



017769



קוד הפניה: 454949671

טלפון: 03-9622514

פקס: 03-9625339

כתובת: רח' החלמונית 14 קרית-ראשון, ראשון לציון

ד"ר פוקס עדי

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואת המשפחה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 58620717

שם פרטי: יוסף

שם משפחה: מאיר

טל.עבודה/נייד: 0505694949

039519666

טלפון:

מין: ז

08/03/1964

ת.לידה:



0058620717

מיקוד 7543110

החרצית 10/15, ראשון לציון

כתובת:

שיקום לב

שם המכון: לב

תלונות: היה מאושפז ב"אסותא" לצורך CABG

ממצאים: ראש, צוואר-במפ, פה ולוע תקין, לב-קלות תקינים, ריאות נקיות, בטן-רכה, גפיים-במפ

אבחנה:

- DECONDITIONING AFTER HOSPITALIZATION
- CORONARY BYPASS GRAFT (CABG)

בעיות ידועות:

- BASAL CELL CARCINOMA -BCC (02/2024)
- BRONCHIECTASIS (08/2025)
- DIABETES MELLITUS TYPE II(ADULT ONSET NON I (11/2020)
- MYOCARDIAL INFARCTION Status Post (06/2025)
- ACUTE RENAL FAILURE (04/2025)

רגישויות: 17/12/2018 - ראה פורטל רופא -

תרופות קבועות:

- ASPIRIN CARDIO 100MG X 30 1X1X90
- PLAVIX 75MG X 30 1X1X90
- OMEPRADAX 20MG X 30 1X1X90
- INS TOUJEO 450IU X 3 X1X90
- LITORVA 20MG X 30 1X1X90
- MAGNOX 520 520MG X 60 1X1X90
- XATRAL XL 10MG X 30 1X1X90

מעשנת: לא

סיבת ההפניה:

לאחר CABG

לשימוש המכון לשיקום לב (סמן בעיגול):

1. התקבל - מתאים לקריטריונים.
2. נדחה - אינו מתאים לקריטריונים.
3. נדחה - מתאים לקריטריונים אך אינו מתאים לתכנית.
4. אחר (פרט): _____.

נא להצטייד בכרטיס מגנטי

29/09/2025

חתימה וחותמת הרופא

נא לצרף מסמכים רלוונטים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

תאריך

לזימון תור למכון הקרוב למקום מגוריך או למכון אחר המופיע בהפניה, עליך לפנות למרכז זימון תורים: *3555 או ל 1-700-50-35-55

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 29/09/2025 עד תאריך - 28/03/2026