

תאריך: 20/08/2024

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה

דר' ד. שפיץ

משפחה, פנימית וכללית



021085

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

טלפון: 08-9424040

פקס: 073-2284795

כתובת: גיבורי החיל 1/26, יבנה

פרטי הנבדק:	שם משפחה: ארז	שם פרטי: סיגל	ת.ז.: 51590677
ת.לידה: 26/07/1952	מ.י.נ:	טלפון: 0523278037	טל.עבודה/נייד: 0523331727
כתובת: כחלית 30, יבנה	מיקוד: 8150612	0051590677	

אישור מחלה

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

א.י.נ.ה מסוגלת לעבוד מיום: 18/08/2024 עד יום: 22/08/2024 סה"כ: 5 ימים.

חתימה וחתימת הרופא

20/08/2024

תאריך

תאריך: 28/08/2024

מכבי שירותי בריאות

דר' ד. שפיץ

משפחה, פנימית וכללית

מר גורם מפנה



021085

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

טלפון: 08-9424040

פקס: 073-2284795

כתובת: גיבורי החיל 1/26, יבנה

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: ארז	שם פרטי: סיגל
ת.לידה: 26/07/1952	מין: נ
כתובת: כחלית 30, יבנה	טלפון: 0523278037
0051590677	ת.ז.: 51590677
טל.עבודה/נייד: 0523331727	
מיקוד: 8150612	

אישור מחלה

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

אינו/ה מסוגלת לעבוד מיום: 23/08/2024 עד יום: 31/08/2024 סה"כ: 9 ימים.

ד"ר שפיץ דניאל
21085

חתימה וחוממת הרופא

28/08/2024

תאריך

תאריך: 11/09/2024

מכבי שירותי בריאות

ד"ר. שפיץ

מר גורם מפנה

משפחה, פנימית וכללית



קוד הפניה: 396091217

טלפון: 08-9424040

פקס: 073-2284795

כתובת: גיבורי החיל 1/26, יבנה

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: ארז	שם פרטי: סיגל
ת.ז.: 51590677	תל. עבודה/נייד: 0523331727
ת.ל.ידה: 26/07/1952	מ.י.נ: 0523278037
כתובת: כחלית 30, יבנה	מיקוד: 8150612
0051590677	

התייעצות מומחה

במכבי -

אורתופדיה

תחום שירות:

תלונות: בהמשך לביקור מ 28.8.2024 אז דיווחה על תאונת דרכים. מאחר והתאונה קרתה במהלך נסיעה חזרה ממקום עבודתה לביתה יש להגדיר את האירוע כתאונת עבודה. עדיין סובלת מכאבי גב וראש.

אבחנה:

- ROAD ACCIDENT
- BACKACHE

מעשנת: לא

בעיות ידועות:

- UTERINE ADNEXA PRIM MALIGNANT TUMOR (1998)
- MYELOID LEUKEMIA CHRONIC (10/2008)
- CHRONIC MYELOID LEUKEMIA (02/2018)
- DUODENAL ULCER
- LUMBAR HERNIATED INTERVERTEBRAL DISC NO NEU
- FRACTURE RIBS CLOSED (10/2008) fixation of L2 1978
- HYSTERECTOMY ABDOMINAL RADICAL (1998)
- RADICAL ABDOMINAL HYSTERECTOMY (10/2008) ca of uterus 1998
- VITAMIN B12 DEFICIENCY (05/2018)
- HYPERLIPIDEMIA (2005)

רגישויות לתרופות: 17/09/2008 - MICROPirin -
17/05/2023 - ACETOSAL -

- DASATINIB 50MG X 60 1X1X30
- RITALIN LA 10MG X 30 1X1X30
- VIT D3 1000IU X30 3X1X90

תרופות קבועות:

מטרת ההפניה: אודה על הערכתך.

** 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 - 11/09/2024 עד תאריך - 10/03/2025

11/09/2024

חתימה וחוקת

תאריך

מ.ר גורם מפנה



021085

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

קוד הפניה: 396090571

טלפון: 08-9424040

פקס: 073-2284795

כתובת: גיבורי החיל 1/26, יבנה

פרטי הנבדק:	שם משפחה: ארז	שם פרטי: סיגל	ת.ז.: 51590677
ת.לידה: 26/07/1952	מין: נ	טלפון: 0523278037	טל.עבודה/נייד: 0523331727
כתובת: כחלית 30, יבנה	מיקוד: 8150612	0051590677	

מכון פיזיותרפיה

תלונות: בהמשך לביקור מ 28.8.2024 אז דיווחה על תאונת דרכים. מאחר והתאונה קרתה במהלך נסיעה חזרה ממקום עבודתה לביתה יש להגדיר את האירוע כתאונת עבודה. עדיין סובלת מכאבי גב וראש.

- ROAD ACCIDENT
- BACKACHE

אבחנה:

- UTERINE ADNEXA PRIM MALIGNANT TUMOR (1998)
- MYELOID LEUKEMIA CHRONIC (10/2008)
- CHRONIC MYELOID LEUKEMIA (02/2018)
- DUODENAL ULCER
- LUMBAR HERNIATED INTERVERTEBRAL DISC NO NEU
- FRACTURE RIBS CLOSED (10/2008) fixation of L2 1978
- HYSTERECTOMY ABDOMINAL RADICAL (1998)
- RADICAL ABDOMINAL HYSTERECTOMY (10/2008) ca of uterus 1998
- VITAMIN B12 DEFICIENCY (05/2018)
- HYPERLIPIDEMIA (2005)

בעיות ידועות:

רגישויות לתרופות: 17/09/2008 - MICROPIRIN -
17/05/2023 - ACETOSAL -

- DASATINIB 50MG X 60 1X1X30
- RITALIN LA 10MG X 30 1X1X30
- VIT D3 1000IU X30 3X1X90

תרופות קבועות:

מעשנות : לא

סיבת ההפניה: אודה על טיפולים פיזיותרפיים להקלה בכאבים.

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 11/09/2024 עד תאריך - 10/03/2025

נא להגיע עם מסמכים רלוונטים

11/09/2024

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.

תאריך: 11/09/2024

מכבי שירותי בריאות

ד"ר ד. שפיץ

משפחה, פנימית וכללית

מ.ר גורם מפנה



טלפון: 08-9424040

פקס: 073-2284795

כתובת: גיבורי החיל 1/26, יבנה

פרטי הנבדק:	שם משפחה: ארז	שם פרטי: סיגל	ת.ז.: 51590677
ת.לידה: 26/07/1952	מין: נ	טלפון: 0523278037	טל.עבודה/נייד: 0523331727
כתובת: כחלית 30, יבנה	מיקוד: 8150612	0051590677	

תאונת עבודה

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

שם האב	שכיר/עצמאי	חבר (כ"ל)	שם המעביד וכתובתו	מקצוע
שכיר	כ	תקשורים מרכז תקשורת עיסקי בעמ	נציגת שרות	
ת. פגיעה	שעה	התעסקות בשעת הפגיעה		
18/08/2024	18:00	תאונת דרכים בדרכה מהעבודה לביתר.		
האיבר שנפגע	שם הרופא המטפל		נמצא בטיפול מיום	
גב ראש.	ד"ר שפיץ דניא		18/08/2024	

תאור התאונה, פרטי הטיפול שניתן לפני הגיעו אלינו והיכן קיבל טיפול:

בהמשך לביקור מ 28.8.2024 אז דיווחה על תאונת דרכים. מאחר והתאונה קרתה במהלך נסיעה חזרה ממקום עבודתה לביתה יש להגדיר את האירוע כתאונת עבודה. עדיין סובלת מכאבי גב וראש.

הממצא הקליני:

במהלך התאונה הגיע אמבולנס. לא הסכימה להתפנות לחדר מין.

אבחנה:

• ROAD ACCIDENT

הטיפול שניתן על-ידינו: אנלגטיקה.

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת על-ידי הנ"ל:

הנ"ל אינו מסוגל לעסוק בעבודתו ואף לא בעבודה מתאימה אחרת

במשך: 30 ימים, היינו מיום: 18/08/2024 עד יום: 16/09/2024 (בכלל)

11/09/2024

חתימה וחוקמת הרופא

תאריך הבדיקה

חשוב - תעודה זו מיועדת לצורך הגשת תביעה למימוש זכויותך כנפגע עבודה, למוסד לביטוח לאומי. אי הגשת תביעה עלולה למנוע המשך קבלת שירות רפואי מהקופה ותהיה על אחריותו הבלעדית של הנפגע.

מכבי שירותי בריאות

תאריך: 11/09/2024

ד"ר ד. שפיץ

משפחה, פנימית וכללית

מ.ר גורם מפנה



021085

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

קוד הפניה: 396090571

טלפון: 08-9424040

פקס: 073-2284795

כתובת: גיבורי החיל 1/26, יבנה

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: ארז	שם פרטי: סיגל
ת.ל.ידה: 26/07/1952	מ.י.ן: 0523278037
תל.ידה: 0523331727	טל.ידה: 0523278037
כתובת: כחלית 30, יבנה	מיקוד: 8150612
0051590677	

מכון פיזיותרפיה

תלונות: בהמשך לביקור מ 28.8.2024 אז דיווחה על תאונת דרכים. מאחר והתאונה קרתה במהלך נסיעה חזרה ממקום עבודתה לביתה יש להגדיר את האירוע כתאונת עבודה. עדיין סובלת מכאבי גב וראש.

אבחנה:

- ROAD ACCIDENT
- BACKACHE

בעיות ידועות:

- UTERINE ADNEXA PRIM MALIGNANT TUMOR (1998)
- MYELOID LEUKEMIA CHRONIC (10/2008)
- CHRONIC MYELOID LEUKEMIA (02/2018)
- DUODENAL ULCER
- LUMBAR HERNIATED INTERVERTEBRAL DISC NO NEU
- FRACTURE RIBS CLOSED (10/2008) fixation of L2 1978
- HYSTERECTOMY ABDOMINAL RADICAL (1998)
- RADICAL ABDOMINAL HYSTERECTOMY (10/2008) ca of uterus 1998
- VITAMIN B12 DEFICIENCY (05/2018)
- HYPERLIPIDEMIA (2005)

רגישויות לתרופות: 17/09/2008 - MICROPIN -
17/05/2023 - ACETOSAL -

תרופות קבועות:

- DASATINIB 50MG X 60 1X1X30
- RITALIN LA 10MG X 30 1X1X30
- VIT D3 1000IU X30 3X1X90

מעשנות: לא

סיבת ההפניה: אודה על טיפולים פיזיותרפיים להקלה בכאבים.

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 11/09/2024 עד תאריך - 10/03/2025

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

11/09/2024

תאריך

ד"ר שפיץ דיאן
21085
מ.ר
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.

תאריך: 24/11/2024

מכבי שירותי בריאות

ד"ר חלדרוב אדוארד

כירורגיה אורתופדית

מ.ר. גורם מפנה



031565

מסמך אושר
דיגיטלי
מכבי

קוד הפניה: 406886671

טלפון: 08-9424040

פקס: 073-2284795

כתובת: העצמאות 64 קרית גת

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:

שם פרטי: סגל	שם משפחה: ארז	ת.ז.: 51590677
ת.ל. עבודה/נייד: 0523331727	טלפון: 0523278037	ת.לידה: 26/07/1952
מיקוד: 8150612	מין: נ	כתובת: כחלית 30, יבנה

מכון פיזיותרפיה

תלונות: לפני שנים עברה ניתוח בגב עקב שבר בחוליה כתוצאה מנפילה מסוס עברה קיבוע לאחרונה כאבי גב תחתון עם הגבלה בתנועות מתקשה ללכת למרחקים קצרים ורחוקים
24/11/2024
לאחר ת"ד כאבי גב תחתון 18.8.24
וכאבי גב
כאב בראש

ממצאים: רגישות בגב תחתון עם הגבלה בתנועות
לסג שלי
בדיקה פיזיולוגית תקינה

אבחנה:

• BACK PAIN

בעיות ידועות:

- UTERINE ADNEXA PRIM MALIGNANT TUMOR (1998)
- MYELOID LEUKEMIA CHRONIC (10/2008)
- CHRONIC MYELOID LEUKEMIA (02/2018)
- DUODENAL ULCER
- LUMBAR HERNIATED INTERVERTEBRAL DISC NO NEU
- FRACTURE RIBS CLOSED (10/2008) fixation of L2 1978
- HYSTERECTOMY ABDOMINAL RADICAL (1998)
- RADICAL ABDOMINAL HYSTERECTOMY (10/2008) ca of uterus 1998
- VITAMIN B12 DEFICIENCY (05/2018)
- HYPERLIPIDEMIA (2005)

רגישויות לתרופות: 17/09/2008 - MICROPirin -
17/05/2023 - ACETOSAL -

תרופות קבועות:

- DASATINIB 50MG X 60 1X1X30
- RITALIN LA 10MG X 30 1X1X30
- VIT D3 1000IU X30 3X1X90

מעשנת/ לא

סיבת ההפניה: טיפול בהתאם לקליניקה

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 24/11/2024 עד תאריך - 23/05/2025

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

24/11/2024

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.

תאריך: 24/11/2024

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



ד"ר חלדרוב אדוארד

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 08-9424040

פקס: 073-2284795

כתובת: העצמאות 64 קרית גת

פרטי הנבדק:		שם משפחה: ארז		שם פרטי: סיגל		ת.ז.: 51590677	
ת.לידה: 26/07/1952		מין: נ		טלפון: 0523278037		טל.עבודה/נייד: 0523331727	
כתובת: כחלית 30, יבנה		מיקוד: 8150612		0051590677			

תאונת עבודה (תעודה נוספת)

תעודה רפואית נוספת לפגיעה בעבודה

שם האב	שכיר	שם המעביד וכתובתו
*		

תוצאות הבדיקה:

רגישות בגב תחתון עם הגבלה בתנועות
לסג שלילי
בדיקה ביוורלוגית תקינה

אני מאשר שהנפגע הנ"ל סובל מ:

• BACK PAIN

והוא אינו מסוגל עדיין לעסוק בעבודתו או בעבודה מתאימה אחרת.

אי כושר זה הוא, לפי דעתי, תוצאה ישירה מהפגיעה שקרתה, לפי דברי הנפגע הנ"ל,

דעתי היא, שאי כושר זה ימשך עוד, לפחות: 64 ימים, היינו מיום: 17/09/2024

עד יום: 19/11/2024 (בכלל).

24/11/2024

חתימה וחותמת הרופא

תאריך הבדיקה

תאריך: 24/11/2024

מכבי שירותי בריאות

ד"ר חלדרוב אדוארד

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

מ.ר גורם מפנה



0316949478



031565

קוד הפניה: 406886927

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

טלפון: 08-9424040

פקס: 073-2284795

כתובת: העצמאות 64 קרית גת

פרטי הנבדק:

שם פרטי: סיגל	שם משפחה: ארז
ת.ז.: 51590677	ת.לדה: 26/07/1952
טל. עבודה/נייד: 0523331727	טלפון: 0523278037
מיקוד: 8150612	כתובת: כחלית 30, יבנה
	0051590677

הפניה למכון דימות - C.T

שם המכון:

בי"ח אסותא אשדוד ציבורי

תלונות:

לפני שנים עברה ניתוח כגב עקב שבר בחוליה כתוצאה מנפילה מסוס עברה קיבוע לאחרונה כאבי גב תחתון עם הגבלה בתנועות מתקשה ללכת למרחקים קצרים ורחוקים
24/11/2024
לאחר ת"ד כאבי גב תחתון 18.8.24
וכאבי גב
כאב בראש

ממצאים:

רגישות בגב תחתון עם הגבלה בתנועות
לסג שלילי
בדיקה ניוורלוגית תקינה

אבחנה:

• BACK PAIN

בעיות ידועות:

- UTERINE ADNEXA PRIM MALIGNANT TUMOR (1998)
- MYELOID LEUKEMIA CHRONIC (10/2008)
- CHRONIC MYELOID LEUKEMIA (02/2018)
- DUODENAL ULCER
- LUMBAR HERNIATED INTERVERTEBRAL DISC NO NEU
- FRACTURE RIBS CLOSED (10/2008) fixation of L2 1978
- HYSTERECTOMY ABDOMINAL RADICAL (1998)
- RADICAL ABDOMINAL HYSTERECTOMY (10/2008) ca of uterus 1998
- VITAMIN B12 DEFICIENCY (05/2018)
- HYPERLIPIDEMIA (2005)

רגישויות לתרופות:

17/09/2008 - MICROPIRIN -
17/05/2023 - ACETOSAL -

תרופות קבועות:

DASATINIB 50MG X 60 1X1X30
RITALIN LA 10MG X 30 1X1X30
VIT D3 1000IU X30 3X1X90

מעשנת/ לא :

קוד מ"ר	פרוטוקול ביצוע הבדיקה	בדיקה דרושה
L1039		CT עמוד שדרה מותני וסקרלי

מכבי שירותי בריאות

ד"ר חלדרוב אדוארד
כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

תאריך: 11/2024

מ.ר גורם מפנה



מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

טלפון: 08-9424040

פקס: 073-2284795

כתובת: העצמאות 64 קרית גת

פרטי הנבדק:

שם משפחה: ארז

שם פרטי: סיגל

ת.ז.: 51590677

טל.עבודה/נייד: 0523331727

מיקוד 8150612

טלפון: 0523278037

מ.י.נ

תלידה: 26/07/1952

כתובת: כחלית 30, יבנה



0051590677

הפניה למכון דימות - C.T

שאלה לרדיולוג:

לחזור למומחה

תאריך ביצוע	לפני	תוצאה	בדיקת מעבדה
27/08/2023	1.2 שנים		Creatinine (B)
27/08/2023	1.2 שנים		eGFR
		1.04	
		54	

שם הרופא: ד"ר חלדרוב אדוארד

תאריך: 24/11/2024

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 24/11/2024 עד תאריך - 23/05/2025

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

תאריך: 10/12/2024

מכבי שירותי בריאות

מ.ר. גורם מפנה



031565



ד"ר חלדרוב אדוארד

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 08-9424040

פקס: 073-2284795

כתובת: העצמאות 64 קרית גת

פרטי הנבדק:	שם משפחה: ארז	שם פרטי: סיגל	ת.ז.: 51590677
ת.לידה: 26/07/1952	מין: נ	טלפון: 0523278037	טל.עבודה/נייד: 0523331727
כתובת: כחלית 30, יבנה	מיקוד: 8150612		

0051590677

אישור רפואי

תלונות: לדבריה נפלה ב-5.12.24 במדרגות בגב
מז כאב והגבלה בתנועות קושי בישיבה

• FALLING

אבחנות:

- UTERINE ADNEXA PRIM MALIGNANT TUMOR (1998)
- MYELOID LEUKEMIA CHRONIC (10/2008)
- CHRONIC MYELOID LEUKEMIA (02/2018)
- DUODENAL ULCER
- LUMBAR HERNIATED INTERVERTEBRAL DISC NO NEU
- FRACTURE RIBS CLOSED (10/2008) fixation of L2 1978
- HYSTERECTOMY ABDOMINAL RADICAL (1998)
- RADICAL ABDOMINAL HYSTERECTOMY (10/2008) ca of uterus 1998
- VITAMIN B12 DEFICIENCY (05/2018)
- HYPERLIPIDEMIA (2005)

בעיות ידועות:

רגישויות לתרופות: 17/09/2008 - MICROPirin -
17/05/2023 - ACETOSAL -

- DASATINIB 50MG X 60 1X1X30
- RITALIN LA 10MG X 30 1X1X30
- VIT D3 1000IU X30 3X1X90

תרופות קבועות:

הערות: עקב נפילה הרגישה לא טוב וגם לאחר ניתוח בגב לכן לא יכלה לעשות מבחן

רישום רפואי זה כפוף לתנאים שלהלן:

הנתונים אשר באישור זה מבוססים על הרישומים שבכרטיס הרפואי, על שמו של הנ"ל במרפאה. רישומים אלה בחלקם מידע שנמסר לרופא המטפל על ידי החולה ובחלקן תוצאות של בדיקות שנעשו על ידי רופאים. קופת חולים, רופאיה ועובדיה האחרים אינם אחראים לאמיתות העובדות שנרשמו לפניו / או מפי הוריו או אפטרופוסיו של הנער/ה שעליו ניתן האישור הזה לפני או בעת הגשת הטיפול הרפואי, או הבדיקה הרפואית ע"י הרופא. כן אין הם אחראים אם ביקור או טיפול או בדיקה מסוימת לא מצאו את ביטויים ברישומים שבכרטיס הרפואי הנ"ל.

ד"ר חלדרוב אדוארד
מ.ר. 31565 מ.ר.מ. 21688

חתימה וחוקמת הרופא

10/12/2024

תאריך

תאריך: 25/12/2024

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



021085

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

ד"ר ד. שפיץ

משפחה, פנימית וכללית

טלפון: 08-9424040

פקס: 073-2284795

כתובת: גיבורי החיל 1/26, יבנה

פרטי הנבדק:	שם משפחה: ארז	שם פרטי: סיגל	ת.ז.: 51590677
ת.לדה: 26/07/1952	מין: נ	טלפון: 0523278037	טל. עבודה/נייד: 0523331727
כתובת: כחלית 30, יבנה	מיקוד: 8150612		



0051590677

אישור בריאות

הנ"ל: עברה תאונת דרכים ב 8.2024

הערות: אינה חשה בטוב ואינה מסוגלת לדבריה לעבוד.

ד"ר שפיץ דניאל
מ.ר. 21085
חתימה וחוקמת הרופא

25/12/2024

תאריך

מכבי שירותי בריאות

תאריך: 07/01/2025

מ.ר גורם מפנה



021085

דר' ד. שפיץ
משפחה, פנימית וכללית

טלפון: 08-9424040

פקס: 073-2284795

כתובת: גיבורי החיל 1/26, יבנה

פרטי הנבדק:		שם משפחה: ארז		שם פרטי: סיגל		ת.ז.: 51590677	
ת.לידה: 26/07/1952		מין: נ		טלפון: 0523278037		טל.עבודה/גייד: 0523331727	
כתובת: כחלית 30, יבנה		מיקוד: 8150612					



0051590677

מכתב

תאריך: 07/01/2025

לכבוד: כל המעוניין.

הנ"ל סובלת מכאבים ברגל שמאל וכן גם בידיים כתפיים.
להערכתה מדובר בבעיה הקשורה לתאונת דרכים שקרתה ב 8.2024.
אינה יכולה להערכה עדיין לתפקד.
נמצאת במעקב של אורתופד.
בברכה

דר' ד. שפיץ
מ.ר. 21085
דניאל

בברכה,
דר' ד. שפיץ

חתימה

בית חולים חוסידמן לאונקולוגיה
THE JUSIDMAN ONCOLOGY HOSPITAL

המערך ההמטו-אונקולוגי ע"ש ורדה ובעז דותן

מכון המטואונקולוגי

מנהל/ת : דר' אביגדור אברהם מ.ר. 21857	טלפון : 03-5302127
אח/ת אחראית : שרון פרסטר	פקס : 03-5305343
דוא"ל: Mirp.Hematology@sheba.health.gov.il	

סיכום ביקור רפואי

שם משפחה: ארז	שם פרטי: סיגל	ת"ז: 51590677
גיל: 73	מין: נקבה	טלפון נייד: 0523331727
תאריך ביקור : 06/04/2025	מספר ביקור 27154876	קופת חולים : קופ"ח מכבי
כתובת: כחלית 30 יבנה 8150612		

סוג ביקור

סוג הביקור: פרונטלי

אבחנות המטולוגיות

- Chronic Myeloid Leukemia (M9863/3)

אבחנות רקע

- Chronic Myeloid Leukemia (205.10) 17/09/2008 CP B3A2

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

סיכום רופא ותוכנית טיפול

תאריך ושעה	נושא	נרשם ע"י	פרטים
06/04/2025 11:00	דר' וולציק יוליה מ.ר. 26596	סך הכול מרגישה טוב, אך לאחר ת. דרכים ב 08.2024 סובלת מכאבי גב וקרינה לידיים ורגליים נבדקה על ידי אורתופד ו עשתה CT ע"ש - ללא ממצא אקוטי. אקו לב בוצע ב 01.2025, אך לא הביאה את התוצאה. נא לשלוח את התוצאה בהקדם במייל. סדם תקינה RT-PCR אחרון - MMR נא להמשיך טיפול ב DASATINIB 50 מ"ג ללא שינוי. ביקורת + ביצוע RT-PCR BCR-ABL בעוד 4 חודשים.	

המלצות בביקור

- המלצה: 1. לשלוח תוצאה של אקו לב בהקדם במייל
- ביקורת + ביצוע RT-PCR בעוד 4 חודשים.

מוזמן לביקורת:

ביחידה: מכון המטואונקולוגי. בעוד 4 חודשים.

הערות: RT-PCR מילומה (סדם, כימיה, מגנזיום, GGT, אימונוגלובולין, FLC). אימונו פיקסציה.

תאריך: 22/04/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



031565

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

ד"ר חלדירוב אדוארד
כירורגיה יונרתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 08-9424040

פקס: 073-2284795

כתובת: העצמאות 64 קרית גת

פרטי הנבדק:	שם משפחה: ארז	שם פרטי: סיגל	ת.ז.: 51590677
ת.לידה: 26/07/1952	מין: נ	טלפון: 0523278037	טל.עבודה/נייד: 0523331727
כתובת: כחלית 30, יבנה	מיקוד: 8150612		

אישור רפואי

תלונות: בביקור בתאריך 24/11/2024 בשעה 17:23:08
לפני שנים עברה ניתוח בגב עקב שבר בחוליה כתוצאה מנפילה מסוס עברה קיבוע
לאחרונה כאבי גב תחתון עם הגבלה בתנועות
מתקשה ללכת למרחקים קצרים ורחוקים
24/11/2024
לאחר ת"ד כאבי גב תחתון 18.8.24
וכאבי גב
כאב בראש

בביקור בתאריך 28/01/2025 בשעה 11:02:43
כאבי והגבלה בתנועות
כאב מקרין לרגל שמאל
כאב גם בידיים עם הגבלה בתנועות

בביקור בתאריך 22/04/2025 בשעה 11:55:13
עדיין מוגבלת בניידות

ממצאים: בביקור בתאריך 24/11/2024 בשעה 17:23:08
רגישות בגב תחתון עם הגבלה בתנועות
לסג שלילי
בדיקה ניוורלוגית תקינה

בביקור בתאריך 28/01/2025 בשעה 11:02:43
CT הודגמה הנמכה משמעותית של החלק העליון של גוף החוליה L1.
איבוד גובה משמעותי של גוף החוליה L2 בצורת "יתד".
הגובה של שאר גופי החוליות שמור.
המרווחים הבינחולייתיים שמורים.
הנקבים הנוירליים מוצרים בגובה L4-L5, L5-S1.
קיבוע מתכתי באלמנטים אחוריים לאורך ע"ש מותני.
המגיומה בגוף החוליה L4-L5.
שינויים ארטרוטיים במפרקים פצטליים לאורך עמוד שדרה מותני.
שינויים ניווניים במפרקים הסקרואליאקליים.
בליטה אחורית קלה של הסחוס הדיסקלי בגובה L4-L5, L5-S1.
אין עדות לסטנוזיס ספינלית לאורך ע"ש מותנ

בביקור בתאריך 22/04/2025 בשעה 11:55:13

• BACK PAIN

אבחנות:

- UTERINE ADNEXA PRIM MALIGNANT TUMOR (1998)
- MYELOID LEUKEMIA CHRONIC (10/2008)
- CHRONIC MYELOID LEUKEMIA (02/2018)
- DUODENAL ULCER
- LUMBAR HERNIATED INTERVERTEBRAL DISC NO NEU
- FRACTURE RIBS CLOSED (10/2008) fixation of L2 1978
- HYSTERECTOMY ABDOMINAL RADICAL (1998)
- RADICAL ABDOMINAL HYSTERECTOMY (10/2008) ca of uterus 1998
- VITAMIN B12 DEFICIENCY (05/2018)
- HYPERLIPIDEMIA (2005)

כעיות ידועות:

תאריך: 22/04/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר. גורם מפנה



031565



ד"ר חלדרוב אדוארד
כירורגיה יורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 08-9424040

פקס: 073-2284795

כתובת: העצמאות 64 קרית גת

פרטי הנבדק:	שם משפחה: ארז	שם פרטי: סיגל	ת.ז.: 51590677
ת.לידה: 26/07/1952	מין: נ	טלפון: 0523278037	טל. עבודה/נייד: 0523331727
כתובת: כחלית 30, יבנה	מיקוד: 8150612		

אישור רפואי

רגישויות לתרופות: - MICROPirin - 17/09/2008
- ACETOSAL - 17/05/2023

- DASATINIB 50MG X 60 1X1X30
- RITALIN LA 10MG X 30 1X1X30
- VIT D3 1000IU X30 3X1X90

תרופות קבועות:

הערות: עקב בעיות גב וברכיים ללא סייג זקוקה לתו נכה
פרט לכך סובלת מלאוקמיה
ניידות ללא רכב עלולה לערער את מצבו הרפואי

רישום רפואי זה כפוף לתנאים שלהלן:

הנתונים אשר באישור זה מבוססים על הרישומים שבכרטיס הרפואי, על שמו של הנ"ל במרפאה. רישומים אלה בחלקם מידע שנמסר לרופא המטפל על ידי החולה ובחלקן תוצאות של בדיקות שנעשו על ידי רופאים. קופת חולים, רופאה ועובדיה האחרים אינם אחראים לאמיתות העובדות שנרשמו לפנינו / או מפי הוריו או אפוטרופוסיו של הנער/ה שעליו ניתן האישור הזה לפני או בעת הגשת הטיפול הרפואי, או הבדיקה הרפואית ע"י הרופא. כן אין הם אחראים אם ביקור או טיפול או בדיקה מסוימת לא מצאו את ביטויים ברישומים שבכרטיס הרפואי הנ"ל.

22/04/2025

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

031565
מ.ר. גורם מפנה
לואולא דואלסט ל.ל.