

תאריך ושעת ההדפסה: 11/01/2026 10:43

חסוי רפואי



THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
TEL AVIV SOURASKY MEDICAL CENTER
Affiliated with Gray Faculty of Medical & Health Science
Tel-Aviv University
6 Weizmann St. Tel-Aviv 6423906
Tel: 03-6974444

המרכז הרפואי תל-אביב
ע"ש סוראסקי
איכילוב
www.tasmc.org.il

מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
מסונף לפקולטה למדעי הרפואה והבריאות ע"ש גרין
אוניברסיטת תל-אביב
רח' ויצמן 6, תל-אביב 6423906
טל: 03-6974444

מערך המחלקה לרפואה דחופה

שחרור רפואי

שם יחידה: המחלקה לרפואה דחופה	מנהל/ת מחלקה: דר' מרקוביץ מיכאל מ.ר. 143791	אח/ות אחראית: גב' ויקטוריה גרינברג
טלפון: 03-6973232	פקס: 03-6973652	דוא"ל:

שם משפחה: עמרם	שם פרטי: דוד	ת.ז.: 58231788
תאריך לידה: 26/07/1963	גיל: 62	טלפון: 052-6222355
מין: זכר	מבוטח בקופה: כללית	כתובת: שייקה דן 13 תל אביב - יפו 6765913 תל אביב-יפו

נתוני ביקור - תאריך ושעת קבלה: 11/01/2026 09:49 מספר מקרה: 13628139

סיום טיפול במלר"ד: שחרור

מחלה נוכחית

בן 62 בריא
עובד עירייה

לדבריו, היום במהלך העבודה נפל ונחבל חבלה מבודדת למרפק ימין לאחר האירוע כאבים וקושי בהנעה.

בבדיקה - נפיחות ע"פ מרפק ימין, ללא דפורמציה וללא המטומה.
ללא רגישות ע"פ אולקרנון. ישנה רגישות ע"פ ראש רדיוס. ללא רגישות ע"פ אפיקונדיילים.
טווחי תנועה מוגבלים עקב כאב.
שמור NV.

בצילום - שבר ראש רדיוס, מייסון 1

הושם במתלה.

אבחנות במיון

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P	Rec
21-B2 PROXIMAL RADIUS FRACTURE INTRA ARTICULAR & ULNA INTACT (RADIAL HEAD FRACTURE)	813.07			✓			

לא ידועה רגישות לתרופות

נתונים קליניים

מדדים

תאריך ושעה	כאב
10:15 11/01/2026	8
מדדים לרופא מרדים	
תאריך ושעה	כאב
10:15 11/01/2026	8

שם: דוד עמרם	ת"ז: 58231788	מקרה:	מחלקה: המחלקה לרפואה דחופה
--------------	---------------	-------	----------------------------

ביצוע תרופות

תרופה	תזמון מהוראה	תאריך ושעה	צורת מינון ומינון
IBUFEN CPL 400 mg	Once	10:15 11/01/2026 שיוביץ נטע	CPL 400 mg P.O

המלצות כלליות

1. בגד כאבים לפי הצורך עם אקמול או אופטלגין 1 ג' עד 3 פעמים ביום
2. המשך מעקב רופא מטפל
3. ביקורת אורטופד, מומחה כף יד בקופ"ח עוד שבוע עם צילום ביקורת
4. יד במתלה משך שלושה ימים, לאחר מכן יש להתחיל הפעלה הדרגתית של היד ושיפור טווחי תנועה
5. בהחמרה בכאב, נפיחות או כל החמרה אחרת לפנות לרופא
6. המלצה לריפוי בעיסוק בהקדם
7. המלצה לפיזיותרפיה בהקדם האפשרי
8. מנוחה שבועיים
9. הפעלת יד לפי יכולת
10. קומפרסים מקומיים קרים

הדרכה סיעודית בשחרור

המטופל הודרך לשחרור בהתאם להמלצות הרופא המטופל הודרך לשחרור בהתאם להמלצות הרופא

חתימת אחות משחררת

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
בילקובסקי סבטלנה מ.ר. 160743	אח/ת משחררת	11/01/2026 10:43

רופאה משחררת

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
ד"ר עבאדי מוחמד מ.ר. 173355	רופאה משחררת	11/01/2026 10:39

המשך מעקב רופא מטפל לפי הצורך, בכל החמרה יש לפנות לרופא בהקדם

בפנייה חוזרת למיון או בפנותך למרפאה אליה הוזמנת, עליך להצטייד בהתחייבות כספית או בתשלום כספי.

לקראת חזרתך הביתה ולשם שמירה על הרצף הטיפולי וחזרה לתפקוד מיטבי, מומלצת החלמה ביתית בליווי רפואי. למידע נוסף קישור לאתר איכילוב הום: <https://www.tasmc.org.il/ichilov-home/Pages/home-care.aspx>



תאריך: 14/01/2026

הפניה לפיזיותרפיה

(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	עמרם דוד	מס זהות:	00058231788	גיל:	62.06	מין:	ז
ת.לידה:	26/07/1963	ישוב:	תל אביב -	רחוב:	שייקה דן	טלפון נוסף:	3- 7392050	
מס בית:	13	טלפון:	52- 6222355					

11/01/2026 תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

33288509952

מספר הפניה:

גורם שולח



3288

מספר הפניה



033288509952

תז נבדק



58231788

מספר רשיון



108090

לכבוד: פיזיותרפיה

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
80015	97004	פיזיותרפיה אבחון ובניית תכנית טיפול	80015

FRACTURE RADIUS HEAD CLOSED

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה ב-11/1/2026 ת. עבודה - FRACTURE HEAD OF RADIUS MAISON 1 RT

היה במיון - בטיפול במתלה
עדיין כאבים

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
07/09/2016		ANXIETY DISORDER/ANXIETY STATE
01/01/1987		SMOKER
01/11/2009		NEPHROLITHIASIS
23/02/2020		VITAMIN B12 DEFICIENCY
03/03/2020		PRE DIABETES

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	טבליות	1	ESCITALOPRAM TAB 10MG 10MG
ביום	1	טבליות	1	CYANOCOBALAMIN SUBLINGUAL TAB 1000MCG
ביום	1	טבליות	1	ATORVASTATIN TAB 40MG 40MG
ביום	1	טבליות	1	ZOLPIDEM TARTRATE 10MG TAB 10MG
ביום	1	טבליות	1	CIALIS 20 MG (8) TAB 20MG

ממצאים קליניים לא BLOCK

מטרת הבדיקה: חזוק שרירים + ROM לאחר שבר

ד"ר קירסטין הוסם הוים

נחתם דיגיטלית

108090

חתימה וחוקתמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

22.2
10.00

תאריך: 14/01/2026

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	עמרם דוד	מס זהות:	00058231788	גיל:	62.06	מין:	ז
ת.לידה:	26/07/1963	ישוב:	תל אביב -	רחוב:	שייקה דן	טלפון נוסף:	3- 7392050	
מס בית:	13	טלפון:	52- 6222355					

תאריך תאונה: 11/01/2026

2 תאונת עבודה

סוג תאונה:

אבחנות

קוד	איפיון	אבחנה
8130	RT	FRACTURE RADIUS HEAD CLOSED

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל:

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

מיום 11/01/2026 עד יום 11/03/2026 (בכלל) סה"כ 60 ימים
14/01/2026 14/01/2026

תאריך מתן התעודה ת. הבדיקה

מגדל המאה - מרכז מקצועי - תל אביב

ד"ר קירסטין הוסם היום **נחתם דיגיטלית**

חותמת המרפאה חתימה וחותמת הרופא של השרות הרפואי המוסמך

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

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

תאריך: 18/01/2026

הפניה לדימות

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	עמרי דוד	מס זהות:	00058231788	גיל:	62.06	מין:	ז
ת. לידה:	26/07/1963	ישוב:	תל אביב -	רחוב:	שייקה דן	טלפון נוסף:	3- 7392050	
מס בית:	13	טלפון:	52- 6222355					

מספר הפניה ישירה: 35205030044

גורם שולח



5205

מספר הפניה



035205030044

תז נבדק



58231788

מספר רשיון



161054

ביום הבדיקה, נא לפנות למשרד מכון-הרנטגן והדימות כ- 15 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה.
נא להגיע עם טופס ההפניה, מסמכים רלוונטיים וצלומים קודמים.
לנשים בלבד!
אם הינך בהריון או במצב של אפשרות להריון, חובה עליך ליידע את הרופא המפנה לבדיקה ואת הצוות המבצע במכון הרנטגן והדימות.
נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין תור לבדיקה ב- 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

לכבוד: אולטרסאונד כתף ימין.

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78003	US, s.a. CT028	כתף ימין	10405031

המטופל מתלונן על

ביקור מינהלי

ביקור היכרות:

גרש + 2 ילדות + 2 נכדות.

עובד עירייה - תברואה.

ברקע: טרום סוכרת, חרדות, ללא ניתוחים ללא תרופות קבועות או רגישויות.

הרגלי חיים: 1.פע גופנית- הליכות 2. עישון 35-שנות קופסא. 3. אלוהול- לא

FHX: ללא רקע משפחתי לממאירות או מחלות CVD.

סקרנו ועדכנו רשומת תרופות קבועות שנוטל.

11.1.26 - במהלך העבודה נחבל מפרק ימין + כתף ימין + צלעות ימין

בצילום - שבר רדיוס, מייסון 1.

הושם מתלה

נבדק עי אוטורפד קיבל 60 ימי מחלה. בקופח. והופנה ל PT. - דר קירסטין

מטופל באדוויל - עם הטבה.

סימנים חיוניים גובה 160 נמדד ב: 07/02/2023 משקל 63 נמדד ב: 18/10/2025 BMI 24.61

לחץ דם 120 / 70 נמדד ב: 18/10/2025

דופק 77 נמדד ב: 28/12/2021

03/06/2024 מתאריך: 80.95 eGFR

ממצאים עיקריים יד ימין הגבלה ב ROM + רגישות לאורך מפרק זרוע. אמה וכתף.
שטף דם ב מפרק.

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
8130		FRACTURE RADIUS

דיון/תוכנית טיפולית

אולטרסאונד כתף ימין.
סקר דם סמוי + מעבדה רוטינה.

בעיות פעילות

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לדימות

18/01/2026

הודפס ע"י ד"ר יואב ברגר

00058231788

עמרי דוד