

תאריך: 12/08/2025

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	קבלה מורן	מס זהות: 00204597454	גיל: 32.02	מין: נ
ת.לידה: 14/06/1993	ישוב: נתניה	רחוב: מוהליבר	טלפון נוסף: 53-3329649	מס בית: 32	טלפון: 53-3329649

מספר הפניה ישירה: 35142101468

גורם שולח



5142

מספר הפניה



035142101468

תז נבדק



0204597454

מספר רשיון



136705

לכבוד: תעסוקתי

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70005	99242	בדיקה רפואית - רפואה תעסוקתית	700052

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 05/01/2025

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 11/10/2024

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 07/08/2024

לאחר יעוץ אורתופד

ת"ד 23/05/2023 רכב פגיע ברכב בו נסעה חזיתית, נבדקה במיון לניאדן, כאבי

גב נמשכו לאחר התאונה, טופלה בפיזיותרפיה, מטפלת במשככי כאב, עדיין

כאבי גב תחתון, מוגבלת בעמידה ממושכת, הקרנה לרגל ימין

ממליץ להשלים:

1- x. עמ"ש מותני FLEXION EXTENSION

2- MRI עמ"ש מותני

3- בירור וייעוץ ריאמטולוג בשאלה של ספונדילוארתרופטי

4- ביקורת לאחר מיכן

11/10/2024

05/01/2025

מופנת לרופא תעסוקתי

12/08/2025

בת 32 - דועה על קיפוזיס, בלטי דיסק עמ, ש,

מתלוננת על כאבי גב

סימנים חיוניים: גובה 162 12/10/2023 משקל 71 02/02/2024 bmi 27.05

לחץ דם 73 / 124 07/03/2024

דופק 100 07/03/2024

12/12/2022 מתאריך 124.52 eGFR

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
		MVA - CONTUSION BACK
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS

דיון/תוכנית טיפולית:

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 05/01/2025

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 11/10/2024

ההפניות שהופקו ב 07/08/2024

הפניה לדימוות - 78183-צילום עמוד שדרה מותנ, הפניה לדימוות - 78549-ת.מ.

MRI בדיקת עמוד, הפניה למעבדה - ביוכימיה, שתן כללי, המטולוגיה, סרו-

ההפניות שהופקו ב 11/10/2024:
הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב
05/01/2025:

ההפניות שהופקו ב 05/01/2025:
הפניה לרפואה יועצת - 70005-בדיקה רפואית - רפואה
12/08/2025:

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/04/2013		SCOLIOSIS
06/12/2022		VITAMIN D DEFICIENCY
20/06/2023		KYPHOSIS
20/06/2023		DISC LESIONS
02/02/2024		HEMANGIOMA OF LIVER

בעיות בעבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
24/12/2021	09/03/2020		Normal color Doppler fetal echocardiogram

רגישויות ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
אינו ידוע		המטופל

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	קפליות	1	ROKACET PLUS CAP (D) CF
ביום	1	טבליות	1	ZALDIAR 37.5MG/325MG (20) TAB 37.5MG/325MG
בשבוע	3	מיליט		BETAMETHASONE VALERATE SOL 0.1 0.1%
בשבוע	3	חפיפות	2%	KETOCONAZOLE SHP 2% 100ML
ביום	0	טבליות	0	YAZ PLUS TAB 28 CF
ביום	1	יחידות	1	VITAMIN D3 D.H CHEW.GUM 1000IU 1000IU
ביום	1	מיליטר	1	SPATONE APPLE IRON LIQ 28X25ML
ביום	1	שקית אבקה	1	IRON COMFORT (ALTM.) STICK PWD

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

מוחמד מנסור	136705	**נחתם דיגיטלית**
שם הרופא	מספר רשיון	חתימה וחותמת הרופא

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