



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

באתר
מבלי לפגוע בזכויות

אוגוסט 28 2025
Office@freiberg-law.com

פרייברג רסקין
משרד עורכי דין

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד



לכבוד

המוסד לביטוח לאומי – ירושלים

מחלקת נכות כללית

באמצעות האתר

א.ג.נ.,

הנדון : דוד רום, ת"ז 57327827

1. מצ"ב טופס תביעה לקביעת דרגת נכות בצירוף תעודות רפואיות.
 2. לעיונכם וטיפולכם המסור בזימונו של מרשי לועדה לקביעת נכותו אודה.
- *רצ"ב יפוי כח וטופס וס"ר חתומים ע"י מרשי.

בכבוד רב ובב"ח,

אריאל פרייברג, עו"ד



תביעה לקצבת נכות כללית, ובקשה להענקה מטעמי צדק

על מנת לייעל את הטיפול בתביעתך, אנא תצרך לבקשה זו:

- ✍ סיכומי מחלה או כל מסמך רפואי אחר המצוי ברשותך בדבר מצבך הרפואי, המפרטים את כל המחלות הכרוניות, הטיפולים והתרופות שהנך נוטל.
- ✍ אם אתה שכיר:
 - ✍ תלושי שכר, או אישורים של מעביד על ההכנסות ב- 15 החודשים האחרונים. (אישור המעסיק על תקופת ההעסקה ועל שכר החתום ע"י המעסיק – עמוד 5-6 בטופס התביעה). אם הפסקת לעבוד, יש לצרף אישור מהמעביד.
 - ✍ אם ב-15 החודשים האחרונים קיבלת דמי מחלה בעבור תקופות שבהן לא עבדת, או תשלום כלשהו מחברת ביטוח עקב מחלה יש לצרף אישור מהמעסיק או מחברת הביטוח.
- ✍ אם החותם על התביעה אינו תובע הקצבה עצמו, נא למלא גם את סעיף 4 בטופס התביעה ולצרף ייפוי כוח, צו אפוטרופוס או פסק דין – אם ישנו.
- ✍ לפני הגשת התביעה - בדוק האם יש מסמכים נוספים (לאלה הרשומים לעיל) שעליך לצרף, לפי הנחיות בגוף הבקשה.

כיצד יש להגיש את התביעה

- ✍ יש למלא את טופס התביעה על פי ההנחיות הרשומות בו. ולצרף אישורים נוספים על פי הנדרש בטופס התביעה.
- ✍ 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, בפקס או בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- ✍ לשאלות וביירוטים ניתן לפנות להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.

לידיעתך

- ✍ אם לך ולבן/בת זוגך אין אמצעי מחיה, מוצע לך לבדוק את זכאותך בהבטחת הכנסה, שכן זמן הטיפול בתביעה לנכות עשוי להמשך עד 90 ימים.
- ✍ אם אתה בעל מוגבלות ברגליים, באפשרותך להגיש גם בקשה לבדיקה רפואית לקביעת מוגבלות בניידות.
- ✍ מידע נוסף אפשר למצוא באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il. כולל סרטון הדרכה למילוי הטופס.
- ✍ באפשרותך לקבל שירותי ייעוץ והכנה לוועדה הרפואית ללא תשלום במרכז יד מכוונת. לקביעת פגישה יש להתקשר לטלפון *2496.

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

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

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות כללית



תביעה קצבת נכות כללית
ובקשה להענקת מטעמי צדק

פרטי התובע					
שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות	
רוס		קוק		7 2 8 7 3 5	
פרטי בן / בת זוג					
מצב משפחתי		מספר זהות בן זוג (נשוי / י.צ.)			
א/א					
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)					
רחוב / תא דואר		מס' בית		כניסה	
6 (נחל יחיא)		18		3	
טלפון קווי		טלפון נייד		דואר אלקטרוני	
		0525577999		david@ydis.co.il	
☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.					
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה בתעודת הזהות)					
רחוב / תא דואר		מס' בית		כניסה	

פרטים על עבודה בעבור 15 החודשים האחרונים (יש לרשום את הפרטים ולצרף אישורי שכר)	
☐ לא עבדתי כלל, פרט את הסיבה: _____ ☐ עבדתי והפסקתי לעבוד, פרט את הסיבה: _____ ☒ אני ממשיך לעבוד	
האם ב-15 החודשים האחרונים קיבלת דמי מחלה בעבור תקופות שבהן לא עבדת, או תשלום כלשהו מחברת ביטוח עקב מחלה?	
☐ כן, מהמעסיק (צרף אישור)	☐ כן, מחברת ביטוח (צרף אישורים)
האם יש לך או הייתה לך ב-15 החודשים האחרונים הכנסה שלא מעבודה, כמו פנסיה (בישראל או מחו"ל), תמיכה לתלמידי ישיבות, תגמול ממשרד הביטחון, תשלומים מחברת ביטוח, הכנסה הונית, מזונות, הכנסה מרכוש וכד'?	
☐ לא	☐ כן, פרט: _____ (צרף אישור)
על מנת להקל עליך ולזרז את הטיפול בתביעתך באפשרותנו לפנות באופן ייזום למעסיקיך ומשלמי הפנסיה שלך, לרבות כאלו שהיו לך או שהיו לך בעתיד, כדי לקבל את נתוני הכנסותיך באופן דיגיטלי (ממוחשב). אם אינך מסכים, ציין זאת:	
☐ אני התובע מסרב לכך שתפנו לקבל את נתוני ההכנסות באופן דיגיטלי. ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי.	

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

פרטים על הנכות – סמן את הסעיף בו מתוארת המחלה או התסמינים מהם אתה סובל. אם נבדקת ע"י רופא מומחה בתחום המחלה – נא צרף העתק של חוות הדעת. אם אושפדת בבית חולים בגין המחלה – נא צרף את מכתב השחרור

סמן ב- " V " במחלה או התסמינים מהם אתה סובל	מתאריך (שנה, חודש)	האם נבדקת אצל רופא מומחה בתחום המחלה?	האם אושפדת בגין המחלה בשנתיים האחרונות?
1 בעיה נפשית (מקבל טיפול)		☐ כן	☐ כן
2 הפרעות בבלוטת התריס		☐ כן	☐ כן
3 יתר לחץ דם		☐ כן	☐ כן
4 ליקוי שכלי		☐ כן	☐ כן
5 ליקוי שמיעה		☐ כן	☐ כן
6 ליקויי ראייה ומחלת עיניים -האם קיבלת תעודת עיוור ממשרד הרווחה- השירות לעיוור ☐ לא ☒ כן נמצא בתהליך הכרה לתעודת עיוור ☐ לא ☒ כן		☒ כן	☐ כן
7 מחלה אורטופדית (גפיים עליונות ותחתונות, גב, צוואר, דלקת פרקים)		☒ כן	☐ כן
8 מחלות בתחום נירולוגי (כולל אלצהיימר, פרקינסון, אפילפסיה ואירוע מוחי)		☐ כן	☐ כן
9 מחלות דרכי עיכול (כולל קיבה ומעינים)		☐ כן	☐ כן
10 מחלת כבד (כולל צהבת)		☐ כן	☐ כן
11 מחלת כליות (כולל דיאליזה)		☐ כן	☐ כן
12 מחלת לב		☐ כן	☐ כן
13 מחלת עור		☐ כן	☐ כן
14 מחלת ריאות (כולל אסטמה)		☐ כן	☐ כן
15 סכרת		☒ כן	☐ כן
16 סרטן (כולל לימפומה ולוקמיה)		☐ כן	☐ כן
17 קורונה		☐ כן	☐ כן
18 נפגעת/ת תקיפה מינית		☐ כן	☐ כן
19 אחר		☐ כן	☐ כן

נא סמן האם עברת אחת או יותר מהבדיקות המפורטות להלן בשנתיים האחרונות (אם כן, נא צרף את תוצאות הבדיקות):

☐ אקו לב ☐ EMG ☐ CT (טומוגרפיה ממוחשבת) ☐ MRI (תהודה מגנטית) ☐ תפקוד ראות ☐ צנתור ☐ אנדוסקופיה

האם נכותך כולה או חלקה נגרמה כתוצאה מתאונת דרכים: ☒ לא ☐ כן, תאריך תאונה: _____ - חובה לענות על שאלה זו
האם נכותך כולה או חלקה נגרמה כתוצאה מאירוע תאונתי אחר / נוסף (רשלנות, נפילה בדרך או מגובה, תקיפה, פגיעה מגורם אחר וכיוצ"ב) ☒ לא ☐ כן, נא פרט _____ - חובה לענות על שאלה זו

תאריך האירוע: _____ - חובה לציין תאריך

האם פנית למשרד הביטחון בשל פגיעה במהלך השירות הצבאי? ☒ לא ☐ כן, צרף העתק של דוח הוועדה הרפואית

הסכמה לקביעת הנכות ע"י הרופא ללא נוכחות

אני מסכים בזאת, שרופא יקבע לי את אחוזי הנכות הרפואית, ע"פ מסמכים בלבד ובלי לזמן אותי לבדיקה רפואית. ידוע לי שאף שנתתי את הסכמתי לכך, ייתכן שיהיה עליי להגיע לבדיקה, אם הרופא ידרוש זאת.

נא לחתום למטה אם אתה מעוניין שהנכות הרפואית תיקבע לפי מסמכים בלבד.

חתימת התובע *

4

אם המבוטח מיוצג ע"י עו"ד או חברה או אם אינו יכול להגיש תביעה עקב מצבו הבריאותי, על מגיש התביעה למלא את הפרטים הבאים:

פרטי מגיש התביעה		שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות	
☐ יחס קרבה לתובע ☐ קרוב משפחה ☐ אפוטרופוס ☐ עו"ד ☐ חברה מייצגת ☐ אחר:		כ"ח		איל		066630930	
☒ יפוי כוח ☐ צו אפוטרופסות ☐ פסק דין ☐ אחר:		טלפון להתקשרות		דואר אלקטרוני			
אם ברשותך אחד מהמסמכים הנ"ל ציין איזה וצרף העתק		037412358					
תאריך		חתימה *					

5

פרטי חשבון הבנק של התובע

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

שמות בעלי החשבון			
313708			
שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
מזכ"ת	ח"ל/408	408	527350
אני השותף בחשבון הבנק של ת"ז _____ שם _____ מתחייב להשתמש בכספי הבקשה שיופקו לחשבון, בעבור מקבל הבקשה.			
אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימים על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי 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 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.			
תאריך	חתימת תובע הקצבה	חתימת/חתימות השותפים לחשבון	קרבה לתובע

6

הצהרת התובע או מגיש התביעה

אני החתום מטה תובע קצבת נכות, ומצהיר בזה, כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או בידועין 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 לקצבה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום. כמו כן, אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

במידה ועל סמך המסמכים הרפואיים ניתן יהיה לקבוע קצבת נכות בשיעור מלא, אני מסכים כי הקביעה תעשה ללא זימוני לבדיקה. ידוע לי כי בכל מקרה אוכל לבקש זימון לבדיקה.

אני מסכים בזאת שעובד שיקום ייתן חוות דעת בנוגע לכושר השתכרותי על סמך שיחה טלפונית או זום וזאת לאור בקשתי שלא להגיע לפגישה אישית בסניף. ידוע לי שחוות דעת זאת של פקיד שיקום, ניתנת לצורך בדיקת זכאותי לקצבת נכות.

אני מסכים להיבדק לצורך שירותים מיוחדים, אם תהיה המלצה של רופא הסניף על בדיקה זו. אני מסכים להעביר מידע למשרד הרווחה במידה ויקבעו לי 90% נכות רפואית בגין ליקוי ראייה או לצורך ביצוע אבחון למוגבלות שכלית התפתחותית.

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.

☐ אני מסכים לוועדה בוודא צ"ט ☐ כ ☐ לא
☐ אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותי לגורמים נותני ההטבות.

חתימת התובע או מגיש התביעה *

תאריך

חוממת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות כללית



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: נכות כללית

פרטים אישיים

קוד גמלה 33	מספר זהות/דרכון 57327827	תאריך תביעה שנה חודש יום
שם משפחה ר/ס	שם פרטי קוק	

חבר בקופת חולים

☐ כללית ☐ מאוחדת ☒ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר _____

הצהרה

אני הח"מ, שפרט"י האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית שלי ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו, מידע על סידור במסגרת חוץ ביתית או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותיי.

תאריך _____ חתימת התביעה ✕ _____

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות כללית



אישור המעסיק על תקופת
ההעסקה ועל השכר

פרטי המעסיק	
שם המעסיק	מספר תיק ניכיים / מס' ת.ז.
מספר טלפון	מספר פקס
דואר אלקטרוני	

פרטי העובד השכיר	
שם משפחה	שם פרטי
מספר זהות	מס' ב
העובד הועסק מתאריך _____ עד תאריך _____ הסיבה לפסקת העבודה: _____	
☐ פרש מהעבודה סופית בתאריך _____ ☐ יתרת ימי מחלה שלא נוצלו _____ ☐ ימי המחלה נוצלו במלואם בתאריך _____ ☐ ממשיך לעבוד: חלקיות משרה _____	

תשלומים אחרים
1. האם שולמו (למעט דמי מחלה) תשלומים כלשהם מיום הפסקת העבודה בפועל ועד ליום הפרישה (עד ניתוק יחסי עובד-מעביד) ☐ לא ☐ כן
2. האם מבוטח לעניין אי כושר עבודה בחברת ביטוח? ☐ לא ☐ כן, שם החברה _____
מהות התשלום: _____ החל מתאריך _____ עד _____

פרטים על העבודה והשכר

יש למלא פרטים על עבודת השכיר ועל השכר ב-15 החודשים האחרונים או לחודשים שקמו למועד הפסקת העבודה, כולל חודש עבודה אחרון.
אין לכלול רכיבי שכר שאינם חייבים בדמי ביטוח לאומי ואין לכלול תשלומים שניתנו לעובד אחרי ניתוק יחסי עובד-מעביד

	בחודש/בשנה	השכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לאומי בש"ח	סכום דמי מחלה ששולמו	תוספות שנכללו בשכר (הבראה, ביגוד וכד')	
				סכום	סיבה
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

הערות:

הצהרה

אני החתום מטה מצהיר בזה שמסרתי את כל הפרטים הקשורים בעבודתו של העובד

תאריך _____ חתימת ממלא הטופס ותפקידו * _____ חתימה וחותמת המעסיק/העסק * _____

	מכתב שחרור מס' אישפוז: 10036568 ת. קבלה לביה"ח: 09/03/2010 ת. קבלה למחלקה: 09/03/2010 תאריך שחרור: 11/03/2010 	מחלקה: פנימית ב מנהל: ד"ר צבי שמעוני טלפון: 09-8604610 פקס: 09-8609294 ד"א: zshimoni@laniado.org.il
---	--	---

פרטים אישיים**שם משפחה: רום****שם פרטי: דויד****מין: זכר****שם האב: דב****תעודת זהות: 1-057327827****ת. לידה: 18/10/1961****גיל: 48.4****טלפון: 052-557799****כתובת: יקינתון 67 כפר יונה****גורם מממן: פרטי אזרח ישראל****בן 48.4, יליד ישראל, נשוי +3****אבחנות בשיחרור:**

ANXIETY

ABDOMINAL PAIN

VOMITING

DIABETES MELLITUS-TYPE 2

LEG PAIN , Chr. , NEUROPATHIC?

DIABETIC NEUROPATHY , ??

HYPERTENSION

תלונה עיקרית:

חולשה, כאבי בטן והקאה חוזרת בחולה סוכרת.

מחלה נוכחית:

עבד במחשבים. מחצי שנה אינו עובד ואמור להבדק ע"י רופא תעסוקתי. ב 2004 לראשונה נמצאו ערכי סוכר גבוהים. לא קבל טיפול HBA1C ב 6.2009 - 14.5 !!

הוחל טיפול ב JANUET. מאותה תקופה סובל מכאב עז ברגליים ועל פי דעת הרופאים קיים שילוב של נזירופתיה סוכרתית+מקור עצבי בעמוד שדרה. EMG ע"פ דבריו פתולוגי. עבר CT עמוד שדרה, אין ניתונים. מטופל במרפאת כאב + ליריקה + אוקסיקונטין + מדבקות BUTRANS. הומלץ דיקור מותני לבירור אך דחה את הבדיקה. ביומיים אחרונים לא נטל אוקסיקונטין. בימים אחרונים בדק נפשי. ב. 8.3.2010 הגיע למיון עקב חולשה וכאב בטן. סוכר בדם 218 מ"ג%. שוחרר עם המלצה לטיפול ב SSRI. שב למיון היום עקב כאב ברום הבטן + הקאה חוזרת, אינו מצליח לשתות. נבדק ע"י כירורג ובוצע צ. בטן ריק-ללא ממצא. צ. חזה תקין. אושפזה להשגחה ובירור.

תולדות העבר:

א.מ.ל

הרגלים:

אין סיפור של עישון או שתייה חריפה מופרזת

תרופות בקבלה:

שם תרופה		מינון	מתן	כמות	תדירות
	januet--50/1000				יום / 2
TAB	NOVONORM 2 MG	4 mg			יום / 3
TAB	LORIVAN 1.0 MG				יום / 1
	morning				
TAB	LORIVAN 1.0 MG	0.5 mg			יום / 1
TAB	OXYCONTIN 20 MG				יום / 2
TAB	PRAVALIP 20				יום / 1
	vitamin B1	100 mg			יום / 1
	TRIPLE B1 T X1				
	DIASPORAL1 T X1				

רגישויות:

לא ידוע על רגישויות.

אבחנות במשפחה:

DIABETES MELLITUS-TYPE 2 , אב

ISCHEMIC HEART DISEASE , CORONARY ANGIO , אב

בדיקת גוף:**מדדים:**

לחץ דם בישיבה: 80 / 140 , חום: 36.8 , משקל: 90

דופק: 88 סדיר

ריוויין חמצן: 98% , נשימות לדקה: 15

מצב כללי :

טוב.בהכרה מלאה.ללא מצוקה נשימתית.ללא חוורון,כחלון או צהבת ,נראה בחדרה.

ראש :

סימטרי ללא גושים, ללא סימני חבלה, אין רגישות מעל הסינוסים.

עיניים :

מיפתח שווה, ללא סימני דלקת. תנועתיות תקינה ללא ניסטגמוס, אישונים עגולים ושווים מגיבים לאור והתקרבות.

פה ולוע :

לשון מרכזית מחופה.אין סימני דלקת.

צואר :

אין קשיון עורף, קנה מרכזי, אין גודש ורידי, בלוטת התריס לא מוגדלת. קרוטידים תקינים ללא אולשות.

בלוטות לימפה :

לא נמושו בכל התחנות.

בית חזה :

סימטרי ללא עיווגים.

ריאות :

התפשטות שווה, הדיות תקינה, פרמיטוס סימטרי, כניסת אוויר שווה, נשימה בועית, ללא חירחורים או ציפופים. אקספיריום תקין.

לב :

חוד הלב ברווח בין צלעי 5, קו אמצע בריחי, לא מרים. אין רטט או הרמה ימנית. קולות לב תקינים ללא איושות.

בטן :

רכה, ללא רגישות או תנגדות, כבד וטחול לא נמושו מוגדלים. ניע תקין.

גפיים :

אין בצקות ברגליים או שינויים טרופיים. אין סימני דלקת בעור או סימני פקקת ורידים עמוקה.

דפקים היקפיים :

נמושו שווים בכל התחנות.

נוירולוגית :

כח גס, טונוס והחזרים גדיים תקינים. תחושה שיטחית, עצבים קרניאליים, ותפקודי מח קטן תקינים בבינסקי שלילי דו צדדי.

תיאור א.ק.ג :

סינוס 100, PR 0.16, ציר +60 .

צילום חזה :

+בטן ריק תקינים.

בדיקות מעבדה: מצורף לסיכום.**בדיקות ובירורים:**

צילום (PA + LAT) בית החזה	אין עדות לממצא פלוירו-פולמונלי חריף.
09/03/2010	
צילום בטן סקירה (בעמידה ושבכיבה)	מבנים סמיכים כנראה שאריות חומר ניגוד יותר מימין, לקורלציה עם אנמזה.
09/03/2010	תוכן רב בקולון.
בדיקת אולטרא-סאונד של הבטן	הכבד - בגודל ומרקם תקינים.
11/03/2010	כיס המרה - במראה תקין, לא הודגמו אבנים בתוכו, אין רגישות ללחץ עליו.
	צנור המרה המשותף - אינו מורחב.
	הלבלב - במראה תקין.
	הטחול - בגודל ומרקם תקינים.
	כליה ימנית - בקוטב עליון מוקד אקוגני עגול. ציסטה אקוגנית? אחר?
	כליה שמאלית - במבנה תקין.
	האאורטה הבטנית - אינה מורחבת.
	לא הודגמו קשרי לימפה פרא-אאורטלים מוגדלים.
	שלפוחית השתן - במראה תקין.
	ערמונית - בנפח כ- 39 סמ"ק.
	לא הודגם נזל פריטוניאלי חופשי.

מהלך ודיון:

בן 48. סוכרתי והיפרטנסיבי. סובל מכאב כרוני ברגליים כמתואר בחלקו מנירופתיה סוכרתית. מטופל באוקסיקונטין, מדבקות BUTRANS נגד כאב, ליריקה. בימים האחרונים נמצא בדחק נפשי ובמקביל מרגיש חולשה, כאב בטן. ע"פ דבריו מקיא רבות. נבדק ע"י כיורג בוצע צ.בטן ריק-אין ממצא חריג. סונגרם בטן תקין. סוכר בקבלתו 218 מ"ג%, אינו מקפיד לקחת טיפול לאיזון סוכרת ויתר לחץ דם. TSH תקין. HBA1C נשלח. נשלל אורטוסטטיס.

טופל בעירוי נוזלים + פרמין + פנרגן + הטיפול הקבוע. בהשפעה טובה. מדי פעם מקיא. נבדק ע"י רופא סוכרת ולדעתו לא ניתן לשלול גסטרופתיה סוכרתית כחלק מנירופתיה.

ביום השיחרור ותוך עמידה התרשמו מווסקונסטריקציה של כלי דם בכפות הידיים המזכירים LIVEDO-RETICULARIS. דפקים שמורים. הוסף טיפול בריטיל.

משתחרר במצב יציב. סוכר סביב 170 מ"ג%.

תרופות מומלצות:

משך	תדירות	כמות	מתן	מינון	שם תרופה
	יום / 2				januet--50/1000
	יום / 3			4 mg	TAB NOVONORM 2 MG
					לודא שאוכל.
	יום / 1				TAB LORIVAN 1.0 MG
					morning
	יום / 1			0.5 mg	TAB LORIVAN 1.0 MG
	יום / 2				TAB OXYCONTIN 20 MG
	יום / 1				TAB PRAVALIP 20
	יום / 1			100 mg	vitamin B1
					TRIPLE B1 T X1
					DIASPORAL1 T X1
	יום / 1				TAB RECITAL 20 MG
				10 mg	PAT BUTRANS 10
					מדבקה פעם בשבוע.
1 יום					TAB CARTIA 100 MG

המלצות:

מעקב ואיזון סוכרת ולחץ דם.
לשקול גסטרוסקופיה.
רפואה שלמה.

תאריך הפקה: 11/03/2010

שם הרופא המסכם: ד"ר מחמיד סאלח מ.ר 19374

שם הרופא המאשר: ד"ר שמעוני צבי מ.ר 16720

חתימה:

ד"ר מחמיד סאלח
מ.ר 19374
נמסר לידי מיניסטר
של הבריאות

בית חולים לניאדו - קרית צאנו

סיכום תוצאות מעבדה



10036568 1

מחלקה: פנימית ב

תאריך לידה: 18/10/1961

תעודת זהות: 1-057327827

שם: רום דויד

ביוכימיה

שם המבחן	יחידות	ערך יחוס	תוצאה ראשונה	תוצאה אחרונה	תוצאה באשפוז	תוצאה באשפוז
Hemolysis		0.00 - 15.00	10/03/10 <15.00			
Turbidity		0.00 - 20.00	10/03/10 <20.00			
Icteric		0.00 - 2.00	10/03/10 <2.00			
Glucose	mg/dL	70 - 110	09/03/10 H 218	10/03/10 H 188	10/03/10 H 188	09/03/10 H 218
BUN	mg/dL	7 - 21	09/03/10 15	10/03/10 12	10/03/10 12	09/03/10 15
Sodium	mmol/L	135.0 - 146.0	09/03/10 144.0	10/03/10 144.4	10/03/10 144.0	10/03/10 144.4
Potassium	mmol/L	3.4 - 5.1	09/03/10 4.0	10/03/10 3.8	10/03/10 3.8	09/03/10 4.0
Chloride	mmol/L	98 - 107	10/03/10 105			
Osmol (Calc)	mOsm/Kg	250 - 301	09/03/10 294	10/03/10 292	10/03/10 292	09/03/10 294
Creatinine	mg/dL	0.7 - 1.3	09/03/10 0.9	10/03/10 0.8	10/03/10 0.8	09/03/10 0.9
Uric Acid	mg/dL	3.5 - 8.5	10/03/10 3.6			
Calcium	mg/dL	8.4 - 10.2	10/03/10 9.6			
Phosphorous	mg/dL	2.3 - 4.5	10/03/10 4.2			
Total Protein	g/dL	6.3 - 8.2	09/03/10 H 8.6	10/03/10 7.0	10/03/10 7.0	09/03/10 H 8.6
Albumin	g/dL	3.5 - 5.0	09/03/10 H 5.6	10/03/10 4.7	10/03/10 4.7	09/03/10 H 5.6
Globulin	g/dL	2.80 - 3.50	09/03/10 3.00	10/03/10 L 2.30	10/03/10 L 2.30	09/03/10 3.00
Total Bilirubin	mg/dL	0.20 - 1.30	09/03/10 0.80	10/03/10 0.41	10/03/10 0.41	09/03/10 0.80
CK	IU/L	55 - 170	10/03/10 H ! 403			
CK-MB	IU/L	2 - 16	10/03/10 11			
Alkaline Phos.	IU/L	38 - 126	09/03/10 89	10/03/10 73	10/03/10 73	09/03/10 89
Amylase	IU/L	30 - 110	09/03/10 51			
AST	IU/L	15 - 59	09/03/10 24	10/03/10 23	10/03/10 23	09/03/10 24
ALT	IU/L	21 - 72	09/03/10 26			
LDH	IU/L	313 - 618	10/03/10 527			
Gamma GT	IU/L	15 - 73	09/03/10 27			

בית חולים לניאדו - קרית צאנו

סיכום תוצאות מעבדה

דף 2 מתוך 2



10036568 1

מחלקה: פנימית ב

תאריך לידה: 18/10/1961

תעודת זהות: 1-057327827

שם: רום דויד

המטולוגיה

שם הבדיקה	יחידות	ערכי יחוס	תוצאה ראשונה	תוצאה אחרונה	מינימום באשפה	מקסימום באשפה
WBC	K/uL	4.0 - 11.0	09/03/10 H ! 14.9	10/03/10 H 12.6	10/03/10 H 12.6	09/03/10 H ! 14.9
RBC	M/uL	4.00 - 6.50	09/03/10 5.26	10/03/10 4.76	10/03/10 4.76	09/03/10 5.26
HGB	g/dL	13.0 - 18.0	09/03/10 15.5	10/03/10 14.3	10/03/10 14.3	09/03/10 15.5
HCT	%	37.0 - 52.0	09/03/10 44.5	10/03/10 41.0	10/03/10 41.0	09/03/10 44.5
MCV	fL	76.0 - 96.0	09/03/10 84.6	10/03/10 86.1	09/03/10 84.6	10/03/10 86.1
MCH	pg	27.0 - 34.0	09/03/10 29.5	10/03/10 30.0	09/03/10 29.5	10/03/10 30.0
MCHC	g/dL	30.0 - 37.0	09/03/10 34.9	10/03/10 34.9	09/03/10 34.9	09/03/10 34.9
RDW	%	11.0 - 15.0	09/03/10 12.5	10/03/10 12.7	09/03/10 12.5	10/03/10 12.7
PLT	K/uL	140 - 450	09/03/10 304	10/03/10 278	10/03/10 278	09/03/10 304
MPV	fL	6.5 - 10.1	09/03/10 8.5	10/03/10 9.0	09/03/10 8.5	10/03/10 9.0
Hyperchromia	%	0.0 - 4.0	09/03/10 3.0	10/03/10 1.6	10/03/10 1.6	09/03/10 3.0
Hypochromia	%	0.0 - 4.0	09/03/10 0.1	10/03/10 0.2	09/03/10 0.1	10/03/10 0.2
Microcytes	%	0.0 - 2.5	09/03/10 0.7	10/03/10 0.6	10/03/10 0.6	09/03/10 0.7
Macrocytes	%	0.0 - 2.5	09/03/10 0.1	10/03/10 0.2	09/03/10 0.1	10/03/10 0.2
Large Unstained Cell	%	0.00 - 4.00	09/03/10 1.30	10/03/10 1.40	09/03/10 1.30	10/03/10 1.40
Large Unstained Cell	K/uL	0.0 - 0.4	09/03/10 0.2	10/03/10 0.2	09/03/10 0.2	09/03/10 0.2
Neutrophils	%	40.0 - 75.0	09/03/10 H 81.7	10/03/10 H 80.3	10/03/10 H 80.3	09/03/10 H 81.7
Monocytes	%	2.0 - 10.0	09/03/10 6.1	10/03/10 5.8	10/03/10 5.8	09/03/10 6.1
Lymphocytes	%	20.0 - 45.0	09/03/10 L 9.5	10/03/10 L 12.2	09/03/10 L 9.5	10/03/10 L 12.2
Eosinophils	%	1.0 - 6.0	09/03/10 1.1	10/03/10 L 0.1	10/03/10 L 0.1	09/03/10 1.1
Basophils	%	0.0 - 1.0	09/03/10 0.4	10/03/10 0.2	10/03/10 0.2	09/03/10 0.4
Neutrophils	K/uL	2.0 - 8.0	09/03/10 H 12.2	10/03/10 H 10.1	10/03/10 H 10.1	09/03/10 H 12.2
Monocytes	K/uL	0.2 - 0.9	09/03/10 0.9	10/03/10 0.7	10/03/10 0.7	09/03/10 0.9
Lymphocytes	K/uL	1.5 - 4.0	09/03/10 L 1.4	10/03/10 1.5	09/03/10 L 1.4	10/03/10 1.5
Eosinophils	K/uL	0.0 - 0.4	09/03/10 0.2	10/03/10 0.0	10/03/10 0.0	09/03/10 0.2
Basophils	K/uL	0.0 - 0.2	09/03/10 0.1	10/03/10 0.0	10/03/10 0.0	09/03/10 0.1
		-	09/03/10 0.3	10/03/10 0.2	10/03/10 0.2	09/03/10 0.3
ESR	mm/hr	1.0 - 15.0	10/03/10 10.0			

אנדו

שם הבדיקה	יחידות	ערכי יחוס	תוצאה ראשונה	תוצאה אחרונה	מינימום באשפה	מקסימום באשפה
TSH	uIU/mL	0.35 - 4.94	10/03/10 0.56			

	מרשם  10036568	מחלקה: פנימית ב מנהל: ד"ר צבי שמעוני טלפון: 09-8604610 פקס: 09-8609294 ד"א: zshimoni@laniado.org.il
---	--	--

פרטים אישיים

שם האב: דב טלפון: 052 5577999 גורם מממן: פרטי אזרח ישראל	מין: ז גיל: 48.4	שם פרטי: דויד ת' לידה: 18.10.1961 תעודת זהות: 1-057327827 כתובת: יקינתון 67 כפר יונה
---	--	--

משך	תדירות	כמות	מתן	מינון	שם תרופה
	יום / 2				januet--50/1000
TAB	יום / 3			4 mg	NOVONORM 2 MG לוודא שאוכל.
TAB	יום / 1				LORIVAN 1.0 MG morning
TAB	יום / 1			0.5 mg	LORIVAN 1.0 MG
TAB	יום / 2				OXYCONTIN 20 MG
TAB	יום / 1				PRAVALIP 20
	יום / 1			100 mg	vitamin B1
					TRIPLE B1 T X1
					DIASPORAL1 T X1
TAB	יום / 1				RECITAL 20 MG
PAT				10 mg	BUTRANS 10 מדבקה פעם בשבוע.
TAB	1 יום				CARTIA 100 MG

חתימה: לניאדו
לניאדו
לניאדו

תאריך: 11.03.2010 שם רופא: ד"ר מחמיד סאלח מ.ר. 19374



015511

ד"ר שיף-קרן ברקת

טיפול בכאב

התמחויות:

מומחית ברפואה לשיכון כאב

מומחית בהרדמה

טלפון: 072-2131015

פקס: 03-6202936

כתובת: תש"ח 2, תל אביב - יפו (פינת ארלוזורוב 111)

פרטי הנבדק:			שם משפחה: רום			שם פרטי: דוד			ת.ז.: 57327827		
			ת.לידה: 18/10/1961			מ.י.נ: ז			טל.עבודה/נייד: 0525577999		
0057327827			כתובת: , בית זית			טלפון: 0526229999			מיקוד 9081502		

תשובת יועץ

לכבוד:

ד"ר פרלוב אלה

בבדיקה שנעשתה ב: 24/01/2021

עקב: שנים רבות ידוע כסובל מ-MOTOR NEUROPATHY - SENSOR על רקע DM. בשנה אחרונה עבר בעיות כלליות רבות ו לאור כך -החמרה בכאבים ופראסטיות ברגליים. עבר כריתת FEOCHROMOCYTOMA עם שיפור ברמות סוכר. עבר NCV -נוירופתיה קשה. טופל בעבר ב LYRICA ו CYMBALTA -ללא שיפור.טופל ב TEGRETOL 400 עד לפני ניתוח מטופל ב טופל ב TEGRETOL -גם - ללא שיפור. + OXICONTINE - TRAMADEX מטופל באלפה ליפויק אציד בבדיקות דם - 7.28 - HGBA1C ירד מ 14. ניבדק במרפאת כאב בהדסה -ניסיון טיפול ב LIDOCAINE -גרם לעליה בלחץ דם מאומד לבקנביס ניסיון טיפול בשילוב של TRAMADEX ו ELATROL - ללא שיפור -עדיין כאבים ופראסטיות רבות ואי יציבות בהליכה. מצוין גזים רבים ודחיפות בצורך לשירותים.טופל על ידי גסטרו ב AB עם שיפור אך לאחר הפסקה -שוב אותו סימנים. לחולה יש הפניה למרפאת כאב נזמין אותו בהתאם

• MEDICATION REQUEST

אבחנה:

סיכום והמלצות: לידיעתך. אבקש שרופא המשפחה ישלח מכתב על כך שיודע.**ביקורת והמשך מעקב:** מוזמן למעקב: על פי צורך

24/01/2021

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

*** טיוטא לצורך התחשבות בלבד ***

גליון סיכום מחלה אשפוז תאריך הדפסה: 25.07.2023

תאריך כתיבת הסיכום: 24.07.23

מס. רשומה: 5732782

תאריך כניסה: 18.07.23 תאריך שחרור: 23.07.23

סוג הסיכום: סופי

מחלקה: אורתופדיה א' מחלקה ע"כ קוד מחלקה: 100400 ת. כ. למחלקה: 23.07.23-18.07.23

שם משפחה: רום שם פרטי: דויד שנת לידה: 18/10/1961
כתובת: שטיינברג יחיאל 81 ירושלים

אבחנות:

) ONYCHIA AND PARONYCHIA OF FINGER (681.02

) FIBROMYALGIA (729.1.03

) DIABETES MELLITUS, TYPE 2 (250.00.09

פרוצדורות:

מחלקות באשפוז :

אורתופדיה א' מחלקה ע"כ: 23.07.23 - 18.07.23

סיכום המחלה

סיבת הפניה

פנה עקב כאבים באצבע

מחלה נוכחית

בן (9) 61, יליד ישראל.

ברקע סוכרת, פיברומיאלגיה אינו נוטל תרופות באופן קבוע (הפסיק על דעת עצמו).

יומיים טרם קבלתו מתאר חבלת אצבע קלה. היום כאבים בקצה אצבע 3 יד ימין הגיע לאורתופד שביצע פתיחה ורשם אנטיביוטיקה PO. מגיע בשל כאבים.

תרופות בבית

הערות	משך	תדירות	מינון	שם התרופה	צורת	דרך
					הופעה	מתן
			Tab 1	Duplex 5/160	Tab	ORAL
					Film	
					Coate	
					d	
			Mg 10	Empagliflozin	Tab	ORAL
					Film	
					Coate	
					d	

רגישויות

קיימות רגישויות המפורטות למטה:

סוג רגישות	תיאור רגישות	התבטאות	הערות
	Simvastatin Teva		

*** מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות - המוסרו שלא כדין עובר עבירה ***

*** הופק עבור הרופא המחוזי של קופ"ח מכבי ***

הרגלים

לא מעשן
לא נוטל סמים
שימוש סדיר
בקנאביס: לא
לא שותה אלכוהול
ללא בעיות שינה
פעילות גופנית: לא

מדדים בקבלה
חום: 36.5 דופק: 72
לחץ דם יד ימין 158/95
סטורציה: 95% תנאי נשימה: R.A

אומדן כאב VAS תוצאה 2

בדיקה גופנית
אצבע 3 יד ימין כואבת נפוחה כולה עם פתיחה זעירה ללא רושם לקולקציה

מהלך וסיכום
מדובר במטופל שהתקבל למחלקה בעקבות זיהום בקצה אצבע 3 מימין
במיון עבר פתיחה וניקוז אבצס של אצבע

במהלך אשפוזו במחלקה, טופל אנטיביוטית באוגמנטין IV.
שיפור קליני ניכר תחת טיפול זה.
ביצע ריפוי בעיסוק.

משתחרר לביתו עם המלצות הבאות :

- הנחיות בשחרור
- המשך מעקב רופא מטפל בקהילה
 - המשך טיפול באנטיביוטיקה פומי להשלמת שבועיים טיפול (לפי מרשם רפואי)
 - ביקורת מרפאת אורתופדית כף יד בעוד שבוע, (הזמנת תור בטלפון 02-5842111).
 - משככי כאבים לפי הצורך
 - החלפת חבישה יומיות לאחר שטיפה טובה עם מים וסבון. חבישה יבשה.
 - הפעלת אצבעות. זקוק לריפוי בעיסוק
 - בכל החמרה יש לשוב למיון

טיפול תרופתי מומלץ - Recommended Medical Therapy

הערות	משך	תדירות	מינון	שם התרופה	צורת	דרך
					הופע	מתן
					ה	
	10	4 פעמים ביום	Tab 1	Rokacet Plus	Tab	ORAL
	ימים					
	10	3 פעמים ביום	1000 Tab	Augment. 875/125	Tab	ORAL
	ימים					

*** מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות - המוסרו שלא כדין עובר עבירה ***
*** הופק עבור הרופא המחוזי של קופ"ח מכבי ***

*** טיוטא לצורך התחשבנות בלבד ***

רופא מאשר: דר' ויסטוב עדן יצחק

נחתם אלקטרונית

רופא בכיר: דר' וולק עידו

*** מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות - המוסרו שלא כדין עובר עבירה ***
*** הופק עבור הרופא המחוזי של קופ"ח מכבי ***

*** טיוטא לצורך התחשבות בלבד ***

גליון סיכום מחלה אשפוז תאריך הדפסה: 25.07.2023

תאריך כתיבת הסיכום: 24.07.23

מס. רשומה: 5732782

תאריך כניסה: 18.07.23 תאריך שחרור: 23.07.23

סוג הסיכום: סופי

מחלקה: אורתופדיה א' מחלקה ע"כ קוד מחלקה: 100400 ת. כ. למחלקה: 23.07.23-18.07.23

שם משפחה: רום שם פרטי: דויד שנת לידה: 18/10/1961
כתובת: שטיינברג יחיאל 81 ירושלים

אבחנות:

) ONYCHIA AND PARONYCHIA OF FINGER (681.02

) FIBROMYALGIA (729.1.03

) DIABETES MELLITUS, TYPE 2 (250.00.09

פרוצדורות:

מחלקות באשפוז :

אורתופדיה א' מחלקה ע"כ: 23.07.23 - 18.07.23

סיכום המחלה

סיבת הפניה

פנה עקב כאבים באצבע

מחלה נוכחית

בן (9) 61, יליד ישראל.

ברקע סוכרת, פיברומיאלגיה אינו נוטל תרופות באופן קבוע (הפסיק על דעת עצמו).

יומיים טרם קבלתו מתאר חבלת אצבע קלה. היום כאבים בקצה אצבע 3 יד ימין הגיע לאורתופד שביצע פתיחה ורשם אנטיביוטיקה PO. מגיע בשל כאבים.

תרופות בבית

הערות	משך	תדירות	מינון	שם התרופה	צורת	דרך
					הופעה	מתן
			Tab 1	Duplex 5/160	Tab	ORAL
					Film	
					Coate	
					d	
			Mg 10	Empagliflozin	Tab	ORAL
					Film	
					Coate	
					d	

רגישויות

קיימות רגישויות המפורטות למטה:

סוג רגישות	תיאור רגישות	התבטאות	הערות
	Simvastatin Teva		

*** מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות - המוסרו שלא כדין עובר עבירה ***

*** הופק עבור הרופא המחוזי של קופ"ח מכבי ***

הרגלים

לא מעשן
לא נוטל סמים
שימוש סדיר
בקנאביס: לא
לא שותה אלכוהול
ללא בעיות שינה
פעילות גופנית: לא

מדדים בקבלה
חום: 36.5 דופק: 72
לחץ דם יד ימין 158/95
סטורציה: 95% תנאי נשימה: R.A

אומדן כאב VAS תוצאה 2

בדיקה גופנית
אצבע 3 יד ימין כואבת נפוחה כולה עם פתיחה זעירה ללא רושם לקולקציה

מהלך וסיכום
מדובר במטופל שהתקבל למחלקה בעקבות זיהום בקצה אצבע 3 מימין
במיון עבר פתיחה וניקוז אבצס של אצבע

במהלך אשפוזו במחלקה, טופל אנטיביוטית באוגמנטין IV.
שיפור קליני ניכר תחת טיפול זה.
ביצע ריפוי בעיסוק.

משתחרר לביתו עם המלצות הבאות :

- הנחיות בשחרור
- המשך מעקב רופא מטפל בקהילה
 - המשך טיפול באנטיביוטיקה פומי להשלמת שבועיים טיפול (לפי מרשם רפואי)
 - ביקורת מרפאת אורתופדית כף יד בעוד שבוע, (הזמנת תור בטלפון 02-5842111).
 - משככי כאבים לפי הצורך
 - החלפת חבישה יומיות לאחר שטיפה טובה עם מים וסבון. חבישה יבשה.
 - הפעלת אצבעות. זקוק לריפוי בעיסוק
 - בכל החמרה יש לשוב למיון

טיפול תרופתי מומלץ - Recommended Medical Therapy

הערות	משך	תדירות	מינון	שם התרופה	צורת	דרך
					הופע	מתן
					ה	
	10	4 פעמים ביום	Tab 1	Rokacet Plus	Tab	ORAL
	ימים					
	10	3 פעמים ביום	1000 Tab	Augment. 875/125	Tab	ORAL
	ימים					

*** מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות - המוסרו שלא כדין עובר עבירה ***
*** הופק עבור הרופא המחוזי של קופ"ח מכבי ***

*** טיוטא לצורך התחשבנות בלבד ***

רופא מאשר: דר' ויסטוב עדן יצחק

נחתם אלקטרונית

רופא בכיר: דר' וולק עידו

*** מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות - המוסרו שלא כדין עובר עבירה ***
*** הופק עבור הרופא המחוזי של קופ"ח מכבי ***



028983



קוד הפניה: 395600448

טלפון: 02-5940444

פקס: 073-2132691

כתובת: משה דיין 30 ת.ד. 44128 ים

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 57327827

שם פרטי: דוד

שם משפחה: רום

טל.עבודה/נייד: 0525577999

מין: ז

18/10/1961

ת.לידה:

מיקוד 9081502

שטיינברג יחיאל 18/3, ירושלים

כתובת:



0057327827

התייעצות מומחה

- במכבי

עיניים

תחום שירות:

תלונות:

עבר מדר' פרלוב
חולה סכרת לא מאוזן!!!!!!
במעקב אצל אנדוקריןולוג בשערי צדק
לפי דבריו ללא טיפול כנדרש
הוזבר על חשיבות רבה בטיפול בסכרת!!!!!!
סוכם לבצע בדיקת דם ולהחליט על טיפול

אבחנה:

• TEST LABORATORY

מעש/ת: לא

בעיות ידועות:

- PHEOCHROMOCYTOMA Status Post (10/2018)
- CANNABIS- MEDICAL USER (12/2022)
- DIABETES MELLITUS TYPE II(ADULT ONSET NON I (12/2004)
- HYPERLIPIDEMIA (07/2014)
- HYPERTENSION (07/2021)
- MYOCARDIAL INFARCTION ACUTE Status Post (12/2019)
- POLYNEUROPATHY (11/2009) severe demyelination. ?? CIDP. Tel Hashomer electrophys w/u - somewhat assynetric, motor and sensory with distal> proximal involvement. Axonal and demyelination. Could be DM but must r/o other including inflammatory/vasculitic
- FATTY LIVER (12/2006)
- DIABETIC RETINOPATHY PROLIFERATIVE (07/2019)
- PSORIASIS (09/2017)
- DRUG HYPERSENSITIVITY (11/2016) STATIN

תרופות קבועות:

- LIBRE 2 SENSOR FL 1 1X2X30
- JARDIANCE DUO 12.5/1000 1X2X30
- TRAMADOL 100MG X 30 1X2X90

מטרת ההפניה: מעקב סכרת

** 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 - 08/09/2024 עד תאריך - 07/03/2025

08/09/2024

חתימה וחומת

תאריך

תאריך: 08/09/2024

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



028983

ד"ר פלוי יבגניה

משפחה, פנימית וכללית

טלפון: 02-5940444

פקס: 073-2132691

כתובת: משה דיין 30 ת.ד. 44128 י-ם

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 57327827

שם פרטי: דוד

שם משפחה: רום

טל.עבודה/נייד: 0525577999

מין: ז

ת.לידה: 18/10/1961



מיקוד 9081502

שטיינברג יחיאל 18/3, ירושלים

כתובת:

0057327827

תמצית הביקור מתאריך 08/09/2024 בשעה 16:21

תאריך הביקור: 08/09/2024

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

הפניות, אשורים ודפי מידע

סוג	שם/תיאור	מתאריך	עד תאריך
הפניה	בדיקות מעבדה		
הפניה	התייעצות מומחה: עיניים		

002876377661

מר גורם מפנה



ד"ר שיף-קרן ברקת

טיפול בכאב

התמחויות:

מומחית ברפואה לשיכון כאב

מומחית בהרדמה

טלפון: 072-2131015

פקס: 03-6202936

כתובת: תש"ח 2, תל אביב - יפו (בנין שקל קומה 6)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 57327827

שם פרטי: דוד

שם משפחה: רום

טל.עבודה/נייד: 0525577999

מין: ז

ת.לידה: 18/10/1961



מיקוד: 9081502

כתובת: שטיינברג יחיאל 18/3, ירושלים

ת.לידה: 18/10/1961

0057327827

תשובת יועץ

לכבוד:

ד"ר פלוי יבגניה

בבדיקה שנעשתה ב: 11/11/2024

עקב: בביקור בתאריך 24/01/2021 בשעה 13:58:31

שנים רבות ידוע כסובל מ-MOTOR NEUROPATHY - SENSOR ברגליים על רקע DM. בשנה אחרונה עבר בעיות כלליות רבות ו לאור כך -החמרה בכאבים ופראסטיות ברגליים. עבר כריתת PHEOCHROMOCYTOMA עם שיפור ברמות סוכר. עבר NCV -נוירופתיה קשה. טופל בעבר ב-LYRICA ו CYMBALTA -ללא שיפור.טופל ב-TEGRETOL 400 עד לפני ניתוח מטופל ב טופל ב TEGRETOL -גם - ללא שיפור. + TRAMADEX - OXICONTINE מטופל באלפה ליפויק אציד בבדיקות דם - 7.28 - HGBA1C ירד מי 14. נבדק במרפאת כאב בהדסה -ניסיון טיפול ב-LIDOCAINE -גרם לעליה בלחץ דם טיפול בשילוב של TRAMADEX ו ELATROL -ללא שיפור -עדיין כאבים ופראסטיות רבות ואי יציבות בהליכה. מציין גזים רבים ודחיפות בצורך לשירותים.טופל על ידי גסטרו ב AB עם שיפור אך לאחר הפסקה -שוב אותו סימנים.

לחולה יש הפניה למרפאת כאב נזמין אותו בהתאם

בביקור בתאריך 28/04/2021 בשעה 13:41:04

יש לו הפרעה גם בעצבוב של מע העכול יש לו כאבים בבטן מטופל גם בהזרקות אווסטין לעינים כל חודש בגלל בצקת בלחמית אתן לחולה בשלב ראשון T1C20 ליום בבוקר ובצהרים וללילה T5C5

בביקור בתאריך 24/11/2021 בשעה 15:04:27

יש החמרה בכאב החולה המשיך בטיפה בבוקר וטיפה בצהרים הצעתי לחולה לעבור לסייקי אינהיילר ככ רוצה להמשיך עם המיצויים שקבל

בביקור בתאריך 08/11/2022 בשעה 10:38:57

היתה לו שנה מאתגרת לא הסתדר עם הטיפות מציעה שיקח בבוקר ובצהרים T1C28 ובערב כשעתים לפני השינה T5C5 יתחיל ביום עם טיפה אחת בבוקר וטיפה אחת בצהרים ובליילה 2 טיפות בכל שאלה מומלץ לפנות אחינו המטרה היא לעלות במינון עד שנגיע לאפקט אופטימלי

בביקור בתאריך 23/10/2023 בשעה 10:19:37

נשנה את המוצרים כך שיוכל להשתמש גם בתפרחות אתן לו 10 גרם T3C15 ליום ועוד 10 גרם T10C10 ללילה

בביקור בתאריך 11/11/2024 בשעה 11:04:38

מידי פעם יש בלילות התקפים של התכווצויות קלוניות ברגלים ההתקפים לא מופיעים באותה תדירות שהיה בעבר אבל זה קורה בין אחת לשבועיים לאחת לחודש - המלתתי לחולה לפנות לנוירולוג

הקנבים מקל עליו מאוד

אוסף לחולה מיצוי של CBD שאותם יקח מסביב לשעון בבליעה להרגעה אבקש לכן את המשך הרישיון עם 10 גרם T0C30 במיצוי ועוד 10 גרם T3C15 ועוד 10 גרם T10C10

ממצאים: בביקור בתאריך 28/04/2021 בשעה 13:41:04



פרטי הנבדק:

ת.ז.: 57327827

שם פרטי: דוד

שם משפחה: רום

טל.עבודה/נייד: 0525577999

מין: ז

18/10/1961

ת.לידה:



מיקוד 9081502

שטיינברג יחיאל 18/3, ירושלים

כתובת:

0057327827

תשובת יועץ

בביקור בתאריך 24/11/2021 בשעה 15:04:27

בביקור בתאריך 08/11/2022 בשעה 10:38:57

בביקור בתאריך 23/10/2023 בשעה 10:19:37

בביקור בתאריך 11/11/2024 בשעה 11:04:38

דיון ואבחנה מبدלת:

בביקור בתאריך 23/10/2023 בשעה 10:19:37

בביקור בתאריך 11/11/2024 בשעה 11:04:38

אבחנה:

- PAIN CHRONIC
- CANNABIS- MEDICAL USER
- INSULIN DEPENDENT DIABETES MELLITUS
- PHEOCHROMOCYTOMA Status Post adrenalectomy

סיכום והמלצות:

מידי פעם יש בלילות התקפים של התכווצויות קלוניות ברגלים
ההתקפים לא מופיעים באותה תדירות שהיה בעבר אבל זה קורה בין אחת לשבועיים לאחת לחודש - המלתתי לחולה
לפנות לנזירולוג
הקנביס מקל עליו מאוד
אוסף לחולה מיצוי של CBD שאותם יקח מסביב לשעון בבליעה להרגעה
אבקש לכן את המשך הרישיון עם 10 גרם T0C30 במיצוי ועוד 10 גרם T3C15 ועוד 10 גרם T10C10

11/11/2024

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

תאריך: 11/11/2024

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



015511

ד"ר שיף-קרן ברקת

טיפול בכאב

התמחויות:

מומחית ברפואה לשיכוך כאב

מומחית בהרדמה

טלפון: 072-2131015

פקס: 03-6202936

כתובת: תש"ח 2, תל אביב - יפו (בנין שקל קומה 6)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 57327827

שם פרטי: דוד

שם משפחה: רום

טל.עבודה/נייד: 0525577999

מין: ז

ת.לידה: 18/10/1961



0057327827

מיקוד 9081502

שטיינברג יחיאל 18/3, ירושלים

כתובת:

תמצית הביקור מתאריך 11/11/2024 בשעה 11:04

תאריך הביקור: 11/11/2024

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

הפניות, אשורים ודפי מידע

סוג	שם/תיאור	מתאריך	עד תאריך
אישור	תשובת יועץ		

002939036491



פרטי הנבדק:

ת.ז.: 57327827

שם פרטי: דוד

שם משפחה: רום

טל.עבודה/נייד: 0525577999

מין: ז

ת.לידה: 18/10/1961



מיקוד: 9081502

שטיינברג יחיאל 18/3, ירושלים

כתובת:

0057327827

תמצית הביקור מתאריך 25/02/2025 בשעה 15:26

תאריך הביקור: 25/02/2025

מקור המידע	הערות
העברת טפסים באופן יזום לאתר המטופל	בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

הפניות, אשורים ודפי מידע

סוג	שם/תיאור	מתאריך	עד תאריך
אישור	אישור רפואי		



פרטי הנבדק:

ת.ז.: 57327827

שם פרטי: דוד

שם משפחה: רום

טל.עבודה/נייד: 0525577999

מין: ז

18/10/1961

ת.לידה:



מיקוד 9081502

שטיינברג יחיאל 18/3, ירושלים

כתובת:

0057327827

אישור רפואי

תלונות:

בן 63

פצעים ברגליים

ברקע סוכרת עם בעיות עיניים, IHD

מתקשה בעמידה והליכה

אבחנות:

• LOWER LIMB OPEN WOUND SITE UNS

בעיות ידועות:

- PHEOCHROMOCYTOMA Status Post (10/2018)
- CANNABIS- MEDICAL USER (12/2022)
- DIABETES MELLITUS TYPE II(ADULT ONSET NON I (12/2004)
- HYPERLIPIDEMIA (07/2014)
- HYPERTENSION (07/2021)
- MYOCARDIAL INFARCTION ACUTE Status Post (12/2019)
- POLYNEUROPATHY (11/2009) severe demyelination. ?? CIDP. Tel Hashomer electrophys w/u - somewhat assynetric, motor and sensory with distal> proximal involvement. Axonal and demyelination. Could be DM but must r/o other including inflammatory/vasculitic
- FATTY LIVER (12/2006)
- DIABETIC RETINOPATHY PROLIFERATIVE (07/2019)
- PSORIASIS (09/2017)
- DRUG HYPERSENSITIVITY (11/2016) STATIN

תרופות קבועות:

- LIBRE 2 SENSOR FL 1 1X2X30
- JARDIANCE DUO 12.5/1000 1X2X30

הערות:

סובל ממספר בעיות כלליות ואורטופדיות בדרגת חומרה קשה. תנועתו בדרך ללא רכב מחמירה את מצבו הרפואי ולכן זקוק לתו נכה לצמיתות

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 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.

25/02/2025

תאריך

חתימה וחותמת הרופא



012047

טלפון: 03-6438840

פקס: 0733856530

כתובת: הארבעה 28, תל אביב (פינת רח' ארניה אוסוולדו 29 מגדל דרומי קומה 3)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 57327827

שם פרטי: דוד

שם משפחה: רום

טל.עבודה/נייד: 0525577999

מין: ז

ת.לידה: 18/10/1961



מיקוד 9081502

שטיינברג יחיאל 18/3, ירושלים

כתובת:

0057327827

תמצית הביקור מתאריך 10/03/2025 בשעה 08:16

תאריך הביקור: 10/03/2025

מוזמן למעקב: יש להגיע למעקב בעוד כ 1 חודשים

הפניות, אשורים ודפי מידע

סוג	שם /תיאור	מתאריך	עד תאריך
הפניה	מכון עיניים: OCT מקולה, פלואורסצין שתי עיניים FA, בדיקת רופא עיניים		



027263

טלפון: 02-5853903

פקס: 02-5821561

כתובת: שד דיין משה 33, ירושלים

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 57327827

שם פרטי: דוד

שם משפחה: רום

טל.עבודה/נייד: 0525577999

מין: ז

18/10/1961

ת.לידה:



מיקוד 9081502

שטיינברג יחיאל 18/3, ירושלים

כתובת:

0057327827

תמצית הביקור מתאריך 11/05/2025 בשעה 19:26

תאריך הביקור: 11/05/2025

המלצות למטופל: דיאטה ללא סוכר

מקור המידע	הערות
העברת טפסים באופן יזום לאחר המטופל	ביקור פיזי במרפאה בהקדם האפשרי. בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

תרופות שנרשמו בביקור:

שם התרופה	מינון והוראות מרשם	שמות החלופות
JARDIANCE DUO 12.5/1000	לבליעה 1 טבליה 2 פעמים ביום, (בוקר 1 טבליה, ערב 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים.	* TAB. JARDIANCE DUO 12.5/1000 < 1 OP > [32902]



028983

טלפון: 02-5940444

פקס: 073-2132691

כתובת: משה דיין 30 ת.ד. 44128 י-ם

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 57327827

שם פרטי: דוד

שם משפחה: רום

טל.עבודה/נייד: 0525577999

מין: ז

18/10/1961

ת.לידה:



0057327827

מיקוד 9081502

שטיינברג יחיאל 18/3, ירושלים

כתובת:

תמצית הביקור מתאריך 14/07/2025 בשעה 11:34

תאריך הביקור: 14/07/2025

מקור המידע	הערות
בקשות מהאתר - מענה הרופא	הטפסים הופקו לבקשתך.

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

תרופות שנרשמו בביקור:

שם התרופה	מינון והוראות מרשם	שמות החלופות
ENSURE P ADV VANI 220 ML	לבליעה 1 1 פעם ביום, (בוקר 1 OP) לתקופה של 5 ימים.	ORAL SOL ENSURE P ADV CHOC 220ML < 5 OP > [10744] ORAL SOL ENSURE P ADV COFF 220 ML < 5 OP > [15405] * ORAL SOL ENSURE P ADV VANI 220 ML < 5 OP > [33261]

מ.ר גורם מפנה



164084

טלפון: 02-9917587

פקס: 073-2132680

כתובת: דרך רבין יצחק 2, בית שמש (קניון נעימי בניין A קומה 1)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 57327827

שם פרטי: דוד

שם משפחה: רום

טל.עבודה/נייד: 0525577999

מין: ז

18/10/1961

ת.לידה:



0057327827

מיקוד 9081502

שטיינברג יחיאל 18/3, ירושלים

כתובת:

תמצית הביקור מתאריך 05/08/2025 בשעה 13:07

תאריך הביקור: 05/08/2025

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

הפניות, אשורים ודפי מידע

סוג	שם/תיאור	מתאריך	עד תאריך
הפניה	US איברים: דופלר עורקים רגל - דו צדדי		

תוצאה נוכחית

4	*	5.6	12.5% Total Hb %	29/04/25	יבגניה פלוי
הערות לבדיקה: סיכון מוגבר - 6.4%-5.7% לסוכרת					
מ-6.5% ומעלה - סוכרת					

תוצאות נוספות

4	*	5.7	11.6% Total Hb.	12/03/24	אלה פרלוב
4	*	5.7	11.5% Total Hb.	15/01/23	מתן אלי סיטרמן
4	*	5.7	7.4% Total Hb.	12/07/21	אלה פרלוב
4	*	5.7	7.2% Total Hb.	31/12/20	אלה פרלוב
4	*	5.7	7.2% Total Hb.	09/06/20	הנרי הרצוג
4	*	5.7	10.9% Total Hb.	15/12/19	אלה פרלוב
4	*	5.7	8.8% Total Hb.	02/06/19	אלה פרלוב
4	*	5.7	9.4% Total Hb.	30/04/19	אלה פרלוב
4	*	5.7	9% Total Hb.	16/12/18	אלה פרלוב
4	*	5.7	8.2% Total Hb.	12/11/18	אלה פרלוב
4	*	5.7	8.5% Total Hb.	03/05/18	אלה פרלוב
4	*	5.7	13.1% Total Hb.	24/07/17	אלה פרלוב
4	*	5.7	11.5% Total Hb.	03/01/17	אלה פרלוב
4	*	5.7	12.4% Total Hb.	21/06/16	אלה פרלוב
4	*	5.7	9.7% Total Hb.	19/02/15	יעל חיה תפוחי ערמון

4	 5.7 *	12.2 % Total Hb.	26/06/14	אסנת וונדי
4	 5.7 *	12.9 % Total Hb.	09/02/14	אורי לקסר הערות לבדיקה: החל מתאריך 02.09.12 חל שינוי בערכי היחוס.
4	 5.7 *	8.7 % Total Hb.	14/11/12	לילאן אלנתן-שטרן הערות לבדיקה: החל מתאריך 02.09.12 חל שינוי בערכי היחוס.
4	 6 *	8.7 % Total Hb.	28/06/12	לילאן אלנתן-שטרן
4	 6 *	8.6 % Total Hb.	20/03/12	לילאן אלנתן-שטרן
4	 6 *	7.5 % Total Hb.	10/04/11	דבי פרס וינשטוק
4	 6 *	7.1 % Total Hb.	19/12/10	מאיה איש שלום
4	 6 *	6.3 % Total Hb.	01/09/10	מאיה איש שלום
4	 6 *	6.9 % Total Hb	21/04/10	דבי פרס וינשטוק
4	 6 *	7.6 % Total Hb	22/10/09	מאיה איש שלום
4	 6 *	9.1 % Total Hb	22/09/09	עדי רון
4	 6 *	14.5 % Total Hb	22/07/09	אלכסנדר רסין
4	 6 *	8.8 % Total Hb	25/12/06	לילאן אלנתן-שטרן
4	 6 *	7.4 % Total Hb.	29/03/06	לילאן אלנתן-שטרן
4	 6 *	6.5 % Total Hb.	27/04/05	לילאן אלנתן-שטרן
4.7	 6.4 *	6.6 % Total Hb.	15/12/04	לילאן אלנתן-שטרן