

סיכום ביקור

תאריך: 14/09/2025

פרטי המטופל:
 שם משפחה ופרטי: **מנשה מאור**
 ת.לידה: 31/10/2004
 מס בית: 4
 ישוב: **תל אביב -**
 טלפון: 50-8263484
 מס זהות: **00214977670**
 רחוב: **יפתח**
 טלפון נוסף: 50-7263484
 גיל: 20.10 מין: ז
 מס זהות: 00214977670

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה
 תאריך תאונה: 04/03/2025

שלום רב,

תאריך הביקור: 14/09/2025

סוג ביקור: 2 תאונת עבודה

מהות הביקור: רגיל

תאריך תאונה: 04/03/2025

תלונות/סיבת הפניה: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 25/03/2025: כאבים בגב תחתון וצוואר לאחר תאונת דרכים מ-4.3.25
 14/09/2025: לדבריו עדיין סובל מכאבים בצוואר / גב תחתון, כמו כן מתלונן על כאבים בכפות רגליו מזה כחודש וחצי

בדיקה גופנית: בדיקה גופנית מתאריך 25/03/2025:

הליכה חופשית
 ע"ש צווארי ללא סמני חבלה ללא דיפורמציה רגישות פראורטברלית במישוש הגבלה בתנועות עקב כאבים
 ע"ש מותני ללא סמני חבלה רגישות במישוש פראספינאלית הגבלה בתנועות עקב כאבים
 אין חוסר עצבי בגפיים
 14/09/2025: גפיים ללא חסר נוירוסקולרי, כח גס שמור ניטב, לא ניכרים סימנים רדיקולריים מובהקים או חולשה דיסטאלית, גב צוואר מלין על הגבלה.

קוד	איפיון	אבחנה
8470		WHIPLASH INJURY
7231		CERVICALGIA
7242		LOW BACK PAIN
7295		PAIN & OTHER SYMPTOMS REFERRABLE TO LIMBS

הפניות	פרטי ההפניה	קוד	סטטוס
הפניה לדימות	78183-צילום עמוד שדרה מותנ	H3	הודפס

סיכום והמלצות: המשך מעקב רופא משפחה
 צילום

רפואה משלימה
 פעילות כפי יכולתו ועל פי סף כאב
 בקורת חוזרת כאן לאחר מכן או על פי הצורך
 משככי כאב לפי הצורך
 מנוחה בעת כאב
 בכל החמרה או שאלה נא לפנות לבדיקת רופא חוזרת
 נא להמנע מהרמת משאות כבדים או משיבה ממושכת

בברכה,

ד"ר (רופא) ירון צרפתי
 82511
 מס' רשיון
 שם הרופא
 חתימה וחותמת הרופא
 נחתם דיגיטלית