



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

באתר
מבלי לפגוע בזכויות

נובמבר 2025 28
Office@freiberg-law.com

פרייברג רסקין
משרד עורכי דין

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד



לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
ענף נפגעי עבודה
באמצעות האתר

ח"נ שלום רב,

תאונה מיום 27/06/2025
הנפגע: מוחמד עומרי, ת"ז 214567018
תביעה להכרה בתאונה ותשלום דמי פגיעה

בהמשך למכתבכם מצ"ב טופס תביעה מלא ותקין.

*

בכבוד רב ובב"ח,
אריאל פרייברג, עו"ד
פרייברג רסקין עורכי דין

עמוד 1 מתוך 8

נא ציין את מספר תעודת זהות 214567018

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	מס' זהות / דרכון 214567018
סוג המסמך	דפים
01	

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה

☒ תאונה בעבודה	☐ מחלת מקצוע, פרט
☒ שכיר	☐ הכשרה מקצועית
☐ עצמאי	☐ חבר קיבוץ או מושב שיתופי
☐ מתנדב	

1 פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר)
עומרי	מוחמד	214567018
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:
	05222809429	wmrymwhmd682@gmail.com
אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:		
שם משפחה איש קשר	שם פרטי איש קשר	מס' זהות איש קשר
		ס"ב
☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.		
מען למכתבים – אם שונה מהרשום במשרד הפנים		
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה
		דירה
		יישוב
		מיקוד

2 פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון אנא מלא סעיף 2א' שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית

שם מעסיק/ מפעל	עומרי	עומרי אחמד דיאר לשיווק
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה
סנדלה		דירה
		יישוב
		מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	מספר פקס
	05222977883	1935300
האם אתה אחד מבעלי החברה/ בעל שליטה בחברה: ☒ לא ☐ כן, פרט: _____		
האם יש קרבה משפחתית בינך לבין המעסיק: ☒ לא ☐ כן, פרט: _____		
עצמאי (אם הפגיעה אירעה מחוץ לעסק – יש לצרף אישור על העבודה שאותה ביצעת/ היית אמור/ה לבצע)		
שם העסק	סוג העיסוק	דואר אחמד 3 דיאר עשיוק
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה
כפרי סנדלה		דירה
		יישוב
		מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	טלפון פקס
	05222977883	

בל/ 211 (12.2024)

ליאור
לשיווק כלים חד פעמיים
ע.ח. 029130515

2א'

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות:

☐ צה"ל

☐ משא"ז

☐ משמר הכנסת

☐ משטרה

☐ שב"ס

☐ אחר

האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה?

☐ כן ☐ לא

אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, נא צרף העתק ממכתב הדחיה.

3

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה

2 | 7 | 0 | 6 | 2 | 0 | 2 | 5
יום חודש שנה

היום בשבוע

שני

שעת הפגיעה

17:00

תאריך הפסקת עבודה

27.6.25

שעת הפסקת עבודה

17:00

היכן אירעה הפגיעה?

☐ במהלך העבודה: ☐ במפעל/בעסק

☐ בדרך לעבודה

(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

☐ מחוץ למפעל

☒ בדרך לבית

(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

☐ תאונה בבניין

בתאונות בדרך: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך או ליעד אחר

תיאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון נוסף), נא פרט

האם נכחו עדים בתאונה? ☒ לא ☐ כן, פרט:

שם	כתובת	מספר טלפון	☐ חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר
שם	כתובת	מספר טלפון	☐ חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר

מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה

תאריך מסירת ההודעה

2 | 7 | 0 | 6 | 2 | 0 | 2 | 5
יום חודש שנה

שם מקבל ההודעה

אחמד מוארי

תפקיד

מנהל

טלפון

0522977883

דיאר
לשיווק כלים חד פעמיים
ע.מ. 5

דיאר
לשיווק כלים חד פעמיים
ע.מ. 029130515

4

פרטי הטיפול הרפואי (יש לצרף אישור על הפנייה הראשונה לקבלת טיפול רפואי)

האיבר שנפגע	מחלת החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך)	מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שירות רפואי)
תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה	תקופת אשפוז	שם בית החולים // מחלקה
שנה חודש יום	שעה	

האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים באיבר או האיברים שנפגעו שצוינו על ידך לעיל? ☒ לא ☐ כן, פרט ממה סבלת ומתי

יש לצרף מסמכים רפואיים רלוונטיים

פרטי הרופאים המטפלים

שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה שבה טופלתי או אני מטופל	טלפון המרפאה
רועה צופ	אורתופדיה	בית המרק - פלמ"ח	04-6494201
סמית אורטוס	אורתופדיה	בית המרק - פלמ"ח	04-6494201

5

סיוע וייצוג בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☒ כן
הגוף המייצג או המסייע: ☒ עורך דין ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוונת ☐ בית חולים ☐ עמותה ☐ אחר

אם אתה מיוצג ע"י עורך דין, יש לבקש מעורך הדין להזין ייפוי כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס, יש לשלוח אלינו טופס בל73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

שם גורם מסייע	כתובת	טלפון
---------------	-------	-------

6

פרטים על תאונה

סוג התאונה	☐ תאונת דרכים. יש לצרף דו"ח משטרה והעתק מההודעה לחברת הביטוח. ☐ נפילה ממקום גבוה ☒ נפילה במדרגות או במדרכה פגומה ☐ התחשמלות ☐ תקיפה ☐ פגיעה מבעל חיים ☐ אחר ☐ תאונה בבניין שם האתר שם הקבלן המבצע
------------	---

האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת נזיקין או פיצויים מצד ג' בקשר לפגיעה? ☒ לא ☐ כן

תביעה נגד שם עורך הדין המטפל
כתובתו מס' טלפון
מס' פקס דואר אלקטרוני

האם יש ברשותך תמונות ממקום האירוע? ☒ לא ☐ כן, נא לצרף

התביעה הוגשה בבית המשפט ☐ השלום ☐ המחוזי בעיר מס' תיק אזרחי

פירוט העיסוקים

7

לפני הפגיעה

במהלך שלושת החודשים שלפני הפגיעה:

- א. ☐ עבדתי אצל מעסיק אחר/נוסף * נא לצרף אישורים מתאימים.
 ב. ☐ הכנסתי נפגעה מהסיבה:
☐ מחלה ☐ חופשה ☐ אחרת * נא לצרף אישורים מתאימים.

לאחר הפגיעה

☒ לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה

עד תאריך		מתאריך	
שנה חודש יום		שנה חודש יום	
2025		2025	
17		06	
01		01	
שנה		שנה	
חודש		חודש	
יום		יום	
עד שעה		עד תאריך	
שעה		שנה חודש יום	
17		2025	
00		06	
שעה		שנה	
חודש		חודש	
יום		יום	
עד שעה		עד תאריך	
שעה		שנה חודש יום	
17		2025	
00		06	
שעה		שנה	
חודש		חודש	
יום		יום	

☐ שהיתי בעסק / בעבודתי

☐ חזרתי לעבודה מלאה בתאריך _____ ☐ טרם חזרתי לעבודה ☐ לא נעדרתי מהעבודה

שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו:

משעה 08:00 עד שעה: 17:00

☐ עבודה במשמרות

הצהרה למילוי ע"י בעל שליטה או קרוב משפחה לבעל מניות בחברה בלבד

8

יש להמציא הוכחת תשלום ל-12 חודשים אחרונים (הפקדות בנק, צילומי המחאות ועוד)

מהו תפקידך בעבודה במועד הזכאות? (פירוט העבודה שבצעת בפועל)

היכן בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובת)

מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות)

אני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים
 תאריך _____ שם פרטי ומשפחה _____ חתימה _____

ליאור
 לשיווק כלים חד פעמיים
 ע.מ. 029130515

פרטי חשבון הבנק של התובע

9

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

שמות בעלי החשבון

מספר חשבון

מס' סניף

שם הסניף / כתובתו

שם הבנק

211891152

02

פריסקוט סניף ארבעה עשרה פריסקוט

פריסקוט

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: ☐ אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיבוץ / המושב ☐ לחשבון הפרטי

פטור ממס הכנסה - יש לצרף אישור זכאות לפטור ממס הכנסה ערב הפגיעה

10

☐ עיוור/ נכה 100% ☐ פטור חלקי

הצהרת התובע/מגיש התביעה

11

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.

☐ אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטלי (ממוחשב) של הכנסותי. ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך ביורר זכאותי.

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה עברה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או בידועין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או יצירת חוב ועל כן, אני מתחייבת להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

אני מתחייבת להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

אני מסכים שהבנק יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון הבנק תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממוחשבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

ידוע לי כי אם תאושר תביעתי לדמי פגיע בגין מחלת מקצוע או ליקוי רפואי כתוצאה מתנאי עבודה, הביטוח הלאומי יבחן תביעה זו כתביעה לנכות מעבודה. בכל פגיעה אחרת, נדרשת הגשת תביעה נפרדת לנכות מעבודה.

תאריך _____ חתימת התובע _____

פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	קרבה לתובע
מ/חמפ	מ/חמפ	214567018	

טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני
	0522809429	mr.gym@hmd682@gmail.com

אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר: צו אפוסטרופוסות, פסק דין או יותר סודיות - יש לצרפם לתביעה.

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט: שם העד לחתימה _____ ת.ז. 29130515

לשיווק כלים חד פעמיים
029130515.ע.מ.

למילוי ע"י המעסיק אם התובע עובד שכיר (בתביעה של עצמאי - ימלא התובע)

1 פרטים על פגיעה מחוץ לעסק או למפעל

☐ הפגיעה אירעה מחוץ למפעל - תוך כדי עבודה
מקום הפגיעה: בבית שעת הפגיעה: 17:05

המקום שבו היה על התובע לעבוד או שבו עבד התובע ביום הפגיעה: בבית

האם העובד מועסק דרך קבע מחוץ לכותלי המפעל? ☒ לא ☐ כן בדרך כלל מועסק ב: _____

האם נכחו עובדים נוספים בעת הפגיעה? ☒ לא ☐ כן 1. שם _____ ת.ז. _____
2. שם _____ ת.ז. _____

תפקיד הנפגע במפעל	מטרת יציאתו מחוץ למפעל	שם העובד שנתן לתובע את ההוראה לצאת	תפקידו
שעת היציאה	שעת החזרה הצפויה		

תאונה בבניין: שם האתר _____ שם הקבלן הראשי _____ שם הקבלן המבצע _____

☒ פגיעה בדרך לעבודה: באיזו שעה היה עליו להתחיל בעבודה? 17:00 איזו משמרת? לילה הכתובת שבה היה אמור לעבוד? בבית

☒ פגיעה בדרך הביתה: באיזו שעה סיים את העבודה? 17:00 האם סיים בשעה הקבועה? ☒ כן ☐ לא, הסיבה ליציאה המוקדמת: הכתובת שבה עבד לפני היציאה לביתו

2 פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

מספר תיק ניכויים במוסד לביטוח לאומי _____ שם המפעל / המעסיק _____

עומרי אחמד דיאר לשיווק _____

תאריך תחילת עבודה: 01/03/2025 מעמד העובד: ☐ קבוע ☐ ארעי ☒ יומי ☒ חודשי היקף המשרה ב-%: 100% מספר ימי העבודה בשבוע: 5

☐ אם בשלושת החודשים שקדמו לפגיעה נעדר העובד מהעבודה, נא פרט את סיבת ההיעדרות _____

ממתי _____ עד מתי _____ נעדר מהעבודה. האם שולם שכר בעבור ימים אלה? ☐ כן ☐ לא

בטבלה שלהלן יש לכלול את כל רכיבי השכר, את התוספות החד פעמיות, ההפרשים או המענקים ששולמו ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

חודש, כולל חודש הפסקת העבודה	מס' הימים בעבורם שולם השכר	העובד הוא		שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח	תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנכללו בשכר ברוטו		
		יומי	חודשי		סכום	לתקופה	שם התשלום
חודש 05/2025		☒	☐	6,363			
חודש 04/2025		☒	☐	6,365			
חודש 03/2025		☒	☐	6,363			
חודש		☐	☐				

☐ העובד שב לעבודה בתאריך _____ ☐ העובד לא שב עדיין לעבודה.

☐ האם היו שינויים בשכר העובד ב-12 החודשים האחרונים למועד הפגיעה בעבודה? נא לפרט _____

☐ העובד ממשיך להימנות על עובדי המפעל: ☐ כן ☐ לא

☐ לא, העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך: _____ סיבת הפסקת העבודה _____

שם בית התוכנה או לשכת השירות באמצעותם המעסיק מפיק תלושי שכר _____

שוגר טופס 100: ☐ כן ☐ לא שם איש קשר לביור פרטי שכר _____ מספר טלפון: _____

דואר אלקטרוני: _____ @ _____ חתימת המעסיק _____ תאריך _____ שם ותפקיד החותם _____ חתימה וחותמת _____

3 פרטים על תשלום דמי מחלה על-ידי המעסיק/קרן דמי מחלה

האם העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י המעסיק? (נכון ליום הפגיעה)

☐ כן, ציין את מספר הימים שעמדו לזכות העובד עד יום הפגיעה: _____

☐ לא, ☐ העובד ניצל את כל הימים העומדים לזכותו

☐ לא נצברו ימי מחלה

☐ אחר _____

☐ העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י הקרן לדמי מחלה

(שם הקרן)

4 הצהרת המעסיק

אנו החתומים מטה מאשרים, כי הפרטים שמסר העובד ומסרנו אנו נכונים לפי מיטב ידיעתנו.

אנו מאשרים כי התובע הועסק על ידנו כעובד בזמן הפגיעה בעבודה.

אם יש לך הסתייגות בעניין הפגיעה, יש לפרט כאן _____

לשיווק כלים חד פעמיים
029130515 ח.ע. חתימה

שם החותם _____

תאריך 12/08/2025 תפקיד החותם _____

5 פרטים משלימים למעסיק מורשה/מאושר

☐ העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה

מעסיק מורשה לפי תקנה 22:

☐ העובד נכלל בהרשאה ונעדר מתאריך _____ עד תאריך _____

ושילמנו לו דמי פגיעה כחוק.

☐ העובד אינו נכלל עם העובדים שבעבורם ניתנה הרשאה לחברה / מפעל.

מעסיק מאושר לפי סעיף 343:

☐ אני מעסיק מאושר לפי סעיף 343 (סעיף 162 בנוסח הישן)

קיבוץ:

☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

לשיווק כלים חד פעמיים
029130515 ח.ע. חתימה

חתימת המעסיק וחותמת

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

פרטים אישיים

1

קוד גמלה	מספר זהות/דרכון	תאריך הפגיעה
60	2114567018	21/11/25 שנה חודש יום
שם משפחה	שם פרטי	
חמרי	חזמרי	
חבר בקופת חולים		
☒ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר _____		

הצהרה

2

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

תאריך 25.11.25 חתימת המבוטח x



מרכז רפואי העמק

רפואה מעקרתית בדיוק בשבילך

27/06/2025 22:11 168784 מ.ר. עבאס פאדי ע"ד'ר' הופק ע"ד'ר' עבאס פאדי מ.ר. 27/06/2025 **מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד מתאריך**

שם משפחה:	עומרי	ת. לידה:	29/05/2005	מיון אורתופדי
שם פרטי:	מוחמד	ת. זהות:	21456701-8	מנהל/ת דר' ליפסקי ארי מ.ר. 112712:
כתובת:	ת.ד 6, צנדלה 1935300	מין:	זכר	אח/אחות אחראיים: גב' פנינה סבאג
טלפון:	0523338904	גיל:	20	מס' קבלה למחלקה: 2530625901
סוג דם:		מרפאה:		טלפון: 04-6494356
מחוז:		שם האב:	סלאח	פקס: 046494261
גורם מממן:	צפון			

מועד קבלה למיון

תאריך: 27/06/2025 18:49

מספר קבלה: 2530625901

אופן הגעה למיון

הגיע למיון: בליווי בן משפחה

פירוט דרך הגעה: מהתלך

סיום טיפול במלרד: שחרור

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P	Rec
DISLOCATION SHOULDER	831	Left		✓			
LACERATION UPPER LIMB	884	Right					
FRACTURE HUMERUS - GREATER TUBEROSITY, CLOSED	81203	Left	27/06/2025				

סיבת פנייה

סיבה עיקרית: חבלה

הערות: חבלה ביד שמאל מהיום

משרד קבלה

סיבת פנייה: אחר

הפנייה: ק

סטטוס מטופל: אזרח

תלונה עיקרית בבדיקה

בת 20, בריא

לדבריו ביום קבלתו למיון נפל ונחבל בכתף שמאל, הרגיש כאב עז
 כעת זרוע ביישור, כאבים בכתף משמאל.

בבדיקה - נראה שקע, ללא המטומה אך קיימת נפיחות
 ROM - 0 לכל הכיוונים בגין כאב. ללא חסר נירוווסקולארי כולל עצב אקסילרי.
 בצילום נראית פריקה קדמית. שבר בגבשושית גדולה.

במיון תחת נוגדי כאב בוצע שחרור פריקה בשיטת TRACTION COUNTER TRACTION.
 צילום ביקורת - ללא עדות לפריקה

הושלם CT

בבדיקה חוזרת - שמור NV, תחושה שמורה כולל עצב אקסילרי



מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלד

שם משפחה:	עומרי	תאריך לידה:	29/05/2005	מיון אורתופדי
שם פרטי:	מוחמד	ת. זהות:	21456701-8	מנהל/ת דר' ליפסקי ארי מ.ר. 112712:
סוג דם:		שם האב:	סלאח	אח/אחות אחראיים: גב' פנינה סבאג

לציין שפשוף שטחי במרפק ימין, ללא סימני זיהום
טווחים מלאים, ללא רגישות גרמית, ללא חסר NV
קיבל חיסון כנגד טטנוס
לאחר התייעצות עם ד"ר רגב - מומחה כתף - משתחרר עם ההמלצות הבאות

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

מדדים

תאריך ושעה	דופק	לחץ דם	מספר נשימות	Sat. RA	כאב	OTC	ערנות
19:06 27/06/2025			14		3	בוצע	עירני-0
19:03 27/06/2025	99			+96			
19:03 27/06/2025		124/85					

ביצוע תרופות

תרופה	תזמון מהוראה	תאריך ושעה	צורת מינון ומינון
TRAMAL INJ 100 mg+PRAMIN INJ 10 mg+SODIUM CHLORIDE 0.9% INF 100 ml	Total Volume: 100 ml, Once מוחמד	20:13 27/06/2025	INJ 10 mg IntraVenous INJ 100cc(ml) Drug Dosage: 100 mg
PERFALGAN INF 1000 mg	Once מוחמד	20:13 27/06/2025	INF 1000 mg IntraVenous

המלצות

המלצה: -ביקורת עוד שבוע
יש לקבוע תור במזכירות המיון טרם העזיבה, חזרה לביקורת ללא תור מסודר לא תתאפשר, תודה
-נוגדי כאבים במידת הצורך.
-יד במתלה
-המשך מעקב רופא מטפל.
-בכל החמרה יש לפנות לבדיקת רופא.
-חופשת מחלה עד הביקורת
-במקרה של אודם, הפרשת מוגלה, החמרה ניכרת בכאבים, או חום מעל 38 יש לפנות לבדיקת רופא.
-החלפת חבישה יום יומית ושטיפות הפצע במים בסבון

רופא אחראי

רופא: דר' עבאס פאדי מ.ר. 168784

נחתם ע"י: דר' עבאס פאדי מ.ר. 168784

חתימה:

סיכום ביקור מרפאה אורתופדית

מערך אורתופדי
מנהל מערך : דר' דוד רותם
מנהל יחידה: דר' דוד רותם
אחות אחראית: אריאלה אוחנה
מספר ביקור:
3713068301
טלפון: 04-6494112
פקס: 04-6495104

שם משפחה: עומרי	ת. לידה:	29/05/2005
שם פרטי: מוחמד	ת.ז:	21456701
כתובת:	מין:	זכר
טלפון:	גיל:	20
נייד:	מצב משפחתי:	
סוג דם:	שם האב:	סלאח
	סוג דם #:	2-0-684 - סוג דם #

תאריך ביקור במרפאה: 20/07/2025

אבחנות בביקור

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P	Rec
FRACTURE HUMERUS - GREATER TUBEROSITY, CLOSED	81203	Left		✓			
CLOSED ANTERIOR DISLOCATION OF HUMERUS	83101	Left					

סיבת הפניה/תלונה/מחלה נוכחית

בן 20, בריא

לדבריו ביום קבלתו למיון נפל ונחבל בכתף שמאל, הרגיש כאב עז כעת זרוע ביישור, כאבים בכתף משמאל.

בבדיקה - נראה שקע, ללא המטומה אך קיימת נפיחות ROM - 0 לכל הכיוונים בגין כאב. ללא חסר נירוסקולארי כולל עצב אקסילרי. בצילום נראית פריקה קדמית. שבר בגבשושית גדולה. במיון תחת נוגדי כאב בוצע שחזור פריקה בשיטת TRACTION COUNTER TRACTION. צילום ביקורת - ללא עדות לפריקה הושלם CT בבדיקה חוזרת - שמור NV, תחושה שמורה כולל עצב אקסילרי

לציין שפשוף שטחי במרפק ימין, ללא סימני זיהום טווחים מלאים, ללא רגישות גרמית, ללא חסר NV קיבל חיסון כנגד טטנוס לאחר התייעצות עם ד"ר רגב - מומחה כתף -

כעת התקבל אליקטיבית לצורך LT ORIF SHOULDER בקבלתו למחלקה-מצב כללי טוב, מדדים חיוניים תקינים בבדיקתו-כתף שמאל-נפיחות ורגישות במישוש משטח מפרקי ROM 0 לכל הכוונים מניע שכ"י ומרפק ללא הגבלה תחושה שמורה ללא חסר NV קלל עצב אקסילרי

בתאריך 03.07.25 עבר ניתוח לשחזור וקיבוע שבר של גבשושית. מהלך ניתוח בוצע טווחים ותיקון קרע חלקי של SSC. בצילום ביקורת עמדה טובה. זקוק לביקורת בעוד חודש ימים.

המלצות לביקור הבא

המשך תנועות פנדולריות נגד כאבים לפי הצורך ביקורת בעוד חודש

דיווח פעולות:

קוד שירות	כמות	פעולה	תאריך	נרשם ע"י
70017	1	בדיקת רופא אורתופד	11:42 20/07/2025	דר' אוחנה רגב מ.ר. 107723

המשך טיפול

	1 חודשים	70017	בדיקת רופא אורתופד
--	----------	-------	--------------------

נחתם ע"י: דר' אוחנה רגב מ.ר. 107723

חתימה: _____

המכתב הודפס על ידי דר' אוחנה רגב 20/07/2025 11:57

חסוי אישי

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות.

סיכום ביקור מרפאה אורתופדית

מערך אורתופדי
מנהל מערך : דר' דוד רותם
מנהל יחידה: דר' דוד רותם
אחות אחראית: אריאלה אוחנה
מספר ביקור:
3732392601
טלפון: 04-6494112
פקס: 04-6495104

שם משפחה: עומרי	ת. לידה: 29/05/2005
שם פרטי: מוחמד	ת.ז: 21456701
כתובת: צנדלה, ת.ד 6,	מין: זכר
טלפון: 0523338904	גיל: 20
נייד: 0535350601	מצב משפחתי:
סוג דם: #! 2-0-684 סוג דם #!	שם האב: סלאח

תאריך ביקור במרפאה: 16/09/2025

אבחנות בביקור

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P	Rec
FRACTURE HUMERUS - GREATER TUBEROSITY, CLOSED	81203	Left		✓			
CLOSED ANTERIOR DISLOCATION OF HUMERUS	83101	Left					

ניתוחים בעבר

כמות	גניקולוגי	תאריך	שיטה ניתוחית	צד	קוד	ניתוח
		03/07/2025		Left	Z7939	Diagnosis: , OPEN REDUCT.OF OTHER SPEC.BONE,EXC.FACIAL,WITH INT.FIXATION Action: , ORIF SHOULDER
		03/07/2025			Z8388	Diagnosis: , OTHER PLASTIC OPERATIONS ON TENDON
		03/07/2025			Z8363	Diagnosis: , ROTATOR CUFF REPAIR

סיבת הפניה/תלונה/מחלה נוכחית

בן 20, בריא

לדבריו ביום קבלתו למיון נפל ונחבל בכתף שמאל, הרגיש כאב עז
כעת זרוע ביישור, כאבים בכתף משמאל.

בבדיקה - נראה שקע, ללא המטומה אך קיימת נפיחות
ROM - 0 לכל הכיוונים בגין כאב. ללא חסר נירווסקולארי כולל עצב אקסילרי.
בצילום נראית פריקה קדמית. שבר בגבשושית גדולה.
במיון תחת נוגדי כאב בוצע שחזור פריקה בשיטת TRACTION COUNTER TRACTION.
צילום ביקורת - ללא עדות לפריקה
הושלם CT
בבדיקה חוזרת - שמור NV, תחושה שמורה כולל עצב אקסילרי

לציין שפשוף שטחי במרפק ימין, ללא סימני זיהום
טווחים מלאים, ללא רגישות גרמית, ללא חסר NV
קיבל חיסון כנגד טטנוס
לאחר התייעצות עם ד"ר רגב - מומחה כתף -

כעת התקבל אליקטיבית לצורך LT ORIF SHOULDER
בקבלתו למחלקה-מצב כללי טוב, מדדים חיוניים תקינים
בבדיקתו-כתף שמאל-נפיחות ורגישות במישוש משטח מפרקי
ROM 0 לכל הכיוונים
מניע שכ"י ומרפק ללא הגבלה
תחושה שמורה ללא חסר NV כולל עצב אקסילרי

בתאריך 03.07.25
עבר ניתוח לשחזור וקיבוע שבר של גבשושית.
מהלך ניתוח בוצע טונוזיס ותיקון קרע חלקי של SSC.
בצילום ביקורת עמדה טובה.

זקוק לביקורת בעוד חודש ימים.

ביקורת חודשיים וחצי לאחר טיפול ניתוחי.
בצילום ביקורת עמדה טובה עם איחוי של הגבשושית.
בבדיקה קלינית פצע תקין, טווחים מוגבלים FF 90 סיבוב חיצוני 0
כנראה מפתח כתף קפואה.
זקוק להמשך טיפול בנוגדי כאבים וכרית חמה לכתף.
אין צורך בפיזיותרפיה כרגע עקב הקיפאון.
ביקורת בעוד 3 חודשים

המלצות לביקור הבא

ביקורת בעוד 3 חודשים

דיווח פעולות:

קוד שירות	כמות	פעולה	תאריך	נרשם ע"י
70017	1	בדיקת רופא אורתופד	10:16 16/09/2025	ד"ר אוחנה רגב מ.ר. 107723

המשך טיפול

בדיקת רופא אורתופד	70017	3 חודשים
--------------------	-------	----------

נחתם ע"י: ד"ר אוחנה רגב מ.ר. 107723

חתימה: _____

המכתב הודפס על ידי ד"ר אוחנה רגב 16/09/2025 10:35

חסי אישי

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות.

גיל המטופל: 20.03

תאריך ביקור: 08/09/2025

סוג ביקור: 2 תאונת עבודה

תאריך תאונה: 27/06/2025

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 12/08/2025:

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 24/07/2025:

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 06/07/2025:

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 29/06/2025:

בת 20, בריא

לדבריו ביום קבלתו למיון נפל ונחבל בכתף שמאל, הרגיש כאב עז
כעת זרוע ביישור, כאבים בכתף משמאל.

בבדיקה נראה

שקע, ללא המטומה אך קיימת נפיחות

לכל הכיוונים בגין כאב. ללא חסר נוירוסקולארי כולל עצב אקסילרי. ROM – 0

בצילום נראית פריקה קדמית. שבר בגבשושית גדולה.

TRACTION COUNTER TRACTION. במיון תחת נוגדי כאב בוצע שחזור פריקה בשיטת

צילום ביקורת ללא

עדות לפריקה

CT הושלם

תחושה שמורה כולל עצב אקסילרי, NV בבדיקה חוזרת שמור

לציין שפשוף שטחי במרפק ימין, ללא סימני זיהום

NV טווחים מלאים, ללא רגישות גרמית, ללא חסר

קיבל חיסון כנגד טטנוס

לאחר התייעצות עם ד"ר רגב מומחה

כתף משתחרר

עם ההמלצות הבאות

06/07/2025:

סיכום טיפול פיזיותרפי

בן 20גר בסנדלה עם הוריו.

בריא, RHD

ב27/06/25נפל ונחבל בכתף שמאל, הרגיש כאב עז

בצילום נראית פריקה קדמית. שבר בגבשושית גדולה.

במיון תחת נוגדי כאב בוצע שחזור פריקה בשיטת TRACTION COUNTER TRACTION.

כעת התקבל אליקטיבית לצורך LT ORIF SHOULDER

ב 3.7.25עבר ניתוח תיקון שבר GT על ידי תפרי אטיבונד.

הוראות: הפעל פנדולרית ושימוש במתלה.

בבדיקה ערני ומשת"פ, הוריו על ידו.

עצמאי במעברים ונידות.

הדרך להפעלת אצבעות

נעשה מתלה חדש ליד והדרכה לשימוש בו.

הפעלה פנדולרית בהצלחה והדרכה לבצוע עצמי* 3ביום.

הדרכה להליך השיקומי בהמשך.

מהלך ודין

בן 20בריא בדרך כלל

ב 03/07/2025עבר קיבוע שבר GTכתף שמאל על ידי תפרי אטיבונד מהלך ניתוח תקין

צילום ביקורת בוצע עמדה מקובלת.

באשפוזו טופל בנוגדי כאב, הדרך על ידי צוות פיזיותרפיה להפעלה פנדולרית מהלך

אפשז תקין

בבדיקתו טרם שחרורו נינוח ויציב, מדדים חיונים שמורים

כתף שמאל יד במטלה, חתר נינוחי תחת מדבקות סטריל סטרים, ללא הפרשות, ללא

אודם.

מניעה אצבאות בחופשיות, שמור NVדיסטלית.

משתחרר במצב כללי טוב תחת ההמלצות הבאות:

24/07/2025

12/08/2025:

08/09/2025:

סימנים חיוניים

גובה: 176 נמדד ב: 29/06/2025

משקל: 102 נמדד ב: 29/06/2025

BMI: 32.93

לחץ דם: 64 / 117 נמדד ב: 29/06/2025

קוד	איפיון	אבחנה
831	LT	DISLOCATION SHOULDER
	LT	OPEN RED.OF DISLOC.OF OTHER SPEC.SITE SHOULDER

דיון/תוכנית טיפולית: דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 12/08/2025:

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 24/07/2025:

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 06/07/2025:

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 29/06/2025:

המלצה: ביקורת

עוד שבוע

יש

לקבוע תור במזכירות המיון טרם העזיבה, חזרה לביקורת ללא תור מסודר לא תתאפשר,

תודה

נוגדי

כאבים במידת הצורך.

יד

במתלה

המשך

מעקב רופא מטפל.

בכל

החמרה יש לפנות לבדיקת רופא.

חופשת

מחלה עד הביקורת

במקרה

של אודם, הפרשת מוגלה, החמרה ניכרת בכאבים, או חום מעל 38 יש לפנות לבדיקת רופא.

החלפת

חבישה יום יומית ושטיפות הפצע במים בסבון

06/07/2025:

המלצה: משככי כאבים במידת הצורך

שטיפות של הפצע במים וסבון פעם ביום

במקרה של חום או הפרשה מוגלתית, יש לחזור למיון.

ביקורת מרפאת כתף בעוד שבועיים

אין צורך בהוצאת התפרים, התפרים נספגים ונופלים לבד. שטיפת פצעים עם מים וסבון וחבישה קלה פעם ביום.

המשך הפעלה בפיזיותרפיה כפי שהודרך במחלקה

ההפניות שהופקו ב 06/07/2025:

טופס הפניה כללי - 70017-בדיקה אורתופדיה כתף, הפניה לפיזיותרפיה - 80015-

פיזיותרפיה אבחון וב

24/07/2025:

12/08/2025:

08/09/2025:

הודפס בתאריך: 28/09/2025 17:27
הודפס ע"י: ד"ר ג'בארין מחמוד
רישום מתאריך: 08/09/2025 12:20:50

דף 3

עומרי מוחמד; ת.ז.: 8-21456701-00; גיל: 20.3

קוד	מתאריך	עד תאריך	סטטוס	אישור	תאונת עבודה (תעודה ראשונה)
113	27/06/2025	27/09/2025	הודפס		

פרטי עדכון

תאריך עדכון: 08/09/2025
רופא מעדכן: ד"ר מחמוד זועבי
מס רשיון: 161166
מקצוע המעדכן: 1 רפואת משפחה
שם מרפאה: מרפאת סנדלה
קוד מרפאה: 8629
קוד מחוז: 15

שימוש פנימי

ביקור ללא כרטיס z

שכיר סוג הסכם:



מספר רשיון 161166
טלפון 04-6400155
פקס 04-6425057
מחוז צפון

שם הרופא
תחום
כתובת
מרפאה

תאריך: 06/07/2025 16:05

הפניה כללית

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	עומרי מוחמד	מס זהות: 00214567018	גיל: 20.01	מין: ז
ת.לידה: 29/05/2005	ישוב: צנדלה	רחוב: ת.ד. 6	טלפון נוסף: 52-3338904	טלפון: 53-5350601	מס בית: 0

מספר הפניה ישירה: 38629008709

מספר רשיון	תז נבדק	מספר הפניה	גורם שולח
027240	0214567018	038629008709	8629

לכבוד: אורתופד כתף

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70017	L9249	בדיקה אורתופדיה כתף	6010562

אבחנה משוערת:

קוד	איפיון	אבחנה
831	LT	DISLOCATION SHOULDER

תלונות: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 29/06/2025:

בת 20, בריא
לדבריו ביום קבלתו למיון נפל ונחבל בכתף שמאל, הרגיש כאב עז
כעת זרוע ביישור, כאבים בכתף משמאל.
בבדיקה נראתה
שקע, ללא המטומה אך קיימת נפיחות
לכל הכיוונים בגין כאב. ללא חסר נירוווקולארי כולל עצב אקסילרי. ROM - 0
בצילום נראית פריקה קדמית. שבר בגבשושית גדולה.
TRACTION COUNTER TRACTION במיון תחת נוגדי כאב בוצע שחזור פריקה
בשיטת
צילום ביקורת ללא
עדות לפריקה
CT הושלם
תחושה שמורה כולל עצב אקסילרי, NV בבדיקה חוזרת שמור
לציין שפשוף שטחי במפרק ימין, ללא סימני זיהום
NV טווחים מלאים, ללא רגישות גרמית, ללא חסר
קיבל חיסון כנגד טטנוס
לאחר התייעצות עם ד"ר רגב מומחה
כתף משתחרר
עם ההמלצות הבאות
06/07/2025
סיכום טיפול פיזיותרפי
בן 20 גר בסנדלה עם הוריו.
בריא, RHD
27/06/25 נפל ונחבל בכתף שמאל, הרגיש כאב עז
בצילום נראית פריקה קדמית. שבר בגבשושית גדולה.
במיון תחת נוגדי כאב בוצע שחזור פריקה בשיטת TRACTION COUNTER TRACTION
כעת התקבל אליקטיבית לצורך LT ORIF SHOULDER
ב 3.7.25 עבר ניתוח תיקון שבר GT על ידי תפרי אטיבונד.
הוראות: הפעל פנדולרית ושימוש במתלה.
בבדיקה ערני ומשת"פ, הוריו על ידו.
עצמאי במעברים וניידות.

לא ידוע	רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
			בן משפחה

נחתם דיגיטלית

161166

ד"ר מחמוד זועבי

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם 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

תאריך: 29/06/2025

אישור מחלה

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	עומרי מוחמד	מס זהות:	00214567018	גיל:	20.01	מין:	ז	
ת.לידה:	29/05/2005	ישוב:	צנדלה	רחוב:	ת.ד. 6	טלפון נוסף:	52-3338904	מס בית:	0
טלפון:	53-5350601	טלפון:	53-5350601	טלפון:	52-3338904	טלפון:	52-3338904	טלפון:	52-3338904

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 0 ביקור רגיל

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

מומלץ על מנוחה מתאריך: 29/06/2025 עד תאריך: 09/07/2025 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה: 11

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

נחתם דיגיטלית

161166

ד"ר מחמוד זועבי

חתימה וחתימת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית



מרכז רפואי העמק

רפואה מתקדמת בדיוק בשבילך

מרכז רפואי העמק
אורתופדיה

כללית

הופק ע"י דר' אוחנה רגב מ.ר. 107723 20/07/2025 11:58

מרפאה אורתופדית נושאים
דר' רותם דוד מ.ר. 135023 :
אח/אחות אחראיים: אריאלה אוחנה
מס' ביקור: 3713068301
טלפון: 04-6494112
פקס: 04-6495104

29/05/2005	ת. לידה:	עומרי	שם משפחה:
21456701-8	ת. זהות:	מוחמד	שם פרטי:
זכר	מין:	ת.ד. 6, צנדלה 1935300	כתובת:
20	גיל:	0523338904	טלפון:
	מרפאה:		סוג דם:
סלאח	שם האב:	צפון	מחוז:
			גורם מממן:
			הפניה

2



מרכז רפואי העמק

כללית סל שנה
הכי טובה למשפחה

בקשה להפניה

מערך אורתופדי
מנהל מערך: פרופ' נמרוד רוזן
מרפאה אורתופדית נושאים
אחות אחראית: אריאלה אוחנה
טלפון: 04-6494112
פקס: 04-6495104
מספר ביקור: 3713068301

29/05/2005	ת. לידה:	עומרי	שם משפחה:
21456701	ת.ד:	מוחמד	שם פרטי:
זכר	מין:	צנדלה, ת.ד. 6, 0523338904	כתובת:
20	גיל:	0535350601	טלפון:
	מצב משפחתי:		נייד:
סלאח	שם האב:		סוג דם:

הזמנת יעוץ מחוץ לביה"ח

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקר	S/P	MP	Rec
FRACTURE HUMERUS - GREATER TUBEROSITY, CLOSED	81203	Left					
CLOSED ANTERIOR DISLOCATION OF HUMERUS	83101	Left					

מחלה נוכחית

בן 20, בריא

לדבריו ביום קבלתו למיון נפל ונחבל בכתף שמאל, הרגיש כאב עז
קעת זרוע ביישור, כאבים בכתף משמאל.

ברדיקה - וראה שקע, ללא המטומה אך קיימת נפיחות

בקשת יעוץ

שם משפחה:	עומרי	תאריך לידה:	29/05/2005
שם פרטי:	מוחמד	ת. זהות:	21456701-8
סוג דם:		שם האב:	סלאח

מ.רפאה אורתופדית נושאים
דר' רותם דוד מ.ר. 135023 :
אח/אחות אחראיים: אריאלה אוחנה
מס' ביקור: 3713068301

כעת התקבל אליקטיבית לצורך LT ORIF SHOULDER
בקבלתו למחלקה-מצב כללי טוב, מדדים חיוניים תקינים
בבדיקתו-כתף שמאל-נפיחות ורגישות במישוש משטח מפרקי
ROM לכל הכוונים
מניע שכ"י ומרפק ללא הגבלה
תחושה שמורה ללא חסר NV קלל עצב אקסילארי

בתאריך 03.07.25
עבר ניתוח לשחזור וקיבוע שבר של גבשושית.
מהלך ניתוח בוצע טנודיס ותיקון קרע חלקי של SSC.
בצילום ביקורת עמדה טובה.
זקוק לביקורת בעוד חודש ימים.

יעוצים

פרטי המבקש :
תאריך :
מחלקה מיעצת :
גורם מיעץ :
תאריך ביקור מתוכנן :
דחיפות :
ניידות החולה :
הגדרת הבעיה :
דר' אוחנה רגב מ.ר. 107723
11:58 20/07/2025
פזיטרפיה לכתף שמאל
רגב אוחנה
20/07/2025
רגיל
עצמאי/מתהלך

זקוק לתרגול של כתף שמאל לאחר מצב של פריקה ושבר של גבשושית
גדולה, עבר ניתוח לשחזור הגבשושית וגיד הביצפס וכן תפירה של גיד ה-SSC

נחתם ע"י: דר' אוחנה רגב מ.ר. 107723

חתימה:

המכתב הודפס על ידי דר' אוחנה רגב 11:58 20/07/2025
חסי אישי
המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות.

הופק ע"י ד"ר סמוילוב ארטיום מ.ר. 180447 04/07/2025 12:44

סיכום אשפוז - רפואי

שם משפחה:	עומרי	ת. לידה:	29/05/2005	מחלקה אורתופדית
שם פרטי:	מוחמד	ת. זהות:	21456701-8	דר' רותם דוד מ.ר. 135023 :
כתובת:	ת.ד. 6, צנדלה 1935300	מין:	זכר	אח/אחות אחראיים: גאנה פיינר
טלפון:	0523338904	גיל:	20	מס' קבלה למחלקה: 2530787901
סוג דם:		מרפאה:		טלפון: 04-6494201
מחוז:		שם האב:	סלאח	פקס: 04-6494459
גורם מממן:	צפון			קבלה למיון: 18:01 02/07/2025
				קבלה למחלקה: 18:01 02/07/2025
				ימי אשפוז במחלקה: 3

גורם מבטל: כללית

תאריך כניסה למחלקה: 02/07/2025

תאריך שחרור

04/07/2025 שעה: 12:42

אבחנות בשחרור	Rec	M/P	S/P	עיקרי	תאריך	צד	קוד	אבחנה
					27/06/2025	Left	81203	FRACTURE HUMERUS - GREATER TUBEROSITY, CLOSED

ניתוחים באשפוז	תאריך	שיטה ניתוחית	צד	קוד	ניתוח
כמות	03/07/2025		Left	Z7939	Diagnosis: , OPEN REDUCT.OF OTHER SPEC.BONE,EXC.FACIAL,WITH INT.FIXATION Action: , ORIF SHOULDER

תולדות מחלה

בן 20, בריא

לדבריו ביום קבלתו למיון נפל ונחבל בכתף שמאל, הרגיש כאב עז כעת זרוע ביישור, כאבים בכתף משמאל.

בבדיקה - נראה שקע, ללא המטומה אך קיימת נפיחות ROM - 0 לכל הכיוונים בגין כאב. ללא חסר נירוסקולארי כולל עצב אקסילרי. בצילום נראית פריקה קדמית. שבר בגבשושית גדולה. במיון תחת נגדי כאב בוצע שחזור פריקה בשיטת TRACTION COUNTER TRACTION. צילום ביקורת - ללא עדות לפריקה הושלם CT בבדיקה חוזרת - שמור NV, תחושה שמורה כולל עצב אקסילרי

לצין שפשוף שטחי במרפק ימין, ללא סימני זיהום טווחים מלאים, ללא רגישות גרמית, ללא חסר NV קיבל חיסון כנגד טטנס לאחר התייעצות עם ד"ר רגב - מומחה כתף -

כעת התקבל אליקטיבית לצורך LT ORIF SHOULDER בקבלתו למחלקה-מצב כללי טוב, מדדים חיוניים תקינים בבדיקתו-כתף שמאל-נפיחות ורגישות במישוש משטח מפרקי ROM 0 לכל הכוונים מניע שכ"י ומרפק ללא הגבלה תחושה שמורה ללא חסר NV קול עצב אקסילארי

סיכום אשפוז – רפואי

שם משפחה:	עומרי	תאריך לידה:	29/05/2005
שם פרטי:	מוחמד	ת. זהות:	21456701-8
סוג דם:	שם האב:	סלח	

מחלקה אורתופדית
דר' רותם דוד מ.ר. 135023 :
אח/אחות אחראיים: גאנה פיינר
מס' קבלה למחלקה: 2530787901

מספר קבלה
2530787901

תאריך כניסה למחלקה: 02/07/2025

מחלות רקע
בריא בדרך כלל
תלונה עקרית

הקתבל אליקטיבית לצורך ORIF LT SHOULDER

לא ידועה רגישות לתרופות
לא ידועה רגישות לחומרים

הרגלים

מעשן/ת: ק 10 סיגריות ליום מזה 2 שנים
אלכוהול: לא
סמים: לא
שינה: תקינה

לא ידוע שימוש בתרופות קבועות

סיכום טיפול פיזיותרפי

בן 20 גר בסנדלה עם הוריו.

בריא, RHD

ב27/06/25 נפל ונחבל בכתף שמאל, הרגיש כאב עז

בצילום נראית פריקה קדמית. שבר בגבשושית גדולה.

במיון תחת נוגדי כאב בוצע שחזור פריקה בשיטת TRACTION COUNTER TRACTION.

נעת התקבל אליקטיבית לצורך LT ORIF SHOULDER

ב 3.7.25 עבר ניתוח תיקון שבר GT על ידי תפרי אטיבונד.

הוראות: הפעל פנדולרית ושימוש במתלה.

בבדיקה - ערני ומשת"פ, הוריו על ידו.

עצמאי במעברים וניידות.

הדרך להפעלת אצבעות

נעשה מתלה חדש ליד והדרכה לשימוש בו.

הפעלה פנדולרית בהצלחה והדרכה לבצוע עצמי* 3 ביום.

הדרכה להליך השיקומי בהמשך.

מהלך ודיון

בן 20 בריא בדרך כלל

ב 03/07/2025 עבר קיבוע שבר GT כתף שמאל על ידי תפרי אטיבונד - מהלך ניתוח תקין

צילום ביקורת בוצע - עמדה מקובלת.

באשפוז טופל בנוגדי כאב, הדרך על ידי צוות פיזיותרפיה להפעלה פנדולרית - מהלך אפשוז תקין

בבדיקתו טרם שחרורו - נינוח ויציב, מדדים חיונים שמורים

כתף שמאל - יד במטלה, חתך נינוחי תחת מדבקות סטריל סטרים, ללא הפרשות, ללא אודם.

מניעה אצבאות בחופשיות, שמור NV דיסטלית.

משתחרר במצב כללי טוב תחת ההמלצות הבאות:



מרכז רפואי העמק
רפואה מתקדמת בדיוק בשבילך

סיכום אשפוז – רפואי

שם משפחה:	עומרי	תאריך לידה:	29/05/2005
שם פרטי:	מוחמד	ת. זהות:	21456701-8
סוג דם:		שם האב:	סלאח

מחלקה אורתופדית
דר' רותם דוד מ.ר. 135023 :
אח/אחות אחראיים: גאנה פיינר
מס' קבלה למחלקה: 2530787901

מספר קבלה
2530787901

תאריך כניסה למחלקה: 02/07/2025

המלצות

המלצה: משככי כאבים במידת הצורך
שטיפות של הפצע במים וסבון פעם ביום
במקרה של חום או הפרשה מוגלתית, יש לחזור למיון.
ביקורת מרפאת כתף בעוד שבועיים
אין צורך בהוצאת התפרים, התפרים נספגים ונופלים לבד. שטיפת פצעים עם מים וסבון וחבישה קלה פעם ביום.
המשך הפעלה בפיזיותרפיה כפי שהודרך במחלקה

נחתם ע"י: דר' סמוילוב ארטיום מ.ר. 180447

מכתב אושר ע"י רופא בכיר

חתימה
דר' סמוילוב ארטיום
מ.ר. 180447

המכתב הודפס על ידי דר' סמוילוב ארטיום 04/07/2025 12:44
חשוי אישוי

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות.

למען בריאותך, חזור לרופא המטפל שלך ושאל אותו שלוש שאלות:
(1) מה הבעיה הרפואית שלי? (2) מה עלי לעשות כעת? (3) למה חשוב שאעשה זאת?

כללית

עמוד 1 מתוך 1
20/07/2025לכבוד,
עומרי מוחמד (שם האב: סלאח)
ת.ד. 6
צנדלה 1935300מרכז רפואי העמק
מרפאה אורתופדיתמיקום: בניין מרפאות, מספר 2, קומה ב'
טלפון: 04-6494112 | פקס: 04-6163483
מוקד זימון תורים: 04-6495000 | ימים א'-ה' בין השעות 8:00-15:00

ת.ז. 0021456701-8

מוחמד שלום רב,
הנך מוזמן לבדיקת רופא אורתופד כתף דר רגבביום שלישי, כ"ג באלול תשפ"ה, 16/09/2025 בשעה 09:45
"תיתכן המתנה מעבר לזמן שנקבע עקב אילוצי בית החולים ושיקול דעת הרופא"

נא להביא לבדיקה

1. תעודה מזהה עם תמונה, הזמנה זו וכרטיס מגנטי חובה.
2. מכתב הפניה מרופא אורתופד.
3. תוצאות צילומי רנטגן, CT, MRI + דיסק, US, מיפוי עצמות (אם בוצעו במרכז רפואי אחר).
4. מעל גיל 30 חובה להגיע עם US כתף.
5. אין צורך בטופס התחייבות.

הכנות לבדיקה

1. אין צורך בהכנות.

הערות

1. אם הנך חייל/ת - נא להביא התחייבות תקציבית.
2. אם ברצונך לבטל או לשנות את מועד התור נא להודיע למוקד זימון תורים בטלפון: 04-6495000
3. זכותך לעבור את הבדיקה במכחות מלווה.
4. כניסה למרכז הרפואי עם נשק, תותר כנגד הצגת רשיון לנשיאת נשק.
5. לתשומת לבך, אין אפשרות להפקיד נשק בבית"ח.
6. במקרים בהם נושא הנשק הוא המטופל, ואין ביכולתו לשאתו בשל אופי הבדיקה/טיפול - אין להגיע עם הנשק.

בברכת בריאות שלמה
צוות המרפאההמידע על ההתחייבויות לבדיקה (ט17) וכן ל
20/07/2025



סיכום ביקור מרפאה אורתופדית

מערך אורתופדי
מנהל מערך: דר' דוד רותם
מנהל יחידה: דר' דוד רותם
אחות אחראית: אריאלה אוחנה
מספר ביקור:
3713068301
טלפון: 04-6494112
פקס: 04-6495104

שם משפחה: עומרי	ת. לידה: 29/05/2005
שם פרטי: מוחמד	ת.ז: 21456701
כתובת: צנדלה, ת.ד. 6,	מין: זכר
טלפון: 0523338904	גיל: 20
נייד: 0535350601	מצב משפחתי:
סוג דם: #! 2-0-684 - סוג דם #!	שם האב: סלאח

תאריך ביקור במרפאה: 20/07/2025

אבחנות בביקור

Rec	MP	S/P	עיקרי	תאריך	צד	קוד	אבחנה
			✓		Left	81203	FRACTURE HUMERUS - GREATER TUBEROSITY, CLOSED
					Left	83101	CLOSED ANTERIOR DISLOCATION OF HUMERUS

סיבת הפניה/תלונה/מחלה נוכחית

בן 20, בריא

לדבריו ביום קבלתו למיון נפל ונחבל בכתף שמאל, הרגיש כאב עז
קעת זרוע ביישור, כאבים בכתף משמאל.

בבדיקה - נראה שקע, ללא המטומה אך קיימת נפיחות
ROM - 0 לכל הכיוונים בגין כאב. ללא חסר נוירוסקולארי כולל עצב אקסילרי.
בצילום נראית פריקה קדמית. שבר בגבשושית גדולה.
במיון תחת נוגדי כאב בוצע שחזור פריקה בשיטת TRACTION COUNTER TRACTION.
צילום ביקורת - ללא עדות לפריקה
הושלם CT

בבדיקה חוזרת - שמור MV, תחושה שמורה כולל עצב אקסילרי

לציין שפשוף שטחי במרפק ימין, ללא סימני זיהום
טווחים מלאים, ללא רגישות גרמית, ללא חסר NV
קיבל חיסון כנגד טטנס
לאחר התייעצות עם ד"ר רגב - מומחה כתף -

קעת התקבל אליקטיבית לצורך LT ORIF SHOULDER
בקבלתו למחלקה-מצב כללי טוב, מדדים חיוניים תקינים
בבדיקתו-כתף שמאל-נפיחות ורגישות במישוש משטח מפרקי
ROM 0 לכל הכיוונים
מניע שכ"י ומרפק ללא הגבלה
תחושה שמורה ללא חסר NV קלל עצב אקסילארי

בתאריך 03.07.25
עבר ניתוח לשחזור וקיבוע שבר של גבשושית.
מהלך ניתוח בוצע טנודזיס ותיקון קרע חלקי של SSC.
בצילום ביקורת עמדה טובה.
זקוק לביקורת בעוד חודש ימים.

המלצות לביקור הבא

המשך תנועות פנדולריות
נגד כאבים לפי הצורך
ביקורת בעוד חודש

דיווח פעולות:

קוד שירות	כמות	פעולה	תאריך	נרשם ע"י
70017	1	בדיקת רופא אורתופד	11:42 20/07/2025	דר' אוחנה רגב מ.ר. 107723

המשך טיפול

שירותי בריאות כללית



שלום,

בימים אלה הופנית לטיפול במכון פיזיותרפיה במכון עומד לרשותך צוות פיזיותרפיסטים עם מיומנות במגוון טיפולים. במהלך הביקור הראשון תותאם עבורך תכנית טיפולים. התכנית מבוססת על אבחנת הרופא, תוצאות הבדיקה במכון, מידע המופיע במסמכים רפואיים, צילומים ותוצאות בדיקות אחרות שברשותך.

מספר פרטים לידיעתך

- טיפול פיזיותרפיה מחייב חשיפה של האיבר המטופל וסביבתו. כדי לשמור על פרטיות כדאי להצטייד במכנסיים קצרים וגופייה.
- ברוב המקרים הטיפול כרוך במגע יד בגוף המטופל/ת.
- רוב הטיפולים מתקיימים בתדירות של פעם-פעמיים בשבוע.
- משך כל טיפול: מדקות ספורות ועד שעה בהתאם לבעיה ולסוג הטיפול.
- משך סדרת הטיפולים נקבע בהתאם לבעיה ועל פי שיקול דעת מקצועי ובמסגרת סל השירותים.

במה תוכל/י לעזור ?

- נבקשך להגיע למכון במועד בו זומנת. איחור עלול להביא לקיצור הטיפול או לביטולו בשל חוסר זמן.
- אם אין באפשרותך להגיע במועד נבקשך להודיענו על כך לפחות יום מראש.
- נבקשך לדווח לפיזיותרפיסט/ית על כל שינוי במצבך הבריאותי.
- במקרים רבים – הצלחת הטיפול מותנית בהקפדה על ביצוע תרגילים בבית, על פי ההדרכה שתינתן במכון.

איחולי בריאות טובה

לשירותך

צוות המכון לפיזיותרפיה

תאריך: 06/07/2025

הפניה למכון פיזיותרפיה

(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	עומרי מוחמד	מס זהות:	00214567018	גיל:	20.01	מין:	ז
ת.לידה:	29/05/2005	ישו:	צנדלה	רחוב:	ת.ד. 6	טלפון נוסף:	52- 3338904	
מס בית:	0	טלפון:	53- 5350601					

38629008710

מספר הפניה:

גורם שולח



8629

מספר הפניה



038629008710

תז נבדק



0214567018

מספר רשיון



027240

לכבוד: פיזיותרפיה

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
80015	97001	פיזיותרפיה אבחון ובניית תכנית טיפול	80015

OPEN RED.OF DISLOC.OF OTHER SPEC.SITE SHOULDER

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 29/06/2025:

בת 20, בריא
לדבריו ביום קבלתו למיון נפל ונחבל בכתף שמאל, הרגיש כאב עז
כעת זרוע ביישור, כאבים בכתף משמאל.
בבדיקה נראה
שקע, ללא המטומה אך קיימת נפיחות
לכל הכיוונים בגין כאב. ללא חסר נירווסקולארי כולל עצב אקסילרי. ROM - 0
בצילום נראית פריקה קדמית. שבר בגבשושית גדולה.
TRACTION COUNTER TRACTION. במיון תחת נוגדי כאב בוצע שחזור פריקה
בשיטת
צילום ביקורת ללא
עדות לפריקה
CT הושלם
תחושה שמורה כולל עצב אקסילרי, NV בבדיקה חוזרת שמור
לציין שפשוף שטחי במרפק ימין, ללא סימני זיהום
NV טווחים מלאים, ללא רגישות גרמית, ללא חסר
קיבל חיסון כנגד טטנס
לאחר התייעצות עם ד"ר רגב מומחה
כתף משתחרר
עם ההמלצות הבאות
06/07/2025:
סיכום טיפול פיזיותרפי
בן 20גר בסנדלה עם הוריו.
בריא, RHD
ב27/06/25נפל ונחבל בכתף שמאל, הרגיש כאב עז
בצילום נראית פריקה קדמית. שבר בגבשושית גדולה.
במיון תחת נוגדי כאב בוצע שחזור פריקה בשיטת TRACTION COUNTER
TRACTION
כעת התקבל אליקטיבית לצורך LT ORIF SHOULDER
ב 3.7.25עבר ניתוח תיקון שבר GTעל ידי תפרי אטיבונד.
הוראות: הפעל פנדולרית ושימוש במתלה.
בבדיקה ערני ומשת"פ, הוריו על ידו.
עצמאי במעברים ונידות.
הדרך להפעלת אצבעות
נעשה מתלה חדש ליד והדרכה לשימוש בו.
הפעלה פנדולרית בהצלחה והדרכה לבצוע עצמי* 3ביום.
הדרכה להליך השיקומי בהמשך.
מהלך ודיון

בן 20 בריא בדרך כלל
ב 03/07/2025 עבר קיבוע שבר GT כתף שמאל על ידי תפרי אטיבונד מהלך ניתוח
תקין
צילום ביקורת בוצע עמדה מקובלת.
באשפוז טופל בנוגדי כאב, הודרך על ידי צוות פיזיותרפיה להפעלה פנדולרית
מהלך אפשוז תקין
בבדיקתו טרם שחרורו נינוח ויציב, מדדים חיוניים שמורים
כתף שמאל יד במטלה, חתך נינוחי תחת מדבקות סטריל סטרים, ללא הפרשות,
ללא אודם.
מניעה אצבאות בחופשיות, שמור NV דיסטלית.
משתחרר במצב כללי טוב תחת ההמלצות הבאות:
סימנים חיוניים: גובה 176 29/06/2025 משקל 102 29/06/2025 bmi 32.93
לחץ דם 117 / 64 29/06/2025

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
29/06/2025		OBESITY (BMI >30)
03/07/2025	LT	OPEN RED.OF DISLOC.OF OTHER SPEC.SITE SHOULDER

תולדות עבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
	01/05/2005		TERM AGA / VACCUM EXTRACTION
	01/05/2005	observation	HYPERBILIRUBINEMIA NEWBORN

רגישויות ואו תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא ידוע		בן משפחה

רגישויות נוספות

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא ידוע		בן משפחה

נחתם דיגיטלית

161166

ד"ר מחמוד זועבי

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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



מספר רשיון 27240
טלפון 04-6400155
פקס 04-6425057
מחוז צפון

שם הרופא
תחום
כתובת
מרפאה
ד"ר ג'בארין מחמוד
משפחה
צנדלה
סנדלה

תאריך: 24/07/2025

אישור מחלה

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	עומרי מוחמד	מס זהות:	00214567018	גיל:	20.02	מין:	ז
ת.לידה:	29/05/2005	ישוב:	צנדלה	רחוב:	ת.ד. 6	טלפון נוסף:	52 - 3338904	
מס בית:	0	טלפון:	53 - 5350601					

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 0 ביקור רגיל

אבחנה	איפיון	קוד
DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD		79989

מומלץ על מנוחה מתאריך: 10/07/2025 עד תאריך: 20/09/2025 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה: 73

נחתם דיגיטלית

27240

ד"ר ג'בארין מחמוד

חתימה וחוקמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

אישור מחלה

24/07/2025

הודפס ע"י ד"ר ג'בארין מחמוד

00214567018

עומרי מוחמד

תאריך: 12/08/2025

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	עומרי מוחמד	מס זהות:	00214567018	גיל:	20.02	מין:	ז
ת.לידה:	29/05/2005	ישוב:	צנדלה	רחוב:	ת.ד. 6	טלפון נוסף:	52 - 3338904	
מס בית:	0	טלפון:	53- 5350601					

תאריך תאונה: 27/06/2025

2 תאונת עבודה

סוג תאונה:

אבחנות

קוד	איפיון	אבחנה
831	LT	DISLOCATION SHOULDER
	LT	OPEN RED.OF DISLOC.OF OTHER SPEC.SITE SHOULDER

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל:

⦿ אינו/ה מסוגל/ת לעסוק בעבודתו/ה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 27/06/2025	עד יום 20/08/2025 (בכלל)	סה"כ 55 ימים
12/08/2025		

תאריך מתן התעודה	ת. הבדיקה
סנדלה	

ד"ר עומרי ג'מיל **נחתם דיגיטלית**

חותמת המרפאה

חותמת המרפאה

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

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד



שם הרופא	ד"ר מחמוד זועבי	מספר רשיון	161166
תחום	רפואת משפחה	טלפון	04-6400155
כתובת	צנדלה	פקס	04-6425057
מרפאה	סנדלה	מחוז	צפון

תאריך: 08/09/2025

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	עומרי מוחמד	מס זהות:	00214567018	גיל:	20.03	מין:	ז
ת.לידה:	29/05/2005	ישו:	צנדלה	רחוב:	ת.ד. 6	טלפון נוסף:	52-3338904	
מס בית:	0	טלפון:	53-5350601					

תאריך תאונה: 27/06/2025

2 תאונת עבודה

סוג תאונה:

אבחנות

קוד	אפיון	אבחנה
831	LT	DISLOCATION SHOULDER
	LT	OPEN RED.OF DISLOC.OF OTHER SPEC.SITE SHOULDER

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל:

⊙ איננה מסוגלת לעסוק בעבודתה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 27/06/2025 עד יום 27/09/2025 (בכלל)	סה"כ 93 ימים
08/09/2025	08/09/2025

תאריך מתן התעודה

ת. הבדיקה

סנדלה

ד"ר מחמוד זועבי **נחתם דיגיטלית**

חותמת המרפאה

חותמת המרפאה

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

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

סיכום ביקור מרפאה אורתופדית

מערך אורתופדי
מנהל מערך: דר' דוד רותם
מנהל יחידה: דר' דוד רותם
אחות אחראית: אריאלה אוחנה
מספר ביקור:
3732392601
טלפון: 04-6494112
פקס: 04-6495104

שם משפחה: עומרי	ת. לידה: 29/05/2005
שם פרטי: מוחמד	ת.ז: 21456701
כתובת: צנדלה, ת.ד. 6,	מין: זכר
טלפון: 0523338904	גיל: 20
נייד: 0535350601	מצב משפחתי:
סוג דם: #! 2-0-684 -סוג דם	שם האב: סלאח

תאריך ביקור במרפאה: 16/09/2025

אבחנות בביקור

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	MP	Rec
FRACTURE HUMERUS - GREATER TUBEROSITY, CLOSED	81203	Left		✓			
CLOSED ANTERIOR DISLOCATION OF HUMERUS	83101	Left					

ניתוחים בעבר

כמות	גניקולוגי	תאריך	שיטה ניתוחית	צד	קוד	ניתוח
		03/07/2025		Left	Z7939	Diagnosis: , OPEN REDUCT.OF OTHER SPEC.BONE,EXC.FACIAL,WITH INT.FIXATION Action: , ORIF SHOULDER
		03/07/2025			Z8388	Diagnosis: , OTHER PLASTIC OPERATIONS ON TENDON
		03/07/2025			Z8363	Diagnosis: , ROTATOR CUFF REPAIR

סיבת הפניה/תלונה/מחלה נוכחית

בן 20, בריא

לדבריו ביום קבלתו למיון נפל ונחבל בכתף שמאל, הרגיש כאב עז
קעת זרוע ביישור, כאבים בכתף משמאל.

בבדיקה - נראה שקע, ללא המטומה אך קיימת נפיחות
ROM - 0 לכל הכיוונים בגין כאב. ללא חסר נירווסקולארי כולל עצב אקסילרי.
בצילום נראית פריקה קדמית. שבר בגבשושית גדולה.
במיון תחת נוגדי כאב בוצע ייחזור פריקה בשיטת TRACTION COUNTER TRACTION.
צילום ביקורת - ללא עדות לפריקה
הושלם CT
בבדיקה חוזרת - שמור NV, תחושה שמורה כולל עצב אקסילרי

לציין שפשוף שטחי במרפק ימין, ללא סימני זיהום
טווחים מלאים, ללא רגישות גרמית, ללא חסר NV
קיבל חיסון כנגד טטנוס
לאחר התייעצות עם ד"ר רגב - מומחה כתף -

קעת התקבל אליקטיבית לצורך LT ORIF SHOULDER
בקבלתו למחלקה-מצב כללי טוב, מדדים חיוניים תקינים
בבדיקת-כתף שמאל-נפיחות ורגישות במישוש משטח מפרקי
ROM 0 לכל הכיוונים
מניע שכ"י ומרפק ללא הגבלה
תחושה שמורה ללא חסר NV קלל עצב אקסילרי

בתאריך 03.07.25
עבר ניתוח לשחזור וקיבוע שבר של גבשושית.
מהלך ניתוח בוצע טנודיס ותיקון קרע חלקי של SSC.
בצילום ביקורת עמדה טובה.

זקוק לביקורת בעוד חודש ימים.

ביקורת חודשיים וחצי לאחר טיפול ניתוחי.
בצילום ביקורת עמדה טובה עם איחוי של הגבשושית.
בבדיקה קלינית פצע תקין, טווחים מוגבלים FF 90 סיבוב חיצוני 0
כנראה מפתח כתף קפואה.
זקוק להמשך טיפול בנוגדי כאבים וכרית חמה לכתף.
אין צורך בפיזיותרפיה כרגע עקב הקיפאון.
ביקורת בעוד 3 חודשים

המלצות לביקור הבא

ביקורת בעוד 3 חודשים

דיווח פעולות:

קוד שירות 70017
כמות 1

פעולה
בדיקת רופא אורתופד

תאריך
10:16 16/09/2025

נרשם ע"י
דר' אוחנה רגב מ.ר. 107723

המשך טיפול

בדיקת רופא אורתופד		70017	3 חודשים
--------------------	--	-------	----------

נחתם ע"י: דר' אוחנה רגב מ.ר. 107723

חתימה:

המכתב הודפס על ידי דר' אוחנה רגב 16/09/2025 10:35

חסוי אישי

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות.

עמוד 1 מתוך 1
16/09/2025

לכבוד,
עומרי מוחמד (שם האב: סלאח)
ת.ד. 6
צנדלה 1935300

מרכז רפואי העמק מרפאה אורתופדית

מיקום: בניין מרפאות, מספר 2, קומה ב'
טלפון: 04-6494112 | פקס: 04-6163483
מוקד זימון תורים: 04-6495000 | ימים א'-ה' בין השעות 8:00-15:00

ת.ז. 0021456701-8

מוחמד שלום רב,

הנך מוזמן לבדיקת רופא אורתופד כתף דר רגב

ביום ראשון, כ"ד בכסליו תשפ"ו, 14/12/2025, בשעה 09:30

"תיתכן המתנה מעבר לזמן שנקבע עקב אילוצי בית החולים ושיקול דעת הרופא"

נא להביא לבדיקה

1. תעודה מזהה עם תמונה, הזמנה זו וכרטיס מגנטי חובה.
2. מכתב הפניה מרופא אורתופד.
3. תוצאות צילומי רנטגן, CT, MRI + דיסק, US, מיפוי עצמות (אם בוצעו במרכז רפואי אחר).
4. מעל גיל 30 חובה להגיע עם US כתף.
5. אין צורך בטופס התחייבות.

הכנות לבדיקה

1. אין צורך בהכנות.

הערות

1. אם הנך חייל/ת - נא להביא התחייבות תקציבית.
2. אם ברצונך לבטל או לשנות את מועד התור נא להודיע למוקד זימון תורים בטלפון: 04-6495000
3. זכותך לעבור את הבדיקה בנוכחות מלווה.
4. כניסה למרכז הרפואי עם נשק, תותר כנגד הצגת רשיון לנשיאת נשק.
5. לתשומת לבך, אין אפשרות להפקיד נשק בביה"ח.
6. במקרים בהם נושא הנשק הוא המטופל, ואין ביכולתו לשאתו בשל אופי הבדיקה/טיפול - אין להגיע עם הנשק.

בברכת בריאות שלמה
צוות המרפאה

המידע על ההתחייבויות לבדיקה (טו) נכון ל
16/09/2025

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	עומרי	מוחמד	214567018	שם האב
סנדלה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב	שם האב
רחוב	מס'	סנדלה	19353	טלפון
		עיר	מיקוד	

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הבטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור ל- _____ (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהלן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א – 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופת-החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.

למרות האמור לעיל לא יחול כתב וויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: _____
או על המידע המפורט להלן: _____

חלק ב'

שם קופ"ח: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____

רופאים: _____
מכונים, מעבדות: _____

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

במקרה של קטין: שם האם _____ ת.ז. _____ שם האב _____ ת.ז. _____

תאריך: 16/9/25 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____

אריאל פרינברג, עו"ד
מ.ר. 62254

י פ ו י כ ח

מוחמד עומרי

אני הח"מ, _____ 214567018, מרחוב _____ סנדלה _____, ת.ז. מס' _____, _____ להיות באי כוחי במשפט של ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או _____ בענין תאונת דרכים מיום _____ מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לחתום על ו/או לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרזת פשיטת רגל, או פרוק גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות והנובעות מהענין הנ"ל.
3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
5. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
6. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
7. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
8. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הנ"ל, לרבות הוצאות בימ"ש ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
9. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
10. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
11. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
12. להופיע בשמי וליצגני בפני רושם הקרקעות, במשרדי ספרי אחוזה, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עיסקה המוכרת ע"י החוק וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבלו עפ"י דין.
13. ליצגני ולהופיע בשמי בפני רושם החברות, רושם השותפויות, רושם העמותות ורושם האגודות השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי, לטפל ברישומי או במחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.

14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

15. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, לפטור ולמנות אחרים במקומם ולנהל את עניני הנ"ל לפי ראות עיניו ובכלל לעשות את כל הצעדים שימצא לנכון ומועיל בקשר עם המשפט או עם עניני הנ"ל, והנני מאשר את מעשיו או מעשי ממלאי המקום בתוקף יפוי כח זה מראש.

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 16 לחודש 9 שנה 25
חתימה: X
הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

אריאל פריברג, עו"ד
מ. עור. דק 62254