



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

באתר
מבלי לפגוע בזכויות

אוגוסט 27 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 6/6/25
הנפגע: גבריאל ברידו, ת"ז 321436743

1. מצ"ב טופס תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה בצירוף מסמכים רפואיים.

2. אודה לעיונכם וטיפולכם המסור באישור תביעת מרשי וזימונו לוועדה.

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

בל/ 200



לצפייה בסרטון הסבר על
מילוי הטופס ולמיצוי זכויות
יש לסרוק את הברקוד



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה ולתשלום גמלת נכות מעבודה

את התביעה יכול להגיש רק מי שאושרה תביעתו לדמי פגיעה עקב התאונה.

הגשת תביעה לנכות מעבודה

גמלת נכות מעבודה משולמת למי שהוכר על ידי הביטוח הלאומי כנפגע בעבודה, ונותרה לו נכות עקב הפגיעה. על המבוטח להופיע בפני ועדה רפואית שתקבע את דרגת נכותו, ובהתאם לכך תשולם לו קצבה חודשית או מענק, לפי הוראות החוק. שים לב, גם אם חזרת לעבודה או לא נעדרת מהעבודה, אתה יכול להגיש תביעה לגמלת נכות מעבודה.

חובה לצרף לטופס זה

- מסמך רפואי מהרופא המומחה שטיפל בך בקופת חולים או בבית חולים, עבור כל מגבלה או בעיה רפואית שתציין בטופס התביעה ואשר טרם הובאה לידיעת ביטוח לאומי.
- 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 חשבון או יועץ מס, יש לצרף טופס בל/73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".
- אישורים לפי הנדרש בטופס התביעה.

כיצד יש להגיש את התביעה

- יש למלא את התביעה על פי ההנחיות הרשומות בה ולצרף אישורים נוספים על פי הנדרש בתביעה.
- את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:
 - למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי www.btl.gov.il ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסניף המטפל.
 - למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
 - לשלוח בדואר או בפקס או להניח בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- לשאלות ובירורים ניתן להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.

על פי חוק, הקצבה תאושר לכל היותר עבור 12 החודשים שקדמו להגשת התביעה.

לידיעתך!

- לאחר הגשת התביעה תוזמן לבדיקה בוועדה רפואית. זימונך לוועדה יתאפשר רק לאחר שתמציא מסמכים רפואיים עבור כל המגבלות שתציין בסעיף 5.
- באפשרותך לקבל שירותי ייעוץ והכנה לוועדה הרפואית, ללא תשלום, במרכז יד מכוונת. לקביעת פגישה יש להתקשר לטלפון *2496.
- מידע על מקבלי גמלת נכות מעבודה מועבר לגורמים שונים לצורך מיצוי זכויות.
- לשאלות ובירורים ניתן להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט/ יצירת קשר.
- מידע מורחב על קצבת נכות מעבודה מופיע באתר הביטוח הלאומי/ קצבאות והטבות/ נכות מעבודה.

עמוד 1 מתוך 5

321436743

נא למלא מספר תעודת זהות

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

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



תביעה לקביעת דרגת נכות
מעבודה ולתשלום גמלת
נכות מעבודה

1

פרטי התובע

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות ס"ב
ז'לם זכריה	ז'לם	321436743
מספר אישי בצה"ל	עיסוק	מספר לידה
	שכיר ☒ מתנדב ☐ עצמאי ☐	22021983
מין ☒ זכר ☐	נקה ☐	שנה חודש יום

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד
שג'ר	15		4	חולון	582726
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:			
		@			

אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – אנא השלם את הפרטים הבאים:

שם משפחה של איש קשר	שם פרטי של איש קשר	מס' זהות של איש קשר ס"ב

☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט (SMS), דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)

רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד

2

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה	פרטים על הפגיעה
25/02/2006	מאבק עובדי צה"ל (ע' לטנ) נגד הממשלה (ההצ'לם)
שנה חודש יום	המאבק נגד הממשלה והצ'לם

3

פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון, אנא מלא סעיף 3א'

שם מקום העבודה / העסק / הגוף השולח לפעולת ההתנדבות						שם, טלפון וכתובת מקום העבודה					
רחוב/תא דואר						עצמאי - שם, טלפון וכתובת העסק					
מס' בית						מתנדב - שם הגוף השולח לפעולת ההתנדבות					
כניסה						טלפון					
דירה						מיקוד					
ישוב						רחוב/תא דואר					
רע מנהל						נר מנהל 3					
המקצוע ערב הפגיעה: נהג מנהל											

3א

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות				טלפון קווי			
צה"ל				טלפון נייד			
משמר הכנסת				מס' פקס			
שב"ס				מיקוד			
משטרה				ישוב			
אחר				מס' בית			
רחוב/תא דואר				מיקוד			
תאריך כניסה לשירות קבע _____ תאריך סיום השירות בקבע _____							
האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה? כן ☐ לא ☐							
אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, אנא צרף העתק ממכתב הדחייה.							

4

פרטי הטיפול הרפואי

האם נזקקת לאשפוז עקב הפגיעה? ☐ לא ☐ כן, פרט _____		
שם בית החולים _____ תקופת אשפוז _____		
האם נעשו לך בדיקות עקב הפגיעה (צילומי רנטגן, CT, MRI וכד')? כן ☒ לא ☐ פרט _____		
שם המוסד הרפואי שבו נעשו הבדיקות וכתובתו _____		
אם יש בידך צילומים או תוצאות בדיקות, נא לצרפם לטופס התביעה.		
אני מבטח בקופ"ח _____		
ציין בטבלה שלהלן את שמות הרופאים שטיפלו בך או עדיין מטפלים בך:		
שם הרופא	תחום מומחיות	כתובת המרפאה
ד"ר יונה קליק	כירורגיה י?	וולנסין - תל אביב 62 חולין
ד"ר חזר אילן	רנטגן תל אביב	אגודת חיה 9 חולין
ד"ר גזרעני ניל	טלואיה	וולנסין - תל אביב 62 חולין
ד"ר חזר אילן	משטרה	אגודת חיה 93 חולין

5

המגבלות שיש לך עקב הפגיעה שבגינן אתה תובע גמלה

המסמך או התיעוד הרפואי הקשור למגבלה שציינת	המגבלות או הכאבים שמהם אתה סובל
כ"ג	כאבים בכתף שמאל
כ"ח	הצלה שלוחית תנועתית ויז-שמאל
כ"ט	כאבים בצוואר
כ"ח	קושי מוחצתה ונשימה

האם סבלת בעבר ממחלה או כאבים באיברים שנפגעו שצוינו על ידך לעיל?
☒ לא ☐ כן, פרט ממה סבלת, ממתן, יש לצרף מסמכים רפואיים:

6

חזרה לעבודה

האם חזרת לעבודה לאחר הפגיעה?

☐ כן - חזרתי לאותה העבודה

☐ כן - חזרתי לעבודה אחרת. פרט _____

שם המעביד וכתובתו _____

תאריך החזרה לעבודה _____

☒ לא חזרתי לעבודה - ציין את הסיבה מלא אונת הכנסות והוצאות

לידיעתך, לצורך הטיפול בתביעה אנו נפנה למעסיקיך לפי הצורך, לקבלת נתוני הכנסותיך
 אם הנך מתנגד לכך עליך לסמן את ההצהרה הבאה

☐ אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטלי (ממוחשב) של הכנסותיי.
 ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי.

7

שליטה בשפה העברית

☐ אני לא שולט בשפה העברית. אני דובר _____

☐ אגיע לוועדה עם מלווה דובר עברית

☐ לא אגיע לוועדה עם מלווה דובר עברית

8

פרטים על תשלומים

האם אתה מקבל או זכאי לתשלום או תגמול ממשרד הביטחון?

☒ לא ☐ כן - ציין את סוג התשלום _____ מס' תיק באגף השיקום _____

האם הגשת או שאתה מתכוון להגיש תביעה לפיצויי נזיקין בגין המקרה?

☒ לא ☐ כן - ציין את שם הנתבע _____

9

סיוע וייצוג בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☒ לא ☐ כן

הגוף המייצג או המסייע: ☒ עורך דין ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוונת ☐ 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 חשבון או יועץ מס, יש לשלוח אלינו טופס בל/73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

טלפון 03-7412358

כתובת זינג גאן 7 תל אביב

שם גורם מסייע מ"א א"א סו"מ

10

פרטי חשבון הבנק של התובע

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

שמות בעלי החשבון			
ד"ר יצחק חנני (ד"ר)			
שם הבנק	שם הסניף/כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
בנק לאומי	חולון	858	07475762

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

אני השותף בחשבון הבנק של ת"ז _____ שם _____ מתחייב להשתמש בכספי הגמלה שיופקדו בחשבון בעבור מקבל הגמלה.

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מינוי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימה על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומינוי הכוח, במהלך תקופת הזכאות ולאחריה.

אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושגי התשלומים.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממוחשבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי שהצהרתי לעיל, ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחלופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עליי להמציאם לפי דרישה.

תאריך 26.8.25 חתימת מקבל הגמלה * חתימת השותפים לחשבון *

11

הצהרה

אני החתום מטה, מצהיר בזאת כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.

ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עבירה 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 ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות עליי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

☐ אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותי לגורמים נותני ההטבות.

☐ אני מסכים לוועדה בוודא צ'אט

תאריך 26.8.25 חתימת התובע *

אם התביעה לא חתומה ע"י התובע נא לציין את הסיבה לכך, את שם החותם, כתובתו ומס' זהותו. אם התביעה נחתמה בטביעת אצבע, נא לציין את שם העד לחתימה ומספר זהותו.

עמוד 5 מתוך 5

321436743

נא למלא מספר תעודת זהות

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: נכות מעבודה

פרטים אישיים

1

תאריך הפגיעה	מספר זהות/דרכון	קוד גמלה
16/06/2025 שנה חודש יום	321436743	11
שם פרטי		שם משפחה
חבר בקופת חולים		
☐ כללית ☐ מאוחדת ☒ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר		

הצהרה

2

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית שלי ומבקש בזאת 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 26.8.25 חתימת המבוטח x

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, זלצקי זריקן
ת.ז. מס' 321436743, מרחוב סער 4/5 תל אביב,
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ואו לחיות 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, ואו 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 ואו 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 פסי"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 ואו 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.

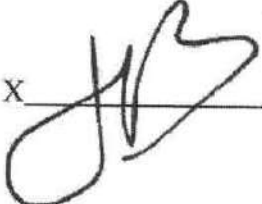
14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

15. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, לפטור 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 25 לחודש 6 שנה 25

X חתימה: 

עו"ד אריאל פרייזר
מס' רשיון: 62254

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עורך-דין

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
זרקו	זרע	321436743	
רחוב	מס'	מיקוד	טלפון
לר	14	5727176	0503848585

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: 25/6/25 עד לחתימה ומס' ת.ז. 62254
X _____ חתימה: _____



דו"ח רפואי (צוות BLS)

תאריך: 06/06/2025

ארוע: 1717

מספר טופס: 18839180

פרטים אישיים של המטופל:

ת.ז: 321436743

שם משפחה: ברידו

שם פרטי: ג'רום גבריאל

מין: זכר

תאריך לידה: 22/02/1983

גיל: 42

כתובת: תל אביב - יפו, גבירטיג מרדכי, 12

מקור זיהוי: זיהוי עצמי

קופת חולים: מכבי

נייד: 0503848585

כתובת האירוע כפי שנמסר ביומן מוקד: אריאל, יהודה, דוח מ 443 הגיעה לתחנה, 7

אנמנזה:

תלונה עיקרית: חבלה קשה

מחלה נוכחית: בן 42, ברקע חולה קרדיאלי נפילת חפץ מגובה בהגיעו למקום חבירה עם אמבולנס 443, נמצא המטופל בהכרה מלאה. לדברי המטופל: במהלך שימוש במלגזה נפל עליו חבילת ברזל במשקל של כ-500 ק"ג מגובה 3-4 ק"מ מטיקה קשה. נפצע בצידו הימני יד רגל גב ברזל מהחבילה נכנס ביד ימין דימום בוצע חבישה שולל איבוד הכרה.

בבדיקה: בהכרה מלאה, ללא סימני מצוקה נשימתית הנראים לעין, דופק רדיאלי סדיר ונימוש היטב, נורמוטנסיבי, ללא חיוורון או הזעה, ללא בחילות או הקאות, ללא חבלות נוספות הנראות לעין פונה לחדר הים משיקולי פגיעת קנמטיקה קשה

היסטוריה רפואית:

מחלות עבר: s/p MI, מיוקרדיטיס

תרופות: אספירין

רגישויות: לא ידוע על רגישות

בדיקות כלליות

אמבולנס מס' 1830 - בדיקה 1	
12:00	בדיקות
ללא בחילות	הקאות
נושם	נשימות
18	קצב נשימה
סדיר	דופק
96	דופק לדקה
מלאה A	הכרה
תקין	עור ורירית

בדיקות עזר

אמבולנס מס' 1830 - בדיקה 1	
12:00	בדיקות
99	SPO2 באוויר החדר
129/87	לחץ דם
מוניטור	אופן המדידה
כן	אישונים שווים

אבחנה משוערת: חבלה קשה

טראומה:

ראש: חבלה קלה
 שוק ימין: חבלה קלה
 כף רגל ימין: שפשוף
 זרוע ימין: חבלה קלה
 אמה ימין: חבלה קלה
 כף יד ימין: חבלה חודרת
 שכמה ימנית: חבלה קלה

טיפול

אמבולנס מס' 1830 - בדיקה 1	
12:00	בדיקות
	טיפולים שניתנו

תרופות

אטמולט מס' 1830 - בדיקה 1

הערות

במהלך הפינוי לא נצפה שינוי במצב המטופל
המטופל התפנה ללא ליווי
התקיימה חבירה מירקון 433 אלינו

פרטים נוספים

סטטוס מטופל: בינוני יציב המודינמית
המבקש: פראמדיק
המסייעים: אט"ן
מקום האירוע: יהודה/דווח מ 443 הגיעה לתחנה 7 - דווח מ 443 הגיעה לתחנה אריאל
קוד מבצעי: 1830

סטטוס המטופל בסיום האירוע

זמן: 12:52
הכרה: מלאה A
נשימה ספונטנית: נושם
נשימות לדקה: 18
דופק ספונטני: סדיר
דופק לדקה: 96
לחץ דם: 129/87

יעד פינוי

יעד: בית חולים
שם בית החולים: בלינסון פ"ת
מחלקה: חדר טראומה \ הלב
נמסר ל: רופא

זמנים

קבלה 11:26 : יציאה 11:28 : הגעה 11:55 : מפנה 11:56 : ביעד 12:19 :

אנשי צוות

שם הנהג : שאול ברזל חתימה :

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלד

שם חששונה: ג'ר'ד	תאריך לידה: 22/02/1983	מלד: אגף ב
שם פרטי: ג'ר'ד גבריאל	מזהל: דר' שיגור שחקי מר 88637	אחות אחראית: נחמי בקר
כתובת: שוקי חולון	מזהל (ללא סמכות ביקורת): 32143674	טלפון: 03-9377011
טלפון: 0503848888	מין: זכר	פקס: 03-9222173
	גיל: 42	

תאריך קבלה: 06/06/2025 12:26
מספר קבלה: 2855829801

אופן הגעה למיין
הגיע למיין באמבולנס

משרד קבלה
סיבת פנייה: תאונת עבודה
הפנייה: לא
סטטוס מטופל: אחר

אבחנה

Rec	MP	S/P	עיקרי	תאריך	צד	קוד	אבחנה
			✓			33811	ACUTE PAIN DUE TO TRAUMA

סיבת פנייה

סיבה עיקרית: נפילה מגובה
הערות: בן 42, במהלך עבודה נפל עליו גליל של רשתות ברזל- על פלג גוף ימין
חבלות ראש, צוואר, גב, חזה, גפיים

תלונה עיקרית, מחלה נוכחית ובדיקה גופנית

ראה גליין טראומה

בדיקה גופנית כירורג

מועד בדיקה	תוכן	נרשם ע"י								
06/06/2025 12:53	<table><tr><th>שם</th><th>פירוט</th></tr><tr><td>הסיפור</td><td>בן 42 פונה עי מדא לאגף לאחר שנפל עליו משא כבד במהלך עבודתו הוחלט להעבירו לחדר טראומה ללא חבלות ראש ברורה</td></tr><tr><td>תאור הפגיעה החיצונית</td><td>A -ללא הפרעה בנתיב אויר מדבר לעניין, קנה מרכז B -כניסת אויר טובה ושונה דו"צ סטורציה שמורה באח C -דופק 58 ל"ד שמור ללא סימני שוק ללא דימום פעיל D -אישונים שווים ומגיבים לאור GCS 15 טונס שמור E -שפשופים בשכמות ומעל כתף ימין , לצרציה של 2 ס"מ בשורש כף יד ימין פן רדיאלי שפשופים מעל כפות רגליים EFAST תקין CXR ללא עדות לחזה אויר בוצעה תפירה של החתך בשורש כף יד ימין בעזרת ניילון 4/0</td></tr><tr><td>החלטה</td><td>CTTB</td></tr></table>	שם	פירוט	הסיפור	בן 42 פונה עי מדא לאגף לאחר שנפל עליו משא כבד במהלך עבודתו הוחלט להעבירו לחדר טראומה ללא חבלות ראש ברורה	תאור הפגיעה החיצונית	A -ללא הפרעה בנתיב אויר מדבר לעניין, קנה מרכז B -כניסת אויר טובה ושונה דו"צ סטורציה שמורה באח C -דופק 58 ל"ד שמור ללא סימני שוק ללא דימום פעיל D -אישונים שווים ומגיבים לאור GCS 15 טונס שמור E -שפשופים בשכמות ומעל כתף ימין , לצרציה של 2 ס"מ בשורש כף יד ימין פן רדיאלי שפשופים מעל כפות רגליים EFAST תקין CXR ללא עדות לחזה אויר בוצעה תפירה של החתך בשורש כף יד ימין בעזרת ניילון 4/0	החלטה	CTTB	נרשם ע"י דר' בשורה אסיל מר 171884 מלד טראומה 06/06/2025 12:59
שם	פירוט									
הסיפור	בן 42 פונה עי מדא לאגף לאחר שנפל עליו משא כבד במהלך עבודתו הוחלט להעבירו לחדר טראומה ללא חבלות ראש ברורה									
תאור הפגיעה החיצונית	A -ללא הפרעה בנתיב אויר מדבר לעניין, קנה מרכז B -כניסת אויר טובה ושונה דו"צ סטורציה שמורה באח C -דופק 58 ל"ד שמור ללא סימני שוק ללא דימום פעיל D -אישונים שווים ומגיבים לאור GCS 15 טונס שמור E -שפשופים בשכמות ומעל כתף ימין , לצרציה של 2 ס"מ בשורש כף יד ימין פן רדיאלי שפשופים מעל כפות רגליים EFAST תקין CXR ללא עדות לחזה אויר בוצעה תפירה של החתך בשורש כף יד ימין בעזרת ניילון 4/0									
החלטה	CTTB									

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלד

המכתב הופק ע"י דר' בנאי הגר ב-15.02.06/06/2025

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

שם משפחה: ברידן	תאריך לידה: 22/02/1983
שם פרטי: ג'רום גבריאל	ת. זהות (ללא ספרת ביקורת): 32143674
כתובת: שנקר חולון	מין: זכר
טלפון: 0503848585	גיל: 42

* תדפיס זה אינו כולל הערות עבור מדבקה או בדיקה

ביצוע תרופות

מינון	צורת מינון	תאריך ושעה	תזמון מהוראה	תרופה	IntraVenous
Drug Dosage: 2 gram	VIA	06/06/2025 13:10	Once Rate from nurse:0	CEFAZOL VIA 2 gram	
Drug Dosage: 0.5 ml	AMP	06/06/2025 13:10	Once Rate from nurse:0	TETADIF 29/M AMP 0.5 ml	IntraMuscular

תרופות מומלצות

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓				7 ימים	1 X 4 ביום	500 mg	Oral	CEFOVIT (CEPHELEXIN)

מהלך ודיון

נרשם ע"י: דר' עתאמנה עומר מ.ר. 170642, מלד - אגף ב

תאריך עדכון: 13:23 06/06/2025

דיווח / דיון: קבל טיטאנוס ואנטיביוטיקה במיון

נרשם ע"י: דר' עתאמנה עומר מ.ר. 170642, מלד - אגף ב

תאריך עדכון: 14:02 06/06/2025

נושא: TBCT

דיווח / דיון: ללא עדות לממצא חבלתי.

ללא ממצא חבלתי בחזה בטן ואגן.

נרשם ע"י: דר' עתאמנה עומר מ.ר. 170642, מלד - אגף ב

תאריך עדכון: 14:05 06/06/2025

דיווח / דיון: המטופל משוחרר כיחרגית עם ההמלצות הבאות -

נגד כאבים אקמול ואופטלגין עד 3 ג"ר ביום למשך 10 ימים

פיזיותרפיה לפי החלטת אורתופדים

בכל החמרה עלית חום מעל 38 כאבי בטן אי שווי משקל יש לפנות למיון

המשך מעקב וטיפול ע"י אורתופדים

נרשם ע"י: דר' בבין אלכס מ.ר. 164280, מלד - אגף ב

תאריך עדכון: 14:31 06/06/2025

נושא: אורתופד

דיווח / דיון: סקר שניוני:

נושא משקל באופן מלא.

מניע צוואר בכל המישורים ללא מגבלה.

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלד

מכתב הפק' על דר' בנאי הגר מ.ר. 98553, מלד - אגף ב

מנהל דר' שיבר שוקף מ.ר. 98637
אחות אחראית: נרמס בקר
טלפון: 03-9377011
פקס: 03-9222173

שם משפחה: ברידו	תאריך לידה: 22/02/1983
שם פרטי: ג'רום גבריאלי	ת. זהות (ללא ספרת ביקורת): 32143674
כתובת: שנקר חולון	מין: זכר
טלפון: 0503848585	גיל: 42

ללא רגישות קו אמצע לאורך עמ'ש כולו.
כוח גס 5/5 בכל התחנות בידיים וברגליים.
תחושה שמורה וסימטרית בכל הדרמטומים.
רגישות דיפוזית לאורך האמה המרוחקת והאגודל ביד ימין. ללא מגבלה בהנעה.
אצבעות ויאבילות, מילוי קפילרי שמור.
דפקים פריפריים נמושו היטב.

בצילום: ללא ממצא גרמי חרף.

במעבר על ה-CT ללא ממצא גרמי חרף.

מושחר מבחינה אורתופדית בהמלצות:
#המשך מעקב רופא מטפל וטיפול תרופתי קבוע.
#משככי כאבים לפי הצורך.
#טיפול אנטיביוטי: צפולר 500 מ"ג 4 למשך 7 ימים.
#הסרת תפרים בקופ"ח בעוד שבועיים.
#חבישות נקיות ושטיפה במים וסבון.
#ש להמנע מכניסה למאגרי מים עומדים עד להסרת התפרים ורפוי הפצע.
#קירור מקומי לאיזורים הנזכרים.
#ביקורת אורתופד בקופ"ח בעוד שבוע במידה ואין הטבה בכאבים.
#בכל החמרה בדיקת רופא זמין.

נרשם ע"י: דר' בנאי הגר מ.ר. 98553, מלד - אגף ב

תאריך עדכון: 14:59 06/06/2025

דיווח / דיון: בוצעה תפירה של אמה ימין

מעקב סיעודי

נרשם ע"י: כהן הדס מ.ר. 239620, מלד טראומה

תאריך עדכון: 13:17 06/06/2025

דיווח / דיון: בן 42, במהלך עבודה נפל עליו גליל של רשתות ברזל- על פלג גוף ימין
חבלות ראש, צוואר, גב, חזה, גפיים
קיבל אקמול 1G IV במד"א
הוערך בחדר טראומה
יציב המודינמית ונשמתי
נלקחו ב"ד, השלים צל"ח ותפירה לפצע ביד ימין בחדר טראומה
קיבל חיסון טטנוס CEFAZOLIN 2G IV
משלים כעת CTTB

נרשם ע"י: קראוס חני מ.ר. 243808, מלד - אגף ב

תאריך עדכון: 14:29 06/06/2025

דיווח / דיון: CTTB ללא עדות לממצא חבלתי.
ממתין להחלטת אורתופד

המלצות

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלד

המכתב הופק על ידי ד"ר בנאי הגר ב-06/06/2025 15:02

מלד - אגף ב
מנהל: ד"ר שיבר שחף מ.ר. 88637
אחות אחראית: נחמי בקר
טלפון: 03-9377011
פקס: 03-9222173

שם מטופלת: ברידו	תאריך לידה: 22/02/1983
שם פרטי: ג'רום גבריאל	ת. זהות (ללא ספרת בקורת): 32143674
כתובת: שנקר חולון	מין: זכר
טלפון: 0503848585	גיל: 42

המלצה:
#המשך מעקב רופא מטפל וטיפול תרופתי קבוע.
#משככי כאבים לפי הצורך.
#טיפול אנטיביוטי: צפול 500 מ"ג 4 למשך 7 ימים.
#הסרת תפרים בקופ"ח בעוד שבועיים.
#חבישות נקיות ושיטתה במים וסבון.
#ש להמנע מגישה למאגר מים שמדום עד להסרת התפרים ורפוי הפצע.
#קיומם מקומי לאחזורים הכואבים.
#ביקורת אורתופד בקופ"ח בעוד שבוע במידה ואין הטבה בכאבים.
#בכל החמור - עליית חום, החמרה בכאב או נפיחות, או כל החמרה אחרת, בדיקת רופא חוזרת חופשת מחלה: 5 ימים.

תרופות מומלצות להמשך טיפול

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריחות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓				7 ימים	1 X 4 ביום	500 mg	Oral	CEFOVIT (CEPHELEXIN)

סטטוס מטופל בשחרור

יציב, מתהלך במיין

אחות מרכזת טיפול

אחות: כהן הדס מ.ר. 239620

רופא אחראי

רופא: ד"ר בנאי הגר מ.ר. 98553

רופא: ד"ר עתאמנה שמר מ.ר. 170642

נחתם ע"י: ד"ר בנאי הגר מ.ר. 98553

חתימה:

כל ביקור במלד"ד כרוך בתשלום והפניה לטופס התחייבות מקופת החולים

הגנת מידע למכתב

המכתב הודפס על ידי ד"ר בנאי הגר 06/06/2025 15:02

חסי אישי

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות.

מכאבים נלווים

חתימה דיגיטלית

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלד

המכתב הופק ע"י ד"ר בנאי הגר ב-06/06/2025 15:02

שם משפחה: ברידו	תאריך לידה: 22/02/1983	מלד - אגף ב
שם פרטי: ג'רום גבריאלי	ת. זהות (ללא ספרת ביקורת): 32143674	מנהל: דר' שיבר שחף מ.ר. 88637
כתובת: שנקר חולון	מין: זכר	אחות אחראית: נחמי בקר
טלפון: 0503848585	גיל: 42	טלפון: 03-9377011
		פקס: 03-9222173

תאריך קבלה: 06/06/2025 12:25
מספר קבלה: 2855829801

אופן הגעה למיון
הגיע למיון: באמבולנס

משרד קבלה
סיבת פנייה: תאונת עבודה
הפנייה: לא
סטטוס מטופל: אזור

אבחנה

Rec	M/P	S/P	עיקרי	תאריך	צד	קוד	אבחנה
			✓			33811	ACUTE PAIN DUE TO TRAUMA

סיבת פנייה

סיבה עיקרית: נפילה מגובה
הערת: בן 42, במהלך עבודה נפל עליו גליל של רשתות ברזל- על פלג גוף ימין
חבלות ראש, צוואר, גב, חזה, גפיים

תלונה עיקרית, מחלה נוכחית ובדיקה גופנית

ראה גליון טראומה

בדיקה גופנית כירורג

מועד בדיקה	תוכן		נרשם ע"י
06/06/2025 12:53	שם	פירוט	נרשם ע"י דר' בשארה אסיל מ.ר. 171884 טראומה 06/06/2025 12:59
	הסיפור	בן 42 פונה עי מדא לאגף לאחר שנפל עליו משא כבד במהלך עבודתו הוחלט להעבירו לחדר טראומה ללא חבלת ראש ברורה	
	תאור הפגיעה החיצונית	A-ללא הפרעה בנתיב אויר מדבר לעניין, קנה מרכז B-כניסת אויר טובה ושווה דו"צ סטורציה שמורה באח C-דופק 58 ל"ד שמור ללא סימני שוק ללא דימום פעיל D-אישונים שווים ומגיבים לאור GCS 15 טומס שמור E-שפשופים בשכמות ומעל כתף ימין, לצרציה של 2 ס"מ בשורש כף יד ימין פן רדיאלי שפשופים מעל כפות רגליים	
	החלטה	EFast תקין CXR ללא עדות לחזה אויר בוצעה תפירה של החתך בשורש כף יד ימין בעזרת ניילון 4/0 CTTB	

תאריך: 08/06/2025

ס.ר. נזרים מופנה



0310563044



114054

קוד הפניה: 438016120

מכבי שירותי בריאות

ד"ר חובל ליבי

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואת המשפחה

טלפון: 03-6530000

פקס: 073-2132662

כתובת: גאולים 43, חולון

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 321436743

שם פרטי: ג'רום גב

שם משפחה: ברידו

טל.עבודה/נייד: 0503848585

0502271805

טלפון:

מין: ז

22/02/1983

ת.לידה:



0321436743

מיקוד 5827126

שנקר 15/4, חולון

כתובת:

חדר מיון

בבדיקה שערכתי בתאריך: 08/06/2025 בשעה: 11:18

סוג מיון: מיון כללי

תלונות: בן 42, אורח במרפאה, רקע רפואי כמפורט.

בתאריך 6.6 במהלך עבודתו כמנופאי נפל עליו גליל של רשתות ברזל בפלג גוף ימין. פונה למיון בלינסון, עברה הערכה אורטופדית ובוצע CT. לאור חתכים נתפר באמה ימין. ניתנו המלצות. כעת מלין על כאב באיזורים שונים בגוף, יש נפיחות משמעותית באמה ימין וכף יד ימין, מטופל אנטיביוטית בצפוראל. שולל חום.

ממצאים: במצב כללי משביע רצון, כאוב. יד ימין- נפיחות ניכרת לאורך אמה ימין וכף יד ימין, קושי בהנעת אצבעות, הגבלה בתנועה, חום מקומי.

אבחנות:

- CONTUSION HAND Right
- CELLULITIS UNS Right Suspected

- MYOCARDITIS ACUTE UNS (03/2025) M/P
- FATTY LIVER (03/2016)
- FRACTURE PATELLA CLOSED (04/2011) operated
- TOBACCO USE DISORDER (12/01/2014)
- LIVER ENZYMES ELEVATED (03/2016)
- IMPAIRED FASTING GLUCOSE (100-125) (03/2016)
- HYPERTRIGLYCERIDEMIA (03/2016)

בעיות ידועות:

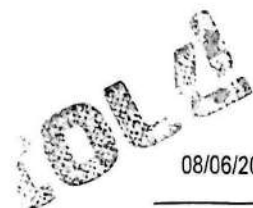
מעש/ת: לא ידוע

מופנה בדחיפות לחדר מיון לצורך: לאור החמרה תחת טיפול אנטיביוטי מופנה להערכה אורטופדית בהקדם והחלטה על המשך טיפול.

** הפניה זו בתוקף 24 שעות מרגע הפקתה **

תוקף הפניה זו לתאריך 09/06/2025 בשעה 11:18

נא להצטייד בכרטיס מגנטי



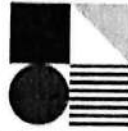
08/06/2025

תאריך

נא לצרף מסמכים רלוונטיים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

חבר מכבי יש להציג העתק טופס זה, מכתב שחרור וחשבון חדר מיון בעת הפניה לסניף הקופה לקבלת התחייבות

THE EDITH WOLFSON
University Medical Center



המרכז הרפואי האוניברסיטאי
ע"ש אדית וולפסון

טל: 03-5028211 | וואטסאפ: +972 3 5028111 | wolfsong.org.il | 03-5028111
רח' הלוחמים 62, חולון, 5822012 | 62 Halohamim St., Holon, 5822012

מערך: המחלקה לרפואה דחופה
מנהל מערך:

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה

שם יחידה: מחלקה לרפואה דחופה	מנהל מחלקה: שופן אנדריי מ.ר. 34736	אחיות אחראיות: ניסימוב יעקב
טלפון: 035028313	פקס:	דוא"ל:

שם משפחה: ברידו	שם פרטי: ג'רום גבריאלי	ת.ז: 321436743
תאריך לידה: 22/02/1983	גיל: 42	טלפון: 050-3848585
מין: זכר	קופת חולים: מכבי	כתובת: תל אביב-יפו גבירטיג מרדכי 12/1 כניסה 1 תל

נתוני ביקור - תאריך קבלה: 08/06/2025 שעת קבלה: 12:00 מספר ביקור: 11871078

תאריך שחרור בפועל

תאריך שחרור: 08/06/2025 שעה: 17:24

יעד השחרור: לביתו/ה

אבחנות

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P	Rec
CLOSED FRACTURE OF TRAPEZOID BONE (SMALLER MULTANGULAR) OF WRIST	814.06	Right		✓			

סיום טיפול במלרד: שחרור

סיבת פנייה

סיבה עיקרית: תאונת עבודה

אופן הגעת המטופל/ת: עצמוני
דרך הגעה: עצמאי

שם משפחה: ברידו	שם פרטי: ג'ורם גבריאל	ת.ז: 321436743
תאריך לידה: 22/02/1983	גיל: 42	טלפון: 050-3848585
מין: זכר	גורם מממן: מכבי	כתובת: גבירטיג מרדכי 12/1 כניסה 1 תל 6766030

תלונת החולה בקבלה למיון

תאונת עבודה

מחלה נוכחית

בן 42

התקבל לאחר תאונת עבודה יומיים טרם קבלתו. ביום שישי בזמן עבודה נפל עליו גליל רשת ברזל על הגב ונחתך באמה ימין. היה במיון בבית חולים בלינסון ביום שישי, השלים צילומים, החתך באמה ימין נתפר ושוחרר לביתו. מאז לדבריו מלין על כאבי גב וכתפיים, נפיחות ורגישות באמה ובכף יד ימין.

בבדיקתו-

גב- סימני שפשוף שטחיים בגב עליון מימין, טווחי תנועה שמורים. ללא רגישות במישוש על פני עמ"ש צווארי, גבי, מותני. חתך סגור באמה דסיטלית אספקט רדיאלי ללא אודם, חום מקומי או הפרשה בסחיטה שורש כף יד ימין - נפיחות שורש כף יד, ללא דפורמציה גסה או פגיעה עורית, רגישות באזור בסיס משרק SB +1+2, מבחן טחינה חיובי, מכופף ומיישר אצבעות, תחושה שמורה בפיזור RUM בצילום שורש כף יד ימין- חשד לשבר טרפזואיד השלים CT שורש כף יד שהדגים שבר טרפזואיד הושם בגבס ספייקה הוסבר על המשך טיפול שחרור עם ההמלצות הבאות מעקב רופא מטפל משככי כאבים לפי צורך יד מורמת במנוחה הפעלת אצבעות אין להוריד גבס חופשת מחלה שבועיים ביקורת מרפאת כף יד במוסדנו בשבוע הקרוב בכל מקרה של החמרה יש לפנות לבדיקת רופא

תרופות שניתנו במלר"ד

תרופה	תזמון מהוראה	תאריך ושעה	צורת מינון ומינון
V-DALGIN 25% SYR 1000 mg	Once	12:21 08/06/2025 R.N מולה ונדאג' מ.ר. 239279	SYR 1000 mg PO

ביצוע תרופות סופי

מינון	צורת מינון	תאריך ושעה	תזמון מהוראה	תרופה
Drug Dosage: 1000 mg	SYR	08/06/2025 12:21	Once Rate from nurse:0	V-DALGIN 25% SYR 1000 mg
PO				

מדדים

תאריך ושעה	דופק	לחץ דם	גפה	סטורציה ממכשיר	אופן מתן חמצן	הכרה
12:18 08/06/2025			Rt arm		אוויר חדר	הכרה מלאה
12:10 08/06/2025	87			+95		
12:10 08/06/2025		135/89				

לא ידועה רגישות לחומרים

רגישות לתרופות

תאריך רישום
15/05/2023

שם התרופה
ASPIRIN

תוצאות מעבדה

08/06/25 13:19	08/06/25 13:25	ערכי ייחוס	* בדיקות
			הוזן ידנית
	84	60 - 90	GFR estimated

שם משפחה: ברידו	שם פרטי: גרומ גבריאל	ת.ז: 321436743
תאריך לידה: 22/02/1983	גיל: 42	טלפון: 050-3848585
מין: זכר	גורם מממן: מכבי	כתובת: גבירטיג מרדכי 12/1 כניסה 1 תל 6766030

בדיקות *	ערכי ייחוס	08/06/25 13:25	08/06/25 13:19
EOS%	%	0.0 - 6.0	1.6
BASO%	%	0.0 - 1.0	0.3
NRBC%	%	0.0 - 0.6	0.0
Neutrophil abs.	$10^{³/\mu l}$	1.5 - 7.5	5.7
Lymphocyte abs.	$10^{³/\mu l}$	1.5 - 4.0	2.1
Monocyte abs.	$10^{³/\mu l}$	0.2 - 0.8	1.1 ↑
Eosinophil abs.	$10^{³/\mu l}$	0.0 - 0.4	0.1
Basophil abs.	$10^{³/\mu l}$	0.0 - 0.1	0.0
ללא שיוך למעבדה			
Icteric Index-B		1.00	
NRBC abs.	$10^{³/\mu l}$	0.0 - 0.0	0.0

* תדפיס זה אינו כולל הערות עבור מדבקה או בדיקה

סיכום ודיון

הדרכת מטופלים

נושא ההדרכה	אופן ההדרכה	מקבל ההדרכה	סקטור נותן ההדרכה	שפת ההדרכה	תוצאות ההדרכה	תרופות	תאריך הדרכה	הודרך ע"י
הדרכה לניהול הטיפול בכאב	בעל-פה	מטופל	סיעוד	עברית	הבין הכל		08/06/2025 12:18	וודאג' מסלה
דיווח: המטופל ת קיבלה הדרכה על אוריינטציה מחלקתית והמשך שלבי טיפול במלר"ד חשיבות הדיווח על כאב ועוצמת הכאב הסבר על התערבות, וטיפול- בכאב כולל צוות רב מקצועי								

המלצות כלליות

המלצה: /

1. מעקב רופא מטפל בקופת חולים
2. בכל החמרה במצב יש לפנות לגורם רפואי

חתימת רופא/ה משחרר/ת

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
ד"ר אברהם ליטל מ.ר. 1163850	רופא/ה	08/06/2025 17:24

שם משפחה: ברידו	שם פרטי: ג'וזס גבריאל	ת.ז: 321436743
תאריך לידה: 22/02/1983	גיל: 42	טלפון: 050-3848585
מין: זכר	גורם מממן: מכבי	כתובת: גבירטיג מרדכי 12/1 נניסה 1 תל 6766030

המשך מעקב רופא מטפל לפי הצורך, בכל החמרה יש לפנות לרופא בהקדם
בפנייה חוזרת למיון או בפנותך למרפאה אליה הוזמנת, עליך להצטייד בהתחייבות כספית או בתשלום כספי.

בברכת רפואה שלמה,

מחלקה לרפואה דחופה, המרכז הרפואי וולפסון.



קישור אימי וולפסון

לבחור בוולפסון זו זכותך.

קיבלת סירוב מקופת החולים לטופס 17 בוולפסון?
מוקד סיוע של המרכז הרפואי זמין

T17@wmc.gov.il | בחיוג 5791* | סריקת ה-QR

השירות ניתן ללא תשלום



חדש!

מערכת זימון תורים

זימון/עדכון תור למומחי המרכז הרפואי

סרקו את ה-QR קוד או חפשו וולפסון זימון תורים



03-5026111

03-5026111



וולפסון שלי

גישה מהירה לתיק הרפואי האישי

סרקו את ה-QR קוד או חפשו וולפסון שלי



סיכומי ביקור

תוצאות בדיקות

פיענוחים



10.06.25



לכבוד

ברידו ג'רום גבריאל

גבירטיג מרדכי 12/1 כניסה 1

תל אביב - יפו, 6766030

הנדון: העתק זימון למרפאה כירורגית יד

מר/גב' ברידו ג'רום גבריאל 32143674-3 מוזמן/ת ביום ראשון 15/06/2025 לשעה 09:55 למרפאה כירורגית יד לד"ר דויד יפה בבניין מרפאות חוץ, קומת קרקע דלפק ראשי.

לבדיקות	קוד שירות	תיאור שירות	כמות
	I9249	בדיקת רופא אורתופד - א	1

שעת הזימון הינה שעה משוערת ותיתכן המתנה

אנא הקפד להביא	- 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.
----------------	---

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	חש' טלפון מרפאה: 03-5028111 וואטסאפ: 03-5028111 חש' פקס מרפאה: 03-5028475 דוא"ל מרפאה: zimuntorim@wmc.gov.il	חש' טלפון מטופל: 050-3848585 דוא"ל מטופל: UPBCK1911@GMAIL.COM
--------------	---	--

הערות	ניתן לפנות למוקד זימון תורים דרך אתר האינטרנט של ביה"ח www.wolfson.org.il הכניסה לרופא לפי שעת הזימון ולא לפי שעת ההגעה! , לתשומת לבך, במידה ויבצעו בדיקות וטיפולים שאינם מכוסים על ידי טופס ההתחייבות מהמבטח תחויב/י בתשלום או בהמצאת כיסוי נוסף מהמבטח עבור שירותים אלו. מטופל מתחת לגיל 18 צריך ליווי אפוטרופוס במידה וסורבת על ידי קופת החולים לטופס 17, הנך מוזמן/ת לפנות למוקד סיוע שבטלפון *5791 או בדוא"ל: T17@wmc.gov.il השירות ניתן ללא תשלום.
-------	---

הודעות חוב	לידיעתך: קיים חוב בסך 1729.00 ש"ח בגין שירותים שקבלת במוסדנו. במידה והסדרת את חובך, נא לראות הודעה זאת כמבוטלת.
------------	---

בברכה,

הנהלת מרפאות חוץ

תאריך: 16/06/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



טלפון: 03-5554333
פקס: 073-2132660
כתובת: לנדאו חיים 9, חולון

ד"ר הלר אייל
משפחה, פנימית וכללית
התמחויות:
מומחה ברפואה פנימית

פרטי הנבדק:	
שם פרטי: ג'רום גב	שם משפחה: ברידו
ת.ז.: 321436743	ת.לידה: 22/02/1983
טל.עבודה/בייד: 0503848585	מין: ז
טלפון: 0502271805	כתובת: שנקר 15/4, חולון
מיקוד 5827126	0321436743

אישור מחלה

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

אינו/ה מסוגל/ת לעבוד מיום: 06/06/2025 עד יום: 23/06/2025 סה"כ: 18 ימים.

16/06/2025

חתימה וחותמת הרופא

תאריך



25.06.25



32143674-3

לכבוד

ברידו ג'רום גבריאל

גבירטיג מרדכי 12/1 כניסה 1

תל אביב - יפו, 6766030

הנדון: שינוי זימון למרפאה כירורגית יד

הזימון של מר/גב' **ברידו ג'רום גבריאל 32143674-3** שנקבע למרפאה כירורגית יד לד"ר דויד יפה בבניין **מרפאות חוץ, קומת קרקע דלפק ראשי**. שונה ליום חמישי תאריך **03/07/2025** לשעה **08:40** הזימון שנקבע לתאריך **10/07/2025** לשעה **11:00** מבוטל

לבדיקות	קוד שירות	תיאור שירות	כמות
	19249	בדיקת רופא אורתופד - א	1

שעת הזימון הינה שעה משוערת ותיתכן המתנה

אנא הקפד להביא	• 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.
----------------------	---

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	חש' טלפון מרפאה: 03-5028111 וואטסאפ: 03-5028111 חש' פקס מרפאה: 03-5028475 דוא"ל מרפאה: zimuntorim@wmc.gov.il	חש' טלפון מטופל: 050-3848585 דוא"ל מטופל: UPBCK1911@GMAIL.COM
-----------------	--	---

הערות	ניתן לפנות למוקד זימון תורים דרך אתר האינטרנט של ביה"ח www.wolfson.org.il הכניסה לרופא לפי שעת הזימון ולא לפי שעת ההגעה! לתשומת לבך, במידה ויבצעו בדיקות וטיפולים שאינם מכוסים על ידי טופס ההתחייבות מהמבטח תחויב/י בתשלום או בהמצאת כיסוי נוסף מהמבטח עבור שירותים אלו. מטופל מתחת לגיל 18 צריך ליווי אפוטרופוס במידה וסורבת על ידי קופת החולים לטופס 17, הנך מוזמן/ת לפנות למוקד סיוע שבטלפון *5791 או בדוא"ל: T17@wmc.gov.il השירות ניתן ללא תשלום.
-------	--

הודעות חוב	לידיעתך: קיים חוב בסך 1729.00 ש"ח בגין שירותים שקבלת במוסדנו. במידה והסדרת את חובך, נא לראות הודעה זאת כמבוטלת.
---------------	--

בברכה,

הנהלת מרפאות חוץ

תאריך: 17/06/2025
שעה: 9:32:22

שם: ברידו ת.ז.: 0 321436743 התחייבות זו בתוקף עד לתאריך: 16/12/2025

בית חולים מרפאות ככר הלוחמים
מ.רפואי וולפסון (בי"ח/קרן) (1104)
כירורגית יד
62
58100
טלפון: 03-5028211 מייל:

התחייבות לתשלום עבור שירותי בריאות
מספר התחייבות: 250650243

היננו מאשרים כי ברידו ג'רום גבריאל ת.ז.: 321436743
חבר ב- מכבי שלי ומבקשים לקבלו לטיפול בהתאם לתעריף שנקבע,
על חשבון: מכבי שרותי בריאות גיל החבר: 42
לשימוש המוסד נותן השרות :

ת.ז. חבר:	התחייבות:	תאריך טיפול:
		
321436743	250650243	19062025

קוד	קוד מקורי	תאריך	תאריך	מס CPT	תאור טיפול	כמות
1	99241	0	04	בדיקת רופא אורתופד במרפא	19/06/2025	1
1	99241	0	04	בדיקת רופא אורתופד במרפא	19/06/2025	1

ישוב: חולון מרכז רפואי: חולון
מתאם שרות: עדה נתנזון
התחייבות זו היא רק עבור השירותים המופעים למעלה, ורק למוסד רפואי זה.
13 הופיין
טל: 03-5025252

נספח להתחייבות מספר 250650243:
התחייבות זו עבור שרותים אמבולטוריים בלבד.

מכבי חסוי אישי - המסמך מכיל מידע המוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות
התחייבות זו בתוקף כל עוד הינך חבר/ת מכבי שרותי בריאות.
בברכת בריאות טובה "מכבי שרותי בריאות"



16.06.25



32143674-3

לכבוד

ברידו ג'רום גבריאל

גבירטיג מרדכי 12/1 כניסה 1

תל אביב - יפו, 6766030

הנדון: זימון למרפאה כירורגית יד

מר/גב' **ברידו ג'רום גבריאל** 32143674-3 מוזמן/ת ביום חמישי **19/06/2025** לשעה **07:30** למרפאה כירורגית יד לד"ר דויד יפה בבניין מרפאות חוץ, קומת קרקע דלפק ראשי.

לבדיקות	קוד שירות	תיאור שירות	כמות
	I9249	בדיקת רופא אורתופד - א	1

שעת הזימון הינה שעה משוערת ותיתכן המתנה

אנא הקפד להביא	• 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.
----------------	---

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	חש' טלפון מרפאה: 03-5028111 וואטסאפ: 03-5028111 חש' פקס מרפאה: 03-5028475 דוא"ל מרפאה: zimuntorim@wmc.gov.il	חש' טלפון מטופל: 050-3848585 דוא"ל מטופל: UPBCK1911@GMAIL.COM
--------------	--	---

הערות	ניתן לפנות למוקד זימון תורים דרך אתר האינטרנט של ביה"ח www.wolfson.org.il הכניסה לרופא לפי שעת הזימון ולא לפי שעת ההגעה! לתשומת לבך, במידה ויבצעו בדיקות וטיפולים שאינם מכוסים על ידי טופס ההתחייבות מהמבטח תחויב/י בתשלום או בהמצאת כיסוי נוסף מהמבטח עבור שירותים אלו. מטופל מתחת לגיל 18 צריך ליווי אפוטרופוס במידה וסורבת על ידי קופת החולים לטופס 17, הנך מוזמן/ת לפנות למוקד סיוע שבטלפון *5791 או בדוא"ל: T17@wmc.gov.il השיירות ניתן ללא תשלום.
-------	---

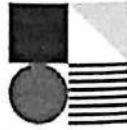
הודעות חוב	לידיעתך: קיים חוב בסך 1729.00 ש"ח בגין שירותים שקבלת במוסדנו. במידה והסדרת את חובך, נא לראות הודעה זאת כמבוטלת.
------------	--

בברכה,

הנהלת מרפאות חוץ

תאריך ושעת הדפסה: 19/06/2025 09:11
חסידי רפואי

THE EDITH WOLFSON
University Medical Center



המרכז הרפואי האוניברסיטאי
ע"ש אדית וולפסון

טל: 03-5028211 | וואטסאפ: 03-5028111 | wolfson.org.il | 03-5028111 | 972 3 5028211
רח' הלוחמים 62, חולון, 5822012 | 5822012

מערך: אורתופדיה
מכתב סיכום ביקור - מרפאת כירורגית יד

שם יחידה: מרפאה כירורגית יד	מנהל/ת מחלקה: דר' יפה דויד מ.ר. 21517	אחות אחראית: אלה יצחקוב
טלפון: 035028111	פקס: 035028486	דוא"ל:
	זימון תורים וולפסון: 03-5028111	

נתוני ביקור - תאריך: 19/06/2025 שעה: 08:35 מספר ביקור: 32498969

שם משפחה: ברידו	שם פרטי: ג'רום גבריאל	ת.ז: 321436743
תאריך לידה: 22/02/1983	גיל: 42	טלפון: 050-3848585
מין: זכר	קופת חולים: מכבי	כתובת: תל אביב-יפו גבירטיג מרדכי 12/1 כניסה 1 תל

אבחנות בביקור

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	MP	Rec
CLOSED FRACTURE OF TRAPEZOID BONE (SMALLER MULTANGULAR) OF WRIST	814.06	Right	06/06/2025	✓			

מעקב רפואי

נרשם ע"י: דר' יפה דויד מ.ר. 21517, מרפאה כירורגית יד

תאריך עדכון: 19/06/2025 08:36

דיווח / דיון: בן 42, בריא, בתאריך 6.6.2025 חבלה יד ימין במהלך עבודתו, פנה למיון בלינסון ולאחר הערכה קלינית והדמייתית אובחן שבר בטרפזואיד וידו גובסה. בבדיקה בגבס ללא סימני מדור, ללא פחת עצבי או וסקולרי בצילום בגבס אינני פגיעה גרמית גבס לעוד שבועיים המשך מעקב רופא מטפל

המלצות כלליות

חופשת מחלה: 2 שבועות.

הפניה לניתוח

מופנה לניתוח: לא

רגישות לתרופות

שם התרופה: ASPIRIN
תאריך רישום: 15/05/2023

לא ידועה רגישות לחומרים

שם משפחה	ברידו	שם פרטי	גורם גבריאל	ת.ז	321436743
תאריך לידה	22/02/1983	גיל	42	טלפון	050-3848585
מין	זכר	גורם מממן	מכבי	כתובת	גבירטיג מרדכי 12/1 כניסה 1 תל 6766030

חתימת רופא

שם החותם	ד"ר יפה דויד מר 21517	תפקיד	רופא/ה בכיר	זמן חתימה	19/06/2025 08 40
----------	-----------------------	-------	-------------	-----------	------------------

מכתב הופק בתאריך 19/06/2025

שעה 09:11 הופק על ידי דר' יפה דויד 21517

המכתב הנ"ל בעל תוקף אך ורק עם חתימתו של הרופא.
מסמך זה מכיל מידע המוגן בחוק הגנת הפרטיות.

תאריך: 23/06/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



140539



קוד הפניה: 440186297

טלפון: 03-5554333

פקס: 073-2132660

כתובת: לנדאו חיים 9, חולון

ד"ר הלר אייל

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

פרטי הנבדק:	
שם פרטי: ג'רום גב	שם משפחה: ברידו
ת.ז.: 321436743	ת.לידה: 22/02/1983
טל.עבודה/בייד: 0503848585	מין: ז
מיקוד: 5827126	שנקר 15/4, חולון
כתובת: 0321436743	

מכון פיזיותרפיה

תלונות: 1. עדיין כאבים בכתף שמאל, מרגיש שהכאב תקועה
2. מרגיש בימים האחרונים לחץ וחרדה סביב ההשארות בבית בעקבות הפציעה, מפחד שיאבד את העבודה. מעוניין בכדורי הרגעה לתקופה הקרובה.

אבחנות:

• PRESCRIPTION REQUEST

- MYOCARDITIS ACUTE UNS (03/2025) M/P
- FATTY LIVER (03/2016)
- FRACTURE PATELLA CLOSED (04/2011) operated
- TOBACCO USE DISORDER (12/01/2014)
- LIVER ENZYMES ELEVATED (03/2016)
- IMPAIRED FASTING GLUCOSE (100-125) (03/2016)
- HYPERTRIGLYCERIDEMIA (03/2016)

בעיות ידועות:

מעשנות: לא ידוע

סיבת ההפניה: כאבים בכתף שמאל לאחר חבלה

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 23/06/2025 עד תאריך - 20/12/2025

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

23/06/2025

חתימה וחוקמת

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, נא להגיע עם כרטיס מגנטי. במידה והינך משלם במזומן יש להסדיר את התשלום במזכירות הסניף טרם הגעה לטיפול.



טלפון: 03-5554333

פקס: 073-2132660

כתובת: לנדאו חיים 9, חולון

פרטי הנבדק:		שם משפחה: ברידו		שם פרטי: ג'רום גב		ת.ז.: 321436743	
ת.לידה:	22/02/1983	מ.י.ז:	טלפון:	0502271805	טל.עבודה/נייד:	0503848585	מיקוד: 5827126
כתובת:	שנקר 15/4, חולון	כתובת:		0321436743			

תאונת עבודה**תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה**

שם האב לואיס	שכיר/עצמאי שכיר	חבר (כל)	שם המעביד וכתובתו	מקצוע מנופאי
ת. פגיעה: 06/06/2025	שעה: 11:15	התעסקות בשעת הפגיעה: העמסת ציוד	שם הרופא המטפל: ד"ר אייל הלר	נמצא בטיפול מיום: 06/06/2025
האיבר שנפגע: כף יד ימין, כתפיים	שם הרופא המטפל: ד"ר אייל הלר	נמצא בטיפול מיום: 06/06/2025		

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

מילוי טופס אישור רפואי לתאונת עבודה

הממצא הקליני:

שבר טרפזואיד כף יד ימין בתוצאה מתאונת עבודה

צילומי רנטגן שנעשו במכון:

צילום שורש כף יד ימין, CT שורש כף יד

הממצא: שבר טרפזואיד כף יד ימין

אבחנה:

• FILL OUT FORMS

הטיפול שניתן על-ידינו: גבס

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת על-ידי הנ"ל:

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

במשך: 38 ימים, היינו מיום: 06/06/2025 עד יום: 13/07/2025 (בכלל)

02/07/2025

חתימה וחותמת הרופא

ד"ר אייל הלר

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.
