



21/05/2023 18:20 162487 מ.ר. ביראת איה מ.ר. הופק ע"י דר' ביראת איה מ.ר.

מכתב שחרור ממיון מתאריך 21/05/2023

המחלקה לרפואה דחופה - השרון
מנהל/ת דר' מג'אולה ריאד מ.ר. 21363:
אח/אחות אחראיים: ילנה קמחיביץ
מס' קבלה למחלקה: 2023015977
טלפון: 03-9372343
פקס:

שם משפחה:	שנהם	ת. לידה:	24/03/1975
שם פרטי:	אילת	ת. זהות:	3229220-3
כתובת:	רבבה, רבבה 4483900	מין:	נקבה
טלפון:	0525802171	גיל:	48
סוג דם:		מרפאה:	
מחוז:		שם האב:	שלום
גורם מממן:	קופ"ח מכבי		

תאריך קבלה: 21/05/2023 16:21
מספר קבלה: 2023015977

אופן הגעה למיון

הגיע למיון: בליווי בן משפחה

פרטי קבלה למיון

סיבת פנייה: תאונת עבודה

הפניה: לא

סטטוס מטופל: אדום

אבחנה משוערת

• MOTOR VEHICLE TRAFFIC ACCIDENT OF UNSPECIFIED NATURE (E819)

תלונה עקרית

תאונת דרכים

תולדות המחלה

תאריך ושעה

נשא

גרשם ע"י

פרטים

21/05/2023
17:01

דר' אציל נאטור מ.ר. 146313 בת 48, בריאה בד"כ

פנתה למיון לאחר מעורבות בת.ד בתור נהגת של בריה רכב נכנס
בה מאחורה וצד שמאל של הרכב
היתה עם חגורה, נפתחה קרית אוויר צדדית, שוללת חבלת בטן,
חזה או ראש
מצינת כאבים בשתי הברכיים, ומרפק שמאל
ללא עד ותלונות נוספות
בבדיקתה: יציבה נשימתית והימודנמית
GSC 15 זוכרת את כל פרטי האירוע
ללא חסרים נוירולוגיים, ראש - ללא ממצא, צוואר - תנועות חופשיות,
ללא רגישות או דפורמציה, בית חזה - סימטרי, ללא רגישות במישור
כלוב הצלעות, בטן - לא תפוחה, רכה ולא רגישה,

ללא בעיה כירורגית חריפה
המשך טיפול ע"י אורתופד

דר' ביראת איה מ.ר. 162487 בת 48,

21/05/2023
17:20

עם הרקע והטיפול כמתואר
מלינה על כאבים במרפק שמאל וזרזימן

בבדיקתה:

מרפק שמאל:

שפשוף קל במרפק משמאל ללא נפיחות ללא אדום במרפק
ללא רגישות במישור או רגישות בתנועה אקטיבית, פסיבית ומול
התנגדות בכיפוף ויישור

מכתב שחרור ממיון

המתלקה לרפואה דחופה - השרון
מנהל/ת ד"ר מג'אדלה ריאד מ.ר. 21363:
אח/אחות אחראיים: ילנה קמושביץ

שם משפחה:	שם:	תאריך לידה:	24/03/1975
שם פרטי:	איילת	ת. זהות:	3229220-3
סוג דם:	שם האב:	שם:	שלום

ללא רגישות בפרונציה וסופינציה
ללא רגישות על הקונדילים/אולקרונ/ראש רדיוס
טווח תנועה 0-130 מעלות, יציבות בוארוס-ולגוס סטרס טסט תקינה
הנעת כף היד והאצבעות תקינה. תחושה דיסטלית שמורה דופק
אולנארי ורדיאלי נימושו

ירך ימין:
נושאת משקל על הרגליים ללא צליעה או רגישות
אורך רגליים שווה ללא קיצור או סיבוב חיצוני
ללא סימנים על העור,
רגישות קלה באיזור מפרק הירך
מניע כף רגל ובהונות, דופק dp נימוש, תחושה שמורה דיסטלית,
סובכים רכים

בצילום מרפק - ללא עדות לממצא גרמי חריף
צילום אגן ופרקי ירכיים - ללא עדות לממצא גרמי חריף

לא ידועה רגישות לתרופות
לא ידועה רגישות לחומרים

בדיקות עזר

תוצאה	תאריך	בדיקה
לא הוקלדה תשובה	21/05/2023	צילום מרפק שמאל
לא הוקלדה תשובה	21/05/2023	צילום מפרק ירך שמאל
לא הוקלדה תשובה	21/05/2023	צילום אגן ופרקי ירכיים

תוצאות מעבדה

שטח כללי

הערה	ערכי ייחוס	יחידת מידה	תוצאה	תאריך בדיקה
			+	21/05/23 17:17
		mg/dL	norm	21/05/23 17:17
		mg/dL	neg	21/05/23 17:17
		mg/dL	neg	21/05/23 17:17
			1.010	21/05/23 17:17
		mg/dL	neg	21/05/23 17:17
			neg	21/05/23 17:17
		Leu/μl	250	21/05/23 17:17
		Ery/μl	30	21/05/23 17:17
		mg/dL	NORMAL	21/05/23 17:17
			6	21/05/23 17:17
		Leu/μl	רבים	21/05/23 17:17
		Ery/μl	7 - 12	21/05/23 17:17



מכתב שחרור ממיון

שם משפחה:	שם פרטי:	סוג דם:	שם מלידה:	תאריך לידה:	שם האב:
המחלקה לרפואה דחופה - השרון	מנהל/ת דר' מג'אדלה ריאד מ.ר. 21363:	אח/אחות אחראיים: ילנה קמושביץ	24/03/1975	3229220-3	שלום

הערה	ערכי ייחוס	יחידת מידה	תוצאה	תאריך בדיקה
EPITHELIAL-SED			+++	21/05/23 17:17

מדדים

תאריך ושעה	חום PO	דופק	לחץ דם בישיבה	סטורציה באוויר החדר	נאב (VAS)	Beta HCG בשתן
17:14 21/05/2023						שלילי
18:47 21/05/2023	36.6	62	138 / 89	97	3	

תרופות מומלצות להמשך טיפול

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מימן	אופן מתן	שם התרופה
✓				14 ימים	1 X 1 ביום	20 mg	ORAL	BREXIN (PIROXICAM BETA-CYCLODEXTRIN)
✓	שים לב קיימת תרופה בעלת שם דומה			7 ימים	1 X 3 ביום	1 cap	ORAL	ROKAcet PLUS (CAFFEINE, CODEINE PHOSPHATE, PARACETAMOL)

סטטוס מטופל בשחרור

יציבה המודינמית וגשימית

שחרור חולה מהמיון

שחרור חולה

סיכום ומסקנות

תאריך ושעה נרשם ע"י נושא פרטים

21/05/2023 18:20
דר' בוראת איה מ.ר. 162487
אנמזה ובדיקה כמותאר לעיל
משתחררת עם ההמלצות הבאות:

המלצות

המלצה:
המשך מעקב בירור וטיפול רופא מטפל
מטרה
מעקב אורטופד בקופ"ח
משככי כאב לפי צורך
נוגדי דלקת ע"פ מרשם מצורף
בכל החמרה יש לפנות לבדיקת רופא
חופשת מחלה: 3 ימים

בכל מקרה של החמרה יש לפנות לבדיקת רופא

אחות מרכז טיפול

אחות: גגצ'נקו אורי



מכתב שחרור ממיון

המחלקה לרפואה דחופה - השרון
מנהלת דר' מג אדלה ריזד מ.ר. 21363:
אח/אחות אחראיים: ילנה קמושביץ

שם משפחה:	שם פרטי:	שם סוג דם:
שם:	ת. זהות:	שם האב:
תאריך לידה:	24/03/1975	3229220-3
שם האב:	שלום	

חתימה:

נחתם ע"י דר' בוראת איה מ.ר. 162487
חתימת אח/ות

המכתב הודפס על ידי דר' בוראת איה 18:20 21/05/2023

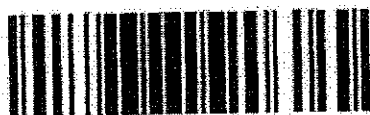
חסידי איש

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות.

רופא אחראי

רופא: דר' בוראת איה מ.ר. 162487





מס מרשם: 1099992

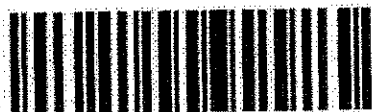
תוקף מ: 21/05/2023 עד: 04/06/2023

טלפון סלולרי: 0507407815

תלידה: 24/03/1975

גיל: 48.2

טלפון: 0525802171



3229220

שזהם איילת

כתובת: רבבה רבבה

מיקוד: 4483900

גורם מבטח: קופ"ח מכבי

קופה: מכבי

CPL ROKAcet PLUS (CAFFEINE, CODEINE PHOSPHATE, PARACETAMOL) 1 cap

7 ימים ביום 3 X 1
CPL

הוראות שימוש:

1 ORAL (אחד) 3 X (שלוש) פעמים ביום למשך 7 (שבעה) ימים

שים לב קיימת תרופה בעלת שם דומה

TAB BREXIN (PIROXICAM BETA-CYCLODEXTRIN)

20 mg

14 ימים ביום 1 X 1
TAB

הוראות שימוש:

1 ORAL (אחד) 1 X (אחת) פעמים ביום למשך 14 (ארבעה עשר) ימים

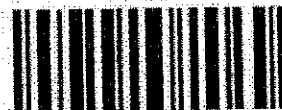
XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

חתימה וחוממת הרופא:

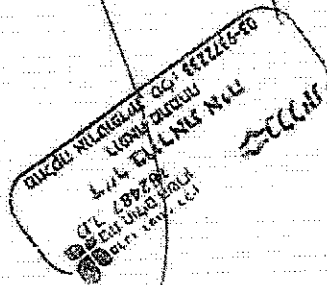
ד"ר ביראת איה



מ.ר. 162487

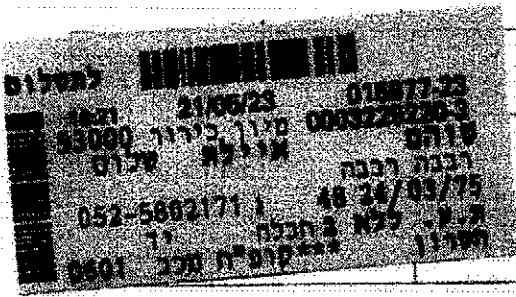
תאריך הפקדה: 21/05/2023

בית חולים השרון המחלקה לרפואה דחופה - השרון 03-9372343



בקשה להתקבל לבית חולים

פרטי המטופל/ת:



שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות
נחובה	תאריך לידה	מספר טלפון
שם האפוטרופוס	כתובת האפוטרופוס	מספר טלפון

אני החתום/ה מטה, מבקש/ת לקבל/לקבל את המטופל/ת * לבית החולים, על שלוחתי, מחלקתי ויחידותי השונות, לשם קבלת טיפול רפואי, עריכת בדיקות רפואיות, ונקיטה בהליכים רפואיים נחוצים.

1. ידוע לי ואני מסכים/ה שהטיפול בבית החולים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות הקיימים בבית החולים, ואני מצהיר/ה בזה כי לא הבטח לי שיעשו כולם או חלקם בידי אדם מסוים.
2. אני מאשר/ת כי הוסבר לי כי בית החולים משמש להכשרת סטודנטים במקצועות הבריאות ואני מסכים/ה אינני מסכים/ה * לכך שבהערכה ובטיפול יטלו חלק סטודנטים בפיקוח הצוות הרפואי המטפל.

3. אני מוותר/ת על הסודיות הרפואית שלי כלפי שירותי כללית, בית החולים, עובדיהם, כל מי שפועל מטעמם ו/או בשליחותם ו/או בהרשאתם, בכל הקשור למצב בריאותי/בריאות המטופל/ת, לצורך הטיפולים, הבדיקות וההליכים שיינתנו לי/למטופל/ת, במסגרת האשפוז בבית חולים. כן הנני נותן/ת בזאת את הסכמתי מראש לצוות הרפואי לקבל ו/או למסור לגורם רפואי מטפל בהווה ו/או בעתיד, לצורך הטיפול בי, כל מידע הקשור למצב בריאותי.

4. א. אני מוותר/ת / לא מוותר/ת על סודיות עובדת היותי/היות, המטופל/ת, מאושפז/ת בבית החולים ו/או במחלקה כלפי הפונים לבית החולים ומבקשים פרט זה בעל פה לרבות טלפונית *
ב. ניתן למסור מידע רפואי עדכני לקרובי משפחה מדרגה ראשונה ו/או לפונים שלהלן בלבד:

א. _____ ב. _____ ג. _____ ד. _____

5. אני מתחייב/ת לעזוב/להוציא את המטופל/ת * מבית החולים עם קבלת הודעתכם הראשונה על סיום הטיפול הרפואי בי/במטופל/ת.

6. כן אני מתחייב/ת לשלם לכם לפי דרישתכם הראשונה עבור עלות כל יום אשפוז נוסף בו אשהה/ישהה המטופל/ת בבית החולים לאחר קבלת הודעתכם כאמור בסעיף 5 לעיל, ומתן/ת לכם בזאת ייפוי כוח מלא להוציאני מבית החולים ולהעבירני למוסד אחר או למעון מגורי המפורט לעיל/להוציא את המטופל/ת ולהעבירה/ה לרשותי או למוסד אחר, לפי הצורך, הכול על חשבוני ועל אחריותי.

7. למי שאינו/אינה מבוסס/ת בשירותי בריאות כללית - אם קופת החולים בה אני/המטופל/ת מבוסס/ת בה, לא תשלם מסיבה כלשהיא עבור כל או חלק מההוצאות הקשורות באשפוזי/באשפוז המטופל/ת. לפי קביעת רופאים, אני מתחייב/ת לשלם בעצמי את המגיע לכם, לפי דרישתכם הראשונה.

8. אני מאשר/ת לשירותי בריאות כללית לשלוח אלי מידע בצורה דיגיטלית (דואר אלקטרוני, מסרונים, הודעות טלפוניות) הקשור באשפוזי, אם אינך מעוניין/ת לקבל מידע רפואי בצורה דיגיטלית - אנא חתום/י פה _____

9. הובהר לי וידוע לי, כי אינכם אחראים בכל צורה שהיא להספים ו/או לכל דבר ערך אשר לא הופקדו בכספת משרדכם.

שעה: _____ חתימת המטופל/ת: _____

אישור אפוטרופוס
(אם המטופל/ת קטין/ה או פסול/ת דין)
שם: _____ קרבה: _____ חתימה: _____

* מחקי את המיותר. בכל מקום בו מופיעות שתי אפשרויות - יש להקיף בעיגול את האפשרות הרצויה.
בסעיף - 4 המטופל/ת/אפוטרופוס רשאי/ת שלא להסכים לזאת על סודיות בקשר למידע/להסכים כי מידע אודותי/יחסי לנרחיט וטודיט

מ.ר גורם מפנה



033614



קוד הפניה: 325794934

טלפון: 03-7462040

פקס: 0768893180

ד"ר בן ברוך אפרת

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואת המשפחה

כתובת: הררי קדם, רבבה (מרכז מסחרי רבבה קומה 2)

פרטי הגבדק:	שם משפחה: שוהם	שם פרטי: איילת	ת.ז.: 32292203
ת.לידה: 24/03/1975	מין: נ	טלפון: 039366553	טל.עבודה/נייד: 0525802171
כתובת: הררי קדם, רבבה	מיקוד: 4483900		

מכון פיזיותרפיה

תלונות: לפני יומיים תאונת דרכים, נהגה ברכה ורכב התנגש בצד של הנהג. נפתחו כריות אוויר. נחבלה חבלות יבשות. פונתה למיון.

כעת יש כאבי צוואר, כאבי גב תחתון, כאבי כתף ימין, רגליים. חולשה

ממצאים: המטומות במרפק שמאל ובברכיים.

אבחנה:

- ROAD ACCIDENT
- NECK PAIN
- BACKACHE

מעשנות: לא

סיבת ההפניה: אודה על תור בהקדם

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 23/05/2023 עד תאריך - 19/11/2023

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

23/05/2023

תאריך

חתימה וחותמת

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

68-03/16

מ.ר. 25276

ד"ר אפרת
מומחית ברפואת משפחה
מ.ר. 33614
מ.ר. 25276

מ.ר גורם מפנה



033614



קוד הפניה: 325795181

03-7462040 :טלפון

0768893180 :079

כתובת: הררי קדם, רבבה (מרכז מסחרי רבבה קומה 2)

ד"ר בן ברוך אפרת

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מזמחית ברפואת המשפחה

פרטי הנבדק:		שם משפחה: שוהם		שם פרטי: איילת		ת.ז.: 32292203	
תלידה: 24/03/1975		מין: נ		טלפון: 039366553		טל.עבודה/נייד: 0525802171	
כתובת: הררי קדם, רבבה						מיקוד 4483900	
0032292203							

התייעצות מומחה

- במכבי'

אורתופדיה

תחום שירות:

תלונות: לפני יומיים תאונת דרכים, נהגה ברכה ורכב התנגש בצד של הנהג. נפתחו כריות אוויר. נחבלה חבלות יבשות. פונתה למיין. כעת יש כאבי צוואר, כאבי גב תחתון, כאבי כתף ימין, רגליים. חולשה

ממצא'ים: המטומות במרפק שמאל וברכיים.

אבחנה:

- ROAD ACCIDENT
- NECK PAIN
- BACKACHE

מעשנת : לא

מטרת ההפניה: המשך מעקב

**** נא להצטייד בכרטיס מגנטי ****

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

אם הנך פונה לרופא פרטי, מומלץ לבדוק מראש האם הרופא נכלל ברשימת רופאי מכבי זהב/ מכבי שלי

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 23/05/2023 עד תאריך - 19/11/2023

23/05/2023

תאריך

מ.ר. 33614
מ.ר. 25776
חתימה וחומת



נעמי ברטסאד - מטפלת הוויסטיה יקיר

דוא"ל: n_Bratt@walla.co.il

נייד: 052-8197597

עוסק פטור
028786945

2518

קבלה מס'

תאריך: 22.5.23

לכבוד: מנחם אלון

כתובת: רמת השרון

עבור: רמת השרון

שיק מס'	בנק	זמן פרעון	הסכום בש"ח
	העזרה		

סה"כ שיקים במזומן ניכוי במקור סה"כ כללי	250
--	-----

חתימה: נעמי



נמני ברטפאד - מטפלת הוויסטיק יקיר

דוא"ל: n_Bratt@walla.co.il

נייד: 052-8197597

עוסק פטור
028786945

2521

קבלה מס'

24.5.23 תאריך

לכבוד: א/ת אלה

כתובת: רמת

עבור: כ"ק' אגודת תל אביב

שיק מס'	בנק	זמן פרעון	הסכום בש"ח

סה"כ שיקים

במזומן

ניכוי במקור

סה"כ כללי

350

חתימה



נעמי ברטסאד - מטפלת הוויסטי, יקיר

דוא"ל: n_Bratt@walla.co.il

ב"ד: 052-8197597

עוסק פטור
028786945

2520

קבלה מס'

תאריך: 22.5.22

לכבוד: מנחם - אבא

כתובת: כנרת

עבור: רחל - סולנה

שיק מס'	בנק	זמן פרעון	הסכום בש"ח

הצגת דמי גירעון

סה"כ שיקים

במזומן

ניכוי במקור

סה"כ כללי

250

חתימה

חתימה



נעמי ברטסאג - מטפלת הוויסטי, יקיר

דוא"ל: n_Bratt@walla.co.il

נייד: 052-8197597

עוסק פטור
028786945

2523

קבלה מס'

תאריך: 29.5.23

לכבוד: מילא - לב

כתובת: רמת השרון
עבור: כפר סבא

שיק מס'	בנק	זמן פרעון	הסכום בש"ח

סה"כ שיקים

במזומן

ניכוי במקור

סה"כ כללי

300

חתימה



נעמי ברטסאד - מטפלת הוויסטי, יקיר

דוא"ל: n_Bratt@walla.co.il

נייד: 052-8197597

עוסק פטור
028786945

2524

קבלה מס'

תאריך: 30.5.25

לכבוד: אנושלה

כתובת: רחוב
עבור: כפר רחוק

שיק מס'	בנק	זמן פרעון	הסכום בש"ח

סה"כ שיקים	
במזומן	200
ניכוי במקור	
סה"כ כללי	200

חתימה: [Signature]

קוד הפניה: 328755744

טלפון: 03-7463820

03-7178324 :079

כתובת: הבנאי 6, אריאל (קומה 2)



032983



פרטי הנבדק:

שם משפחה: שוהם

שם פרטי: איילת

32292203 :.r.n

ת.לידה:

24/03/1975

מִיָּוֶה

1970

039366553

טל. עבודה/נייד: 0525802171

כתובת:

הררי קדם, רבבה

מ'קוֹד 4483900

0032292203

מכון פיזיותרפיה

גורם משלם: 5 תאונת דרכים

תלונות: בת 48, מתלוננת על כאב בצוואר, גב תחתון, בכתף, יד וצוואר מימין, לאחר תאונת דרכים לפני כ-3 שבועות. נבדקה במיון השרון, ועברה צילומי אגן ומרפק שמאל. לא מצאו שברים. מאז טופלה תרופתית. הכאבים הופיעו יומיים לאחר מכן.

ממצאים: הליכה תקינה. ינוחה, בהכרה מלאה, ללא קוצר נשימה. תנועות צוואר וגב תחתון מוגבלות. כתף ומרפק ימין- תנועות תקינות, רגישות דיפוזית קלה, ללא נפיחות. הבדיקה הנירולוגית הייתה תקינה.

אבחנה:

- CONTUSION OF MULTIPLE SITES
- MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS

מעשנת : לא

סיבת ההפניה: הפעלת צוואר, גב תחתון ויד ימין.

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

****נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים****

12/06/2023

תאריך

קביעת תור לטיפול ראשון -במוקד מכבי ללא הפסקה *3555. תורים לטיפול המשך ותור ראשון לטיפול בתחומים מיוחדים (לדוגמא- רצפת אגן, ניקוד לימפתי, טיפולי בית) יקבעו במכון הפיזיותרפיה.

הטיפול כרוך בתשלום רבעוני, בא להגיע עם כרטיס מגנטי.

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

ד"ר א. מורד
אורטופד מומחה
מ.ר. מ. 32985
תל אביב