

40361404



גליון שחרור ממיון

המחלקה לרפואה דחופה ה"צ, מנהלת: ד"ר שאדן סלאמה יוסף



בית החולים האוניברסיטאי של הדסה הר-הצופים ירושלים, טל 02-5844111

אשפוז: 26/04/2025 23:15

הדסה הר הצופים
רגילה

מס' רשומה: 040361404



הלפרין עינב

ת.לידה: 16/12/1980 ה: 31029259001

שחרור: 27/04/2025 01:56 אשפוז:

גיון ה"צ:

ג"מ: מכבי שרותי בריאות

עינב הלפרין

קבלה: 26/04/2025 23:15

יחידה משחררת: ס-מיון ה"צ

נשלח ע"י: אמבולנס

שנת לידה: 1980 מי

כתובת: דרך מצפה נבו

ישוּב: מעלה אדומים

גורם מממן: עצמי

בעיות ואבחנות

- E819.9 MOTOR VEHICLE ACCIDENT, UNSPECIFIED PERSON

סיבת הפניה

פנתה עקב ת"ד.

מחלה נוכחית

בריאה בדכ ללא טיפול במדללי דם.

מזה כשעתיים טרם קבלתה הייתה מעורבת בת"ד מנגנון אחורי, רכבם הסתובב, נוסעת ליד הנהג (בעלה וילדם באוטו) עם חגורה כירות אוויר לא נפתחו, שמשה לא נשברה ללא איבוד הכרה או קאות ללא איבוד שליטה על סוגרים. כאבי גב תחתון, וראש.

רגישויות

לא ידועה כל רגישות

המידע נמסר ע"י: החולה

מדדים במיון

חוס: 36.7 PO דופק: 87

לחץ דם יד ימין 129/87

סטורציה: 99% תנאי נשימה: R.A.

בדיקה גופנית

A- שמורה, מדברת ללא בעיה. ללא צווארון, מניע צוואר.

B- כניסת אוויר טובה דו"צ. ללא סימן חבלה בחזה.

C- מדדים תקינים, ללא דימומים.

D- שמור נוירולוגית. GCS= 15.

E-

נינוחה ערנית ומשתפת פעולה

- GCS=15=E4V5M6, כח גס ותחושה שמורים

ללא מצוקה נשימתית

ראש: ללא סימני חבלה או רגישות

פנים: ללא סימני חבלה או רגישות

צוואר: ללא סימני חבלה, ללא רגישות גרמית, ללא מגבלה בתנועה

חזה: ללא סימני חבלה, ללא רגישות

תאריך הדפסה: 27/04/2025 00:15 דף 1 מתוך 2

מספר הסיכום: 56747701 גירסה: 2

"מידע רפואי אישי" - מסמך זה מכיל מידע מוגן ע"פ חוק הגנת פרטיות. כל המוסר שלא כדין עובר עבירה.

לתשומת ליבך- כל ביקור במרפאה כרוך בהבאת התחייבות מקופת חולים או בתשלום עצמי



סרקו את הברקוד ועקבו אחרינו ברשתות החברתיות





גליון שחרור ממיון

המחלקה לרפואה דחופה ה"צ, מנהלת: ד"ר שאדן סלאמה יוסף



בית החולים האוניברסיטאי של הדסה הר-הצופים ירושלים, טל 02-5844111

4036140- 4 גיל בקבלה: 44(4) ת. כניסה לאשפוז: 26/04/2025 23:15

הלפרין עינב



ריאות: כניסת אוויר שווה וטובה דו"צ
לב: קולות סדירים ולא מרוחקים
בטן: ללא סימני חבלה, לא רגישה, לא תפוחה
אגן: ללא סימני חבלה, ללא רגישות
גב: ללא סימני חבלה, רגישות קלה גב תחתון, ללא מדרגה
מותניים: ללא סימני חבלה, ללא רגישות
גפיים: ללא סימני חבלה, ללא רגישות, תנועה שמורה בכל המפרקים, דפקים דיסטלים
נמוש ב-4 גפיים, תחושתית וכח גס שמור ב-4 גפיים.

מהלך וסיכום

בת 44(4) התקבלה לאחר ת"ד, מנגנון וסיפור כמתואר לעיל.

בקבלתה למיון יציב המודנמית ונשמיתית.

בבדיקה-

ללא ממצא חבלתי גם כניסת אוויר שווה וטובה דו"צ, ללא סימן חגורה. בטן רכה ולא רגישה. ללא חסר נוירולוגי גם.

הושארה להשגחה.

במהלך השהות במיון- הייתה במצב כללי טוב, עם יציבות המודינמית ונשמיתית, בהכרה מלאה. שתתה ללא הקאות.
בדיקה חוזרת (כולל בדיקה נוירולוגית) תקינה. בטן רכה ללא רגישות.
כאבים ראש בסיפור.

נבדקה על ידי אורתפד ראה מכתב מצורף.

רושם לכאבים מחקור פגיעה מסוג צליפת שוט, ללא עדות כי מדובר בבעיה כירורגית חריפה.

משוחררת מבחינה כירורגית עם ההמלצות הבאות:

הנחיות בשחרור

המשך מעקב אצל הרופא/ה המטפל בקהילה. להביא לידי/ה מכתב זה.

- משככי כאבים לפי הצורך.

- מעקב רופא מטפל.

- בהחמרה למיון.

- במקרה של הקאה מרובה, כאבי ראש עזים, שינוי במצב הכרה יש לפנות למיון הדסה ע"ן כרם.

- מנוחה בבית 5 ימים

רופא מאשר: דר' תואבתה מוחמד, רשיון מס' 177712 ***נחתם אלקטרונית 27/04/2025 00:15***

רופא מורשה: דר' דובר רועי, רשיון מס' 158696

תאריך הדפסה: 27/04/2025 00:15 דף 2 מתוך 2

מספר הסיכום: 56747701 גירסה: 2

"מידע רפואי אישי" - מסמך זה מכיל מידע מוגן ע"פ חוק הגנת פרטיות. כל המוסר שלא כדין עובר עבירה.

לתשומת ליבך- כל ביקור במרפאה כרוך בהבאת התחייבות מקופת חולים או בתשלום עצמי



סרקו את הברקוד ועקבו אחרינו ברשתות החברתיות





מיון אורטופדיה

המחלקה לרפואה דחופה ה"צ, מנהלת: ד"ר שאדן סלאמה יוסף



בית החולים האוניברסיטאי של הדסה הר-הצופים ירושלים, טל 02-5844111

הלפרין עינב 4036140-4 גיל בקבלה: 44(4) ת. כניסה לאשפוז: 26/04/2025 23:15



שנת לידה: 1980	שם האב: אלי	מספר קבלה: 31029259001
כתובת: דרך מצפה נבו 83	טל': 077-3500445	ת. יציאה מאשפוז:
ישוב: מעלה אדומים	050-8737557	יחידה: מיון ה"צ
גורם מממן: עצמי	סוג קבלה:	יעד לשחרור:

סיבת הפניה (אורטופדיה)

פנתה עקב ת"ד.

בריא בדכ ללא טיפול במדללי דם.

ביום קבלתה היתה מעורבת בת"ד כנוסעת חגורה ליד הנהג אשר רכבה נפגע מאחור ע"י רכב אחר. איבדו שליטה על הרכב והרכב הסתובב.

ללא ניפוצ שמשות, ללא פתיחת כריות אוויר, ללא חבלת ראש או איבוד הכרה. כעת מתלוננת על כאבי גב תחתון.

בדיקה גופנית (אורטופדיה)

נינוחה, מתהלכת

מניעה צוואר חופשי ללא רגישות גרמית

עמ"ש - ללא רגישות גרמית לכל האורך

מהלכת על קצות האצבעות ועל העקבים, מכופפת ומיישרת ברכיים וירכיים בעמידה

משלבת ידיים חלפנים מאחור ומעל הראש

כח גס בידיים תקין 5/5 כולל DELTOID BC TC ECR INTEROS, תחושה שמורה

שמורה NV

מהלך (אורטופדיה)

סיפור ורקע מפורט לעיל

בבדיקתה ללא חסר נוירולוגי.

בצילום עמוד שדרה מותני - ללא שבר.

הוסבר לחולה על אופי הפגיעה ועל היתכנות החמרת התסמינים.

משוחררת עם ההמלצות הבאות:

- המשך מעקב אצל הרופא המטפל בקהילה עם מכתב שחרור זה

* משככי כאבים לפי הצורך

* חימום מקומי

* פעילות גופנית מתונה - מתיחות שרירים, הליכה

* ביקורת מרפאה אורטופדית בעוד שבוע בקופ"ח

* בכל מקרה של החמרה יש לפנות לטיפול רפואי זמין

* חופשת מחלה 3 ימים

רופא מאשר: דר' מאי שחף, רשיון מס' 183773 ***נחתם אלקטרונית 27/04/2025 01:13***

רופא מורשה: דר' אבני גפרי בנימין, רשיון מס' 157237

תאריך הדפסה: 27/04/2025 01:14 דף 1 מתוך 1

מספר הסיכום: 56747701 גירסה: 4

"מידע רפואי אישי" - מסמך זה מכיל מידע מוגן ע"פ חוק הגנת פרטיות. כל המוסר שלא כדין עובר עבירה.

לתשומת ליבך - כל ביקור במרפאה כרוך בהבאת התחייבות מקופת חולים או בתשלום עצמי



סרקו את הברקוד ועקבו אחרינו ברשתות החברתיות



על פי צורך

27/04/2025 13:57:57

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 44.4 מספר ביקור: 00311782236

שם רופא/ה: ד"ר יונגרווד דניאל יוסף תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית שמעון

סיבת הפניה: תאונת דרכים משמעותית אתמלבליה
בבדקה במיון -ללא פציעה משמעותית*

שיחה על LPA
אבא CABG- בגיל 60
אחותה - יש כולסטרול גבוה
אין MI או CVA במשפחה
לא מעשנת

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

גובה	161	ס"מ	משקל	83	ק"ג	BMI	32
שינוי בגובה	0	ס"מ	שינוי במשקל	6	ק"ג	שינוי ב BMI	2.3

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS

הערות	בדיקות/הפניות
24/10/2025 - בתוקף עד	אחות: זריקה תת-עורית SC

תרופות	מינון	Rp <Days>	אופן השימוש
MUSCOL 20TAB	1 tab X 4 -1 op	1 <5>	לבליעה 1 טבליה 4 פעמים ביום , (בוקר 1 טבליה, צהריים 1 טבליה, ערב 1 טבליה, לפני שינה 1 טבליה) לתקופה של 5 ימים. עם האוכל
LITORVA 40MG X 30	1 tab X 1 -1 op	1 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום , (ערב 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים.
WEGOYV 0.25MG X4D	NonDaily -1 op	1 <28>	להזרקה 0.25 מ"ג 1 פעם ביום , אחת לשבוע (בוקר 0.25 מ"ג) לתקופה של 4 שבועות בטיחות הטיפול בהיריון אינה ידועה. יש להפסיק טיפול מספר שבועות לפני היריון מתוכנן

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0993400

30/04/2025 10:01:32

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 44.4 מספר ביקור: 00312166150

שם רופא/ה: ד"ר דמירי תאמר תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

מקור המידע	פירוט
העברת טפסים באופן יזום לאתר המטופל	10:16:32 30/04/2025 מומלץ על חימום מקומי לאזור תרגילי מתיחה עיסויים לאזור

מקור המידע	פירוט
	טיפול לפי המרשם בכל מקרה של החמרה יש לפנות לטיפול רפואי. בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.

סיבת הפניה: בת 44 ברקע HYPOTHYROIDISM
לפני ארבעה ימים היתה מעורבת בת"ד, מנגנון אחורי והרכב הסתובב להם, בעלה היה נוהג והילד ברכב, לא נפתחו כריות אוויר ללא נפגעים קשים
פונו להדסה ללא ממצא בצילום רמטגן של עמוד שדרה, שוחררה.
ביומיים אחרונים מציינת החמרה בכאבים בגב תחתון, הכאב מקרין לאזור של הירכיים, הכאב כל הזמן, ללא גרמים מחמירים. אופטלגין מקל על הכאבים
ללא חוסר נירולוגי, ללא תלונות נוספות.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: מצב כללי טוב, נראת כאובה
טווחי תנועה מוגבלים בסוף התנועה
SLR שלילי
ללא רגישויות במישוש PVM
מעט רגישות במישוש QL צד שמאל
PA COMPRESSION הפיק כאב במותני וסקראלי

דיון ואבחנה מبدלת: מבקשת זריקת וולטרין, קיבלה

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS			

תרופות	מינון	Rp <Days>	אופן השימוש
ZALDIAR 325/37.5MG	1 tab X 3 -1 op	1 <5>	לבליעה 1 טבליה 3 פעמים ביום, (בוקר 1 טבליה,צהריים 1 טבליה, ערב 1 טבליה) לתקופה של 5 ימים.
RADIAN-B 100G	crm X 1 -1 op	1 <10>	למריחה 1 פעם ביום, (בוקר 1) לתקופה של 10 ימים.

המלצות למטופל: מומלץ על חימום מקומי לאזור תרגילי מתיחה
עיסויים לאזור טיפול לפי המרשם
בכל מקרה של החמרה יש לפנות לטיפול רפואי

סוג האישור	קוד	מתאריך	עד תאריך
אישור מחלה	C00001	27/04/2025	30/04/2025

ר	X	נקודות	קוד	טיפול
!	1	01.0	0180	INTRAMUSCULAR/INTRADERMAL/SUBCUT INJECT.

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 2837600



146233

טלפון: 02-5060520

פקס: 02-6427537

כתובת: הרכס 31, מעלה אדומים (קניון קרסו, קומה 2)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 40361404

שם פרטי: עינב

שם משפחה: הלפרין

טל.עבודה/נייד: 0508737557

0773500445

טלפון:

מין: נ

16/12/1980

ת.לידה:



0040361404

מיקוד 9841109

דרך מצפה נבו 83/9, מעלה אדומים

כתובת:

תמצית הביקור מתאריך 30/04/2025 בשעה 10:01

תאריך הביקור: 30/04/2025

המלצות למטופל: מומלץ על חימום מקומי לאזור

תרגילי מתיחה

עיסויים לאזור

טיפול לפי המרשם

בכל מקרה של החמרה יש לפנות לטיפול רפואי

מקור המידע	הערות
העברת טפסים באופן יזום לאתר המטופל	מומלץ על חימום מקומי לאזור תרגילי מתיחה עיסויים לאזור טיפול לפי המרשם בכל מקרה של החמרה יש לפנות לטיפול רפואי. בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

תרופות שנרשמו בביקור:

שם התרופה	מינון והוראות מרשם	שמות החלופות
ZALDIAR 325/37.5MG	לבליעה 1 טבליה 3 פעמים ביום, (בוקר 1 טבליה, צהריים 1 טבליה, ערב 1 טבליה) לתקופה של 5 ימים.	* TAB. ZALDIAR 325/37.5MG < 15 Units > [6007]
RADIAN-B 100G	למריחה 1 פעם ביום, (בוקר 1) לתקופה של 10 ימים.	CRM. RADIAN-B 40G < 3 OP > [1845] * CRM. RADIAN-B 100G < 1 OP > [66206]

הפניות, אשורים ודפי מידע

סוג	שם/תיאור	מתאריך	עד תאריך
אישור	אישור מחלה	27/04/2025	30/04/2025



108863

טלפון: 02-5913200

פקס: 073-2132690

כתובת: דרך קדם 5, מעלה אדומים (קניון אדומים, קומה 3)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 40361404

שם פרטי: עינב

שם משפחה: הלפרין

טל.עבודה/נייד: 0508737557

0773500445

טלפון:

מין: נ

16/12/1980

ת.לידה:



0040361404

מיקוד 9841109

דרך מצפה נבו 83/9, מעלה אדומים

כתובת:

תמצית הביקור מתאריך 27/04/2025 בשעה 13:57

תאריך הביקור: 27/04/2025

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

תרופות שנרשמו בביקור:

שם התרופה	מינון והוראות מרשם	שמות החלופות
MUSCOL 20TAB	לבליעה 1 טבליה 4 פעמים ביום, (בוקר 1 טבליה, צהריים 1 טבליה, ערב 1 טבליה, לפני שינה 1 טבליה) לתקופה של 5 ימים.	* TAB. MUSCOL 20TAB < 1 OP > [1403]
LITORVA 40MG X 30	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (ערב 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים.	* TAB. LITORVA 40MG X 30 < 1 OP > [26469] TAB. LIPITOR 40MG X 30 < 1 OP > [68181] TAB. TORID 40MG X 30 < 1 OP > [17780]
WEGOVY 0.25MG X4D	להזרקה 0.25 מ"ג 1 פעם ביום, אחת לשבוע (בוקר 0.25 מ"ג) לתקופה של 4	* PEN WEGOVY 0.25MG X4D < 1 OP > [17149]

הפניות, אשורים ודפי מידע

סוג	שם /תיאור	מתאריך	עד תאריך
הפניה	אחות: זריקה תת-עורית SC		

תאריך: 30/04/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



ד"ר דמירי תאמר

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

טלפון: 02-5060520

פקס: 02-6427537

כתובת: הרכס 31, מעלה אדומים (קניון קרסו, קומה 2)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 40361404

שם פרטי: עינב

שם משפחה: הלפרין

טל.עבודה/נייד: 0508737557

0773500445

טלפון:

מין: נ

16/12/1980

ת.לידה:



0040361404

מיקוד 9841109

כתובת: דרך מצפה נבו 83/9, מעלה אדומים

אישור מחלה

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

אינו/ה מסוגל/ת לעבוד מיום: 27/04/2025 עד יום: 30/04/2025 סה"כ: 4 ימים.

30/04/2025

תאריך

חתימה וחותמת הרופא

תאריך: 20/05/2025

מ.ר גורם מפנה



135969

מכבי שירותי בריאות

פיזיותרפיה

זעתרה אמגד

פיזיותרפיה

טלפון: 02-5913200

פקס: 073-2312690

כתובת: דרך קדם 5, מעלה אדומים

פרטי הנבדק:	שם משפחה: הלפרין	שם פרטי: עינב	ת.ז.: 40361404
ת.לידה: 16/12/1980	מין: נ	טלפון: 0773500445	טל.עבודה/נייד: 0508737557
כתובת: דרך מצפה נבו 83/9, מעלה אדומים	מיקוד: 9841109		

אישור ביקור

בתאריך: 20/05/2025 משעה: 11:00 עד שעה: 12:30

ביקרה ב: מכון פיזיותרפיה

לצורך: טיפול פיזיותרפיה

20/05/2025

תאריך

אמגד זעתרה
פיזיותרפיסט, מ.ר. 10-135969
מרחב צפון ירושלים

חתימה וחותמת המכון

0993400 !

11/05/2025 16:11:07

רישום ביקור אחות

שם אח/ות: צסנר רחל נאווה

תחום הטיפול: אח/ות

אתר: מעלה אדומים - מרפאת אחיות

רופא מטפל/מפנה: דר' יונגרווד דניאל י

סוג הפנייה: ביקור במרפאה

גורם משלם: 5 תאונת דרכים

תאריך ביצוע: 11/05/2025 שעת ביצוע: 16:11

גיל: 44.4

יוזם הפניה: מטופל

סיבת הפניה: כאב גב חזק שבוע לאחר תאונת דרכים

מטרת הביקור	
סדרת טיפול תרופתי/חיסונים	

אומדן כאב

כאב

תאריך	שעה	עצמה	סוג	איבר וצד	אופי	מקור	סימפטומים נלווים	השפעה על אורח חיים	מבצע
11/05/2025	16:21	9	חרף	גב אמצע	מוקרן		אי שקט/רגישות יתרמתח נפשי/חרדה	הגבלה בניידות	צסנר רחל נאווה

התערבות כאב

תאריך	שעה	טיפול / הדרכה/הפניה/תאום	יעדים/משימות לביצוע	מבצע
11/05/2025	16:21	הדרכה לשינון וטיפול בכאב		צסנר רחל נאווה

סטטוס עישון

סטטוס עישון

תאריך	סטטוס	ממוצע ליום	סה"כ שנים	תאריך סיום	מגמת שינוי	טיפול בעבר	מבצע
11/05/2025	לא						צסנר רחל נאווה

סיכום ביקור

מבצע	אבחנה סיעודית
	אבחנה מנהלית

שעה	מבצע	תוצאה	פרוט הדרכות	הערות	התערבות
16:16	צסנר רחל נאווה	ABITREN 75MG X 10 [מינון: 75 mg]			זריקה תוך שרירית IM
16:21	צסנר רחל נאווה	עוצמה: 9			אומדן כאב
16:21	צסנר רחל נאווה				הדרכה לשינון וטיפול בכאב
16:21	צסנר רחל נאווה	לא			אומדן סטטוס עישון
16:22	צסנר רחל נאווה			בירור טיפול משלים במכבי טבעי	הכוונה לגורם מטפל אחר

30/04/2025 10:16:33

טיפולים וניתוחים

טיפולים

שם הרופא: ד"ר דמירי תאמר

! 0993400

21/05/2025 08:38:58

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 44.5 מספר ביקור: 00314269900

שם רופא/ה: ד"ר דמירי תאמר תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

מקור המידע	פירוט
העברת טפסים באופן יזום לאתר המטופל	08:50:27 21/05/2025 טיפול לפי המרשם במידה ואין שיפור/החמרה לחזור. בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.

סיבת הפניה: בביקור בתאריך 30/04/2025 בשעה 10:01:32 בת 44 ברקע HYPOTHYROIDISM לפני ארבעה ימים היתה מעורבת בת"ד, מנגנון אחורי והרכב הסתובב להם, בעלה היה נוהג והילד ברכב, לא נפתחו כריות אוויר ללא נפגעים קשים פונו להדסה ללא ממצא בצילום רמטגן של עמוד שדרה, שוחררה. ביומיים אחרונים מציינת החמרה בכאבים בגב תחתון, הכאב מקרין לאזור של הירכיים, הכאב כל הזמן, ללא גרמים מחמירים. אופטלגין מקל על הכאבים ללא חוסר נירולוגי, ללא תלונות נוספות.

בביקור בתאריך 21/05/2025 בשעה 08:38:58 מאתמול יש החמרה בכאב גב, זה יותר באמצע ניקתה הבית אתמול, לא זוכרת מאמץ יתר אחר או הרמת משהו כבד או חבלה

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: בביקור בתאריך 30/04/2025 בשעה 10:01:32 מצב כללי טוב, נראת כאובה טווחי תנועה מוגבלים בסוף התנועה SLR שלילי ללא רגישות במישוש PVM מעט רגישות במישוש QL צד שמאל PA COMPRESSION הפיק כאב במותני וסקרלי

בביקור בתאריך 21/05/2025 בשעה 08:38:58 טווחי תנועה מוגבלים בסוף התנועה SLR שלילי PA COMPRESSION הפיק כאב במותני וסקרלי ללא הרבה שינוי מבדיקה קודמת

דיון ואבחנה מبدלת: בביקור בתאריך 30/04/2025 בשעה 10:01:32 מבקשת זריקת וולטרין, קיבלה

בביקור בתאריך 21/05/2025 בשעה 08:38:58 ניתן זריקת וולטרין חשד לכאב מפאצטים

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS			

תרופות	מינון	Rp <Days>	אופן השימוש
ROKACET PLUS 24 CAP	1 tab X 3 -1 op	1 <8>	לבליעה 1 טבליה 3 פעמים ביום, (בוקר 1 טבליה, צהריים 1 טבליה, ערב 1 טבליה) לתקופה של 8 ימים.

תאריך: 21/05/2025

מ.ר גורם מפנה



מכבי שירותי בריאות

העתק טופס
21/05/2025

ד"ר דמירי תאמר

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

טלפון: 02-5060520

פקס: 02-6427537

כתובת: הרכס 31, מעלה אדומים (קניון קרסו, קומה 2)

פרטי הנבדק:		שם משפחה: הלפרין		שם פרטי: עינב		ת.ז.: 40361404	
ת.לידה: 16/12/1980		מין: נ		טלפון: 0773500445		טל.עבודה/נייד: 0508737557	
כתובת: דרך מצפה נבו 83/9, מעלה אדומים		0040361404		מיקוד 9841109			

אישור מחלה

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

אינו/ה מסוגל/ת לעבוד מיום: 21/05/2025 עד יום: 22/05/2025 סה"כ: 2 ימים.

21/05/2025

תאריך

חתימה וחותמת הרופא



108863

טלפון: 02-5913200

פקס: 073-2132690

כתובת: דרך קדם 5, מעלה אדומים (קניון אדומים, קומה 3)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 40361404

שם פרטי: עינב

שם משפחה: הלפרין

טל.עבודה/נייד: 0508737557

0773500445

טלפון:

מין: נ

16/12/1980

ת.לידה:



0040361404

מיקוד 9841109

כתובת: דרך מצפה נבו 83/9, מעלה אדומים

תמצית הביקור מתאריך 11/09/2025 בשעה 08:47

תאריך הביקור: 11/09/2025

המלצות למטופל: ביקשתי שתקבע תור לאורתופד היום (יש)

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

תרופות שנרשמו בביקור:

שם התרופה	מינון והוראות מרשם	שמות החלופות
BREXIN 20MG X 20	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 20 ימים.	* TAB. BREXIN 20MG X 20 < 1 OP > [5853]

הפניות, אשורים ודפי מידע

סוג	שם/תיאור	מתאריך	עד תאריך
הפניה	בדיקות מעבדה		



108863

433789048: **קוד הפניה:**02-5913200: **טלפון:**073-2132690: **פקס:**5: **כתובת:** דרך קדם, מעלה אדומים (קניון אדומים, קומה 3)**ד"ר יונגרווד דניאל יוסף שמעון**

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

פרטי הנבדק:40361404: **ת.ז.:****שם פרטי: עינב****שם משפחה: הלפרין**0508737557: **טל.עבודה/נייד:**

0773500445

טלפון:**מין:** נ

16/12/1980

ת.לידה:

0040361404

9841109: **מיקוד****כתובת:** דרך מצפה נבו 83/9, מעלה אדומים**אחות****אבחנה:**

• HYPERLIPIDEMIA

טיפול	מינון	פעולה	צורת מתן	פעמים ביום	תדירות	סה"כ	משך טיפול	הערות
ABITREN	75 mg	להזרקה	זריקה תוך שרירית IM	1	חד פעמי	1		

מטופל – הנחיות

סוג טיפול	הנחיות
זריקה תוך שרירית IM	לטיפול בזריקה IM/SC יש להזמין תור באתר מכבי online ; באפליקציית מכבי או במוקד מכבי ללא הפסקה *3555. עליך לרכוש את התרופה ולהביא אותה לטיפול. עליך להישאר 20 דקות במרפאה להשגחה לאחר הטיפול.

**** נא להצטייד בכרטיס מגנטי ****

15:52 11/05/2025

חתימה וחותמת הרופא**תאריך****יש לקבוע תור לטיפול ראשון תוך 90 ימים. תוקף ההפניה עד ל-11/11/2025****לקבלת חיסון, חובה להצטייד בפנקס חיסונים****לקביעת תור ניתן לחייג *3555 או 1-700-50-53-53**



108863



קוד הפניה: 433789048

טלפון: 02-5913200

פקס: 073-2132690

כתובת: דרך קדם 5, מעלה אדומים (קניון אדומים, קומה 3)

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 40361404

שם פרטי: עינב

שם משפחה: הלפרין

טל.עבודה/נייד: 0508737557

0773500445

טלפון:

מין: נ

16/12/1980

ת.לידה:



0040361404

מיקוד 9841109

כתובת: דרך מצפה נבו 83/9, מעלה אדומים

אחות

אבחנה:

• HYPERLIPIDEMIA

טיפול	מינון	פעולה	צורת מתן	פעמים ביום	תדירות	סה"כ	משך טיפול	הערות
ABITREN	75 mg	להזרקה	זריקה תוך שרירית IM	1	חד פעמי	1		

מטופל – הנחיות

סוג טיפול	הנחיות
זריקה תוך שרירית IM	לטיפול בזריקה IM/SC יש להזמין תור באתר מכבי online ; באפליקציית מכבי או במוקד מכבי ללא הפסקה *3555. עליך לרכוש את התרופה ולהביא אותה לטיפול. עליך להישאר 20 דקות במרפאה להשגחה לאחר הטיפול.

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

11/05/2025 15:52

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

יש לקבוע תור לטיפול ראשון תוך 90 ימים. תוקף ההפניה עד ל-11/11/2025

לקבלת חיסון, חובה להצטייד בפנקס חיסונים

לקביעת תור ניתן לחייג *3555 או 1-700-50-53-53

תאריך: 27/04/25
שעה: 14:22:02

מכבי שירותי בריאות
אישור על הזמנת תור למבוטח

פקיד: COHEN_MART
דף: 1
לכבוד: ...

הלפרין עינב
..... ת.ז.: 40361404

רחוב..... דרך מצפה נבו 83
ת.ד.: 0

מעלה אדומים 98411

תור רגיל.... נקבע לך ביום שלישי בתאריך 13/05/25 בשעה 11:00

אצל רופא/מטפל מר זעורה אמגד

מקצוע: פיזיותרפיה

מכון: פיזיותרפיה

בישוב מעלה אדומים במרכז רפואי מכבי מעלה אדומים

רחוב דרך קדם 5 טלפון מרפאה: 02-5913200

אוטובוסים: 174

סוג הביקור בדיקה דחופה-פיזיותרפיה

הנחיות לבדיקה:

1. הבא מסמכים רפואיים רלוונטיים מכתב סיכום והמלצות מבית חולים,
תוצאות בדיקות הדמיה וצילומי רנטגן במידה ויש.

הנחיות כלליות לחבר:

1. לתשומת ליבך - המשך הטיפול יתקיים באותו המכון בו נקבעה הבדיקה.
2. יש להביא כרטיס מגנטי.
3. נא להגיע מספר דקות לפני קביעת התור שקבעת.
4. מטופל שאינו דובר עברית-מומלץ להגיע עם מלווה מתרגם.
5. הטיפול כרוך בהשתתפות עצמית.
6. קטין עד גיל 18 חייב בליווי הורה/אפוטרופוס.
7. יש ללבוש או להביא בגדים נוחים המאפשרים בדיקת האזור המטופל.
8. במידה ואינך מתכוון להגיע, חשוב שתבטל את התור במוקד בטלפון *3555 בהקדם האפשרי.

הינך מתבקש/ת לדייק.

לשינוי או ביטול תור נא להתקשר לטלפון.....: 1700-50-53-53

*** סוף הדו"ח ***



108863

טלפון: 02-5913200

פקס: 073-2132690

כתובת: דרך קדם 5, מעלה אדומים (קניון אדומים, קומה 3)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 40361404

שם פרטי: עינב

שם משפחה: הלפרין

טל.עבודה/נייד: 0508737557

0773500445

טלפון:

מין: נ

16/12/1980

ת.לידה:



0040361404

מיקוד 9841109

דרך מצפה נבו 83/9, מעלה אדומים

כתובת:

תמצית הביקור מתאריך 11/05/2025 בשעה 15:49

תאריך הביקור: 11/05/2025

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

תרופות שנרשמו בביקור:

שם התרופה	מינון והוראות מרשם	שמות החלופות
ABITREN 75MG X 10	להזרקה 1 אמפולה 1 פעם ביום, (בוקר 1 אמפולה) לתקופה של 1 ימים.	* AMP. ABITREN 75MG X 10 < 1 OP > [6945] AMP. DICLOFENAC 75MG X 6 < 1 OP > [93046]

הפניות, אשורים ודפי מידע

סוג	שם/תיאור	מתאריך	עד תאריך
הפניה	בדיקות מעבדה		
הפניה	אחות: זריקה תוך שרירית IM		



108863



קוד הפניה: 431649908

טלפון: 02-5913200

פקס: 073-2132690

כתובת: דרך קדם 5, מעלה אדומים (קניון אדומים, קומה 3)

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 40361404

שם פרטי: עינב

שם משפחה: הלפרין

טל.עבודה/נייד: 0508737557

0773500445

טלפון:

מין: נ

16/12/1980

ת.לידה:



0040361404

מיקוד 9841109

כתובת: דרך מצפה נבו 83/9, מעלה אדומים

אחות

אבחנה:

• MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS

הערות	משך טיפול	סה"כ	תדירות	פעמים ביום	צורת מתן	פעולה	מינון	טיפול
לפירוט התדירות, ניתן להסתכל במרשם	4 שבועות	4	אחת ל 1 שבועות	1	זריקה תת-עורית SC	להזרקה	0.25 mg	WEGOVY

מטופל – הנחיות

סוג טיפול	הנחיות
זריקה תת-עורית SC	לטיפול בזריקה IM/SC יש להזמין תור באתר מכבי online; באפליקציית מכבי או במוקד מכבי ללא הפסקה *3555. עליך לרכוש את התרופה ולהביא אותה לטיפול..עליך להישאר 20 דקות במרפאה להשגחה לאחר הטיפול.

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

14:06 27/04/2025

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

יש לקבוע תור לטיפול ראשון תוך 90 ימים. תוקף הפניה עד ל-28/10/2025

לקבלת חיסון, חובה להצטייד בפנקס חיסונים

לקביעת תור ניתן לחייג *3555 או 1-700-50-53-53

תאריך: 30/04/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



ד"ר דמירי תאמר
משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

טלפון: 02-5060520

פקס: 02-6427537

כתובת: הרכס 31, מעלה אדומים (קניון קרסו, קומה 2)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 40361404

שם פרטי: עינב

שם משפחה: הלפרין

טל.עבודה/נייד: 0508737557

0773500445

טלפון:

מין: נ

16/12/1980

ת.לידה:



0040361404

מיקוד 9841109

כתובת: דרך מצפה נבו 83/9, מעלה אדומים

אישור מחלה

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

אינו/ה מסוגל/ת לעבוד מיום: 27/04/2025 עד יום: 30/04/2025 סה"כ: 4 ימים.

30/04/2025

תאריך

חתימה וחותמת הרופא

27/04/2025 14:13:54

מסמכים

תאריך המסמך: 26/04/2025
שם מבצע: כהן מרטין
תחום הטיפול מבצע: משרד כללי
מיועד לאישור: דניאל יונגרווד (משפחה - כללי)
שם מאשר: ד"ר יונגרווד דניאל יוסף שמעון
תיאור: מיון
מקור המסמך: סריקה
סוג המסמך: אחר
הרשאות צפייה:

☒ לכלל משתמשי קליקס

13/05/2025 10:59:20

גליון סדרה-פיזיו

סדרת טיפולים

מס' סדרה: 2 מס' ביקור: 2 גיל: 44.4 תחילת הטיפול: 13/05/2025 תאריך עדכון: 20/05/2025
שם פיזיותרפיסט: זערתה אמגד
סיבת הפנייה: כללית/ אורטופדיה
גורם משלם: 5 תאונת דרכים
מצב הסדרה: סגורה

פרטי סגירת סידרה

גורם משחרר: לא הופיע להמשך הטיפול
השגת מטרות הטיפול: לא ידוע/לא רלוונטי
מידת שיתוף הפעולה
התמדה בהגעה לטיפולים: ☒
התמדה בתרגול עצמי: ☒
יכולת חזרה לפעילות: לא ידוע/לא רלוונטי

☒ הפניית רופא חיצוני (בי"ח/פרטי)

גורם מפנה: הדסה
תאריך ההפנייה: 26/04/2025

אבחנות רופא:

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
WHIPLASH INJURY			

תאריך עדכון הציון: 13/05/2025

אבחנת פיזיותרפיסט:

אבחנת פיזיותרפיסט	תאריך	אבחנה מובילה
WHIPLASH INJURY	13/05/2025	כן

תרשים גוף: כאב ב- צוואר
כאב ב- גב תחתון ימין

מס' ביקורים שבוצעו: 2 מס' טיפולים שבוצעו: 12

13/05/2025 11:20:46

גליין ביקור-פיזיו

פרטי סדרה

מס' סדרה: 2 מס' ביקור: 2 תחילת הטיפול: 13/05/2025 תאריך עדכון: 20/05/2025

שם מכן: מעלה אדומים מכון פיזיותרפיה

שם פיזיותרפיסט: זעזערה אמגד

סיבת הפנייה: כללית/אורטופדית

מצב הסדרה: סגורה

גורם משלם: 5 תאונת דרכים

הפניית רופא חיצוני (בי"ח/פרטי)

התמחות: אורטופדיה

גורם מפנה: הדסה

תאריך ההפנייה: 26/04/2025

אבחנת רופא:

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			WHIPLASH INJURY

אבחנת פיזיותרפיסט:

אבחנה מובילה	תאריך	אבחנת פיזיותרפיסט
כן	13/05/2025	WHIPLASH INJURY

מס' ביקורים שבוצעו: 2 מס' טיפולים שבוצעו: 12

פרטי ביקור

מס' ביקור: 1

שם המכן: מעלה אדומים מכון פיזיותרפיה

שם פיזיותרפיסט: זעזערה אמגד

סוג הביקור: 81 ביקור רגיל

תאריך ביצוע: 13/05/2025

גורם משלם: 5 תאונת דרכים

יעדי פיזיותרפיה:

מטרות	תאריך יעד	סטטוס	תאריך עדכון סטטוס	שם מטפל	סוג טיפול	תאריך יצירה
חזרה לפעילות יום יום ללא כאב			13/05/2025	זעזערה אמגד	בדיקה אורטופדית	13/05/2025
שיפור טווחי תנועה עמידה יותר מ10דק ללא כאב			13/05/2025	זעזערה אמגד	בדיקה אורטופדית	13/05/2025

טיפול נוכחי

טיפול	איזור	דקות טיפול	תאור/תגובה/הערות	ד	פרטי טיפול
EVALUATION INITIAL	ע"ש צווארי	40		!	
EVALUATION TREATMENT TREATY	ע"ש צווארי	1		!	EDU PATHO ANATOMY
HEALTH PROMOTION	כללי	1		!	
MODALITY HEAT PACK	ע"ש צווארי	10		!	
THERAPEUTIC EXERCISE	ע"ש צווארי	5		!	MDT FLEXION EXERCISE
THERAPEUTIC EXERCISE	ע"ש צווארי	10	סטטי	!	STABILIZATION EXERCISE
EDU SELF EXERCISE	ע"ש צווארי	5	תרגילי בית	!	
ביקור רגיל				!	

20/05/2025 12:24:47

גליון ביקור-פיזיו

פרטי סדרה

מס' סדרה: 2 מס' ביקור: 2
שם פזיזותרפיסט: זעתרה אמגד
סיבת הפנייה: כללית/ אורטופדיה
גורם משלם: 5 תאונת דרכים
הפניית רופא חיצוני (בי"ח/פרטי)
גורם מפנה: הדסה
תאריך ההפנייה: 26/04/2025
תחילת הטיפול: 13/05/2025
תאריך עדכון: 20/05/2025
שם מכון: מעלה אדומים מכון פיזיותרפיה
מצב הסדרה: סגורה
התמחות: אורטופדיה

אבחנת רופא:

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
WHIPLASH INJURY			

אבחנת פיזיותרפיסט:

אבחנת פיזיותרפיסט	תאריך	אבחנה מובילה
WHIPLASH INJURY	13/05/2025	כן

מס' ביקורים שבוצעו: 2 מס' טיפולים שבוצעו: 12

פרטי ביקור

מס' ביקור: 2

שם המכון: מעלה אדומים מכון פיזיותרפיה

שם פזיזותרפיסט: זעתרה אמגד

סוג הביקור: 81 ביקור רגיל

תאריך ביצוע: 20/05/2025

גורם משלם: 5 תאונת דרכים

יעדי פיזיותרפיה:

מטרות	תאריך יעד	סטאטוס	תאריך עדכון סטטוס	שם מטפל	סוג טיפול	תאריך יצירה
חזרה לפעילות יום יום ללא כאב			13/05/2025	זעתרה אמגד	בדיקה אורטופדית	13/05/2025
שיפור טווחי תנועה עמידה יותר מ10דק ללא כאב			13/05/2025	זעתרה אמגד	בדיקה אורטופדית	13/05/2025

טיפול קודם:

טיפול	איזור	דקות טיפול	תאור/תגובה/הערות	ד	פרטי טיפול
EVALUATION INITIAL	ע"ש צווארי	40		!	
EVALUATION TREATMENT TREATY	ע"ש צווארי	1		!	EDU PATHO ANATOMY
HEALTH PROMOTION	כללי	1		!	
MODALITY HEAT PACK	ע"ש צווארי	10		!	
THERAPEUTIC EXERCISE	ע"ש צווארי	5		!	MDT FLEXION EXERCISE
THERAPEUTIC EXERCISE	ע"ש צווארי	10	סטטי	!	STABILIZATION EXERCISE
EDU SELF EXERCISE	ע"ש צווארי	5	תרגילי בית	!	
ביקור רגיל				!	

טיפול נוכחי

טיפול	איזור	דקות טיפול	תאור /תגובה /הערות	ד	פרטי טיפול
EVALUATION REASSESSMENT	ע"ש צווארי	5		!	
MODALITY HEAT PACK	ע"ש צווארי	10		!	
THERAPEUTIC EXERCISE	ע"ש צווארי	5		!	MDT FLEXION EXERCISE
THERAPEUTIC EXERCISE	ע"ש צווארי	10	סטטי	!	STABILIZATION EXERCISE
EDU SELF EXERCISE	ע"ש צווארי	5	תרגילי בית	!	
ביקור רגיל				!	

! 0867103

13/05/2025 11:02:07

קבלה כללית/ אורטופדית

גיליון קבלה כללית אורטופדית

סדרת טיפולים: 2

משך הבעיה:

בעיה חריפה - עד שלשה שבועות

הסטוריה:

בת 44 על רקע תת פעילות תריס. עובדת מורה לדבריו ב26.4.2025 הייתה מוערבת בתאונת דרכים כנוסעת. עם חגורה. ת.ד מנגנון אחורי. הופנה באמבולנס להרצופים. עם תלונות על כאבים בצוואר וגב תחתון. נעשה צילום רנטגן ללא שברים. עד היום אין שיפור בכאבים. היום התקבלה לפיזיותרפיה עם כאבי צוואר וגב. הכאב מחמיר עמידה ממושכת. הליכה ומאמץ כללית. מקבלת נגד כאבים לפי הצורך.

סימפטומים:

מיקום הסימפטומים	ימין	שמאל	מרכז
בתחילת הופעתם			עמ"ש מותני
ב48 שעות אחרונות	עמ"ש צווארי		עמ"ש מותני

מיקום ואופי הבעיה:

כאב בא והולך,

כאב ב- צוואר
כאב ב- גב תחתון ימין

תדירות הסימפטומים:

מופיע בזמן תנועה,

פעולות ותנוחות שמגבירות סימפטומים:

עמידה ממושכת 5דק
הליכה אחרי 300מ

פעולות ותנוחות שמקלות סימפטומים:

נטילת משככי כאב.

התנהגות סימפטומים במהלך היום:

תלוי בפעילות,

כללי

סוג הפעילות במהלך היום: פיזי

פעילות גופנית: כן 2-1 פעמים בשבוע

בדיקות הדמיה: רנטגן: תקין
שאלות מיוחדות: בריאות כללית: תת פעילות של בלוטת התריס
דגלים אדומים:

דגל אדום	כן	לא	לא רלוונטי
היסטוריה של סרטן	X		
ירידה לא מתוכננת במשקל	X		
כאבי לילה	X		
חום/צמרמורות/הזעה לילית	X		
קושי בשליטה על סוגרים	X		
פרסטיות אוכף	X		
קושי בבליעה	X		
טינטון	X		
הפרעות ראייה	X		
סחרחורת	X		
התעלפויות	X		

13/05/2025 11:17:34 בדיקה כללית/ אורטופדית

גיליון בדיקה כללית אורטופדית

סדרת טיפולים: 2
תאריך: 13/05/2025
הסתכלות: עודף משקל

תנועות

ממצאים בתנועה:

אזור	סוג התנועה	אופן ביצוע	ממצאים
ע"ש צווארי	all movements	אקטיבי + פאסיבי	מוגבלת עקב כאבים
ע"ש מותני + אגן	Flexion	אקטיבי	pain stiffness

בדיקות תפקודיות:

בדיקה	ממצאים
הליכה	קושי בינונ אחרי 300מ
עמידה	כאב

בדיקות נוספות

בדיקות אורטופדיות ואחרות:

בדיקה	ממצאים
ע"ש צווארי Compression test	שלילי
SLR	שלילי

בדיקות אקססוריות:

אזור	סגמנט/מפרק	טכניקת בדיקה	ממצאים
ע"ש צווארי	C6: C5:	P.A.	pain stiffness

יעדי פזיותרפיה:

מטרות	תאריך יעד	סטטוס	תאריך עדכון סטטוס	שם מטפל	סוג טיפול	תאריך יצירה
חזרה לפעילות יום יום ללא כאב			13/05/2025	זעתרה אמגד	בדיקה אורטופדית	13/05/2025
שיפור טווחי תנועה עמידה יותר מ10דק ללא כאב			13/05/2025	זעתרה אמגד	בדיקה אורטופדית	13/05/2025



108863

טלפון: 02-5913200

פקס: 073-2132690

כתובת: דרך קדם 5, מעלה אדומים (קניון אדומים, קומה 3)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 40361404

שם פרטי: עינב

שם משפחה: הלפרין

טל.עבודה/נייד: 0508737557

0773500445

טלפון:

מין: נ

16/12/1980

ת.לידה:



0040361404

מיקוד 9841109

דרך מצפה נבו 83/9, מעלה אדומים

כתובת:

תמצית הביקור מתאריך 11/09/2025 בשעה 08:47

תאריך הביקור: 11/09/2025

המלצות למטופל: ביקשתי שתקבע תור לאורתופד היום (יש)

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

תרופות שנרשמו בביקור:

שם התרופה	מינון והוראות מרשם	שמות החלופות
BREXIN 20MG X 20	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 20 ימים.	* TAB. BREXIN 20MG X 20 < 1 OP > [5853]

הפניות, אשורים ודפי מידע

סוג	שם/תיאור	מתאריך	עד תאריך
הפניה	בדיקות מעבדה		