

שם הרופא: ד"ר שחל בצלאל  
תחום: אורתופדיה  
מספר רשיון: 88514  
כתובת: המ"ג, 14  
טלפון: 08-8589200  
פקס: 08-8589210  
מספר מרכז: מרכז מקצועי

תאריך: 19/09/2019

**דו"ש בוחלה**

| פרטי המטופל   |         |      |               |            | אבאקי רחמים       |            |
|---------------|---------|------|---------------|------------|-------------------|------------|
| 00-05784302-1 | 57.00   | ז    | 02/10/1962    | יהודה      | שם משפחה ושם פרטי | מס זכות    |
|               | גיל     | מין  | ת. לידה       | שם האב     |                   |            |
| 8             | 8609329 | 08   | 055 - 6644686 | טלפון נוסף | הירדן             | קרית מלאכי |
| מס בית        | טלפון   | רחוב |               |            | ישוב              |            |

תעמדה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 0 ביקור רגיל

| סובל מ | קוד | איפיון | אבחנה                                         |
|--------|-----|--------|-----------------------------------------------|
| 79989  |     |        | DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD |

מומלץ על מנוחה מתאריך 12/09/2019 עד תאריך 19/10/2019 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה 38

אישור זה אינו כולל עבודת מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

**\*\*נחתם דיגיטלית\*\***

88514

ד"ר שחל בצלאל

חתימה וחותמת בלבן

אישור רשיון

שם הרופא



תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכלליות

דף 1 מ 1

**\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת המידע\*\*\***

19/09/2019

הודפס ע"י ד"ר שחל בצלאל 00-05784302-1

אישור מחלה

אבאקי רחמים

שם הרופא: ד"ר שחל בצלאל  
תחום: אורתופדיה  
מספר כשיון: 88514  
כתובת: המ"ג, 14  
טלפון: 08-8589200  
פקס: 08-8589210

מרפאה:קרית מלאכי - מרכז מקצועי

מחוז:מרכז

תאריך: 19/09/2019

### הפניה לדימוות

|                   |               |              |               |
|-------------------|---------------|--------------|---------------|
| פרטי המטופל       |               | אנאקי רחמים  |               |
| שם משפחה ושם פרטי | מס זהות       | גיל          | ת.ל.ד         |
| שם האב            | 00-05784302-1 | 57.00        | 02/10/1962    |
| קריית מלאכי       | 8             | 08 - 8609329 | 055 - 6644686 |
| רחוב              | מס בית        | טלפון        | טלפון נוסף    |
| הירדן             |               |              |               |

מספר הפניה ישירה: 33103148984

גורם שולח



3103

מספר הפניה



033103148984

תז נבדק



57843021

רשיון רופא



088514

ביום הבדיקה, נא לפנות למשרד מכון הרנטגן והדימוות 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 והדימוות.  
נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין תור לבדיקה ב- 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

לכבוד: MRI כף יד ימין

### שירות שנבחר

| קוד שירות | קוד משה"ב | תיאור רפואי                      | שירות       |
|-----------|-----------|----------------------------------|-------------|
| 78555     | 73221     | ת.מ. MRI יד / שורש / כף / אצבעות | רפואת כף יד |
|           |           |                                  | 10408024    |

המטופל מתלונן על חבלת כף יד ימין בזמן עבודה ממשקל שנפל על היד.  
קלינית רגישות משמעותית על ECU קלה יותר על DRUJ.  
נבדק על ידי יהודה דוד שביקש להשלים MRI בשאלת קרע TFCC.  
נשלם MRI

### אבחנה משוערת

| קוד | אפיון | אבחנה                                   |
|-----|-------|-----------------------------------------|
| 7   |       | OBSERVATION - PATIENT UNDER OBSERVATION |

### בעיות פעילות

| מ.גילוי    | אפיון | בעיה                       |
|------------|-------|----------------------------|
| 01/12/2001 |       | ASTHMA                     |
| 01/02/2007 |       | HYPERLIPIDEMIA UNSPECIFIED |
| 01/01/2012 |       | OBESITY (BMI >30)          |

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

דף 1 מ 2

19/09/2019

00-05784302-1 הודפס על ידי ד"ר שחל בצלאל

הפניה לדימוות

אנאקי רחמים

|            |         |                  |
|------------|---------|------------------|
| מ.גילוי    | א.פיון  | בעיה             |
| 01/08/2012 | RT.     | INGUINAL HERNIA  |
| 01/08/2012 |         | ABDOMINAL HERNIA |
| 01/04/2013 |         | RECTAL POLYPS    |
| 12/01/2015 | LT.HAND | FOREIGN BODY     |

רגישויות

ו/או תופעות לוואי

| רגישות ל                       | תגובה              | נמסר ע"י |
|--------------------------------|--------------------|----------|
| SIMVASTATIN 40MG TAB 40mg      | אחר: כאבים בשרירים | רופא     |
| SIMVASTATIN 40MG TAB 40mg      | אחר: כאבים בשרירים | רופא     |
| PRAVASTATIN 40MG-TEVA TAB 40mg | אחר: כאבים בשרירים | המטופל   |

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה

|                    |               |       |
|--------------------|---------------|-------|
| שם הרופא           | ד"ר שחל בצלאל | 88514 |
| מספר רשיון         |               |       |
| חתימה וחותמת הרופא |               |       |

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

פניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת ב"ח מפורסמת באתר הכללית



הפניה לדימות

אנא קרוא

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

דף 2 מ 2

19/09/2019

00-05784302-1 הודפס ע"י ד"ר שחל בצלאל

08:34a 19 דצמ 05



תאריך: 24/10/2019

**תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה**

על פי חוק הביטוח הלאומי

|                   |               |              |               |
|-------------------|---------------|--------------|---------------|
| פרטי המטופל       |               | אנאק'י רחמים |               |
| שם משפחה ושם פרטי | 00-05784302-1 | מס זהות      | 57.01         |
| ת.ל.ידה           | 02/10/1962    | ז            | מין           |
| שם האב            | יהודה         | טלפון        | 08 - 8609329  |
| קריית מלאכי       | הירדן         | מס בית       | 8             |
| ישוב              | רחוב          | טלפון נוסף   | 055 - 6644686 |

תאריך תאונה: 12/09/2019

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

| קוד | איפיון | אבחנה                                                         |
|-----|--------|---------------------------------------------------------------|
| 7   |        | OBSERVATION - PATIENT UNDER OBSERVATION<br>CONTUSION RT WRIST |

הטיפול שניתן:

**כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל**

☒ איננה מסוגלת לעסוק בעבודתה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 12/09/2019 עד יום 19/10/2019 (בכלל) סה"כ 38 ימים

24/10/2019

24/10/2019

ת. הבדיקה

תאריך מותן התעודה

ד"ר שחל בצלאל

חותמת המרפאה

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

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד



-חשוי אישי-

|                |
|----------------|
| אנאקי רחמים    |
| הידן           |
| מספר בית: 0008 |
| קרית מלאכי     |

אתר: הרצליה  
תאריך: 09/11/2019  
סימוכין: 2474823

לכבוד: הרופא המטפל

שרותי בריאות כללית מחוז המרכז

**הנדון: אנאקי רחמים ת"ז 057843021**

**להלן תוצאות סריקה בתהודה מגנטית של שורש כף יד ימין:**

הבדיקה בוצעה בטכניקת TSE בשקלול FFE, 3-D, STIR, T2, T1 במישורים אקסיאלי, סאגיתלי וקורונלי.

ברקע מצב לאחר חבלת שורש כף יד ימין. כעת בירור כאבים בפרט באספקט האולנרי.

מודגם אות חריג המתאים לשינוי בצקתי לשדי לאורך השפה המפרקית של הרדיוס הדיסטלי בהקשר חבלה מתאים לתבנית של BONE BRUISE.  
דרגה מתונה של וריינס שלילי במפרק ה- DRUJ.  
יש לציין מספר ציסטות תת כונדרליות באספקט המקורב של הלונייט בחלקם משיקות לשפה המפרקית עם הרדיוס המרוחק כחלק מ- ABUTMENT?  
יש לציין אי סדירות ופגמים ב- SLL יכול להתאים לקרע חלקי כרוני. ה- LTL נראה שמור.  
ה- TFCC מדגים אות מעט הטרוגני. הרציפות הכללית שמורה. יכול להתאים למק חלקי בפרט באזור החיבור הרדיאלי.

תפליט מעט מוגבר במדור האולנו קרפלי.  
שינוי ארטריטי מתון ב- CMC הראשון.  
גידים מכופפים: בלי ממצא פתולוגי.  
הדגמה תקינה של העצב מדיאני, פלקסור רטינקולום ואזור תעלת גאיון.  
גידים מיישרים: מהלך שמור, ללא מאפייני קרע. ללא תפליט מוגבר בשרוול.  
מהלך ה- ECU נראה רציף. יתכן שינוי טנדינוטי מתון. ללא תפליט מוגבר בשרוול.  
רקמות רכות שריריות ללא הדגמת מאפייני STRAIN.  
ציסטה תת קליפתית בקצה הפרוקסימלי של עצם הסירה בקוטר 4 מ"מ. סריקה ב- 3-D, FFE קורונלי.  
יתכן משנית לנזק הרצועתי המדווח לעיל.

**בסיכום:**

מגוון ממצאים כמתואר.  
קונטוזיה גרמית ברדיוס המרוחק.  
שינויים ציסטיים ניוונים בפרט בלונייט.  
נזק חלקי ל- SLL. מלווה בציסטה תת קליפתית באזור האחיזה הנביקולרית.  
תפליט במדור האולנוקרפלי.  
חשם לנזק חלקי ל- TFCC.  
גידים המכופפים והמיישרים ללא הדגמת קרעים, ראה פרוט לעיל.  
וריינס שלילי במפרק ה- DRUJ.  
שאר הממצאים כמפורט. לייעוץ קליני מתאים.



**הנדון: אנאקי רחמים ת"ז 057843021**

בתודה על ההפניה  
ובברכה,  
ד"ר יעקב לוי  
מומחה ברדיולוגיה אבחנתית  
מ.ר. 18036  
מ.ר.מ. 12563

הוקלד ע"י: סגלית מ

התשובה עברה הגהה בחתימה ממוחשבת.

מסמך זה מכיל מידע מוגן הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסר שלא כדין עובר עבירה.

תאריך: 24/10/2019

### תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

#### על פי חוק הביטוח הלאומי

|                   |               |              |               |            |
|-------------------|---------------|--------------|---------------|------------|
| פרטי המטופל       |               |              |               |            |
| שם משפחה ושם פרטי | מס זהות       | גיל          | ז             | ת. לידה    |
| אנאקי רחמים       | 00-05784302-1 | 57.01        | ז             | 02/10/1962 |
| שם האב            | מס בית        | טלפון        | טלפון         | יהודה      |
| קרית מלאכי ישוב   | 8             | 08 - 8609329 | 055 - 6644686 | שם האב     |
| הירדן             | רחוב          | מס בית       | טלפון         | שם האב     |

תאריך תאונה: 12/09/2019

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

| קוד | אבחנה                                                         | איפיון |
|-----|---------------------------------------------------------------|--------|
| 7   | OBSERVATION - PATIENT UNDER OBSERVATION<br>CONTUSION RT WRIST |        |

הטיפול שניתן:

#### כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל

☒ איננה מסוגלת לעסוק בעבודתה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 12/09/2019 עד יום 19/10/2019 (בכלל) סה"כ 38 ימים

תאריך מתן התעודה: 24/10/2019  
ת. הבדיקה: 24/10/2019



ד"ר שחל בצלאל  
חתימה וחותמת הרופא של השרות הרפואי המוסד

חותמת המרפאה

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

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד



תאריך: 28/11/2019

**תעודת רפואית נוספת לנפגע בעבודה**

**על פי חוק הביטוח הלאומי**

|                   |               |            |               |
|-------------------|---------------|------------|---------------|
| פרטי המטופל       |               | אנאק רחמים |               |
| שם משפחה ושם פרטי | 00-05784302-1 | ת. לידה    | 02/10/1962    |
| מס זהות           | 57.02         | ז' מין     | 8             |
| קריית מלאכי ישוב  | הירדן         | מס בית     | 8             |
| טלפון             | 08 - 8609329  | טלפון נוסף | 055 - 8644688 |

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה תאריך תאונה: 12/09/2019

| אבחנות | קוד | אבחנה                                   |
|--------|-----|-----------------------------------------|
| 7      |     | OBSERVATION - PATIENT UNDER OBSERVATION |
|        |     | TFCC TEAR RT                            |

הטיפול הנוכחי:

**כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל**

☒ איננה מסוגלת לעסוק בעבודתה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 28/11/2019 עד יום 08/12/2019 (בכלל) סה"כ 11 ימים

תאריך מתן התעודה: 28/11/2019  
ת. הבדיקה: 28/11/2019

ד"ר שחל בצלאל  
חותמת המרפאה  
חתימה וחתימת הרופא של השרות הרפואי המוסמך  
הזכות לגמלה נקבעת על - ידי המוסד לביטוח הלאומי ואין התעודה מקנה זכות זו

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

שם הרופא: ד"ר שחל בצלאל  
תחום: אורתופדיה  
מספר רשיון: 88514  
כתובת: המ"ג, 14  
טלפון: 08-8589200  
פקס: 08-8589210  
מחוז: מרכז  
מרפאה: קרית מלאכי - מרכז מקצועי

תאריך: 28/11/2019

**סיכום ביקור**

| פרטי המטופל   |              |        |            |            | אנאק'י רחמים      |         |
|---------------|--------------|--------|------------|------------|-------------------|---------|
| 00-05784302-1 | 57.02        | ז      | 02/10/1962 | יהודה      | שם משפחה ושם פרטי | מס זהות |
| שם האב        | שם האב       | שם האב | שם האב     | שם האב     | שם האב            | שם האב  |
| 055 - 6644686 | 08 - 8609329 | 8      | הירדן      | קרית מלאכי | רחוב              | מס בית  |
| טלפון נוסף    | טלפון        | מס בית | רחוב       | ישוב       |                   |         |

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה תאריך תאונה: 12/09/2019

שלום רב,

תאריך הביקור: 28/11/2019  
סוג ביקור: 2 תאונת עבודה  
מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: תלונות/סיבת הפניה מתאריך 19/09/2019: חבלת כף יד ימין בזמן עבודה 12/09/19 ממשקל שנפל על היד. קלינית רגישות משמעותית על ECU קלה יותר על DRUJ. בדיקת על ידי יהודה דוד שביקש להשלים MRI בשאלת קרע TFCC. נשלח MRI 24/10/2019 תיקון מחלה 28/11/2019 MRI כף יד ימין - נזק ל TFCC, נזק ל SLL. MRI כתף ימין - קרע חלקי SSP 0.6. לאור הגבלה תפקודית קשה כף יד ימין - לשקילת טיפול ניתוחי כף יד

| קוד | איפיון | אבחנה                                   |
|-----|--------|-----------------------------------------|
| 7   |        | OBSERVATION - PATIENT UNDER OBSERVATION |

| הפניות             | פרטי ההפניה               | קוד | התחייבות סטטוס |
|--------------------|---------------------------|-----|----------------|
| הפניה לרפואה יועצת | 70082-בדיקת רופא כירורגיה | H1  |                |

| אישור                     | קוד | מתאריך     | עד תאריך   | סטטוס |
|---------------------------|-----|------------|------------|-------|
| תאונת עבודה (תעודה מספית) | 114 | 28/11/2019 | 08/12/2019 | הודפס |

בברכה,

ד"ר שחל בצלאל  
88514  
שם הרופא  
מס' רשיון

חתימה וחזות הרופא

תאריך: 05/12/2019

**תעודה רפואית נוספת לנפגע בעבודה**

**על פי חוק הביטוח הלאומי**

|             |                   |         |     |              |               |
|-------------|-------------------|---------|-----|--------------|---------------|
| פרטי המטופל | 00-05784302-1     | 57.02   | ז   | 02/10/1962   | יהודה         |
| אנאק' רחמים | שם משפחה ושם פרטי | מס זהות | גיל | ת. לידה      | שם האב        |
| קרית מלאכי  | הירדן             | מס בית  | 8   | 08 - 8609329 | 055 - 6644686 |
| ישוב        | רחוב              |         |     | טלפון        | טלפון בוסף    |

תאריך תאונה: 12/09/2019

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

|                                         |        |     |
|-----------------------------------------|--------|-----|
| אבחנה                                   | איפיון | קוד |
| OBSERVATION - PATIENT UNDER OBSERVATION |        | 7   |

הטיפול הנוכחי:

**כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל**

☒ איננה מסוגלת לעסוק בעבודתה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 09/12/2019 עד יום 15/12/2019 (בכלל) סה"כ 7 ימים

05/12/2019

05/12/2019

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

ד"ר שחל בצלאל

חתימה וחותמת הרופא של השרות המוסמך

חותמת המרפאה

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

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד



05/12/2019 13:39 חופק ע"י פוקס לי

## סיכום ביקור בכירורגית כף יד מתאריך 05/12/2019

כירורגית כף יד - טיפוליות  
ד"ר: פרופ' קוסאשווילי ז"ל  
אח/אחות אחראי: ברוך  
מס' ביקור: 1010454542

|            |                            |          |            |
|------------|----------------------------|----------|------------|
| שם משפחה:  | אנאקי                      | ת. לידה: | 02/10/1962 |
| שם פרטי:   | רחמים                      | ת. זהות: | 5784302-1  |
| כתובת:     | הירדן 8, קריית מלאכי 83021 | מין:     | זכר        |
| טלפון:     | 0556644686                 | גיל:     | 57         |
| סוג דם:    |                            | שם האב:  | יהודה      |
| גורם מממן: |                            |          |            |

אבחנות בביקור

- CONTUSION OF WRIST (Right) (92321) TFCC tear

### סיבת הפניה/תלונה עיקרית

בן 57 ברקע פריצות דיסק, קרעי RC,

ב-12/9/19 נפל חפץ כבד בעבודתו על יד ימין. מאז סובל מכאבים, בעיקר באספקט אולנרי של ש.כ.י.מין. ללא רגישות באיזור עצמות קרפליזות.

ביצע MRI בתאריך 28/11/0219 - נזק חלקי ל-SLL, נזק חלקי ל-TFCC, שינויים ציסטים בלונגייט, bone contusion lunate, capitulum, scaphoid.

### דיווח פעולות:

קוד שירות 70082  
כמות 1  
פעולה בדיקת רופא כירורגיה כף יד  
תאריך 13:38 05/12/2019  
נרשם ע"י פוקס לי  
המשך טיפול לא ניתן המשך טיפול

### סיכום

נבדק עם ד"ר יהודה דוד והומלץ על ארתרוסקופיה לסקירת ותפירת TFCC במידת הצורך.

### המלצות

מופנה לשירות ארתרוסקופיה במוסד אחר - בלינסון/תל השומר/פרטי  
כמו כן מומלץ על התקנת מקבע שורש כף יד  
המשך טיפול פיזיותרפיה וריפוי בעיסוק

המכתב הודפס על ידי פוקס לי 05/12/2019 13:39

\*\*\*חסי אישוי\*\*\*

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות.

מכתב נחתם ע"י פוקס לי

מכתב  
ד"ר יהודה דוד  
רופא כירורגיה  
כף יד  
מס' 1010454542

תאריך 16/12/2019

**הפניה לרפואה יועצת**

|                   |               |              |            |
|-------------------|---------------|--------------|------------|
| פרטי המטופל       |               | אנאק'י רחמים |            |
| שם משפחה ושם פרטי | 00-05784302-1 | מס זהות      | 57.02      |
| ת. לידה           | 02/10/1962    | ז' מין       | ז          |
| שם האב            | יהודה         | גיל          | 8          |
| קריית מלאכי       | הירדן         | מס בית       | 8          |
| ישוב              | רחוב          | טלפון        | 08-8609329 |
| טלפון נוסף        | 055 - 6644686 | טלפון        | 08         |

סוג תאונה 2 תאונת עבודה תאריך תאונה 12/09/2019

**מספר הפניה ישירה: 33103152470**

גורם שולח



3103

מספר הפניה



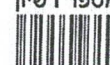
033103152470

תז נבדק



57843021

מספר רשיון



088514

**לכבוד: כף יד**

**שירות שנבחר**

| קוד שירות | קוד משה"ב | תיאור רפואי               | שירות רפואי |
|-----------|-----------|---------------------------|-------------|
| 70082     | L9263     | בדיקת רופא כירורגיה כף יד | 70082       |

**הריני מפנה את המטופל הנל להתייעצות בשל**

**תלונות**

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 19/09/2019:  
חבלת כף יד ימין בזמן עבודה 12/09/19 ממשקל שנפל על היד.  
קלינית רגישות משמעותית על ECU קלה יותר על הDRUJ.  
נבדק על ידי יהודה דוד שביקש להשלים MRI בשאלת קרע TFCC.  
נשלים MRI  
24/10/2019  
תיקון מחלה  
28/11/2019  
MRI כף יד ימין - נזק ל TFCC, נזק ל SLL.  
MRI כתף ימין - קרע חלקי SSP 0.6.  
לאור הגבלה תפקודית קשה כף יד ימין - לשקילת טיפול ניתוחי כף יד  
05/12/2019  
המשך מחלה  
רוקט טרמדקס  
16/12/2019  
כף יד - לתיקון ארטרוסקופי!  
מופנה להשלמת טיפול

**אבחנה משוערת**

| קוד | אבחנה                                   | אבחנה                                   |
|-----|-----------------------------------------|-----------------------------------------|
| 7   | OBSERVATION - PATIENT UNDER OBSERVATION | OBSERVATION - PATIENT UNDER OBSERVATION |

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

**הפניה לרפואה יועצת**

הודפס ע"י ד"ר שחל בצלאל 00-05784302-1

**אנאק'י רחמים**

| בעיות פעילות |         |                            |
|--------------|---------|----------------------------|
| מ.גילוי      | איפיון  | בעיה                       |
| 01/12/2001   |         | ASTHMA                     |
| 01/02/2007   |         | HYPERLIPIDEMIA UNSPECIFIED |
| 01/01/2012   |         | OBESITY (BMI >30)          |
| 01/08/2012   | RT.     | INGUINAL HERNIA            |
| 01/08/2012   |         | UMBILICAL HERNIA           |
| 01/04/2013   |         | NASAL POLYPS               |
| 12/01/2015   | LT.HAND | FOREIGN BODY               |

#### רגישויות

ו/או תופעות לוואי

| רגישות ל                       | תגובה               | נמסר ע"י |
|--------------------------------|---------------------|----------|
| SIMVASTATIN 40MG TAB 40mg      | אחר: כאבים בשרירים  | רופא     |
| SIMVASTATIN 40MG TAB 40mg      | אחר: כאבים בשרירים  | רופא     |
| PRAVASTATIN 40MG-TEVA TAB 40mg | אחר: כאבים בשרירים. | המטופל   |

#### תרופות קבועות

| ב... | פעמים | א. הגשה | כמות | תרופות                            |
|------|-------|---------|------|-----------------------------------|
| ביום | 1     | שאיפות  | 1    | RELVAR ELLIPTA 184/22MCG INH 184M |
| ביום | 1     | טבליות  | 1    | LIPITOR 20MG TAB 20MG             |

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

ד"ר שחל בצלאל

88514

שם הרופא

מספר רשיון

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.  
פניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת ב"ח  
מפורסמת באתר הכללית

מרכז רפואי  
מ.ר. 88514  
ד"ר שחל בצלאל  
מחלקת אורטיפדיה של  
חתימה וחותמת הרופא

דף 2 מ 2

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

16/12/2019

הודפס ע"י ד"ר שחל בצלאל 00-05784302-1

הפניה לרפואה יועצת

אנאקי רחמים



שם הרופא  
תחום  
מספר רשיון  
כתובת  
טלפון  
פקס  
מרפאה: קרית מלאכי ב' מחוז: מרכז

ד"ר גלינה קפלון  
רופאת משפחה  
25129  
נחלת הר חבד 9, קרית מלאכי  
08-8589300  
08-8589310

06/12/2019 תאריך

**הפניה למכון פיזיותרפיה**  
(כל המלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל

| שם משפחה ושם פרטי | מס זהות       | גיל   | ז      | ת. לידה    | יהודה         |
|-------------------|---------------|-------|--------|------------|---------------|
| אנאקי רחמים       | 00-05784302-1 | 57.02 | ז      | 02/10/1962 | יהודה         |
| קרית מלאכי        | הירדן         | 8     | מס בית | 08-8609329 | 055 - 6644686 |
| ישוב              | רחוב          |       |        | טלפון      | טלפון בוסף    |

תאריך תאונה 12/09/2019

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה: 35289147265

גורם שולח



5289

מספר הפניה



035289147265

תז נבדק



57843021

רשיון רפא



025129

לכבוד: מכון פיזיותרפיה

שירות שנבחר

| שירות | קוד   | שירות                   | קוד   |
|-------|-------|-------------------------|-------|
| רפואי | 80074 | טיפול פיזיותרפי פרטי    | 97140 |
| 80074 |       | טיפול פרטי ריפוי בעיסוק | 97530 |
| 81074 |       |                         | 81074 |

CONTUSION HAND

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה  
12/09/19 ב-22/09/2019 בזמן עבודתו נחבל משורש כף יד ימין-נפלו שולחנות מעגלה על יד ימין שלו  
נבדק ע"י רופא אורטופד-הופנה לביצוע MRI כף יד ימין  
06/12/2019: עדיין כאבים בשורש כף יד ימין  
קיבל חופש ת.עבודה מרופא אורטופד  
נבדק במרפ. כירורגיה כף יד, קפלן ב-05/12/19-הומלץ על ארטרוסקופיה במוסד אחר-בילינסון/תל השומר/פרטי  
כמו כן הומלץ על התקנת מקבע שורש כף יד  
המשך טיפול פיזיותרפיה וריפוי בעיסוק

סימנים חיוניים: גובה 175 22/09/2019 משקל 98 22/09/2019 bmi 32.00

לחץ דם 135 /82 27/11/2019

דופק 81 27/11/2019 סדיר

08/07/2018 מתאריך 96.18 eGFR

FEV1 (%) 80 עוזק ב 06/04/2017 FVC (%) 77 עוזק ב 06/04/2017

7 ה.ר.0

הפניה למכון פיזיותרפיה  
אנאקי רחמים  
\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*  
00-05784302-1 הודפס ע"י ד"ר גלינה קפלון  
דף 1 מ 2

| בעיות פעילות               |         | מ.גילוי    |
|----------------------------|---------|------------|
| ASTHMA                     | בעיה    | 01/12/2001 |
| HYPERLIPIDEMIA UNSPECIFIED |         | 01/02/2007 |
| OBESEITY (BMI >30)         |         | 01/01/2012 |
| INGUINAL HERNIA            |         | 01/08/2012 |
| UMBILICAL HERNIA           | RT.     | 01/08/2012 |
| NASAL POLYPS               |         | 01/04/2013 |
| FOREIGN BODY               | LT.HAND | 12/01/2015 |

#### רגישויות

ולאו תופעות לוואי

| נמסר ע"י | תגובה              | רגישות ל                       |
|----------|--------------------|--------------------------------|
| רופא     | אחר: כאבים בשרירים | SIMVASTATIN 40MG TAB 40mg      |
| רופא     | אחר: כאבים בשרירים | SIMVASTATIN 40MG TAB 40mg      |
| המטופל   | אחר: כאבים בשרירים | PRAVASTATIN 40MG-TEVA TAB 40mg |

#### תרופות קבועות

| תרופות                            | כמות | א. הגשה  | פעמים | ...  |
|-----------------------------------|------|----------|-------|------|
| RELVAR ELLIPTA 184/22MCG INH 184M | 1    | 1 שאיפות | 1     | ביום |
| LIPITOR 20MG TAB 20MG             | 1    | 1 טבליות | 1     | ביום |

ממצאים קליניים מצב כללי טוב.  
רגישות והגבלה בתנועות בשורש כף יד ימין

רופאת מרפאת  
ד"ר קפלין  
כחיתום מרפאת  
מחלקת רפואת  
היד  
מחלקת רפואת  
היד

חתימה וחוקת הרופא

25129

מספר רשיון

ד"ר גלינה קפלן

שם הרופא

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

ס.ה.ר 7

דף 2 מ 2

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

הפניה למכון פיזיותרפיה

00-05784302-1 הודפס ע"י ד"ר גלינה קפלן

אנאק רחמים

העתק 28/05/2020  
קרית מלאכי הודפס ע"י: מורן אליאסי

שם הרופא  
תחום  
מספר רשיון  
כתובת  
טלפון  
פקס  
מרכז:מרכז  
מ"ר גלינה קפלון  
רופאת משפחה  
25129  
נחלת הר חבד 9  
08-8589300  
08-8589310  
מ"ר גלינה קפלון

28/05/2020 תאריך

**הפניה לרפואה יועצת**

| פרטי המטופל   |            |          |       |               | אנאקי רחמים       |             |
|---------------|------------|----------|-------|---------------|-------------------|-------------|
| יהודה         | 02/10/1962 | ז        | 57.08 | 00-05784302-1 | שם משפחה ושם פרטי | מס זהות     |
| שם האב        | ת. לידה    | מין      | גיל   | מס זהות       | הירדן             | קריית מלאכי |
| 055 - 6644686 | 08         | -8609329 | 8     | מס בית        | רחוב              | ישוב        |
| טלפון נוסף    | טלפון      |          |       |               |                   |             |

12/09/2019 תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה ישירה: 35289153913

גורם שולח



5289

מספר הפניה



035289153913

תז נבדק



57843021

מספר רשיון



025129

לכבוד: מרפ. כירורגיה כף יד ב"ח בילינסון

**שירות שנבחר**

| שירות רפואי | תיאור רפואי               | קוד שירות | קוד משה"ב |
|-------------|---------------------------|-----------|-----------|
| 70082       | בדיקת רופא כירורגיה כף יד | L9263     | 70082     |

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתיעצות בשל

תלונות 12/09/19:22/09/2019 בזמן עבודתו נחבל משורש כף יד ימין-נפלו שולחנות

מעגלה על יד ימין שלו

נבדק ע"י רופא אורטופד-הופנה לביצוע MRI כף יד ימין

06/12/2019:עדיין כאבים בשורש כף יד ימין

קיבל חופש ת.עבודה מרופא אורטופד

נבדק במרפ. כירורגיה כף יד, קפלן ב-05/12/19-הומלץ על ארטרוסקופיה במוסד

אחר-בילינסון/תל השומר/פרטי

כמו כן הומלץ על התקנת מקבע שורש כף יד

המשך טיפול פיזיותרפיה וריפוי בעיסוק

מדדי איכות

28/05/2020:מצבו ללא שיפור משמעותי

מוזמן למרפ. כירורגיה כף יד ב"ח בילינסון ב-31/05/2020

סימנים חיוניים: גובה 175 15/03/2020 משקל 99 15/03/2020 bmi 32.33

לחץ דם 135 / 82 27/11/2019

דופק 81 27/11/2019 סדיר

16/03/2020 מתאריך 97.36 eGFR

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

28/05/2020

הודפס ע"י ד"ר גלינה קפלון 00-05784302-1

הפניה לרפואה יועצת

אנאקי רחמים



28/05/2020  
06/04/2017 77 (%)FVC 06/04/2017 80 (%)FEV1  
העתק הודפס ע"י: מורן אליאסי

ממצאים בבדיקה  
ממצאים מתאריך 06/12/2019:  
מצב כללי טוב.  
רגישות והגבלה בתנועות בשורש כף יד ימין

| אבחנה          | איפיון | קוד  |
|----------------|--------|------|
| CONTUSION HAND | RT.    | 9232 |
| WORK ACCIDENT  |        |      |

דיון/תוכנית טיפולית  
אנלגטיקה לפי הצורך  
תחבושת אלסטית  
טיפול סימפטומטי  
מעקב  
פיזיותרפיה וריפוי בעיסוק  
להמשיך טיפול כרוני

| בעיות פעילות               | מגילי      | איפיון  | בעיה |
|----------------------------|------------|---------|------|
| ASTHMA                     | 01/12/2001 |         |      |
| HYPERLIPIDEMIA UNSPECIFIED | 01/02/2007 |         |      |
| OBESITY (BMI >30)          | 01/01/2012 |         |      |
| INGUINAL HERNIA            | 01/08/2012 | RT.     |      |
| UMBILICAL HERNIA           | 01/08/2012 |         |      |
| NASAL POLYPS               | 01/04/2013 |         |      |
| FOREIGN BODY               | 12/01/2015 | LT.HAND |      |
| DIABETES MELLITUS          | 22/03/2020 |         |      |

| רגישויות          | רגישות ל                       | תגובה              | נמסר ע"י |
|-------------------|--------------------------------|--------------------|----------|
| ו/או תופעות לוואי |                                |                    |          |
|                   | SIMVASTATIN 40MG TAB 40mg      | אחר: כאבים בשרירים | רופא     |
|                   | SIMVASTATIN 40MG TAB 40mg      | אחר: כאבים בשרירים | רופא     |
|                   | PRAVASTATIN 40MG-TEVA TAB 40mg | אחר: כאבים בשרירים | המטופל   |

| תרופות קבועות | ב... | פעמים  | א. הגשה | כמות                              | תרופות |
|---------------|------|--------|---------|-----------------------------------|--------|
| ביום          | 2    | טבליות | 1       | METFORMIN HCL TAB 850MG 850MG     |        |
| ביום          | 1    | שאיפות | 1       | RELVAR ELLIPTA 184/22MCG INH 184M |        |
| ביום          | 1    | טבליות | 1       | LIPITOR 20MG TAB 20MG             |        |

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

ד"ר גלינה קפלון  
שם הרופא  
25129  
מספר רשיון  
חתימה וחותמת הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.  
פניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת ביה"ח  
מפורסמת באתר הכללית

דף 2 מ 2 \*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

28/05/2020 הודפס ע"י ד"ר גלינה קפלון 00-05784302-1

הפניה לרפואה יועצת

אגאק רחמים



BEILINSON  
Rabin Medical Center

**בילינסון**  
**אורתופדיה - מנהלת**  
מרכז רפואי רבין

הופק ע"י ד"ר דגלן אפרת מ.ר. 127132 11:05 01/11/2020

**סיכום ביקור אמבולטורי**

|            |                     |          |            |       |            |
|------------|---------------------|----------|------------|-------|------------|
| שם משפחה:  | אנאקי               | ת. לידה: | 02/10/1962 | מספר: | 5784302-1  |
| שם פרטי:   | רחמים               | ת. זהות: | 5784302-1  | זכר   | 58         |
| כתובת:     | הירדן 8, קרית מלאכי | מין:     | 8302136    | גיל:  | 58         |
| טלפון:     | 0556644686          | מספר:    | 0556644686 | מספר: | 0556644686 |
| סוג דם:    |                     | מספר:    |            | מספר: |            |
| מחוז:      |                     | מספר:    |            | מספר: |            |
| גורם מממן: | מרכז                | מספר:    |            | מספר: |            |

אבחנות בביקור

- Pain in hand (BOTH) (71944)

**סיבת הפניה/תלונה עיקרית**

סיפור של חבלה בעת עבודתו ב-12-9-2019. כאבים בשורש יד ימין בהרמת משקל. טופל בפיזיותרפיה עם הטבה חלקית ובסד תומך. מנהל תפעול כעת לא עובד. יד ימין דומיננטית. רקע- סוכרת, אסטמה, כמו ק קרעים בשרוול המסובב בכתף ימין מתאונה קודמת. בבדיקה - מפרק חופשי. שורש יד י 80 כ 80 פ.ס 90 יישור מלא אצבעות וקמיצת אגרוף DPC. כאב במישוש מעל הקרפוד, רדיאלי איזור הסקפואיד, אזור SL, הפוביה של האולנה. MRI - קונטוזיה גרמית ברדיוס המרוחק, שינויים ציסטיים ניוניים בלונגייט, נזק חלקי SLIL, ציסטה תת קורטיקלית באיזור כניסה לסקפואיד, נזק חלקי ל- TFCC מ- 9.11.2019. צילום - סקלרוסיס קל לונגייט ציסטות לונגייט סקפואיד מרווח SL מוגבר בהשוואה לשמאל

על מנת להבין מעורבות גרמית טוב יותר - להשלים CT שורש יד ימין ושמאל עם שחזורים ב- SUPERMAN POSITION לאחר ה- CT התוכנית להביא את הממצאים לישיבת רנטגן לבצע בדיקה לסרולוגיה ראומטית לשלול הפרעה אינפלמטורית

השלמת תיעוד משיבת רנטגן - OA רדיוגרפלי משמעותי אין סימני קיבוק. יש OA מידקרבליית קלה. יש בצקת גרמית משנית ל-OA.

השלים בדיוק דם RF שלילי, C3-4 שלילי ביקור אצל רופאת המשפחה ללא עדות למחלה רהומטולוגית (נאמר בעל פה אין בידיו מסמכים) בבדיקתו היום רגישות מעל SL רגישות סקפואיד ורגישות TFCC. CT נבדק יחד עם ד"ר יהודה, מדובר של שינויים שחיקתיים, התואמים את גילו. ה- CT תואם את הMRI ממוצע על שימוש בסד קשיח ריפוי בעיסוק אינטנסיבי ביקורת בעוד חצי שנה עם צילומים

**דיווח פעולות:**

| קוד שירות | כמות | פעולה                          | תאריך            | נרשם ע"                   |
|-----------|------|--------------------------------|------------------|---------------------------|
| 70017     | 1    | בדיקת רופא אורתופד במרפאה      | 10:22 01/11/2020 | ד"ר דגלן אפרת מ.ר. 127132 |
| 70082     | 1    | בדיקת רופא כירורג כף יד במרפאה | 10:22 01/11/2020 | ד"ר דגלן אפרת מ.ר. 127132 |

**המשך טיפול:**

--  
לא

נחתם ע"י: ד"ר דגלן אפרת מ.ר. 127132





הופק ע"י ד"ר מסאלחה מוחמד מ.ר. 143085 09/03/2022 13:45

סיכום ביקור אמבולטורי

|            |                     |          |            |           |            |
|------------|---------------------|----------|------------|-----------|------------|
| שם משפחה:  | אנאקי               | ת. לידה: | 02/10/1962 | מספר:     | 5784302-1  |
| שם פרטי:   | רחמים               | ת. זהות: | 5784302-1  | זכר/נקבה: | זכר        |
| כתובת:     | הירדן 8, קרית מלאכי | מין:     | 8302136    | גיל:      | 59         |
| טלפון:     | 0556644686          | מספר:    | 0556644686 | מספר:     | 0556644686 |
| סוג דם:    |                     | מספר:    |            | מספר:     |            |
| מחוז:      |                     | מספר:    |            | מספר:     |            |
| גורם מממן: | מרכז                | שם האב:  | יהודה      | שם האב:   | יהודה      |

באבחנות בביקור

- osteoarthritis hand (Right) (71514)

סיבת הפניה/תלונה עיקרית

בן 60, סיפור של חבלה בעת עבודתו ב-12-9-2019. כאבים בשורש יד ימין בהרמת משקל. טופל בפיזיותרפיה עם הטבה חלקית ובסד תומך. מנהל תפעול כעת לא עובד. יד ימין דומיננטית. רקע- סוכרת, אסטמה, כמו כן קרעים בשרוול המסובב בכתף ימין מתאונה קודמת. בבדיקה - מפרק חופשי. שורש יד י 80 כ 80 פ.ס 90 יישור מלא אצבעות וקמיצת אגרוף DPC. כאב במישוש מעל הקרפוד, רדיאלי איזור הסקפואיד, אזור SL, הפוביה של האולנה. MRI - קונטוזיה גרמית ברדיוס המרוחק, שינויים ציסטיים ניוניים בלונגייט, נזק חלקי SLIL, ציסטה תת קורטיקלית באיזור כניסה לסקפואיד, נזק חלקי ל- TFCC מ- 9.11.2019. בצילום - סקלרוסיס קל לונגייט ציסטות לונגייט סקפואיד- מרווח SL מוגבר בהשוואה לשמאל על- מנת להבין מעורבות גרמית טוב יותר - להשלים CT שורש יד ימין ושמאל עם שחזורים ב- SUPERMAN POSITION לאחר ה- CT התוכנית להביא את הממצאים לשיבת רנטגן לבצע בדיקה לסרולוגיה ראומטית לשלול הפרעה אינפלמטורית השלמת תיעוד משיבת רנטגן - OA רדיוגרפלי משמעותי אין סימני קינבוק. יש OA מידקרפליית קלה. יש בצקת גרמית משנית ל- OA.

השלים בדיוקת דם RF שלילי, C3-4 שלילי ביקור אצל רופאת המשפחה ללא עדות למחלה רהומטולוגית (נאמר בעל פה אין בידיו מסמכים) בבדיקתו היום רגישות מעל SL רגישות סקפואיד ורגישות TFCC. CT נבדק יחד עם ד"ר יהודה, מדובר של שינויים שחיקתיים, התואמים את גילו. ה- CT תואם את ה- MRI ממולץ על שימוש בסד קשיח ריפוי בעיסוק אינטנסיבי ביקורת בעוד חצי שנה עם צילומים

ביקורת 9/3/22 הגיע בשל המשיכות כאבים והחמרה בכאבים ש.כ. יד ימין אספקט אולנארי ללא הטבה הפיזותרפיה וריפוי בעיסוק

בבדיקתו- רגישות יתר אולנארית ש.כ. יד ימין, רגישות SB טווחים ש.כ. יד 70 DF60 פרוספנציה מלא דופק רדיאלי נמוש, תחושה שמורה פזיור RUM

דיון יחד עם ד"ר יורדאש- מעבר על MRI CT ש.כ. יד - OA קשה מפרק רדיולונאט, רדיוסקפואיד והתחלה של לונקפיטת, הוסבר למטופל על הממצא והמלצתנו היא לטיפול ניתוחי אחוי מלא של ש.כ. יד, סובר כי מטרת הניתוח היא לשיפור כאבים אך ללא תנועה ב.ש.כ. היד. המטופל בשלב זה מעדיף תנועה ש.כ. יד. הוסבר כי הניתוח יכול להיות בעתיד גם המטופל אינו מעוניין כעת בטיפול ניתוחי

במידה וירצה ניתוח יקבע תור לביקורת מרפאתינו





BEILINSON  
Rabin Medical Center

בילינסון  
אורתופדיה - מנהלת  
מרכז רפואי רבין

הופק ע"י ד"ר יורדאש סורין דניאל מ.ר. 28070 12:35 02/01/2023

סיכום ביקור אמבולטורי

|            |                     |          |            |
|------------|---------------------|----------|------------|
| שם משפחה:  | אנאקי               | ת. לידה: | 02/10/1962 |
| שם פרטי:   | רחמים               | ת. זהות: | 5784302-1  |
| כתובת:     | הירדן 8, קרית מלאכי | מין:     | זכר        |
| טלפון:     | 0556644686          | גיל:     | 60         |
| סוג דם:    |                     | מרפאה:   |            |
| מחוז:      |                     | שם האב:  | יהודה      |
| גורם מממן: | מרכז                |          |            |

• osteoarthrosis hand (Right) (71514)

סיבת הפניה/תלונה עיקרית

בן 60, סיפור של חבלה בעת עבודתו ב-12-9-2019. כאבים בשורש יד ימין בהרמת משקל. טופל בפיזיותרפיה עם הטבה חלקית ובסד תומך. מנהל תפעול כעת לא עובד. יד ימין דומיננטית. רקע- סוכרת, אסטמה, כמו כן קרעים בשרוול המסובב בכתף ימין מתאונה עסקית. מפרק חופשי. שורש יד ימין 80 כ 80 פ.ס 90 יישור מלא אצבעות וקמיצת אגרוף DFC. כאב במישוש מעל הקרפוד, רדיאלי איזור הסקפואיד, אזור SL, הפוביה של האולנה. MRI - קונטוזיה גרמית ברדיוס המרוחק, שינויים ציסטיים ניוניים בלונגים, מק חלקי SLIL, ציסטה תת קורטיקלית באיזור כניסה לסקפואיד, מק חלקי ל- TFCC מ- 9.11.2019. בצילום - סקלרוסיס קל לונגים ציסטות לונגים סקפואיד מרווח SL מוגבר בהשוואה לשמאל על מנת להבין מעורבות גרמית טוב יותר - להשלים CT שורש יד ימין ושמאל עם שחזורי ב- SUPERMAN POSITION לאחר ה- CT התוכנית להביא את הממצאים לישיבת רנטגן לבצע בדיקה לסרולוגיה ראומטית לשלול הפרעה אינפלמטורית השלמת תיעוד משיבת רנטגן - OA רדיוגרפיה משמעותי אין סימני קינבוק. יש OA מידקרבילית קלה. יש בצקת גרמית משנית ל-OA.

השלים בדיוקת דם RF שלילי, C3-4 שלילי ביקור אצל רופאת המשפחה ללא עדות למחלה רהומטולוגית (נאמר בעל פה אין בידוי מסמכים) בבדיקתו היום רגישות מעל SL רגישות סקפואיד ורגישות TFCC. CT נבדק יחד עם ד"ר יהודה, מדובר של שינויים שחיקתיים, התואמים את גילו. ה- CT תואם את ה- MRI ממוצע על שימוש בסד קשיח ריפוי בעיסוק אינטנסיבי ביקורת בעוד חצי שנה עם צילומים

ביקורת 9/3/22 הגיע בשל המשיכות כאבים והחמרה בכאבים ש.כ.י ימין אספקט אולטארי ללא הטבה הפיזותרפיה וריפוי בעיסוק

בבדיקתו- רגישות יתר אולטארי ש.כ.י ימין, רגישות SB טווחים ש.כ.י 70 DF60 PF 70 פרוספנציה מלא דופק רדיאלי נמוך, תחושה שמורה פזיור RUM

דיון יחד עם ד"ר יורדאש- מעבר על MRI CT ש.כ.י- OA קשה מפרק רדיולונגט, רדיוסקפואיד והתחלה של לונקפיטת, הוסבר למטופל על הממצא והמלצתנו היא לטיפול ניתוחי אחיו מלא של ש.כ.י, סובר כי מטרת הניתוח היא לשיפור כאבים אך ללא תנועה ב.ש.כ.י. המטופל בשלב זה מעדיף תנועה ש.כ.י. הוסבר כי הניתוח יכול להיות בעתיד גם המטופל אינו מעוניין כעת בטיפול ניתוחי

במידה וירצה ניתוח יקבע תור לביקורת מרפאתינו



סיכום ביקור אמבולטורי

|           |         |             |            |                                    |
|-----------|---------|-------------|------------|------------------------------------|
| שם משפחה: | אמיק    | תאריך לידה: | 02/10/1962 | :                                  |
| שם פרטי:  | רחמים   | ת. זהות:    | 5784302-1  | מרפאת כירורגית כף יד               |
| סוג דם:   | שם האב: | יהודה       |            | דר' יורדאש סורין דניאל מ.ר. 28070: |
|           |         |             |            | אח/אחות אחראיים: מרינה אג'יסון     |
|           |         |             |            | מס' ביקור: 2022991623              |

2.1.23

נכתב ע"י ד"ר אופיר.  
בתקופה האחרונה טופל בפזיותפריה וסדי שורש יד. מצוין כי הסגבים מוחמרים בעיקר במאמץ קל.  
מצוין כי הסגבים החמיר ומקשים עליו לתפקד באופן יומיומי. פנה למרפאתנו לצורך התערבות ניתוחית.

בבדיקה -  
יד ימין - ללא נפיחות ללא דפורמציה. טווחי תמעה 60, כ 70, פס 90 רגישות דיפוזית במישוש הסמפובוקס, SL, ובמישוש גבי  
באזור הקרפוס האולטרי LT  
נבדק ע"י ד"ר יורדאש - מבחינה קלינית ישנה החמרה. על מנת לבחון את אפשרויות הטיפול מדדקק להדמיה עדכנית (CT ו-MRI)  
מלפני למעלה מ-3 שנים).

המלצות:

יש לבצע CT שורש כפות ידיים דוצ בקופ"ח  
לאחר ביצוע ה-CT יש לקבוע תורן מרפאתנו.

דיווח פעילות: קוד שירות 70082  
כמות 1  
פעולה בדיקת רופא כירורג כף יד במרפאה  
תאריך 12:35 02/01/2023  
נרשם ע"י דר' יורדאש סורין דניאל מ.ר. 28070

המשך טיפול:

לא

חתימה:

נחתם ע"י: דר' יורדאש סורין דניאל מ.ר. 28070



BEILINSON  
Rabin Medical Center

בילינסון  
אורתופדיה - מנהלת  
מרכז רפואי רבין

הופק ע"י ד"ר ויטנברג מריה מ.ר. 150579 07/06/2023 13:27

סיכום ביקור אמבולטורי

|            |                     |          |            |   |       |
|------------|---------------------|----------|------------|---|-------|
| שם משפחה:  | אנאקי               | ת. לידה: | 02/10/1962 | : |       |
| שם פרטי:   | רחמים               | ת. זהות: | 5784302-1  | : |       |
| כתובת:     | הירדן 8, קרית מלאכי | מין:     | זכר        | : | מזכיר |
| טלפון:     | 0556644686          | גיל:     | 60         | : | מזכיר |
| סוג דם:    |                     | מזכיר:   |            | : |       |
| מחוז:      |                     | שם האב:  | יהודה      | : |       |
| גורם מממן: | מרכז                |          |            | : |       |

כתובת

דוא"ל: bl2033100@clalit.org.il

אבחנות בביקור

- osteoarthritis hand (Right) (71514)

סיבת הפניה/תלונה עיקרית

בן 60.  
סיפור של תבלה בעת עבודתו ב-12-9-2019. כאבים בשורש יד ימין בהרמת משקל. טופל בפיזיותרפיה עם הטבה חלקית ובסד תזונה.  
עסק- מנהל תפעול כעת לא עובד. יד ימין דומיננטית. רקע- סוכרת, אסטמה, כמו ק קרעים בשרוול המסובב בכתף ימין מתאונה קודמת.  
בבדיקה - מפרק חופשי. שורש יד ימין 80 כ 80 פ. 90 יישור מלא אצבעות וקמיצת אגרוף DPC.  
כאב במישוש מעל הקרפוד, רדיאלי איזור הסקפואיד, אזור SL, הפוכה של האולנה.  
MRI - קונטוזיה גרמית ברדיוס המרחק, שינויים ציסטיים ניוניים בלונגייט, נזק חלקי SLIL, ציסטה תת קורטיקלית באיזור כניסה לסקפואיד, נזק חלקי ל- TFCC מ- 9.11.2019.  
בצילום - סקלרוסיס קל לונגייט ציסטות לונגייט סקפואיד מוחו SL מוגבר בהשוואה לשמאל.  
על מנת להבין מעורבות גרמית טוב יותר - להשלים CT שורש יד ימין ושמאל עם שחזורים ב- SUPERMAN POSITION.  
לאחר ה- CT התוכנית להביא את הממצאים לשיבת רנטגן.  
לבצע בדיקה לסרולוגיה ראונית לשלול הפרעה אינפלמטורית.  
השלמת תיעוד משיבת רנטגן - OA רדיוקפלי משמעותי אין סימני קינבוק. יש OA מידקפולית קלה. יש בצקת גרמית משנית ל-OA.

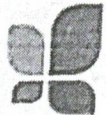
השלים בדיוק דם  
RF שלילי, C3-4 שלילי  
ביקר אצל רופאת המשפחה ללא עדות למחלה רהומטולוגית (נאמר בעל פה אין בידיו מסמכים)  
בבדיקתו  
היום רגישות מעל SL רגישות סקפואיד ורגישות TFCC.  
CT נבדק יחד עם ד"ר יהודה, מדובר של שינויים שחיקתיים, התואמים את גילו. ה-CT תואם את MRI.  
ממלך על שימוש בסד קשיח  
רפיו בעיסוק אינטנסיבי  
ביקורת בעוד חצי שנה עם צילומים

ביקורת 9/3/22  
הגיע בשל המשיכות כאבים והחמרה בכאבים ש.כ. יד ימין אספקט אולנארי ללא הטבה הפיזותרפיה ורפיו בעיסוק

בבדיקתו-  
רגישות יתר אולנארי ש.כ. יד ימין, רגישות SB  
טווחים ש.כ. יד DF60 PF 70 פרוספנציה מלא  
דופק רדיאלי נמוך, תחושה שמורה פזיור RUM

דיון יחד עם ד"ר יורדאש-  
מעבר על MRI CT ש.כ. יד-  
OA קשה מפרק רדיולונגט, רדיוסקפואיד והתחלה של לונקפיט, הוסבר למטופל על הממצא והמלצתו היא לטיפול ניתוחי אחי מלא של ש.כ. יד, סובר כי מטרת הניתוח היא לשיפור כאבים אך ללא תנועה ב.ש.כ. יד.  
המטופל בשלב זה מעדיף תנועה ש.כ. יד.  
הוסבר כי הניתוח יכול להיות בעתיד גם





סיכום ביקור אמבולטורי

|           |       |             |            |       |            |
|-----------|-------|-------------|------------|-------|------------|
| שם משפחה: | אנאקי | תאריך לידה: | 02/10/1962 | מספר: | 5784302-1  |
| שם פרטי:  | רחמים | ת. זהות:    | יהודה      | מספר: | 2023430002 |
| סוג דם:   |       | שם האב:     |            |       |            |

מס' ביקור: 2023430002  
מס' אחות אחראיים: מרינה אג'סון  
מס' יורדאש סורין דניאל מ.ר. 28070:  
מס' מרפאת כירורגית כף יד

המטוסל אינו מעוניין כעת בטיפול ניתוחי

2.1.23

נכתב ע"י ד"ר אופיר.  
בתקופה האחרונה טופל בפזיותפריה וסדי שורש יד. מצוין כי הכאבים מוחמרים בעיקר במאמץ קל.  
מצוין כי הכאבים החמירו ומקשים עליו לתפקד באופן יומיומי. פנה למרפאתנו לצורך התערבות ניתוחית.

בבדיקה -  
יד ימין - ללא נפיחות ללא דפורמציה. טווחי תנועה י 60, כ 70, פס 90 רגישות דיפוזית במישוש הסנאפבוקס, SL, ובמישוש גבי  
באזור הקרפוס האולטרי LT  
נבדק ע"י ד"ר יורדאש - מבחינה קלינית ישנה החמרה. על מנת לבחון את אפשרויות הטיפול נזדקק להדמיה עדכנית (CT ו-MRI)  
מלפני למעלה מ-3 שנים).

המלצות:

יש לבצע CT שורש כפות ידיים דוצ בקופ"ח  
לאחר ביצוע ה-CT יש לקבוע תורן מרפאתנו.

7/6/23

עדיין סובל מכאבים בשורש כף יד ימין, מעוניין בטיפול ניתוחי  
בבדיקתו שורש כף יד ימין - נפיחות קלה, רגישות מעל לונייט, רגישות אולנרית  
במעבר על CT עדכני - שינויים ניוניים, ציסטות בלונייט, OA של LUNATE FACET של רדיוס מרוחק

בדיון עם המטופל הוסבר על אפשרות לטיפול ניתוחי באיחוי מפרק רדיוסקאפולונייט, הוסבר שהניתוח צפוי להקל על הכאבים אך  
לאחר הניתוח יסבול מהגבלה בתנועה בשורש כף היד  
הוסבר על סיכונים וסיבוכים אפשריים של הניתוח כולל פגיעה בעצבים, כלי דם, גידים, זיהום וצורך בניתוחים נוספים, הוסבר מהלך  
בתר ניתוחי צפוי (קיבוע בגבס ובהמשך פיזיותרפיה)  
רושם שמבין, מעוניין בטיפול ניתוחי. כמו כן הוסבר כי במהלך הניתוח, בהתאם לאיכות העצמות ולשחיקה של עצמות נוספות נחליט על  
הרחבה של האיחוי.  
יחמן לניתוח על ידי מזכירת המחלקה.

דיווח פעולות:

קוד שירות 70082  
כמות 1  
פעולה בדיקת רופא כירורג כף יד במרפאה  
תאריך 13:27 07/06/2023  
נרשם ע"י דר' ויטנברג מריה מ.ר. 150579

המשך טיפול:

--  
לא

חתימה:

נחתם ע"י: דר' ויטנברג מריה מ.ר. 150579



תאריך: 26/06/2023

**הפניה לרפואה יועצת**

|              |                 |             |             |             |       |             |             |   |
|--------------|-----------------|-------------|-------------|-------------|-------|-------------|-------------|---|
| פרטי המטופל: | שם משפחה ופרטי: | אנאקי רחמים | מס זהות:    | 00057843021 | גיל:  | 60.09       | מין:        | ז |
| ת.ל.ידה:     | 02/10/1962      | ישוב:       | קריית מלאכי | רחוב:       | הירדן | טלפון נוסף: | 055-6644686 |   |
| מס בית:      | 8               | טלפון:      | 08-8609329  |             |       |             |             |   |

סוג תאונה 2 תאונת עבודה תאריך תאונה 31/05/2022

מספר הפניה: 35289028407

|            |          |              |           |
|------------|----------|--------------|-----------|
| מספר רשיון | תז נבדק  | מספר הפניה   | גורם שולח |
| 152889     | 57843021 | 035289028407 | 5289      |

לכבוד: בן 60 אחרי תאונת עבודה

החמרה בכאבים

אפשרות לטיפול ניתוחי באיחוי מפרק רדיוסקאפולונייט, יוזמן לניתוח על ידי מזכירת המחלקה.

שירות שנבחר

| קוד שירות | קוד משה"ב | תיאור רפואי      | שירות רפואי |
|-----------|-----------|------------------|-------------|
| 70302     | K1698     | בדיקת כושר עבודה | 70302       |

הריני מפנה את המטופל הנל להתייעצות בשל

תלונות

החמרת מצב של כף יד עדיין סובל מכאבים בשורש כף יד ימין, מעוניין בטיפול ניתוחי בבדיקתו שורש כף יד ימין נפוחות קלה, רגישות מעל לזניט, רגישות אולטרית במעבר על CT עדכני שניונים ניוניים, ציסטות בלזניט, LUNATE FACET של רדיוס מרוחק של רדיוס מרוחק בדין עם המטופל הוסבר על אפשרות לטיפול ניתוחי באיחוי מפרק רדיוסקאפולונייט, לאחר הניתוח יסבול מהגבלה בתנועה בשורש כף היד יוזמן לניתוח על ידי מזכירת המחלקה.

סימנים חיוניים: גובה 175 03/01/2023 משקל 98 03/01/2023 bmi 32.00 לחץ דם 120 / 79 01/06/2022 דופק 70 01/06/2022

03/01/2023 מתאריך 94.08 eGFR

06/04/2017 ב 80 FEV1 (%) עודכן ב 06/04/2017 ב 77 FVC (%) עודכן ב

אבחנה משוערת

| קוד  | אפיין           | אבחנה                             |
|------|-----------------|-----------------------------------|
| 8160 | FINGER 3 RT.HAN | FRACTURE PHALANX/PHALANGES CLOSED |
|      |                 | WORK ACCIDENT                     |

בעיות פעילות

| מ.גילוי    | אפיין | בעיה                       |
|------------|-------|----------------------------|
| 01/12/2001 |       | ASTHMA                     |
| 01/02/2007 |       | HYPERLIPIDEMIA UNSPECIFIED |

ס.ה.ר 1

דף 1

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

הפניה לרפואה יועצת

26/06/2023

הודפס ע"י ד"ר נטליה בזליי

00057843021

אנאקי רחמים



| מגילוי     | איפיון  | בעיה                                   |
|------------|---------|----------------------------------------|
| 01/01/2012 |         | OBESITY (BMI >30)                      |
| 01/08/2012 | RT.     | INGUINAL HERNIA                        |
| 01/08/2012 |         | UMBILICAL HERNIA                       |
| 01/04/2013 |         | NASAL POLYPS                           |
| 12/01/2015 | LT.HAND | FOREIGN BODY                           |
| 22/03/2020 |         | DIABETES MELLITUS                      |
| 11/02/2021 |         | COVID-19 CORONAVIRUS RECOVERED PATIENT |

רגישויות ואו תופעות לוואי

| רגישות ל | תגובה                                              | נמסר ע"י |
|----------|----------------------------------------------------|----------|
|          | SIMVASTATIN 40MG TAB 40mg אחר: כאבים בשרירים       | רופא     |
|          | SIMVASTATIN 40MG TAB 40mg אחר: כאבים בשרירים       | רופא     |
|          | PRAVASTATIN 40MG-TEVA TAB 40mg אחר: כאבים בשרירים. | המטופל   |

תרופות קבועות

| ...  | פעמים    | א. הגשה | כמות | תרופות                                    |
|------|----------|---------|------|-------------------------------------------|
| ביום | 4 טיפות  |         | 1    | GENTEAL 0.3% COL 0.3%                     |
| ביום | 1 טבליות |         | 1    | ENALAPRIL 5MG TAB 5MG                     |
| ביום | 1 לרס    |         | 1    | RHINO LAST NASAL SPRAY (N) 0.1%           |
| ביום | 3 טבליות |         | 1    | METFORMIN HCL TAB 850MG 850MG             |
| ביום | 1 שאיפות |         | 1    | RELVAR ELLIPTA 184/22MCG INH 184MCG/22MCG |
| ביום | 1 טבליות |         | 1    | LIPITOR 20MG TAB 20MG                     |

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

152889

ד"ר נטליה בזלי

חתימה וחוקתמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

ס.ה.ר 1

דף 2

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

הפניה לרפואה יועצת

26/06/2023

הודפס ע"י ד"ר נטליה בזלי

00057843021

אנאק רחמים





טלפון: 03-9376158  
פקס: 03-9376156

מחלקה: טרום ניתוח אורתופדיה  
מנהל המחלקה: דר' וולקס סטיב מ.ר. 17249  
סגן מנהל מחלקה: דר' לוריא טל דואר אלקטרוני  
מחלקתי: [bl2013100@clalit.org.il](mailto:bl2013100@clalit.org.il)  
אמיר  
מנהל היחידה לכירורגיה של היד: ד"ר סורין דניאל יוחאש  
אחות אחראית: גב' מריאנה סטפנקו

## סיכום טרום ניתוח אורתופדיה

5784302-1 אנאקי רחמים

בן: 60

כתובת: הירדן 8 כניסה, קרית מלאכי 8302136

מספר קבלה: 2023533426

תאריך ביקור: 10/07/2023 11:39

### תלונת החולה

אלקטיבי לאיחוי שורש כף יד ימין

פרטי קבלה רפואי

המידע נמסר מפיו מטופלת

### מחלה נוכחית

בן 60, פעיל, ללא טיפול תרופתי קבוע

עסק - מנהל תפעול כעת לא עובד. יד ימין דומיננטית.  
נמצא במעקב מרפאות כף יד לאחר חבלה בעת עבודתו ב-12-9-2019. כאבים בשורש יד ימין בהרמת משקל. טופל בפזיותרפיה עם הטבה חלקית ובסד תומך השלים בירור שכלל:

MR - קונטוזיה גרמית ברדיוס המרוחק, שיניים ציסטיים ניוונים בלזניט, נזק חלקי SLIL, ציסטה תת קורטיקלית באיזור כניסה לסקפואיד, נזק חלקי ל- TFCC מ-9.11.2019  
CT שורשי כפות ידיים - שינויים ניוונים, ציסטות בלזניט, OA של LUNATE FACET של רדיוס מרוחק  
בצילום - סקלרוסיס קל לזניט ציסטות לזניט סקפואיד מרווח SL מוגבר בהשוואה לשמאל  
RF שלילי, C3-4 שלילי, להערכת הרופאה המטפלת ללא עדות למחלה דלקתית

עבר הערכה משולבת של יחידת כף יד ושיבת רנטגן - OA רדיוגרפלי משמעותי אין סימני קינבוק. יש OA מידקורפלי קלה. יש בצקת גרמית משנית ל- OA.

בדיון יחידת כף יד עם המטופל הוסבר על אפשרות לטיפול ניתוחי באיחוי מפרק רדיוסקאפולונייט, הוסבר שהניתוח צפוי לחקל על הכאבים אך לאחר הניתוח יסבול מהגבלה בתנועה בשורש כף היד הוסבר על סיכונים וסיבוכים אפשריים של הניתוח מל פגיעה בעצבים, מל דם, גידים, זיהום וצורך בניתוחים נוספים, הוסבר מהלך בתר ניתוחי צפוי (קיבוע בגבס ובהמשך פזיותרפיה) רושם שמבין, מעוניין בטיפול ניתוחי. כמו כן הוסבר כי במהלך הניתוח, בהתאם לאיכות העצמות ולשחיקה של עצמות נוספות נחליט על הרתבה של האיחוי

בירור טרום ניתוחי-

אק"ג מ-10/7/23 ציר תקין NSR  
לא השלים צילום חזה או בדיקות דם

בבדיקתו בטרם ניתוח-

שורש כף יד ימין- נפיחות קלה, העור שלם  
יישור 60 כיוף 60, פרונוציה מלאה, סופיניציה כ-30 מעלות  
רגישות דיפוזית דורסלית, יותר רדיאלית  
מגיע אצבעות, תחושה שמורה, אצבעות חמות וחיונות  
לא ידועה רגישות לתרופות



# סיכום טרום ניתוח אורתופדיה

5784302-1 אנאקי רחמים

בן 60

כתובת: חידן 8 כניסה קרית מלאכי 8302136

מספר קבלה: 2023533426

תאריך ביקור: 10/07/2023 11:39

מקצוע  
כנולית

מרכז רפואי רבין  
בית חולים בילינסון



לא ידועה רגישות לחומרים  
לא ידוע שימוש בתרופות קבועות  
בדיקה גופנית בקבלה

פרוט לב:   
הולם תקין, אוושה סיסטלית בתחנה אאורטלית ללא הקרנה  
פרוט ריאות:   
כניסת אויר שווה וטובה  
פרוט בטן:   
בטן רכה, לא רגישה

• osteoarthritis hand (Right) (71514)

אבחנות בקבלה

סיכום והמלצות

בן 60

אלקטיבי לאיחוי שורש כף יד ימין  
במרפאה הוסבר על אפשרות לטיפול ניתוחי באיחוי מפרק רדיוסקאפולונייט, הוסבר שהניתוח צפוי להקל על הכאבים אך לאחר הניתוח יסבול מהגבלה בתנועה בשורש כף היד  
הוסבר על סיכונים וסיבוכים אפשריים של הניתוח כולל פגיעה בעצבים, כלי דם, גידים, זיהום וצורך בניתוחים נוספים, הוסבר מהלך בטר ניתוחי צפוי (קיבוע בגבס ובהמשך פיזיותרפיה)  
רושם שמבין, מעוניין בטיפול ניתוחי - הסכים בעל פה ובכתב

יש להגיע עם צילום חזה ומעבדה עדכנית - ספירה, כימיה ותפקודי קרישה

דיווח פעולות:

קוד שירות 70017  
כמות 1

הפנייה להמשך טיפול  
סוג הפנייה להמשך טיפול:

הוראות

נחתם ע"י: דר' ויטנברג מריה מ.ר. 150579

מרכז רפואי רבין  
בית חולים בילינסון  
150579  
446393 #  
די"ר ויטנברג מריה  
מחלקה אורתופדיה כף יד  
התייחסות





מרכז רפואי רבין  
בית חולים בילנסון

בילנסון  
מרכז רפואי רבין

סיכום ביקור טרום הרדמה מתאריך 10/07/2023

|           |            |            |                             |
|-----------|------------|------------|-----------------------------|
| ת. לידה:  | 02/10/1962 | שם משפחה:  | אנוקי                       |
| ת. זהות:  | 8784302-1  | שם פרטי:   | רחמים                       |
| מין:      | זכר        | כתובת:     | חידן 8, קריית מלאכי 8302136 |
| גיל:      | 60         | טלפון:     | 0556844886                  |
| ת. רפואת: |            | סוג דם:    |                             |
| שם האב:   | יערה       | מחלה:      |                             |
|           |            | גורם ממשק: | מרכז                        |

האם מאושר ללחיות:

17

ניתוח מתוכנן/פעולה מתוכננת

לאחר שורש בק יד ימין

ASA

1 ASA

אומדנים

|         |                  |
|---------|------------------|
| Frailty | תאריך ושעה       |
| 2       | 14:22 10/07/2023 |

מדדים

|      |            |           |                  |
|------|------------|-----------|------------------|
| IMT  | גובה (סמ') | משקל (קג) | תאריך ושעה       |
| 31.7 | 175        | 97        | 14.20 10/07/2023 |

osteoarthritis hand (Right) (71514)  
Pain in hand (BOTH) (71944)

אבחנות כירורגיות

Airway

Previous Difficult Airway לא ידוע

הערכת מצב דרכי אוויר

המטופל משתף פעולה

מבנה הפנים: תקין

פתיחת הפה: תקין

Thyromental Distance: תקין

CLASS A: Protrusion test

Mallampati score: 1

תגועת הצוואר: תקין

מצב שיניים

תקין

הוסבר למטופל/ת ו/או לרופא/ת כי מדובר בהערכה

ברוך ברוך כל





מחלקה: טרום ניתוח אורתופדיה  
מנהל המחלקה: דר' וולקס סטיב מר. 17249  
סגן מנהל מחלקה: דר' לוריא טל דואר אלקטרוני  
מחלקתי: 2013100@cdali.org.il | מנהל יחידת כימורגיה של עמוד השדרה: ד"ר אמית  
אמיר  
מנהל היחידה לכימורגיה של היד: ד"ר סורן דינאל יורדאש  
אחות אחראית: גב' מראנה סטפנקו

סיכום טרום ניתוח אורתופדיה

5784302-1 אגודי רחמים

ק: 60

סערת: הודק 8 מטה, קרית מלאך 8302136

מספר קבלה: 202353426

תאריך בקור: 10/07/2023 11:39

תלונת החולה

אלקטיבי לאחרי שורש קי די מין

פרטי קבלה רפואי

המיון נסר מפי. מטופלת

מחלה סבוכת

בן 60, פעיל, ללא טיפול תרופתי קבוע

עסק - מנהל תפעול סת לא עובד, די מין חמימסית.

נמצא במעקב מרפאות קי די לאחר תגובה בעת עבודתו ב- 12-9-2019, כאבים בשורש די מין בהרמת משקל, טיפול בפיזיותרפיה

עם התגובה חלקית ובסדר תסמונת.

השלים ביורר שכל:

MR - קונסוליה גרמית ברדיוס המוח, שימים ציסטים נמוכים מוציאים, חק חלקי SLIL, ציסטה תת קרטיקית סמוך לסיכה

לסקפואיד, נוק חלקי ל- TFCC מ- 9.11.2019

CT שורש כפות דיים - שימים נמוכים, ציסטות מוציאים, OA של LUNATE FACET של רדיוס מוח

בדלים - סקולרסטיס קל לרייט ציסטות לרייט סקפואיד מוח SL מוגבר בהשוואה לשמאל

RF שלילי, C3-4 שלילי, להארכת הרפאה המטפלת ללא עדות לתגובה חלקית

עבר הערכה משולבת של יחידת קי די וישיבת רנטגן - OA רדיוגרפיה משמעותי אך סימני קיבוק, יש OA מידותיות קלה

בצוקת גרמית משנית ל- OA

בריון יחידת קי די עם המטופל הסבר על אפשרות לטיפול ניתוחי באיחוי מפרק רדיוקאפלוגיטי, הסבר שיתוף פעולה עם הרופא

הסברים אך לאחר הניתוח יסבול מהגבלה בתנועה בשורש קי די

הסבר על סיכונים וסיכויים אפשריים של הניתוח סל פגיעה בעצבים, מל דם, דחוס, דחוס נוקר בתחתית גפסס, הסבר מוח

בתר ניתוחי צפוי (קיבוע בגבס ובהמשך פיזיותרפיה)

חשם ששבין, מעניין בטיפול ניתוחי, כמו ק הסבר כי בשהל הניתוח, בתחום לאיסת העצמות והשחיקה על יציבות גפסס וחישוב על

הרומה של האחי

ברור טרום ניתוחי -

אק"ג מ- 10/7/23 ציר תקין NSR

לא השלים צלם חזה או בדיקות דם

בבדיקות בטרם ניתוח -

שורש קי די מין - גפיות קלה, הער שלם

ישור 60 כפוף 60, פרומה מלאה, סוכרציה 30 מנחת

רגישות רפואית דורסלת, יותר רדאלית

מניע אנכיות, תחושה שמורה, אנכיות תחתית

לא ידועה רגישות לתרופות



מרכז רפואי רבין  
בית חולים בילנסון



בילנסון  
מרכז רפואי רבין

סיכום ביקור טרום הירידה

|           |         |             |            |                         |
|-----------|---------|-------------|------------|-------------------------|
| שם משפחה: | אבאק    | תאריך לידה: | 02/10/1962 | טרום הירידה             |
| שם פרטי:  | רחמים   | ת. זהות:    | 5784302-1  | מנהלית דר' פיי ש"ר 29/2 |
| סוג דם:   | שם האב: | יהודה       |            |                         |

נתתם ע"י דר' שאד סאפו מר. 165511



סיכום ביקור טרום הרדמה

טחם הרדמה  
מנהל'ת ד"ר פין ש' מ"ר 96629

|            |             |       |           |
|------------|-------------|-------|-----------|
| 02/10/1982 | תאריך לידה: | אמא:  | שם משפחה: |
| 5784302-1  | ת.ז:        | רחמים | שם פרטי:  |
| יהודה      | שם תאב:     |       | סוג דם:   |

LAPAROSCOPIC REPAIR OF UNILAT. INC. HERNIA

ניתוחים בעבר

אשפוז בחצי שנה אחרונה

לא

לא ידוע שימוש בתרופות קבועות

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

הרגלים

מעשן/ת: לא

אלכוהול: לא

סמים: לא

שינה: תקינה

היסטוריה הרדמתית

הרדמה בעבר: ק סוג ההרדמה: כללית

בעית ידועת בהרדמה: לא

Functional Capacity  
more than 4 MET

בדיקה גופנית

ללא ממצא חריג

בדיקות עזר-טהורדמה

א.ק.ג. ק

קצב סינסיס סדיר, ציר תקין, ללא סימני איסכמיה חריפה

תכנון הרדמה

התקיים דיון עם המטופל / אפוסטרופוס על סוגי הרדמה: כללית, חסם עעב

מוגבלות קוגניטיבית: לא

המלצות רופא מרדים

14:25 10/07/2023

יש להשלים בדיקות: כמיה צלם חזה, תמונת דם שלמה

אם (מספר שעות לפני הניתוח): 8

ניתן לשתות משקאות מזלים וא מרדים עד שעותיים לפני הניתוח (עד כס אחת: P

לפני העברה לחדר ניתוח לתנ: P.O. MIDAZOLAM

MIDAZOLAM: 4 מ"ל

דיווח פעולות:

קוד שירות

70045

מ"ר ש"פ

תאריך

14.25 10/07/2023

פעולה

בדיקת רופא מרדים במרפאה

בסות

1

11



## טופס הסכמה ל

### הרדמה / Anesthesia

מהות הבעיה הרפואית- הרדמה לפני ניתוח/פעולה\*: ניתוח בלתי נמנע

(\*שם הניתוח/פעולה מופיע כהגדרה כללית בלבד. השם המדויק, והמשמעויות המדויקות הכרוכות בפעולה, יימסרו על ידי הרופא/ה המנתח/ת המבצע/ת את הפעולה, כולל מתן הסבר לצורך קבלת ההסכמה מדעת).

סוגי ההרדמה המקובלים הם הרדמה כללית, סדציה ("שטשוש"), הרדמה אזורית ואלחוש מקומי. יתכן שילוב בין השיטות. אלחוש מקומי יכול להיות מבוצע גם על ידי הרופא/ה המבצע/ת את הפעולה, במהלכה. שיטת ההרדמה נקבעת בהתאם לסוג הפעולה המבוצעת, בהסכמה בין המטופל/ת לרופא/ה המרדמ/ה.

**הרדמה כללית או סדציה ("שטשוש")** הינן שינוי הפיך של מצב ההכרה הנגרם על ידי תרופות לצורך ביצוע פעולה רפואית, כדי למנוע אי נוחות וכאב בזמן הפעולה. במהלך הרדמה כללית או סדציה יינתנו תרופות בדרכי מתן שונות לקבלת שינוי במצב ההכרה, שיסך כאב ו/או הרפיה. במהלך סדציה המטופל/ת שומר/ת על רמת הכרה חלקית ו/או עשויה להיות מנומנם/ת, בעוד שהרדמה כללית היא מצב של אובדן הכרה מלא יזום. הפעולה מתבצעת על ידי מתן תכשירים המגיעים למערכת הדם. דרכי מתן אפשריות הן הזרקת תוך ורידית, הזרקת תת עורית או לתוך השריר, בליעה, שאיפה למערכת הנשימה, ואף במקרים מסוימים דרך פי הטבעת. הרדמה כללית מצריכה טיפול הנשמתי, החל ממתן חמצן במסכת פנים ונשימה עצמאית, הנשמה במסכה, התקנה של מסיכת לוע, ועד החדרת צינור תוך קנף לקנה הנשימה, והנשמה באמצעות מכונת הנשמה. קצב ההתעוררות מהרדמה תלוי בגורמים שונים הקשורים בסוג ובמשך הפעולה, בסוג ההרדמה ובמצבו/ה הכללי של המטופל/ת.

**הרדמה אזורית מתבצעת על ידי הזרקת תכשירים בסמוך לעצבים, הגורמת לאלחוש של אזור מסוים בגוף. בהרדמה אפידוראלית ובהרדמה ספינאלית** מחזקים התכשירים בגב, לחלל סביב חוט השדרה. **בחסימה של עצבים היקפיים** מחזקים התכשירים סביב עצבים בתקלי גוף שונים. השפעת ההרדמה האזורית חולפת לרוב שעות אחדות לאחר סיום ההזרקת של החומר המאלחש.

אלחוש מקומי מתבצע על ידי החדרת תכשירים לקרבת האזור המנותח, ולרוב מבוצע על ידי הרופא/ה המבצע/ת את הפעולה עצמה. השפעת האלחוש המקומי חולפת לרוב שעות אחדות לאחר הפסקת ההחדרה של החומר המאלחש. יתכן שילוב של סוגי הרדמה שונים, כמתואר לעיל, וכן שילוב של שיטות הרדמה אזורית שונות.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט, על ביצוע הרדמה מסוג (על הרופא/ה המרדמ/ה להקיף את סוג ההרדמה המתוכנן; ניתן לבחור יותר מסוג אחד):

**הרדמה כללית / הרדמה אזורית / אלחוש מקומי / סדציה ("שטשוש") / השגחה**

(להלן "הפעולה העיקרית"), הבנתי אותה וניתנה לי האפשרות לשאול שאלות ולדון על הפעולה, החלופות הטיפוליות, הסיכונים והתועלת.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי קיבלתי הסבר מפורט לגבי סוגי ההרדמה השונים, לרבות הסיכונים והסיכונים בכל אחד מהם, השילוב האפשרי ביניהם, והאפשרות שיהיה צורך לעבור מסוג הרדמה אחד למשנהו, במקרה של קושי בביצוע ההרדמה המתוכננת, או על פי שיקול דעתם של הרופאים/ות המרדמים/ות והרופאים/ות המבצעים/ות את הפעולה.

הוסבר לי והבנתי כי סוג ההרדמה שביצע בפועל יכול להשתנות במועד הפעולה, וזאת על פי שיקול דעתם של הרופאים/ות המרדמים/ות והרופאים/ות המבצעים/ות את הפעולה.

לכל סוג הרדמה, כוללת הסכמתי את הפעולות הנלוות, ובכללן החדרת צנתרים כנ"ל. הסכמתי ניתנת לכל הנ"ל למעט:

הוסבר לי, והבנתי, כי במהלך ההרדמה יחדרו לפי הצורך, על פי סוג הפעולה ומצב בריאות המטופל/ת, צנתרים לכלי דם שונים בגוף (ורידים או עורקים; ידיים ו/או רגליים ו/או צוואר ו/או חזה), צנתר לכיס השתן, צינור ניקוז לקיבה (זונדה), או אמצעים אחרים לניטור ובדיקות כגון מתמר אולטרסאונד (מתמר אכז) תוך-ושטי למעקב אחר מצב הלב ואמצעים אחרים למעקב אחר פעילות מערכות גוף שונות. החדרת צנתרים אלה כרוכה בסיכונים שונים, הכוללים דימום, זיהום, פגיעה במבנים סמוכים ואחרים, סיכונים שלרוב הינם קלים וחולפים, אולם יכולים אף במצבי קיצון לסכן את חיי המטופל/ת.



בנשים בהיריון, בכל סוגי ההרדמה, יתכן מעבר של חלק מחומרי ההרדמה לעובר, ויתכנו, במקרים נדירים, תופעות לוואי וסיבוכים לעובר או להמשך ההיריון.

הוסברה לי והבנתי את החשיבות הרבה במסירת מידע מלא על מצבי הרפואי ועל כל מחלותי; על כל התרופות, הסמים והתכשירים הטבעיים אותם אני צורך; וכן, על רגישות ידועה לתרופות ו/או לחומרי הרדמה, ועל תגובות וסיבוכים בעקבות הרדמה קודמת מכל סוג, אצלי או אצל בני משפחתי.

הוסבר לי והבנתי את החשיבות של שמירה על צום לפני ההרדמה, שכן אי-שמירה עלול לגרום לסיבוכים עד מוות. הוסבר לי והבנתי שביום ההרדמה ועד למחרת היום לפחות, עליי להימנע תחת השגחת מבוגר אחראי, וכי חובה עלי להיזהר בעמידה והליכה מחשש לנפילה. כמו כן, אין לנהוג ואין לקבל החלטות חשובות ביום ביצוע ההרדמה, לכל הפחות, ויתכן שלמשך תקופה ממושכת יותר על-פי מצבי.

הוסבר לי והבנתי את תופעות הלוואי השכיחות לאחר הרדמה, לרבות: כאב בלוע ואי-נוחות בבליעה, כאב שרירים, בחילה ו/או הקאה וחולשה, שיתלפו בהדרגה, התאוששות מאוחרת, דיכוי נשימתי, ירידה בלחץ הדם ו/או שינוי בקצב הלב.

כמו כן, הוסבר לי והבנתי את הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: נזק לשיניים ו/או לפה וללשון, פגיעה בריאות, פגיעה חולפת או קבועה בקנה הנשימה, פגיעה בעיניים (ראייה), פגיעה באוזניים (שמיעה), פגיעה במערכת העצבים מרכזית או פריפרית, קלה או חמורה, זמנית או קבועה, וסיבוכים נדירים כמו תגובה אלרגית לחומרי ההרדמה, תסמונת החום הממאיר, הפרעות בתפקודי הכבד, ו/או בתפקוד מערכות חיוניות אחרות. הוסבר לי כי במהלך ההרדמה והניתוח עלול להיגרם נזק לעצבים שונים, עיניים, עור ורקמות אחרות, וזאת כתוצאה מגורמים שונים כגון תנחות הגוף במהלך הניתוח.

הוסבר לי והבנתי שבמקרים נדירים ביותר עלול סיבוך מהרדמה להסתיים במוות.

כמו כן, הוסבר לי והבנתי שיתכנו קשיים בהכנסת צינור לקנה הנשימה, עקב מגבלות במבנה האנטומי או מסיבות אחרות, שאת חלקן לא ניתן לצפות מראש. כישלון בביצוע ההרדמה עלול לחייב מתן טיפולים

חיוניים, עד כדי ביצוע פעולות החיאה להצלת חיים, לרבות פיוס קנה הנשימה (סרכיאוסטומיה). הובהר לי כי במקרים כאלה יתכן שלא תבוצע הפעולה המתוכננת.

**סיכוני ההרדמה, על כל סוגיה, אינם קשורים בהכרח בסוג הניתוח ובמורכבותו.**

הוסבר לי והבנתי את תופעות הלוואי והסיבוכים האפשריים לאחר סדציה הדומים לאלה של הרדמה כללית כמתואר לעיל. הוסבר לי שיתכן כישלון בביצוע סדציה, שיכול להביא לצורך להעמקת הטיפול כדי הרדמה כללית, או לחילופין לביטול הפעולה המתוכננת. הוסבר לי והבנתי את החלופות הטיפוליות הקיימות לסדציה, הכוללות ביצוע הרדמה כללית או לחילופין ביצוע הפעולה בהעדר סדציה שעלול להיות מלווה בחוסר נוחות ו/או בכאב בזמן ביצוע הפעולה, או אפילו עלול לא לאפשר את ביצוע הפעולה.

הוסבר לי והבנתי את תופעות הלוואי בעת הרדמה אזורית, לרבות: כאב ואי-נוחות, כאב ולחץ באתר החדרת המחט, תחושה זמנית של נימול ורעד עם תחילת השפעתו של חומר האלחוש, ואף כשל בהקלה על כאב לאחר הפעולה. הוסבר לי, שלאחר סיום ההרדמה, יחלוף זמן עד שהתחושה והתנועה בחלק הגוף המורדם תחזרה לתקן; הוסבר לי, כי קיימת אפשרות לחזרת כאב מוגברת עם חלוף השפעת התרופות. כמו כן, הוסבר לי סיכונים וסיבוכים אפשריים לרבות: זיהום ו/או מורסה באזור הזריקה; דימום מקומי; הופעת קוצר נשימה מסוים (שיחלוף תוך זמן קצר); בביצוע הרדמה ספינאלית או אפידוראלית תיתכן הופעת כאבי גב, וקיימת אפשרות לחזרת המוח לעטיפות חוט השדרה, ולדליפה מתמשכת של נוזל השדרה, שעלולה לגרום לכאבי ראש חדים ו/או ממושכים. תופעות אלו עלולות להצריך טיפול פולשני, בדמות ביצוע פעולה אפידוראלית חוזרת להזרקת דם עצמי (Blood Patch).

כמו כן, הוסבר לי והבנתי סיכונים וסיבוכים אחרים של הרדמה אזורית, לרבות: תגובה אלרגית בדרגות חומרה שונות, פגיעה עצבית ו/או פגיעה בלתי מכוונת בעצבים או בחוט השדרה (לפי סוג הפעולה), תזה-אוויר, ומינן עודף של מאלחשים מקומיים שיכול להוביל להפרעות קצב הלב או להתקף אפילפטי. הוסבר לי כי זיהום באזור ההזרקה לעתים יכול לחייב טיפול אנטיביוטי ובמקרים נדירים אף ניקוז ניתוחי; וכי שטף דם באזור ההזרקה יכול לעתים גיריות לחייב ניקוז ניתוחי. באופן נדיר, תיתכנה פגיעות עצביות קשות ואף בלתי הפיכות בתפקוד העצבים. שכיחות כל אחד מהסיבוכים הללו נמוכה יחסית. במקרים נדירים, עלולים סיבוכים אלו לגרום למוות.

כמו כן, הוסבר לי שיתכנו קשיים בביצוע ההרדמה האזורית עקב מגבלות במבנה האנטומי או מסיבות אחרות, שאת חלקן לא ניתן לצפות מראש. כישלון בביצוע ההרדמה האזורית עלול לחייב מעבר להרדמה כללית בכדי לסיים את הפעולה הכירורגית, ובחלק קטן מהמקרים מתן טיפולים חיוניים, עד ביצוע פעולות החיאה להצלת חיים. הובהר לי כי במקרה כזה יתכן שלא יבוצע הניתוח המתוכנן.

הוסבר לי תופעות לוואי של אלחוש מקומי, לרבות, כאב ואי-נוחות באזור ההזרקה, שיתלפו בהדרגה. הוסבר לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים, כמו דימום או זיהום במקום ההזרקה, ולעתים נדירות פגיעה קלה או חמורה, זמנית או קבועה, בעצב סמוך למקום ההזרקה.



ידוע לי שאם המרכז הרפואי הינו בעל סינוף אוניברסיטאי, במהלך ההערכה והטיפול עשויים לקחת חלק סטודנטים בפיקוח ובהשגחה מלאים.

אני יודעת/ומסכים/ה לכך שביצוע ההרדמה וכל ההליכים העיקריים ייעשו על ידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות של המרכז הרפואי וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת ובכפוף לחוק.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הפעולה העיקרית.

|          |         |                |        |
|----------|---------|----------------|--------|
| שם משפחה | שם פרטי | ת"ז            | שם האב |
| 10/07/23 |         | 14             |        |
| תאריך    | שעה     | חתימת המטופל/ת |        |

חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

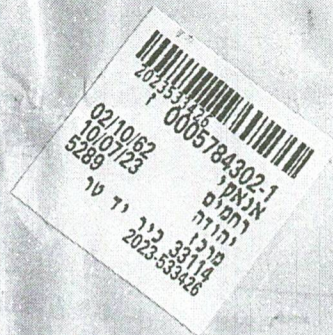
שם האפוטרופוס (קירבה)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל / לאפוטרופוס / למתרגם של המטופל/ת את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחד ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

|                    |               |            |
|--------------------|---------------|------------|
| שם הרופא/ה (חותמת) | חתימת הרופא/ה | תאריך ושעה |
|--------------------|---------------|------------|

הצהרת המתרגם: אני מצהיר כי תרגמתי באופן מלא ושלם מסמך זה ואת ההסבר של הרופא לשפתו של המטופל/ת וכן את שאלות המטופל לרופא.

|             |                |            |                |
|-------------|----------------|------------|----------------|
| שם המתרגם/ת | חתימת המתרגם/ת | תאריך ושעה | קשריו למטופל/ת |
|-------------|----------------|------------|----------------|





תאריך 05/09/2023

מחוז: מרכז מרפאה: תעסוקתית כפר גבירול

|                   |         |            |               |
|-------------------|---------|------------|---------------|
| פרטי העובד        |         | אנאק רחמים |               |
| 00-05784302-1     | 60.11   | 02/10/1962 | יהודה         |
| שם משפחה ושם פרטי | מס זהות | גיל        | ת. לידה       |
| הירדן             | 8       | 8609329    | 08            |
| קריית מלאכי       | מס בית  | טלפון      | שם האב        |
| ישוב              | רחוב    | טלפון נוסף | 055 - 6644686 |
| ת.ב. קלין מכבסות  | נהג     | מקצוע      |               |
| מקום עבודה        |         | מקום עבודה |               |
| כתובת מקום עבודה  |         | פרטי מעסיק |               |
| כתובת מעסיק       |         |            |               |

לכבוד  
המוסד לביטוח לאומי  
ענף נפגעי עבודה  
סניף: קריית מלאכי  
א.ג.ב.

## הנדון: אישור לפי תקנה 36 לתקנות בדבר קביעת דרגת נכות לנפגעי עבודה

לאחר שעייתי במסמכיו/ה הרפואיים, ובהשוואה לממצאים הרפואיים המתוארים בדו"ח הוועדה הרפואית מיום 21/01/2021, אשר קבעה את דרגת נכותו/ה עקב תאונת עבודה מיום 12/09/2019 הגעתי למסקנה כי חלה החמרה בפגימה

כמפורט להלן: ע"פ הפרוטוקול מהוועדה הרפואית בביטוח הלאומי המצוי ברשותי, עולה כי הפגמות שהוכרו/מהות הפגיעה/האיברים שנפגעו כתוצאה מתאונת העבודה: שורש כף יד ימין. הוועדה הרפואית קבעה 10% נכות צמיתה ע"פ סעיף 41(10)ה.

מסמכים רפואיים עדכניים שהוצגו:  
סיכום מרפאת טרום ניתוח, אורתופדיה, מתאריך 10/07/2023.  
סיכום ביקור כף יד, ד"ר אמיר אורון מ- 30/07/2023.  
לסיכום, ע"פ מסמכים אלה ניתן לראות כי חלה החמרה במצב בריאותו הנוכחי (החמרה בכאבים ובמגבלת התנועה בשורש כף היד) בהשוואה למצב בריאותו הקודם בעת הוועדה הרפואית בביטוח הלאומי.  
אודה לזימונו לוועדה רפואית להחמרת מצב בהקדם האפשרי.

הערות: העתקים מהמסמכים נמסרו לתובע לשם צרופם לטופס התביעה המוגש לביטוח הלאומי.

מחוז מרכז 074633  
מ.ר. 29865  
בראית כללית



טו"ר רפואי

מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא המטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי

ממצאי בדיקה מכון תהודה מגנטית MRI קרן  
טלפון: 077-3631010 פקס: 077-3631044  
מנהל מחלקה: ד"ר סרור סאהר

ת.ז.: 20435898-0  
טלפון: 052-8826776

שם: דרי ליאת לינוי

כתובת: סולד 16/10 קרית שמונה 1150158

מין: נ

גיל: 31 ש

מקרה: 32085204

גורם מפנה: כללית

יחידה ארגונית מזמינה: מכון תהודה מגנטית MRI

#### בדיקות שבוצעו

| תאריך אישור<br>ביצוע | שעת אישור<br>ביצוע | תיאור שירות                     |
|----------------------|--------------------|---------------------------------|
| 22/01/2025           | 16:41              | MRI שורש יד, ללא ועם חומר ניגוד |

#### תולדות מחלה

כאבים בשורש כף יד ימין

#### שאלה לבירור

ברור ע"י MRI

#### תיאור הבדיקה והמצאים

MRI של שורש כף יד ימין:

טכניקה: הבדיקה נעשתה בערכי T1, T2, PD, בלי ועם דיכוי שומן, לפני ואחרי הזרקת גדוליניום, במישורים שונים.

סיבת ההפניה: כאבים

ממצאים:

מבנה גרמי, מפרקי ואות מח העצם של הרדיוס והאולנה הדיסטלים, נצמזות הקרפוס ובסיס



## העמותה המטקופליות בגדר הנורמה.

נראה סינוביטיס קלה במפרק הרדיאואולנרי הדיסטלי (DRUJ), ללא פריקה של המפרק. ציסטת גנגליון מולטילובולרית במימדים של  $0.5 \times 0.8 \times 1.1$  ס"מ צמודה לחלק הוולרי-רדיאלי של המפרק הרדיאוקרפלי, מתמשכת לכיוון וולרי בין גיד הפלקסור קרפי רדיאליס לבין הצרור הנורווסקולרי הרדיאלי.

לא נראית הפרעה תנוחתית בעצמות שורש כף היד.

הגידים המכופפים והמיישרים בעלי עובי, אות ומהלך תקינים. לא נראה נוזל במעטפת הגידים.

ה- TRIANGULAR FIBROCARILAGE COMPLEX - תגובה דלקתית לאורך הרצועה הרדיאואולנרית הוולרית (Volar radioulnar ligament) - סינויים לאחר קרע חלקי של הרצועה. שאר המרכיבים של TFCC - בגדר הנורמה.

פרט לתהליך דלקתי ברצועה הרדיאואולנרית הוולרית, לא נראים ממצאים פתולוגיים ברורים ברצועות שורש היד (בהיעדר זימר ניגוד תוך מפרקי, הדגמתן חלקית).

שכבות השרירים, מישורי השומן, העור והתת עור בגדר הנורמה.

לסיכום:

=====

1. סינוביטיס קלה במפרק הרדיאואולנרי הדיסטלי (DRUJ), ללא פריקה של המפרק.
2. סינויים לאחר קרע חלקי של הרצועה הרדיאואולנרית הוולרית (Volar radioulnar ligament).
3. ציסטת גנגליון מולטילובולרית צמודה לחלק הוולרי-רדיאלי של המפרק הרדיאוקרפלי.

| שם הרופא המפענח | מ.ר.ר | מ.ת.מ | תאריך פענוח | שעת פענוח |
|-----------------|-------|-------|-------------|-----------|
| פוצ'קוב נטליה   | 31836 |       | 07/02/2025  | 22:44     |

תאריך הקלדה: 07/02/2025