



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

פרייברג רסקין
משרד עורכי דין

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד



ינואר 2026 18

בדוא"ל
מבלי לפגוע בזכויות

דר' יעקב פעילון
מרחוב עוזי נרקיס 5 א', תל אביב 6900229

דר' נכבד שלום רב,

תאונה מיום 4/11/21
הנפגע: עדי עובד, ת"ז 201170610
ת"א 2164-11-24 עובד נ' רמות אופק בע"מ ואח'

1. כב' מונה בהחלטת בית המשפט הנכבד, כמומחה רפואי בתחום האורתופדי, לבדיקת מרשי, התובע, אשר נפגע בתאונה מיום 4.11.2021 ולקביעת נכותו הנובעת מהתאונה.
 2. רצ"ב לעיון כב' התייעוד הרפואי בנוגע למרשי.
 3. בהתאם להחלטת בית המשפט הנכבד בשכר טרחת כב' ישאו הצדדים בחלקים שווים.
 4. את חוות הדעת מתבקש כב' להמציא לצדדים.
- רצ"ב החלטת בית המשפט הנכבד

בכבוד רב ובב"ח,
פרייברג רסקין עורכי דין

עו"ד חיים הקמן
office@hekman-law.co.il

העתקים:
עו"ד מורן לייבה
נשיץ ברנדס אמיר – משרד עו"ד
באמצעות דוא"ל: myehezkel@nblaw.com

Tel: 03-7412358 ; Fax: 077-3180983 office@fr-law.co.il

דרך אבא הלל 7, בית סילבר, רמת גן 5252204

Dr. Yehezkel Tytiun
Orthopaedic Surgeon
Foot & Ankle surgery
L.N. 28558, S.L.N. 21322

טל. נייד 054-4672646 -
פקס - 09-7465615 FAX-
E-mail: tyti@zahav.net.il

דר' יחזקאל טיטיון
מומחה בכירורגיה אורתופדית
כירורגיית קרסול וכף הרגל
מ.ר. 28558, מ.ר.מ. 21322
מרפאה: מרכז גירון, רח' ז'בוטינסקי 3, רעננה 4336307

תאריך: 29.05.2024

חוות דעת רפואית

אני החתום מטה, דר' יחזקאל טיטיון, בעל מ.ר. לעסוק ברפואה 28558, מ.ר. מומחה 21322, מעיד בזאת כי ביום 15.02.2024, בדקתי את מר עובד עדי, מספר ת"ז 201170610, לשם מתן חוות דעת רפואית על מצבו, בגין פגיעה בתאונה, שארעה לו בתאריך 04.11.2021.

פרטים מניסיוני:

- בוגר ביה"ס לרפואה של אוניברסיטת בן גוריון, באר שבע, ישראל – 1992.
- התמחות בכירורגיה אורתופדית במרכז רפואי רבין, קמפוס בלינסון, פתח תקווה.
- רופא בכיר במחלקה אורתופדית במרכז רפואי רבין, קמפוס בלינסון (2004 – 2019).
- מנהל השירות לכירורגיית קרסול וכף הרגל במרכז רפואי רבין, קמפוס בלינסון (2004 – 2019).
- חבר באגוד האורתופדי הישראלי.
- חבר בחברה לכירורגיית קרסול וכף הרגל הישראלית.
- חבר בחברה לטראומה אורתופדית בישראל.
- חבר ב-Ao Alumni Association.
- מדריך בקורסי טראומה אורתופדית בארץ ובחו"ל במסגרת – AOAA.
- בוגר קורס מדריכים ומדריך ATLS במסגרת צה"ל.
- פוסק רפואי בתחום כירורגיה אורתופדית בוועדות נכות של הביטוח הלאומי.
- יועץ רפואי בתחום כירורגיה אורתופדית בבית הדין לענייני עבודה.

להלן חוות דעתי:

בעת כתיבת חוות הדעת עמדו לרשותי המסמכים הראויים לציון הבאים:

1. סיכום ביקור בחדר המיון, מרכז רפואי וולפסון בחולון, מתאריך 04.11.2021.
2. כרטיס רפואי רלוונטי, שירותי בריאות כללית.
3. סיכוי ביקורים במרפאת חוץ כירורגית כף יד, מרכז רפואי רבין קמפוס בלינסון, מתאריכים 15.12.2021, 27.02.2022, 17.07.2022, 20.11.2022, 19.02.2023.
4. פענוח בדיקות EMG גפיים עליונים שבוצעו בתאריכים 05.12.2021, 21.02.2022, 06.02.2023.
5. פענוח בדיקת אולטרסאונד מרפק ימין וכתף ימין שבוצעה בתאריך 20.02.2022.

תולדות המקרה:

מפיו של מר עובד ומתיעוד רפואי.
הנ"ל בן 34, נשוי + 0, תושב בת-ים, מנהל תפעול של חב' We-Work.
ברקע: בריא בד"כ.
מספר כי בתאריך 04.11.2021 נפגע בתאונה עבודה, התחשמל בידו הימנית כאשר נגע בכבל חשמל שהושאר חשוף בתוך קיר גבס במהלך בדיקת רמקולים.

לאחר מספר שניות הצליח לנתק את ידו מכבל החשמל. פנה לבדיקה בחדר המיון של מרכז רפואי וולפסון בחולון, אובחן כי סובל ממצב לאחר כוויה חשמלית באמה ימין. טופל מקומית בפצעי הכוויה ושוחרר לביתו. בהמשך היה במעקב בקופ"ח באזור מגוריו וטופל ממושכות בהחלפות חבישה. בהמשך היה גם במעקב במסגרת מרפאת כף יד בבלינסון בשל התפתחות כאבים לאורך האמה. בוצע בירור כולל בדיקות EMG גפים עליונים חוזרות שהדגימו סימני תסמונת קוביטאלית מימין. טופל בפיזיותרפיה. בבדיקה במרפאת כף יד במרכז רפואי רבין קמפוס בלינסון בפתח תקווה בתאריך 19.02.2023 הוצע טיפול ניתוחי לשחרור העצב האולנארי בתעלה הקוביטאלית, אך חושש מניתוח. כיום מטופל בקנביס רפואי.

תלונות נוכחיות:

מר עובד עדי מספר כי כיום סובל מכאבים וזרמים קורנים לאורך גפה ימנית עליונה (ימני דומיננטי), חולשה באצבעות כף היד, הפרעה תחושתית בכף היד, מתקשה במאמצים הרמת משאות, עבודה פיזית. כמו כן סובל מצלקות רגישות לאחר פצעי כוויה.

בבדיקה:

- בדיקת אמה ימין - ללא נפיחות, אודם או חום מקומי.
צללקת בקדמת אמה מקורבת בגודל 3X1 ס"מ וצללקת נוספת מעט מקורבת יותר בגודל 1X1, הצלקות לא דבוקות אך רגישות.
הפרעה תחושתית מאזור המרפק ודיסטאלית בפיזור אולנארי, בכף יד ימין הפרעה תחושתית באצבע חמישית ומחצית רביעית, דלדול שרירים אינטראוסים וחולשה באבדוקציה של אצבעות. בדיקת פינקלשטיין חיובית.
דלדול שרירים באמה ימנית, היקפי אמות 10 ס"מ מתחת לאולקראנון 25 ס"מ מימין לעומת 27 ס"מ משמאל.
חולשה בכוח אחיזה בכף יד ימין, במדידה במנומטר דיגיטלי, כוח אחיזה משמאל 40.6 ק"ג לעומת 25.9 ק"ג בלבד מימין.

סיכום הממצאים בבדיקה הפיזיקלית ומשמעותם – משמעות הבדיקה, כי קיימת אצל מר עובד פגיעה באמה ימנית עם סימני נזק לעצב אולנארי, הפרעה תפקודית והפרעה תחושתית, כמו כן צלקות כווית חשמל רגישות.

סיכום ומסקנות:

מר עובד עדי כיום בן 34, נפגע בגפה ימנית עליונה, בתאונה שנגרמה לו בתאריך 04.11.2021. אובחן כי סובל ממצב לאחר כוויה חשמלית באמה ימין, טופל שמרנית.

בעקבות ובגין פגיעתו בתאונה הנידונה, סובל מר עובד כיום מכאבים וזרמים קורנים לאורך גפה ימנית עליונה (ימני דומיננטי), חולשה באצבעות כף היד, הפרעה תחושתית בכף היד, מתקשה במאמצים הרמת משאות, עבודה פיזית. כמו כן סובל מצלקות רגישות לאחר פצעי כוויה.

בבדיקה הקלינית שבוצעה לצורך עריכת חוות דעת זאת נמצא כי קיימת אצל מר עובד פגיעה באמה ימנית עם סימני נזק לעצב אולנארי, הפרעה תפקודית והפרעה תחושתית, כמו כן צלקות כווית חשמל רגישות.

אבחנות –

- מצב לאחר כוויה חשמלית באמה ימין עם נזק עצבי אולנרי.

- צלקות פגיעת כוויה רגישות באמה ימנית.

- חוות דעתי בנושא נכות זמנית, של מר עובד עדי.

לעניין זה אני קובע כי מר עובד היה באי כושר זמני מלא (100% נכות זמנית), מיום הפגיעה בתאריך 04.11.2021 למשך 90 ימים עד תאריך 01.02.2022, זמן סביר להתאוששות ראשונית לאחר הפגיעה הנדונה.

סביר להניח כי סבל מפגיעה חלקית ברמה ניכרת יותר מאשר בתאריך הבדיקה למשך שלושה חודשים נוספים, זמן סביר להתאוששות נוספת, לכן אני קובע נכות זמנית בשיעור 50% מותאם לפי סעיף 35 (1) (ה'), בקובץ תקנות המל"ל, מתאריך 02.02.2022 עד תאריך 02.05.2022.

סביר גם להניח כי סבל מפגיעה חלקית ברמה ניכרת יותר מאשר בתאריך הבדיקה למשך שלושה חודשים נוספים, זמן סביר להתאוששות נוספת והתייצבות מצבו לכדי מצב הנכות היציבה ממנה סובל כיום, לכן אני קובע נכות זמנית בשיעור 30% מותאם לפי סעיף 35 (1) (ד'), בקובץ תקנות המל"ל, מתאריך 03.05.2022 עד תאריך 31.07.2022.

- חוות דעתי בנושא נכות צמיתה, של מר עובד עדי.

לאור הממצאים המתוארים לעיל, אני קובע כי למר עובד עדי, נגרמו פגיעות המקנות נכות צמיתה בתאונה הנדונה, כמפורט להלן –

- בגין מצב לאחר כוויה חשמלית באמה ימין עם נזק עצבי אולגרי, כאבים והפרעה תפקודית, נכות צמיתה בשיעור 10%, לפי סעיף ביניים מותאם 31 (4) (ב'-ג'), ימין, בקובץ תקנות המל"ל.

- בגין צלקות פגיעת כוויה רגישות באמה ימנית, נכות צמיתה בשיעור 5%, לפי סעיף ביניים 75 (1) (א')- (ב'), בקובץ תקנות המל"ל.

לסיכום –

- למר עובד עדי נגרמה **נכות זמנית** בגין פגיעתו בתאונה הנדונה מתאריך 04.11.2021.
- בהתאם לכך אני קובע בגין הפגיעה הנ"ל -
- 100% נכות זמנית מיום התאונה בתאריך 04.11.2021 עד תאריך 01.02.2022, סה"כ 90 ימים.
- נכות זמנית בשיעור 50%, מתאריך 02.02.2022 עד תאריך 02.05.2022, סה"כ 90 ימים.
- נכות זמנית בשיעור 30%, מתאריך 03.05.2022 עד תאריך 31.07.2022, סה"כ 90 ימים.
- למר עובד עדי נותרה **נכות צמיתה** בגין פגיעתו בתאונה הנדונה מתאריך 04.11.2021.
- בהתאם לכך אני קובע בגין הפגיעה הנ"ל -
- בגין מצב לאחר כוויה חשמלית באמה ימין עם נזק עצבי אולנרי, כאבים והפרעה תפקודית,
- לפי סעיף ביניים מותאם 31 (4) (ב'-ג'), ימין, בקובץ תקנות המל"ל - 10%.
- בגין צלקות פגיעת כוויה רגישות באמה ימנית,
- לפי סעיף ביניים 75 (1) (א'-ב'), בקובץ תקנות המל"ל - 5%.
- סה"כ נותרה למר עובד עדי, בעקבות ובגין פגיעתו בתאונה הנדונה מתאריך 04.11.2021, נכות צמיתה משוקללת בשיעור 14.5%, החל מתאריך 01.08.2022 (עם תום הנכויות הזמניות).

בהתאם לרשימת המבחנים ולקט סעיפי חוק ותקנות של המוסד לביטוח לאומי, מעודכן לנובמבר 2018.

הצהרה:

תעודה זו ניתנה על ידי, לשם הגשתה כראייה לבית המשפט.
הריני מצהיר בזאת, כי ידוע לי היטב שלעניין החוק הפלילי בדבר מתן עדות שקר בשבועה בבית המשפט, דין תעודה זו כשהיא חתומה על ידי, כדין עדות שנתתי בבית המשפט.

בכבוד רב: ד"ר יחזקאל טיטיון.



מיון : ר"ד מהלכים / מיון פנימי
מ.ז. : 0-20117061 שם: עובד עדי
אב : יוסף יצחק כתובת: רבינוביץ' 1/21 בת ים
סוג : אזרח : תל: 054-2212103 ת. לידה: 03.05.1990
קופ"ח: כללית כסוי: חסר חוזר דחוף הפניה: כן
סיבה : מחלה
ת. קבלה: 04.11.21 17:38
מפעיל: SAHARB



מ.ר. וולפסון

המרכז הרפואי האוניברסיטאי
ע"ש אדית וולפסון



Department of Emergency Medicine

מחלקה לרפואה דחופה

רגישויות לתרופות

Handwritten notes and signatures in the top right section.

BIO HAZZARD
מחלקה
ביקור חוזר
שמות

סיבת הפניה מחלות רקע ותרופות
כאבים, נפיחות, סחרחורת, נחילות

מחלה וחותמת

בא ע"י / מד"א / נט"ן / לבד / משפחה / מוסד / מלווה
מצב הכרה / מלאה / מבולבלת / מעורפלת / חוסר הכרה
נשימה / עצמונית / קוצר נשימה / מונשם / חמצן
מצב עור / תקין / פצע / חתך / שן / פריחה / בצקות / שיפשוף / חתך
מצב רגשי / נייחות / עצמאי / מוגבל / מרותק / אחר
שימוש בעזרים / משקפי ראייה / מכשיר שמיעה / מקל / הליכון / כיסא / אחר
סיכון לנפילה / לא / כן
הדרכה / דפנות מיטה מורמות / מעצורי מיטה
שם המלווה / קירבה / טלפון

אומדן כאב ע"פ: PS ■ BPS ■ VAS									
סימנים חיוניים									
שעה	לחץ דם	דופק	חום	מתורציה	DEX GCS	אופי כאב	מיקום כאב	עוצמה	שם וחותמת אחות
19:40	124	55	36.7	PR PO	R.A. O ₂	עמום / חד / שורף / לוחץ / ממוקד / מקרין	-	0	Handwritten signature
	78			PR PO	R.A. O ₂	עמום / חד / שורף / לוחץ / ממוקד / מקרין			
				PR PO	R.A. O ₂	עמום / חד / שורף / לוחץ / ממוקד / מקרין			
23:04	124	58	36.7	PR PO	R.A. O ₂	עמום / חד / שורף / לוחץ / ממוקד / מקרין	-	0	Handwritten signature
	66			PR PO	R.A. O ₂	עמום / חד / שורף / לוחץ / ממוקד / מקרין			
				PR PO	R.A. O ₂	עמום / חד / שורף / לוחץ / ממוקד / מקרין			

בדיקת דם / הכנסת ונופלון

ST ☐ ת.ס. ☐
ת.נכד ☐ כימיה ☐
D-DIMER ☐ ת.קרישה ☐
CPK ☐ טרופונין ☐
CRP ☐ גזים ☐
עמילאז ☐ ליפאז ☐
ר.אלכוהול ☐ ר.תרופות ☐
לקטט ☐ ת.דם ☐
שתן כללי ☐ שתן HCG-β ☐
שתן תרבית ☐ שתן חיובי / שלילי ☐

שעה

חותמת וחותמת אחות

פא בודק _____ שעה _____ רופא מנהל מקרה _____ שעה _____

עודה זו ניתנה ע"י להגשתה כראייה לבית המשפט והריני להצהיר בזאת כי ידוע לי היטב שלעניין החוק הפלילי בדבר זת שקר בשבועה בבית המשפט, דין תעודה זו כשהיא חתומה על ידי כדן בשבועה שנתתי בבית משפט.

תולדות עבר

תרופות קבועות

בדיקה גופנית / מירולוגית

אק"ג

תכנית טיפול:

דימות: ☐ צילום ☐ CT ☐ US ☐ אחר ☐ ☐ ליווי רפואי

תשובת הדמיה

בדיקה חוזרת וסיכום כללי

אבחנות

☐ מצורפת רשומה רפואית מודפסת

המלצות להמשך בירור וטיפול תרופתי

אשפוז למחלקה: ☐ אמצעי העברה: ☐ מיטה ☐ כיסא גלגלים ☐ חמצן ☐ ליווי רפואי

שיחרור: חופש מחלה ☒ ימים. ביקורת תפרים בעוד ☐ ימים. הוצאת תפרים בעוד ☐ ימים. בדיקות מעבדה מצורפות

עזב על דעת עצמו/חתם / לא חתם. תאריך ☐ שעה ☐

תאריך: ☐ שעת אשפוז / שיחרור ☐ התימה וחתימת הרופא ☐

שחרור סעודי: ☐ הדרכה לשחרור: ☐ ניתן דף הדרכה למטופל ☐ המשך מעקב רפואי ☐

הוצאת וונפולן ☐ לקיחת אנלגטיקה לפי הצורך ☐ החלפת חבישה בקופ"ח ☐ ביצוע הדמיה בקופ"ח ☐

בקרת סימנים חיוניים ☐ מנוחה ☐ לקיחת טיפול אנטיביוטי ☐ תזונה ושתייה מתאימה ☐

אומדן כאב בשחרור: ☐ אחר: ☐

חתימה וחתימת האחיות המשחררות

שעה: 23:27

013' 14

שעה	אופן מתן	הוראה רפואית	קצב	מיהול	חתימת הרופא	שעת ביצוע ההוראה / חתימת וחוקתם האחוז
		IV 1000ml 5% Dextrose IV 1000ml 5% Dextrose 20.3 חפ"ר - 20.3			20.3 20.3	20.3 20.3

נלי אבו חסד
מ.ר. 232261

[illegible]

הנהגה נכונה

שעה	קטטר שתן (שאירית)	תוכן זנדה	נקז	חתימת וחוקמת האחות

ה מורמות
זה

שעה	
19:40	
23:0	

בסכת וונפלן

ST ☐

ת.תכבד ☐

D-DIMER ☐

CPK ☐

CRP ☐

עמילאז ☐

ר.אלכוהול ☐

לקטט ☐

שתן HCG-3 ☐

תן חיובי / שלילי ☐

שעה
חתי
וחות
אחו



סודי רפואי

מעודכן ל: 23:02, 04/11/21

מנהל מח': דר. שופן

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה - 11376363

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, תשנ"ו - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 ואין למסור אותו ולאז את תוכנו ולאז איזה פרט שהוא ממנו לכל אדם ולאז גוף אלא בהתאם להוראות בחוק. מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלו, מהווה עבירה.

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

עובד עדי

ת.ז.: 20117061-0	מין: זכר	ת.לידה: 03/05/1990	גיל: 31 ש
שם האב: יוסף יצחק	טל: 054-2212103	טל: 03-5520046	שם האם: שרה
מצב משפחתי: ר	קופ"ח: כללית	סוג מבקר: אזרח	
כתובת: רבינוביץ' 1/21, בת ים, 5958501			

נתוני ביקור במיון

סיבת קבלה: מחלה	גורם מפנה: כללית	מבטח: עובד עדי,	20117061-0
תאריך קליטה במיון: 04/11/21	שעה: 17:38		
תאריך קליטה בב"ח: 04/11/21	שעה: 17:38		
זמן בדיקת רפא: 20:21, 04/11/21			

אבחנות נוכחיות

994.8 - ELECTROCUTION AND NONFATAL EFFECTS OF ELECTRIC CURRENT FOREARM BURNING

אבחנות כרוניות

708.5 - CHOLINERGIC URTICARIA
PHYSICAL INDUCIBLE URTICARIA AND DERMOGRAPHISM

רגישויות

לא ידוע

הרגלים

Smoking

גראס רפואי

תלונה עיקרית

בן 31,
סובל מכאבי ברכיים,
לאחר קריעת רצועה אחורית בברך ימין
תרופות קבועות- גראס רפואי
בעת עבודתו ב- 15:00 לערך נגע בכבל חשמלי, אמה ימין,

גרסה: 01

HANAND

23:02

04/11/2021

עמוד 1 מתוך 5

			2.4	10³</SUP>/	1.5-4.0	Lympho No	ספירת דם
			0.4	10³</SUP>/	0.2-0.8	Mono No	ספירת דם
			0.1	10³</SUP>/	0.0-0.4	Eos No	ספירת דם
			0.0	10³</SUP>/	0.0-0.1	Baso No	ספירת דם
			0.1	%	0.0-0.6	NRBC %	ספירת דם
			85.9	mg/dl	70.0-110.0	Glucose - B	בדיקות כימיה בדם
			30	mg/dl	18-50	Urea - B	בדיקות כימיה בדם
			139.8	mmol/l	136.0-145.0	Sodium - B	בדיקות כימיה בדם
			4.33	mmol/l	3.50-5.10	Potassium - B	בדיקות כימיה בדם
			100	mmol/l	98-107	Chloride - B	בדיקות כימיה בדם
			289	mosm/kgH ₂ O	275-295	Osmolality calcul-B	בדיקות כימיה בדם
			0.92	mg/dl	0.67-1.17	Creatinine - B	בדיקות כימיה בדם
			185.0	u/l	0.0-190.0	CK total - B	בדיקות כימיה בדם
			<0.1	mg/dl	0.00-0.50	CRP - B	בדיקות חלבונים בדם ספיציים בדם
			0.0	10³</sup>/	0.0-0.0	NRBC (Nucleated red blood cell)	ספירת דם
			<3	ng/l	14-	Troponin T - blood	בדיקות מיוחדות בדם
			97	ml/ (min.1.73m	60-90	GFR estimated	Without Title

בדיקות דימות

צילום בית החזה, צדי 21:33 04/11/21
צילום בית החזה, אחורי-קדמי 21:33 04/11/21

סרעפת - בעמדה תקינה.
פלגיריה - זוויות קוסטופרניות חופשיות.
שדות הריאה - ללא עדות לתסנין או גודש.
שערי ריאות - אינם מוגדלים.
צל המדיאסטינום - אינו מורחב.
צל הלב - אינו מורחב.

בעת האפיזודה מלווה בחולשה כללית ותחושת פלפיטציות, ומלין על כאב באמה ימין וירידה בתחושה באצבעות היד. נעשתה הערכה ב- 17:00 ע"י דר' ירם מזוס, כירורג, התרשם מכוויה ממכת חשמל באמה ימין -דרגה 2, טיפול משחה מקומית. נשלל: שינוי במצב ההכרה, תעוקת חזה, קוצר נשימה, הפרעת ראייה, חולשה בפלג גוף.

בדיקה גופנית

מצב כללי: מצב כללי טוב, בהכרה מלאה, מתמצא בזמן ובמקום, נינוח נשימתית, ללא סימני התייבשות.

עור וריריות: אמה ימין - כוויה דרגה 1-2

בית חזה ונשימה: בית חזה סימטרי. כניסת אוויר טובה שווה ודו צדדית ללא צפצופים ללא קרפיטציות.

לב וכלי דם: קולות לב סדירים ללא אוושות. ללא קולות נוספים. ללא סימני גודש ורידי צוואר.

בטן: רכה ואינה רגישה

שלד, פרקים, גפיים: אמה ימין חבושה עם פד סטרילי מודבק

ללא סימני איסכמיה

ללא הגבלה בהנעת הגפיים

אין הגבלה בהנעת האצבעות

עצבים: בהכרה מלאה, כוח גס שמור,

בדיקות מעבדה

קבוצה	תיאור	טווח	יח'	ראשון	אחרון	חריג מינימלי	חריג מקסימלי
ספירת דם	WBC	4.0-10.0	$10^{3\text{>}}$	8.3			
ספירת דם	RBC	4.4-6.0	$10^{6\text{>}}$	4.7			
ספירת דם	HGB	13.5-17.5	G/DL	14.7			
ספירת דם	HCT	38.0-52.0	%	40.8			
ספירת דם	MCV	80.0-100.0	FL	87.7			
ספירת דם	MCH	26.0-32.0	PG	31.6			
ספירת דם	MCHC	30.0-37.0	G/DL	36.0			
ספירת דם	RDW - SD	12.1-16.2	%	12.2			
ספירת דם	PLT	150-450	$10^{3\text{>}}$	202			
ספירת דם	MPV	6.5-10.0	FL	9.5			
ספירת דם	Neutro %	42.0-72.0	%	63.8			
ספירת דם	Lympho %	20.0-45.0	%	29.2			
ספירת דם	Monocytes %	2.0-10.0	%	5.2			
ספירת דם	Eos %	0.0-6.0	%	1.3			
ספירת דם	Baso %	0.0-1.0	%	0.5			
ספירת דם	Neutro No	1.5-7.5	$10^{3\text{>}}$	5.3			

דיון וסיכום הקבלה

בן 31, סובל מכאבי ברכיים, לאחר קריעת רצועה אחורית בברך ימין תרופות קבועות- גראס רפואי. טופל בטוקסואיד לפני כחודש. בעת עבודתו ב- 15:00 לערך נגע בכבל חשמלי, אמה ימין, בעת האפיזודה מלווה בחולשה כללית ותחושת פלפיטציות, ומלין על כאב באמה ימין וירידה בתחושה באצבעות היד. נעשתה הערכה ב- 17:00 ע"י דר' ירם מוזס, כירורג, התרשם מכוויה ממכת חשמל באמה ימין-דרגה 2, טיפול משחה מקומית. נשלל: שינוי במצב ההכרה, תעוקת חזה, קוצר נשימה, הפרעת ראייה, חולשה בפלג גוף. בקבלתו נינוח ללא טכיקרדיה או טכיפניאה. סטורציה-100 באוויר חדר חום-36.7 דופק-55 לדקה סדיר לד-124/78 בהכרה מלאה, ללא סימני צד לב קולות סדירים. אמה ימין חבישה עם פד שהודבק. במהלך שהותו במיון טופל בליטר STD +אקאמול 1גרם במתן IV עם שיפור ניכר בסימפטומים. טרם שחרורו הערכת כירורג, דר' דוידוב, ובעת בדיקתו אכן מדובר בכוויה דרגה 1-2, והמליץ חבישה עם סילברול. בדיקות עזר: אקג- סינוס ST/T ללא שינויים איסכמיים PR תקין QRS - תקין. צ.חזה- ללא ממצא חריף. מעבדה: טרופונין- תקין CK - תקין גלוקוז, תפקודי כליה, נתרן, אשלגן- תקינים ללא לאוקוציטוזיס CRP אינו מוגבר. לסיכום מדובר בכוויה דרגה 1-2 באמה ימין- בשל מכת חשמל, ללא סיבוכים קארדיאליים או נוירולוגיים.

מצב המטופל בשחרור ממיון

טרם שחרורו מתהלך במיון וחש בטוב. ולמעשה במהלך שהותו במיון מ- 17:30 לערך ועד לשחרורו ללא תעוקת חזה, פלפיטציות או חסר נוירולוגי.

תכנית טיפול והמלצות להמשך

-מעקב רופא מטפל
-מעקב חום

-מנוחה לפחות 4-5 ימים.

- המשך טיפול מקומי בסילברול במשך 10 ימים.

-החמרה במצבו, חום גבוה,

החמרה בכוויה לפנות לשירות רפואי זמין.

בברכה,

החלטות רפואיות:

תאריך	שעה	סוג החלטה	יעד/מוסד העברה	רופא
04/11/2021	23:00	שחרור		חנ. דסאו

שחרר בליווי

חתימה

רופא מאשר: דר. דסאו, חנ

חתימה:

מספר רשיון:

23:02 04/11/21

הארכיון הרפואי ע"ש א. חלפון
 ד"ר חנ. דסאו
 רופא בכיר מח' מומות ד'



2310602



201170610

שירותי בריאות כללית**-מקור****חסוי/אישי**

תאריך: 07/11/21

מחוז מנפק : 002 ת"א יפו
 מרפאה מנפקת : 3063 בימ"ק בת ימון
 גורם מממן : 002 ת"א יפו

אל : 223 וולפסון לקביעת תור : 03-5028211

אישור הפניה לחדר מיון
מס': 302310602

רופא מטפל : 29477 באאזוב מננה

המבוטח : 0020117061-0 עובד עדי
 רופא מפנה : 29477 באאזוב מננה
 הפניה לצורך : ביקור בחדר מיון
 הסיבה : תאונת עבודה

האישור בתוקף עד לתאריך : 04/11/21

תאריך זימון : 04/11/21

חי אלה

שם הפקיד/מנהל אדמ' במרפאה חתימה וחותמת

לתשומת לב בית החולים/המכון !

להלן תנאי האישור להפניה :

* האישור משמש התחייבות הקופה למימון אך ורק של השירותים הרפואיים הרשומים בטופס זה והכלולים "בסל שירותים" כמשמעו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994.

* שירותי בריאות כללית לא תישא בכל אופן שהוא בעלות חלקית או מלאה של שירות רפואי אחר או שונה, לרבות שירות רפואי כלשהו שניתן במסגרת שר"פ.

* טופס זה מיועד לביקור אחד בלבד.

* תוקף הפנייה זו הוא עד לתאריך הרשום לעיל, ושירותי בריאות כללית לא תהא חייבת לשאת בהוצאת בגין שירותים רפואיים שיינתנו למבוטח מעבר לתאריך זה, כל עוד לא הסכימה בכתב להארכת תוקפה.

* התחייבות זאת תכובד בכפוף להוראות כל דין והסכם וכנגד שירותים שיינתנו על פי דין.

הזמן תור לתאריך ____/____/____ בשעה ____:____

ט"ו-17

תאריך 07/11/2021

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי

פרטי המטופל					
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	00-20117061-0	31.06	ז	03/05/1990
שם האב	שם יצחק	יוסף יצחק	גיל	מין	ת.לידה
בת ים	רבינוביץ'	1 / 21	מס בית	54 - 2212103	3 - 5520046
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון נוסף

תאריך תאונה: 04/11/2021

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

אבחנות		
קוד	איפיון	אבחנה
9948		ELECTRIC BURN
		rt forearm

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל

☒ איננה מסוגלת לעסוק בעבודתו/ה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 04/11/2021 עד יום 13/11/2021 (בכלל) סה"כ 10 ימים

07/11/2021

07/11/2021

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

ד"ר יורם מוזס

חתימה וחזמת הרופא של השרות הרפואי המוסמך

חותמת המרפאה

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

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

שם הלקוח:	עדי עובד	מספר זהות:	20117061-0
מועד הביקור:	11/11/21 יום ה' ד' כסלו תשפ"ב	שעה:	13:00
שם הרופא:	רופא בי"ח 1	מקצוע:	אורתופדיה
מרפאה:	בתימון - המרכז לרפואה יועצת - בת ים	טלפון:	03-5556555
כתובת:	הרב ניסנבאום 33, בת ים		
אוטובוסים:	אגד 2/א, 85, 84, 11, 83, 11, דן 142, 6		
הנחיות:	אם אין באפשרותך להגיע, אנא בטל/י את התור לפחות יום אחד לפני המועד שלו.		

מדובר בקבוצת רופאים שמגיעים מבתי חולים לא ניתן לדעת את שמו של הרופא
הרופא/ה מטפלים בילדים אך אינם מומחים לילדים. במידה והילד/ה
הופנו "למומחה לילדים" יש להפנותו למרפאת האם.
יש להביא צילומים או תוצאות C.T/ M.R.I קודמים.
* יש להגיע לתור עם כרטיס מגנטי .
* הביקור כרוך בתשלום אגרה רבעונית אותה ניתן לשלם במזומן או
בהרשאת חיוב.
* עובדים זרים-נדרשים להגיע עם כרטיס בטוח של כללית.

תאריך הדפסה: 07/11/2021 12:16:00

07/11/2021 תאריך

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל					
עובד עדי					
00-20117061-0	31.06	ז	03/05/1990	יוסף יצחק	
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת. לידה	שם האב
רבינוביץ'	1 / 21			54 - 2212103	5520046 - 3
רחוב	מס בית	טלפון	טלפון נוסף		

04/11/2021 תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה ישירה: 33063148698

גורם שולח



3063

מספר הפניה



033063148698

תז נבדק



0201170610

מספר רשיון



018525

לכבוד: אורטופד

שירות שנבחר

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

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות / תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 04/11/2021:
נכוה ממכת חשמל באמה ימין כעת חש שלא בטוב
07/11/2021:

ממצאים בבדיקה / בדיקה גופנית מתאריך 04/11/2021:
כוויה דרגה 2 יד ימין
07/11/2021:

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
9948		ELECTRIC BURN rt forearm

דיון/תוכנית טיפולית / דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 04/11/2021:
חבישה עם סילברול
ההפניות שהופקו ב 04/11/2021:
הפניה למיון - 70069-ביקור במיון
07/11/2021:

תאריך 07/11/2021

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי

פרטי המטופל					
עובד עדי	00-20117061-0	31.06	ז	03/05/1990	יוסף יצחק
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת. לידה	שם האב
רבינוביץ'	1 / 21	54	2212103	54	5520046
בת ים	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון	טלפון
רחוב	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון	טלפון

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה תאריך תאונה: 04/11/2021

אבחנות		
קוד	אפיון	אבחנה
9948		ELECTRIC BURN
		rt forearm

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל

איננה מסוגלת לעסוק בעבודתה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 04/11/2021 עד יום 13/11/2021 (בכלל) סה"כ 10 ימים

07/11/2021

07/11/2021

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

ד"ר יורם מוזס

חותמת המרפאה

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

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

תאריך 11/11/2021

סיכום ביקור

פרטי המטופל		עובד עדי	
00-20117061-0	31.06	ז	03/05/1990
מס זהות	גיל	מין	ת. לידה
שם משפחה ושם פרטי	רבינוביץ'	רחוב	בת ים
שם האב	5520046 - 3	טלפון נוסף	2212103 - 54
טלפון	מס בית	מס רגיל	טלפון

שלום רב,

תאריך הביקור: 11/11/2021
 סוג ביקור: 0 ביקור רגיל
 מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: 04/11/2021
 כוונה לאחר התחשמות באמה ימין במהלך עבודתו.
 מטופל בחבישה
 ללא הגבלה באצבעות
 תחושה שמורה פזיור RUM למעט קצה אצבעות.

קוד	איפיון	אבחנה
9490		BURN - NOS

דיון/תוכנית טיפולית: ביקורת בעוד שבוע

בברכה,

ד"ר (רופא) עבדול עזיז בדיר

84712

חתימה וחוקמת הרופא

מס' רשיון

שם הרופא

18/11/2021 תאריך

הפניה לפיזיותרפיה
(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל					
עובד עדי	00-20117061-0	31.06	ז	03/05/1990	יוסף יצחק
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת. לידה	שם האב
רבינוביץ'	1 / 21			54 -2212103	5520046 - 3
בת ים	מס בית			טלפון	טלפון נוסף
ישוב	רחוב				

04/11/2021 תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה: 35722024339

רשיון רופא: 084712
תז נבדק: 0201170610
מספר הפניה: 035722024339
גורם שולח: 5722

לכבוד: פיזיותרפיה
שיפור טווחים מרפק ימין , כולל פרוספינציה
גיורי עצבי למדיאנוס

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

BURN - NOS

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 17/11/2021
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 11/11/2021
04/11/2021
כוויה לאחר התחשמלות באמה ימין במהלך עבודתו .
מטופל בחבישה
ללא הגבלה באצבעות
תחושה שמורה פזיור RUM למעט קצה אצבעות .
17/11/2021
כאבי גב תחתון
הגבלה לתנועות
18/11/2021
פצעים נראים יותר טוב , מרגיש מעט הגבלה בתנועה
חוסר תחושה פיזור מדיאנוס

בעיות פעילות		
מ. גילוי	איפיון	בעיה
20/05/2016	RT	KNEE SYMPTOMS/COMPLAINTS
20/05/2016	RT	S/P PATELLAR SUBLUXATION KNEE
15/11/2018	RT	S/P MPFL RECONSTRUCTION KNEE

ס.ה.ר 7

תולדות עבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
15/11/2018	01/11/2012		REMOVAL OF F.B 5th FINGER Lt. HAND 6/11/2012

רגישויות

ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא יודע		המטופל

רגישויות נוספות

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא ידועה		

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	3	טבליות	1	FEXOFENADINE HCL TAB 180MG 15 180
ביום	2	כמוסות	1	PREGABALIN CAP 75MG 56 75MG

84712

ד"ר (רופא) עבדול עזיז בדיר

חתימה וחוקתמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

הרופא
ד"ר עבדול עזיז בדיר
מספר רשיון 84712
חתימה וחוקתמת הרופא

7 ה.ר. 7

דף 2 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לפיזיותרפיה

הודפס ע"י ד"ר (רופא) עבדול עזיז בדיר 00-20117061-0

עובד עדי

08/11/2021 תאריך

סיכום ביקור

פרטי המטופל		00-20117061-0		31.06	ז	03/05/1990	יוסף יצחק
שם משפחה ושם פרטי		מס זהות		גיל	מין	ת.לידה	שם האב
רבינוביץ'		1 / 21		54	2212103	54	5520046 - 3
בת ים		מס בית		טלפון	טלפון	טלפון	טלפון
רחוב		מס בית		טלפון	טלפון	טלפון	טלפון

04/11/2021 תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

שלום רב,

תאריך הביקור: 08/11/2021
סוג ביקור: 2 תאונת עבודה
מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: 8/11/21
מתלונן על תחושה לא נעימה ביד ימין, קוצר נשימה, כאבי ראש אחרי התחשמלות.

בדיקה גופנית: בבדיקה נירולוגית ללא קישיון עורף או סימנים מנינגאליים. עצבים קרניאליים תקינים, כוח שמור תחושה תקינה. תפקודי מוחן שמורים. החזרים שווים ללא סימנים פירמידליים.

קוד	אפיון	אבחנה
7840		HEADACHE
7820		PARESTHESIA
7804		VERTIGO

הפניות	פרטי ההפניה	קוד	התחייבות	סטטוס
טופס הפניה כללי	56016-אלקטרומיוגרפיה EMG	H4		הודפס

תרופות בביקור

P	m	עד	n	ק	נ	OP	סה"כ	משך	D	פ	יחידה	הגשה	מנה	תרופה
1	W	0	ר	N		יחידה	60	30	D	2	טבליות	TAB	1	BETAHISTINE 16MG TAB 16MG

תאונה	גר"ן	ת. אישור	טיפול מחזורי	עין	תרופה
					BETAHISTINE 16MG TAB 16MG

התראת תרופות:

פעולות	קוד	כמות
152 פתיחת תיק	152	1

בברכה,

ד"ר אירינה פרנק קיז'נר

26015

שם הרופא

מס' רשיון

חתימה וחותמת הרופא

10/11/2021 תאריך

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל					
עובד עדי	00-20117061-0	31.06	ז	03/05/1990	יוסף יצחק
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת. לידה	שם האב
רבינוביץ'	1 / 21	54	2212103	54	5520046 - 3
בת ים	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון	טלפון
ישוב	רחוב				

04/11/2021 תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה: 35109179470

גורם שולח



5109

מספר הפניה



035109179470

תז נבדק



0201170610

מספר רשיון



029477

שירות שנבחר

שירות רפואי	קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי
74113	70049	L9271	ייעוץ רופא מומחה בפסיכיאטריה

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות
בעת עבודתו בשעה 15:00 לערך נגע בכבל חשמלי אמה ימין
בעת האפיזודה מלווה בחולשה כללית ותחושת פלפוטציות ומלין על כאב באמה
ימין וירידת תחושה באצבעות היד.
נבדק על ידי כירורג בבתימין-התרשם מכוויות חשמל באמה ימין דרגה 2, טופל
במשחה מקומית והופנה למיין של ב"ח וולפסון.
במיין במצב כללי יציב.
ללא ממצא חריג בבדיקות דם, אקג-תקין
צילום חזה תקין
לסיכום - מדובר בכוויה דרגה 1-2 באמה ימין בשל מכת חשמל ללא סיבוכים
קרדיאלים או נוירולוגים

טופל בנוזלים+אקמול דרך הוריד עם שיפור במצבו
על ידי כירורג הומלץ המשך טיפול במשחת סילברול למשך 10 ימים
ב/11/8 נבדק על ידי נוירולוג (ד"ר קיזנר) - ללא ממצא חריג בבדיקות.
הופנה ל-EMG ידיים
עקב תלונות על סכחורות הומלץ טיפול בבטיסטין.
כעת מלין על חלשה כללית, דודי שינה, חוסר יציבות, כאבי ראש, קשי נשימה.
מעניין ביעוץ פסיכיאטר.
כמו כן ביקש המשך חופש מחלה-עדיין לא מסוגל לעבוד לדבריו.

סימנים חיוניים: גובה 170 15/07/2021 משקל 69 15/07/2021 bmi 23.88

1 ה.ה.ר.

דף 1 מ 2 ***המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות***

הפניה לרפואה יועצת

10/11/2021

הודפס ע"י ד"ר מננה באאזוב

00-20117061-0

עובד עדי

ממצאים בבדיקה במצב כללי טוב
אמה ימין אספקט עליון-חבוש עם פד דביק.
ללא חסר נירולוגי פריפרי.

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
9948	RT FOREARM	ELECTRIC BURN
7840		HEADACHE
7804		DIZZINESS

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
20/05/2016	RT	KNEE SYMPTOMS/COMPLAINTS
20/05/2016	RT	S/P PATELLAR SUBLUXATION KNEE
15/11/2018	RT	S/P MPFL RECONSTRUCTION KNEE

בעיות בעבר

מ.סיזם	מ.גילוי	איפיון	בעיה
15/11/2018	01/11/2012		REMOVAL OF F.B 5th FINGER Lt. HAND 6/11/2012

רגישויות

ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא יודע		המטופל

רגישויות נוספות

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא ידועה		

תרופות קבועות

פ.עמים	א. הגשה	כמות	תרופות
3	טבליות	1	FEXOFENADINE HCL TAB 180MG 15 180
2	כמוסות	1	PREGABALIN CAP 75MG 56 75MG

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

29477

ד"ר מננה באאזוב

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

11/11/2021 תאריך

הפניה כללית - נוסח חופשי

פרטי המטופל					
עובד עדי	00-20117061-0	31.06	ז	03/05/1990	יוסף יצחק
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת. לידה	שם האב
רבינוביץ'	1 / 21	54	2212103	54	3
רחוב	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון	טלפון
בית ים	בית	טלפון	טלפון	טלפון	טלפון

04/11/2021 תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

גורם שולח



3063

מספר הפניה



033063150396

תז נבדק



0201170610

מספר רשיון



134335

לכבוד: למרפאת כף יד בהקדם האפשרי לערכה ותוכנית מעקב וטיפול.
תודה

אבחנה משוערת

קוד	אפיון	אבחנה
3542	SUSP.	NEUROPATHY ULNAR

תלונות

בן 31 בריא בדר"כ.
בעבודתו נחבל ממכת חשמל ביד ימין.
מאז סובל מכאבים חזמים ביד ימין.
בבדיקתו - פצעים שטחיים באיזרו אמה פרוקסימלית אספקט וולארי מסוג כוויות
ללא סמני תהליך סזיהומי.
ללא רגישות ספציפית מעל האמה. טוען על ירידה בתחושה דפוזית באמה וכף יד
ימין, רושם לחולשה לפי פיזור אולנארי.
הופנה ל-EMG.
נתן הפניה למרפאת כף יד.

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מ. גילוי	אפיון	בעיה
20/05/2016	RT	KNEE SYMPTOMS/COMPLAINTS
20/05/2016	RT	S/P PATELLAR SUBLUXATION KNEE
15/11/2018	RT	S/P MPFL RECONSTRUCTION KNEE

היסטוריה רפואית - בעיות בעבר

מ. סיום	מ. גילוי	אפיון	בעיה
15/11/2018	01/11/2012		REMOVAL OF F.B 5th FINGER Lt. HAND 6/11/2012

דף 1 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה כללית - נוסח חופשי

11/11/2021

00-20117061-0 הודפס ע"י ד"ר וסילי הרצ'נקו

עובד עדי

שם הרופא
תחום
מספר רשיון
כתובת
טלפון
פקס
מרפאה: בתימון - מרכז מקצועי - בת ים מחוז: ת"א

07/11/2021 תאריך

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל					
עובד עדי	00-20117061-0	31.06	ז	03/05/1990	יוסף יצחק
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
רבימביץ'	1 / 21			54 -2212103	5520046 - 3
בת ים	מס בית			טלפון	טלפון נוסף
ישוב	רחוב				

04/11/2021 תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה ישירה: 33063148698

גורם שולח



3063

מספר הפניה



033063148698

תז נבדק



0201170610

מספר רשיון



018525

לכבוד: אורטופד

שירות שנבחר

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

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות / סיבת הפניה מתאריך 04/11/2021:
נכוה ממכת חשמל באמה ימין כעת חש שלא בטוב
07/11/2021:

ממצאים בבדיקה / בדיקה גופנית מתאריך 04/11/2021:
כוויה דרגה 2 יד ימין
07/11/2021:

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
9948		ELECTRIC BURN rt forearm

דיון/תוכנית טיפולית / דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 04/11/2021:
תבישה עם סילברול
ההפניות שהופקו ב 04/11/2021:
הפניה למיון - 70069-ביקור במיון
07/11/2021:

תאריך
08/11/2021
16:08

הפניה כללית.

פרטי המטופל					
עובד עדי	00-20117061-0	31.06	ז	03/05/1990	יוסף יצחק
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
רבימביץ'	1 / 21			54 -2212103	3 - 5520046
בת ים	מס בית	רחוב	טלפון	טלפון נוסף	

תאריך תאונה 04/11/2021

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה ישירה: 33063149317

גורם שולח



3063

מספר הפניה



033063149317

תז נבדק



0201170610

מספר רשיון



026015

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
56016	95861	אלקטרומיוגרפיה EMG	56016

אבחנה משוערת

קוד	אבחנה	איפיון
7840	HEADACHE	
7820	PARESTHESIA	

תלונות: 8/11/21

מתלונן על תחושה לא נעימה ביד ימין, קוצר נשימה, כאבי ראש אחרי התחשמולות.

ממצאים בבדיקה: בבדיקה נירולוגית ללא קישיון עורף או סימנים מנינגאליים. עצבים קרניאליים תקינים, כוח שמור תחושה תקינה. תפקודי מוחן שמורים. החזרים שווים ללא סימנים פירמידליים.

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
20/05/2016	RT	KNEE SYMPTOMS/COMPLAINTS
20/05/2016	RT	S/P PATELLAR SUBLUXATION KNEE
15/11/2018	RT	S/P MPFL RECONSTRUCTION KNEE

היסטוריה רפואית - בעיות בעבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
15/11/2018	01/11/2012		REMOVAL OF F.B 5th FINGER Lt. HAND 6/11/2012

רגישויות
ואו תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא יודע		המטופל

רגישויות נוספות

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא ידועה		

תרופות קבועות

כמות	תרופות	א. הגשה	פעמים	ב...
1	FEXOFENADINE HCL TAB 180MG 15 180	טבליות	3	ביום
1	PREGABALIN CAP 75MG 56 75MG	כמוסות	2	ביום

מטרת הבדיקה: לשלול בעיה עצבית בידיים- NCV

26015

ד"ר אירינה פרנק קיז'נר

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 בי"ח מפורסמת באתר הכללית

סיכום ביקור

פרטי המטופל					
עובד עדי	00-20117061-0	31.07	ז	03/05/1990	יוסף יצחק
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
רבינוביץ'	1 / 21	21	מס בית	54 -2212103	3 - 5520046
בת ים	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון נוסף
ישוב					

שלום רב,

לכבוד: רופא משפחה
תאריך הביקור: 29/11/2021
סוג ביקור: 2 תאונת עבודה
מהות הביקור: רגיל

אבחנות פסיכיאטריות פעילות

קוד	איפיון	אבחנה
L15	RT	KNEE SYMPTOMS/COMPLAINTS
	RT	S/P PATELLAR SUBLUXATION KNEE
	RT	S/P MPFL RECONSTRUCTION KNEE

אבחנות בביקור

ת.גילוי	איפיון	אבחנה
F430		ACUTE STRESS REACTION

תרופות בביקור

P	M	עד	ח	ק	נ	OP	סה"כ	משך	D	פ	יחידה	הגשה	מנה	תרופה
3	W		0	ק	N	יחידה	30	30	D	1	טבליט	TAB	1	MIRTAZAPINE 30MG TAB 30MG

סיכום ודיון:

בן 31, רווק, חשמלאי משנת 2019. לפני כן היה מתקין מזגנים. מתגורר בבית ים בגפו. ככל חשמלאי נגע באמת יד ימין ולמשך שניות מעטות הרגיש שהזמן חולף לאט, מתאר תגובה דיסוציאטיבית- הרגיש שמתנתק מעצמו וחווה מקרים מחייו. עבר בין מקומות. זוכר שהסתכל על היד ולא מצליח לנתק אותה מהכבל שגרם לו לכיווץ של השרירים, צרח בקול רם. כירורג באותו יום התרשם מכווית חשמל באמה ימין. טופל במשחה מקומית ובמיון לדבריו התפלאו "איך אתה חי". הוא חושב שנגרם לו נס- אלוהים שומר עליו לדעתו. מאז ירידה במצבו הנפשי- שתי שבתות הקיא. מאז מאד דרוך. קשה לו כשנוגעים בו בפתאומיות ללא הכנה, קופץ מהמקום. בלילות- הולך לישון ב 02:00 לאחר שנגרם על הספה בסלון. בלילה התעורריות מרובות. לא יודע אם יצליח לעבוד מחשש להתחשמלות נוספת. ללא סיוטי לילה. במשך היום - הליכה ספורטיבית בחוף. התחיל לאכול בריא.



בת ימון

דו"ח רדיולוגי

03/05/1990	תאריך לידה:	עובד עדי	שם הנבדק:
13022 ליפשיץ יצחק מאי	רופא מפנה:	20117061	תעודת זהות:
		17/11/2021 00:00:00	תאריך הבדיקה

מידע חסרי אישי

עמוד 2 מתוך 2

ק: עדי עובד ת"ז: 20117061-0 מ.ג.ישה: 1025001788996

17/11/2021	ת. ביצוע:	20117061-0	ת"ז:	עדי עובד
21/11/2021	אישור פענוח:	31 שנים	גיל:	03/05/1990
21/11/2021	ת. הדפסה:	זכר	מין:	מחוז תל אביב יפו, (20000)
				מרפאת רופאים יועצים עצמאיים, (28618)
				יצחק מאי ליפשיץ, (13022)

בדיקה: צילום עמוד שדרה מתני סקראליסיבת ההפניה:

קיימת הפניה ממוחשבת / סרוקה

בוצע:

צילום עמוד שדרה מתני סקראלי בתאריך 17/11/2021 15:03 מ.ג. 1025001788996 מבצע: מיכאלה אולארניק;
צילום עמוד שדרה מותני סקראלי;

ממצאים:

צורה תקינה של כל החוליות.
מרווחים בין חולייתיים שמורים.

סיכום:

כמפורט בפענוח לעיל.

אפשר ע"י: ד"ר סוסנה ביאטריס פלדמן מספר רשיון: 17726 21/11/2021 21:01

העזק תוצאות מידע דימוי - המסמך מכיל מידע מוגן ע"פ חוק הגנת הפרטיות החשמ"א 1981

כתב ויתור רפואי

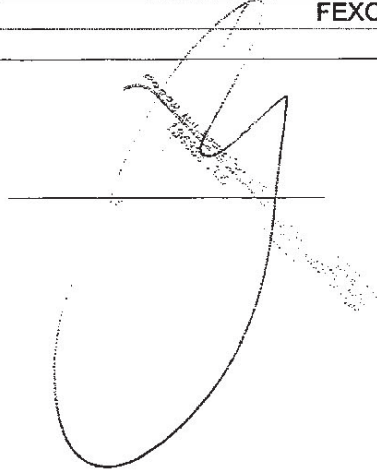
רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא יודע		המטופל

רגישות נוספות

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא ידועה		

תרופות קבועות

...	פ.ע.מ.	א. הגשה	כמות	תרופה
ביום	3	טבליות	1	FEXOFENADINE HCL TAB 180MG 15 180
ביום	2	כמוסות	1	PREGABALIN CAP 75MG 56 75MG



134335

מספר רשיון

ד"ר וסילי הרצ'נקו

09/12/2021 תאריך

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל					
עובד עדי	00-20117061-0	31.07	ז	03/05/1990	יוסף יצחק
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
רבינוביץ'	1 / 21			54 -2212103	5520046 - 3
בת ים	מס בית	רחוב	טלפון	טלפון נוסף	

04/11/2021 תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה ישירה: 35722024998

גורם שולח



5722

מספר הפניה



035722024998

תז נבדק



0201170610

מספר רשיון



084712

**לכבוד: מרפאת כף יד
בית חולים**

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70082	L9263	בדיקה רפואית - כירורגיה כף יד	70082

הריני מפנה את המטופל הנל להתייעצות בשל

תלונות
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 23/11/2021
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 18/11/2021
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 17/11/2021
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 11/11/2021
04/11/2021

כוויה לאחר התחשמלות באמה ימין במהלך עבודתו .
מטופל בתבישה
ללא הגבלה באצבעות
תחושה שמורה פיזור RUM למעט קצה אצבעות .
17/11/2021
כאבי גב תחתון
הגבלה לתנועות
18/11/2021
פצעים נראים יותר טוב , מרגיש מעט הגבלה בתנועה
חוסר תחושה פיזור מדיאנוס
23/11/2021
בצלום
09/12/2021
בנוס; לירידה בתחושה פיזור מדיאנוס יש ירידה בתחושה גם פיזור עצב אולרני

ללא חולה מוטורית באנטרינסים
EMG הדגים הפרעה תחותשית במדיאנוס , חשד ללחץ בתעלה קופטלית
אזור מרפק CV 35
מתא-תחושת SANPPING באזור המרפק , בבדיקה ללא סימני חוסר יציבות

אבחנה משוערת		
קוד	איפיון	אבחנה
9490		BURN - NOS
7242		LOW BACK PAIN

דיון/תוכנית טיפולית
דיון/תוכנית טיפולית
ביקורת אחרי ה EMG
ההפניות שהופקו ב 18/11/2021
הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב
23/11/2021
09/12/2021

בעיות פעילות		
מ.גילוי	איפיון	בעיה
20/05/2016	RT	KNEE SYMPTOMS/COMPLAINTS
20/05/2016	RT	S/P PATELLAR SUBLUXATION KNEE
15/11/2018	RT	S/P MPFL RECONSTRUCTION KNEE
04/11/2021	RT FOREARM	ELECTRICAL BURN

בעיות בעבר			
מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
15/11/2018	01/11/2012		REMOVAL OF F.B 5th FINGER Lt. HAND 6/11/2012

רגישויות		
ו/או תופעות לוואי		
רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא יודע		המטופל

רגישויות נוספות		
רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא ידועה		

תרופות קבועות				
ב.ב	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	טבליות	1	MIRTAZAPINE 30MG TAB 30MG
ביום	3	טבליות	1	FEXOFENADINE HCL TAB 180MG 15 180
ביום	2	כמוסות	1	PREGABALIN CAP 75MG 56 75MG

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

ד"ר עבדול עזיז
בית חולים ניש שיבא תל-אשן
ממחה לכירורגיה אורולוגית
המחלקה לכירורגיה של הרך
סניף 2000

תאריך: 09/12/2021

תעודה רפואית נוספת לנפגע בעבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי

פרטי המטופל					
עובד עדי	00-20117061-0	31.07	ז	03/05/1990	יוסף יצחק
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
רבינוביץ'	1 / 21	21	מ	54	3 - 5520046
בית ים	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון	טלפון נוסף
רחוב					

תאריך תאונה: 04/11/2021

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

אבחנות

קוד	איפיון	אבחנה
9490		BURN - NOS

הטיפול הנוכחי:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל

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

מיום 10/12/2021 עד יום 31/12/2021 (בכלל) סה"כ 22 ימים

09/12/2021

09/12/2021

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

חתימה וחותמת הרופא של השירות הרפואי המוסמך

חותמת המרפאה

ד"ר (רופא) עזיז בדיר
 מומחה אורטופד מומחה
 חתום על תעודת רפואית

הזכות לגמלה נקבעת על - ידי המוסד לביטוח לאומי ואין התעודה מקנה זכות זמנית

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

סניף מור ראשון לציון היחידה לאלקטרומויגרפיה

טל: 03 - 9596500

תוצאות בדיקת אלקטרומויגרפיה - E.M.G.

שם נבדק/ת : עובד , עדי , רבינוביץ'
כתובת : בת ים
תאריך בדיקה : 05/12/2021
גורם מפנה: תל אביב-יפו
טלפון: 054 - 2212103
ת.ז.: 201170610
גיל: 31/7
מין: ז'
רופא מפנה/מטפל: ד"ר פרנק
קייז'נר אירינה
שם מדפיסה: לירז
בדיקה קודמת: לא

בדיקת עצבים

SAP (msec)		AMP of SNAP (mV)		F.WAVE (msec)		SPEED (m/sec)		AMP of CMAP (mV)		MOTOR LATENCY (msec)		עצב
שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	
3.4	3.7	36	30	24	26	56	59	7.4	9.4	3.1	3.6	מדיאנוס Median
								8.8	9.5			מתחת למרפק
3.2	3.4	26	16	26	24			9.0	5.8	2.2	2.6	אולנאריס Ulnaris
						54	59	7.6	5.5			מתחת למרפק
						54	35	8.6	5.0			באזור המרפק

סיכום: CTS גבולי תחושתי מימין.
לחץ על עצב אולנרי באזור המרפק מימין.

נמסרה תשובה לנבדק/ת עם סיום הבדיקה.

בברכה,

ד"ר ויצמן נינה
מומחית בנוירולוגיה
מ.ר. 33119 מ.ר.מ. 21679

דו"ח זה מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות. המוסרו שלא כדין עובר עבירה.
יש להעביר תוצאות בדיקה זו בהקדם אל הרופא/ה המפנה.

עמוד 1 מתוך 1

BEILINSON
Rabin Medical Center

בילינסון
אורתופדיה - מנהלת
מרכז רפואי רבין

הופק ע"י ד"ר יהודה חיים מ.ר. 38241 11:38 15/12/2021

סיכום ביקור אמבולטורי

שם משפחה:	עובד	ת. לידה:	03/05/1990	שם פרטי:	עדי
כתובת:	רבינביץ' 1, בת ים 59585	ת. זהות:	20117061-0	מין:	זכר
טלפון:	035520046	גיל:	31	מס' ביקור:	2021949771
סוג דם:		מס' טלפון:	03-9377070	פקס:	03-9377049
מחזור:		מס' טלפון:	03-9377049		
גורם מממן:	תל אביב	מס' טלפון:	03-9377049		
סיבת הפניה/תלונה עיקרית:					

בריא, חשמלאי RHD
בתאריך 4/11/21 התחשמל מכבל חשמל במסגרת עבודתו - באמה ימין. לאחר טיפול ראשוני במיון שוחרר לביתו. מאז הפציעה רדימות לסירוגין לאורך אספקט ולארי-אולנרי של האצמב ואצבעות 3-4-5 עם נימול המעירו משינה. מתר תחושת "קליק" בצד מדיאלי של המרפק כשמכופפו. מטופל ב-PT ללא הטבה. מתאר גם ירידה בכח ביד ושיטת חפצים. טרם חזר לעבודתו.
בדיקה -
אמה ימין -

פצעי כניסה ויציאה סמוכים זה לזה בצד וולארי של האמה כ-3 ס"מ דיסטלית ל-FLEX CREASE.
טינל שלילי ע"פ הצלקות.
ללא דלדול שרירים באמה (נבדקו היפיקי אמות 7 ס"מ דיסטלי למרפק). ללא דלדול שרירים אינטרינזיים.
טינל חיובי ע"פ התעלה הקוביטלית וכן פרוקסימלית אליה, שלילי בגובה FCU. לציין כי טינל חיובי גם משמאל אף חלש הרבה יותר אינני פוטר את האולנריס במהלך טווחי התנועה, אך מדווחת על קליקים בכיפוף המרפק.
כח IO 5/5. איגאוה וורטנברג פרומנט שליליים.
תעלה כפית - טינל דורקין פאלן שליליים.
EMG 5/12/21 (חודש לאחר הפציעה) -
מדיאנס ימין 3.6 3.7
אולנריס CV ימין 35-59
CAMP ימין 5.0
שמאל 3.1 3.4 CAMP ו-SNAP דומים
שמאל 54-54
שמאל 8.6

בשלב זה נראה כי אין חסר מוטורי ולכן ננסה להמתין עם טיפול ניתוחי יש להגיע לביקורת עוד חודשיים וחצי עם:
1. EMG חדש לאולנריס ימין ושמאל כלל בבדיקת מחט ל-FDI/ADM
2. US מרפק ימין בשאלה של תת פריקה של האולנריס

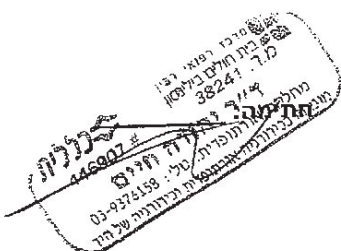
דיווח פעולות:

קוד שירות	כמות	פעולה	תאריך	נרשם ע"י
70082	1	בדיקת רופא כירורג קף יד במרפאה	11:12 15/12/2021	ד"ר יהודה חיים מ.ר. 38241

המשך טיפול:

לא

נחתם ע"י: ד"ר יהודה חיים מ.ר. 38241



לכבוד,
עובד עדי (שם האב: יוסף יצחק)
רבינוביץ' 1/21
בת ים 5958501

בית חולים בילינסון כירורגיה כף יד

מיקום: בניין מרפאות חוץ, קומת קרקע
טלפון: 03-9377070 | פקס: 03-9377049 | דוא"ל: BL2033100@dalit.org.il
מוקד זימון תורים: 03-9376666 | ימים א'-ה' 8:00-16:00

ת.ז. 0020117061

עדי שלום רב,
הנך מוזמן למרפאה כירורגיה של היד- רופא א
ביום ראשון, כ"ו באדר א' תשפ"ב, 27/02/2022, בשעה 09:25.
אנ עושים כל מאמץ לקבלך בזמן, אך יתכן שיחול עיכוב בקבלתך בשל אילוצים שונים.

מה להביא לבדיקה

1. כרטיס מגנטי ותעודת זהות עם תמונה.
2. מכתב הפניה מהרופא המטפל הכולל עדכון מצב רפואי ותרופות.
3. צילומים קודמים במידה ויש.
4. אין צורך בטופס התחייבות.

הערות

1. לבירורים, שימי התור נא להתקשר למרפאה: 03-9377070 / מוקד זימון תורים: 03-9376666.
2. מידע נוסף אודות המרכז הרפואי ניתן למצוא באתר: www.rmc.org.il.
3. לידעתך, זכותך לבקש נוכחות אדם נוסף במהלך בדיקה גופנית ובהתאם לתנאים המקובלים בבי"ח.
4. בכל שיחה שלך עם הצוות המטפל חשוב לשאול שאלות על מצבך הרפואי ועל הטיפול המתוכנן לך.
5. במידה ולא תוצג התחייבות (או הפניה ישירה) ביום קבלתכם לבית החולים, ביה"ח ידרוש תשלום מלא עבור השירות.

בברכת בריאות שלמה

צוות מרפאת כירורגיה יד

09/12/2021 תאריך

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל					
עובד עדי	00-20117061-0	31.07	ז	03/05/1990	יוסף יצחק
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
רבינוביץ'	1 / 21			54 -2212103	5520046 - 3
בית ים	מס בית	רחוב	טלפון	טלפון	טלפון נוסף
ישוב					

04/11/2021 תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה ישירה: 35722024998

גורם שולח
5722

מספר הפניה
035722024998

תז נבדק
0201170610

מספר רשיון
084712

**לכבוד: מרפאת כף יד
בית חולים**

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70082	L9263	בדיקה רפואית - כירורגיה כף יד	70082

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 23/11/2021
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 18/11/2021
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 17/11/2021
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 11/11/2021
04/11/2021
כוויה לאחר התחשמלות באמה ימין במהלך עבודתו .
מטופל בחבישה
ללא הגבלה באצבעות
תחושה שמורה פיזור RUM למעט קצה אצבעות .
17/11/2021
כאבי גב תחתון
הגבלה לתנועות
18/11/2021
פצעים נראים יותר טוב , מרגיש מעט הגבלה בתנועה
חוסר תחושה פיזור מדיאנוס
23/11/2021
בצלום
09/12/2021
בנוס; לירידה בתחושה פיזור מדיאנוס יש ירידה בתחושה גם פיזור עצב אולרני

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
9490		BURN - NOS
7242		LOW BACK PAIN

דיון/תוכנית טיפולית

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 23/11/2021
דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 18/11/2021
ביקורת אחרי ה EMG
ההפניות שהופקו ב 18/11/2021
הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב
23/11/2021
09/12/2021

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
20/05/2016	RT	KNEE SYMPTOMS/COMPLAINTS
20/05/2016	RT	S/P PATELLAR SUBLUXATION KNEE
15/11/2018	RT	S/P MPFL RECONSTRUCTION KNEE
04/11/2021	RT FOREARM	ELECTRICAL BURN

בעיות בעבר

מ.סיים	מ.גילוי	איפיון	בעיה
15/11/2018	01/11/2012		REMOVAL OF F.B 5th FINGER Lt. HAND 6/11/2012

רגישויות

ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא יודע		המטופל

רגישויות נוספות

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא ידועה		

תרופות קבועות

ב...ב	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	טבליות	1	MIRTAZAPINE 30MG TAB 30MG
ביום	3	טבליות	1	FEXOFENADINE HCL TAB 180MG 15 180
ביום	2	כמוסות	1	PREGABALIN CAP 75MG 56 75MG

העתק 12/12/2021

84712

ד"ר (רופא) עבדול עזיז בדיר

העתק הודפס ע"י: ספיר בוחבוט

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

09/12/2021 תאריך

סיכום ביקור

פרטי המטופל					
עובד עדי	00-20117061-0	31.07	ז	03/05/1990	יוסף יצחק
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
רבינוביץ'	1 / 21	21		54 -2212103	5520046 - 3
בת ים	מס בית	רחוב		טלפון	טלפון נוסף
ישוב					

סוג תאונה 2 תאונת עבודה תאריך תאונה 04/11/2021

שלום רב,

תאריך הביקור: 09/12/2021
סוג ביקור: 2 תאונת עבודה
מהות הביקור: רגיל
תלונות/סיבת הפניה: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 23/11/2021
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 18/11/2021
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 17/11/2021
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 11/11/2021
04/11/2021
כוויה לאחר התחשמלות באמה ימין במהלך עבודתו .
מטופל בחבישה
ללא הגבלה באצבעות
תחושה שמורה פיזור RUM למעט קצה אצבעות .
17/11/2021
כאבי גב תחתון
הגבלה לתנועות
18/11/2021
פצעים נראים יותר טוב , מרגיש מעט הגבלה בתנועה
חוסר תחושה פיזור מדיאנוס
23/11/2021
בצלום
09/12/2021
בנוס; לירידה בתחושה פיזור מדיאנוס יש ירידה בתחושה גם פיזור עצב אולרני
ללא חולה מוטורית באנטרינסים
EMG הדגים הפרעה תחותשית במדיאנוס , חשד ללחץ בתעלה קופטלית
אזור המרפק CV 35
מתאר תחושת SANPPING באזור המרפק , בבדיקה ללא סימני חוסר יציבות

קוד	איפיון	אבחנה
9490		BURN - NOS
7242		LOW BACK PAIN

דיון/תוכנית טיפולית: דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 23/11/2021
דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 18/11/2021
ביקורת אחרי ה EMG
ההפניות שהופקו ב 18/11/2021

סניף מור ראשון לציון היחידה לאלקטרומוגרפיה

טל: 03 - 9596500

תוצאות בדיקת אלקטרומוגרפיה - E.M.G.

שם נבדקת : עובד , עדי , רבינוביץ' ,
כתובת : בת ים
תאריך בדיקה : 05/12/2021
שם נבדקת : לא
גיל : 31/7
ת.ז. : 201170610
טלפון : 054 - 2212103
גודס מפנה: תל אביב-יפו
רופא מפנה/מטפל: ד"ר פרנק
קד"ר אירינה
שם מזפסה: לירז

בדיקת עצבים

SAP (msec)		AMP of SNAP (mV)		F.WAVE (msec)		SPEED (m/sec)		AMP of CMAP (mV)		MOTOR LATENCY (msec)		עצב
שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	
3.4	3.7	36	30	24	26	56	59	7.4	9.4	3.1	3.6	מדיאנוס Median
								8.8	9.5			מתחת למרפק
3.2	3.4	26	16	26	24			9.0	5.8	2.2	2.6	אולנאריס Ulnaris
						54	59	7.6	5.5			מתחת למרפק
						54	35	8.6	5.0			באזור המרפק

סיכום: CTS גבולי תחושת מימין.
לחץ על עצב אולנרי באזור המרפק מימין.

נמסרה תשובה לנבדקת עם סיום הבדיקה.

בברכה,

ד"ר ויצמן נינה
מומחית בנורולוגיה
מ.ר 33119 מ.ר.מ 21679

דרי"ת זה מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות. המוסדו שלא כדין עובר עבירה.
יש להעביר תוצאות בדיקה זו בהקדם אל הרופאה המפנה.

עמוד 1 מונך 1

סניף מור ראשון לציון היחידה לאלקטרומויגרפיה

טל: 03 - 9596500

תוצאות בדיקת אלקטרומויגרפיה - E.M.G.

שם נבדק/ת : עובד , עדי , רבינוביץ' , כתובת : בת ים , תאריך בדיקה : 21/02/2022
ת.ז.: 201170610 , טלפון: 054 - 2212103 , גורם מפנה: תל אביב-יפו
גיל: 31/9 , מין: ז , רופא מפנה/מטפל: ד"ר פרנק קיז'נר אירינה , שם מדפיסה: גלית

בדיקה קודמת: כן

בדיקת עצבים

SAP (msec)		AMP of SNAP (mV)		F.WAVE (msec)		SPEED (m/sec)		AMP of CMAP (mV)		MOTOR LATENCY (msec)		עצב
שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	
3.0	3.2	32.0	20.0			54.0	60.0	8.0	4.0	2.7	3.6	מדיאנוס Median
3.4	3.4	80.0	40.0	25.0	26.0			8.0	8.0	2.2	2.6	אולנאריס Ulnaris
						54.0	55.0					מתחת למרפק
						51.0	44.0					באזור המרפק

בדיקת שרירים

צורת פוטנציאלים		גיוס		פעולה ספונטנית		שריר	שורש
שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין		
גדולות בחלקן	גדולות בחלקן	מעט ירוד	ירוד	אין	אין	Deltoid	C5-C6
תקינות	גדולות בחלקן	מלא	מעט ירוד	אין	אין	Dorsal Interossei	C8-T1
תקינות	תקינות	מלא	מעט ירוד	אין	אין	Extensor Digitorum	C7

סיכום: בבדיקת הולכה עצבית בידיים ללא עדות ל CTS.
קיימת תסמונת התעלה הקוביטלית קלה מימין.
בבדיקת מחט חשד לנזק שורשי כרוני C5-C6 משמאל, C5-C8 מימין.
ללא פעילות ספונטנית.
דרושה קורלצייה הדמייתית.

נמסרה תשובה לנבדק/ת עם סיום הבדיקה.

בברכה,

ד"ר סטלה מגיד
מומחית ברפואה פיזיקלית ושיקום
מ.ר. 34747 מ.ר.מ. 31353

דו"ח זה מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות. המוסרו שלא כדין עובר עבירה.
יש להעביר תוצאות בדיקה זו בהקדם אל הרופא/ה המפנה.

עמוד 1 מתוך 1

הפניה לדימויות

פרטי המטופל					עובד עדי	
00-20117061-0	31.09	03/05/1990	יוסף יצחק	שם האב	שם משפחה ושם פרטי	מס זהות
	גיל	ת. לידה	שם האב	שם האב	שם משפחה ושם פרטי	מס זהות
	מין	ת. לידה	שם האב	שם האב	שם משפחה ושם פרטי	מס זהות
1 / 21	מס בית	54 - 2212103	5520046 - 3	טלפון נוסף	רבינוביץ'	רחוב
	מס בית	טלפון	טלפון נוסף	טלפון נוסף	בית ים	ישוב

מספר הפניה ישירה: 35722026472

גורם שולח



5722

מספר הפניה



035722026472

תז נבדק



0201170610

רשיון רופא



084712

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

לכבוד: US מרפק בשאלה של חוסר יציבות של העצב האולנרי בתעלה

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78003	L1028	א.א. US מרפק ימין	10405026

המטופל מתליגן עלי

04/11/2021
 כוויה לאחר התחשמלות באמה ימין במהלך עבודתו.
 מטופל בחבישה
 ללא הגבלה באצבעות
 תחושה שמורה פיזור RUM למעט קצה אצבעות.
 17/11/2021
 כאבי גב תחתון
 הגבלה לתנועות
 18/11/2021
 פצעים נראים יונני טוב, מרגיש מעט הגבלה בתנועה
 חוסר תחושה פיזור מדיאנוס
 23/11/2021
 בצלום
 09/12/2021
 בנוס: לירידה בתחושה פיזור מדיאנוס יש ירידה בתחושה גם פיזור עצב אולרני
 ללא חולה מוטורית באנטרינסים
 EMG הדגים הפרעה תחותשית במדיאנוס, ו חשד ללחץ בתעלה קופטלית

אזור המרפק CV 35
מתאר תחושת SANPPING באזור המרפק , בבדיקה ללא סימני חוסר יציבות
:02/02/2022
נבדק לפני חודש וחצי ע"י מרפאת כף יד בלינסון
והזמן לביקורת לפני בקלת ההחלטה
EMG עדכני כולל בדיקת מעט בשאלה של דנירציה של ה ADM /FDI
US מרפק בשאלה של חוסר יציבות של העצב האולנרי בתעלה

אבחנה משוערת

קוד	אפיין	אבחנה
9490		BURN - NOS
7242		LOW BACK PAIN

בעיות פעילות

מגילוי	אפיין	בעיה
20/05/2016	RT	KNEE SYMPTOMS/COMPLAINTS
20/05/2016	RT	S/P PATELLAR SUBLUXATION KNEE
15/11/2018	RT	S/P MPFL RECONSTRUCTION KNEE
04/11/2021	RT FOREARM	ELECTRICAL BURN
23/01/2022		POST TRAUMATIC STRESS DISORDER - PTSD

רגישויות

ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא יודע		המטופל

רגישויות נוספות

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא ידועה		

תולדות עבר

מ.סיים	מ.גילוי	אפיין	בעיה
15/11/2018	01/11/2012		REMOVAL OF F.B 5th FINGER Lt. HAND
			6/11/2012

CREATININE: 0.84 מתאריך 14/11/2021

ד"ר (רופא) עבדול עזיז בדיר 84712 מספר רשיון
שם הרופא
בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעליה.
פניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת בי"ח
מפורסמת באתר הכללית

תאריך 02/02/2022

הפניה כללית - נוסח חופשי

פרטי המטופל		עובד עדי	
שם משפחה ושם פרטי	00-20117061-0	מס זהות	31.09
שם האב	03/05/1990	ת. לידה	ז מין
בת ים	רבינוביץ'	1 / 21	מס בית
ישוב	רחוב	טלפון	54 -2212103
יוסף יצחק	5520046 - 3	טלפון נוסף	

גורם שולח



5722

מספר הפניה



035722026471

תז נבדק



0201170610

מספר רשיון



084712

לכבוד: EMG עדכני כולל בדיקת מעט בשאלה של דנירוציה של ה ADM / FDI

אבחנה משוערת

קוד	אפיון	אבחנה
9490		BURN - NOS
7242		LOW BACK PAIN

תלונות

04/11/2021
כוויה לאחר התחשמלות באמה ימין במהלך עבודתו .
מטופל בחבישה
ללא הגבלה באצבעות
תחושה שמורה פיזור RUM למעט קצה אצבעות .
17/11/2021
כאבי גב תחתון
הגבלה לתנועות
18/11/2021
פצעים נראים יותר טוב , מרגיש מעט הגבלה בתנועה
חוסר תחושה פיזור מדיאנוס
23/11/2021
בצלום
09/12/2021
בנוס: לירידה בתחושה פיזור מדיאנוס יש ירידה בתחושה גם פיזור עצב אולרני
ללא חולה מוטורית באנטרינסים
EMG הדגים הפרעה תחותשית במדיאנוס , חשד ללחץ בתעלה קופטלית
אזור המרפק CV 35
מתאר תחושת SANPPING באזור המרפק , בבדיקה ללא סימני חוסר יציבות
02/02/2022
נבדק לפני חודש וחצי ע"י מרפאת כף יד בלינסון
והזמן לביקורת לפני בקלת ההחלטה
EMG עדכני כולל בדיקת מעט בשאלה של דנירוציה של ה ADM / FDI

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
20/05/2016	RT	KNEE SYMPTOMS/COMPLAINTS
20/05/2016	RT	S/P PATELLAR SUBLUXATION KNEE
15/11/2018	RT	S/P MPFL RECONSTRUCTION KNEE
04/11/2021	RT FOREARM	ELECTRICAL BURN
23/01/2022		POST TRAUMATIC STRESS DISORDER - PTSD

היסטוריה רפואית- בעיות בעבר

מ.סיים	מ.גילוי	איפיון	בעיה
15/11/2018	01/11/2012		REMOVAL OF FB 5th FINGER Lt. HAND 6/11/2012

רגישות ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י המטופל
לא יודע		

רגישויות נוספות

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא ידועה		

תרופות קבועות

...ב	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופה
ביום	1	טבליות	1	ESCITALOPRAM TAB 10MG 10MG
ביום	1	טבליות	1	MIRTAZAPINE 30MG TAB 30MG
ביום	3	טבליות	1	FEXOFENADINE HCL TAB 180MG 15 180
ביום	2	כמוסות	1	PREGABALIN CAP 75MG 56 75MG

ד"ר עבדול עזיז בדיר
מוקד הרפואה
מספר רשיון 84712

84712

מספר רשיון

ד"ר (רופא) עבדול עזיז בדיר

הופק ע"י ד"ר יורדאש סורין דניאל מ.ר. 28070 27/02/2022 09:27

סיכום ביקור אמבולטורי

שם משפחה:	עובד	ת. לידה:	03/05/1990	מס' ביקור:	2022167875
שם פרטי:	עדי	ת. זהות:	20117061-0	מס' ביקור:	2022167875
כתובת:	רבינוביץ' 1, בת ים 5958501	מין:	זכר	מס' ביקור:	2022167875
טלפון:	035520046	גיל:	31	מס' ביקור:	2022167875
סוג דם:		מראה:		מס' ביקור:	2022167875
מחוז:		שם האב:	יוסף יצחק	מס' ביקור:	2022167875
גורם מממן:	תל אביב			מס' ביקור:	2022167875

סיבת הפניה/תלונה עיקרית

בריא, חשמלאי RHD

בתאריך 4/11/21 התחשמל מכבל חשמל במסגרת עבודתו - באמה ימין. לאחר טיפול ראשוני במיון שוחרר לביתו. מאז הפציעה רדימות לסירוגין לאורך אספקט ולארי-אולנרי של האצמב ואצבעות 3-4-5 עם נימול המעירו משינה. מתר תחושת "קליק" בצד מדיאלי של המרפק כשמכופפו. מטופל ב-PT ללא הטבה. מתאר גם ירידה בכח ביד ושמיתת חפצים. טרם חזר לעבודתו. בדיקה - אמה ימין -

פצעני כניסה ויציאה סמוכין זה לזה בצד וולארי של האמה כ-3 ס"מ דיסטלית ל-FLEX CREASE טינל שלילי ע"פ הצלקות.

ללא דלדול שרירים באמה (נבדקו היפקי אמות 7 ס"מ דיסטלי למרפק). ללא דלדול שרירים אינטרינזיים טינל חיובי ע"פ התעלה הקוביטלית וכן פרוקסימלית אליה, שלילי בגובה FCU. לציין כי טינל חיובי גם משמאל אף חלש הרבה יותר אינני פוטר את האולנריס במהלך טווחי התנועה, אך מדווחת על קליקים בכיפוף המרפק כח 5/5 IO. איגאוה וורטנברג פרומנט שליליים

תעלה כפית - טינל דורקין פאלן שליליים

EMG 5/12/21 (חודש לאחר הפציעה) -

מדיאנוס ימין 3.6 3.7	שמאל 3.1 3.4 CAMP ו-SNAP דומים
אולנריס CV ימין 35-59	שמאל 54-54
CAMP ימין 5.0	שמאל 8.6

בשלב זה נראה כי אין חסר מוטורי ולכן נבסה להמתין עם טיפול ניתוחי יש להגיע לביקורת עוד חודשיים וחצי עם:

1. EMG חדש לאולנריס ימין ושמאל כולל בדיקת מחט ל-FDI/ADM
2. US מרפק ימין בשאלה של תת פריקה של האולנריס

27-2-2022

מספר שיש כאבים

מרפק 0-140 ס.פ. 90 ללא דלדול שרירים קוטר זהה אמה ימין ושמאל 8 ס"מ דיסטלית ל- CUBITAL CREASE אין דלדול כף יד יגווה ופרומנט תקינים

אמג מ 21.2.2022

מדיאנוס 3.6, 2.7, 3.2 ס.פ. 2.2

אולנריס 2.6, 22.2, 3.4, 4.3

סיכום - ללא עדות ל- CTS, תסמונת תעלה קוביטלית קלה, נזק שורשי כרוני צווארי 5-6 ס.פ. 5-8 משמאל בבדיקתמחט

סוגר מרפק ימין 20-2-2022 - ד"ר טרכטנגרץ - ללא ממצא חריג

סוגר כתף ד"ר שרמן 20-2-2022 תקין

לסיכום - שיפור בהולכה עצבית בהשוואה לבדיקה קודמת

המלצה כעת -

1. לבצע EMG ביקורת עוד 4 חודשים

2. לבצע US של העצב האולנרי לראות אם יש SNAPPING - מבקש לבצע ימין ושמאל. כדאי לבצע במסגרת בית חולים מאחר שלא נעשה בצורה מלאה מקודם.

3. מעקב עם התשובות

דיווח פעולות:

קוד שירות	כמות	פעולה	תאריך	נרשם ע"י
70082	1	בדיקת רופא כירורג כף יד במרפאה	09:27 27/02/2022	ד"ר יורדאש סורין דניאל מ.ר. 28070

סיכום ביקור אמבולטורי

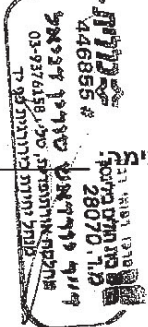
שם משפחה:	עובד	תאריך לידה:	03/05/1990
שם פרטי:	עדי	ת. זהות:	20117061-0
סוג דם:	שם האב:	יוסף יצחק	

:
 מרפאת כירורגית כף יד
 דר' יורדאש סורין דניאל מ.ר. 28070:
 אח/אחות אחראיים: מרינה אג'סון
 מס' ביקור: 2022167875

המשך טיפול:

שם פעולה	קוד פעולה	מועד המשך טיפול	הערות
אורתופדיה כף יד	6010171	4 חודשים	

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



חתימה:

לכבוד

הרומא המנהל

ד"ר נבדק

הנדון: ע"י עובד ת.ג. 2011/2022

הבדיקה בוצעה במסגרת סניף 10000 בתאריך: 20/02/2022

להלן תוצאות בדיקת העל פולקס על סוגי יסין

החישוב לגיוס הבדיקה - כאן

אין לראות נול עודף במסר.

אזור מוצא הנדלים והרצועות המיושבות הודגם שמו.

אזור מוצא הנדלים והרצועות המיושבות הודגם שמו.

גיד המיושבות הודגם שמו.

אין לראות נול באוקרנו בריס.

לסיכום: ללא ממצא חריג

60.0.1.00

קודח על הנגזית הנבדק
ובכרסת.

מונח ע"י: ד"ר ויקטוריה טריסטורץ מ.ר. 10045

מונח לדיפלומט אברהם מ.ר. 14814

הוקלד ע"י: טריסטורץ ויקטוריה

התשובה חתומה: אלקטרונית ע"י הדיפלומט הממונה



מרכז יום לאחריהם ויחסי ביטחון

20/02/2022

17:06

למסד

הרומה המסד

ד"ר נבדד

הנדון: ע"י עופר ת.א. 20/02/2022

הבדיקה בוצעה במסגרת סיוע חלילה בהתאם, 20/02/2022

להלן תמצית בדיקה דאגה ודאגה על סמך יסוד

הסיבה לבירור הבדיקה – תפס תפסות

ACJ: 2.0.0

Rotator Cuff

Infraspinatus: בעומק וסידור תקינה, אין תפסות בעומק תוך-סמית

Supraspinatus: בעומק וסידור תקינה, אין תפסות בעומק

Subscapularis: בעומק וסידור תקינה, אין תפסות בעומק

Subdeltoid and Subacromial Bursa: אין תפסות בעומק

Biceps Tendon: בעומק וסידור תקינה

הממצא הנראה תקין

2.1.00

תודה על תפסות הנבדק
ונבדק

ממצא ע"י: ד"ר אימור קרמון 2.1.00

ממצא לרדיולוגיה מבחנתית 2.1.00

הוקדד ע"י: קרמון אימור

התקצפת התומה אלקטרונית ע"י הרדיולוגיה המפגשת

רח' הרבי מבכרך 5, תל אביב
טל': 03-5151111
פקס: 03-6817546

משרד הבריאות, מרכז קהילתי לבריאות הנפש - יפו
מרפאת מבוגרים יפו



סודי רפואי

בתאריך:
18/09/2022

סיכום ביקור 069949/22/1

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א-1981 ואין למסור אותו ו/או את תוכנו ו/או איזה פרט שהוא ממנו לכל אדם ו/או גוף אלא בהתאם להוראות החוק. מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלה, מהווה עבירה.
מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא המטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי.



זכר, גיל בקבלתו: 32, ת.לידה: 03/05/1990

0-20117061 עובד עדי

רבינוביץ' 1, בת ים 5958501, 0542212103, שם תאב: יוסף יצחק, ארץ לידה: ישראל

18/09/2022, כללית

אבחנות

ADJUSTMENT DISORDERS

F432

לא ידועה רגישות

רגישויות

תוכן הביקור

מקום הביקור: במרפאה

הגיע לפי הזמון.

בבדיקה: מסודר. מתמצא בכל המובנים. אפקט תואם ומתגוון. חשיבה מאורגנת. שולל
וללא עדות למחשבות שווא או להפרעות בפרצפציה. מדווח על התקפים של צמרמורות,
ופחד לגעת בחשמל. עובד כמנהל עבודה באותו חברה. עדיין מקבל טיפול בקנאביס
רפואי מאורתופד. ולל מחשבות או כוונות לפגוע בעצמו או באדם אחר. מעוניין בטיפול
פסיכולוגי.

המלצות: המשך מעקב פסיכיאטרי לפי הצורך

טיפול פסיכולוגי- נשלח מייל לפזית עם שאלה לגבי תחילת הטיפול.

בדיקות דם זאק"ג

יעוץ קרדיולוג

מעקב רופא משפחה

בכל החמרה יש לפנות לרופא.

מסכם

ד"ר אגותה שניצמן
מומחית בפסיכיאטריה
מרמ 22815
מרכז קהילתי לבריאות הנפש - יפו
ד"ר אגותה שניצמן
מס.רשיון: 33419 מס.ממ"מ: 22815



*** מידע חסוי ***

תאריך 04.09.23

אישור השתתפות בקבוצה טיפולית

מר עובד עדי בעל תעודת זהות מספר 20117061-0

כתובת רבינוביץ' 1, בת ים

משתתף בקבוצה טיפולית המתקיימת בין התאריכים:

31.10.22 עד 4.9.23

בכבוד רב,

שם החותם: ש. נאסר קינר

תפקיד: ע"ס

חתימה: [חתימה]

משרד הבריאות
מרכז קהילתי לבריאות הנפש יפו
רחוב הרבי מבכרך 5 תל אביב
טל' 03-5151182/25 פקס: 03-6817546

המרכז הקהילתי לבריאות הנפש יפו
רח' הרבי מבכרך 5 תל-אביב
טל. 035151144/125/106 פקס 036817546

תוצאות בדיקת אלקטרומיוגרפיה - E.M.G.

שם נבדק/ת : עובד , עדי , רבינוביץ' 0001
כתובת : בת ים
תאריך בדיקה: 06/02/2023
גורם מפנה: תל אביב-יפו
רופא מפנה/מטפל: ד"ר באאזוב מננה
שם מדפיסה: גל
בדיקה קודמת: כן 06/2022

בדיקת עצבים

SAP (msec)		AMP of SNAP (mV)		F.WAVE (msec)		SPEED (m/sec)		AMP of CMAP (mV)		MOTOR LATENCY (msec)		עצב
שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	
3.5	3.6	46.0	26.0			56.0	60.0	10.9	8.7	3.2	3.7	מדיאנוס Median
												באזר המרפק
3.2	3.5	22.0	17.0	31.0	31.0			7.1	10.5	3.4	3.2	אולנאריס Ulnaris
						56.0	64.0					מתחת למרפק
						52.0	35.0					באיזור המרפק

בדיקת שרירים

שורש		שריר		פעולה ספונטנית		גיוס		צורת פוטנציאלים	
				ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל
C5-C6	Deltoid	שקט	שקט	מלא	מלא	תקינים	תקינים	תקינים	תקינים
C4-C5	Supraspinatus	שקט	שקט	מלא	מלא	תקינים	תקינים	תקינים	תקינים
C8-T1	Dorsal Interossei	שקט	שקט	מלא	מלא	תקינים	תקינים	תקינים	תקינים
C7	Extensor Digitorum	שקט	שקט	מלא	מלא	תקינים	תקינים	תקינים	תקינים

סיכום : בבדיקת עצבית הולכה עצבית בידיים ללא עדות ל - CTS .
קיימת תסמונת התעלה הקוביטלית קלה מימין .
בדיקת מחט תקינה .

נמסרה תשובה לנבדק/ת עם סיום הבדיקה.

בברכה,

ד"ר סטלה מגיד
מומחית ברפואה פיזיקלית ושיקום
מ.ר. 34747 מ.ר.מ. 31353

דו"ח זה מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות. המוסדו שלא כדין עובר עבירה.
יש להעביר תוצאות בדיקה זו בהקדם אל הרופא/ה המפנה.

עמוד 1 מתוך 1

הופק ע"ד ר' יהודה חיים מ.ר. 38241 19/02/2023 12:25

סיכום ביקור אמבולטורי

שם משפחה:	עובד	ת. לידה:	03/05/1990	מספר:	20117061-0
שם פרטי:	עדי	ת. זהות:	20117061-0	מספר:	20117061-0
כתובת:	רבינוביץ' 1 בת ים 5958501	מין:	זכר	מספר:	20117061-0
טלפון:	035520046	גיל:	32	מספר:	20117061-0
סוג דם:		מספר:		מספר:	20117061-0
מחוז:		מספר:		מספר:	20117061-0
גורם מממן:	תל אביב	מספר:		מספר:	20117061-0
שם האב:	יוסף יצחק	מספר:		מספר:	20117061-0

סיבת הפניה/תלונה עיקרית

בריא, חשמלאי RHD
בתאריך 4/11/21 התחשמל מכבל חשמל במסגרת עבודתו - באמה ימין. לאחר טיפול ראשוני במיון שוחרר לביתו. מאז הפציעה רדימות לסירוגין לאורך אספקט ולארי-אולנרי של של האמה ואצבעות 3-4-5 עם נימול המעיר משינה. מתאר תחושת "קליק" בצד מדיאלי של המרפק כשמכופפו. מטופל ב-PT ללא הטבה. מתאר גם ירידה בכח ביד ושמיתת חפצים. טרם חזר לעבודתו.
בדיקה -
אמה ימין -

פצעי כניסה ויציאה סמוכין זה לזה בצד וולארי של האמה כ-3 ס"מ דיסטלית ל-FLEX CREASE
טינל שלילי ע"פ הצלקות.
ללא דלדול שרירים באמה (נבדקו היקפי אמות 7 ס"מ דיסטלי למרפק). ללא דלדול שרירים אינטרינזיים
טינל חיובי ע"פ התעלה הקוביטלית וכן פרוקסימלית אליה, שלילי בגובה FCU. לציון כי טינל חיובי גם משמאל אף חלש הרבה יותר
אינני פורק את האולנריס במהלך טווחי התנועה, אך מדווח על קליקים בכיוון המרפק
כח IO 5/5. איגאוזה וורטנברג פרומנט שליליים
תעלה כפית - טינל דורקין פאלן שליליים
EMG 5/12/21 (חודש לאחר הפציעה) -
מדיאנוס ימין 3.6 3.7
שמאל 3.1 3.4 CAMP ו-SNAP דומים

אולנריס CV ימין 35-59
CAMP ימין 5.0
שמאל 54-54
שמאל 8.6
בשלב זה נראה כי אין חסר מוטורי ולכן ננסה להמתין עם טיפול ניתוחי
יש להגיע לביקורת עוד חודשיים וחצי עם:
1. EMG חדש לאולנריס ימין ושמאל סלל בדיקת מחט ל-FDI/ADM
2. US מרפק ימין בשאלה של תת פריקה של האולנריס

27-2-2022
מספר שיש כאבים
מרפק 0-140 פ.ס 90 ללא דלדול שרירים קוטר זהה אמה ימין ושמאל 8 ס"מ דיסטלית ל- CUBITAL CREASE
אין דלדול כף יד יגווה ופרומנט תקינים

אמג מ 21.2.2022
מדיאנוס 2.2, 3.2 ס 2.7, 3.6
אולנריס 2.6, 2.2 ס 3.4, 4.3
סיכום - ללא עדות ל- CTS, תסמונת תעלה קוביטלית קלה, נזק שורשי כרוני צווארי 5-6 ס משמאל 5-8 ס משמאל בבדיקת מחט

סוג מרפק ימין 20-2-2022 - ד"ר טרכטגרץ' - ללא ממצא חריג
סוג כתף ד"ר שרמן 20-2-2022 תקין

לסיכום - שיפור בהולכה עצבית בהשוואה לבדיקה קודמת

המלצה כעת -
1. לבצע EMG ביקורת עוד 4 חודשים
2. לבצע US של העצב האולנרי לראות אם יש SNAPPING - מבקש לבצע ימין ושמאל. כדאי לבצע במסגרת בית חולים מאחר שלא נעשה בצורה מלאה מקודם.
3. מעקב עם התשובות

17.7.22
עדיין כאבים מעירים משינה ועייפות ביד אחרי חזרה של פעילות, נימול לפי פיזור אולנרי

סיכום ביקור אמבולטורי

שם משפחה:	שם פרטי:	סוג דם:	עובד:	תאריך לידה:	ת. זהות:	שם האב:	יוסף יצחק
03/05/1990	20117061-0						

מס' ביקור: 2023133044

מרפאת כירורגית כף יד
דר' יורדאש סורין דניאל מ.ר. 28070
אח/אחות אחראיים: מרינה אג'סון

US יד ימין בלבד - ללא עדות ל SNAPPING, העצב האולנרי קצת מעובה, ללא עדות ללחץ מעליו, המיקום תקין
EMG ללא עדות לנזק עצבי
אין דלדול שרירים
טינלשילי מעל לצלקת
אין חסר מוטורית דיסטלי
MRI עמש - ללא עדות ללחץ פורמינלי או מרכזי

הוסבר למטופל אודות הממצאים הוסבר כי התלונות מתאימות לפגיעה מהזרם החשמלי הראשוני, הוסבר כי בשלב זה ובהעדר חסר מוטורי אלא תחושת בלבד, ההמלצה היא מעקב וסיכוי טוב כי התלונות יפחתו עם הזמן, אלא אם המטופל מעוניין באקספלורציה של העצב האולנרי וכי לא בטוח כי טיפול זה ישפור את תלונותיו המטופל מעוניין בשלב זה במעקב

המלצות

טיפול משלים להפחתת הכאבים כולל מרפאת כאב ודיקור סיני
פיזיותרפיה ורפוי בעיסוק - חיזוק שרירים ושימור טווחים
ביקורת כאן בעוד 4 חודשים

20/11/22

ממשיך להליך על תחושת "קליק" כאשר מכופף את המרפק באספקט המדיאלי
מתאר נמול לאורך כל הזרוע והאמה בצד האולנרי - מתאר נמול גם פרוקסימאלית לנקודת הגיעה במרפק
ללא דלדול שרירי, ללא טינל באזור קוביטל פוסה, ללא SNAPPING קליני
מבחנים אולנריים תקינים - אוגוה, פינקלשטיין
מתאר ירידה בתחושה בפיזור אולנרי וכן מדיאנוס

היקפים - מעל מרפק R + L 23.5 CM
מתחת למרפק L 20 CM
R 21 CM

לסיכום - באבחנה מבדלת בין SNAPPING של ULNAR מול הטרייפס המדיאלי
1. השלמת US מרפק ימין בביהח בלינסון
2. בדיקת EMG חוזרת גפיים עליונות

ביקורת מרפאתנו שלושה חודשים

19/2/23

כיום שנה 3+ מהחבלה. מלין כל רגידמות בעיקר סביב המרפק, בזמן כיפוף ואונעלם בזמן יישור. הנימול קורן דיסטלית עד לאתבעות
4+5 מלווה ברדימות. הפסיק אימון גופני ונעת אין תחושות ה"קליק"
אולנריס CV - ימין 35-64 שמאל 52-56
בדיקת המחט ללא עדות לרדיקולופתיה
US - בוצעה בדיקה דינמית - ללא פריקה של האולנריס או ה-TC

מעל שנה מהפציעה, עדיין תלונות סנסוריות ללא ישפור בהשוואה ל-EMG מלאחר החבלה.
הצעת למטופל ניתוח בהרדמה כללית לשחרור העצב +/- העברה קדמית בהתאם לממצאי הניתוח מעוניין לשקול

דיווח פעולות:

קוד שירות	כמות	פעולה	תאריך	גרשם ע"י
70082	1	בדיקת רופא כירורג כף יד במרפאה	12:10 19/02/2023	דר' יהודה חיים מ.ר. 38241

סיכום ביקור אמבולטורי

שם משפחה:	עובד	תאריך לידה:	03/05/1990
שם פרטי:	עדי	ת. זהות:	20117061-0
סוג דם:	שם האב:	יוסף יצחק	

מרפאת כירורגית כף יד
דר' יורדאש סורין דניאל מ.ר. 28070 :
אח/אחות אחראיים: מרינה אג'סון
מס' ביקור: 2023133044

המשך טיפול:

--
לא

נחתם ע"י: דר' יהודה חיים מ.ר. 38241

