



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

באתר
מבלי לפגוע בזכויות

אוגוסט 2025
Office@freiberg-law.com

פרייברג רסקין
משרד עורכי דין

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד



לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
ענף נפגעי עבודה
באמצעות האתר

ח"נ שלום רב,

תאונה מיום 29/06/2025
הנפגעת: דריה סבידר, ת"ז 033250593
תביעה להכרה בתאונה ותשלום דמי פגיעה

הריני מייצג את מרשתי שבנדון והנני מתכבד לפנות כדלקמן:

1. מצ"ב טופס תביעה להכרה בתאונה כתאונת עבודה ולתשלום דמי פגיעה.

2. לעיונכם וטיפולכם המסור בתביעת מרשתי אודה.

*רצ"ב יפוי כח וטופס וס"ר חתומים ע"י מרשתי.

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

33250593

נא ציין את מספר תעודת זהות

עמוד 1 מתוך 8

לשימוש פנימי	
בלבד (סריקה)	
מס' זהות / דרכון	
סוג	דפים
01	המסמך

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה
הודעה על פגיעה בעבודה

☒ תאונה בעבודה	☐ מחלת מקצוע פרט
☐ שכיר	☐ עצמאי
☐ מתנדב	☐ חבר קיבוץ או מושב שיתופי
פרטי התובע	
שם משפחה	שם פרטי
סז'קר	קריה
טלפון קווי	טלפון נייד
	0545616997
דואר אלקטרוני	
@	

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	ס"ב
☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט - SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לדיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושא הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת. מען למכתבים - אם שונה מהרשום במשרד הפנים	

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד
חיים ינאי	6		6	כאס כסיין	4841328

פרטי מקום העבודה - אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון אלא מלא סעיף 2א'
שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית

שם מעסיק/ מפעל	תפקיד התובע במקום העבודה				
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	מספר פקס			

האם אתה אחד מבעלי החברה/ בעל שליטה בחברה: ☐ לא ☐ כן, פרט: _____
האם יש קרבה משפחתית בין לבין המעסיק: ☐ לא ☐ כן, פרט: _____
עצמאי (אם הפגיעה אירעה מחוץ לעסק - יש לצרף אישור על העבודה שאותה ביצעת/ היית אמורה לבצע)

שם העסק	סוג העיסוק				
כיסוי	קיסמאיקה ישיש חצאית				
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	טלפון פקס			
	0545616887				

למילוי ע"י המעסיק אם התובע עובד שכיר (התביעות של עצמאי - ימלא התובע)

פרטים על פגיעה מחוץ למפעל או למפעל

1

☐ הפגיעה אירעה מחוץ למפעל - תוך כדי עבודה

מקום הפגיעה: כביש

שעת הפגיעה: _____

המקום שבו היה על התובע לעבוד או שבו עבד התובע ביום הפגיעה:

האם העובד מועסק דרך קבע מחוץ לכותלי המפעל? ☐ לא ☐ כן

האם נכחו עובדים נוספים בעת הפגיעה? ☐ לא ☐ כן

1. שם _____ ת.ז. _____

2. שם _____ ת.ז. _____

הפקידו

שם העובד שנתן לתובע את ההוראה לצאת

מטרת יציאתו מחוץ למפעל

תפקיד הנפגע במפעל

שעת החזרה העפויה

שעת היציאה

☐ תאונה בבניין: שם האתר _____ שם הקבלן הראשי _____ שם הקבלן המבצע _____

☐ פגיעה בדרך לעבודה:

באיזו שעה היה עליו להתחיל בעבודה? _____ איזו משמרת? _____ הכתובת שבה היה אמור לעבוד? _____

☐ פגיעה בדרך הביתה: באיזו שעה סיים את העבודה? _____ האם סיים בשעה הקבועה? ☐ כן ☐ לא

הסיבה ליציאה המוקדמת: _____

פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

2

שם המפעל / המעסיק

מספר תיק ניכויים במוסד לביטוח לאומי

תאריך תחילת עבודה: _____ מעמד העובד: ☐ קבוע ☐ ארעי ☐ יומי ☐ חודשי היקף המשרה ב-% _____ מספר ימי העבודה בשבוע: _____

☐ אם בשלושת החודשים שקדמו לפגיעה נעדר העובד מהעבודה, נא פרט את סיבת ההיעדרות: _____

ממתי _____ עד מתי _____ נעדר מהעבודה, האם שולם שכר בעבור ימים אלה? ☐ כן ☐ לא

בטבלה שלהלן יש לכלול את כל רכיבי השכר, את התוספות החד פעמיות, ההפרשים או המענקים ששולמו ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

החודש, כולל חודש הפסקת העבודה	מס' הימים בעבור שולם השכר	העובד הוא	שכר ברוטו החייב בהכני ביטוח לחודש זה בש"ח	תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנכללו בשכר ברוטו	שם התשלום
חודש		יומי	חודשי	סכום	לתקופה
חודש		☐	☐		
חודש		☐	☐		
חודש		☐	☐		
חודש		☐	☐		

☐ העובד שב לעבודה בתאריך _____ ☐ העובד לא שב עדיין לעבודה.

האם היו שינויים בשכר העובד ב-12 החודשים האחרונים למועד הפגיעה בעבודה? נא לפרט: _____

☐ העובד ממשיך להימנות על עובדי המפעל: ☐ כן

☐ לא, העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך: _____ סיבת הפסקת העבודה: _____

שם בית התוכנה או לשכת השירות באמצעותם המעסיק נפיק תלושי שכר _____

שוגר טופס 100: ☐ כן ☐ לא שם איש קשר לבירור פרטי שכר _____ מספר טלפון: _____

דואר אלקטרוני: _____ @ _____

חתימת המעסיק: _____ תאריך: _____ שם ותפקיד הרוחם: _____ חתימה וחותמת: _____

פרטי חשבון הבנק של התובע

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני פרטיו רשומים מטה:

שמות בעלי החשבון

מספר חשבון

120422

מס' סניף

554

שם הסניף / כתובתו

יבנא אלון

שם הבנק

מזכמי

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: ☐ אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיבוץ / המושב ☐ לחשבוני הפרטי

פטור ממס הכנסה - יש לצרף אישור זכאות לפטור ממס הכנסה ערב הפגיעה

☐ עיוול/ נכה 100% ☐ פטור חלקי

הצהרת התובע/מגיש התביעה

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.
☐ אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטלי (ממוחשב) של הכנסותי. ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך ביורר זכאותי.

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה 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 או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או יצירת חוב ועל כן, אני מתחייבת להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.
אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

אני מסכים שהבנק יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון הבנק 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 ממוחשבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו 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.

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 ציינתי על גבי טופס זה.

ידוע לי כי אם תאושר תביעתי לדמי פגיע בגין מחלת מקצוע או ליקוי רפואי כתוצאה מתנאי עבודה, הביטוח הלאומי יבחן תביעה זו כתביעה לנכות מעבודה. בכל פגיעה אחרת, נדרשת הגשת תביעה נפרדת לנכות מעבודה.

תאריך _____ חתימת התובע א

פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע

ק"בה לתובע

מספר זהות
ס"ב

שם משפחה

שם פרטי

טלפון נייד

טלפון קווי

דואר אלקטרוני

אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר: צו אפסרופסות, פסק דין או ויתור סודיות - יש לצרפם לתביעה.

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט: שם העד לחתימה _____ ת.ז. _____

במהלך שלושת החודשים שלפני הפגיעה:

- א. ☐ עבדתי אצל מעסיק אחר/נוסף * נא לצרף אישורים מתאימים.
- ב. ☐ הכנסתי נפגעה מהסיבה:
- ☐ מחלה ☐ חופשה ☐ אחרת * נא לצרף אישורים מתאימים.

☐ לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה

תוצאה מהפגיעה		מתאריך	
שנה	חודש	שנה	חודש
עד תאריך	עד שעה	עד תאריך	עד שעה
שנה	חודש	שנה	חודש
עד תאריך	עד שעה	עד תאריך	עד שעה
שנה	חודש	שנה	חודש
עד תאריך	עד שעה	עד תאריך	עד שעה

- ☐ חזרתי לעבודה מלאה בתאריך _____
- ☐ טרם חזרתי לעבודה ☐ לא נעדרתי מהעבודה
- שעות עבודתי במשלח יד או בעבודתי לפני הפגיעה היו: _____
- ☐ משעה _____ עד שעה: _____
- ☐ עבודה במשמרות

הצהרה למילוי ע"י בעל שליטה או קרוב משפחה לבעל שליטה או לבעל מניות בחברה בלבד

יש להמציא הוכחת תשלום ל-12 חודשים אחרונים (הפקדות בנק, צילומי המחאות ועוד)

מהו תפקידך בעבודה במועד הזכאות? (פירוט העבודה שבוצעת בפועל)

ה'יכן בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובת)

מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות)

אני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים

תאריך _____ שם פרטי ומשפחה _____

4

פרטי הטיפול הרפואי (יש לצרף אישור על הפנייה הראשונה לקבלת טיפול רפואי)

האיבר שנפגע	מזהות החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך)	מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שירות רפואי)
ימין, זרוע ימנית	חבלה	ד"ר החולים ז'אנסן
תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה	תקופת אשפוז	שם בית החולים / מחלקה
24.04.2024 04:00	יום	ארק - ז'אנסן
שנה חודש יום	שעה	
24.04.2024 04:00	09:54	

האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים באיבר או האיברים שנפגעו שצינו על ידך לעיל? ☒ לא ☐ כן פרט ממה סבלת ומתי

יש לצרף מסמכים רפואיים רלוונטיים

פרטי הרופאים המטפלים

שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה	טלפון המרפאה
ד"ר אלון ארמזי	אורתופדיה	שבה טופלתי או אני מטופל	
ד"ר טל ארמזי	נייטלס	צהרה ארמזי	0355506555
		הייר גטלס 33 זמיר	

5

סייע וייצוג בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☒ לא ☐ כן
הגוף המייצג או המסייע: ☒ עורך דין ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוננת ☐ בית חולים ☐ עמותה ☐ אחר

אם אתה מיוצג ע"י עורך דין, יש לבקש מעורך הדין להזין ייפוי כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או אם מדובר ברואה תשבון או יועץ מס, יש לשלוח אלינו טופס בל73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

שם גורם מסייע	כתובת	טלפון
ע"כ אריא כרימיר	ציר גמל ה'7 ריגון	03-7412359

6

פרטים על תאונה

סוג התאונה

☒ תאונת דרכים. יש לצרף דו"ח משטרה והעתק מההידעה לחברת הביטוח.
☐ נפילה מנוקם גבוה ☐ נפילה במדרגות או במדרגה פתוחה ☐ התחשמלות
☐ תקיפה ☐ פגיעה מבעל חיים ☐ אחר
☐ תאונה בבניין שם האתר שם הקבלן המבצע

האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת נזיקין או פיצויים מצד ג' בקשר לפגיעה? ☒ לא ☐ כן

תביעה נגד	שם עורך הדין המטפל
כתובת	מס' טלפון
מס' פקס	דואר אלקטרוני

האם יש ברשותך תמונות ממקום האירוע? ☐ לא ☐ כן, נא לצרף

התביעה הוגשה בבית המשפט ☐ השלום ☐ המחוזי בעיר מס' תיק אזרחי

2א'

פרטי מקום העבודה - כוחות הביטחון

מקום השירות:

☐ צה"ל

☐ משא"ז

☐ משמר הכנסת

☐ משטרה

☐ שב"ס

☒ אחר 35 ימים בקומה הינה

האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה?
☐ כן ☒ לא

אם הוגשה על ידך תביעה וכדחתה, נא צרף העתק ממכתב הדחיה.

3

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה

04 04 2024
יום חודש שנה

היום בשבוע

ידג'

שעת הפגיעה

09:10

תאריך הפסקת עבודה

שעת הפסקת עבודה

היכן אירעה הפגיעה?

☐ במהלך העבודה: ☐ במפעל/בעסק

☐ מחוץ למפעל

☐ בדרך לביתך

(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

☐ תאונה בבניין

בתאונות בדרך: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך או ליעד אחר באט (נעיל) לפתח תקווה, פיג כגיש

תיאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון נוסף). נא פרט זאת נסעה על אוטובוס

שאלם רצון 55, היציאה אלי, החלפה על גומי - שמשית כנתיב הסרקה

האם נכחו עדים בתאונה? ☐ לא ☐ כן, פרט:

שם כתובת מספר טלפון

שם כתובת מספר טלפון

☐ חבר לעבודה ☐ מכר

☐ אחר

☐ חבר לעבודה ☐ מכר

☐ אחר

מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה

תאריך מסירת ההודעה

שם מקבל ההודעה

תפקיד

טלפון

שם חודש שנה
יום

3

פרטים על תשלום דמי מחלה על-ידי המעסיק/קרן דמי מחלה

האם העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י המעסיק? (נכון ליום הפגיעה)

☐ כן, ציין את מספר הימים שעמדו לזכות העובד עד יום הפגיעה: _____

☐ לא, ☐ העובד ניצל את כל הימים העומדים לזכותו

☐ לא נצברו ימי מחלה

☐ אחר _____

☐ העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י הקרן לדמי מחלה

(שם הקרן) _____

4

הצהרת המעסיק

אנו החתומים מטה מאשרים, כי הפרטים שמסר העובד ומסרנו אנו נכונים לפי מיטב ידיעתנו.

אנו מאשרים כי התובע הועסק על ידנו כעובד בזמן הפגיעה בעבודה.

אם יש לך הסתייגות בעניין הפגיעה, יש לפרט כאן _____

תאריך _____ תפקיד החותם _____ שם החותם _____ התימה וחתימת * _____

5

פרטים משלימים למעסיק מורשה/מאושר

☐ העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה

מעסיק מורשה לפי תקנה 22:

☐ העובד נכלל בהרשאה ונעדר מתאריך _____ עד תאריך _____

ושילמנו לו דמי פגיעה כחוק.

☐ העובד אינו נכלל עם העובדים שבעבורם ניתנה הרשאה לחברה / מפעל.

מעסיק מאושר לפי סעיף 343:

☐ אני מעסיק מאושר לפי סעיף 343 (סעיף 162 בנוסח הישן)

קיבוצי:

☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

חתימת המעסיק וחתימת * _____

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

3

פרטים על תשלום דמי מחלה על-ידי המעסיק/קרן דמי מחלה

האם העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י המעסיק? (נכון ליום הפגיעה)

☐ כן, ציין את מספר הימים שעמדו לזכות העובד עד יום הפגיעה: _____

☐ לא, ☐ העובד ניצל את כל הימים העומדים לזכותו

☐ לא נצברו ימי מחלה

☐ אחר _____

☐ העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י הקרן לדמי מחלה

(שם הקרן)

4

הצהרת המעסיק

אנו החתומים מטה מאשרים, כי הפרטים שמסר העובד ומסרנו אנו נכונים לפי מיטב ידיעתנו. אנו מאשרים כי התובע הועסק על ידנו כעובד בזמן הפגיעה בעבודה.

אם יש לך הסתייגות בעניין הפגיעה, יש לפרט כאן _____

תאריך _____ תפקיד החותם _____ שם החותם _____ חתימה וחתימת * _____

5

פרטים משלימים למעסיק מורשה/מאושר

☐ העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה

מעסיק מורשה לפי תקנה 22:

☐ העובד נכלל בהרשאה ונעדר מתאריך _____ עד תאריך _____

ושילמנו לו דמי פגיעה כחוק.

☐ העובד אינו נכלל עם העובדים שבעבורם ניתנה הרשאה לחברה / מפעל.

מעסיק מאושר לפי סעיף 343:

☐ אני מעסיק מאושר לפי סעיף 343 (סעיף 162 בנוסח הישן)

קיבוצי:

☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

חתימת המעסיק וחתימת *

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

33250513

נא ציין את מספר תעודת זהות

גמוד 8 מתוך 8

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

פרטים אישיים

1

קוד גמלה	מספר זהות/דרכון	תאריך הפגיעה
60	33250513	04/09/2024
שם משפחה	שם פרטי	שנה חודש יום
ט'קר	ד'ריה	שנה חודש יום
חבר בקופת חולים		
☒ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר		

הצהרה

2

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית 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 30/12/2025 חתימת המבוטח *

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

המכתב הופק ע"י דר' ספולניקוב ויטל ב-04/09/2024 13:35

מלרד - אגף ב
מנהל: דר' שיבר שחף מ.ר. 88637
אחות אחראית: נחמי בקר
טלפון: 03-9377011
פקס: 03-9222173

שם משפחה: סביר	תאריך לידה: 29/04/1988
שם פרטי: דריה	ת. זהות (ללא ספרת ביקורת): 33250593
כתובת: עמוס הנביא ראש העין	מין: נקבה
טלפון: 0545616997	גיל: 36

תאריך קבלה: 04/09/2024 09:54
מספר קבלה: 2843594301

אבחנה

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P	Rec
CONTUSION OF UNSPECIFIED SITE	9249			✓			
ACCIDENTS INVOLVING OTHER VEHICLES, NOT ELSEWHERE CLASSIFIABLE	E848						

סיבת פנייה

סיבה עיקרית: תאונת דרכים
הערות: רוכבת אופנוע החליקה במהירות גבוהה

תלונה עיקרית, מחלה נוכחית ובדיקה גופנית

ראה גליון טראומה

בדיקה גופנית כירורג

מועד בדיקה	תוכן		נרשם ע"י
04/09/2024 10:01	שם	פירוט	נרשם ע"י דר' ח'מיס מייס מ.ר. 180472 מלרד טראומה 04/09/2024 10:03
	הסיפור	בת 36 מעורבות בת.ד כרורכבת אופנוע מול רכב, עם קסדה, ללא איבוד הכרה, GCS 15	
	תאור הפגיעה החיצונית	A -נתיב אוויר פתוח B -כניסת אוויר שווה דו"צ, C -ל"ד ססטולי 100, דופק 65, סטורציה שמורה, D -טונוס שמור, קלזקו 15, מניעה 4 גפיים, E -ללא פציעות חיצוניות, מלינה על כאבי ראש וסחרחורת, כאבי C אגן, אגן יציב EFAST יבש צ"ח- ללא חזה אוויר,	
	החלטה	TBCT	

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

מחלות רקע

בריא בדרך כלל

מדדים

תאריך ושעה	דופק	לחץ דם	סטורציה	כאב
10:22 04/09/2024	68	106 / 63		00

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

המכתב הופק ע"י דר' ספולניקוב ויטל ב-04/09/2024 13:35

מלרד - אגף ב
מנהל: דר' שיבר שחף מ.ר. 88637
אחות אחראית: נחמי בקר
טלפון: 03-9377011
פקס: 03-9222173

שם משפחה: סביר	תאריך לידה: 29/04/1988
שם פרטי: דריה	ת. זהות (ללא ספרת ביקורת): 33250593
כתובת: עמוס הנביא ראש העין	מין: נקבה
טלפון: 0545616997	גיל: 36

0	99	106 / 68	63	73	10:20 04/09/2024
---	----	----------	----	----	------------------

בדיקות עזר

תוצאה	תאריך	בדיקה
סיבת ההפניה: רוכבת אופנוע- תאונה עצמית, שמורה נוירולוגית, יציבה. בוצע: ט.מ. CT ראש / צוואר במסגרת TOTAL BODY בתאריך 04/09/2024 10:13 מ.ג: 1205005695588 מבצע: אבירם ויזל; ט.מ. CT ראש / צוואר במסגרת TOTAL BODY; טכניקה: בוצעו סריקות של ראש וצוואר בגובה C1-T1 ללא הזרקת חומר ניגוד. בדיקות קודמות להשוואה: ממצאים: ללא עדות לדימום תוך גולגולתי חריף, סטיית קו אמצע או אפקט מסה. פרנכימת המוח שמורה. חדרי המוח, חריצים וציטרונות תקינים ותואמים לגיל הנבדק. עיבוי רירית בסינוסים מקסילרים דו צדדי. אטימות בסינוס פרונטלי ובתאים אתמואידלים משמאל מלווים בעיבוי הדפנות הגרמיים – מתאימים לסינוסיטיס כרוני. שברים טריים בעצמות האף (לאחר rhinoplasty) מלווה בתפיחות ברקמות הרכות הצמודות. עמדת הדנס תקינה. מנח החוליות תקין. ללא שבר, תמט או פריקה. ללא תפיחות רקמה רכה פרה- ורטברלית.	04/09/2024	ט.מ. CT ראש / צוואר במסגרת TOTAL BODY

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

המכתב הופק ע"י דר' ספולניקוב ויטל ב-04/09/2024 13:35

מלרד - אגף ב
מנהל: דר' שיבר שחף מ.ר. 88637
אחות אחראית: נחמי בקר
טלפון: 03-9377011
פקס: 03-9222173

שם משפחה: סביר	תאריך לידה: 29/04/1988
שם פרטי: דריה	ת. זהות (ללא ספרת ביקורת): 33250593
כתובת: עמוס הנביא ראש העין	מין: נקבה
טלפון: 0545616997	גיל: 36

קשרית היפודנסית קטנה באונה שמאלית של בלוטת המגן. סיכום: ללא דימום חריף. שברים טריים בעצמות האף (לאחר rhinoplasty) ללא שבר, תמט או פריקה בעמוד שדרה צווארי. יש לפנות לרופא/ה המטפל/ת עם דו"ח הפענוח להמשך בירור וטיפול.		
סיבת ההפניה: רוכבת אופנוע- תאונה עצמית, שמורה נירולוגית, יציבה. בוצע: ט.מ. CT חזה / בטן / אגן במסגרת TOTAL BODY בתאריך 04/09/2024 10:13 מ.ג: 1205005695587 מבצע: אבירם ויזל;ולרי ליטבק; ט.מ. CTA אנגיו חזה במסגרת TOTAL BODY; ט.מ. CTA אנגיו בטן במסגרת TOTAL BODY טכניקה: בוצעה סריקה מגובה פסגות הריאות ועד האיסכיום באגן לאחר הזרקת 90 מ"ל של חומר ניגוד לווריד. כולל פאזת סריקה עורקית (אנגיוגרפיה) וורידית. השוואה: אין CT קודם להשוואה. ממצאים: חזה מיצר לב וכלי הדם הגדולים: לא הודגמה המטומה במייצר או פנאומומדיאסטינום. הדגמה תקינה של האורטה החזית וענפיה. ללא עדות לפגיעה בעורקים הראתיים.	04/09/2024	ט.מ. CTA אנגיו חזה במסגרת TOTAL BODY

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

המכתב הופק ע"י דר' ספולניקוב ויטל ב-04/09/2024 13:35

שם משפחה: סביר	תאריך לידה: 29/04/1988	מלרד - אגף ב
שם פרטי: דריה	ת. זהות (ללא ספרת ביקורת): 33250593	מנהל: דר' שיבר שחף מ.ר. 88637
כתובת: עמוס הנביא ראש העין	מין: נקבה	אחות אחראית: נחמי בקר
טלפון: 0545616997	גיל: 36	טלפון: 03-9377011
		פקס: 03-9222173

הלב במימדים תקינים. ללא תפליט פריקרדיאלי.
הדגמה תקינה של הוושט לכל אורכה.

צוואר תחתון: בלוטת המגן: קשרית היפודנסית באונה שמאלית
בגודל 5 מ"מ (50-601)

פרנכימת הראות:
ללא סימנים של ממצא חבלתי בפרנכימת הריאה.
לא הודגם ממצא מוקדי ראיתי.
לא הודגמו שינויים אינטרסטיציאליים.

דרכי אוויר: דרכי האוויר הגדולות פתוחות.

פלאורה: לא הודגם תפליט פלאורלי. אין חזה אוויר.

קשריות לימפה: לא הודגמו קשריות לימפה מוגדלות במיצר, שריר
הראות, אקסילות וסופראקלויקולרית.

סרעפת: לא הודגמו סימנים המחשידים לפגיעה טראומטית של
הסרעפת.

בטן ואגן
כבד ודרכי מרה:
כבד לא מוגדל, בעל מרקם אחיד. הסננה שומנית פוקלית סמוכה
לליגמנטום פלציפורמי.

ללא הרחבת דרכי המרה חוץ והתוך כבדיות.
הוריד הפורטלי והורידים ההפטיים פתוחים.

כיס מרה: אינו תפוח, ללא אבנים מסויידות.

טחול: בגודל תקין, האדרה הטראוגנית, בלתי ספתיפי.

לבלב: בגודל תקין ומרקם הומוגני ללא הרחבת צינור הלב לב
הראשי.

פריטונאום ורטרופריטונאום: ללא עדות להמופריטונאום או
רטרוהמופריטונאום. ללא עדות לאוויר חופשי.

מערכת העיכול: פיתולי מעי דק וגס במהלך ורוחב תקינים.

אדרנלים: ללא ממצא חריג.

כליות: בגודל תקין, אפקט נפרוגרפי תקין.

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

המכתב הופק ע"י דר' ספולניקוב ויטל ב-04/09/2024 13:35

מלרד - אגף ב
מנהל: דר' שיבר שחף מ.ר. 88637
אחות אחראית: נחמי בקר
טלפון: 03-9377011
פקס: 03-9222173

שם משפחה: סביר	תאריך לידה: 29/04/1988
שם פרטי: דריה	ת. זהות (ללא ספרת ביקורת): 33250593
כתובת: עמוס הנביא ראש העין	מין: נקבה
טלפון: 0545616997	גיל: 36

ללא הידרונפרוזיס או הידרואורטרים. שלפוחית השתן במילוי חלקי, לא ניתן לדון על דופנותיה. רחם ושחלות: ללא ממצא חריג. אאורטה בטנית: ברוחב תקין. רקמות רכות תת עוריות: בקע טבורי קטן, מכיל שומן ללא סימני כליאה. עצמות שברים בסקפולות/קליקולות/סטרונום: לא זוהו. שברים בצלעות: לא זוהו. שברים בעמוד השדרה: לא זוהו. שברים בעצמות האגן: לא זוהו. סיכום: ללא ממצא חבלתי בחזה/בטן/אגן. יש לפנות לרופא/ה המטפל/ת עם דו"ח הפענוח להמשך בירור וטיפול.		
סיבת ההפניה: רוכבת אופנוע- תאונה עצמית, שמורה נוירולוגית, יציבה. בוצע: ט.מ. CT חזה / בטן / אגן במסגרת TOTAL BODY בתאריך 04/09/2024 10:13 מ.ג: 1205005695587 מבצע: אבירם ויזל;ולרי ליטבק; ט.מ. CTA אנגיו חזה במסגרת TOTAL BODY; ט.מ. CTA אנגיו בטן במסגרת TOTAL BODY; טכניקה: בוצעה סריקה מגובה פסגות הריאות ועד האיסיכיום באגן לאחר הזרקת 90 מ"ל של חומר ניגוד לווריד.	04/09/2024	ט.מ. CTA אנגיו בטן במסגרת TOTAL BODY

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

המכתב הופק ע"י דר' ספולניקוב ויטל ב-04/09/2024 13:35

מלרד - אגף ב
מנהל: דר' שיבר שחף מ.ר. 88637
אחות אחראית: נחמי בקר
טלפון: 03-9377011
פקס: 03-9222173

שם משפחה: סביר	תאריך לידה: 29/04/1988
שם פרטי: דריה	ת. זהות (ללא ספרת ביקורת): 33250593
כתובת: עמוס הנביא ראש העין	מין: נקבה
טלפון: 0545616997	גיל: 36

כולל פאזת סריקה עורקית (אנגיוגרפיה) וורידית.

השוואה: אין CT קודם להשוואה.

ממצאים:

חזה

מיצר לב וכלי הדם הגדולים:

לא הודגמה המטומה במייצר או פנאומומדיאסטינום.
הדגמה תקינה של האאורטה החזית וענפיה.
ללא עדות לפגיעה בעורקים הראתיים.
הלב במימדים תקינים. ללא תפליט פריקדיאלי.
הדגמה תקינה של הוושט לכל אורכה.

צוואר תחתון: בלוטת המגן: קשרית היפודנסית באונה שמאלית
בגודל 5 מ"מ (50-601).

פרנכימת הראות:

ללא סימנים של ממצא חבלתי בפרנכימת הריאה.
לא הודגם ממצא מוקדי ראתי.
לא הודגמו שינויים אינטרסטיציאליים.

דרכי אוויר: דרכי האוויר הגדולות פתוחות.

פלאורה: לא הודגם תפליט פלאורלי. אין חזה אוויר.

קשריות לימפה: לא הודגמו קשריות לימפה מוגדלות במיצר, שרירי
הראות, אקסילות וסופראקלויקולרית.

סרעפת: לא הודגמו סימנים המחשידים לפגיעה טראומטית של
הסרעפת.

בטן ואגן

כבד ודרכי מרה:

כבד לא מוגדל, בעל מרקם אחיד. הסננה שומנית פוקלית סמוכה
לליגמנטום פלציפורמי.

ללא הרחבת דרכי המרה חוץ והתוך כבדיות.
הווריד הפורטלי והוורידים ההפטים פתוחים.

כיס מרה: אינו תפוח, ללא אבנים מסויידות.

טחול: בגודל תקין, האדרה הטראוגנית, בלתי ספתיפי.

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

המכתב הופק ע"י דר' ספולניקוב ויטל ב-04/09/2024 13:35

מלרד - אגף ב
מנהל: דר' שיבר שחף מ.ר. 88637
אחות אחראית: נחמי בקר
טלפון: 03-9377011
פקס: 03-9222173

שם משפחה: סביר	תאריך לידה: 29/04/1988
שם פרטי: דריה	ת. זהות (ללא ספרת ביקורת): 33250593
כתובת: עמוס הנביא ראש העין	מין: נקבה
טלפון: 0545616997	גיל: 36

לבלב: בגודל תקין ומרקם הומוגני ללא הרחבת צינור הלב לב הראשי. פריטונאום ורטורפריטונאום: ללא עדות להמופריטונאום או רטרוהמופריטונאום. ללא עדות לאוויר חופשי. מערכת העיכול: פיתולי מעי דק וגס במהלך ורוחב תקינים. אדרנלים: ללא ממצא חריג. כליות: בגודל תקין, אפקט נפרוגרפי תקין. ללא הידרונפרוזיס או הידרואורטרים. שלפוחית השתן במילוי חלקי, לא ניתן לדון על דופניתה. רחם ושחלות: ללא ממצא חריג. אאורטה בטנית: ברוחב תקין. רקמות רכות תת עוריות: בקע טבורי קטן, מכיל שומן ללא סימני כליאה. עצמות שברים בסקפולות/קליקולות/סטרונום: לא זוהו. שברים בצלעות: לא זוהו. שברים בעמוד השדרה: לא זוהו. שברים בעצמות האגן: לא זוהו. סיכום: ללא ממצא חבלתי בחזה/בטן/אגן. יש לפנות לרופא/ה המטפל/ת עם דו"ח הפענוח להמשך בירור וטיפול.		
לא הוקלדה תשובה	04/09/2024	צילום חזה

תוצאות מעבדה

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

המכתב הופק ע"י דר' ספולניקוב ויטל ב-04/09/2024 13:35

מלרד - אגף ב
מנהל: דר' שיבר שחף מ.ר. 88637
אחות אחראית: נחמי בקר
טלפון: 03-9377011
פקס: 03-9222173

שם משפחה: סביר	תאריך לידה: 29/04/1988
שם פרטי: דריר	ת. זהות (ללא ספרת ביקורת): 33250593
כתובת: עמוס הנביא ראש העין	מין: נקבה
טלפון: 0545616997	גיל: 36

* בדיקות	ערכי ייחוס	04/09/24 10:52	04/09/24 10:32	04/09/24 10:30	04/09/24 10:12	04/09/24 10:10
המטולוגיה						
WBC	K/micl 4.500 - 11.000				5.390	
RBC	M/micl 4.10 - 5.10				4.14	
HB	g/dL 12.0 - 16.0				12.9	
HCT	% 36.0 - 46.0				38.8	
PLT	K/micl 150 - 450				274	
MPV	fl 7.1 - 11.1				10.7	
MCV	fl 78.0 - 102.0				93.7	
PDW	fl 8.3 - 25.0				12.7	
MCH	pg 25.0 - 35.0				31.2	
MCHC	g/dL 31.0 - 37.0				33.2	
RDW	% 11.5 - 14.5				12.2	
NEUT%	%				41.60	
NEUT.abs	K/micl 1.8 - 7.7				2.2	
LYM%	%				45.50	
LYMP.abs	K/micl 1.0 - 4.8				2.5	
MONO%	%				9.60	
MONO.abs	K/micl 0.00 - 0.80				0.52	
EOS %	%				2.00	
EOS.abs	K/micl 0.0 - 0.5				0.1	
BASO %	%				1.3	
BASO abs	K/micl 0.0 - 0.2				0.1	
PT-INR		נפסל- נפח אינו מספיק				
PT-SEC		נפסל- נפח אינו מספיק				
PT %		נפסל- נפח אינו מספיק				
FIBRINOGEN CALCU		נפסל- נפח אינו מספיק				
APTT-sec		נפסל- נפח אינו מספיק				
בנק הדם						
matarot				נפסל- חסרה חתימת		

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

13:35 04/09/2024 מכתב הופק ע"י דר' ספולניקוב ויטל ב-04/09/2024

מלרד - אגף ב
מנהל: דר' שיבר שחף מ.ר. 88637
אחות אחראית: נחמי בקר
טלפון: 03-9377011
פקס: 03-9222173

שם משפחה: סביר	תאריך לידה: 29/04/1988
שם פרטי: דריה	ת. זהות (ללא ספרת ביקורת): 33250593
כתובת: עמוס הנביא ראש העין	מין: נקבה
טלפון: 0545616997	גיל: 36

* בדיקות	ערכי ייחוס	04/09/24 10:52	04/09/24 10:32	04/09/24 10:30 רופא	04/09/24 10:12	04/09/24 10:10
ביוכימיה						
pH BLOOD	7.35 - 7.45					7.43
pCO2	mm Hg 35.0 - 45.0					39.0
pO2	mm Hg 80.0 - 100.0					52.0 ↓
O2 SATURATION	% 96.0 - 97.0					83.7 ↓
HCO3	mEq/l 22.0 - 26.0					25.9
STD BASE EXC (SBE)	mmol/l -2.0 - 2.0					1.5
SODIUM- BLOOD	mEq/l 135 - 145		140			
TOTAL HEMOGLOBIN	g/dL 12.0 - 16.0					12.8
Hct- OXIMETRY	34 - 47					35
CALCIUM	mg/dl 8.5 - 10.5		9.7			
CALCIUM IONIZED	mmol/l 1.120 - 1.320					1.140
OXYHEMOGLOBIN-OXIMET	% 94.0 - 98.0					82.3 ↓
URIC ACID	mg/dl 2.6 - 6.0		3.6			
CARBOXYHEMOGLO-OXIME	% 0.5 - 1.5					1.2
METHEMOGLOBIN-OXIMET	% 0.0 - 1.5					0.5
GLUCOSE I	mg/dl 70 - 110					106
LACTATE	mg/dl 2 - 20					18
PHOSPHORUS	mg/dl 2.5 - 5.0		2.5			
PROTEIN-TOTAL	g/dL 6.6 - 8.3		6.9			
ALBUMIN	g/dL 3.5 - 5.2		4.3			
GLOBULIN	g/dL 2.1 - 3.4		2.6			
BILIRUBIN TOTAL	mg/dl 0.30 - 1.20		0.37			
ALK. PHOSPHATASE	U/L 30 - 120		49			
AST (GOT)	U/L 0 - 31		24			
ALT (GPT)	U/L 0 - 34		19			
GGT	U/L 0 - 38		10			
LDH	U/L 135 - 214		204			
LIPEMIC			NORMAL			
ICTERIC			+			
HEMOLYTIC			+			
GLUCOSE	mg/dl 70 - 100		102 ↑			
UREA	mg/dl 17 - 43		15 ↓			
CREATININE	mg/dl 0.51 - 0.95		0.78			
SODIUM	mEq/l 135 - 145					134 ↓
POTASSIUM - BLOOD	mEq/l 3.5 - 5.1		4.0			

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

המכתב הופק ע"י דר' ספוז'ניקוב ויטל ב-04/09/2024 13:35

מלרד - אגף ב
מנהל: דר' שיבר שחף מ.ר. 88637
אחות אחראית: נחמי בקר
טלפון: 03-9377011
פקס: 03-9222173

שם משפחה: סביר	תאריך לידה: 29/04/1988
שם פרטי: דריה	ת. זהות (ללא ספרת ביקורת): 33250593
כתובת: עמוס הנביא ראש העין	מין: נקבה
טלפון: 0545616997	גיל: 36

* בדיקות	ערכי ייחוס	04/09/24 10:52	04/09/24 10:32	04/09/24 10:30	04/09/24 10:12	04/09/24 10:10
POTASSIUM	mEq/l 3.5 - 5.0					5.8 ↑
CHLORIDE	mEq/l 98 - 107					106
ללא שיוך למעבדה						
ANION GAP	4 - 998					8

* תדפיס זה אינו כולל הערות עבור מדבקה או בדיקה

ביצוע תרופות

מינון	צורת מינון	תאריך ושעה	תזמון מהוראה	תרופה	
Drug Dosage: 10 mg+100 ml+100 mg	INJ	04/09/2024 11:15	Once Rate from nurse:0	TRAMA INJ 100 mg+PRAMIN INJ 10 mg+SODIUM CHLORIDE 0.9% INF 100 ml	IntraVenous

תרופות מומלצות

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓				1 שבועות	ביום 1 X 3	500 mg	Oral	OPTALGIN (DIPYRONE)
✓				1 שבועות	ביום 1 X 3	1 tab	Oral	ZALDIAR 37.5mg/325mg (PARACETAMOL, TRAMADOL HYDROCHLORIDE)

מהלך ודיון

נרשם ע"י: דר' ספוז'ניקוב ויטל מ.ר. 182897, מלרד - אגף ב

תאריך עדכון: 11:59 04/09/2024

דיווח / דיון:

בוצע:

ט.מ. CT ראש / צוואר במסגרת TOTAL BODY בתאריך 04/09/2024 10:13 מ.ג.: 1205005695588 מבצע: אבירם ויזל;
ט.מ. CT ראש / צוואר במסגרת TOTAL BODY ;

טכניקה: בוצעו סריקות של ראש וצוואר בגובה C1-T1 ללא הזרקת חומר ניגוד.

בדיקות קודמות להשוואה:

ממצאים:

ללא עדות לדימום תוך גולגולתי חריף, סטיית קו אמצע או אפקט מסה.
פרנכימת המוח שמורה.

חדרי המוח, חריצים וציסטות תקינים ותואמים לגיל הנבדק.

עיוני רירית בסינוסים מקסילריים דו צדדי. אטימות בסינוס פרונטלי ובתאים אתמואידלים משמאל מלווים בעיוני הדפנות הגרמיים -
מתאימים לסינוסיטיס כרוני.

שברים טריים בעצמות האף (לאחר rhinoplasty) מלווה בתפיחות ברקמות הרכות הצמודות.

עמדת הדנס תקינה.

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

המכתב הופק ע"י דר' ספוז'ניקוב ויטל ב-04/09/2024 13:35

מלרד - אגף ב
מנהל: דר' שיבר שחף מ.ר. 88637
אחות אחראית: נחמי בקר
טלפון: 03-9377011
פקס: 03-9222173

שם משפחה: סביר	תאריך לידה: 29/04/1988
שם פרטי: דריה	ת. זהות (ללא ספרת ביקורת): 33250593
כתובת: עמוס הנביא ראש העין	מין: נקבה
טלפון: 0545616997	גיל: 36

מנח החוליות תקין.
ללא שבר, תמט או פריקה.
ללא תפיחות רקמה רכה פרה- ורטברלית.

קשרית היפודנסית קטנה באונה שמאלית של בלוטת המגן.

סיכום:
ללא דימום חריף.
שברים טריים בעצמות האף (לאחר rhinoplasty)
ללא שבר, תמט או פריקה בעמוד שדרה צווארי.

יש לפנות לרופא/ה המטפל/ת עם דו"ח הפענוח להמשך בירור וטיפול.

נרשם ע"י: דר' ספוז'ניקוב ויטל מ.ר. 182897, מלרד - אגף ב

תאריך עדכון: 12:00 04/09/2024

דיווח / דיון:

סיבת ההפניה:
רוכבת אופנוע- תאונה עצמית, שמורה נירולוגית, יציבה.

בוצע:

ט.מ. CT חזה / בטן / אגן במסגרת TOTAL BODY בתאריך 10:13 04/09/2024 מ.ג. 1205005695587 מבצע: אבירם
ויזל; וזל; וזל; וזל; וזל;
ט.מ. CTA אגניו חזה במסגרת TOTAL BODY; ט.מ. CTA אגניו בטן במסגרת TOTAL BODY;

טכניקה:

בוצעה סריקה מגובה פסגות הריאות ועד האיסיכיום באגן לאחר הזרקת 90 מ"ל של חומר ניגוד לווריד.
כולל פאזת סריקה עורקית (אנגיוגרפיה) וורידית.

השוואה: אין CT קודם להשוואה.

ממצאים:

חזה

מיצר לב וכלי הדם הגדולים:
לא הודגמה המטומה במייצר או פנאומומדיאסטינום.
הדגמה תקינה של האאורטה החזית וענפיה.
ללא עדות לפגיעה בעורקים הראתיים.
הלב במימדים תקינים. ללא תפליט פריקורדיאלי.
הדגמה תקינה של הוושט לכל אורכה.

צוואר תחתון: בלוטת המגן: קשרית היפודנסית באונה שמאלית בגודל 5 מ"מ (50-601).

פרנכימת הראות:
ללא סימנים של ממצא חבלתי בפרנכימת הריאה.
לא הודגם ממצא מוקדי ראיתי.
לא הודגמו שינויים אינטרסטיציאליים.

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

המכתב הופק ע"י דר' ספוז'ניקוב ויטל ב-04/09/2024 13:35

מלרד - אגף ב
מנהל: דר' שיבר שחף מ.ר. 88637
אחות אחראית: נחמי בקר
טלפון: 03-9377011
פקס: 03-9222173

שם משפחה: סביר	תאריך לידה: 29/04/1988
שם פרטי: דריה	ת. זהות (ללא ספרת ביקורת): 33250593
כתובת: עמוס הנביא ראש העין	מין: נקבה
טלפון: 0545616997	גיל: 36

דרכי אוויר: דרכי האוויר הגדולות פתוחות.

פלאורה: לא הודגם תפליט פלאורלי. אין חזה אוויר.

קשריות לימפה: לא הודגמו קשריות לימפה מוגדלות במיצר, שערי הראות, אקסיליות וסופראקלויקולרית.

סרעפת: לא הודגמו סימנים המחשידים לפגיעה טראומטית של הסרעפת.

בטן ואגן

כבד ודרכי מרה:

כבד לא מוגדל, בעל מרקם אחיד. הסננה שומנית פוקלית סמוכה לליגמנטום פלציפורמי.
ללא הרחבת דרכי המרה חוץ והתוך כבדיות.
הווריד הפורטלי והוורידים ההפטים פתוחים.

כיס מרה: אינו תפוח, ללא אבנים מסויידות.

טחול: בגודל תקין, האדרה הטראוגנית, בלתי ספתיפי.

לבלב: בגודל תקין ומרקם הומוגני ללא הרחבת צינור הלב לב הראשי.

פריטונאום ורטורופריטונאום: ללא עדות להמופריטונאום או רטורומופריטונאום. ללא עדות לאוויר חופשי.

מערכת העיכול: פיתולי מעי דק וגס במהלך ורוחב תקינים.

אדרנלים: ללא ממצא חריג.

כליות: בגודל תקין, אפקט נפרוגרפי תקין.
ללא הידרונפרוזיס או הידרואורטרים.

שלפוחית השתן במילוי חלקי, לא ניתן לדון על דופנותיה.

רחם ושחלות: ללא ממצא חריג.

אאורטה בטנית: ברוחב תקין.

רקמות רכות תת עוריות: בקע טבורי קטן, מכיל שומן ללא סימני כליאה.

עצמות

שברים בסקפולות/קלביקולות/סטרונום: לא זוהו.

שברים בצלעות: לא זוהו.

שברים בעמוד השדרה: לא זוהו.

שברים בעצמות האגן: לא זוהו.

סיכום:

ללא ממצא חבלתי בחזה/בטן/אגן.

יש לפנות לרופא/ה המטפל/ת עם דו"ח הפענוח להמשך בירור וטיפול.

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

המכתב הופק ע"י דר' ספולניקוב ויטל ב-04/09/2024 13:35

מלרד - אגף ב
מנהל: דר' שיבר שחף מ.ר. 88637
אחות אחראית: נחמי בקר
טלפון: 03-9377011
פקס: 03-9222173

שם משפחה: סביר	תאריך לידה: 29/04/1988
שם פרטי: דריה	ת. זהות (ללא ספרת ביקורת): 33250593
כתובת: עמוס הנביא ראש העין	מין: נקבה
טלפון: 0545616997	גיל: 36

תאריך עדכון: 04/09/2024 12:05

דיווח / דיון: שוחחתי עם המטופלת, מרגישה קצת יותר טוב עם שיכוח כאבים. לאחר מעבר על הסיטי ראש וצוואר - ללא עדות לשברים או ממצאים אחרים, עשיתי גם קלירנס צווארי במקום, והורדתי צווארון.

תישאר לנוח בנתיים
ותמתין לבדיקת אורתופד

נרשם ע"י: דר' סילפן מאי מ.ר. 180138, מלרד - אגף ב

תאריך עדכון: 04/09/2024 12:27

נושא: אורתופדיה

דיווח / דיון: אורתופדיה - סקר ראשוני לאחר ת.ד כרוכת אופנוע, GCS 15 יש לציין כי נפתח חדר הלם ללא קריאה של אורתופד לפני ובזמן חדר הלם. לא נצפו שיחות שלא נענו בVPN אורתופדיה.

כעת מלינה על כאבי ראש, ללא כאבים גפיים ועמ"ש לדבריה

בבדיקתה- מתהלכת בתבנית תקינה, נושאת משקל באופן מלא.
עמ"ש צ- ללא רגישות קו אמצע, רגישות פארורטברלית, טווחים מלאים בכל המישורים.
ידיים - כוח גס שמור 5/5 דו"צ בתחנות DEL TC BC, מכופפי ומיישרי שכ"י ואצבעות, אינטראס"י.
ללא רגישות עמ"ש טורקלי ומותני
רגליים - כוח גס שמור 5/5 דו"צ בתחנות IP QC TA EHL FHL GC PER
תחושה שמורה במורד גפיים עליונות ותחתונות, ללא חסר וסקולרי.

יש לציין כי לאחר הפגיעות מסוג זה הכאב בצוואר מתגבר למשך מספר ימים הבאים ופוחת לאחר מכן.

משוחררת אורתופדית - המלצות בשחרור:
#המשך מעקב רופא מטפל וטיפול תרופתי קבוע.
#נגד כאבים לפי הצורך.
#חימום ועיסוי מקומי.
#פיזיותרפיה- הפעלה מלאה.
#ביקורת אורתופד/ית בקהילה בעוד שבוע במקרה ולא חל שיפור בכאבים.
#בכל החמרה לרבות אובדן שליטה על סוגרים, חולשת יד או רגל או כל החמרה אחרת - לבדיקה רפואית.

נרשם ע"י: דר' שינה יעל אגנס מ.ר. 28682, מלרד - אגף ב

תאריך עדכון: 04/09/2024 12:39

דיווח / דיון: בת 36, בראיה.
הייתה מעורבת בתאונת דרכים עם אופנוע עם קסדה.
התקבלה למיון עקב כאבים בצוואר גב. ובגפיים.
בוצע CT כל גופי- ללא עידות לשברים או לחבלה אחרת בגוף.
טופלה במשחררי כאבים תוך ורידי.
שיפור במצבה.
לכן משתחררת לביתו עם המלצאות הבאות

המלצות

- המלצה: 1. המשך מעקב רופא מטפל
- המשך מעקב אורתופדי לפי הצורך
- המשך טיפול אנלגטי לפי הצורך: ZALDIAR + OPTALGIN

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

המכתב הופק ע"י דר' ספוז'ניקוב ויטל ב-04/09/2024 13:35

מלרד - אגף ב
מנהל: דר' שיבר שחף מ.ר. 88637
אחות אחראית: נחמי בקר
טלפון: 03-9377011
פקס: 03-9222173

שם משפחה: סביר	תאריך לידה: 29/04/1988
שם פרטי: דריה	ת. זהות (ללא ספרת ביקורת): 33250593
כתובת: עמוס הנביא ראש העין	מין: נקבה
טלפון: 0545616997	גיל: 36

4. חופשת מחלה 7 ימים
5. במקרה של החמרת מצב יש לפנות למיון או לרופא מטפל
חימום ועיסוי מקומי.
פיזיותרפיה - הפעלה מלאה.
ביקורת אורתופד/ית בקהילה בעוד שבוע במקרה ולא חל שיפור בכאבים.
בכל החמרה לרבות אובדן שליטה על סוגרים, חולשת יד או רגל או כל החמרה אחרת – לבדיקה רפואית.

תרופות מומלצות להמשך טיפול

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓				1 שבועות	ביום 1 X 3	500 mg	Oral	OPTALGIN (DIPYRONE)
✓				1 שבועות	ביום 1 X 3	1 tab	Oral	ZALDIAR 37.5mg/325mg (PARACETAMOL, TRAMADOL HYDROCHLORIDE)

סטטוס מטופל בשחרור

בת 36, בראיה. התקבלה לאחר ת. דרכים עם עופנוע, ללא חבלת ראש.
בוצע CT כל גופי כמקובל: ללא עידות לשברים, ללא עידות לחבלה אחרת.
לכן משתחררת במצב כללי יציב וטוב.

שחרור חולה מהמיון

שחרור חולה

אחות מרכזת טיפול

אחות: שפירא קרן מ.ר. 183383

רופא אחראי

רופא: דר' שינה יעל אגנס מ.ר. 28682
רופא: דר' עתאמנה עומר מ.ר. 170642

נחתם ע"י: דר' ספוז'ניקוב ויטל מ.ר. 182897

חתימה:

כל ביקור במלר"ד כרוך בתשלום הפניה לטופס התחייבות מקופת החולים

הגנת מידע למכתב

המכתב הודפס על ידי דר' ספוז'ניקוב ויטל ב-04/09/2024 13:35
חסי אישי

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות.

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

המכתב הופק ע"י דר' ספודניקוב ויטל ב-04/09/2024 13:35

מלרד - אגף ב
מנהל: דר' שיבר שחף מ.ר. 88637
אחות אחראית: נחמי בקר
טלפון: 03-9377011
פקס: 03-9222173

שם משפחה: סביר	תאריך לידה: 29/04/1988
שם פרטי: דריה	ת. זהות (ללא ספרת ביקורת): 33250593
כתובת: עמוס הנביא ראש העין	מין: נקבה
טלפון: 0545616997	גיל: 36

מסמכים נלווים



מספר רשיון 37437
טלפון 03-6385777
פקס 03-6385778
מחוז דן-פ"ת

שם הרופא ד"ר טטיאנה צוקרמן
תחום רפואת משפחה
כתובת ניסים אלוני 2 ראש העין
מרפאה מרפאת אלון

תאריך: 17/09/2024

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

פרטי המטופל:	סביר דריה	מס זהות: 00332505932	גיל: 36.04	מין: נ
שם משפחה ופרטי:	שם: 29/04/1988	ישוב: ראש העין	רחוב: עמוס הנביא	
ת.לידה:	מס בית: 6	טלפון: 54-5616997	טלפון נוסף: 54-5616997	

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה
תאריך תאונה: 04/09/2024
שעת תאונה: 09:30

אבחנות

קוד	אבחנה	איפיון
A80	ACCIDENT/INJURY; NOS	
8590	HEAD TRAUMA	
9245	CONTUSION LOWER LIMB MULTIPLE	
7242	LOW BACK PAIN	
7804	DIZZINESS	

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל:

⦿ אינו/ה מסוגלת/ל לעסוק בעבודתו/ה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 04/09/2024 עד יום 30/09/2024 (בכלל) סה"כ 27 ימים
17/09/2024 17/09/2024

תאריך מתן התעודה
מרפאת אלון

ת. הבדיקה

ד"ר טטיאנה צוקרמן **נחתם דיגיטלית**

חותמת המרפאה

חותמת המרפאה

הזכות לגמלה נקבעת על - ידי המוסד לביטוח הלאומי ואין התעודה מקנה זכות זו

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד



מספר רשיון 145998

ד"ר אודי גרימברג

שם הרופא

אורתופדיה

תחום

זוהרה אלפסיה 1, ראש העין

כתובת

מרפאת אלון יועצת

מרפאה

דן-פ"ת

מחוז

תאריך: 17/09/2024

סיכום ביקור

פרטי המטופל:		סבדר דריה		מס זהות: 00332505932		גיל: 36.04		מין: נ	
שם משפחה ופרטי:		ישוב: ראש העין		רחוב: עמוס הנביא		מס: 54-5616997		טלפון: 54-5616997	
ת.לידה: 29/04/1988		טלפון: 54-5616997		מס: 54-5616997		מס: 54-5616997		מס: 54-5616997	
מס: 6		מס: 54-5616997		מס: 54-5616997		מס: 54-5616997		מס: 54-5616997	

שלום רב,

17/09/2024

תאריך הביקור:

0 ביקור רגיל

סוג ביקור:

רגיל

מהות הביקור:

תלונות/סיבת הפניה: בת 36, לדבריה בריאה.

ב-04/09/24 הייתה מעורבת בתאונת אופנוע במהלך עבודה. פונתה לבילינסון והושלם CT כלל גופי ללא עדות לשברים כעת מתלוננת על כאבי גב עם הקרנה לרגל ימין וקושי בישיבה ממושכת.

בבדיקתה:
הליכה עם צליעה אנטלגית על רגל ימין.
גב ללא סימני חבלה או דפורמציה גסה, ללא רגישות על פני קו אמצע או פארא-ורטברלית.
SLR שלילי דו"צ.
ללא חסר NV בבדיקה.

קוד	איפיון	אבחנה
E811		MOTOR VEHICLE ACCIDENT

סיכום והמלצות: מנוחה.

נוגדי כאב לפי הצורך.
פיזיותרפיה.
מעקב רופא מטפל.

בברכה,

נחתם דיגיטלית

145998

ד"ר אודי גרימברג

חתימה וחותמת הרופא

מס' רשיון

שם הרופא



מספר רשיון 29501
טלפון 03-5556555
פקס 03-5556560
מחוז ת"א

שם הרופא ד"ר טטיאנה פרוחורוב
תחום נירולוגיה
כתובת הרב ניסנבאום, 33
מרפאה בתימון - מרכז מקצועי - בת ים

תאריך: 25/09/2024

סיכום יעוץ

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	סביר דריה	מס זהות:	00332505932	גיל:	36.05	מין:	נ
ת.לידה:	29/04/1988	ישוב:	ראש העין	רחוב:	עמוס הנביא	טלפון נוסף:	54 - 5616997	
מס בית:	6	טלפון:	54 - 5616997					

תאריך תאונה: 04/09/2024

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

לכבוד: ד"ר צוקרמן טטיאנה

תלונות: סיבת ביקור היתה מעורבת לת"ד תעונות אופנוע עם חבלת ראש וגב תחתון לא זוכרת פרטים
ניבדקה במיון ב"ח בלינסון - בוצע CT מוח + CT צוואר - ללא ממצא חריג מתלוננת על סחרחורת בזמן שינוי תנוחה, לדבריה יש בעיה במיקוד בראיה הסחרחורת יורת בזמן שינוי תנוחה מחלות עבר בריאה בדרך כלל, לא מקבלת טיפול תרופתי קבוע רגישות לא עישון לא דימננות ימנית מקצוע מניקור, פדיקור נידבקה ע"ד רופא אורטופד, מומלץ טיפולים פיזיותרפיים ROKASET BREXIN

ממצאים: עצבים קראניאלים תקינים אין NY

רגישות במישוש בצוואר
HALL PIKE חיובי לצד שמאל
כוח גס שמור בארבע גפיים
טונוס בגפיים תקין
החזירים הופקו ערים שווים ללא סימנים פטולוגיים
הליכה תקינה
אין הפרעות תחושה או סימנים צרבלריים

אבחנות

מועד גילוי	איפיון	אבחנה
		INJURY TRAUMATIC
		HEAD TRAUMA
		VERTIGO
		LOW BACK PAIN

תוכנית אבחנתית

הפניות	פרטי ההפניה	קוד	סטטוס
הפניה לפיזיותרפיה	80074-פיזיותרפיה לשיקום וס	H9	הודפס
טופס הפניה כללי	70022-בדיקה רפואית - א.א.ג	H4	הודפס

תרופות בביקור

P	M	עד	ח	ק	נ	OP	סה"כ	משך	D	פ	יחידה	הגשה	מנה	תרופה
1	PD		0	ר	N	יחידה	60	30	D	2	טבליות	TAB	1	STUNARONE 25MG TAB 25MG
1	PD		0	ר	N	יחידה	1	1	D	1	מריחה	OIN	1	TRAUMEEL S OIN 50GM CF

פעולות ביעוץ

פעולות	קוד	כמות	בוצע בתאריך
152 פתיחת תיק	152	1	25/09/2024

סיכום והמלצות: סחרחורת לאחר ת"ד, לפי בדיקה רושם יותר ממקור פריפרי

יעוץ רופא א.א.ג
טיפול וסטיבורליים
STUNARON 25X2
TRAUMEEL
מעקב לפי הצורך

בברכה,



מספר רשיון 29501
טלפון 03-5556555
פקס 03-5556560
מחוז ת"א

שם הרופא ד"ר טטיאנה פרוחורוב
תחום נירולוגיה
כתובת הרב ניסנבאום, 33
מרפאה בתימון - מרכז מקצועי - בת ים

תאריך: 25/09/2024

הפניה לפיזיותרפיה (כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	סבדר דריה
ת.לדה:	29/04/1988	ישוב:
מס בית:	6	טלפון:
מס זהות:	00332505932	ראש העין
רחוב:	עמס הנביא	54-5616997
טלפון מסף:	54-5616997	

תאריך תאונה 04/09/2024

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה: 33063210573

רשיון רופא

גורם שולח
3063

מספר הפניה
033063210573

תז נבדק
0332505932

029501

לכבוד: טיפולים וסטיבולריים
SUSP BPPV

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	פיזיותרפיה לשיקום וסטיבולרי	תאריך רפואי	שירות רפואי
80074	97140			800742

אבחנה משוערת

VERTIGO

תלונות / סיבת הפניה סיבת ביקור היתה מעורבת לת"ד

תעונת אופנוע עם חבלת ראש וגב תחתון
לא זוכרת פרטים

ניבדקה במיון ב"ח בלינסון - בוצע CT מוח + CT צוואר - ללא ממצא חריג
מתלוננת על סחרחורת בזמן שינוי תנוחה, לדבריה יש בעיה במיקוד בראיה
הסחרחורת יורדת בזמן שינוי תנוחה

מחלות עבר בריאה בדרך כלל, לא מקבלת טיפול תרופתי קבוע
רגישות לא עישון לא

דימננטיות ימנית

מקצוע מניקור, פדיקור

ניבדקה ע"ד רופא אורטופד, מומלץ טיפולים פיזיותרפיים ROKASET
BREXIN

עצבים קראניאלים תקינים אין NY

רגישות במישוש בצוואר

HALL PIKE חיובי לצד שמאל

כוח גס שמור בארבע גפיים

טונוס בגפיים תקין

החזירים הופקו ערים שווים ללא סימנים פטולוגיים

הליכה תקינה

אין הפרעות תחושה או סימנים צרבלריים

ד"ר טטיאנה פרוחורוב

29501

מספר רשיון

שם הרופא

ד"ר טטיאנה פרוחורוב
מרכז מקצועי - בת ים
חתימת הרופא

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

7 ה.ה.ר.

הפניה לפיזיותרפיה

סבדר דריה

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 1

25/09/2024

הודפס ע"י ד"ר טטיאנה פרוחורוב

00332505932



מספר רשיון 29501
טלפון 03-5556555
פקס 03-5556560
מחוז ת"א

100P

ד"ר טטיאנה פרזחורוב
נירולוגיה
הרב ניסנבאום, 33
בתימון - מרכז מקצועי - בת ים

שם הרופא
תחום
כתובת
מזכיר

הפניה כללית

12:03 תאריך: 25/09/2024

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	סביר דריה	מס זהות: 00332505932	גיל: 36.05	מין: נ
תלידה: 29/04/1988	ישו: ראש העין	טלפון: 54-5616997	רחוב: עמוס הנביא	טלפון נוסף: 54-5616997	
מס בית: 6	סוג תאונה: 2 תאונת עבודה	מספר הפניה ישירה: 33063210578	תאריך תאונה: 04/09/2024		

גורם שולח



3063

מספר הפניה



033063210578

תז נבדק



0332505932

מספר רשיון



029501

לכבוד: יעוץ רופא א.א.ג.
סחרחורת לאחר תעונת דרכים
לבדיקת

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70022	L9254	בדיקה רפואית - א.א.ג.	שירות רפואי
			70022

אבחנה משוערת:

קוד	איפיון	אבחנה
9599		INJURY TRAUMATIC
8590		HEAD TRAUMA
7804		VERTIGO
7242		LOW BACK PAIN

תלונות: סיבת ביקור היתה מעורבת לת"ד

תעונת אופנוע עם חבלת ראש וגב תחתון

לא זוכרת פרטים

ניבדקה במיון ב"ח בלינסון - בוצע CT מוח + CT צוואר - ללא ממצא חריג

מתלוננת על סחרחורת בזמן שינוי תנוחה, לדבריה יש בעיה במיקוד בראיה

הסחרחורת יורדת בזמן שינוי תנוחה

מחלות עבר בריאה בדרך כלל, לא מקבלת טיפול תרופתי קבוע

רגישות לא

עישון לא

דימננטיות ימנית

מקצוע מניקור, פדיקור

ניבדקה ע"ד רופא אורטופד, מומלץ טיפולים פיזיותרפיים ROKASET

BREXIN

ממצאים בבדיקה: עצבים קראניאלים תקינים אין NY

רגישות במישוש בצוואר

HALL PIKE חיובי לצד שמאל

כוח גס שמור בארבע גפיים

טונוס בגפיים תקין

החזירים הופקו ערים שווים ללא סימנים פטולוגיים

הליכה תקינה

אין הפרעות תחושה או סימנים צרברליים

ד"ר טטיאנה פרוחורוב

29501

נחתם דיגיטלית

שם הרופא

מספר רשיון

חתימה וחוממת הרופא

מספר רשיון
ד"ר טטיאנה פרוחורוב
מספר רשיון
ד"ר טטיאנה פרוחורוב

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.
פניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימות ביה"ח
מפורסמת באתר הכללית

הפניה כללית.

סבידור דריה

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 2

25/09/2024

הודפס ע"י ד"ר טטיאנה פרוחורוב

00332505932

שרותי כריאות כללית

אישור 05106478

12:26 25/09/24 ב"ח"ק בת ימור/ח"א יפר

03-5556555

ליטובאום 33 בת ים

70823-0444:נ"פ

מס"ד 589906114

404093

רוקח:חלימניו ליונוב

מקור

26.00%

55.43

1 TRAUMEEL S 50

26.46

75*STUNARDONE 25MG TA

81.83

סה"כ אנדור דדיה 33250593

26.46

* נד"כ לחקרה:

ט"כום ל-2 פריטים

סה"כ לפני הנחה: 101.33

הנחה: -19.47

סה"כ אחרי הנחה: 81.83

לחשולם 81.83

חשבונו בבנק יחוייב בסך: 81.83

כללית

מס' זהות: 00332505932

שירותי בריאות כללית

מרשם

סביר דריה

ביקור עקב תאונת עבודה



013063137961

גיל: 36.05 מין: ג

מס' מרשם

000055555

מריחה 1 x 1 ביום

תוקף מרשם: 25/12/2024 - 25/09/2024

TRAUMEEL S OIN 50GM CF

למשך 1 ימים סה"כ 1 יח

מס' רישיון

מס' רישיון



029501

טלפון: 03-5556555

כתובת: הרב ניסנבאום, 33

חתימה וחתימת הרופא:

****נחתם דיגיטלית****

שם הרופא ד"ר טטיאנה פרוחורוב

תחום: נירולוגיה

בידיעתי, 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 הדפסה: 25/09/2024

כללית

מס' זהות: 00332505932



013063137960

מס' מרשם

שירותי בריאות כללית

מרשם

סבידר דריה

ביקור עקב תאונת עבודה

גיל: 36.05 מין: ג

112112707

STUNARONE 25MG TAB 25MG

למשך 30 ימים סה"כ 60 יח

טבליות 1 x 2 ביום

תוקף מרשם: 25/12/2024 - 25/09/2024

1 x 2

מורש

מס' רישיון



029501

טלפון: 03-5556555

שם הרופא ד"ר טטיאנה פרוחורוב

כתובת: הרב ניסנבאום, 33

תחום: נירולוגיה

נחתם דיגיטלית

חתימה וחותמת הרופא:

בידיעתי, 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



מספר רשיון 25991
טלפון 03-7381100
פקס 03-7381101
מחוז דן-פ"ת

שם הרופא ד"ר פרידה גוסב
תחום א.א.ג.
כתובת שלמה המלך, 37
מרפאה קניון קריית אונו - רפואה יועצת

תאריך: 27/10/2024

סכום ביקור

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	סביר דריה	מס זהות:	00332505932	גיל:	36.06	מין:	נ
ת.לידה:	29/04/1988	ישוב:	ראש העין	רחוב:	עמוס הנביא	טלפון נוסף:	54-5616997	
מס בית:	6	טלפון:	54-5616997					

תאריך תאונה: 04/09/2024

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

שלום רב,

תאריך הביקור: 27/10/2024

סוג ביקור: 2 תאונת עבודה

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: לאחר תאונה תלונות על סחרחורת
ניבדקה במיון, בוצע CT ראש וצוואר ללא ממצאים חריגים

בדיקה גופנית: אוטוסקופיה תקינה
HOL PIKE שלילי ללא מקור פריפרי לסחרחורת
ניקוי צרומן
ללא ניסוגמוס ספונטני
אף רירית תקינה, ללא הפרעה בנשימה אפית

אבחנה בביקור

קוד	אפיין	אבחנה
7804		DIZZINESS
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS

מופנה לביצוע

הפניות	פרטי ההפניה	קוד	סטטוס
הפניה לבדיקת שמיעה/שיקום דיבור	75007-בדיקת שמיעה מקיפה	H119	הודפס

פעולות

פעולות	קוד	כמות
702 טסט וסטיבולרי T CALORIC TEST/HOLPIKE	702	1

ברכה,

נחתם דיגיטלית

25991

ד"ר פרידה גוסב

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

06/11/2024 תאריך

סיכום טיפול

פרטי המטופל				סבידת דריה	
שם משפחה ושם פרטי	00-33250593-2	מס זהות	גיל	נ	ולדימיר
ראש העין	עמוס הנביא	רחוב	6 /	טלפון	54 5616997
ישב	מס בית	מס זהות	גיל	מין	ת.ל.ידה
ישוב	מס בית	מס זהות	גיל	מין	ת.ל.ידה

מס' הפניה במכון הפיזיותרפיה: 240522282 מספר זיהוי הפניה: 35983043519

תאריך הפניה: 17/09/2024

סוג הביקורים לסדרה: 2 תאונת עבודה

לכבוד הרופא המטפל/מקצועי: ד"ר טטיאנה צוקרמן

רשיון רופא: 37437

מרפאה: מרפאת אלון

מקצוע: רופא כללי

אבחנה בהפניה:

אבחנה	איפיון	קוד	צד
WHIPLASH INJURY	acute	8470	דו צדדי

אבחנה לטיפול:

אבחנה	קוד	צד
WHIPLASH INJURY	8470	ימין

תאריך תחילת טיפול: 29/10/2024

מס' ביקורים בפועל: 2 פרטני: 2

מס' אי הופעות לטיפול: 0

רשימת כל הטיפולים:

טיפול	כמות
אבחון ראשון- בדיקה של פיזיותרפיסט	1
הדרכה לתרגול בבית	2
הדרכה וייעוץ (לאורח חיים בריא)	1
חבישה/taping/קינזיותרפיה	2
תרגילי חיזוק	2
טיפול עם מכשיר זרמים	1
טיפול ברקמה רכה	1

כאבים:

איבר	צד	דרוג בעת פתיחת הסידרה	דרוג בעת סגירת הסידרה
גב תחתון	דו צדדי	6	

הערכת מטפל: 3-ללא שינוי

הערות: מדווחת שהטייפנג עוזר לה .
עדיין ללא שינוי במצב

המטופל ביקר במכון בתאריכים: 06/11/2024
29/10/2024

פריזה צרצור

שם מטפל

176350

מספר רשיון

חתימה וחותמת

תאריך: 13/11/2024

סיכום ביקור

פרטי המטופל:				שם משפחה ופרטי:			
ג	מין:	36.06	גיל:	00332505932	מס זהות:	סביר דריה	רחוב:
				עמוס הנביא	רחוב:	ראש העין	ישוב:
				54- 5616997	טלפון נוסף:	54- 5616997	טלפון:
							ת.לידה:
							29/04/1988
							מס בית:
							6

04/09/2024 תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

שלום רב,

תאריך הביקור: 13/11/2024

סוג ביקור: 2 תאונת עבודה

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: 25/09/2024

סיבת ביקור היתה מעורבת לת"ד
תעונות אופנוע עם חבלת ראש וגב תחתון
לא זוכרת פרטים
ניבדקה במיון ב"ח בלינסון - בוצע CT מוח + CT צוואר - ללא ממצא חריג
מתלוננת על סחרחורת בזמן שינוי תנוחה, לדבריה יש בעיה במיקוד בראיה
הסחרחורת יורת בזמן שינוי תנוחה
מחלות עבר בריאה בדרך כלל, לא מקבלת טיפול תרופתי קבוע
רגישות לא
עישון לא
דימננטיות ימנית
מקצוע מניקור, פדיקור
ניבדקה ע"ד רופא אורטופד, מומלץ טיפולים פיזיותרפיים ROKASET
BREXIN
13/11/2024
ממשיכה להתלונן על סחרחורת בקימה או בשינוי תנוחה של הראש
מציינת על סחרחורת בקימה עם חושך מול עיניים
ידוע על ללץ דם בסיסי 90/60

בדיקה גופנית:

25/09/2024
עצבים קראניאלים תקינים אין NY
רגישות במישוש בצוואר
HALL PIKE חיובי לצד שמאל
כוח גס שמור בארבע גפיים
טונוס בגפיים תקין
החזירים הופקו ערים שווים ללא סימנים פטולוגיים
הליכה תקינה
אין הפרעות תחושה או סימנים צרברליים
13/11/2024
בהכרה מלאה, התמצאות תקינה, עצבי גולגולת תקינים
ללא ניד, תנועות עינים בטווח מלא
הול-פייק טסט שלילי
כח גס שמור בארבע גפיים, החזרים שווים, מענה פלנטרי F דו"צ
ללא הפרעה בתחושה, יציב בעמידה והליכה
יציבה במבחון רומברג
הליכה עם בסיס צר

קוד	איפיון	אבחנה
9599		INJURY TRAUMATIC
8590		HEAD TRAUMA
7804		VERTIGO
7242		LOW BACK PAIN

דיון/תוכנית טיפולית: ההפניות שהופקו ב 25/09/2024

הפניה לפיזיותרפיה - 80074-פיזיותרפיה לשיקום וס , טופס הפניה כללי - 70022-
בדיקה רפואית - א.א.ג.
13/11/2024:
בדיקה נורולוגית תקינה, ללא סימנים צרברלים או פירמידלים
כעת ללא סימנים של וורטיגו פריפרי
סביר להניח שמדובר בסחרחרות ממקור אורטוסטטי וגם פריפי
זקוקה לשתייה מרובה, אוכל עם מלח
פעילות גופנית לחיזוק שרירי רגליים
VNG לשקול

קו	פרטי ההפניה	הפניות
8	לבדוק אורטוסטטיזם	טופס הפניה כללי - נוסח חופשי

סיכום והמלצות: מעקב חוזר לפי צורך

בברכה,

נחתם דיגיטלית**	33481	ליודמילה שופין ד"ר
חתימה וחותמת הרופא	מס' רשיון	שם הרופא



מספר רשיון 148498
טלפון 09-9620700
פקס 09-9620730
מחוז שו"ש

ד"ר פבל אייזנשטט
עיניים
רמב"ם, 1 הרצליה
מרכז מומחים לרפואה יועצת - הרצליה

שם הרופא
תחום
כתובת
מרפאה

תאריך: 20/11/2024

סיכום ביקור

פרטי המטופל:	סביר דריה	מס זהות: 00332505932	גיל: 36.07	מין: נ
שם משפחה ופרטי:	שם: ישוב: ראש העין	רחוב: עמוס הנביא	טלפון: 54-5616997	מס בית: 6
ת.לידה: 29/04/1988	טלפון: 54-5616997	מס בית: 6	מס זהות: 00332505932	גיל: 36.07

שלום רב,

תאריך הביקור: 20/11/2024 סוג ביקור: 0 ביקור רגיל

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הביקור: לפני 3 חודשים חבלת ראש, כשקמה, מתארת סחרחורת. כמו כן אי נוחות בעבודה מול מסך וראיית הילות.

בדיקה מפורטת

ימין

שמאל

חדות ראייה

נבדק ע"י	חדות	נבדק ע"י	חדות	נבדק ע"י	חדות
ד"ר פבל אייזנשטט	7.5-	6/	ד"ר פבל אייזנשטט	7.5-	6/

תקנים

עפעפיים

תקנים

שקטה

לחמית

שקטה

שקופה
סימני יובש

קרנית

שקופה
סימני יובש

עמוקה ושקטה

לשכה קדמית

עמוקה ושקטה

Applanation 14 mm-Hg

Applanation 13 mm-Hg

שלמה

קשתית

שלמה

עגול

אישון

עגול

זכה

עדשה

זכה

צמודה, דיסקה בגבולות ברורים

רשתית

צמודה, דיסקה בגבולות ברורים

ממצאים ותוכנית אבחנתית

ממצאים: בדיקה נירואופטלמולוגית: תנועות עיניים מלאות לכל המבטים, ללא RAPD, אישונים שווים ומגבים, קונפרונטציה תקינה, אישיהארה 12/12

אבחנה:

קוד	אפיין	אבחנה
3751		DRY EYE SYNDROME

דיון/תוכנית טיפולית: בדיקה תקינה כולל הערכה נירואופטלמולוגית. מומלץ תחליפי דמעות והתאמת משקפיים לנהיגה בלילה (משתפרת תחת 0.75 ל6/6) המשך בירור רופא מטפל ונירולוג אודות סחרחורות. בכל מקרה של החמרה לפנות לבדיקה

פעולות:

פעולות	קוד	כמות
515 בדיקת נירואופטלמוגית	515	1

בברכה,

ד"ר פבל אייזנשטט	148498	**נחתם דיגיטלית**
שם הרופא	מס' רישיון	חתימה וחותמת הרופא



015983097802

מס' מרשם

שירותי בריאות כללית



רשימת ניפוק לבית מרקחת

סבידר דריה

מס' זהות: 00332505932

גיל: 36.06 מין: נ

ביקור עקב תאונת עבודה

ROKACET PLUS CAP (D) CF

000028657

לתרופה זו חלופה בהשתתפות עצמית נמוכה יותר על פי כללי הסל

למשך 20 ימים סה"כ 40 יח

קפלויות 1 x 2 ביום

תוקף מרשמים: 16/02/2025 - 17/11/2024

מס' רישיון



037437

טלפון: 03-6385777

שם הרופא ד"ר טטיאנה צוקרמן

כתובת: ניסים אלוני 2 ראש העין

תחום: רפואת משפחה

בידיעת, 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

15/01/2025 **תאריך**

סיכום טיפול

פרטי המטופל				סביבת דריה	
שם משפחה ושם פרטי	00-33250593-2	36.08	נ	ולדימיר	29/04/1988
מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב	
עמוס הנביא	6 /	54	5616997	טלפון נוסף	
רחוב	מס בית	טלפון			
ראש העין	ישוב				

מס' הפניה במכון הפיזיותרפיה: 240522282 מספר זיהוי הפניה: 35983043519

תאריך הפניה: 17/09/2024

סוג הביקורים לסדרה: 2 תאונת עבודה

לכבוד הרופא המטפל/מקצועי: ד"ר טטיאנה צוקרמן

רשיון רופא: 37437

מרפאה: מרפאת אלון

מקצוע: רופא כללי

אבחנה בהפניה:

צד	קוד	איפיון	אבחנה
דו צדדי	8470	acute	WHIPLASH INJURY

אבחנה לטיפול:

צד	קוד	אבחנה
ימין	8470	WHIPLASH INJURY

תאריך תחילת טיפול: 29/10/2024

מס' ביקורים בפועל: 8 פרטני: 8

מס' אי הופעות לטיפול: 0

רשימת כל הטיפולים:

כמות	טיפול
1	אבחון ראשון- בדיקה של פיזיותרפיסט
8	הדרכה לתרגול בבית
1	הדרכה ויזואלית (לאורח חיים בריא)
8	חבישה/taping/קינזיותרפיה
8	תרגילי חיזוק
6	טיפול עם מכשיר זרמים
1	טיפול ברקמה רכה
1	טיפול ב-Hot Pack
5	תרגול כללי

כאבים:

איבר	צד	דיוג בעת פתיחת הסידרה	דיוג בעת סגירת הסידרה
גב תחתון	דו צדדי	6	

הערכת מטפל: 2-שיפור חלקי

הערות: מצב סטטי אחרי השיפור החלקי

המטופל ביקר במכון בתאריכים:
15/01/2025
12/01/2025
18/12/2024
27/11/2024
17/11/2024
12/11/2024
06/11/2024
29/10/2024

פריזה צרצור

שם מטפל

176350

מספר רשיון

חתימה וחותמת

25/03/2025 תאריך

סיכום טיפול

פרטי המטופל				סביבת דריה	
שם משפחה ושם פרטי	00-33250593-2	36.11	נ	ולדימיר	29/04/1988
מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב	
עמוס הנביא	6 /	54	5616997	טלפון נוסף	
רחוב	מס בית	טלפון	ישב	ראש העין	

מס' הפניה במכון הפיזיותרפיה: 240522282 מספר זיהוי הפניה: 35983043519

תאריך הפניה: 17/09/2024

סוג הביקורים לסדרה: 2 תאונת עבודה

לכבוד הרופא המטפל/מקצועי: ד"ר טטיאנה צוקרמן

רשיון רופא: 37437

מרפאה: מרפאת אלון

מקצוע: רופא כללי

אבחנה בהפניה:

אבחנה	איפיון	קוד	צד
WHIPLASH INJURY	acute	8470	דו צדדי

אבחנה לטיפול:

אבחנה	קוד	צד
WHIPLASH INJURY	8470	ימין

תאריך תחילת טיפול: 29/10/2024

מס' ביקורים בפועל: 12 פרטי: 11 קבוצתי: 1

מס' אי הופעות לטיפול: 0

רשימת כל הטיפולים:

כמות	טיפול
1	אבחון ראשון- בדיקה של פיזיותרפיסט
8	הדרכה לתרגול בבית
1	הדרכה ויזואלית (לאורח חיים בריא)
8	חבישה/taping/קינזיותרפיה
8	תרגילי חיזוק
6	טיפול עם מכשיר זרמים
1	טיפול ברקמה רכה

רשימת כל הטיפולים:

טיפול	כמות
טיפול ב-Hot Pack	1
תרגול כללי	5
קבוצת גב	3
קבוצת כתף וצוואר	1

כאבים:

איבר	צד	דרוג בעת פתיחת הסידרה	דרוג בעת סגירת הסידרה
גב תחתון	דו צדדי	6	

הערכת מטפל: 2-שיפור חלקי

הערות: מטופלת סיימה טיפולים , מומלץ על המשך תרגול בבית

המטופל ביקר במכון בתאריכים:

23/03/2025
16/03/2025
09/03/2025
02/03/2025
15/01/2025
12/01/2025
18/12/2024
27/11/2024
17/11/2024
12/11/2024
06/11/2024
29/10/2024

פריזה צרצור

שם מטפל

176350

מספר רשיון

חתימה וחתימת

סיכום טיפול

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 2 מ 2

סביר דריה

00-33250593-2 הודפס ע"י פריזה צרצור

25/03/2025

תאריך: 30/03/2025

סיכום ביקור

פרטי המטופל:		סביר דריה		מס זהות: 00332505932		גיל: 36.11		מין: נ	
שם משפחה ופרטי:		ת.לידה: 29/04/1988		רחוב: עמוס הנביא		טלפון נוסף: 54- 5616997		מס בית: 6	
מס בית: 6		טלפון: 54- 5616997		ראש העין		מס זהות: 00332505932		גיל: 36.11	

שלום רב,

תאריך הביקור

30/03/2025

סוג ביקור:

0 ביקור רגיל

מהות הביקור:

רגיל

תלונות/סיבת הפניה:

מוקד של אלופציה באיזור הורטקס לאחר קוקו מאוד מאוד מתוח . בבדיקה רושם לתלישה שמתאים לטיפול .
דרמוסקופית נראים זקיקים , ושיער שגדל

אבחנה

קוד	אפיין	אבחנה
7		OBSERVATION - PATIENT UNDER OBSERVATION

תרופות

P	M	K	N	OP	סה"כ	משך	D	פ	יחידה	הגשה	מנה	תרופה
L	1	ר	N	יחידה	1	30	D	1	מריחה	LOT		CLOBETASOL SCALP LOT TRIMA 0.05%

בברכה,

ד"ר אסנת גדליה מעין

38266

נחתם דיגיטלית**

שם הרופא

מס' רשיון

חתימה וחומת הרופא



הופק ע"י בורמנט גיל ב- 27/07/2025 09:00

מכתב

מראת מבוגרים מ. מראת: דר' גורשי מ.ר. 20016 טלפון: 03-9258310 פקס: 03-9258388 דוא"ל:	שם משפחה: סביר שם פרטי: דריה ת.ד. 33250593 ת. לידה: 29/04/1988 כתובת: עמוס הנביא 6 ראש העין גורם מבטח: דן, פתח-תקוה מין: נקבה טלפון: 0545616997 גיל: 37 מס' קבלה: 2025069517
--	---

לכבוד:

נושא: סיכום

אבחנות פסיכיאטריות:

אבחנה	קוד	צד	תאריך	S/P	MP	Rec
ADJUSTMENT DISORDERS	F432					

דיון וסיכום:

בת 37, נ+2 ילדת אוקראינה. עלתה ארצה ב-2010. בספטמבר 2024 הייתה מעורבת בתאונת דרכים. מאז התאונה היה חשש לנסוע עם בעלה על אופנוע, הייתה נמנעת לנסוע באותו כביש, נסעה בדרכים עקיפות והתלוננה על סחרחורת וכאבי גב. לדבריה, מקבלת טיפולי פיזיותרפיה. הופנתה ע"י רופאת משפחה לבדיקה וטיפול פסיכיאטרי. בדצמבר 2024 החלה לקבל טיפול קוגניטיבי התנהגותי (CBT) שבועי אשר הביא לשיפור במצבה. כעת מתארת חרדה ברמה מועטה, אך ללא פגיעה בתפקוד. שוללת הימנעות, עוררות יתר או חוויה חזרת של האירוע. לא נזקקה ולא נוטלת טיפול תרופתי כלשהו. מסיימת את הטיפול לבקשתה.



חתימה:

נרשם ע"י: בורמנט גיל

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
רחוב	מס'	עיר	טלפון
		מיקוד	

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 ויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: _____
או על המידע המפורט להלן: _____

חלק ב'

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

רופאים: _____
מכונים, מעבדות: _____

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

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

תאריך: _____ עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____ X
(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

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 _____ לחודש _____ שנה _____

חתימה: X _____

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עורך-דין _____