

בבית משפט השלום
בנתניה

תאריך חתימת המסמך 25.5.25

כ"ז אייר תשפ"ה, 25/05/2025 החלטה
תיק 64226-05-25
שופטת מירב דניאל בון

התובע:

מאהר אלקרינאוי, ת"ז 316186832
מרחוב אלנבי'אח 214, רהט
טלפון: 053-7447642

התובע ימציא כדין את כתב תביעה
והחלטה זו לידי הנתבעת עד ליום
22.06.25.

תז"פ מזכירות ליום 30.10.25 לקבלת
כתב הגנה ולחילופין הודעת עדכון מטעם
התובע בצירוף אסמכתא בנוגע למועד
ביצוע המסירה.

*** נחתם דיגיטלית ***

ע"י ב"כ עו"ד אריאל פרייברג (מ"ר 62254
מרח' אבא הלל 7, רמת גן
טל': 03-7412358, פקס: 077-3180983
דוא"ל: office@freiberg-law.com

– נ ג ד –

הנתבעת:

שלמה, חברה לביטוח בע"מ ח.פ. 189
מרחוב היצירה 22, פתח תקווה
דוא"ל: tviot.hova@shlomo-bit.co.il

כתב תביעה

סוג התביעה ונושאה: פלג"ד

הסעדים המבוקשים: פיצויים בשל נזקי גוף בהתאם לסמכותו של בית משפט נכבד
זה.

סכום האגרה: 819 ₪ (תקנה 34 לתוספת לתקנות בתי המשפט (אגרות),
תשס"ז – 2007.

תיקים קשורים: לא קיימים תיקים קשורים.

הזמנה לדין (טופס 2 תקנה 10)

הואיל והתובע הגיש למחוז שיפוט זה כתב תביעה נגדך, המצורף בזאת, אתם
מוזמנים להגיש כתב הגנה בתוך 60 ימים מיום שהומצאה לכם הזמנה זו.

לתשומת ליבכם, אם לא תגיש כתב הגנה לפי תקנה 130 לתקנות סדר הדין האזרחי,
התשע"ט – 2018, תהיה לתובע הזכות לקבל פסק דין שלא בפניך.

(1) בעלי הדין :

1. התובע יליד 11.12.95 היה בכל הזמנים הרלוונטיים לתביעה זו המשתמש ו/או הנוהג ברכב הנושא מספר רישוי 86-926-33 (להלן: "**הרכב/ המשאית**").
2. הנתבעת הינה חברת ביטוח הפועלת כחוק בישראל, ובכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו ביטחה את השימוש ברכב על פי הוראות פקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש) תש"ל – 1970.

רצ"ב אישור משטרה ותעודת ביטוח חובה, מסומן "**כנספח 1**".

(2) פירוט הסעד המבוקש באופן תמציתי :

3. התובע נפגע בתאונת דרכים כהגדרתה בחוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים. הנתבעת ביטחה את השימוש ברכב בו אירעה התאונה בביטוח חובה ועל כן עותר התובע לפצותו בגין הנזקים שנגרמו לו בתאונה.

(3) תמצית העובדות הנחוצות לביסוסה של עילת התביעה ומתי נולדה :

4. בתאריך 13.5.24, בשעה 11:30 או בסמוך לכך, בכביש חגשח לקיבוץ שומריה, בסמוך לשער, הרכב בו ישב התהפך והתובע נפגע ונחבל בגופו (להלן: "**התאונה**").
5. לאחר התאונה פונה התובע באמצעות מד"א והובהל לבית החולים סורוקה, בבאר שבע, שהוא סובל מכאבי ראש, סחרחורות וחבלות בצוואר, בגב תחתון, בברך ימין ובקרסול שמאל, בבדיקה קלינית נמצאו חבלות בגב, בצוואר ובגפיים, לאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני אשר כלל בדיקות הדמיה, שוחרר התובע לביתו בהמלצה להמשך מעקב רפואי, נטילת משככי כאבים שונים, תרופות אנטי דלקתיות ומנוחה בת שבוע.
6. התובע פנה למעקב רפואי בקהילה לאחר שהמשיך לסבול מכאבים והגבלה בתנועות רגל ימין, כאבים בצלעות ובבית החזה, בצוואר ובגב. הוא הופנה לביצוע בדיקות הדמיה, המשך טיפול אורתופד מומחה, טיפולי פיזיותרפיה, נטילת משככי כאבים ומנוחה.
7. בדיקת הדמיה שבוצעה לתובע הדגימה בלט דיסק בגובה L2- L3 ובלט דיסק נוסף בגובה L3- L4 והוא הופנה להמשך טיפול רפואי.
8. בעטייה של התאונה, בנוסף לכאבים וההגבלה בצוואר ובגב, החל התובע לסבול מהקרנת הכאבים למפשעה ולאשכים, התובע פנה פעם נוספת לקבלת טיפול רפואי בבית החולים סורוקה, ולאחר ביצוע בדיקות שוחרר בהמלצה להמשך מעקב רפואי בקהילה, נטילת משככי כאבים וניתנו לו תעודות מחלה נוספות



9. התובע אשר בנוסף לכאבים ולהגבלה בתנועות עמוד השדרה המשיך לסבול מקושי בהליכה, צליעה וקושי בהנעת הגפיים התחתונות הופנה לביצוע בדיקות הדמיה נוספות והמשך מעקב רפואי ומנוחה.

10. התובע ביצע סדרת טיפולי פיזיותרפיה, אך חרף טיפוליו ונטילת טיפול תרופתי לשיכוך הכאב, נותר עם כאבים והגבלה והוחלט להפנותו להמשך טיפול ומעקב.

11. אך בתאריך 30.12.24 נבדק ע"י מומחה ברפואה תעסוקתית והותר לו לחזור לעבודה בהתאמות.

12. בשים לב לכאבים ולהגבלה בתנועות הצוואר והגב וברך ימין הוחלט להפנותו לביצוע המשך מעקב, בדיקות הדמיה לעמ"ש צווארי וביצוע בדיקת MRI לברך ימין בשאלה של קרע מיניסקיאל, המשך טיפולי פיזיותרפיה וטיפול במרפאת כאב.

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "כנספה 2".

13. מאז התאונה סובל התובע מכאבים ומהגבלה בתנועות הצוואר והגב, ברך ימין והגפיים התחתונות, מקושי בכיפוף והרמה, קושי בשיבה, הליכה ועמידה ממושכות, קושי במעברים, קושי בעליה וירידת מדרגות, קושי בהליכה בשטחים שאינם מישוריים, קושי בצידוד והטיה, מכאבים עזים, מקושי בשינה רציפה והירדמות והטיפולים בו צפויים להימשך גם בעתיד.

14. התובע נהג בעיסוקו, עבודה הכרוכה מעצם טיבה וטבעה בשיבה ממושכת, מתקשה מחמת מגבלותיו הנובעות מהתאונה בביצוע עבודתו, נאלץ לצמצם את היקפה, נזקק להפוגות ממושכות במהלכה, עתידו התעסוקתי מוטל בספק ונגרמו לו הפסדי שכר.

15. התובע מוגבל מאז התאונה בביצוע פעולות יומיומיות שונות ובניהול משק ביתו, הוא נזקק לעזרת הזולת וימשיך להיזקק לה גם בעתיד.

16. עקב מגבלותיו הנובעות מהתאונה נזקק התובע לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות, ויזקק לכך גם בעתיד.

(4) פירוט העובדות המקנות סמכות לבית המשפט

17. לבית משפט נכבד זה הסמכות לדון בתביעה על פי מהותה, ערכה ומקום ניהול עסקי הנתבעת.

חלק 3

18. להלן פירוט נזקי התובע:

א. נזק מיוחד:

- | | |
|---|-----------|
| (1) הפסדי השתכרות בעבר – | ₪ 150,000 |
| (2) עזרת הזולת בעבר – | ₪ 28,000 |
| (3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר – | ₪ 8,750 |
| (4) הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעבר – | ₪ 6,580 |

ב. נוק כללי:

כב' בית המשפט מתבקש לפסוק לתובע פיצוי הולם בגין נזקיו, בין היתר, בראשי הנזק הבאים:

- (1) הפסדי השתכרותו בעתיד, על-פי מידת מוגבלותו התפקודית של התובע, או לחילופין, בהתאם לשיעור נכותו הרפואית, לרבות הפסדים בתקופת הפנסיה.
- (2) עזרת הזולת בעתיד.
- (3) הוצאות רפואיות ופארה רפואיות ונסיעות לטיפולים בעתיד.
- (4) הוצאות ניידות בעתיד.
- (5) פיצוי בגין נזקיו הלא ממוניים של התובע.

19. הנתבעת חייבת לפצות את התובע בהיותה מבטחת השימוש ברכב במועד התאונה.

20. כל הטענות בכתב תביעה זה נטענות במצטבר או לחילופין, הכל לפי תכנון והקשרן.

21. לבית משפט נכבד זה הסמכות לדון בתביעה על פי מהותה, ערכה ומקום ניהול עסקי הנתבעת.

22. כל הטענות בכתב תביעה זה נטענות במצטבר או לחילופין, הכל לפי תכנון והקשרן.

אשר על כן, מתבקש כב' ביחמ"ש לחזמין את הנתבעים לדין ולחייבם לפצות את התובע כמפורט לעיל, בצירוף ריבית חוקית מירבית והפרשי הצמדה מלאים מיום הגשת התביעה ועד לתשלום בפועל, ולרבות הוצאות המשפט, שכ"ט עו"ד ומע"מ.


אביאל פרידברג, עו"ד
ב"כ התובע



תוכן הנספחים (עמוד 1 מתוך 1)

שם המסמך	עמוד
נספח 1: משטרה (עמודים 7 עד 10)	7
נספח 2: תעודות רפואיות (עמודים 12 עד 41)	12
נספח 3: בקשה למינוי מומחים (עמודים 43 עד 43)	43
נספח 4: יפוי כח וטופס וטר (עמודים 45 עד 47)	45



נספח 1 :

משטרה

(עמודים 7 עד 10)



מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים

מספר תיק מלא 211157/2024
סיווג תיק ת.ד., כללי
מס' מסמך בתיק ג
תאריך 23/05/2024, ט"ו אייר תשפ"ד, 10:56

יחידה שלוחת בוחנים נגב מחוז דרום
כתובת זלמן שזר 33 בית נועם באר שבע
טלפון 086615714
פקס 086615718
דואל bohanim.negev@police.gov.il

לכל המעוניין

תאריך התאונה 13/05/2024 בשעה 11:30

מקום התאונה

שער יישוב שומריה בכביש בין עירוני

הערות מקום

פרטי כלי הרכב והמעורבים

פרטי הרכב

מספר רכב

8692633

סוג רכב

משא רכין

תוצר רכב

וולבו בלגיה

חברת ביטוח

שלמה "סיקסט"

מספר פוליסה

1105375692/23-00

סוג לוחית

ישראלית

מעורבים ברכב

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
נהג	316186832	אל קרינאוי מהאר	11/12/1995	רהט, אלנבי'אח 214	סורוקה - באר קלה שבע (מרכזי בנגב)	

פרטי הולכי רגל

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
-------------	------	--------	----------	-------	-------------------	--------------

כמות נפגעים

מטל גלילי

23-05-2024

לאחר גלילי



כמות נפגעים	מצב התיק	מתאריך
1	בחקירה	23/05/2024

פרטי המטפל בתיק

מ"א	שם משפחה	שם פרטי
977090	סבח	יצחק

פרטי השוטר המוסר

מספר אישי	שם פרטי	שם משפחה	דרגה	תפקיד
977090	יצחק	סבח	רסב	חוקר משל

חתימה
23/05/2024 10:57

מקום שרות
שלוחת בוחנים נגב מחוז דרום

משטרת ישראל

23-05-2024

תחנת רהט



מבוטח/ת יקר/ה

בעת רכישת הפוליסה השיב בעל הפוליסה כי :

- בעלות הרכב : פרטית
- גיל הנהג הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב הוא: 24
- האדם הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב הוא: נהג
- שנת קבלת רישיון הנהיגה לרכב מסוג זה בישראל של הנהג הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב היא: 2021
- מספר התאובות שהביאו לתביעות בביטוח חובה, בשלוש השנים האחרונות, של כל הנהגים הצפויים לנהוג ברכב הוא: 0
- מספר פטילות רישיון, בשלוש השנים האחרונות של כל הנהגים הצפויים לנהוג ברכב הוא: 0

אם הנתונים לעיל אינם מלאים נבקשכם לפנות לסוכן הביטוח כדי לעדכןם.

הדפסה מתאריך 27/08/23

שים לב,
מסירת חשבונית שאינה מלאה וכולה טרם כריכת חוזה הביטוח
עלולה להקטין את הפיצויים שישולמו לבעל הפוליסה
או להקנות למנסח זכות לפיצויים מבעל הפוליסה,
כמפורט בסעיף 9 לפוליסה.

עושה למבוטח
תעודת ביטוח חובה מס':

לפי תקנה 18 בביטוח רכב מוטבי (נוסח חדש) תש"ל / 1970

העתק

מס' הרישוי: 8692633
מס' הפוליסה: 1105375692/23-00
סוג הרכב: N-3+רכינה
סוג רכב לצורך ביטוח: מסחרי מעל
יצר/דגם: וולוו 4FR FH460
מס' שלדה: 759692
שנת ייצור: 2016 סמיק/משקל: 32000
מס' נוסעים: כחוק
תאריך הוצאה: 27/08/23 שעה: 1326
קוד מוטב: 62-3180-7

ש.שלמה חברת הביטוח/בית
תאריך: 27/08/2023 שעה: 1326
שולם באמצעות/כינוי חשבון: 237488
בנק מזרחי טפחות בל"מ סניף: 461
כרטיס/אשראי אישור מס': 037632

הסכום לתשלום: 7886.00 ש"ח

מס' הרישוי: 8692633
מס' הפוליסה: 1105375692/23-00
סוג הרכב: N-3+רכינה
סוג רכב לצורך ביטוח: מסחרי מעל
יצר/דגם: וולוו 4FR FH460
מס' שלדה: 759692
שנת ייצור: 2016 סמיק/משקל: 32000
מס' נוסעים: כחוק
תאריך הוצאה: 27/08/23 שעה: 1326
קוד מוטב: 62-3180-7

ש.שלמה חברת הביטוח/בית
תאריך: 27/08/2023 שעה: 1326
שולם באמצעות/כינוי חשבון: 237488
בנק מזרחי טפחות בל"מ סניף: 461
כרטיס/אשראי אישור מס': 037632

הסכום לתשלום: 7886.00 ש"ח

שם בעל(י) הפוליסה: אלקרינאוי וואקיל
כתובת: שכונה 18 רהט 214 85357 ת.ד. ח.פ. 61993861
מועד תחילת הביטוח (המועד בו הוחתמה העודה זו בחתמת הבנק אך לא לפני): 1/09/23
מועד פקיעת הביטוח: 31/08/24
בני אדם הרשאים לנהוג ברכב: 7
כמפורט בסעיפים אשר מספריהם נקובים בנג העודה זו
השימוש המותר ברכב: 1 הרחבות: אין
כמפורט בסעיפים אשר מספריהם נקובים בנג העודה זו
שם הסוכן: סקוריטס סוכנות ביטוח לחיתום מס': 303780
* פרטים בדבר חוקי הכיסוי והיקפו מפורסמים באתר החברה: www.shlomo-bit.co.il

כלי חתמת הבנק
על קובצת זו -
אין לה חוקיות
באשר לביטוח
המבוטח

דורון גינת
מנכ"ל החברה

אם מאוחר מזה כי הפוליסה שתועדה זו שייכת לה מוצאת לפי הוראות הפקודה
ש.שלמה חברה לביטוח בע"מ
דרך שלמה סמלצ'ר פינת מל"מ 10, קריית ארית, פתח תקוה 4951245 | 07393
מ"ל שירות: 07393 | CustomerService@shlomo-bit.co.il



הודעת זיכוי
תעודת ביטוח חובה מס':

לפי תקנה 18 בביטוח רכב מוטבי (נוסח חדש) תש"ל / 1970

שם בעל(י) הפוליסה: אלקרינאוי וואקיל
כתובת: שכונה 18 רהט 214 85357 ת.ד. ח.פ. 61993861
מועד תחילת הביטוח: 1/09/23
מועד פקיעת הביטוח: 31/08/24
בני אדם הרשאים לנהוג ברכב: 7
כמפורט בסעיפים אשר מספריהם נקובים בנג העודה זו
השימוש המותר ברכב: 1 הרחבות: אין
כמפורט בסעיפים אשר מספריהם נקובים בנג העודה זו
שם הסוכן: סקוריטס סוכנות ביטוח לחיתום מס': 303780
* פרטים בדבר חוקי הכיסוי והיקפו מפורסמים באתר החברה: www.shlomo-bit.co.il

ניתן לשלם העודה זו
באמצעות סוכני הבנקים
הבאים, במזומן או באמצעות
כרטיסי האשראי יורה, לאנשי
סוכן וישראלכרטי.

אשראי חשבון: 037632
לשם: 1105375692/23-00
חשבונית/מסמך חשבון: 237488-461
דיווח/תשלום העודה: 037632-1105375692
בנק המוטב: 037632-62

ש.שלמה חברה לביטוח בע"מ
דרך שלמה סמלצ'ר פינת מל"מ 10, קריית ארית, פתח תקוה 4951245 | 07393
מ"ל שירות: 07393 | CustomerService@shlomo-bit.co.il

מטרות השימוש המותרות –

- חבות המבטח חלה רק אם בעת קרות מקרה הביטוח שימש הרכב את המבוטח לאחת או יותר ממטרות אלה:
1. מטרות חברתיות, פרטיות או מטרות עסקיות של המבוטח שאינן נכללות בסעיפים 2 עד 6 להלן;
 2. מטרה עסקית של מבחן נהיגה מטעם רשות הרישוי ("טסט") ומטרה עסקית של הוראת נהיגה, שאינה השתלמות מעשית בנהיגה לפי תקנה 213 א' לתקנות התעבורה, ובלבד שמטרות אלה צוינו במפורש בתעודת הביטוח;
 3. מטרה עסקית של הסעת נוסעים ברכב, כנגד תשלום, שכר או תמורה אחרת, ובלבד שהמטרה צוינה במפורש בתעודת הביטוח;
 4. מטרה עסקית של חילוץ או גרירה של רכב מנועי, כנגד תשלום, שכר או תמורה אחרת, ובלבד שהמטרה צוינה במפורש בתעודת הביטוח;
 5. מטרה עסקית של שימוש ברכב מנועי על בסיס חוזה שכירות אם המשכיר השכיר את הרכב דרך עיסוק ("חוזה שכירות" – למעט חוזה ליסינג תפעולי או חוזה מקח אגב – שכירות – ליסינג מימוני) ובלבד שהמטרה צוינה במפורש בתעודת הביטוח;
 6. מטרה של סחר ברכב, בדיקת הרכב, תחזוקתו, תיקונו, או בחינתו, לרבות לשם העברתו לצורך אחד מהשימושים האמורים. ובלבד שהמטרה צוינה במפורש בתעודת הביטוח;

על אף האמור בסעיפים 5-1 לעיל

פוליסה זו אינה מכסה שימוש בכלי תחבורתי שניתן עליו רישיון כלי תחבורתי, למעט שימוש בכלי כאמור בעת נהיגה ספורטיבית בקטע קישור או בעת נהיגה שאינה נהיגה ספורטיבית, שהותרה לפי סעיף 12(ד) לחוק הנהיגה הספורטיבית, התשס"ו – 2005 (להלן "חוק הנהיגה הספורטיבית"), ואינה מכסה שימוש ברכב מנועי למטרות ספורט מוטורי של מירוצי כלי רכב שנעשה בניגוד להוראות לפי חוק הנהיגה הספורטיבית; לעניין סעיף קטן זה, "כלי תחבורתי", "נהיגה ספורטיבית", ו"קטע קישור" – כהגדרתם בחוק הנהיגה הספורטיבית, ו"רישיון כלי תחבורתי" – כמשמעו בסעיף 6 לחוק האמור.

בני האדם הרשאים לנהוג ברכב –

7. רק בעל הפוליסה, בעל הרכב, המחזיק ברכב כדין וכל המשתמש ברכב בהיתר מאת מי מהם רשאים לנהוג ברכב;
8. בתעודת ביטוח שהוצאה לאופנוע או לרכב המסווג "מונית" ברשיון הרכב, רק מי ששמו נקוב בתעודת הביטוח;

בני האדם הרשאים לנהוג ברכב בביטוח סחר בלבד –

9. רק בעל הפוליסה, בעל הרכב, המחזיק ברכב כדין והנהג הנקוב רשאים לנהוג ברכב;

הרחבות לפוליסת ביטוח סחר בלבד –

אם הדבר צוין במפורש בתעודת הביטוח, תורחב חבות המבטח לפי פוליסה זו גם לאחד מאלה:

10. מי שאינו בעל הפוליסה, בעל הרכב, המחזיק ברכב כדין או הנהג הנקוב, ובלבד שהנהיגה ברכב תהיה כאשר אחד מאלה נמצא ברכב.
11. שימוש למטרות פרטיות, חברתיות או עסקיות, ובתנאי שהרכב נמצא בחזקת בעל הפוליסה או הנהג הנקוב למטרות סחר ברכב, בדיקת הרכב, תחזוקתו, תיקונו, או בחינתו לרבות לשם העברתו לצורך אחד משימושים אלה, שאינן מטרה עסקית מאלה:
הוראת נהיגה, הסעת נוסעים ברכב כנגד תשלום שכר או כל תמורה אחרת, חילוץ או גרירה של רכב מנועי, כנגד תשלום, שכר או כל תמורה אחרת.
12. שימוש ברכב מנועי הרשום במשרד הרישוי על שם בעל הפוליסה או הנהג הנקוב או בן משפחה מדרגה ראשונה של מי מהם.

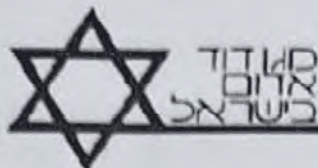


נספח 2 :

תעודות רפואיות

(עמודים 12 עד 41)



MAGEN
DAVID
ADOM
IN ISRAEL

3000

דו"ח רפואי (צוות BLS)

תאריך: 13/05/2024

ארוע: 1398

מספר טופס: 17618588

פרטים אישיים של המטופל:

ת.ז: 316186832

שם משפחה: אל קרינאו

שם פרטי: מהאר

מין: זכר

תאריך לידה: 11/12/1995

גיל: 28

כתובת: רהט, אלנג'אח, 214

מקור זיהוי: תעודה

קופת חולים: כללית

נייד: 0537447642

כתובת האירוע כפי שנמסר ביומן מוקד: שומריה, בכניסה לשוב שמאלה

אנמנזה:

תלונה עיקרית: חבלה קלה

מחלה נוכחית: בן 28. בהגיעו קינמטיקה קשה, משאית הפוכה. הנהג שוכב מחוץ למשאית. החבר מספר כי בעת שפיכת החומר המשאית לא הייתה יציבה והתהפכה. הנהג יצא עצמאית מהמשאית, מתלונן על כאבים בגב תחתון בבדיקה: בהכרה מלאה, טכיפנאי, בהאזנה כניסת אוויר טובה ושווה דו"צ, יציב המודינמית, ללא דימומים חיצוניים, ללא חיוורון, ללא הזעה, אישונים תקינים.

היסטוריה רפואית:

מחלות עבר: לא ידוע

מחלות זיהומיות: לא ידוע

תרופות: לא נוטל תרופות

רגישויות: ללא מידע רפואי זמין

טיפול		
אמבולנס מס' 3000 - בדיקה 2	אמבולנס מס' 3000 - בדיקה 1	
13:20	13:00	בדיקות
לא	לא	חנק
סיטורציה	סיטורציה	טיפולים שניתנו
	הצליח	פעולות שננקטו
	1	עירוי פריפרי:
		מס' נסיונות

תרופות		
אמבולנס מס' 3000 - בדיקה 2	אמבולנס מס' 3000 - בדיקה 1	

פרטי תאונת דרכים:

פרטי התאונה: התהפכות רכב



הוסף ע"י ארנסקינד אלכסנדר 13/05/2024 20:00

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

שם משפחה: אל קרינאווי שם פרטי: מהאר כתובת: אלנג'אח 214 רהט 8535700 טלפון: 0537447642 סוג דם: גורם מממן: כלית	תאריך לידה: 11/12/1995 תעודת זהות: 31618683 מין: זכר גיל: 28 שם האב: מחמוד	מנהל שרות אורטופדי: מנהל המלרד"ד: דר' שניידר יבנני מ.ר. 26765 אחות אחראית רותם חבר טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 13:37 13/05/2024 מספר ביקור: 2024108206 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL
---	---	---

אבחנה						
אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P
CONTUSION OF BACK	92231			✓		

תלונה עיקרית ומחלה נוכחית

בן 28, בריא ובלא רגישות לדבריו היה מעורב בת"ד שולל אובדן הכרה וזיכרון, בלא הקאות סחרחורת וכאבי גב תחתון וגפיים

אורטופד
בם 28 לאחר ת"ד, הפך עם טרקטון בזמן עבודה שולל רגישות לתרופות בריא בדרך כלל

בבידקתו
במצב כללי טוב, יציב ונינוח ס"ח בטווח הנורמה מלין על כאבים בצוואר, ברך ימין, גב תחתון בצווארון

צוואר: רגישות במישוש באזור C3-C6, יותר וורטבראלי, פחות פראוורטבראלי, במיוחד באזור C4 טווחי תנועה בהגבלה לאור כאבים כוח גס תקין, ללא חוסר NV, תחושה שמורה בכל התכנות

גב מותני: רגישות במישוש באזור L1-L5, עם הקרנה לרגל ימין, ללא חוסר NV, טווחי נועה במפרקי ירכיים תקינים SLR חיובי ד"צ רפלקסים תקינים

ברך ימין: ללא סימני חבלה חיצוני, ללא סימני טפליית בתוך המפרק, ללא חוסר יציבות במפרק, ללא הגבלות בטווחי תנועה, רגישות במישוש MCL, רגישות במישוש קו של המפרק
STRESS TEST
ללא פתיחה בזמן

צילום: ללא עדות על שבר או פריקה
CT צוואר: ללא עדות על שברים

הופק ע"י דר' חזור אלעד 30/05/2024 14:03

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

שם משפחה: אל קרינאוי שם פרטי: מהאר כתובת: אלנג אח 214 רהט טלפון: 8535700 סוג דם: 0537447642 גורם מממן: כללית	תאריך לידה: 11/12/1995 תעודת זהות: 31618683 מין: זכר גיל: 28 שם האב: מחמוד	מנהל המלרד: דר' שניידר יבגני מ.ר. 26765 אחות אחראית רותם חבר טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 30/05/2024 11:36 מספר ביקור: 2024122116 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL
--	--	--

מדדים

תאריך ושעה	דופק	לחץ דם	סטורציה באוויר חדר	חום PO	VAS
11:43 30/05/2024	91	137/74	97	36.7	8

ביצוע תרופות

מ'נון	צורת מינון	תאריך ושעה	תזמון מהוראה	תרופה	Oral
Drug Dosage: 1250 mg	SYR	30/05/2024 11:42 הנוולד שושי מ.ר. 2041207	Once Rate from nurse: 0	V-DALGIN 1.25g/5mL SYR 1250 mg	Oral

תרופות מומלצות להמשך טיפול

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓	עלולה להתפתח תלות בתרופה. בשימוש מעל 7 ימים יש להתייעץ עם רופא המשפחה.			7 ימים	1 X 3 ביום	1 tab	Oral	ZALDIAR 37.5mg/325mg (PARACETAMOL, traMADol HYDROCHLORIDE)
✓	בא לוודא שהטיפול לא ניתן לאישה בהריון. ניתן לנפק לילדים מעל גיל 8 שנים בטילה בו זמנית עם מגנזיום, סידן, ברזל מפחיתה במידה ניכרת את ספיגת התרופה. מומלצת הפרדת מתן של 6 שעות.			10 ימים	1 X 2 ביום	100 mg	Oral	DOXY (DOXYCYCLINE HYCLATE)

רופא אחראי

רופא: דר' חזור אלעד מ.ר. 151202

הופק ע"י ארונסקינד אלכסנדר 13/05/2024 20:00

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

שם משפחה: אל קרינאוי שם פרטי: מהאר כתובת: אלנאח 214 רהט 8535700 טלפון: 0537447642 סוג דם: גורם מממן: כללית	תאריך לידה: 11/12/1995 תעודת זהות: 31618683 מין: זכר גיל: 28 שם האב: מחמוד	מנהל שרות אורטופדי: מנהל המלרד"ד: דר' שניידר יבגני מ.ר. 26765 אחות אחראית רותם חבר טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 13/05/2024 13:37 מספר ביקור: 2024108206 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL
---	--	---

IntraMuscular	ABITREN INJ 75 mg	Once Rate from nurse:0	13/05/2024 14:46	INJ	Drug Dosage: 75 mg
---------------	-------------------	---------------------------	------------------	-----	--------------------

תרופות מומלצות להמשך טיפול

שם התרופה	אופן מתן	מינון	תדירות	משך	אריזות לניפוק	יחידות לניפוק	הערות	מרשם
V-DALGIN 1.25g/5mL (DIPYRONE)	Oral	1250 mg	1 X 3 ביום	14 ימים				✓
ROKAcet PLUS (PARACETAMOL, CAFFEINE, CODEINE PHOSPHATE)	Oral	1 cap	1 X 3 ביום	14 ימים			עלולה להתפתח תלות בתרופה. בשימוש מעל 7 ימים יש להתייעץ עם רופא המשפחה.	✓

רופא אחראי

רופא: ארונסקינד אלכסנדר מ.ר. 181881
רופא: דר' פרי צבי הווארד מ.ר. 181611

חתימה
סורוקה
ד"ר ארן
מתמחה בכירורגיה
מ"ר
181881

נחתם ע"י: ארונסקינד אלכסנדר מ.ר. 181881

תאריך: 22/05/2024

הפניה לדימות

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	אל קרינאווי מהאר	מס זהות:	00316186832	גיל:	28.05	מין:	ז	
ת.לידה:	11/12/1995	ישוב:	רהט	רחוב:	אלנג'אח	טלפון:	53-7447642	מס בית:	214
מספר הפניה:	35671000477	תז נבדק:	0316186832	מספר הפניה:	035671000477	גורם שולח:	5671		

רשיון רופא	תז נבדק	מספר הפניה	גורם שולח
034498	0316186832	035671000477	5671

ביום הבדיקה, נא לפנות למשרד מכון הרנטגן והדימות כ- 15 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה.
נא להגיע עם טופס ההפניה, מסמכים רלוונטיים וצילומים קודמים.
לנשים בלבד!
אם הינך בהריון או במצב של אפשרות להריון, חובה עליך ליידע את הרופא המפנה לבדיקה ואת הצוות המבצע במכון הרנטגן והדימות.
נשים בעלות מחזור חודשי מותקשות להזמין תור לבדיקה ב- 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78201	71100	צילום צלעות ימין	10601086

המטופל מתלונן על

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 15/05/2024:
המטופל היה מעורב בתאונת דרכים בזמן עבוד
היה יושב במסאי שהתפסה לצד ימין
הנ"ל הועבר למיון עקב כאב גב תחתון צוואר ורגל ימין עבר צילומים CT ונשלל פגיעה גרמית בעמ"ש
עקב כאב בברך הומלץ על US ברך ימין משכי כאבים
וכעבור חודש עם US יש להגיעה למרפאות חוץ אורתופדיה ספואט
המטופל לא הביא עדיין טופס 250
22/05/2024 -
המטופל הביא היום טופס 250

סימנים חיוניים	גובה	185	נמדד ב:	15/05/2024	משקל	106	נמדד ב:	15/05/2024	BMI	30.97
	להץ דם	73 / 121	נמדד ב:	15/05/2024						
	דופק	85	נמדד ב:	15/05/2024						
					eGFR	136.4	מתאריך:	16/07/2014		

ממצאים עיקריים
מצב כללי טוב, ללא מצוקה נשמטית וללא סימנים למצוקה אחרת.
רגישות בגב תחתון מעט הגבלה בתנועות
SLR שלילי CROSS OVER PAIN שלילי
ברך ימין רגישות ללא נזל תוך ברך מעט הגבלה בתנועות, צליעה
כעת כאבים באיזור הצלעות בית החזה מצד ימין

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
9599		INJURY TRAUMATIC
7242		LOW BACK PAIN
L15		KNEE SYMPTOMS/COMPLAINTS
78650		RIBS PAIN

דין/תוכנית טיפולית
ההפניות שהופקו ב 15/05/2024

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/09/2011	MIGRALEVE	ALLERGY DRUG
06/07/2018		OBESITY (BMI >30)

רגישויות ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	מספר ע"י
	MIGRALEV פריחה;	רופא

הערות: לשלול שבר

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה

ד"ר סרחיו גרבר

34498

מספר רשיון

שם הרופא

כללית
ד"ר סרחיו גרבר
רופא ילדים
כורכר 49
נחתם ד"ר סרחיו גרבר
34498

חתימה וחומת הרופא

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

בפניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על סמך הפניה זו, לאחר קביעת תור לטיפול, ניתן להסדיר את התשלום עבור השירות עד למועד התור באמצעות כרטיס אשראי באתר הכללית לחילופין, ניתן להפיק ט17 במשרד מרפאת האם. רשימת ב"ח של הכללית מפורסמת באתר הכללית (www.clalit.co.il).



המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

ה לדימות

2024

הודפס ע"י ד"ר סרחיו גרבר

00316186832

רינאו' מהאר

יצחק נפחא 25, ב"ש 08-8668337 *9579

מכתב הודפס ע"י דר' קואסמי יוסף

מכתב שחרור בריאותא באר שבע

ת.ז. -



מנהל המלר"ד: דר' ברטל כרמי מ.ר. 20318
אחות אחראית: חנה שופן
טלפון: *9579
פקס: 08-8668337
תאריך ביקור: 22/05/2024
שעת קבלה: 19:15
מספר ביקור: 808637
כתובת מייל: office@briuta-care.co.il

תאריך לידה: 11/12/1995
ת.ז. - 316186832 ID:
מין: זכר
גיל: 28
שם האב: מחמוד

שם משפחה: אל קרנאוי
שם פרטי: מהאר
כתובת: רהט, רהט 0
עיר:
טלפון:
נייד: 0537447642
גורם מבטח: כללית

• CONTUSION (924.9)

אבחנות בביקור

מחלה נוכחית

בן 28, בריא ללא טיפול תרופתי קבוע

לדבריו לפני כששבע עבר תאונת דרכים, לציין קיבל מכה בחזה בצד ימין, ללא איבוד הכרה, ללא הקאות

בדיקה גופנית

מצב כללי: טוב, ללא סימני גירוי מנגניאלי, ללא מצוקה נשימתית, ללא סימני צחיחות

מצב הכרה: בהכרה מלאה

סימני מצוקה נשימתית: ללא סימני מצוקה נשימתיים

לב: קולות לב סדירים ללא אוושות

ריאות: כניסת אוויר דוצ. טובה ושווה. ללא חרחורים וללא צפצופים

בטן: רכה ללא רגישות

סימנים חיוניים

תאריך ושעה	לחץ דם	דופק	חום	סטורציה	כאב
19.21 22/05/2024	139 / 71	76	37.3	98	2

בדיקות עזר

בדיקה	תאריך	תוצאה
-------	-------	-------

תאריך: 22/05/2024

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	אל קרינאוי מהאר
ת. לידה:	11/12/1995	ישוב: רהט
מס' בית:	214	טלפון: 53-7447642
מס' זהות:	00316186832	גיל: 28.05 מין: ז
רחוב:	אלנב'אח	טלפון נוסף: 53-7447642

35671000478

מספר הפניה:

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

מספר רשיון



5671



035671000478



0316186832



034498

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70017	L9249	בדיקה רפואית - אורתופדיה	70017

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 15/05/2024:
המטופל היה מעורב בתאונת דרכים בזמן עבוד
היה יושב במסאי שהתפסה לצד ימין
הנ"ל הועבר למיון עקב כאבי גב תחתון צוואר ורגל ימין עבר צילומים CTI ונשלל
פגיעה גרמית בעמ"ש
עקב כאב בברך הומלץ על US ברך ימין
משכי כאבים
וכעבור חודש עם US יש להגיעה למרפאות חוץ אורתופדיה ספואט
המטופל לא הביא עדיין טופס 250
22/05/2024
המטופל הביא היום טופס 250

סימנים חיוניים: גובה 185 15/05/2024 משקל 106 15/05/2024 bmi 30.97

לחץ דם 121 / 73 15/05/2024

דופק 85 15/05/2024

16/07/2014 מתאריך 136.4 eGFR

ממצאים בבדיקה

מצב כללי טוב, ללא מצוקה נשמטית וללא סימנים למצוקה אחרת.
רגישות בגב תחתון מעט הגבלה בתנועות
SLR שלילי CROSS OVER PAIN שלילי
ברך ימין רגישות ללא נזל תוך ברך מעט הגבלה בתנועות, צליעה
נעת כאבים באיזור הצלעות בית החזה מצד ימין

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
9599		INJURY TRAUMATIC
7242		LOW BACK PAIN
L15		KNEE SYMPTOMS/COMPLAINTS
78650		RIBS PAIN

ההפניות שהופקו ב 15/05/2024
הפניה לדימות - 78003-א.ס. US ברך ימין
22/05/2024

ריון/תוכנית טיפולית:

בעיות פעילות

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

22/05/2024

00316186832 - 20 - פס ע"י ד"ר סרחיו גרבר

יה לרפואה יועצת

קרינאוי מהאר

מספר רשיון 34498
טלפון 08-6113840
פקס 08-6113841
מחוז דרום

ד"ר סרחיו גרבר
רופא משפחה
שכונה 34 בית מס' 5, רהט
אלסלאם - רופאים עצמאיים

שם הרופא
תחום
כתובת
כתוב
מספר

תאריך: 22/05/2024

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	אל קרינאוי מהאר	מס זהות:	00316186832	גיל:	28.05	מין:	ז
ת.לידה:	11/12/1995	ישוב:	רהט	רחוב:	אלנב'אח	טלפון נוסף:	53-7447642	
מס' בית:	214	טלפון:	53-7447642					

תאריך תאונה: 13/05/2024

2 תאונת עבודה

סוג תאונה:

אלקרינאוי וואקיל עבודות עפר והובלות

שם המעביד וכתובת:

130524

תאור התאונה:

נבדק במיון כירורגי

היכן קיבל טיפול קודם:

מיכאלה גרבר

שם הרופא המטפל:

מצב כללי טוב, ללא מצוקה נשמתית וללא סימנים למצוקה אחרת.
רגישות בגב תחתון מעט הגבלה בתנועות
SLR שלילי CROSS OVER PAIN שלילי
ברך ימין רגישות ללא נזל תוך ברך מעט הגבלה בתנועות, צליעה

הממצאים הקליניים:

סורוקה מיון ב-05/13

צילומי רנטגן נעשו ב:

במפ

הממצא:

אבחנות

קוד	אפיין	אבחנה
9599		INJURY TRAUMATIC
7242		LOW BACK PAIN
L15		KNEE SYMPTOMS/COMPLAINTS

נגד כאבים ואנטידלקטיים

הטיפול שנתי:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל:

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

סה"כ 32 ימים

(בכלל)

עד יום 13/06/2024

מיום 13/05/2024

22/05/2024

22/05/2024

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

אלסלאם - רופאים עצמאיים

חותמת המרפאה

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

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

ALLERGY DRUG
OBESITY (BMI >30)

אופן
MIGRALEVE
מ.ג.ל.י
01/09/2011
06/07/2018

רגישות ו/או תופעות לוואי

רשימת	תגובה	מספר ע"י
MIGRALEV פריחה		רופא

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

ד"ר סרחיו גרבר

34498

מספר רשיון

שם הרופא

נחתם לטעולית
סרחיו גרבר
חתימה וחותמת הרופא
מרכז בריאות רו
34498

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.
בפניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על סמך הפניה זו, לאחר קביעת תור לטיפול, ניתן להסדיר את התשלום עבור השירות עד למועד התור באמצעות כרטיס אשראי באתר הכללית. לחילופין, ניתן להפיק 170 במשרד מרפאת האם. רשימת ביה"ח של הכללית מפורסמת באתר הכללית (www.clalit.co.il).



המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

22/05/2024

הודפס ע"י ד"ר סרחיו גרבר

16186832 - 22

ה לרפואה יועצת

רינאווי מהאר

24/05/2024
18:28

לכבוד
הרופא המטפל

ד"ר נכבד

הנדון: מאהיר אלקרנאוי ת.ז. 316186832
הבדיקה בוצעה במאר סניף Beer-sheva בתאריך: 23/05/2024

להלן ממצאי סריקה טומוגרפית ממוחשבת של עמוד שדרה מותני:
סיבת ההפנייה: במסגרת בירור כאבים בגב תחתון.

הבדיקה בוצעה בחתכים דקים ועוקבים כולל שחזורים למרווחים הדיסקלים.

ממצאים:

מנח חוליות - שמור.
ללא עדות לתמטום.
ללא עדות לתזויות או שינויים הרסניים בחוליות.
ללא עדות למסות פרא או פרא ורטברליות.
תעלה ספינלית ברוחב תקין.
בהסתכלות ספציפית על המרווחים הדיסקלים:
גובה L1-L2 : בגדר הנורמה.
גובה L2-L3 : בלט דיסק אחורי קל משיק לקדמת השק, ללא היצרות משמעותית.
גובה L3-L4 : בלט דיסק אחורי קל משיק לקדמת השק, ללא היצרות משמעותית.
גובה L4-L5 : בגדר הנורמה.
גובה L5-S1 : בגדר הנורמה.

לסיכום:

שינויים דיסקליים כמתואר.

(2,0,0, 2)

תודה על הפניית הנבדק
ובברכה,

פוענח ע"י: ד"ר שרקי אליה מ.ר. 146282
מומחה לרדיולוגיה אבחנתית מ.ר. מ. 145788

הוקלד ע"י: אליה שרקי

התשובה חתומה אלקטרונית ע"י הרדיולוג/ית המפענח/ת

הנדון: מאהיר אלקרנאוי ת.ז. 316186832, בדיקה מתאריך: 24/05/2024

הופק ע"י דר' מזור אלעד 30/05/2024 14:03

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

שם משפחה: אל קרינאו שם פרטי: מהאר כתובת: אלנא 214 רהט 8535700 טלפון: 0537447642 סוג דם: גורם מממן: כללית	תאריך לידה: 11/12/1995 תעודת זהות: 31618683 מין: זכר גיל: 28 שם האב: מחמוד	מנהל המלרד: דר' שניידר יבגני מ.ר. 26765 אחות אחראית רותם חבר טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 30/05/2024 11:36 מספר ביקור: 2024122116 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL
--	---	---

אבחנה

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	MP	Rec
ORCHITIS AND EPIDIDYMITIS	604			✓			

תלונה עיקרית ומחלה נוכחית

בן 28, נ+2. ברקע בריא.
לאחר ת"ד לפני כשבועיים עם חבלה לצלעות. ללא פגיעה באגן.
מזה שבועיים כאב באיזור אשך שמאל מקרין למפשעה. ללא חום.
שולל חבלה לאיזור הגנטליה. ללא תלונות אורינויות. זרם תקין.

בקבלתו יציב נינוח
מודים חיוניים תקינים ללא חום
בטן רכה, ללא רגישות מותנית.
פין במראה תקין ללא הפרשות.
אשכים: קרימסטיריק חיובי דו"צ- הופק באופן מובהק.
ללא אודם או נפיחות בשק אשכים.
ללא רגישות במישוש האשכים- שניהם ניידים, קורדים חופשיים
רגישות במישוש אפדידימוס משמאל

שארית שתן- 50

סטיק שתן- תקין

משתחרר במצב כללי טוב ללא סימני מצוקה עם המלצות הבאות:
T.DOXYLIN 100MGX2/DAY למשך 10 ימים.

נוגדי כאבים לפי צורך

קרח מקומי לפי הצורך.

מנוחה בבית למשך שבוע ימים.

נא להשלים US אשכים דרך רופא מטפל.

בכל עליית חום, צמרמורת, החמרה במצב הנוכחי לפנות לבדיקת רופא מטפל.

רפואה שלמה.

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

הופק ע"י ד"ר מזור אלעד 30/05/2024 14:03

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

שם משפחה: אל קרינאו	תאריך לידה: 11/12/1995	מנהל המלרד: ד"ר שניידר יבגני
שם פרטי: מהאר	תעודת זהות: 31618683	מ.ר. 26765
כתובת: אלנ'אח 214	מין: זכר	אחות אחראית רותם חבר
רהט 8535700	גיל: 28	טלפון: 08-6400345
טלפון: 0537447642	שם האב: מחמוד	פקס: 08-6400043
סוג דם:		תאריך ביקור: 30/05/2024 11:36
גורם מממן: כללית		מספר ביקור: 2024122116
		דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL

אבחנה	Rec	MP	S/P	עיקרי	תאריך	צד	קוד	אבחנה
				✓			604	ORCHITIS AND EPIDIDYMITIS

תלונה עיקרית ומחלה נוכחית

בן 28, נ+2. ברקע בריא.
לאחר ת"ד לפני כשבועיים עם חבלה לצלעות. ללא פגיעה באגן.
מה שבועיים כאב באיזור אשר שמאל מקרין למפשעה. ללא חום.
שולל חבלה לאיזור הגנטליה. ללא תלונות אורינוריות. זרם תקין.

בקבלתו יציב נינוח
מדדים חיוניים תקינים ללא חום
בטן רכה, ללא רגישות מותנית.
פין במראה תקין ללא הפרשות.
אשכים: קרימסטיריק חיובי דו"צ- הופק באופן מובהק.
ללא אודם או נפיחות בשק אשכים.
ללא רגישות במישוש האשכים- שניהם ניידים, קורדים חופשיים
רגישות במישוש אפדידימוס משמאל

שארית שתן- 50
סטיק שתן- תקין

משתחרר במצב כללי טוב ללא סימני מצוקה עם המלצות הבאות:
T.DOOXYLIN 100MGX2/DAY למשך 10 ימים.

נוגדי כאבים לפי צורך.
קרח מקומי לפי הצורך.
מנוחה בבית למשך שבוע ימים.
נא להשלים US אשכים דרך רופא מטפל.
בכל עליית חום, צמרמורת, החמרה במצב הנוכחי לפנות לבדיקת רופא מטפל.
רפואה שלמה.

לא ידועה רגישות לתרופות
לא ידועה רגישות לחומרים

הופק ע"י ארנסט-נדר אלכסנדר 13/05/2024 20:00

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

שם משפחה: אל קרינאו שם פרטי: מהאר כתובת: אלנג' אח 214 רהט 8535700 טלפון: 0537447642 סוג דם: גורם מממן: כללית	תאריך לידה: 11/12/1995 תעודת זהות: 31618683 מין: זכר גיל: 28 שם האב: מחמוד	מנהל שרות אורטופדי: מנהל המלרד: ד"ר שניידר יבגני מ.ר. 26765 אחות אחראית רותם חבר טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 13/05/2024 13:37 מספר ביקור: 2024108206 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL
---	---	---

חשד ל-TEAR OF MM

המלצות
משככי כאבים
מעקב רופא מטפל
מנוחה בבית בעד שבוע
חימום מקומי לגב

יש להשלים US בקהילה, עם תוצאות US יש להגיע למרפאות חוץ אורטופדיה ספורט בעד חודש בכל מצב החמרה יש לפנות לבדיקת רופא

לא ידועה רגישות לתרופות
לא ידועה רגישות לחומרים

מדדים

חאריך ושעה	דופק	לחץ דם	סטורציה	חום PO	VAS
13:40 13/05/2024	96	142/86	96	36.9	3

מהלך ודיון

גרשם ע"י: דר' פרי צבי הווארד מ.ר. 181611, מיון כירורגי

תאריך עדכון: 14:29 13/05/2024

דיווח / דיון: בבדיקה: בהכרה מלאה, 15 - GCS, יציב המודינמית ונשימתית.
ראש - ללא דפורמציה או רגישות, אישונים שווים ומגיבים לאור, תנועות עיניים תקינות, לוע ללא פציעה. חזה: ללא דפורמציות או רגישות, התפשטות סימטרית, כניסת אוויר שווה ללא חרחורים או צפצופים. לב: קולות סדירים, ללא אוושות.
בטן: ללא סימני חבלה, רכה, ללא רגישות, ללא עדות לגירוי צפקי.
אגן: יציב גפיים: ללא סימני חבלה או דפורמציות, מזי חופשי 4 גפיים, כוח גס תקין, תחושה שמורה.

נ - שתן
נלגטיקה

שחרר מבחינה כירורגית
פנה לבדיקת אורטופד

צוע תרופות

מינון	צורת מינון	תאריך ושעה	תזמון מהוראה	תרופה

הוסק ע"י דר' מזור אלעד 14:03 30/05/2024

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

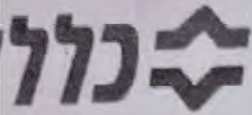
שם משפחה: אל קרינאוי שם פרטי: מהאר כתובת: אלנג' אח 214 רהט 8535700 טלפון: 0537447642 סוג דם: גורם מממן: כללית	תאריך לידה: 11/12/1995 תעודת זהות: 31618683 מין: זכר גיל: 28 שם האב: מחמוד	מנהל המלר"ד: דר' שניידר יבגני מ.ר. 26765 אחות אחראית רותם חבר טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 30/05/2024 11:36 מספר ביקור: 2024122116 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL
---	---	--

נחתם ע"י: דר' מזור אלעד מ.ר. 151202

חתימה:

מסמכים נלווים





מספר רשיון 148816
טלפון 08-6404804
פקס 08-6404127
מחוז דרום

וסים אל עברה
אורתופדיה
מרכז מסחרי רהט
מרכז לרפואה יועצת - רהט

שם הרופא
תחום
כתובת
מרפאה

תאריך: 19/07/2024

סיכום ביקור

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	אל קרינאוי מהאר	מס זהות:	00316186832	גיל:	28.07	מין:	ז
ת.לידה:	11/12/1995	ישוב:	רהט	רחוב:	אלנב'אח			
מס בית:	214	טלפון:	53-7447642	טלפון נוסף:	53-7447642			

תאריך תאונה: 13/05/2024

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

שלום רב,

תאריך הביקור: 19/07/2024

תאריך תאונה: 13/05/2024

סוג ביקור: 2 תאונת עבודה

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: ב 13/05/24 היה מעורב בתאונת דרכים, התהפכות משאית נבדק במיון, עקב המשך כאבים פנה למיון קדמי ברהט, בהדמיה שבר תלישה פטשיון לטראלי קרסול שמאל, טופל בחבישה מאז מתלונן על כאבים בקרסול שמאל, עש צווארי ומותני מקרין לרגל ימין

בבדיקתו: צליעה אנטלגית
רגישות במישוש מעל עש צווארי ומותני, טווחי תנועה מוגבלים, כח גס שמור
קרסול שמאל רגישות במישוש מעל פטשיון לטראלי
טווחים מוגבלים

סיטי עש מותני דיסקופאטיה במס גבהים
ממליץ על השלמת סיטי עש צווארי
צילום קרסול שמאל

קוד	איפיון	אבחנה
7231		CERVICALGIA
L16		ANKLE SYMPTOMS/COMPLAINTS

הפניות	פרטי ההפניה	קוד	סטטוס
הפניה לדימות	CT עמוד שדרה צו	H3	הופק
הפניה לדימות	78218-צילום קרסול שמאל	H3	הופק

בברכה,

"נחתם דיגיטלית"

148816

וסים אל עברה

חתימה וחותמת הרופא

מס' רשיון

שם הרופא

תאריך: 12/08/2024

סיכום ביקור

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	אל קרינאווי מהאר	מס זהות:	00316186832	גיל:	28.08	מין:	ז
תל"דה:	11/12/1995	ישוב:	רהט	רחוב:	אלנג'אח	טלפון נוסף:	53-7447642	
מס בית:	214	טלפון:	53-7447642	תאריך תאונה:	13/05/2024			

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

שלום רב,

תאריך הביקור: 12/08/2024

תאריך תאונה: 13/05/2024

סוג ביקור: 2 תאונת עבודה

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: תלונות/סיבת הפניה מתאריך 19/07/2024 ב 13/05/24 היה מעורב בתאונת דרכים, התהפכות משאית נבדק במיון, עקב המשך כאבים פנה למיון קדמי ברהט, בהדמיה שבר תלישה פטיון לטראלי קרסול שמאל, טופל בחבישה מאז מתלונן על כאבים בקרסול שמאל, עש צווארי ומותני מקרין לרגל ימין

בבדיקתו: צליעה אנטלגית רגישות במישוש מעל עש צווארי ומותני, טווחי תנועה מוגבלים, כח גס שמור קרסול שמאל רגישות במישוש מעל פטיון לטראלי טווחים מוגבלים

סיטי עש מותני דיסקופאתיה במס גבהים ממליץ על השלמת סיטי עש צווארי צילום קרסול שמאל 12/08/2024 השלים סיטי עש צווארי 05/08/24 דיסקופאתיה במס גבהים הוסבר למטופל על מצבו ועל אפשרויות הטיפול ממליץ משככי כאב לפי הצורך מעקב מרפאת כאב פיזיותרפיה המשך טיפול מסיים חופש של 90 יום בעוד מס ימים, עדין כאוב ומוגבל, מליץ לחזור בהדרגה לעבודה, להימנע ממאמצים והרמת משקלים כבדים, מעקב בעוד 3 חודשים

קוד	איפיון	אבחנה
7231		CERVICALGIA
L16		ANKLE SYMPTOMS/COMPLAINTS

דיון/תוכנית טיפולית: ההפניות שהופקו ב 19/07/2024 הפניה לדימות - 78073-ט.מ. CT עמוד שדרה צו, הפניה לדימות - 78218-צילום קרסול שמאל 12/08/2024

בברכה,

שם הרופא	מס' רשיון	וסים אל עברה
148816	נחתם דיגיטלית**	
שם הרופא	מס' רשיון	חתימה וחותמת הרופא

*****המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות*****

ביקור

מהאר

2024

הודפס ע"י וסיום אל עברה

00316186832

תאריך: 29/10/2024

סיכום ביקור

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	אל קרינאוי מהאר	מס זהות:	00316186832	גיל:	28.10	מין:	ז
ת.לידה:	11/12/1995	ישוב:	רהט	רחוב:	אלנב'אח	טלפון נוסף:	53-7447642	
מס בית:	214	טלפון:	53-7447642	תאריך תאונה:	13/05/2024			

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

שלום רב,

תאריך ביקור: 29/10/2024

תאריך תאונה: 13/05/2024

סוג ביקור: 2 תאונת עבודה

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: מצב לאחר מעורבות בתאונת דרכים במהלך עבודתו שהתפתך עם משאית

מאז כאבים בצוואר,

כאבי גב תחתון

כאבים ברך ימין

CT עמוד שדרה צווארי:

בלטי דיסק בגבהים C3-C4-C5-C6 ללא סימני SPINAL STENOSIS

CT עמוד שדרה מותניים קראלי "

L2-L3 בלט דיסק אחורי קל משיק לקדמת השק, ללא היצרות משמעותית.

L3-L4 בלט דיסק אחורי קל משיק לקדמת השק, ללא היצרות משמעותית.

ממצאים: CERVICAL PAIN

כאבים ורגישות מעל עמוד שדרה צווארי החמרה בשינוי תנוחה SPURLING שלילי

LOW BACK PAIN

רגישות וכאבים בגב תחתון החמרה בשינוי תנוחה SLR שלילי

אבחנות בביקור

קוד	אפיון	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS
7231		CERVICALGIA
7242		LOW BACK PAIN

דיון/תוכנית טיפולית: קליניקה של כאבים מיופציטארים

פזיותרפיה

פעילות גופנית לפי יכולת

המשך מעקב מרפאת כאב

תרופות בביקור

P	M	K	N	OP	סה"כ	משך	D	פ	יחידה	הגשה	מנה	תרופה
PD	1	ק	N	יחידה	30	28	D	1	טבליות	TAB	1	AMITRIPTYLINE HCL TAB 10MG 10MG
PD	1	ק	N	יחידה	60	30	D	2	טבליות	TAB	1	ZALDIAR 37.5MG/325MG (20) TAB 37.5MG/325MG

פעולות	קוד	כמות
851 פתיחת תיק	851	1
852 בלוק אזורי/מקומי שיטחי (פריפרי)	852	1

10.08.24

סיכום טיפולי פיזיותרפיה

316186832

בעל ת.ז מס'

אל קרינאוי מהאר

עבור

WHIPLASH INJURY

אבחנה:

רקע:

בן 28 לדבריו היה מעורב בתאונה דרכים של התהפכות משאית ב 13.05.2024, מאז מתלונן על כאב עמ"ש צוואר, כתף שמאל, נימול בידיים ורגליים בנוסף מלין על כאבי ראש צלעות, ואגב תחתון, מתקשה בהליכה.

רקע - בריא

מתאר כאבים כל הזמן עם הקרנה לאורך רגל ימין וקרסול, נמלים וזרמים, בנוסף מלין על הגבלה בתנועתיות עמ"ש, לא מסוגל לבצע מטלות קלות במהלך היום יום, כמו הליכה - עד 200 מ' ואז להתיישב, הרמת חפצים קלים, מדרגות, מפריע בשכיבה ובבוקר קשה מאוד להתעורר לוקח לה כ-8-10 דקות לקום יותר קל עם תרופות אנטי דלקתיות הטבה זמנית בלבד.

CT-דיסקופתיה בחוליות צוואריות.

כאב בהחמרה בתקופה אחרונה, כאב מפושט בכל הגוף, מוקל חלקית עם נוגדי כאב.

בדיקה:

רגישות מפושטת לאורך שרירים פראספינליים עמ"ש מותני, כואב מאוד, טווחי תנועה מוגבלים, בתנועתיות רוטציות עמ"ש מותני מתקשה בביצוע תנועתיות קלות כמו כיפוף וישור.

ישיבה עם ליסט קל לימין, תיקון ליסט מעט יותר טוב

כוח גס, חולשה לאורך רגל ימין ביחס לשמאל, ירידה קלה בתחושה לאורך L3-4

הליכה בקצב איטי עם קב, תנועתיות מתונות ועדינות, כולל במעברים, יותר קל היה בשכיבה על הבטן וצד שמאל.

SLR חיובי ימין עד 60, פאבר כואב דוצ', תנועתיות עמ"ש מותני כואבות מאוד בסופי טווח במיוחד כיפוף תנועה EXT IN LYING מכאביה אך בעוצמה פחותה, חזרה כ-10 פעמים על אותה תנועה מטיבה, עם כאב מרכזי.

תוכנית טיפול:

הפחתת כאב, שיפור טווחי תנועה, תנועתיות הדרגתית ועידוד תנועה אקטיבית, טיפול אקסטנציה ע"פ מיקנז', טיפול מנואלי ומובליזציות לשיפור תנועתיות והורדת כאב, חימום ומתיחה לפי הצורך

רמת שיפור:

סיים סייסיה של 12 טיפולים, שיפור קל בכאב זמני, טווחי תנועה בשיפור, מתקשה בבוקר.

יותר טוב עם תרגולי EXT אך עדיין ללא שינוי תפקודי

קצב הליכה טוב יותר, מתנייד ללא א"ע למרחקים תפקודיים עד 100 מ' וכואב.

מתקשה בבוקר, מתקשה בהרמת חפצים

מאוד סובל מכאב ממוצע 10/4

המלצות:

- זקוקה לטיפול פיזיותרפיה להורדת כאב ושיפור מצב תפקודי - ריצה כו'

- פעילות גופנית

- הימנעות מהרמת חפצים כבדים

מספר טיפול	תאריך	סוג טיפול
1	02.07.24	הערכה ראשונה, הורדת כאב והדרכה להמשך תרגול ביצוע הרבבה חזרות של יסור ותרגולי אקסטנציה, להימנע מכיפוף ותנחות ממשות
2	06.07.24	תרגול שיפור טווחים ועידוד תנועתיות אקטיבית עד לגבול כאב, הורדת כאב, תרגולי יסור בשכיבה על הבטן
3	09.07.24	תרגול שיפור טווחים ועידוד תנועתיות אקטיבית עד לגבול כאב, הורדת כאב מתיחה במיטה, מוביליזציות מפרקיות ומתיחות עצביות
4	13.07.24	תרגול שיפור טווחים ועידוד תנועתיות אקטיבית עד לגבול כאב, הורדת כאב, מוביליזציות מפרקיות ומתיחות עצביות
5	16.07.24	ההערכה חוזרת, חימום הורדת כאב תרגול הליכה ללא א"ע
6	20.07.24	תרגול שיפור טווחים ועידוד תנועתיות אקטיבית עד לגבול כאב, הורדת כאב מתיחה במיטה, מוביליזציות מפרקיות ומתיחות עצביות
7	23.07.24	תרגול שיפור טווחים ועידוד תנועתיות אקטיבית עד לגבול כאב, הורדת כאב מתיחה במיטה, מוביליזציות מפרקיות ומתיחות עצביות
8	27.07.24	טכניקות מנואליות חימום וטינס
9	30.07.24	חיזוק שרירי ותרגול במיטה, פלאנק והרמות אגן, חיזוק שרירים במיטה ותרגולי EXT
		חימום ודיקור
10	03.08.24	תרגול שיפור טווחים ועידוד תנועתיות אקטיבית עד לגבול כאב, הורדת כאב מתיחה במיטה, מוביליזציות מפרקיות ומתיחות עצביות
11	06.08.24	חיזוק שרירי ותרגול במיטה, פלאנק והרמות אגן, חיזוק שרירים במיטה ותרגולי EXT
		חימום ודיקור
12	10.08.24	תרגול שיפור טווחים ועידוד תנועתיות אקטיבית עד לגבול כאב, הורדת כאב, מוביליזציות מפרקיות ומתיחות עצביות
		הערכה חוזרת, מתן הדרכה להמשך תרגול תנועתיות להמשך תרגול

בכבוד רב
אלקרינאוי וג'יה
פיזיותרפיסט מוסמך
מ.ר 10-136886
053-5301422

שם הרופא
תחום
מספר רשיון
כתובת
טלפון
פקס

מורמן רוטר ד"ר
מנהל מרפאה תעסוקתית
102037
רח' קלאוזנר 6, ב"ש מיקוד 84581
08-6243222
08-6243238
מרפאה: תעסוקתית ב"ש מחוז: דרום

תאריך 30/12/2024

פרטי העובד
אל קרינאוי מהאר

00-31618683-2

מחמוד 11/12/1995 ז 29.00
שם האב ת. לידה מין גיל
53 - 7447642
טלפון נוסף טלפון
נהג משאית

מס זהות

214

מס בית

שם משפחה ושם פרטי

אלנג'אח

רחוב

רהט

ישוב

אלקרינאוי וואקיל מחמוד

מקום עבודה

קיבוץ להב

מקצוע

כתובת מקום עבודה

פרטי מעסיק

כתובת מעסיק

טופס סיכום בדיקה רפואית

לכבוד
מעסיק

אדון/גברת נכבד/ה,

על סמך בדיקה רפואית מקוונת שנערכה

לשם בדיקת כושר עבודה

בתור נהג משאית

לפי תוצאות ומסקנות הבדיקה הרפואית מיום 30/12/2024

נמצא כי הנ"ל: כשיר לתפקידו ללא מגבלות במסגרת עבודה

מומלץ על ביצוע התאמות סבירות שיאפשרו העסקה בתחנת העבודה הנדונה - בהתאם לחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות

מחוז דרום
ד"ר מורמן רוטר
רופא תעסוקתי מומחה
מ.ר. 102037, מ.ר.מ. 4433
חתימה וחותמת הרופא

102037

מס' רישיון

מורמן רוטר ד"ר

שם רופא

העתקים:

אלקרינאוי וואקיל מחמוד

תאריך הביקור: 30/12/2024
נשלח ע"י: מעסיק
מטרת הביקור: בדיקת כושר עבודה
סוג פעילות: בדיקה ראשונית

היסטוריה תעסוקתית: בן 29, נ'2, מתגורר ברהט, מועסק בעסק משפחתי "אלקרינאווי וואקיל מחמוד" בתור נהג משא כבד החל משנת 01/01/2013.

היסטוריה רפואית: ברקע בריא בד"כ, ללא טיפול תרופתי קבוע, מעשן סביב קופסה ביום מזה 3 שנים רקע רפואי רלוונטי:
ב-13/05/2024 במסגרת תפקידו בעבודה התהפך עם המשאית. הופנה לחדר מיון באמבולנס. עבר בדיקות ושחרר באותו יום.
מציין שחזר לעבודה יום למחרת למרות הכאבים ולכן פנה להמשך טיפול במיון בו השלים CT עמ"ש בו התגלתה דיסקופתיה.
המשיך טיפול ומעקב אצל אורתופד ומרפאת כאב.
1. בדיקת אורתופד האחרונה מה- 12/08/2024: השלים סיטי ע"ש 05/08/2024 דיסקופתיה במס גבהים. הוסבר למטופל על מצבו ועל אפשרות הטיפול: המלצות: משככי כאב לפי הצורך, מעקב מרפאת כאב, פיזיותרפיה המשך טיפול. מסיים חופש 90 יום בעוד מס ימים, עדן כאוב ומוגבל, ממליץ לחזור בהדרגה לעבודה, להימנע ממאמצים והרמת משקלים כבדים, מעקב בעוד 3 חודשים.
2. מרפאת כאב מה- 29/10/2024: בלט דיסק בגבהים C3-4-5-6 ללא סימני SPINAL STENOSIS. CT עמוד שדרה מותני קרלי.
L2-L3 בלט דיסק אחורי קל משיק לקדמת השק, ללא היצרות משמעותית. L3-L4 בלט דיסק אחורי קל משיק לקדמת השק, ללא היצרות משמעותית.
ממצאים: כאבים ורגישות מעל עמ"ש צווארי החמרה בשינויי תנוחה SPURLING שלילי. רגישות וכאבים בגב תחתון החמרה בשינויי תנוחה SLR שלילי.

אבחון ותוכנית טיפולית

סוג החלטה: כשיר
צורך בביקור במקום עבודה: לא

אבחנה:

קוד	אבחנה	אבחנה
7231	אבחנה	ERVICALGIA
7242		OW BACK PAIN

דיון מדובר במטופל אשר בחודש מאי עבר תאונת דרכים (התהפחות משאית בעמידה). מאז סיים 91 יום מחלה של תאונה עבודה וחזר למעגל עבודה. במסגרת תפקידו רק נהג ובבירור רפואי שעבר ככל הנראה ממצאים עקראים קלים שלא נדרשים להתערבות ניתוחית או תעסוקתית כי מתפקד בתור נהג בלבד.

סיכום לצורך הדפסה



017432250346

מס' מרשם

שירותי בריאות כללית

כללית

מרשם

מס' זהות: 00326096526

אלקראוי מסרי

גיל: 20.08 מין: ז

110183054

ABITREN INJ 75MG/3ML 5 75MG/3ML

למשך 1 ימים סה"כ 1 יח

זריקה 1 x 1 ביום

תוקף מרשם: 28/07/2025 - 28/04/2025

ZALDIAR 37.5MG/325MG (20) TAB 37.5MG/325MG

000072231

למשך 7 ימים סה"כ 20 יח

טבליות 1 x 3 ביום

תוקף מרשם: 28/07/2025 - 28/04/2025

ICE POWER COLD GEL 150ML CF

000052920

למשך 7 ימים סה"כ 1 יח

להשתמש 3 x ביום

תוקף מרשם: 28/07/2025 - 28/04/2025

מס' רישיון



132160

טלפון: 08-6404800

שם מפיק/ה המרשם: ד"ר מחמד אבו ציאם

כתובת: מרכז מסחרי רהט

תחום: רפואת משפחה

נחתם דיגיטלית

חתימה וחומת:

בידיעתי, במידה וקיים פריט גנרי, מורשה בית המרקחת לספק תרופה גנרית זהה שאושרה על ידי הקופה

לצורך אבטחת מידע, לקבלת תרופות יש להציג כרטיס מגנטי

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

תאריך: 09/05/2025

הפניה לדימות

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	אל קרינאוי מהאר	מס זהות:	00316186832	גיל:	29.05	מין:	ז
ת.לידה:	11/12/1995	ישוב:	רהט	רחוב:	אלנג'אח			
מס בית:	214	טלפון:	53-7447642	טלפון גוסף:	53-7447642			

13/05/2024

תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה: 33136088617

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

מספר רשיון



3136



033136088617



0316186832



148816

ביום הבדיקה, נא לפנות למשרד מכון הרנטגן והדימות כ-15 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה.
נא להביע עם טופס ההפניה, מסמכים רלוונטיים וצילומים קודמים.
לנשים בלבד

אם הינך בהריון או במצב של אפשרות להריון, חובה עליך ליידע את הרופא המפנה לבדיקה זאת הצוות המבצע במכון הרנטגן והדימות.
נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין תור לבדיקה ב-10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78556	73721 ת.מ. MRI לברך ימין		10406032

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 12/08/2024

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 19/07/2024

ב-13/05/24 היה מעורב בתאונת דרכים, התהפכות משאית נבדק במיון, עקב המשך כאבים פנה למיון קדמי ברהט, בהדמיה שבר תלישה פטישון לטרנלי קרסול שמאל, טופל בחבישה מאז מתלונן על כאבים בקרסול שמאל, עש צווארי ומותני מקרין לרגל ימין

בבדיקת: צליעה אנטלגית

רגישות במישוש מעל עש צווארי ומותני, טווחי תנועה מוגבלים, כח גס שמור קרסול שמאל רגישות במישוש מעל פטשיון לטרנלי טווחים מוגבלים

סיטי עש מותני דיסקופאיתיה במס גבהים

ממליץ על השלמת סיטי עש צווארי

צילום קרסול שמאל

12/08/2024

השלים סיטי עש צווארי 05/08/24 דיסקופאיתיה במס גבהים

הוסבר למטופל על מצבו ועל אפשרויות הטיפול

ממליץ

משככי כאב לפי הצורך

מעקב מרפאת כאב

פיזיותרפיה המשך טיפול

מסיים חופש של 90 יום בעוד מס ימים, עדין כאוב ומוגבל, מליץ לחזור בהדרגה

לעבודה, להימנע ממאמצים והרמת משקלים כבדים,

מעקב בעוד 3 חודשים

09/05/2025

ממשיך להתלונן על כאב והגבלה בעש צווארי ומותני וברך ימין מאז התאונה

הקרנה לרגל דוצ

בבדיקתו: רגישות במישוש מעל עש צווארי ומותני, טווחי תנועה מוגבלים

ברך ימין נפיחות + ללא תפליט, רגישות במישוש מעל סדק מפרקי, מבחנים

מניסקאלים חיוביים בהיבט מידיאלי

ס.ה.ר. 6

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לדימות

09/05/2025

הודפס ע"י וסים אל עברה

00316186832

אל קרינאוי מהאר

14/05/2025
הוסבר למטופל על מצבו ועל אפשרויות הטיפול
ממליץ על השלמת MRI ברך ימין בשאלה של קרע מניסקאלי
פיזיותרפיה לעבודה על טווחי תנועה וחזוקה שרירי הגב
מעקב מרפאת כאב
EMG גפיים תחתונות

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
7231		CERVICALGIA
L16		ANKLE SYMPTOMS/COMPLAINTS
L15		KNEE SYMPTOMS/COMPLAINTS

דיון/תוכנית טיפולית

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 12/08/2024:
ההפניות שהופקו ב 19/07/2024:
הפניה לדימות - 78073-ט.מ. CT עמוד שדרה צו , הפניה לדימות - 78218-צילום
קרסול שמאל
12/08/2024
09/05/2025

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/09/2011	MIGRALEVE	ALLERGY DRUG
06/07/2018		OBESITY (BMI >30)

רגישויות ואז תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
MIGRALEV	פריחה;	רופא

הערות פגיעה / מעורבות מניסקאלית

לא בצעה בדיקת קראטינין בחצי שנה האחרונה

שם הרופא	מספר רשיון	148816	נחתם דיגיטלית**
שם הרופא	מספר רשיון	148816	נחתם דיגיטלית**
שם הרופא	מספר רשיון	148816	נחתם דיגיטלית**

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

PHYSICALLY +

PHYSICAL MEDICINE AND REHABILITATION DEPARTMENT

EMG UNIT BEER SHEVA, HATEKVA 10

TEL. 055-9885782 / WhatsApp. 052-4553992



Electrophysiology - NCS & EMG

פרטי המטופל:

שם: אל קרינאוי מהאר | תעודת זהות: 316186832 | טלפון: 537447642 | תאריך לידה: 11/12/1995 | גובה: 1.8 ס"מ

פרטי הבדיקה:

תאריך בדיקה: 09:41 15/5/2025 | גורם מפנה: כללית | רופא מפנה: ד"ר וסים אלעובר | רופא מבצע: ד"ר סלימאן אלגרינאוי
קוצב לב: לא | קרישת דם: לא | מחלה זיהומית: לא
סיבת ביצוע הבדיקה: כאבים בכל הגוף הגבלה בתנועה

Conclusion:

Suggestive chronic right L2-L3-L4 Radiculopathy,

Impression:

- There is electrophysiologic findings suggestive for chronic right L2-L3-L4 radiculopathy.
- Normal SNAP amplitudes and conduction velocities at all tested nerves.
- Normal CMAP latency, amplitude and conduction velocities at all tested nerves.
- The F wave study was normal at Peroneal at the ankle (FEDB) bilateral.
- EMG shows reinnervation at right quadriceps alone muscles as showed in the table, with neurologic patterns normal large amplitude, polyphasic, increased duration motor unit action potentials, without reducing of volitional pattern.

*** It is recommended to repeat the test in 3 months if the symptoms continue.

*** A clinical evaluation should be performed in order to correlate with the neurophysiological evaluation and determine the severity of the clinical impairment.

*** Electrodiagnostic studies should always be considered an extension of the physical exam. The final diagnosis and subsequent clinical decisions made should reflect that.

Thank you for allowing me to assist in helping your patient.

SNC

Nerve Site	Stim. Site	Recording Site	Onset Lat.	Peak Lat.	Amplitude	Distance	Velocity
Sural Nerve (Ant.) (R)	Ankle	Distal Post. Calf	2.8	4.2	13.6	140	32
Sural Nerve (Anti.) (L)	Ankle	Distal Post. Calf	3.9	3.6	11.5	140	29
Deep Peroneal N. (Ant.) (R)	Ankle	Web Metatarsal 1-2	3.8	4.4	14.3	120	36
Deep Peroneal N. (Ant.) (L)	Ankle	Web Metatarsal 1-2	3	4.2	16.4	120	39
S. Peroneal N. (Ant.) (L)	Lat. Distal Calf	Malleoli	3.5	4.5	13.4	140	31

ELKRINAWI SLIMAN, MD - N.O 1-132047
Neuro-Musculo-Skeletal Medicine
Physical Medicine & Rehabilitation N.O. 47187

ד"ר סלימאן אלגרינאוי
מ.ר. 132047 ת.ר.מ. 47187
מוחזקת ברפואה פיסיקלית ושיקום

* מסמך זה מכיל מידע מוגן הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות *

PHYSICALLY +

PHYSICAL MEDICINE AND REHABILITATION DEPARTMENT

EMG UNIT BEER SHEVA, HATEKVA 10

TEL. 055-9885782 / WhatsApp. 052-4553992



Electrophysiology - NCS & EMG

פרטי המטופל:

שם: אל קרינאוי מהאר | תעודת זהות: 316186832 | טלפון: 537447642 | תאריך לידה: 11/12/1995 | גובה: 1.8 ס"מ

S. Peroneal N. (Ant.) (R)	Lat Distal Calf	Malleoli	3.2	4.8	14.9	140	42
Saphenous N. (Ant.) (R)	Medial Knee	Medial Border Tibia	2.7	3.5	10.9	100	41
Saphenous N. (Ant.) (L)	Medial Knee	Medial Border Tibia	3.5	2.9	12.9	100	30

MNC

Nerve Site	Stim. Site	Recorded Muscle	Latency	Amplitude	Distance	Duration	Velocity
Tibial Nerve (R)	Ankle	Abductor Hallucis	5.8	7.2	120	6.2	40
Tibial Nerve (R)	Popliteal Fossa	Abductor Hallucis	8.2	6.2	280	6.7	38
Tibial Nerve (L)	Ankle	Abductor Hallucis	6.3	7.7	120	6	42
Tibial Nerve (L)	Popliteal Fossa	Abductor Hallucis	8.4	6.6	280	6.8	38
Deep Peroneal Nerve (R)	Ankle	Extensor Digitorum B.	6.4	6.3	120	4.8	35
Deep Peroneal Nerve (R)	Fibular Head	Extensor Digitorum B.	8.3	5.8	280	5.1	37
Deep Peroneal Nerve (L)	Ankle	Extensor Digitorum B.	6.1	6.9	120	4.4	31
Deep Peroneal Nerve (L)	Fibular Head	Extensor Digitorum B.	8.7	5.1	280	5.6	28
Femoral Nerve (R)	Inguinal Ligament	Vastus Medialis	3.9	7.6	300	7.2	41
Femoral Nerve (L)	Inguinal Ligament	Vastus Medialis	4.9	8	140	7.5	38

F WAVE

Nerve	Site	F Latency ms	M Latency ms
Peroneal (FEDB) (R)	Ankle	34	3.4
Peroneal (FEDB) (L)	Ankle	35	3.9

EMG

Nerve	Muscle	Root	IA	FIB	PSW	FASC	HF	AMP	DUR	POLY	REC
-------	--------	------	----	-----	-----	------	----	-----	-----	------	-----

ELKRINAWI SLIMAN, MD - N.O 1-132047

Neuro-Musculo-Skeletal Medicine

Physical Medicine & Rehabilitation N.O. 47187

ד"ר סלימאן אלכרינאוי
מ.ר. 132047 ת.ר.מ. 47187
חומחה ברפואה פזיקלית ושיקום

* מסמך זה מכיל מידע מוגן הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות *

PHYSICALLY +

PHYSICAL MEDICINE AND REHABILITATION DEPARTMENT

EMG UNIT BEER SHEVA, HATEKVA 10

TEL. 055-9885782 / WhatsApp. 052-4553992



Electrophysiology - NCS & EMG

פרטי המטופל:

שם: אל קרינאוי מהאר | תעודת זהות: 316186832 | טלפון: 537447642 | תאריך לידה: 11/12/1995 | גובה: 1.8 ס"מ

Tibial (R)	Gastrocnemius	S1-S2	None	None	None	None	None	None	None	None	None	None
Tibial (L)	Gastrocnemius	S1-S2	None	None	None	None	None	None	None	None	None	None
Deep Peroneal (R)	Tibialis Anterior	L4-L5	None	None	None	None	None	None	None	None	None	None
Deep Peroneal (L)	Tibialis Anterior	L4-L5	None	None	None	None	None	None	None	None	None	None
Femoral (R)	Quadriceps	L2-L3-L4	None	None	None	None	None	None	+	+	None	None
Femoral (L)	Quadriceps	L2-L3-L4	None	None	None	None	None	None	None	None	None	None
Obturator (R)	Gracilis	L2-L3	None	None	None	None	None	None	None	None	None	None



ELKRINAWI SLIMAN, MD - N.O 1-132047
Neuro-Musculo-Skeletal Medicine
Physical Medicine & Rehabilitation N.O. 47187

ד"ר סלימאן אלכרינאוי
מ.ר. 132047 ת.ר.מ. 47187
מוחמה ברפואה פיסיקלית ושיקום

* מסמך זה מכיל מידע מוגן הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות *

מקור תשובה: תשובה התקבלה בתקשורת

תאריך שליחת תשובה: 09/05/2025 זמן שליחת תשובה: 08:39

תאריך הבדיקה: 09/05/2025

תחום: אורטופדיה

שם הרופא: וסים אל עברה

בית החולים / מרפאה: מרכז לרפואה יועצת - רהט

סוג התשובה: סיכום ביקור

סוג ביקור: 2 תאונת עבודה

סיווג חשיבות: רגילה

מהות הביקור: רגיל

תלונות: תלונות / סיבת הפניה מתאריך 12/08/2024
 תלונות / סיבת הפניה מתאריך 19/07/2024
 ב 13/05/24 היה מעורב בתאונת דרכים, התהפכות משאית נבדק במיון, עקב המשך כאבים פנה למיון קדמי ברהט, בהדמיה שבר תלישה פטיון לטראלי קרסול שמאל, טופל בחבישה מאז מתלונן על כאבים בקרסול שמאל, עש צווארי ומותני מקרין לרגל ימין

בבדיקתו: צליעה אנטלגית
 רגישות במישוש מעל עש צווארי ומותני, טווחי תנועה מוגבלים, כח גס שמור
 קרסול שמאל רגישות במישוש מעל פטיון לטראלי
 טווחים מוגבלים

סיטי עש מותני דיסקופאטיה במס גבהים
 ממליץ על השלמת סיטי עש צווארי
 צילום קרסול שמאל
 12/08/2024:
 השלים סיטי עש צווארי 05/08/24 דיסקופאטיה במס גבהים
 הוסבר למטופל על מצבו ועל אפשרויות הטיפול
 ממליץ
 משככי כאב לפי הצורך
 מעקב מרפאת כאב
 פיזיותרפיה המשך טיפול
 מסיים חופש של 90 יום בעוד מס ימים, עדין כאוב ומוגבל, מליץ לחזור בהדרגה לעבודה, להימנע ממאמצים והרמת משקלים כבדים,
 מעקב בעוד 3 חודשים
 09/05/2025:
 ממשיך להתלונן על כאב והגבלה בעש צווארי ומותני וברך ימין מאז התאונה
 הקרנה לרגל דוצ
 בבדיקתו: רגישות במישוש מעל עש צווארי ומותני, טווחי תנועה מוגבלים
 ברך ימין נפיחות + ללא תפליט, רגישות במישוש מעל סדק מפרקי, מבחנים מניסקאליים
 חיובים בהיבט מידיאלי

סיטי עש צווארי ומותני דיסקופאטיה במס גבהים

הוסבר למטופל על מצבו ועל אפשרויות הטיפול
 ממליץ על השלמת MRI ברך ימין בשאלה של קרע מניסקאלי
 פיזיותרפיה לעבודה על טווחי תנועה וחיזוק שרירי הגב
 מעקב מרפאת כאב
 EMG גפיים תחתונות



נספח 3 :

בקשה למינוי מומחים

(עמודים 43 עד 43)



תקנות פיצויים לנפגעי תאונות דרכים (מומחים) התשמ"ו – 1986

טופס 1

(תקנה 2)

בקשה למינוי מומחים רפואיים

ת.א. 25/

בבית משפט השלום
בנתניה

מהאר אלקרנאוי - נגד - שלמה, חברה לביטוח בע"מ

התובע, מהאר אלקרנאוי, מבקש למנות מומחים בנושא הנכות הרפואית שלו ובנושא דרכי שיקומו בתחום האורטופדי לשם מתן חוות דעת.

התובע מודיע כי בעקבות תאונת הדרכים שבה נפגע, טופל במסגרת בית החולים "סורוקה" ובמסגרת קופת החולים כללית.

העתקי סיכום מחלת התובע מתוך תיק המוסד הרפואי שבו הוא מטופל מצורפים לכתב התביעה.

כן, צורפו לכתב התביעה מסמכים רפואיים שנערכו לצורך הטיפול הרפואי שניתן לתובע ושיש בהם ראיה על הנכות שהוא טוען לה.

16
אריאל פריימברג ע"ד
ב"כ התובע



נספח 4 :

יפוי כח וטופס וסר

(עמודים 45 עד 47)



י פ ו י כ ח

אני הח"מ, יהל א/קרניל, מס' 316186832, מרחוב אלנא 214 רה,
 ת.ז. מס' 316186832, מחוב אלנא 214 רה, לחיות באי כוחי במשפט של
 ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ואו בענין תאונת דרכים מיום
נגד 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, חודעה, טענה, תובענה או כל חליך אחר הנוגע או הנובע מחליך 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. לחופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו חוגש יפוי הכח, בדרגה בה חוגש.
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 פס"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. לחופיע 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, לפטרם ולמנות אחרים במקומם ולנהל את עניני הנ"ל לפי ראות עיניו ובכלל לעשות את כל הצעדים שימצא לנכון ומועיל בקשר עם המשפט או עם עניני הנ"ל, והנני מאשר את מעשיו או מעשי ממלאי המקום בתוקף יפוי כח זה מראש.

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 05 לחודש 05 שנה 2025

חתימה: X 



הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

אריאל פריברג, עו"ד

מ.ד. 62254

עורך דין

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

<u>שם משפחה</u> מלרמילאי	<u>שם פרטי</u> מהאר	<u>תעודת זהות</u> 316186832	<u>שם האב</u> מחלק	<u>טלפון</u> 0537447442
<u>רחוב</u> מלמל	<u>מס'</u> 214	<u>מיקוד</u> 8535700	<u>עיר</u> נהל	<u>טלפון</u> 0537447442

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 למו 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: _____
1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

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

במקרה של קטין: שם האב _____ ת.ז. _____
שם האם _____
תאריך: 5/5/25 עד לחתימה ומס' תמס' רשיון: 62254 חתימה: X _____