן ל-CT, IVP, או אנגיוגרפיה חייב להגיע עם גישה ורידית!
 בהזמנת פעולה פולשנית בחולה מונשם או חסר הכרה חובה להוריד עם טופס הסכמה חתום על ידי אפוסטרופוס או 3 רופאים בכירים.

חלק ג' - לשימוש מכון ההדמיה

תאריך קבלת ההזמנה: _____ שעה: _____

הערות הרדיולוג

דחיפות הביצוע: _____
 הוראות ביצוע: _____

סרטים	13/18	18/24	24/30	35/43	810	לייזר	אחר
תקנים							
מקולקלים							
ח. נגוד							
כמות: _____ רופא: _____							
סוג הבדיקה / מספר הבדיקות: _____							
תאריך: _____ רנטגנאי: _____ חתימה: _____							



מק"ט - 6520413409

THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
TEL AVIV SOURASKY MEDICAL CENTER
Affiliated with Tel-Aviv University Faculty of Medicine
6 Weizmann St. Tel-Aviv 6423906
Tel: 03-6974444



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
מסונף לפרוטה לרפואה באוניברסיטת תל-אביב
רח' ויצמן 6, תל-אביב 6423906
טל: 03-6974444

מערך אורתופדי
מנהלת המערך: פרופ' חורי אמל מ.ר. 29067

סיכום ביקור רפואי

שם יחידה: מרפאה אורתופדית	מנהלת המרפאה: פרופ' חורי אמל מ.ר. 29067	אח/ות אחראי/ת:
טלפון: 03-6974000	פקס:	דוא"ל:

שם משפחה: כהן	שם פרטי: יואל אלחנן	ת.ז.: 322699901
תאריך לידה: 12/06/2000	גיל: 24	טלפון: 052-8051512
מין: זכר	מבוטח בקופה: כללית	כתובת: יצחק שדה 66 תל אביב - יפו תל אביב-יפו 6706512

נתוני ביקור - תאריך: 28/08/2024 שעה: 08:53 מספר ביקור: 44371690

מחלה נוכחית

בן 24, בריא בדכ



התקבל למוסדנו לאחר תאונת אופנוע, אשפוז 6/18/24 מבחינת כף רגל- שבר פטישון מדיאלי פתוח גוסטילו 2, שבר קלקנאוס בתאריך 7/8/24 עבר שטיפה וקיבוע של השבר בפטישון המדיאלי באמצעות 2 ברגים חלולים לציון כי בעת הניתוח נצפתה פגיעה חלקית בגיד TP אשר היה נעוץ בעומד השבר- בוצעה תפירה של הגיד באמצעות חוטי וייקרייל-4 בדיון חטיבתי הוחלט על המשך טיפול שמרני לשבר קלקנאוס

21/8/24 ביקורת מרפאה

חש בטוב

ללא כאבים

מניע בהונות בחופשיות, מילוי קפילרי תקין

צילום עמדה תקינה של השבר והמקבעים, עבדה שמורה של השבר בקלקנאוס

פצעים ניתוחיים ללא סימני זיהום שוליים מעט נקרוטים ללא סימני זיהום וללא דהיסנס

הוחלט על השארת התפרים שבוע נוסף

המלצות:

מעקב רופא מטפל

נוגדי כאב לפי צורך

המשך טיפול נוגד קרישיות בקרוזיה 40 מג*1/יום- עד אישור דריכה

אין להרטיב ואין להסיר את הגבס

רגל מורמת, ללא דריכה

ביקורת מרפאתנו בעוד שבוע

בכל החמרה יש לפנות לבדיקת רופא

====

28/8/24

3 שבועות לאחר ניתוח שבר פטישון מדיאלי גוסטילו 2, כמו כן שבר קלקנאוס לטיפול שמרני

כאבים בשיפור

מניע בהונות בחופשיות ובהונות ויאביליות תחושה שמורה

שיפור ניכר במראה הצלקות, פצע פטרלי כעת ללא כל סימני נקרוזיס, פצע מדיאלי מעט סימני נקרוזיס בחלקו הפרוקסימלי

ללא אודם או חום מקומי ללא דהיסנס ללא סימני זיהום מקומי

הוסח תפרים, בוצעה חבישת עם פולידין, קיבוע מחדש בסד גבס אחורי

שם: יואל אלחנן כהן	ת"ז: 322699901	מקרה:	מחלקה: מרפאה אורתופדית
--------------------	----------------	-------	------------------------

המלצות:

מעקב רופא מטפל

נגד כאבים - רוקסט פלוס עד 4 כדורים ביום לפי צורך. ניתן להוסיף אופטלגין נזלי 1 גר' עד 4 פעמים ביום

המשך טיפול נוגד קרישיות בקרדיה 40 מג' 1/יום - עד אישור דריכה

המשך קיבוע בגבס - אין להרטיב ואין להסיר את הגבס

ללא דריכה

ביקורת מרפאתנו בעוד 3 שבועות - יש להביא מגף פלסטיק ארוך ליום הביקורת

בכל החמרה יש לפנות לבדיקת רופא

אבחנות רקע

בריא בדרך כלל

הרגלים

מעשן/ת: לא

אלכוהול: לא

סמים: לא

שינה: תקינה

לא ידוע שימוש בתרופות קבועות

לא ידועה רגישות לתרופות

סיקור כאב

המטופל/ת חש/ה כאב: p

המטופל מופנה לרופא המטפל בקהילה להמשך טיפול בכאב

בדיקת פצע ניתוחי

מצב הפצע הניתוחי: פצע תקין

לא ידועה רגישות לחומרים

ניתוחים בעבר

כמות	גניקולוגי	תאריך	שיטה ניתוחית	צד	קוד	ניתוח
		23/07/2017			34.21.06	SYMPAT.THORAC;SUR,THORACOSCOPY
		07/08/2024		Left	79.36.05	OPEN REDUCTION INTERNAL FIXATION FX OF MEDIAL MALLEOLUS

הפניה לתא לחץ

מופנה לתא לחץ: לא

תרופות מומלצות

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓	סיכון גבוה לנפילות במבוגרים			10 ימים	X 4 ביום	1 tab	P.O	ROKACET PLUS cpl (CAFFEINE,PARACETAMOL, CODEINE PHOSP)
✓				1 חודשים	X 1 ביום	40 mg	S.C	CRUSIA Enoxaparin (ENOXAPARIN SODIUM)

נחתם ע"י: דר' מור ירון אור מ.ר. 143540

חתימה: _____



מס מרשם: 1988152
תוקף מ: 28/08/2024 עד: 11/09/2024

טלפון סלולרי:



תלידה: 12/06/2000
מין: זכר
גיל: 24.2
טלפון: 052-8051512



322699901
כהן יואל אלחנן

כתובת: יצחק שדה 66 תל אביב - יפו
תל אביב - יפו
מיקוד: 6706512

גורם מבטח: כללית

קופה: כללית

INJ CRUSIA Enoxaparin (ENOXAPARIN SODIUM) 40 mg	ביום 1	1 חודשים	הוראות לשימוש: mg 40 S.C 1 X (אחת) פעמים ביום למשך 1 (אחד) חודשים
tab ROKACET PLUS cpl (CAFFEINE, PARACETAMOL, CODEINE 1 tab PHOSP)	ביום 4	10 ימים	הוראות לשימוש: tab 1 P.O 4 X (ארבע) פעמים ביום למשך 10 (עשרה) ימים סיכון גבוה לנפילות במבוגרים
XXXXXXXXXXXXXX			
XXXXXXXXXXXXXX			
XXXXXXXXXXXXXX			

חתימה וחוקמת הרופא:

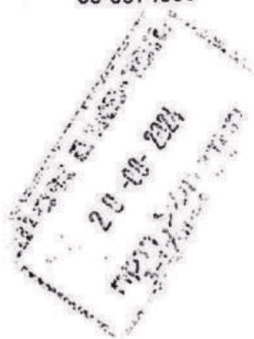
תאריך הפקד: 28/08/2024

ד"ר מור ירון אור



מ.ר. 143540

איכילוב מרפאה אורתופדית 03-6974000



THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
TEL AVIV SOURASKY MEDICAL CENTER
Affiliated with Tel-Aviv University Faculty of Medicine
6 Weizmann St. Tel-Aviv 6423906
Tel: 03-6974444



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
מסונף לפקולטה לרפואה באוניברסיטת תל-אביב
רח' ויצמן 6, תל-אביב 6423906
טל: 03-6974444

מערך אורתופדי
מנהלת המערך: פרופ' חורי אמל מ.ר. 29067

סיכום ביקור רפואי

שם יחידה: מרפאה אורתופדית	מנהלת המרפאה: פרופ' חורי אמל מ.ר. 29067	אח/ות אחראי/ת:
טלפון: 03-6974000	פקס:	דוא"ל:

שם משפחה: כהן	שם פרטי: יואל אלחנן	ת.ז.: 322699901
תאריך לידה: 12/06/2000	גיל: 24	טלפון: 052-8051512
מין: זכר	מבוטח בקופה: כללית	כתובת: יצחק שדה 66 תל-אביב - יפו תל-אביב - יפו 6706512

נתוני ביקור - תאריך: 20/10/2024 שעה: 08:26 מספר ביקור: 44547337

מחלה נוכחית

בן 24, בריא בדק

התקבל למוסדנו לאחר תאונת אופנוע, אשפוז 6/8/24 מבחנית כף רגל- שבר פטישון מדיאלי פתוח גוסטילו 2, שבר קלקנאוס בתאריך 7/8/24 עבר שטיפה וקיבוע של השבר בפטישון המדיאלי באמצעות 2 ברגים חלולים לציין כי בעת הניתוח נצפתה פגיעה חלקית בגיד TP אשר היה נעוץ בעומד השבר- בוצעה תפירה של הגיד באמצעות חוטי וייקריל- 4-0 בדיון חטיבתי הוחלט על המשך טיפול שמרני לשבר קלקנאוס

21/8/24 ביקורת מרפאה

חש בטוב

ללא כאבים

מניע בהונות בחופשיות, מילוי קפילרי תקין

צילום עמדה תקינה של השבר והמקבעים, עבדה שמורה של השבר בקלקנאוס

פצעים ניתוחיים ללא סימני זיהום שוליים מעט נקרוטים ללא סימני זיהום וללא דהיסנס

הוחלט על השארת התפרים שבוע נוסף

המלצות:

מעקב רופא מטפל

נוגדי כאב לפי צורך

המשך טיפול נוגד קרישיות בקרזיה 40 מג*1/יום- עד אישור דריכה

אין להרטיב ואין להסיר את הגבס

רגל מורמת, ללא דריכה

ביקורת מרפאתנו בעוד שבוע

בכל החמרה יש לפנות לבדיקת רופא

====

28/8/24

3 שבועות לאחר ניתוח שבר פטישון מדיאלי גוסטילו 2, כמו כן שבר קלקנאוס לטיפול שמרני

כאבים בשיפור

מניע בהונות בחופשיות ובהונות ויביליות תחושה שמורה

שיפור ניכר במראה הצלקות, פצע פטרלי כעת ללא כל סימני נקרוזיס, פצע מדיאלי מעט סימני נקרוזיס בחלקו הפרוקסימלי

ללא אודם או חום מקומי ללא דהיסנס ללא סימני זיהום מקומי

הוסרו תפרים, בוצעה חבישת עם פולידין, קיבוע מחדש בסד גבס אחורי

שם: יואל אלחנן כהן	ת"ז: 322699901	מקרה:	מחלקה: מרפאה אורתופדית
--------------------	----------------	-------	------------------------

22.9.24

במצב כללי טוב

גבס הוסר

מעט מצרציה בפורפוט (ללא קשר לניתוח)

בצילום סימני חיבור עמדה טובה

המלצות:

מעקב רופא מטפל

BOOT

שבועיים דריכה BOOT 50 אחוז משקל גוף

שבועיים דריכה נעזרת קביים עם BOOT

לאחר מכן הסרה של ה בוט הליכה נעזרת עם קביים

חבישת פולידין לפצע

ביקורת חוזרת עוד שבועיים

חופש מחלה חודש

בכל החמרה יש לפנות לבדיקת רופא

20.10.2024 מהלך עם מגף, מתלונן על כאב במאמץ.

קרסטה צד לטרלי קרסול שמאל- ללא סימני זיהום. מזיז אצבעות, תחושה שמורה

*XR- מצב לאחר קיבוע שבר ע"י שני ברגים מדיאליים. לציין ספיגת עצם באזור, הצרות מרווח לטרלי של הקרסול.

אבחנות בביקור

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	MP	Rec
FRACTURE OF MEDIAL MALLEOLUS, OPEN	824.1	Left					

אבחנות רקע

בריא בדרך כלל

הרגלים

מעשן/ת: לא

אלכוהול: לא

סמים: לא

שינה: תקינה

לא ידוע שימוש בתרופות קבועות

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

סיקור כאב

המטופל/ת חש/ה כאב: p

המטופל מופנה לרופא המטפל בקהילה להמשך טיפול בכאב

בדיקת פצע ניתוחי

מצב הפצע הניתוחי: פצע תקין

ניתוחים בעבר

כמות	אניקולוגי	תאריך	שיטה ניתוחית	צד	קוד	ניתוח
		23/07/2017			34.21.06	SYMPAT.THORAC;SUR,THORACOSCOPY
		07/08/2024		Left	79.36.05	OPEN REDUCTION INTERNAL FIXATION FX OF MEDIAL MALLEOLUS

סיכום ודיון

הפעלה הדרגתית, הסברים לגבי מהות הממצאים. מעקב.

שם: יואל אלחנן כהן	ת"ז: 322699901	מקרה:	מחלקה: מרפאה אורתופדית
--------------------	----------------	-------	------------------------

הפניה לניתוח

מופנה לניתוח: לא

הפניה לניתוח

מופנה לניתוח: לא

המלצות כלליות

המלצה: דריכה מלאה-- לפי הכאבים, ללא כלי עזר (עוד שבועיים)

הפעלה הדרגתית

פיזיותרפיה לשיקום תנועתיות

ביקורת עוד 3 חודשים עם צילום עדכני (קיבל הפניה)

036972506-זהבה- לתאם תור

הליכה בים

בכל החמרה- לפנות לגורם המטפל הזמין

תרופות מומלצות

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓				1 חודשים	X 1 ביום	40 mg	S.C	CRUSIA Enoxaparin (ENOXAPARIN SODIUM)
✓	סיכון גבוה לנפילות במבוגרים			10 ימים	X 4 ביום	1 tab	P.O	ROKACET PLUS cpi (CAFFEINE, PARACETAMOL, CODEINE PHOSP)

נחתם ע"י: דר' חיימוב ניסים מ.ר. 37506

ד"ר ניסים חיימוב
מנהל לביטוח אוטוספדי
יחידת כירורג וקיסוס
Dr. Nissim Chaimov
Orthopedic Surgeon
Foot and Ankle Unit
מ.ר. 37506 מ.ר. 30269

הזמנה לצילום / בדיקה בחטיבת ההדמיה

כל השדות שדות חובה!

- חסוי רפואי -

שם _____
 תעודת זהות _____
 שנת לידה _____
 חולה אמבולטורי נא לציין את מספר הטלפון _____

כתובת: _____
 32269900-1
 44547337

ההזמנה מופנית	
□ רנטגן כללי (כולל שיקוף - IVP)	□ ממורגריה
□ CT	□ אנגיוגרפיה
□ US	□ MRI טופס נפרד

חלק א' ימולא בכל הזמנה =

☐ דחוף (תוך 24 שעות) ☐ לא דחוף ☐ מקום הבצוע: ☐ במכון ההדמיה ☐ במחלקת האשפוז (ניידת)

מצב החולה ושינוע					
מצב נשימתי	מצב הכרה	אופן העברה למכון	מסוגל לעמוד	זיהום פעיל	הריון
☐ ללא אמצעי עזר ☐ מסכת חמצן ☐ +בלון ☐ מונשם	☐ הכרה מלאה ☐ הכרה חלקית ☐ חסר הכרה	☐ הליכה ☐ כסא גלגלים ☐ מיטה	☐ כן ☐ לא	☐ לא ידוע ☐ שחפת ☐ MRSA ☐ אחר איזה?	☐ כן ☐ לא ☐ לא ברור

פרטים קליניים

ממצאים ואבחנות (כולל בדיקות הדמיה רלבנטיות):

שאלה לרדיולוג:

הבדיקה הדרושה:

חתימה וחותמת:

תאריך: 20/10/24

טלפון / ביפר:

חלק ב' ימולא בהזמנת הבדיקות המצוינות :

פעולות פולשניות	
PT (sec.)	
PTT (sec.)	
INR	
Plt. (/MCRL)	
Hg (gr/dL)	

CT עם ח. ניגוד, IVP, אנגיוגרפיה

תיפקודי כליה: _____ BUN - _____ או _____ CREATININE

האם ביצע בעבר CT עם ח. ניגוד, IVP, אנגיוגרפיה?	כן	□	לא	□
האם פיתח תגובה (*)?	כן	□	לא	□
אסטמה?	כן	□	לא	□
אלרגיה או רגישות לתרופות (*)?	כן	□	לא	□
סכרת מטופלת בגלוקופאז'?	כן	□	לא	□
* אם כן איזו ובמה מתבטאת?: _____				

הערות: חולה המוזמן ל-CT, IVP, או אנגיוגרפיה חייב להגיע עם גישה ורידית!
בהזמנת פעולה פולשנית בחולה מוגשם או חסר הכרה חובה להוריד עם טופס הסכמה חתום על ידי אפוסטרופוס או 3 רופאים בכירים.

חלק ג' - לשימוש מכון ההדמיה

סרטים	13/18	18/24	24/30	35/43	810	לייזר	אחר
תקנים							
מקוללים							

ח. גוד _____ כמות: _____ רופא: _____

סוג הבדיקה / מספר הבדיקות: _____

תאריך: _____ רנטגנאי: _____ חתימה: _____

שעה:	תאריך קבלת ההחלטה:
הערות הרדיולוג:	
.....	דחיפות הביצוע:
.....	הוראות ביצוע:
.....	



מק"ט - 6520413409

THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
TEL AVIV SOURASKY MEDICAL CENTER
Affiliated with Tel-Aviv University Faculty of Medicine
6 Weizmann St. Tel-Aviv 6423906
Tel: 03-6974444



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
מסונף לפקולטה לרפואה באוניברסיטת תל-אביב
רח' ויצמן 6, תל-אביב 6423906
טל: 03-6974444

מערך אורתופדי
מנהלת המערך: פרופ' חורי אמל מ.ר. 29067

סיכום ביקור רפואי

שם יחידה: מרפאה אורתופדית	מנהלת המרפאה: פרופ' חורי אמל מ.ר. 29067	אח/ות אחראי/ת:
טלפון: 03-6974000	פקס:	דוא"ל:

שם משפחה: כהן	שם פרטי: יואל אלחנן	ת.ד.: 322699901
תאריך לידה: 12/06/2000	גיל: 24	טלפון: 052-8051512
מין: זכר	מבוטח בקופה: כללית	כתובת: יצחק שדה 66 תל אביב - יפו תל אביב - יפו 6706512

נתוני ביקור - תאריך: 19/01/2025 שעה: 09:22 מספר ביקור: 44883658

מחלה נוכחית

בן 24, בריא בדכ

התקבל למוסדנו לאחר תאונת אופנוע, אשפוז 6/18/8/24 מבחינת כף רגל- שבר פטיון מדיאלי פתוח גוסטילו 2, שבר קלקנאוס בתאריך 7/8/24 עבר שטיפה וקיבוע של השבר בפטיון המדיאלי באמצעות 2 ברגים חלולים לציון כי בעת הניתוח נצפתה פגיעה חלקית בגיד TP אשר היה נעוץ בעומד השבר- בוצעה תפירה של הגיד באמצעות חוטי וייקרל-4

0
בדין חטיבתי הוחלט על המשך טיפול שמרני לשבר קלקנאוס

21/8/24 ביקורת מרפאה

חש בטוב

ללא כאבים

מניע בהונות בחופשיות, מילוי קפילרי תקין

צילום עמדה תקינה של השבר והמקבעים, עבדה שמורה של השבר בקלקנאוס

פצעים ניתוחיים ללא סימני זיהום שוליים מעט נקרוטים ללא סימני זיהום וללא דהיסנס

הוחלט על השארת התפרים שבוע נוסף

המלצות:

מעקב רופא מטפל

נוגדי כאב לפי צורך

המשך טיפול נוגד קרישיות בקרדזה 40 מג*1/יום- עד אישור דריכה

אין להרטיב ואין להסיר את הגבס

רגל מורמת, ללא דריכה

ביקורת מרפאתנו בעוד שבוע

בכל החמרה יש לפנות לבדיקת רופא

====

28/8/24

3 שבועות לאחר ניתוח שבר פטיון מדיאלי גוסטילו 2, כמו ק שבר קלקנאוס לטיפול שמרני

כאבים בשיפור

מניע בהונות בחופשיות ובהונות ויאבילות תחושה שמורה

שיפור ניכר במראה הצלקות, פצע פטרלי כעת ללא מל סימני נקרוזיס, פצע מדיאלי מעט סימני נקרוזיס בחלקו הפרוקסימלי

ללא אודם או חום מקומי ללא דהיסנס ללא סימני זיהום מקומי

הוסרו תפרים, בוצעה חבישת עם פולידין, קיבוע מחדש בסד גבס אחורי

שם: יואל אלחנן כהן	ת"ז: 322699901	מקרה:	מחלקה: מרפאה אורתופדית
--------------------	----------------	-------	------------------------

22.9.24

במצב כללי טוב

גבס הוסר

מעט מצרציה בפורפוט (ללא קשר לניתוח)

בצילום סימני חיבור עמדה טובה

המלצות:

מעקב רופא מטפל

BOOT

שבועיים דריכה BOOT 50 אחוז משקל גוף

שבועיים דריכה נעזרת קביים עם BOOT

לאחר מכן הסרה של ה בוס הליכה נעזרת עם קביים

חבישת פולידין לפצע

ביקורת חוזרת עוד שבועיים

חופש מחלה חודש

בכל החמרה יש לפנות לבדיקת רופא

19.01.2025 פנה להמשך הערכה, מתלונן על כאבים בתחילת ההליכה. עושה פיזיותרפיה

בבדיקה: מהלך עם קב בצליעה. ללא אודם/חום/נפיחות קרסול שמאל. צלקות תקינות, ללא הפרעה תחושתית, ללא TINNEL אין

כאב משמעותי בהנעת הקרסול. מעט כאבים בהנעה תת טלרית

* XRF - מצב לאחר קיבוע פטישון מדיאלי עם שני ברגים (רוחביים) = מעמד מתקבל. מחובר.

אבחנות רקע

בריא בדרך כלל

הרגלים

מעשן/ת: לא

אלכוהול: לא

סמים: לא

שינה: תקינה

לא ידוע שימוש בתרופות קבועות

לא ידועה רגישות לתרופות

סיקור כאב

המטופלת חשה/ה כאב: p

המטופל מופנה לרופא המטפל בקהילה להמשך טיפול בכאב

בדיקת פצע ניתוחי

מצב הפצע הניתוחי: פצע תקין

לא ידועה רגישות לחומרים

ניתוחים בעבר

כמות	גניקולוגי	תאריך	שיטה ניתוחית	צד	קוד	ניתוח
		23/07/2017			34.21.06	SYMPAT.THORAC.SUR.THORACOSCOPY
		07/08/2024		Left	79.36.05	OPEN REDUCTION INTERNAL FIXATION FX OF MEDIAL MALLEOLUS

סיכום ודין

עבר ב-7.08.2024 ניתוח לתיקון שבר פתוח של קרסול שמאל (פטישון מדיאלי). כאב תת טלר - ככל הנראה נובע משבר בעקב (טופל שמרני). שוחחם על המשך הערכה וטיפול.

הפניה לניתוח

מופנה לניתוח: לא

מס' הפניה: 240149284

אבחנה לטיפול:

אבחנה	קוד אבחנה	צד
FRACTURE ANKLE MEDIAL MALLEOLUS CLOSED	8240	שמאל

תאריך ביקור: 12/01/2025

סוג ביקור: 0 ביקור רגיל

מהות הביקור: רגיל

מס' ביקורים: 17

מס ביקור: 250211706

תחום טיפול: אורטופדיה

משמרת: 1-רגילה

מטפל: מילי וייס

קוד: 000401

שקלול ביקור: 2 ביקור רגיל

תרגום נתוני צלמית: כאב ב- קרסול מדיאלי שמאל
 כאב ב- קרסול מדיאלי שמאל
 # מדיאל מליאולס, ב- קרסול מדיאלי שמאל

פולים שבוצעו:

הערה	קוד	טיפול
	80100	הערכה מחדש- בדיקה
עבודה מול מדרגות - יותר דגש על ירידה עם ימין קדימ מתיחות גסטרו', שיפור DF/PF עם מדרגות בגבהים שונים	80310	תרגילי גמישות
עבודה על ספוג בוסו על העברות משקל לרגל	80307	תרגילי שווי משקל
עבודה על PUSH OFF	80096	טיפול בשיקום תפקודי
כריעה עם TRX	80310	תרגילי גמישות
קינזיו X קדמי קרסול	80306	חבישה/taping/קינזיוטייפ

הערות: מצליח ללכת ללא קב בבית ובעבודה
 עדיין בהליכה אינו מבצע PUSH OFF עם הבהן

PF 135

DF 100

קושי בירידה במדרגות וסיפוקלית

דקירות באזור מדיאלי של השוק

רגישות בצלקת פחתה

יש רגישות גבוהה בTA וסביב בעיקר בעמידה

הערכת מטפל: 2-שיפור חלקי

מחלק מרפאת
 מילי וייס
 פיזיותרפיסטית
 מ.ר. 1092299
 חתום על שיקום ופיזיותרפיה

מטרות הטיפול:

תאריך	השגת המטרה	מטרות הטיפול
30/09/2024		שיפור ההליכה תקינה ללא כלי עזר
15/11/2024		המטופל יצליח להעביר משקל על רגל לאורך כל ההליכה ב
26/11/2024		המטופל יצליח ללכת עם קב אחד
26/11/2024		המטופל יצליח לעלות דרגות רסיפרוקלית
26/11/2024		המטופל יצליח לרדת מדרגות רסיפרוקלית
03/12/2024		המטופל יצליח לעלות מדרגות רסיפרוקלית
03/01/2025		המטופל יצליח ללכת עם קב אחד
03/01/2025		המטופל יצליח ללכת ללא קב
03/01/2025		המטופל יצליח ללכת ללא צליעה
12/01/2025	במידה חלקית	המטופל יצליח ללכת ללא קב
12/01/2025	במידה חלקית	המטופל יצליח לעלות מדרגות רסיפרוקלית

פרטי העידכון

ת.עידכון: 12/01/2025 שם מעדכן הגיליון: מילי וייס

שם מכון: מכון פיזיותרפיה רוטשילד

לשימוש פרטי

ביקור ללא כרטיס



הפניה לתא לחץ
מופנה לתא לחץ: לא

המלצות כלליות

המלצה: *מדרסים בהתאמה אישית

*המשך פיזיותרפיה

*תרגול עצמי במים

*US קרסול שמאל

*מעקב אורטופד בקופ"ח

*ביקורת- עוד חצי שנה- קיבל הפניה לצילום (036972506-זהבה)

תרופות מומלצות

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓				1 חודשים	X 1 ביום	40 mg	S.C	CRUSIA Enoxaparin (ENOXAPARIN SODIUM)
✓	סיכון גבוה לנפילות במבוגרים			10 ימים	X 4 ביום	1 tab	P.O	ROKACET PLUS cpl (CAFFEINE, PARACETAMOL, CODEINE PHOSP)

ר"ר ניסים חיימוב
מומחה לכירורגיה אורתופדית
יחידת כירורגיה אורתופדית
בית חולים איכילוב
Dr. Nissim Hay Nissim
Orthopedic Surgeon
Crusius Unit
Fast Track Unit
SLN 37506

חתימה:

נחתם ע"י: ד"ר חיימוב ניסים מ.ר. 37506



הזמנה לצילום / בדיקה בחטיבת ההדמיה

כל השדות שדות חובה!

- חסוי רפואי -

שם החולה: _____
 תעודת זהות: _____
 שנת לידה: _____
 חולה אמבולטורי נא למלא מספר _____



ההזמנה מופנית

- ☐ רנטגן כללי
☐ (כולל שיקוף - IVP)
☐ CT
☐ US
☐ ממוגרפיה
☐ אנגיוגרפיה
☐ MRI טופס נפרד

חלק א' ימולא בכל ההזמנה

מקום הבצוע: ☐ במכון ההדמיה ☐ במחלקת האשפוז (ביידת)

☐ דחוף (תוך 24 שעות) ☐ לא דחוף

מצב החולה ושינוע

מצב נשימתי	מצב הכרה	אופן העברה למכון	מסוגל לעמוד	זיהום פעיל	הריון
☐ ללא אמצעי עזר	☐ הכרה מלאה	☐ הליכה	☐ כן	☐ לא ידוע	☐ כן
☐ מסכת חמצן	☐ הכרה חלקית	☐ כסא גלגלים	☐ לא	☐ שחפת	☐ לא
☐ +בלון	☐ חסר הכרה	☐ מיטה		☐ MRSA	☐ לא ברור
☐ מונשם				☐ אחר איזה?	

פרטים קליניים

ממצאים ואבחנות (כולל בדיקות הדמיה רלבנטיות):

3 קצבים, IVP, AP+Oblique (Mortis)

השאלה לרדיולוג:

הבדיקה הדרושה:

חתימה וחותמת:

19/01-25

תאריך:

טלפון / ביפר:

ד"ר ניסים חיימוב
 לרנטגן אורטופדיה
 מרצה בכיר
 Dr. Nissim Chaimov
 Orthopedics
 Fore and Aft
 S.L.N. 30/01/2025

חלק ב' ימולא בהזמנת הבדיקות המצוינות

פעולות פולשניות

PT (sec.)	
PTT (sec.)	
INR	
Plt. (/MCRL)	
Hg (gr/dL)	

CT עם ח. ניגוד, IVP, אנגיוגרפיה

תיפקודי כליה: _____ BUN - _____ או _____ CREATININE

- האם ביצע בעבר CT עם ח. ניגוד, IVP, אנגיוגרפיה? ☐ כן ☐ לא
 האם פיתח תגובה (?) ☐ כן ☐ לא
 אסטמה? ☐ כן ☐ לא
 אלרגיה או רגישות לתרופות (?) ☐ כן ☐ לא
 סכרת מטופלת בגלוקופאד? ☐ כן ☐ לא
 * אם כן איזו ובמה מתבטאת? _____

הערות: חולה המוזמן ל-CT, IVP, או אנגיוגרפיה חייב להגיע עם גישה ורידית! בהזמנת פעולה פולשנית בחולה מונשם או חסר הכרה חובה להוריד עם טופס הסכמה חתום על ידי אפוסטרופוס או 3 רופאים בכירים.

חלק ג' - לשימוש מכון ההדמיה

תאריך קבלת ההזמנה: _____ שעה: _____

הערות הרדיולוג:

דחיפות הביצוע: _____
 הוראות ביצוע: _____

סרטים	13/18	18/24	24/30	35/43	810	לייזר	אחר
תקנים							
מקולקים							

ח. ניגוד: _____ כמות: _____ רופא: _____
 סוג הבדיקה / מספר הבדיקות: _____
 תאריך: _____ רנטגנאי: _____ חתימה: _____



26/05/2025 תאריך

סיכום טיפול

פרטי המטופל					כהן יואל אלחנן	
שם המשפחה ושם פרטי	00-32269990-1	24.11	ז	12/06/2000	שמואל	
מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב		
שטינשנידר	6 ב		52 -8051512	50 - 4107247		
רחוב	מס בית		טלפון	טלפון נוסף		
תל אביב - י						
ישוב						

מס' הפניה במכון הפיזיותרפיה: 250158827 מספר זיהוי הפניה: 35105035342

תאריך הפניה: 13/01/2025

סוג הביקורים לסדרה: 0 ביקור רגיל

לכבוד הרופא המטפל/מקצועי: ד"ר אבלין ורדה רשיון רופא: 18972

מרפאה: 5105

מקצוע: רופא כללי

אבחנה בהפניה:

צד	קוד	אפיין	אבחנה
שמאל	Z7987		OPEN REDUCTION OF DISLOCATION OF ANKLE

אבחנה לטיפול:

צד	קוד	אבחנה
שמאל	Z7936	OPEN REDUCT.OF FRACT.OF TIBIA AND FIBULA WITH INT.FIXATION

תאריך תחילת טיפול: 16/03/2025 תאריך סיום טיפול: 26/05/2025

מס' ביקורים בפועל: 8 פרטני: 8

מס' אי הופעות לטיפול: 0

רשימת כל הטיפולים:

כמות	טיפול
1	אבחון ראשון- בדיקה של פיזיותרפיסט
2	הערכה מחדש- בדיקה
7	תרגילי חיזוק
7	תרגילי יציבות ופרופריוספציה
2	חבישה/taping/קינזיוטיפ
2	טיפול ברקמה רכה
1	טיפול בשיקום תפקודי

כאבים:

א'בר	צד	דרוג בעת פתיחת הסידרה	דרוג בעת סגירת הסידרה
אחר - קרסול	שמאל	7	6

הערות: עדיין יש בירידה במדרגות קפיצה קלה עקב קיבוע של הקרסול
יש מיגבלה בDF בגלל הקיבוע
בסוף יום עדיין יש נפיחות בבוקר עדיין נקשות בוקר
ניתנה הדרכה להמשך עבודה בחדר כושר
יש דקירות בקרסול האם בגלל המיסמור? וכאב נקודתי
ביקורת בעוד חודשיים אצל הרופא

26/05/2025
06/05/2025
29/04/2025
08/04/2025
02/04/2025
25/03/2025
17/03/2025
16/03/2025

שם מטפל

חתימה וחותמת

תח
 052-8822601
 052-8822601
 052-8822601

Dr. Ludmyla Kachko

Specialist in Pain Treatment Medicine

Children and adults

Specialist in anesthesia

דר. לודמילה קצ'קו

מומחית ברפואה לטיפול בכאב-ילדים ומבוגרים

מג. 1-22932

מומחית בהרדמה מג. 15903

050-7917176

ון א ס כה

תז 322699901

טל 0528051512

בן 25 משקל 72

שנה לאחר תאונת דרכים עם שבר בטיביה שמאלית, עקב שמלי, פצע עמוק באספקט לטרלי של כף רגל שמאל. עבר

ORIF OF DISTAL TIBIA, SUTURE OF LATERAL WOUND

טופל בפיזיותרפיה

ויושן בלילה. חזר לעבודה. מתלונן על כאבים בכף רגל שמאל, יותר בעמידה הליכה.

נעזר ברוקצט לפי המלצה של אורתופד מנתוח.

במעקב בית החולה איכילוב מרפאת אורתופדיה. בביקור אחרון ב07.2025 מומלץ לבצע אולטראסאונד וסיטי של קרסול-עדיין אין תור

בבדיקה:

הליכה על צליעה קלה על רגל שמאל. ללא רגישות בצלקת VAS 0/7.5 משתף פעולה. מתחת ל

LAT MALLEOLUS

רגישות נכרת בצלקת מתחת ל

MED MALLEULUS

רגישות בנונית מעל מאלאולוס באזור

N. SAPHENOUS LT



אספה

DS:

S/P MVA 08/2024

FRACURE OF LT TIBIA S/P ORIF

FRACTURE OF CALCANEUS

DEEP WOUND IN THE LATERAL ASPECT OF FOOT S/P OF SUTUIRES

FOOT AND ANKLE PAIN

PAINFUL SCAR AT THE MEDIAL ASPECT OF FOOT

מומלץ

1. TAB ZALDIAR X2-3

2. המשך פיזיותרפיה

3. לשקול במרפאת כאב כללית

N. SAPHENOUS BLOCK LT

4. לבצע

לפי המלצה של אורתופד CT AND US LT ANKLE AND FOOT

5. ביקור חוזר לפי הצורך



תאריך ושעת ההדפסה: 11:55 13/07/2025

חסוי רפואי



THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
TEL AVIV SOURASKY MEDICAL CENTER
Affiliated with Gray Faculty of Medical & Health Science
Tel-Aviv University
6 Weizmann St. Tel-Aviv 6423906
Tel: 03-6974444

המרכז הרפואי תל אביב
ע"ש סוראסקי
איכילוב
www.tasmc.org.il

מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי תל אביב ע"ש סוראסקי
מסונף לפקולטה למדעי הרפואה והבריאות ע"ש גרין
אוניברסיטת תל אביב
רח' ויצמן 6, תל אביב 6423906
טל: 03-6974444

מערך אורתופדי

מנהלת המערך: פרופ' חורי אמל מר. 29067

סיכום ביקור רפואי

שם יחידה: מרפאה אורתופדית	מנהלת המרפאה: פרופ' חורי אמל מר. 29067	אח/ות אחראי/ת:
טלפון: 03-6974000	פקס:	דוא"ל:

שם משפחה: כהן	שם פרטי: יואל אלחנן	ת.ז.: 322699901
תאריך לידה: 12/06/2000	גיל: 25	טלפון: 052-8051512
מין: זכר	מבוטח בקופה: כללית	כתובת: יצחק שדה 66 תל אביב - יפו תל אביב - יפו 6706512

נתוני ביקור - תאריך: 13/07/2025 שעה: 08:55 מספר ביקור: 45516271

מחלה נוכחית

בן 24, בריא בדכ

התקבל למוסדנו לאחר תאונת אופנוע, אשפוז 6/18/24 מבחינת כף רגל- שבר פטישון מדיאלי פתוח גוסטילו 2, שבר קלקנאוס בתאריך 7/8/24 עבר שטיפה וקיבוע של השבר בפטישון המדיאלי באמצעות 2 ברגים חלולים לצ"ן כי בעת הניתוח נצפתה פגיעה חלקית בגיד TP אשר היה נעוץ בעומד השבר- בוצעה תפירה של הגיד באמצעות חוטי וייקרייל-4 0 בדיון חטיבתי הוחלט על המשך טיפול שמרני לשבר קלקנאוס

21/8/24 ביקורת מרפאה

חש בטוב

ללא כאבים

מניע בהונות בחופשיות, מילוי קפילרי תקין

צילום עמדה תקינה של השבר והמקבעים, עבדה שמורה של השבר בקלקנאוס

פצעים ניתוחיים ללא סימני זיהום שוליים מעט נקרוטים ללא סימני זיהום וללא דהיסנס

הוחלט על השארת התפרים שבוע נוסף

המלצות:

מעקב רופא מטפל

נוגדי כאב לפי צורך

המשך טיפול נוגד קרישיות בקרזיה 40 מג*1/יום- עד אישור דריכה

אין להרטיב ואין להסיר את הגבס

רגל מורמת, ללא דריכה

ביקורת מרפאתנו בעוד שבוע

בכל החמרה יש לפנות לבדיקת רופא

=====

28/8/24

3 שבועות לאחר ניתוח שבר פטישון מדיאלי גוסטילו 2, כמו כן שבר קלקנאוס לטיפול שמרני

כאבים בשיפור

מניע בהונות בחופשיות ובהונות ויאבילות תחושה שמורה

שיפור ניכר במראה הצלקות, פצע פטרלי קטן ללא כל סימני נקרוזיס, פצע מדיאלי מעט סימני נקרוזיס בחלקו הפרוקסימלי

ללא אודם או חום מקומי ללא דהיסנס ללא סימני זיהום מקומי

הוסר תפרים, בוצעה חבישת עם פולידין, קיבוע מחדש בסד גבס אחורי

22.9.24

במצב כללי טוב
גבס הוסר
מעט מצרציה בפורפוט (ללא קשר לניתוח)
בצילום סימני חיבור עמדה טובה

המלצות:
מעקב רופא מטפל

BOOT
שבועיים דריכה BOOT 50 אחוז משקל גוף
שבועיים דריכה נעזרת קביים עם BOOT
לאחר מכן הסרה של ה בוס הליכה נעזרת עם קביים
חבישת פולידין לפצע
ביקורת חוזרת עוד שבועיים
חופש מחלה חודש

בכל החמרה יש לפנות לבדיקת רופא
19.01.2025 פנה להמשך הערכה, מתלונן על כאבים בתחילת ההליכה. עושה פיזיותרפיה
בדיקה: מהלך עם קב בצליעה. ללא אודם/חום/נפיחות קרסול שמאל. צלקות תקינות, ללא הפרעה תחושתית, ללא TINNEL אין
כאב משמעותי בהנעת הקרסול. מעט כאבים בהנעה תת טלרית
XR* - מצב לאחר קיבוע פטיון מדיאלי עם שני ברגים (רוחביים) = מעמד מתקבל. מחובר.
13.07.2025 כ 11 חודשים לאחר הניתוח- מתלונן על כאבים בדריכה.
בדיקה: מהלך, צליעה קלה. צלקת באספקט קידמי/טלרי של קרסול שמאל- רגישה, ללא TINNEL ללא חסר תחושת דיסטלי.
מזיז קרסול ואצבעות. רגישות דיפוזית לטרלית קרסול שמאל
XR* - ל"ש

אבחנות רקע
בריא בדרך כלל

הרגלים

מעשן/ת: לא
אלכוהול: לא
סמים: לא
שינה: תקינה

לא ידוע שימוש בתרופות קבועות

לא ידועה רגישות לתרופות

סיקור כאב

המטופל/ת חש/ה כאב: p

המטופל מופנה לרופא המטפל בקהילה להמשך טיפול בכאב

בדיקת פצע ניתוחי

מצב הפצע הניתוחי: פצע תקין

לא ידועה רגישות לחומרים

ניתוחים בעבר

כמות	אניקולוגי	תאריך	שיטה ניתוחית	צד	קוד	ניתוח
		23/07/2017			34.21.06	SYMPAT.THORAC;SUR,THORACOSCOPY
		07/08/2024		Left	79.36.05	OPEN REDUCTION INTERNAL FIXATION FX OF MEDIAL MALLEOLUS

סיכום ודיון

עבר ב 7.08.2024 ניתוח לתיקון שבר פתוח של קרסול שמאל (פטיון מדיאלי). כאב תת טלרי- ככל הנראה נובע משבר בעקב (טופל שמרני). שוחחנו על המשך הערכה וטיפול.

שם: יואל אלחנן כהן	ת"ז: 322699901	מקרה: מחלקה: מרפאה אורתופדית
--------------------	----------------	------------------------------

13.07.2025 טרם ביצע US.

הפניה לניתוח

מופנה לניתוח: לא

הפניה לתא לחץ

מופנה לתא לחץ: לא

המלצות כלליות

*המלצה: *מדרסים בהתאמה אישית

*המשך פיזיותרפיה

*תרגול עצמי במים

*US קרסול שמאל

*CT קרסוליים בחתכים מקבילים (נא להביא CD+פענוח)

*ביקורת- עודד חצי שנה- קיבל הפניה לצילום (036972506-זהבה)

תרופות מומלצות

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓				1 חודשים	X 1 ביום	40 mg	S.C	CRUSIA Enoxaparin (ENOXAPARIN SODIUM)
✓	סיכון גבוה לנפילות במבוגרים			10 ימים	X 4 ביום	1 tab	P.O	ROKACET PLUS cpl (CAFFEINE, PARACETAMOL, CODEINE PHOSP)

נחתם ע"י: דר' חיימוב ניסים מ.ר. 37506

חתימה: _____

ד"ר ניסים חיימוב
 מומחה לכירורגיה אורתופדית
 יחידת כף רגל וקרסול
 Dr. Khaimov Nissim
 Orthopedic Surgeon
 Foot and Ankle Unit
 מ.ר. N.L 37506 ת.ד.מ. S.L.N 30269

נספח 3 :

בקשה למינוי מומחים

(עמודים 52 עד 52)



תקנות פיצויים לנפגעי תאונות דרכים (מומחים), התשמ"ו – 1986

טופס 1

(תקנה 2)

בקשה למינוי מומחים רפואיים

ת.א. 25 /

בבית משפט השלום
בראשון לציון

יואל כהן - נגד- התאגיד המנהל לביטוחי רכב חובה- הפול

התובע, יואל כהן, מבקש למנות מומחים בנושא הנכות הרפואית שלו ובנושא דרכי שיקומו בתחום האורתופדי ובתחום הכאב, לשם מתן חוות דעת.

התובע מודיע כי בעקבות תאונת הדרכים שבה נפגע, טופל במסגרת בית החולים איכילוב ובמסגרת קופת החולים כללית.

העתקי סיכום מחלת התובע מתוך תיק המוסד הרפואי שבו הוא מטופל מצורפים לכתב התביעה.

כן, צורפו לכתב התביעה מסמכים רפואיים שנערכו לצורך הטיפול הרפואי שניתן לתובע ושיש בהם ראיה על הנכות שהוא טוען לה.

אריאל פרייברג, עו"ד
ב"ב התובע



נספח 4 :

יפוי כח ווסר

(עמודים 54 עד 56)



טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	כהן	שם פרטי	יואל אלחנן	תעודת זהות	322699901	שם האב	
יצחק שדה	66	תל אביב	מס'	מיקוד	טלפון		
רחוב		עיר					

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הבטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור ל- _____ (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאות ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאות ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהלן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א – 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופת-החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.

למרות האמור לעיל לא יחול כתב וויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: _____
או על המידע המפורט להלן: _____

חלק ב'

שם קופ"ח: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____

רופאים: 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
מכונים, מעבדות: 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

מס' אישי בצה"ל: _____ שם קופ"ח קודמת: _____

במקרה של קטין: שם האם _____ ת.ז. _____ שם האב _____ ת.ז. _____

תאריך: 29/10/24 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____ X

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, _____ יואל אלחנן כהן
ת.ז. מס' 322699901, מרחוב _____ יצחק שדה 66, תל אביב, _____
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או _____ להיות באי כוחי במשפט של
נגד _____ בענין תאונת דרכים מיום _____
מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל
הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן
רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הנ"ל
ללא יוצא מן הכלל.

2. לחתום על ו/או לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרזת פשיטת רגל, או פרוק
גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות והנובעות מהענין הנ"ל.

3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת
לענין הנ"ל.

4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי
הכח, בדרגה בה הוגש.

5. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי
שבא כוחי ימצא לנכון.

6. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.

7. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי
ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.

8. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הנ"ל, לרבות הוצאות בימ"ש
ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא
לנכון ולמתאים.

9. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל
הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.

10. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא
לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.

11. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.

12. להופיע בשמי וליצגני בפני רושם הקרקעות, במשרדי ספרי אחוזה, לחתום בשמי או במקומי
על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עיסקה המוכרת ע"י החוק
וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבלו עפ"י דין.

13. ליצגני ולהופיע בשמי בפני רושם החברות, רושם השותפויות, רושם העמותות ורושם האגודות
השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי,
לטפל ברישומי או במחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה
בקשר לאותו גוף משפטי.



14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

15. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, לפטרם ולמנות אחרים במקומם ולנהל את עניני הנ"ל לפי ראות עיניו ובכלל לעשות את כל הצעדים שימצא לנכון ומועיל בקשר עם המשפט או עם עניני הנ"ל, והנני מאשר את מעשיו או מעשי ממלאי המקום בתוקף יפוי כח זה מראש.

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 29 לחודש 10 שנה 2024

חתימה: X א"ל



הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

אריאל רודין
מ.ר. 62254
עו"ד