



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

באתר
מבלי לפגוע בזכויות

ינואר 2026 27
Office@freiberg-law.com

תזכורת

פרייברג רסקין
משרד עורכי דין

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד



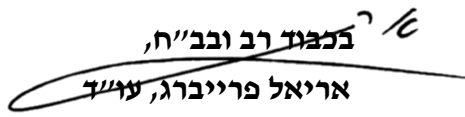
לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
ענף נפגעי עבודה
באמצעות האתר

ח"נ שלום רב,

תאונה מיום 6/8/24
הנפגע: יואל אלחנן כהן, ת"ז 322699901

1. מצ"ב טופס תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה בצירוף מסמכים רפואיים.

2. אודה לעיונכם וטיפולכם המסור באישור תביעת מרשי וזימונו לוועדה.


אריאל פרייברג, עו"ד
פרייברג רסקין עורכי דין



תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה ולתשלום גמלת נכות מעבודה

את התביעה יכול להגיש רק מי שאושרה תביעתו לדמי פגיעה עקב התאונה.

הגשת תביעה לנכות מעבודה

גמלת נכות מעבודה משולמת למי שהוכר על ידי הביטוח הלאומי כנפגע בעבודה, ונותרה לו נכות עקב הפגיעה. על המבוטח להופיע בפני ועדה רפואית שתקבע את דרגת נכותו, ובהתאם לכך תשלום לו קצבה חודשית או מענק, לפי הוראות החוק. שים לב, גם אם חזרת לעבודה או לא נעדרת מהעבודה, אתה יכול להגיש תביעה לגמלת נכות מעבודה.

חובה לצרף לטופס זה

- ➔ מסמך רפואי מהרופא המומחה שטיפל בך בקופת חולים או בבית חולים, עבור כל מגבלה או בעיה רפואית שתציין בטופס התביעה ואשר טרם הובאה לידיעת ביטוח לאומי.
- ➔ 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 לצרף טופס בל/73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".
- ➔ אישורים לפי הנדרש בטופס התביעה.

כיצד יש להגיש את התביעה

- ➔ יש למלא את התביעה על פי ההנחיות הרשומות בה ולצרף אישורים נוספים על פי הנדרש בתביעה.
- ➔ את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:
 - למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי www.btl.gov.il ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסניף המטפל.
 - למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
 - לשלוח בדואר או בפקס או להניח בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- ➔ לשאלות וברורים ניתן להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.

על פי חוק, הקצבה תאושר לכל היותר עבור 12 החודשים שקדמו להגשת התביעה.

לידיעתך!

- ➔ לאחר הגשת התביעה תוזמן לבדיקה בוועדה רפואית. זימונה לוועדה יתאפשר רק לאחר שתמציא מסמכים רפואיים עבור כל המגבלות שתציין בסעיף 5.
- ➔ באפשרותך לקבל שירותי ייעוץ והכנה לוועדה הרפואית, ללא תשלום, במרכז יד מכוונת. לקביעת פגישה יש להתקשר לטלפון *2496.
- ➔ מידע על מקבלי גמלת נכות מעבודה מועבר לגורמים שונים לצורך מיצוי זכויות.
- ➔ לשאלות וברורים ניתן להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט/ יצירת קשר.
- ➔ מידע מורחב על קצבת נכות מעבודה מופיע באתר הביטוח הלאומי/ קצבאות והטבות/ נכות מעבודה.

עמוד 1 מתוך 5

322649901

נא למלא מספר תעודת זהות

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

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



תביעה לקביעת דרגת נכות
מעבודה ולתשלום גמלת
נכות מעבודה

פרטי התובע

1

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
כהן	יואל אלחנן	322649901
מין	מספר אישי בצה"ל	תאריך לידה
☒ זכר ☐ נקבה		12062000 שנה חודש יום
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)		
רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה
דרכה ירחק שנה	66	
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:
	0528051512	@
אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – אנא השלם את הפרטים הבאים:		
שם משפחה של איש קשר	שם פרטי של איש קשר	מס' זהות של 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 מהכתובת הרשומה למעלה)		
רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה
דרכה סוף	6	

פרטי הפגיעה

2

תאריך הפגיעה	תאריך הפגיעה
1060182024	1060182024
שנה חודש יום	שנה חודש יום
פרטים על הפגיעה	פרטים על הפגיעה
זריח חזרה מהחזרה, ריכז קטלן נלחם ז' ונחלתי	זריח חזרה מהחזרה, ריכז קטלן נלחם ז' ונחלתי

3

פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון, אנא מלא סעיף 3א'

שכיר - שם, טלפון וכתובת מקום העבודה					
עצמאי - שם, טלפון וכתובת העסק					
מתנדב - שם הגוף השולח לפעולת ההתנדבות					
שם מקום העבודה / העסק / הגוף השולח לפעולת ההתנדבות יזם אנונימי 82					
טלפון	050	4819858	מיקוד	יישוב	דירה
				ישוב	כניסה
				מס' בית	רחוב/תא דואר
				6	התירס
המקצוע ערב הפגיעה: משטרה / אורק רחוק בארץ מ"ה					

3א

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות		טלפון קווי	
☐ צה"ל	☐ משמר הכנסת		
☐ שב"ס	☐ משמר אזרחי	טלפון נייד	
☐ משטרה	☐ אחר		
רחוב/תא דואר	מס' בית	יישוב	מיקוד
תאריך כניסה לשירות קבע			
תאריך סיום השירות בקבע			
האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה? ☐ כן ☐ לא			
אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, אנא צרף העתק ממכתב הדחייה.			

4

פרטי הטיפול הרפואי

האם נזקקת לאשפוז עקב הפגיעה? ☐ לא ☒ כן, פרט <u>אניולת זחל אולגה</u>		
שם בית החולים		
האם נעשו לך בדיקות עקב הפגיעה (צילומי רנטגן, CT, MRI וכד')? ☐ לא ☒ כן, פרט <u>רצ"ח</u>		
שם המוסד הרפואי שבו נעשו הבדיקות וכתובתו		
אם יש בידך צילומים או תוצאות בדיקות, נא לצרפם לטופס התביעה.		
אני מבוטח בקופ"ח <u>כל"ח</u>		
ציין בטבלה שלהלן את שמות הרופאים שטיפלו בך או עדיין מטפלים בך:		
שם הרופא	תחום מומחיות	כתובת המרפאה
ד"ר משה ירון אור	אורתופדיה	מרפאת חף - איכילוב
ד"ר ניסן חייאל	אורתופדיה כירורגית	מרפאת חף - איכילוב
ד"ר אליהו קצ'ק	רפואת בוגר	מרפאת שפירא
סגן אלדד אזרחי	רפואת אבחנות	סניף מ"ה - זאב שש

5

המגבלות שיש לך עקב הפגיעה שבגינן אתה תובע גמלה

המגבלות או הכאבים שמהם אתה סובל	המסמך או התיעוד הרפואי הקשור למגבלה שציינת
כאבים בקרסול/שן - זרזים הנעלים	
הזלת מניפה שיתולית זרז/שן	
קוץ זרז/שן וזרז/שן	
זרז/שן וזרז/שן וזרז/שן	

האם סבלת בעבר ממחלה או כאבים באיברים שנפגעו שצוינו על ידך לעיל? ☒ לא ☐ כן, פרט ממה סבלת, ממת, יש לצרף מסמכים רפואיים:

6

חזרה לעבודה

האם חזרת לעבודה לאחר הפגיעה?

☐ כן - חזרתי לאותה העבודה

☒ כן - חזרתי לעבודה אחרת. פרט _____

שם המעביד וכתובתו _____

תאריך החזרה לעבודה _____

☐ לא חזרתי לעבודה - ציין את הסיבה _____

לידיעתך, לצורך הטיפול בתביעה אנו נפנה למעסיקיך לפי הצורך, לקבלת נתוני הכנסותיך אם הנך מתנגד לך עליך לסמן את ההצהרה הבאה

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

7

שליטה בשפה העברית

☐ אני לא שולט בשפה העברית. אני דובר _____

☐ אגיע לוועדה עם מלווה דובר עברית

☐ לא אגיע לוועדה עם מלווה דובר עברית

8

פרטים על תשלומים

האם אתה מקבל או זכאי לתשלום או תגמול ממשד הביטחון?

☐ לא ☐ כן - ציין את סוג התשלום _____

מס' תיק באגף השיקום _____

האם הגשת או שאתה מתכוון להגיש תביעה לפיצויי נזיקין בגין המקרה?

☐ לא ☒ כן - ציין את שם הנתבע _____

9

סיוע וייצוג בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☐ כן

הגוף המייצג או המסייע: ☒ עורך דין ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוננת ☐ 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 בל/73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

שם גורם מסייע	כתובת	טלפון
מ"ר אריאל טר"ר	זרז/שן א/ז זרז/שן	03-7412358

322699901

נא למלא מספר תעודת זהות

עמוד 4 מתוך 5

פרטי חשבון הבנק של התובע

10

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

שמות בעלי החשבון

שם הבנק		שם הסניף/כתובתו		מס' סניף	מספר חשבון
הכס"ל		כ"ר רזין		609	97409

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

אני השותף בחשבון הבנק של ת"ז _____ שם _____ מתחייב להשתמש בכספי הגמלה שיופקדו בחשבון בעבור מקבל הגמלה.

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מינוי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימם על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומינוי הכוח, במהלך תקופת הזכאות ולאחריה.

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

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

תאריך 27.1.26 חתימת מקבל הגמלה x חתימת השותפים לחשבון x

הצהרה

11

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

ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עבירה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביוזעין 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 ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

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

☐ אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותי לגורמים נותני ההטבות.☐ אני מסכים לוועדה בווידאו צ'אט

תאריך 27.1.26 חתימת התובע x

אם התביעה לא חתומה ע"י התובע נא לציין את הסיבה לכך, את שם החותם, כתובתו ומס' זהותו. אם התביעה נחתמה בטביעת אצבע, נא לציין את שם העד לחתימה ומספר זהותו.

32269901

עמוד 5 מתוך 5

נא למלא מספר תעודת זהות

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: נכות מעבודה

פרטים אישיים 1		
קוד גמלה 11	מספר זהות/דרכון 32269901	תאריך הפגיעה שנה חודש יום 04 02 06
שם משפחה כה	שם פרטי יואל אלחנן	
חבר בקופת חולים		
☒ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר _____		

הצהרה 2
אני הח"מ, שפרט"י האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית שלי ומבקש בזאת 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 אודותיי. תאריך 27.7.20 חתימת המבוטח *

תאריך ושעת ההדפסה: 10:07 18/08/2024
חסוי רפואי

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



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
מסונף לפקולטה לרפואה באוניברסיטת תל-אביב
רח' ויצמן 6, תל-אביב 6423906
טל: 03-6974444

מערך אורתופדי
מנהל/ת המערך: פרופ' חורי אמל מ.ר. 29067

מכתב שחרור רפואי

שם יחידה: מחלקה אורתופדית כף רגל	מנהל/ת מחלקה: פרופ' חורי אמל מ.ר. 29067	אח/ות אחראית: גב' הילה איטינג
טלפון לבירורים: 03-6972506 טלפון לימון תורים: 03-6974000	פקס:	דוא"ל:

שם משפחה: כהן	שם פרטי: יואל אלחנן	ת.ז.: 322699901
תאריך לידה: 12/06/2000	גיל: 24	טלפון: 052-8051512
מין: זכר	מבוטח בקופה: כללית	כתובת: יצחק שדה 66 תל אביב - יפו תל אביב-יפו 6706512

נתוני ביקור - מספר מקרה: 13235746

תאריך קבלה למחלקה: 06/08/2024 מספר ימי אשפוז במחלקה: 13

תאריך קבלה למיון/לביה"ח: 06/08/2024 מספר ימי אשפוז בביה"ח: 13

תאריך שחרור

תאריך שחרור: 18/08/2024

יעד השחרור: לביתו/ה - בליווי משפחה

אבחנות בשחרור

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	MP	Rec
CALCANEUS FRACTURE OPEN	825.1	Left					
FRACTURE OF MEDIAL MALLEOLUS, OPEN	824.1	Left					

אבחנות רקע

בריא בדרך כלל

ניתוחים באשפוז

כמות	גניקולוגי	תאריך	שיטה ניתוחית	צד	קוד	ניתוח
		07/08/2024		Left	79.36.05	OPEN REDUCTION INTERNAL FIXATION FX OF MEDIAL MALLEOLUS

ניתוחים / פעולות בעבר

כמות	גניקולוגי	תאריך	שיטה ניתוחית	צד	קוד	ניתוח
		23/07/2017			34.21.06	SYMPAT.THORAC;SUR,THORACOSCOPY

אבחנות במשפחה

לא ידוע על מחלות במשפחה

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

תלונה עקרית

תאונת אופנוע

מחלה נוכחית

בן 24 בריא בד"כ

תאונת אופנוע

הגיע לחדר טראומה בהכרה מלאה

חבלת כף רגל שמאל מבודדת

לא מעשן

בבדיקתו שני פצעים בכף רגל שמאל, אחד פרוקסימלית כ 1 ס"מ לפטישון מדיאלי רוחבי כ 5 ס"מ, עמוק. פצע שני אורכו כ 4 ס"מ קוטר חוסר עור משמעותי מעל אזור מידפוט דורסלי, עמוק נראים גידי EXTENSOR DIGITORUM, בשולי החתך נראה גיד חתוך לפחות בחלקו. ללא דימום פעיל משני החתכים. מבצע דורסיפלקציה, אקסטנציה של כל הבהונות. מבצע כיפוף בהונות. תחושה דיסטלית שמורה. דופק DP נימוש.

בוצעה שטיפה של שני הפצעים עם סליין. ניתן חיסון טטנוס, גנטהמיצין, צפהמזין.

תחת הרדמה מקומית בוצעה אקספלורציה של החתך מעל פטישון מדיאלי. הורגש שבר פתוח של הפטישון. עורק TA הורגש תקין. החתך נתפר בתפרי קירוב.

הושם בסד גבס אחורי

בצילומים- שבר פטישון מדיאלי ללא תזוזה משמעותית. חשד לשבר קלקנאוס

ייעוץ טלפוני מול ד"ר רחל בדיס מפלסטיקה - שהתייעצה עם ד"ר קידר - פצע מרוטש אינו מתאים לסגירה. זקוק לחבישות סולפה X2 ביום לפי שעה + ייעוץ חוזר במהלך האשפוז באורתופדיה

בהמשך בסקירה חוזרת - בוצע קירוב שוליים ללא מתח של החתך מעל המידפוט. הוחזר הסד. היות והחתך אינו פתוח, לפי שעה אינו זקוק לחבישות סולפה.

השלים CT כף רגל - שבר פטישון מדיאלי, שבר קלקנאוס ללא תזוזה.

מתאשפז לאורתופדיה לצורך טיפול IV ABX והערכת יחידת כף רגל

לא ידוע שימוש בתרופות קבועות

תולדות עבר

א-מ"ל

בדיקה גופנית בקבלה

נבדק: p

גפיים לא תקין כמתואר

סיכום אשפוז

בן 24 עם רקע כמתואר

מאושפז בגין שברים בפטישון מדיאלי (פתוח, גוסטילו 2) וקלקנאוס- רגל שמאל.

בדיון חטיבתי בעניינו הוחלט על טיפול שמרני לשבר קלקנאוס וניתוח לשחזור וקיבוע שבר הפטישון המדיאלי.

בתאריך 7.8.24 עבר תחת הרדמה כללית ניתוח לשטיפה והטריה של הפצעים וקיבוע שבר פטישון מדיאלי עם 2 ברגים חלולים בנוסף קרע חלקי גיד TP נתפר בויקריל 4.0

מהלך ניתוחי - ללא סיבוכים.

מהלך בתר ניתוחי - תקין

בפיזיותרפיה - בסד גבס. ללא דריכה

במהלך האשפוז ללא אירועים חריגים

משתחרר במצב כללי טוב עם ההמלצות הבאות:

המלצות כלליות

המלצה: הוצאת תפרים וביקורת מרפאת כף רגל שבועיים מיום הניתוח.
 במידה וחלה החמרה - חום סיסטמי, אודם או הפרשה מוגלתית מאזור הניתוח, לחזור למיון.
 המשך טיפול נוגד קרישה ב SC CRUSIA 40MG*1/D עד לניידות מלאה.
 זקוק לקביים.
 חופשת מחלה 3 חודשים.
 נגד כאבים פרקוסט 5 מ"ג עד 3 פעמים ביום לפי הצורך ניתן להוסיף אופטלגין 1 ג' עד 3 פעמים ביום לפי הצורך.
 אין לפרק או להרטיב את הגבס
 רגל מורמת במנחה
 ביקורת ביום ראשון הבא 25/08 במרפאות כף רגל
 ללא דריכה, המשך עם סד אחורי עד הביקורת
 חופשת מחלה: 3 חודשים.

הדרכת מטופל בשחרור

החולה הודרך לגבי תכנית הטיפול המתוכננת לו

המלצות תזונתיות

13.8 - במהלך אשפוזו עבר הערכה תזונתית, סטטוס תזונתי תקין
 הוטאם תפריט רגיל בתוספת העשרות קלוריות וחלבונים

תרופות מומלצות

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓	(מכיל 325 מ"ג פרצטמול) סיכון גבוה לנפילות במבוגרים	30		10 ימים	ביום X3	5 mg	P.O	PERCOCET 5 TAB (PARACETAMOL, OXYCODONE HCL)
✓				30 ימים	ביום X1	40 mg	S.C	CRUSIA Enoxaparin (ENOXAPARIN SODIUM)

חתימת רופא משחרר

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
מחאמיד איהאב מ.ר. 186500	רופא/ה מתמחה	18/08/2024 10:05

שם רופא בכיר מאשר השחרור

השחרור אושר על ידי: ד"ר בן אפרמה

בכל פנייה למיון לאחר שחרור מאשפוז, עליך להצטייד בהתחייבות כספית או בתשלום כספי.

תאריך: 15/8/24

כהן יואל אלחנן
24 שמואל
מ.ז.מ.: 32269990-1
אורטופדיה א 06.08.24
אורטו כף רגל
מקרה: 13235746

מרכז רפואי ת"א

פרוטוקול פיזיותרפיה לאחר ניתוח
קיבוע שבר גפה תחתונה

תאריך הניתוח: 7/8/24

סוג/מיקום השבר:

- Foot ☐
Calcaneus ☐
Tibia ☐ ← Distal ☐ Midshaft ☐ Proximal ☐
Fibula ☐ ← Distal ☐ Midshaft ☐ Proximal ☐
Unimalleolar ☐ ← Lateral Malleolus ☐ Medial Malleolus ☒
Trimalleolar ☐ Bimalleolar ☐

סוג הקיבוע:

- ☒ ברגים ☐ פלטה ☐ בורג סינדרמוטי ☐ קיבוע חיצוני ☐ תפירת רצועות: _____
☐ מסמר (IMN (Intra Medullar Nail) אחר: _____
ממצאים/פרוצדורות נוספות: שבר קרקטיוס א' פל' שרתי
אביזר נעזר / תמיכה חיצונית נדרשת:

- ☒ סד גבס ☐ גבס מלא ☐ מגף פלסטיק (BOOT) ← ☐ ארוך ☐ קצר
☐ סד איירקאסט (Aircast) ☐ סד איירקאסט ספורט (Aircast Sport) ☐ סד מנוחה ללילה
☐ נעל דארקו ← ☐ עם הגבהה ☐ בלי הגבהה
☐ סד תמיכה ל Drop Foot ☐ חבישה אלסטית ☐ סד-צירים בך ☐ מכשיר CPM
הוראות זריכה: ☒ NWB ☐ Toe Touch ☐ PWB % ☐ WBAT ☐ FWB
☐ מוגנת עם סד/מגף ☐ לאחר _____ שבועות
☐ ללא סד/מגף

- הוראות הפעלת מפרק הקרסול: ☒ ללא הפעלה ☐ פאסיבית ☐ אקטיבית נעזרת ☐ אקטיבית
הוראות הפעלת מפרק הברך: ☐ ללא הפעלה ☐ פאסיבית ☐ אקטיבית נעזרת ☐ אקטיבית
☐ הגבלת טווחים: _____ - _____

סטטוס תפקודי בשחרור: מעברים: FIM 6 ניידות: FIM 6 מחזק הליכה: 10 נ
טווח תנועה שהושג באשפוז: מפרק: _____ : הושג: _____ - פאסיבי / אקטיבי נעזר / אקטיבי
מפרק: _____ : הושג: _____ - פאסיבי / אקטיבי נעזר / אקטיבי

הערות: _____

הנחיות כלליות:

- נא להפנות לרופא מטפל במקרה של אודם או נפיחות חריגים.
- יש להקפיד על רגל מוגבהת והפעלת בהונות אקטיבית לעזרה במניעת נפיחות. יש לשקול חבישת הגפה בהתאם.
- יש להקפיד על התקדמות הדרגתית ומתמדת במטרות הטיפול. אם ההתקדמות נעצרת, יש להתייחס לכך.
- השלבים השונים של השיקום ע"פ שבועות הם מסגרת בלבד. ניתן להתקדם מהר יותר בתלות ביכולת והישגי המטופל, ותוך התחשבות בשלבי הריפוי.
- יש לוודא רמת אתגר והתנגדות הולכים ומתקדמים בתהליך השיקום. חשוב להימנע מתת מינון.
- לכל שלב הוספנו אמצעים ותרגילים מומלצים לנוחות המטופל והמטפל.
- מומלץ להנחות לתרגול עצמאי בכל שלבי השיקום.
- יש להתאים את תוכנית הטיפול לכל מטופל/ת לפי יכולותיו/ה ומצבו/ה התפקודי הקודם.

**

שלב I: 1-6 שבועות לאחר הניתוח:

מטרות:

- השגת טווחי תנועה מלאים במפרקים סמוכים כולל בהונות
- השגת טווחי תנועה מלאים במפרק המעורב / בהתאם למגבלות הניתוחיות והוראת מנתח הנ"ל
- הדרכה ותרגול שימוש נכון באבזר עזר
- הליכה בבית עם אמצעי עזר בצורה בטוחה
- תפקוד בבית ללא עזרה או עם עזרה מועטה: לבוש, מקלחת, בישול
- תחילת יציאה להליכה מחוץ לבית, כולל מדרגות
- העלאת סיבולת וכוח – דגש על הליכה במידה ומותרת דריכה. יש לשים לב להגדלת מרחק ההליכה בהדרגה
- ניתן להשתמש במבחני "שב-תקום" (Sit-to-Stand), TUG, למעקב אחר התקדמות

אמצעי טיפול מומלצים:

- טיפול להורדת נפיחות וכאב – קירור/חימום, מוביליזציות מפרקים ורקמה רכה, עיסוי צלקת
- תרגול – כולל תרגול ספציפי להליכה, שיווי משקל, חיזוק שרירים, פרופריוספציה, שיפור טווחים
- שיפור תפקוד – תרגול התפקוד הספציפי הנדרש בבית ובחוץ
- ניתן להתחיל בטיפול הידרותרפיה במידת הצורך לאחר הוצאת תפרים וסגירת הפצע הניתוחי

קריטריונים להשגה 6 שבועות לאחר ניתוח:

- השגת טווחי תנועה מלאים בהתאמה לרגל הנגדית, בהתאם למגבלות הניתוחיות והוראת מנתח הנ"ל
- תפקוד בבית באופן עצמאי, בהתאם לתפקוד לפני הניתוח
- הליכה בטוחה מחוץ לבית

תרגילים מומלצים:

- הפעלה כללית גפה עליונה תוך שמירה על הגבלות ניתוחיות, אופנים נייחים, SLR, ישיבה-עמידה, מתיחות.
- במידה ומותר לדרך: העברות משקל בישיבה והתקדמות לעמידה בהתאם להוראת דריכה, תרגול מדרגות.

שלב II: 7-12 שבועות לאחר הניתוח:

מטרות:

- השגחת טווחי תנועה אקטיביים מלאים נגד התנגדות
- הפסקת השימוש באבזר עזר בהתאם לתבנית הליכה תקינה, יציבות המטופל, ותפקודו הקודם
- המשך העלאת סיבולת וכוח - הגדלת מרחק ההליכה מחוץ לבית בדגש על הליכה בטוחה על כל סוגי המישורים. ניתן להשתמש בסולם "בורג" למעקב
- עצמאות בכל תפקודי ADL, ותפקוד פונקציונאלי מלא (בהתאם לתפקוד קודם)
- עצמאות בתרגול ביתי אישי
- חזרה לפעילות גופנית כללית
- ניתן להשתמש במבחני TUG ו-6MWT למעקב

תרגילים מומלצים:

הפעלה פאסיבית/אקטיבית לשיפור מגבלות טווחים, מתיחות, טרהבנד לכל מישורי התנועה בשרשרת פתוחה, עלייה על עקבים-בהונות בישיבה.
במידה ומותרת דריכה מלאה FWB: סקוואט, לאנג', Leg Press, עמידה על רגל אחת, אופניים נייחים, העברות משקל בעמידה בפיסוק ובפסיעה, מעבר מכשולים בהליכה, הליכה עקב בצד אגודל, עמידה על משטחים נעים שתי רגליים סטטי ודינאמי, תרגול ישיבה/קימה מרצפה, Dual Tasking, מדרגות עלייה צידית, קפיצות, המשך מתיחות לפי צורך

שלב III: 13-18 שבועות לאחר הניתוח:

מטרות:

- השגחת טווחי תנועה אקטיביים מלאים נגד התנגדות בכל המישורים
- המשך העלאת סיבולת וכוח כללית
- שילוב תנועות פונקציונאליות וחזרה לספורט ספציפי בהתאם לדרישות ויעדי המטופל

תרגילים מומלצים:

אופניים נייחים, אליפטיקל, סקוואט, לאנג', Leg Press, שימוש בהתנגדות, עלייה על קצות אצבעות בעמידה, העברות משקל בעמידה בפיסוק ובפסיעה, עמידה על משטחים נעים שתי רגליים סטטי ודינאמי, Dual Tasking, מדרגות עלייה צידית, קפיצות, תרגילי זריזות וזמישות

קריטריונים לסיום הטיפול:

- השגת טווחים תנועה אקטיביים מלאים נגד התנגדות ללא כאב, בהתאמה לרגל הנגדית
- תפקוד מלא בבית ובחוץ באופן עצמאי, בהתאם לתפקוד הקודם
- חזרה לפעילות גופנית כללית

שימו לב

פרוטוקול זה מהווה בסיס לשיקום הדרגתי.

יש להתאים את תוכנית הטיפול לכל מטופל/ת לפי יכולותיו/ה ומצבו/ה התפקודי.

אנא פנו אלינו בכל שאלה
בברכה,
צוות הפיזיותרפיה
החטיבה האורתופדית
מ. 150982

08.08.24	לכבוד
	כהן יואל אלחנן
32269990-1	יחזק שדה 66
מס' זימון: 00000000	תל אביב - יפו, 6706512

א.ג.נ.

הנדון: זימון לאורטופדיית כף רגל וקרסול

מר/גב' כהן יואל אלחנן 32269990-1 מוזמן/ת ביום ראשון 25/08/2024 לשעה 08:50
לאורטופדיית כף רגל וקרסול בבנין סוראסקי קומת קרקע אגף ג.

לבדיקות	קוד שירות	תיאור שירות	כמות
	I9249	בדיקת רופא אורתופד	1

שעת הזימון הינה שעה משוערת ותיתכן המתנה

אנא הקפד להביא	• תעודה מזהה עם תמונה (עבור ילד ת.ז של ההורה כולל ספח). • הפניה רפואית וכל מסמך רפואי, כולל תוצאות בדיקות וצילומים. • התחייבות כספית (טופס 17) או אמצעי תשלום אחר. • חיילים מתבקשים להביא אסמכתא תקציבית. • במקרה של תאונת דרכים, יש להביא התחייבות מקופות חולים.
----------------------	---

לתשומת ליבך: ללא סידור כספי ותעודה מזהה לא נוכל לקבלך

הזמנה זו היא בתוקף לתאריך זה בלבד, במידה ואין באפשרותך להגיע, אנא הודיענו בהקדם האפשרי.

פרטי התקשרות	מס' טלפון מרפאה: 03-6974000 מס' פקס מרפאה: 074-7219810 דוא"ל מרפאה: ort-c@tlvmc.gov.il	מס' טלפון מטופל: 052-8051512 דוא"ל מטופל: voeliko3@gmail.com
-----------------	--	---

הערות	1. מטופל נכה, בעל תו חניה ממשרד התחבורה, זכאי לחניה חינם בחניון וייצמן. לקבלת ההטבה, יש להציג בהגעה למרפאה תו נכה של משרד התחבורה שהינו בתוקף או צילום שלו משני צידיו. 2. כשקיימת מוגבלות העלולה לסכן את בטיחותך ולגרום לנפילה (במיוחד אם נפלת מספר פעמים החודש) סובל מהפרעות ביציבות\ נעזר במקל\ הליכון), חובתך להגיע למרכז הרפואי עם מלווה. 3. לקראת הביקור ניתן לטעון קבצי בדיקות הדמיה שבוצעו מחוץ לבי"ח בקישור להלן: https://cdi.tasmc.org.il/custom 4. המרפאה הינה בבי"ח ציבורי ועפ"י הנחיות משרד הבריאות, אין התחייבות לקבלה לרופא מקצועי ספציפי, הנותן שירות במרפאה. 5. המרכז הרפואי ת"א הינו בית חולים אוניברסיטאי ומתקיימת בו הוראת סטודנטים במהלך וכחלק מהטיפול הרפואי בך, תוך שמירה על פרטיותך וכבודך. 6. אפליקציית ניווט להולכי רגל בביה"ח! חפש "איכילוב" בחנות האפליקציות.
-------	--

בברכה,

הנהלת מרפאות חוץ



מס מרשם: 1974470
-תוקף מ: 18/08/2024 עד: 01/09/2024

טלפון סלולרי:



ת.לידה: 12/06/2000
מין: זכר
גיל: 24.2
טלפון: 052-8051512



322699901
כהן יואל אלחנן

כתובת: יצחק שדה 66 תל אביב - יפו
תל אביב- יפו
מיקוד: 6706512

גורם מבטח: כללית

קופה: כללית

INJ CRUSIA Enoxaparin (ENOXAPARIN SODIUM)	40 mg	ביום 1	30 ימים
הוראות לשימוש: 1 X mg 40 S.C (אחת) פעמים ביום למשך 30 (שלושים) ימים			
BACTROBAN 2% oint (MUPIROCIN)	1 application	ביום 1	1 שבועות
הוראות לשימוש: 1 X application 1 Topical (אחת) פעמים ביום למשך 1 (אחד) שבועות			
XXXXXXXXXXXXXX			
XXXXXXXXXXXXXX			
XXXXXXXXXXXXXX			

ד"ר מחאמיד איהאב
חתימה ופסל הרופא:
חטיבה אורתופדית
מ.ר. 1-186500

מחאמיד איהאב



מ.ר. 186500

תאריך הפקדה: 18/08/2024

איכילוב מחלקה אורתופדית כף רגל 03-6972506



מס מרשם: 1974453
-תוקף מ: 18/08/2024 עד: 01/09/2024

טלפון סלולרי:



תלידה: 12/06/2000
מין: זכר
גיל: 24.2
טלפון: 052-8051512



322699901
כהן יואל אלחנן

כתובת: יצחק שדה 66 תל אביב - יפו
תל אביב- יפו
מיקוד: 6706512

גורם מבטח: כללית

קופה: כללית

TAB PERCOCET 5
TAB (PARACETAMOL, OXYCODONE 5 mg
HCL)

ביום 3

10 ימים

30 (שלושים) יחידות לניפוק

הוראות לשימוש:

3 X mg 5 P.O (שלוש) פעמים ביום למשך 10 (עשרה) ימים

(מכיל 325 מ"ג פרצטמול) סיכון גבוה לנפילות במבוגרים

XXXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXX

מחאמיד איהאב
חטיבה אורתופדית
מ.ר. 186500

תאריך הפקדה: 18/08/2024

מחאמיד איהאב



מ.ר. 186500

איכילוב מחלקה אורתופדית כף רגל 03-6972506



מס מרשם: 1974453
-תוקף מ: 18/08/2024 עד: 01/09/2024

טלפון סלולרי:



תלידה: 12/06/2000
מין: זכר
גיל: 24.2
טלפון: 052-8051512



322699901
כהן יואל אלחנן

כתובת: יצחק שדה 66 תל אביב - יפו
תל אביב- יפו
מיקוד: 6706512

גורם מבטח: כללית

קופה: כללית

TAB PERCOCET 5
TAB (PARACETAMOL, OXYCODONE 5 mg
HCL)

ביום 3

10 ימים

30 (שלושים) יחידות לניפוק

הוראות לשימוש:

mg 5 P.O X 3 (שלוש) פעמים ביום למשך 10 (עשרה) ימים

(מכיל 325 מ"ג פרצטמול) סיכון גבוה לנפילות במבוגרים

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

ד"ר מחאמיד איהאב
חתימה חתומה ומופדת
186500

מחאמיד איהאב



מ.ר. 186500

תאריך הפקה: 18/08/2024

איכילוב מחלקה אורתופדית כף רגל 03-6972506

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



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
מסנף לפקולטה לרפואה באוניברסיטת תל-אביב
רח' ויצמן 6, תל-אביב 6423906
טל: 03-6974444

מערך חדר ניתוח
דוח ניתוח סיעודי

שם יחידה: חדר ניתוח כיסופים	מנהל היחידה:	אח/ות אחראי/ת:
טלפון:	פקס:	דוא"ל:

שם משפחה: כהן	שם פרטי: יואל אלחנן	ת.ז.: 322699901
תאריך לידה: 12/06/2000	גיל: 24	טלפון: 052-8051512
מין: זכר	מבוטח בקופה: כללית	כתובת: יצחק שדה 66 תל אביב - יפו 6706512 תל אביב-יפו

נתוני ביקור - תאריך ושעת קבלה: 07/08/2024 11:51 מספר מקרה: 13235746

ניתוחים מתוכננים

כמות	גניקולוגי	תאריך	שיטה ניתוחית	צד	קוד	ניתוח
					79.36.05	OPEN REDUCTION INTERNAL FIXATION FX OF MEDIAL MALLEOLUS

פרטי הניתוח

סוג הניתוח: דחוף

זיהוי מטופל: ק זוהה על ידי: נעה

שם הניתוח: LT ANKLE ORIF

זמנים

תאריך ושעה	שעת כניסה לחדר ניתוח	שעת התחלת הרדמה	מוכן לניתוח	שעת התחלת ניתוח	שעת סיום ניתוח	שעת סיום הרדמה	שעת יציאה מחדר ניתוח
14:38 07/08/2024							בוצע
14:33 07/08/2024							בוצע
14:31 07/08/2024					בוצע		
13:09 07/08/2024				בוצע			
13:08 07/08/2024			בוצע				
12:26 07/08/2024		בוצע					
12:15 07/08/2024	בוצע						

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

צוות בניתוח

מנתח אחראי:

דר' אפרים בן, מ.ר. 1129979

מנתח ראשי:

דר' אלבז איתי, מ.ר. 158651

מרדים:

דר' כהן יונה, מ.ר. 1161230

אחות רחוצה:

חיון מיתי, מ.ר.

סודי רפואי			
אל אלחנן כהן	ת"ז: 322699901	ביקור:	תאריך:
חדר ניתוח כיסופים			

נחות מסתובבת:
אושקובה נועה, מ.ר.
מסייע:
יעקובוב בוריס, מ.ר.

הרדמה

הרדמה: General Anesthesia, Peripheral nerve block

תנחת מטופל

12:42 07/08/2024

נרשם ע"י אושקובה נועה
תאריך ושעה: 07/08/2024 12:42
תנחת מטופל: גב

אמצעי מיגון

מזחן סיליקון

חגורה

תומך לידיים

מצב העור לפני ניתוח: תקין

מנח ידיים

יד שמאל יד ימין
על תומך הרחק מהגוף על תומך הרחק מהגוף

חיטוי עור

נעשה שימוש באמצעים לספיגת חומרי חיטוי

Septal scrub

Chlorhexidine Alcohol 70%

שטיפות

Normal Saline

דיאתרמיה

שימוש בדיאתרמיה: ק

מספר מכשיר (טבוע): 7499 COAG עוצמה: 40 CUTT עוצמה: 30

מיקום לחית הארקה: מזחן הארקה

שם מניח הלוחית: בוריס

מצב העור לפני: תקין

מצב העור אחרי: ללא שינוי

חסם עורקים

שימוש בחסם עורקים: ק

מספר מכשיר	סוג מכשיר	מיקום	לחץ	שעת התחלה	שעת סיום	שם מפעיל	שם מניח	רופא מאשר
30381	פנאומתי	ירך שמאל	250	13:09	14:30	בוריס	אלבז	אפרימה

מצב העור לפני: תקין

מצב העור אחרי: ללא שינוי

סודי רפואי

אל אלחנן כהן	ת"ז: 322699901	ביקור:	תאריך:	חדר ניתוח כיסופים
--------------	----------------	--------	--------	-------------------

חימום

חימום : ק

מספר מכשיר סוג מכשיר טמפרטורת המכשיר הערה
101697 שמיכת חימום 43

נחתם ע"י: אושקובה נועה

חתימה: _____

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



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
מסונח לפקולטה לרפואה באוניברסיטת תל-אביב
רח' ויצמן 6, תל-אביב 6423906
טל: 03-6974444

מערך חדר ניתוח
דוח ניתוח רפואי

שם יחידה: חדר ניתוח כיסופים	מנהל היחידה:	אח/ות אחראי/ת:
טלפון:	פקס:	דוא"ל:

שם משפחה : כהן	שם פרטי : יואל אלחנן	ת.ז. : 322699901
תאריך לידה : 12/06/2000	גיל : 24	טלפון : 052-8051512
מין : זכר	מבוטח בקופה : כללית	כתובת : יצחק שדה 66 תל אביב - יפו תל אביב-יפו 6706512

נתוני ביקור - תאריך ושעת קבלה: 07/08/2024 11:51 מספר מקרה: 13235746

מנתח אחראי

רופא: דר' אפרמה בן מ.ר. 1129979

אינדיקציה לניתוח ומחלה מוכחית

שבר פתוח פטישון מדיאלי קרסול שמאל

אבחנה מוכחית לפעולה

Rec	MP	S/P	עיקרי	תאריך	צד	קוד	אבחנה
					Left	824.1	FRACTURE OF MEDIAL MALLEOLUS, OPEN

שם הניתוח

כמות	גניקולוגי	עיקרי	תאריך	שיטה ניתוחית	צד	קוד	ניתוח
		✓	07/08/2024		Left	79.36.05	OPEN REDUCTION INTERNAL FIXATION FX OF MEDIAL MALLEOLUS

סיכום ניתוח

ממצאים	מהלך הניתוח	הזן בתאריך	הזן ע"י
בדיון חטיבתי טרם הניתוח הוחלט כי לאור השבר הפתוח וממצב הרקמה הרכה עדיף לקבע את השבר בפטישון המדיאלי בעזרת ברגים חלולים ולא פלטה	תחת הרדמה כללית רחצה וכיסוי כמקובל. צפמזין 2ג' הפעלת חסם עורקים - סה"כ 60 TT דקות פתיחת התפרים, לציין הפצע הדורסלי בכף הרגל עם עור מרוטש ורקמת שריר מרוטשת. תחילה הפצעים נשטפו היטב בסליין. לציין באקפלורציה של הפצע מעל הפטישון נצפה קרע חלקי של גיד TP כ-50% מעובי הגיד. בנוסף ריסוק וחסר עצם הקורטקס החיצוני של הפטישון. לאחר מכן שחזור השבר בפטישון המידאלי תחת שיקוף והחזקתו עם 2 KW. קיבוע סופי של השבר עם 2	07/08/2024 14:46	דר' אלבז איתי מ.ר. 158651

סודי רפואי

יואל אלחנן כהן	ת"ז: 322699901	ביקור:	תאריך:	חדר ניתוח כיסופים
----------------	----------------	--------	--------	-------------------

ברגים חלולים 3.5 הקדמי באורך 32ממ ישיבה והאחורי באורך 38ממ ללא שייבה, בשיקופי סיום עמדה טובה של השבר והמקבעים. תפירת שולי הגיד הקרוע בויקריל 4.0. ללא מתח בסיום. שטיפות מרובות חוזרות של הפצעים. סגירת הפצעים בניילון 3.0 ללא מתח. חבישות בקטרון וחבישה מרופדת. סד גבס. כיבוי חסם עורקים. אקסטובציה. העברה להתעוררות.		
--	--	--

הרדמה

הרדמה: General Anesthesia, Peripheral nerve block

מתן מרכיבי דם

מתן מרכיבי דם: לא רלוונטי

דימום

דימום: לא

הפניה לפתולוגיה

בדיקה נשלחה לפתולוגיה: לא

נשלחו בדיקות מעבדה

נשלחו בדיקות מעבדה: לא

סיבוכים במהלך הניתוח

סיבוכים במהלך הניתוח: לא היו סיבוכים

צוות בניתוח

מנתח אחראי:

ד"ר אפרימה בן, מ.ר. 1129979

מנתח ראשי:

ד"ר אלבז איתי, מ.ר. 158651

מרדים:

ד"ר כהן יונה, מ.ר. 1161230

אחות רחוצה:

חיון מיתי, מ.ר.

אחות מסתובבת:

אושקובה נועה, מ.ר.

מסייע:

יעקובוב בוריס, מ.ר.

חתימת רופא/ה מנתח

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
ד"ר אלבז איתי מ.ר. 158651	רופא/ה מנתח/ת	07/08/2024 14:45

תמונות

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



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
מסנני לפחולטה לרפואה באוניברסיטת תל-אביב
רח' ויצמן 6, תל-אביב 6423906
טל: 03-6974444

מערך אורתופדי
מנהלת המערך: פרופ' חורי אמל מ.ר. 29067

סיכום ביקור רפואי

שם יחידה: מרפאה אורתופדית	מנהלת המרפאה: פרופ' חורי אמל מ.ר. 29067	אח/ות אחראית:
טלפון: 03-6974000	פקס:	דוא"ל:

שם משפחה: כהן	שם פרטי: יואל אלחנן	ת.ז.: 322699901
תאריך לידה: 12/06/2000	גיל: 24	טלפון: 052-8051512
מין: זכר	מבוטח בקופה: כללית	כתובת: יצחק שדה 66 תל אביב - יפו תל אביב - יפו 6706512

נתוני ביקור - תאריך: 21/08/2024 שעה: 09:37 מספר ביקור: 44348503

מחלה נוכחית

בן 24, בריא בדכ

התקבל למוסדו לאחר תאונת אופנוע, אשפוז 6/18/8/24 מחבינת כף רגל- שבר פטיון מדיאלי פתוח גוסטילי 2, שבר קלקנאוס בתאריך 7/8/24 עבר שטיפה וקיבוע של השבר בפטיון המדיאלי באמצעות 2 ברגים חלולים לצין כי בעת הניתוח נצפתה פגיעה חלקית בגיד TP אשר היה נעוץ בעומד השבר- בוצעה תפירה של הגיד באמצעות חוטי וייקרייל-4
0
בדין חטיבתי הוחלט על המשך טיפול שמרני לשבר קלקנאוס

21/8/24 ביקורת מרפאה

חש בטוב

ללא כאבים

מניע בהונות בחופשיות, מילוי קפילרי תקין

צילום עמדה תקינה של השב והמקבעים, עבדה שמורה של השבר בקלקנאוס פצעים ניתוחיים ללא סימני זיהום שוליים מעט נקרוטים ללא סימני זיהום וללא דהיסנס הוחלט על השארת הפרים שבוע נוסף

המלצות:

מעקב רופא מטפל

מוגדי כאב לפי צורך

המשך טיפול מוגד קרישיות בקרוזיה 40 מג*1/יום- עד אישור דריכה

אין להרטיב ואין להסיר את הגבס

רגל מורמת, ללא דריכה

ביקורת מרפאתנו בעוד שבוע

בכל החמרה יש לפנות לבדיקת רופא

אבחנות רקע

בריא בדרך כלל

הרגלים

מעשן/ת: לא

שם: יואל אלחנן כהן	ת"ז: 322699901	מקרה :	מחלקה: מרפאה אורתופדית
--------------------	----------------	--------	------------------------

אלכוהול: לא

סמים: לא

שינה: תקינה

לא ידוע שימוש בתרופות קבועות

לא ידועה רגישות לתרופות

סיקור כאב

המטופל/ת חש/ה כאב: p

המטופל מופנה לרופא המטפל בקהילה להמשך טיפול בכאב

בדיקת פצע ניתוחי

מצב הפצע הניתוחי: פצע תקין

לא ידועה רגישות לחומרים

ניתוחים בעבר

כמות	גניקולוגי	תאריך	שיטה ניתוחית	צד	קוד	ניתוח
		23/07/2017			34.21.06	SYMPAT.THORAC;SUR.THORACOSCOPY
		07/08/2024		Left	79.36.05	OPEN REDUCTION INTERNAL FIXATION FX OF MEDIAL MALLEOLUS

הפניה לניתוח

מופנה לניתוח: לא

הפניה לתא לחץ

מופנה לתא לחץ: לא

תרופות מומלצות

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓				1 חודשים	ביום X 1	40 mg	S.C	CRUSIA Enoxaparin (ENOXAPARIN SODIUM)

נחתם ע"י: דר' מור ירון אור מ.ר. 143540.

חתימה: _____

הזמנה לצילום / בדיקה בחטיבת ההדמיה

כל השדות שדות חובה!

- חסוי רפואי -

מקום למדבקה גדולה

שם החולה: _____
 תעודת זהות: _____
 שנת לידה: _____ גורם מפנה: _____
 חולה אמבולטורי נא למלא מספר טלפון: _____

ההזמנה מופנית

☐ רנטגן כללי
☐ (כולל שיקוף - IVP)
☐ CT
☐ US
☐ MRI טופס נפרד
☐ ממוגרפיה
☐ אנגיוגרפיה

חלק א' ימולא בכל הזמנה

☐ דחוף (תוך 24 שעות) ☐ לא דחוף ☐ מקום הבצוע: ☐ במכון ההדמיה ☐ במחלקת האשפוז (ניידת)

מצב החולה ושינוע

מצב נשימתי	מצב הכרה	אופן העברה למכון	מסוגל לעמוד	זיהום פעיל	הריון
☐ ללא אמצעי עזר	☐ הכרה מלאה	☐ הליכה	☐ כן	☐ לא ידוע	☐ כן
☐ מסכת חמצן	☐ הכרה חלקית	☐ כסא גלגלים	☐ לא	☐ שחפת	☐ לא
☐ +בלון	☐ חסר הכרה	☐ מיטה		☐ MRSA	☐ לא ברור
☐ מונשם				☐ אחר איזה?	

פרטים קליניים

ממצאים ואבחנות (כולל בדיקות הדמיה רלבנטיות):
 3. June 10/2020

השאלה לרדיולוג:
 הבדיקה הדרושה:
 חתימה וחותמת: _____ טלפון / ביפר: _____ תאריך: _____

חלק ב' ימולא בהזמנת הבדיקות המצוינות

פעולות פולשניות

PT (sec.)	
PTT (sec.)	
INR	
Plt. (/MCRL)	
Hg (gr/dL)	

CT עם ח. ניגוד, IVP, אנגיוגרפיה

תיפקודי כליה: BUN - _____ או CREATININE _____

האם ביצע בעבר CT עם ח. ניגוד, IVP, אנגיוגרפיה? ☐ כן ☐ לא
 האם פיתח תגובה? (*) ☐ כן ☐ לא
 אסטמה? ☐ כן ☐ לא
 אלרגיה או רגישות לתרופות? (*) ☐ כן ☐ לא
 סכרת מטופלת בגלוקופאז? ☐ כן ☐ לא
 * אם כן איזו ובמה מתבטאת? _____

הערות: חולה המוזמן ל-CT, IVP, או אנגיוגרפיה חייב להגיע עם גישה ורידית!
 בהזמנת פעולה פולשנית בחולה מונשם או חסר הכרה חובה להוריד עם טופס הסכמה חתום על ידי אפוסטרופוס או 3 רופאים בכירים.

חלק ג' - לשימוש מכון ההדמיה

תאריך קבלת ההזמנה: _____ שעה: _____

הערות הרדיולוג

דחיפות הביצוע: _____
 הוראות ביצוע: _____

סרטים	13/18	18/24	24/30	35/43	810	לייזר	אחר
תקנים							
מקולקלים							

ח. נגוד: _____ כמות: _____ רופא: _____
 סוג הבדיקה / מספר הבדיקות: _____
 תאריך: _____ רנטגנאי: _____ חתימה: _____



מק"ט - 6520413409

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



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
מסנר לפקולטה לרפואה באוניברסיטת תל-אביב
רח' ויצמן 6, תל-אביב 6423906
טל: 03-6974444

מערך אורתופדי
מנהלת המערך: פרופ' חורי אמל מ.ר. 29067

סיכום ביקור רפואי

שם יחידה: מרפאה אורתופדית	מנהלת המרפאה: פרופ' חורי אמל מ.ר. 29067	אח/ות אחראי/ת:
טלפון: 03-6974000	פקס:	דוא"ל:

שם משפחה: כהן	שם פרטי: יואל אלחנן	ת.ז.: 322699901
תאריך לידה: 12/06/2000	גיל: 24	טלפון: 052-8051512
מין: זכר	מבוטח בקופה: כללית	כתובת: יצחק שדה 66 תל אביב - יפו תל אביב-יפו 6706512

נתוני ביקור - תאריך: 28/08/2024 שעה: 08:53 מספר ביקור: 44371690

מחלה נוכחית

בן 24, בריא בדכ

התקבל למוסדנו לאחר תאונת אופנוע, אשפוז 6/18/8/24 מבחינת כף רגל- שבר פטישון מדיאלי פתוח גוסטילו 2, שבר קלקנאוס בתאריך 7/8/24 עבר שטיפה וקיבוע של השבר בפטישון המדיאלי באמצעות 2 ברגים חלולים לציון כי בעת הניתוח נצפתה פגיעה חלקית בגיד TP אשר היה נעוץ בעומד השבר- בוצעה תפירה של הגיד באמצעות חוטי וייקרייל-4 בדיון חטיבתי הוחלט על המשך טיפול שמרני לשבר קלקנאוס

21/8/24 ביקורת מרפאה

חש בטוב

ללא כאבים

מניע בהונות בחופשיות, מילוי קפילרי תקין

צילום עמדה תקינה של השבר והמקבעים, עבדה שמורה של השבר בקלקנאוס פצעים ניתוחיים ללא סימני זיהום שוליים מעט נקרוטים ללא סימני זיהום וללא דהיסנס הוחלט על השארת התפרים שבוע נוסף

המלצות:

מעקב רופא מטפל

נוגדי כאב לפי צורך

המשך טיפול נוגד קרישיות בקרוזיה 40 מג*1/יום- עד אישור דריכה

אין להרטיב ואין להסיר את הגבס

רגל מורמת, ללא דריכה

ביקורת מרפאתנו בעוד שבוע

בכל החמרה יש לפנות לבדיקת רופא

====

28/8/24

3 שבועות לאחר ניתוח שבר פטישון מדיאלי גוסטילו 2, כמו כן שבר קלקנאוס לטיפול שמרני

כאבים בשיפור

מניע בהונות בחופשיות ובהונות ויאביליות תחושה שמורה

שיפור ניכר במראה הצלקות, פצע פטרלי כעת ללא כל סימני נקרוזיס, פצע מדיאלי מעט סימני נקרוזיס בחלקו הפרוקסימלי

ללא אודם או חום מקומי ללא דהיסנס ללא סימני זיהום מקומי

הוסח תפרים, בוצעה חבישת עם פולידין, קיבוע מחדש בסד גבס אחורי

שם: יואל אלחנן כהן	ת"ז: 322699901	מקרה :	מחלקה: מרפאה אורתופדית
--------------------	----------------	--------	------------------------

המלצות:

מעקב רופא מטפל

נגד כאבים - רוקסט פלוס עד 4 כדורים ביום לפי צורך. ניתן להוסיף אופטלגין מזלי 1 גר' עד 4 פעמים ביום
המשך טיפול נוגד קרישיות בקרוזיה 40 מג'1/יום - עד אישור דריכה
המשך קיבוע בגבס - אין להרטיב ואין להסיר את הגבס
ללא דריכה

ביקורת מרפאתנו בעוד 3 שבועות - יש להביא מגף פלסטיק ארוך ליום הביקורת
בכל החמרה יש לפנות לבדיקת רופא

אבחנות רקע

בריא בדרך כלל

הרגלים

מעשן/ת: לא

אלכוהול: לא

סמים: לא

שינה: תקינה

לא ידוע שימוש בתרופות קבועות

לא ידועה רגישות לתרופות

סיקור כאב

המטופל/ת חש/ה כאב: p

המטופל מופנה לרופא המטפל בקהילה להמשך טיפול בכאב

בדיקת פצע ניתוחי

מצב הפצע הניתוחי: פצע תקין

לא ידועה רגישות לחומרים

ניתוחים בעבר

כמות	גניקולוגי	תאריך	שיטה ניתוחית	צד	קוד	ניתוח
		23/07/2017			34.21.06	SYMPAT.THORAC;SUR,THORACOSCOPY
		07/08/2024		Left	79.36.05	OPEN REDUCTION INTERNAL FIXATION FX OF MEDIAL MALLEOLUS

הפניה לתא לחץ

מופנה לתא לחץ: לא

תרופות מומלצות

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓	סיכון גבוה לנפילות במבוגרים			10 ימים	X 4 ביום	1 tab	P.O	ROKACET PLUS cpl (CAFFEINE,PARACETAMOL, CODEINE PHOSP)
✓				1 חודשים	X 1 ביום	40 mg	S.C	CRUSIA Enoxaparin (ENOXAPARIN SODIUM)

נחתם ע"י: דר' מור ירון אור מ.ר. 143540

חתימה: _____



מס מרשם: 1988152
תוקף מ: 28/08/2024 עד: 11/09/2024

טלפון סלולרי:



תלידה: 12/06/2000

מין: זכר

גיל: 24.2

טלפון: 052-8051512



322699901

כהן יואל אלחנן

כתובת: יצחק שדה 66 תל אביב - יפו
תל אביב-יפו
מיקוד: 6706512

גורם מבטח: כללית

קופה: כללית

INJ CRUSIA Enoxaparin (ENOXAPARIN SODIUM)	40 mg	ביום 1	1 חודשים
הוראות לשימוש: mg 40 S.C X 1 (אחת) פעמים ביום למשך 1 (אחד) חודשים			
tab ROKACET PLUS cpl (CAFFEINE, PARACETAMOL, CODEINE 1 tab PHOSP)		ביום 4	10 ימים
הוראות לשימוש: tab 1 P.O X 4 (ארבע) פעמים ביום למשך 10 (עשרה) ימים סיכון גבוה לנפילות במבוגרים			
XXXXXXXXXXXXXX			
XXXXXXXXXXXXXX			
XXXXXXXXXXXXXX			

חתימה וחוקמת הרופא:

ד"ר מור ירון אור



מ.ר. 143540

תאריך הפקד: 28/08/2024

איכילוב מרפאה אורתופדית 03-6974000



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



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
מסונף לפקולטה לרפואה באוניברסיטת תל-אביב
רח' ויצמן 6, תל-אביב 6423906
טל: 03-6974444

מערך אורתופדי
מנהלת המערך: פרופ' חורי אמל מ.ר. 29067

סיכום ביקור רפואי

שם יחידה: מרפאה אורתופדית	מנהלת המרפאה: פרופ' חורי אמל מ.ר. 29067	אח/ות אחראי/ות:
טלפון: 03-6974000	פקס:	דוא"ל:

שם משפחה: כהן	שם פרטי: יואל אלחנן	ת.ז.: 322699901
תאריך לידה: 12/06/2000	גיל: 24	טלפון: 052-8051512
מין: זכר	מבוטח בקופה: כללית	כתובת: יצחק שדה 66 תל אביב - יפו תל אביב - יפו 6706512

נתוני ביקור - תאריך: 20/10/2024 שעה: 08:26 מספר ביקור: 44547337

מחלה נוכחית

בן 24, בריא בדכ

התקבל למוסדנו לאחר תאונת אופנוע, אשפוז 6/8/24 מבחינת כף רגל- שבר פטישון מדיאלי פתוח גוסטילו 2, שבר קלקנאוס בתאריך 7/8/24 עבר שטיפה וקיבוע של השבר בפטישון המדיאלי באמצעות 2 ברגים חלולים לציון כי בעת הניתוח נצפתה פגיעה חלקית בגיד TP אשר היה נעוץ בעומד השבר- בוצעה תפירה של הגיד באמצעות חוטי וייקירל-4-0 בדיון חטיבתי הוחלט על המשך טיפול שמרני לשבר קלקנאוס

21/8/24 ביקורת מרפאה

חש בטוב

ללא כאבים

מניע בהונות בחופשיות, מילוי קפילרי תקין

צילום עמדה תקינה של השבר והמקבעים, עבדה שמורה של השבר בקלקנאוס

פצעים ניתוחיים ללא סימני זיהום שוליים מעט נקרוטים ללא סימני זיהום וללא דהיסנס

הוחלט על השארת התפרים שבוע נוסף

המלצות:

מעקב רופא מטפל

נוגדי כאב לפי צורך

המשך טיפול נוגד קרישיות בקרזיה 40 מג*1/יום- עד אישור דריכה

אין להרטיב ואין להסיר את הגבס

רגל מורמת, ללא דריכה

ביקורת מרפאתנו בעוד שבוע

בכל החמרה יש לפנות לבדיקת רופא

=====

28/8/24

3 שבועות לאחר ניתוח שבר פטישון מדיאלי גוסטילו 2, כמו כן שבר קלקנאוס לטיפול שמרני

כאבים בשיפור

מניע בהונות בחופשיות ובהונות ויאבילות תחושה שמורה

שיפור ניכר במראה הצלקות, פצע פטרלי כעת ללא כל סימני נקרוזיס, פצע מדיאלי מעט סימני נקרוזיס בחלקו הפרוקסימלי

ללא אודם או חום מקומי ללא דהיסנס ללא סימני זיהום מקומי

הוסרו תפרים, בוצעה חבישת עם פולידין, קיבוע מחדש בסד גבס אחורי

שם: יואל אלחנן כהן	ת"ז: 322699901	מקרה:	מחלקה: מרפאה אורתופדית
--------------------	----------------	-------	------------------------

22.9.24

במצב כללי טוב

גבס הוסר

מעט מצרציה בפורפוט (ללא קשר לניתוח)

בצילום סימני חיבור עמדה טובה

המלצות:

מעקב רופא מטפל

BOOT

שבועיים דריכה BOOT 50 אחוז משקל גוף

שבועיים דריכה נעזרת קביים עם BOOT

לאחר מכן הסרה של ה בוט הליכה נעזרת עם קביים

חבישת פולידין לפצע

ביקורת חוזרת עוד שבועיים

חופש מחלה חודש

בכל החמרה יש לפנות לבדיקת רופא

20.10.2024 מהלך עם מגף, מתלונן על כאב במאמץ.

קרוסטה צד לטרלי קרסול שמאל- ללא סימני זיהום. מזיז אצבעות, תחושה שמורה

*XR- מצב לאחר קיבוע שבר ע"י שני ברגים מדיאליים. לציין ספיגת עצם באזור, הצרות מרווח לטרלי של הקרסול.

אבחנות בביקור

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	MP	Rec
FRACTURE OF MEDIAL MALLEOLUS, OPEN	824.1	Left					

אבחנות רקע

בריא בדרך כלל

הרגלים

מעשן/ת: לא

אלכוהול: לא

סמים: לא

שינה: תקינה

לא ידוע שימוש בתרופות קבועות

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

סיקור כאב

המטופל/ת חש/ה כאב: p

המטופל מופנה לרופא המטפל בקהילה להמשך טיפול בכאב

בדיקת פצע ניתוחי

מצב הפצע הניתוחי: פצע תקין

ניתוחים בעבר

כמות	גניקולוגי	תאריך	שיטה ניתוחית	צד	קוד	ניתוח
		23/07/2017			34.21.06	SYMPAT.THORAC;SUR,THORACOSCOPY
		07/08/2024		Left	79.36.05	OPEN REDUCTION INTERNAL FIXATION FX OF MEDIAL MALLEOLUS

סיכום ודיון

הפעלה הדרגתית, הסברים לגבי מהות הממצאים. מעקב.

שם: יואל אלחנן כהן	ת"ז: 322699901	מקרה:	מחלקה: מרפאה אורתופדית
--------------------	----------------	-------	------------------------

הפניה לניתוח

מופנה לניתוח: לא

הפניה לניתוח

מופנה לניתוח: לא

המלצות כלליות

המלצה: דריכה מלאה-- לפי הכאבים, ללא כלי עזר (עוד שבועיים)

הפעלה הדרגתית

פיזיותרפיה לשיקום תנועתיות

ביקורת עוד 3 חודשים עם צילום עדכני (קיבל הפניה)

036972506-זהבה- לתאם תור

הליכה בים

בכל החמרה- לפנות לגורם המטפל הזמין

תרופות מומלצות

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓				1 חודשים	X 1 ביום	40 mg	S.C	CRUSIA Enoxaparin (ENOXAPARIN SODIUM)
✓	סיכון גבוה לנפילות במבוגרים			10 ימים	X 4 ביום	1 tab	P.O	ROKACET PLUS cpl (CAFFEINE, PARACETAMOL, CODEINE PHOSP)

חתימה: ד"ר ניסים
 משרד לבריאות
 יחידת כירורגית וסקולרית
 Dr. Nissim
 Orthopedic Surgeon
 Eilat Medical Center
 30269 ת.ד. מ.ר. 37506

נחתם ע"י: דר' חיימוב ניסים מ.ר. 37506

הזמנה לצילום / בדיקה בחטיבת ההדמיה

כל השדות שדות חובה

- חסוי רפואי -

שם: _____
תעוד: _____
שנת לידה: _____
חולה אמבולטורי נא"ר: _____
גורם מפנה: _____
פר טלפון: _____

ההזמנה מופנית

☐ רנטגן כללי
☐ ממוגרפיה
☐ CT (כולל שיקוף - IVP)
☐ אנגיוגרפיה
☐ MRI טופס נפרד
☐ US

חלק א' ימולא בכל ההזמנה

☐ דחוף (תוך 24 שעות) ☐ לא דחוף
☐ מקום הבצוע: ☐ במכון ההדמיה ☐ במחלקת האשפוז (ניידת)

מצב החולה ושינוע

מצב נשימתי	מצב הכרה	אופן העברה למכון	מסוגל לעמוד	זיהום פעיל	הריון
☐ ללא אמצעי עזר ☐ מסכת חמצן ☐ + בלוט ☐ מונשם	☐ הכרה מלאה ☐ הכרה חלקית ☐ חסר הכרה	☐ הליכה ☐ כסא גלגלים ☐ מיטה	☐ כן ☐ לא	☐ לא ידוע ☐ שחפת ☐ MRSA ☐ אחר איזה?	☐ כן ☐ לא ☐ לא ברור

פרטים קליניים

ממצאים ואבחנות (כולל בדיקות הדמיה רלבנטיות):

AP + lat + Marts קרסול / כף רגל הימנית

השאלה לרדיולוג:

הבדיקה הדרושה:

חתימה וחומת: _____

תאריך: 20/10/24 טלפון / ביקור: _____

חלק ב' ימולא בהזמנת הבדיקות המצוינות

פעולות פולשניות

PT (sec.)	
PTT (sec.)	
INR	
Plt. (/MCRL)	
Hg (gr/dL)	

CT עם ח. ניגוד, IVP, אנגיוגרפיה

תיקודי כליה: _____ או BUN - _____

האם ביצע בעבר CT עם ח. ניגוד, IVP, אנגיוגרפיה? ☐ כן ☐ לא
 האם פיתח תגובה (?) ☐ כן ☐ לא
 אסטמה? ☐ כן ☐ לא
 אלרגיה או רגישות לתרופות (?) ☐ כן ☐ לא
 סכרת מטופלת בגלוקופאז? ☐ כן ☐ לא
 * אם כן איזו ובמה מתבטאת? _____

הערות: חולה המוזמן ל-CT, IVP, או אנגיוגרפיה חייב להגיע עם גישה ורידית! בהזמנת פעולה פולשנית בחולה מונשם או חסר הכרה חובה להוריד עם טופס הסכמה חתום על ידי אפוסטרפוס או 3 רופאים בכירים.

חלק ג' - לשימוש מכון ההדמיה

תאריך קבלת ההזמנה: _____ שעה: _____

הערות הרדיולוג:

דחיפות הביצוע: _____
 הוראות ביצוע: _____

סרטים	13/18	18/24	24/30	35/43	810	ליזר	אחר
תקנים							
מקוללים							

ח. ניגוד: _____ כמות: _____ רופא: _____
 סוג הבדיקה / מספר הבדיקות: _____
 תאריך: _____ רנטגנאי: _____ חתימה: _____



מקייט - 6520413409

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



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
מסונף לפקולטה לרפואה באוניברסיטת תל-אביב
רח' ויצמן 6, תל-אביב 6423906
טל: 03-6974444

מערך אורתופדי
מנהלת המערך: פרופ' חורי אמל מ.ר. 29067

סיכום ביקור רפואי

שם יחידה: מרפאה אורתופדית	מנהלת המרפאה: פרופ' חורי אמל מ.ר. 29067	אח/ות אחראי/ת:
טלפון: 03-6974000	פקס:	דוא"ל:

שם משפחה: כהן	שם פרטי: יואל אלחנן	ת.ד.: 322699901
תאריך לידה: 12/06/2000	גיל: 24	טלפון: 052-8051512
מין: זכר	מבוטח בקופה: כללית	כתובת: יצחק שדה 66 תל אביב - יפו תל אביב-יפו 6706512

נתוני ביקור - תאריך: 19/01/2025 שעה: 09:22 מספר ביקור: 44883658

מחלה נוכחית

בן 24, בריא בדכ

התקבל למוסדנו לאחר תאונת אופנוע, אשפוז 6/18/8/24 מבחינת כף רגל- שבר פטישון מדיאלי פתוח גוסטילו 2, שבר קלקנאוס בתאריך 7/8/24 עבר שטיפה וקיבוע של השבר בפטישון המדיאלי באמצעות 2 ברגים חלולים לצין כי בעת הניתוח נצפתה פגיעה חלקית בגיד TP אשר היה נעוץ בעומד השבר- בוצעה תפירה של הגיד באמצעות חוטי וייקרל-4
0
בדין חטיבתי הוחלט על המשך טיפול שמרני לשבר קלקנאוס

21/8/24 ביקורת מרפאה

חש בטוב

ללא כאבים

מניע בהונות בחופשיות, מילוי קפילרי תקין

צילום עמדה תקינה של השבר והמקבעים, עבדה שמורה של השבר בקלקנאוס

פצעים ניתוחיים ללא סימני זיהום שוליים מעט מקרטים ללא סימני זיהום וללא דהיסנס

הוחלט על השארת התפרים שבוע נוסף

המלצות:

מעקב רופא מטפל

נוגדי כאב לפי צורך

המשך טיפול נוגד קרישיות בקרדזה 40 מג*1/יום- עד אישור דריכה

אין להרטיב ואין להסיר את הגבס

רגל מורמת, ללא דריכה

ביקורת מרפאתנו בעוד שבוע

בכל החמרה יש לפנות לבדיקת רופא

====

28/8/24

3 שבועות לאחר ניתוח שבר פטישון מדיאלי גוסטילו 2, כמו ק שבר קלקנאוס לטיפול שמרני

כאבים בשיפור

מניע בהונות בחופשיות ובהונות ויאבילות תחושה שמורה

שיפור ניכר במראה הצלקות, פצע פטרלי כעת ללא כל סימני נקרוזיס, פצע מדיאלי מעט סימני נקרוזיס בחלקו הפרוקסימלי

ללא אודם או חום מקומי ללא דהיסנס ללא סימני זיהום מקומי

הוסרו תפרים, בוצעה חבישת עם פולידין, קיבוע מחדש בסד גבס אחורי

שם: יואל אלחנן כהן	ת"ז: 322699901	מקרה:	מחלקה: מרפאה אורתופדית
--------------------	----------------	-------	------------------------

22.9.24

במצב כללי טוב

גבס הוסר

מעט מצרציה בפורפוט (ללא קשר לניתוח)

בצילום סימני חיבור עמדה טובה

המלצות:

מעקב רופא מטפל

BOOT

שבועיים דריכה BOOT 50 אחוז משקל גוף

שבועיים דריכה נעזרת קביים עם BOOT

לאחר מכן הסרה של ה בוט הליכה נעזרת עם קביים

חבישת פולידין לפצע

ביקורת חוזרת עוד שבועיים

חופש מחלה חודש

בכל החמרה יש לפנות לבדיקת רופא

19.01.2025 פנה להמשך הערכה, מתלונן על כאבים בתחילת ההליכה. עושה פיזיותרפיה

בבדיקה: מהלך עם קב בצליעה. ללא אודם/חום/נפיחות קרסול שמאל. צלקות תקינות, ללא הפרעה תחושתית, ללא TINNEL אין

כאב משמעותי בהנעת הקרסול. מעט כאבים בהנעה תת טלרית

* XR - מצב לאחר קיבוע פטישון מדיאלי עם שני ברגים (רוחביים) = מעמד מתקבל. מחובר.

אבחנות רקע

בריא בדרך כלל

הרגלים

מעשן/ת: לא

אלכוהול: לא

סמים: לא

שינה: תקינה

לא ידוע שימוש בתרופות קבועות

לא ידועה רגישות לתרופות

סיקור כאב

המטופלת/חש/ה כאב: p

המטופל מופנה לרופא המטפל בקהילה להמשך טיפול בכאב

בדיקת פצע ניתוחי

מצב הפצע הניתוחי: פצע תקין

לא ידועה רגישות לחומרים

ניתוחים בעבר

כמות	גניקולוגי	תאריך	שיטה ניתוחית	צד	קוד	ניתוח
		23/07/2017			34.21.06	SYMPAT.THORAC.SUR.THORACOSCOPY
		07/08/2024		Left	79.36.05	OPEN REDUCTION INTERNAL FIXATION FX OF MEDIAL MALLEOLUS

סיכום ודין

עבר ב7.08.2024 ניתוח לתיקון שבר פתוח של קרסול שמאל (פטישון מדיאלי). כאב תת טלר - ככל הנראה נובע משבר בעקב (טופל שמרני). שוחחתי על המשך הערכה וטיפול.

הפניה לניתוח

מופנה לניתוח: לא

מס' הפניה: 240149284

אבחנה לטיפול:

אבחנה	קוד אבחנה	צד
FRACTURE ANKLE MEDIAL MALLEOLUS CLOSED	8240	שמאל

תאריך ביקור: 12/01/2025

סוג ביקור: 0 ביקור רגיל

מהות הביקור: רגיל

מס' ביקורים: 17

מס ביקור: 250211706

תחום טיפול: אורטופדיה

משמרת: 1-רגילה

מטפל: מילי וייס

קוד: 000401

שקלול ביקור: 2 ביקור רגיל

תרגום נתוני צלמית: כאב ב- קרסול מדיאלי שמאל
 כאב ב- קרסול מדיאלי שמאל
 # מדיאל מליאולס, ב- קרסול מדיאלי שמאל

פולים שבוצעו:

הערה	קוד	טיפול
	80100	הערכה מחדש- בדיקה
עבודה מול מדרגות - יותר דגש על ירידה עם ימין קדימ מתיחות גסטרו', שיפור DF\PF עם מדרגות בגבהים שונים	80310	תרגילי גמישות
עבודה על ספוג בוסו על העברות משקל לרגל	80307	תרגילי שווי משקל
עבודה על PUSH OFF	80096	טיפול בשיקום תפקודי
כריעה עם TRX	80310	תרגילי גמישות
קינזיו X קדמי קרסול	80306	חבישה/taping/קינזיוסייפ

הערות: מצליח ללכת ללא קב בבית ובעבודה
 עדיין בהליכה אינו מבצע PUSH OFF עם הבוהן

PF 135

DF 100

קושי בירידה במדרגות וסיפוקלית

דקירות באזור מדיאלי של השוק

רגישות בצלקת פחתה

יש רגישות גבוהה בTA וסביב בעיקר בעמידה MAL

הערכת מטפל: 2-שיפור חלקי

מחנך מוסד
 מילי וייס
 פיזיותרפיסטית
 מ.ר. 1092299
 חתום על מכתב לשיקום ופיזיותרפיה

מטרות הטיפול:

תאריך	השגת המטרה	מטרות הטיפול
30/09/2024		שיפור הליכה תקינה ללא כלי עזר
15/11/2024		המטופל יצליח להעביר משקל על רגל לאורך כל ההליכה ב
26/11/2024		המטופל יצליח ללכת עם קב אחד
26/11/2024		המטופל יצליח לעלות מדרגות רסיפרוקלית
26/11/2024		המטופל יצליח לרדת מדרגות רסיפרוקלית
03/12/2024		המטופל יצליח לעלות מדרגות רסיפרוקלית
03/01/2025		המטופל יצליח ללכת עם קב אחד
03/01/2025		המטופל יצליח ללכת ללא קב
03/01/2025		המטופל יצליח ללכת ללא צליעה
12/01/2025	במידה חלקית	המטופל יצליח ללכת ללא קב
12/01/2025	במידה חלקית	המטופל יצליח לעלות מדרגות רסיפרוקלית

פרטי העידכון

ת.עידכון: 12/01/2025 שם מעדכן הגיליון: מילי וייס

שם מכון: מכון פיזיותרפיה רוטשילד

לשימוש פנימי

ביקור ללא כרטיס

שם: יואל אלחנן כהן	ת"ז: 322699901	מקרה:	מחלקה: מרפאה אורתופדית
--------------------	----------------	-------	------------------------

הפניה לתא לחץ
מופנה לתא לחץ: לא

המלצות כלליות

המלצה: *מדרסים בהתאמה אישית

*המשך פיזיותרפיה

*תרגול עצמי במים

*US קרסול שמאל

*מעקב אורטופד בקופ"ח

*ביקורת- עוד חצי שנה- קיבל הפניה לצילום (036972506-זהבה)

תרופות מומלצות

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓				1 חודשים	X 1 ביום	40 mg	S.C	CRUSIA Enoxaparin (ENOXAPARIN SODIUM)
✓	סיכון גבוה לנפילות במבוגרים			10 ימים	X 4 ביום	1 tab	P.O	ROKACET PLUS cpl (CAFFEINE, PARACETAMOL, CODEINE PHOSP)

נחתם ע"י: ד"ר חיימוב ניסים מ.ר. 37506

חתימה:

ד"ר ניסים חיימוב
מומחה לכירורגיה אורתופדית
יחידת כירורגיה אורתופדית
לידה 1950
Dr. Nissim Hayimov Surgeon
Orthopedic Unit
S.L.N. 37506

הזמנה לצילום / בדיקה בחטיבת ההדמיה

כל השדות שדות חובה!

- חסוי רפואי -

שם החולה: _____
 תעודת זהות: _____
 שנת לידה: _____
 חולה אמבולטורי נא למלא מספר _____



ההזמנה מופנית

- ☐ רנטגן כללי
☐ (כולל שיקוף - IVP)
☐ CT
☐ US
☐ ממוגרפיה
☐ אנגיוגרפיה
☐ MRI טופס נפרד

חלק א' ימולא בכל ההזמנה

מקום הבצוע: ☐ במכון ההדמיה ☐ במחלקת האשפוז (ניידת)

☐ דחוף (תוך 24 שעות) ☐ לא דחוף

מצב החולה ושינוע

מצב נשימתי	מצב הכרה	אופן העברה למכון	מסוגל לעמוד	זיהום פעיל	הריון
☐ ללא אמצעי עזר	☐ הכרה מלאה	☐ הליכה	☐ כן	☐ לא ידוע	☐ כן
☐ מסכת חמצן	☐ הכרה חלקית	☐ כסא גלגלים	☐ לא	☐ שחפת	☐ לא
☐ +בלון	☐ חסר הכרה	☐ מיטה		☐ MRSA	☐ לא ברור
☐ מונשם				☐ אחר איזה?	

פרטים קליניים

ממצאים ואבחנות (כולל בדיקות הדמיה רלבנטיות):

3 קצבים, IVP, AP+Oblique (Monte)

השאלה לרדיולוג:

הבדיקה הדרושה:

חתימה וחותמת:

19/01-25

תאריך:

טלפון / ביפר:

ד"ר ניסים חיימוב
 רנטגן כללי וקטן
 Dr. Nissim Chaimov
 Catheter
 Foreign Area
 S.I.N. 3000

חלק ב' ימולא בהזמנת הבדיקות המצוינות

פעולות פולשניות

PT (sec.)	
PTT (sec.)	
INR	
Plt. (/MCRL)	
Hg (gr/dL)	

CT עם ח. ניגוד, IVP, אנגיוגרפיה

תיפקודי כליה: BUN - _____ או CREATININE _____

- האם ביצע בעבר CT עם ח. ניגוד, IVP, אנגיוגרפיה? ☐ כן ☐ לא
 האם פיתח תגובה (*)? ☐ כן ☐ לא
 אסטמה? ☐ כן ☐ לא
 אלרגיה או רגישות לתרופות (*)? ☐ כן ☐ לא
 סכרת מטופלת בגלוקופאד? ☐ כן ☐ לא
 * אם כן איזו ובמה מתבטאת?: _____

הערות: חולה המוזמן ל-CT, IVP, או אנגיוגרפיה חייב להגיע עם גישה ורידית! בהזמנת פעולה פולשנית בחולה מונשם או חסר הכרה חובה להוריד עם טופס הסכמה חתום על ידי אפוסטרופוס או 3 רופאים בכירים.

חלק ג' - לשימוש מכון ההדמיה

תאריך קבלת ההזמנה: _____ שעה: _____

הערות הרדיולוג:

דחיפות הביצוע: _____
 הוראות ביצוע: _____

סרטים	13/18	18/24	24/30	35/43	810	לייזר	אחר
תקנים							
מקוללים							

ח. נגוד: _____ כמות: _____ רופא: _____
 סוג הבדיקה / מספר הבדיקות: _____
 תאריך: _____ רנטגנאי: _____ חתימה: _____



מק"ט - 6520413409

תאריך 26/05/2025

סיכום טיפול

פרטי המטופל					כהן יואל אלחנן	
שם המשפחה ושם פרטי	מס זהות	00-32269990-1	24.11	ז	12/06/2000	שמואל
שם האב	ת.לידה	מין	גיל	ז	ת.לידה	שם האב
תל אביב -י	שטינשנידר	6 ב	מס זהות	52	8051512	50 - 4107247
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון	טלפון נוסף

מס' הפניה במכון הפיזיותרפיה: 250158827 מספר זיהוי הפניה: 35105035342

תאריך הפניה: 13/01/2025

סוג הביקורים לסדרה: 0 ביקור רגיל

לכבוד הרופא המטפל/מקצועי: ד"ר אבלין ורדה

רשיון רופא: 18972

מרפאה: 5105

מקצוע: רופא כללי

אבחנה בהפניה:

צד	קוד	איפיון	אבחנה
שמאל	Z7987		OPEN REDUCTION OF DISLOCATION OF ANKLE

אבחנה לטיפול:

צד	קוד	אבחנה
שמאל	Z7936	OPEN REDUCT.OF FRACT.OF TIBIA AND FIBULA WITH INT.FIXATION

תאריך תחילת טיפול: 16/03/2025 תאריך סיום טיפול: 26/05/2025

מס' ביקורים בפועל: 8 פרטני: 8

מס' אי הופעות לטיפול: 0

רשימת כל הטיפולים:

כמות	טיפול
1	אבחון ראשון- בדיקה של פיזיותרפיסט
2	הערכה מחדש- בדיקה
7	תרגילי חיזוק
7	תרגילי יציבות ופרופריוספציה
2	חבישה/taping/קינזיוטייפ
2	טיפול ברקמה רכה
1	טיפול בשיקום תפקודי

כאבים:

דירוג בעת סגירת הסידרה	דירוג בעת פתיחת הסידרה	צד	איבר
6	7	שמאל	אחר - קרסול

הערכת מטפל: 2-שיפור חלקי

הערות: עדיין יש בירידה במדרגות קפיצה קלה עקב קיבוע של הקרסול
יש מיגבלה בDF בגלל הקיבוע
בסוף יום עדיין יש נפיחות בבוקר עדיין נוקשות בוקר
ניתנה הדרכה להמשך עבודה בחדר כושר
יש דקירות בקרסול האם בגלל המיסמור? וכאב נקודתי
ביקורת בעוד חודשיים אצל הרופא

המטופל ביקר במכון בתאריכים:

26/05/2025

06/05/2025

29/04/2025

08/04/2025

02/04/2025

25/03/2025

17/03/2025

16/03/2025

מילי וייס

שם מטפל

חתימה וחומת

מסמך מס' 8822690-1
מסמך מס' 8822690-1
מסמך מס' 8822690-1
מסמך מס' 8822690-1
מסמך מס' 8822690-1
מסמך מס' 8822690-1
מסמך מס' 8822690-1
מסמך מס' 8822690-1
מסמך מס' 8822690-1
מסמך מס' 8822690-1

Dr. Ludmyla Kachko

Specialist in Pain Treatment Medicine

Children and adults

Specialist in anesthesia

דר. לודמילה קצ'קו

מומחית ברפואה לטיפול בכאב-ילדים ומבוגרים

מג 1-22932

מומחית בהרדמה מג 15903

050-7917176

ון א ס כה

תז 322699901

טל 0528051512

בן 25 משקל 72

שנה לאחר תאונת דרכים עם שבר בטיביה שמאלית, עקב שמלי, פצע עמוק באספקט לטרלי של כף רגל שמאל. עבר

ORIF OF DISTAL TIBIA, SUTURE OF LATERAL WOUND

טופל בפיזיותרפיה

ויושן בלילה. חזר לעבודה. מתלונן על כאבים בכף רגל שמאל, יותר בעמידה הליכה.

נעזר ברוקצט לפי המלצה של אורתופד מנתוח.

במעקב בית החולה איכילוב מרפאת אורתופדיה. בביקור אחרון ב07.2025 מומלץ לבצע אולטראסאונד וסיטי של קרסול-עדיין אין תור

בבדיקה:

הליכה על צליעה קלה על רגל שמאל. ללא רגישות בצלקת VAS 0/7.5 משתף פעולה. מתחת ל

LAT MALLEOLUS

רגישות נכרת בצלקת מתחת ל

MED MALLEULUS

רגישות בנונית מעל מאלאולוס באזור

N. SAPHENOUS LT



1/5 כהן

DS:

S/P MVA 08/2024

FRACURE OF LT TIBIA S/P ORIF

FRACTURE OF CALCANEUS

DEEP WOUND IN THE LATERAL ASPECT OF FOOT S/P OF SUTUIRES

FOOT AND ANKLE PAIN

PAINFUL SCAR AT THE MEDIAL ASPECT OF FOOT

מומלץ

1. TAB ZALDIAR X2-3

2. המשך פיזיותרפיה

3. לשקול במרפאת כאב כללית

N. SAPHENOUS BLOCK LT

4. לבצע

לפי המלצה של אורתופד CT AND US LT ANKLE AND FOOT

5. ביקור חוזר לפי הצורך



תאריך ושעת ההדפסה: 11:55 13/07/2025

חסי 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 אורתופדי

מנהלת המערך: פרופ' חורי אמל מ.ר. 29067

סיכום ביקור רפואי

שם יחידה: מרפאה אורתופדית	מנהלת המרפאה: פרופ' חורי אמל מ.ר. 29067	אח/ות אחראי/ת:
טלפון: 03-6974000	פקס:	דוא"ל:

שם משפחה: כהן	שם פרטי: יואל אלחנן	ת.ז.: 322699901
תאריך לידה: 12/06/2000	גיל: 25	טלפון: 052-8051512
מין: זכר	מבוטח בקופה: כללית	כתובת: יצחק שדה 66 תל אביב - יפו תל אביב-יפו 6706512

נתוני ביקור - תאריך: 13/07/2025 שעה: 08:55 מספר ביקור: 45516271

מחלה נוכחית

בן 24, בריא בדכ

התקבל למוסדנו לאחר תאונת אופנוע, אשפוז 6/18/8/24 מבחינת כף רגל- שבר פטישון מדיאלי פתוח גוסטילו 2, שבר קלקנאוס בתאריך 7/8/24 עבר שטיפה וקיבוע של השבר בפטישון המדיאלי באמצעות 2 ברגים חלולים לצ"ן כי בעת הניתוח נצפתה פגיעה חלקית בגיד TP אשר היה נעוץ בעומד השבר- בוצעה תפירה של הגיד באמצעות חוטי וייקרייל-4 בדיון חטיבתי הוחלט על המשך טיפול שמרני לשבר קלקנאוס

21/8/24 ביקורת מרפאה

חש בטוב

ללא כאבים

מניע בהונות בחופשיות, מילוי קפילרי תקין

צילום עמדה תקינה של השבר והמקבעים, עבדה שמורה של השבר בקלקנאוס

פצעים ניתוחיים ללא סימני זיהום שוליים מעט נקרוטים ללא סימני זיהום וללא דהיסנס

הוחלט על השארת התפרים שבוע נוסף

המלצות:

מעקב רופא מטפל

נוגדי כאב לפי צורך

המשך טיפול נוגד קרישיות בקרוזיה 40 מג*1/יום- עד אישור דריכה

אין להרטיב ואין להסיר את הגבס

רגל מורמת, ללא דריכה

ביקורת מרפאתנו בעוד שבוע

בכל החמרה יש לפנות לבדיקת רופא

=====

28/8/24

3 שבועות לאחר ניתוח שבר פטישון מדיאלי גוסטילו 2, כמו כן שבר קלקנאוס לטיפול שמרני

כאבים בשיפור

מניע בהונות בחופשיות ובהונות ויאבילות תחושה שמורה

שיפור ניכר במראה הצלקות, פצע פטרלי כעת ללא כל סימני נקרוזיס, פצע מדיאלי מעט סימני נקרוזיס בחלקו הפרוקסימלי

ללא אודם או חום מקומי ללא דהיסנס ללא סימני זיהום מקומי

הוסר תפרים, בוצעה חבישת עם פולידין, קיבוע מחדש בסד גבס אחורי

22.9.24

שם: יואל אלחנן כהן	ת"ז: 322699901	מקרה:	מחלקה: מרפאה אורתופדית
--------------------	----------------	-------	------------------------

במצב כללי טוב
גבס הוסר
מעט מצרציה בפורפוט (ללא קשר לניתוח)
בצילום סימני חיבור עמדה טובה

המלצות:
מעקב רופא מטפל

BOOT
שבועיים דריכה BOOT 50 אחוז משקל גוף
שבועיים דריכה נעזרת קביים עם BOOT
לאחר מכן הסרה של ה בוט הליכה נעזרת עם קביים
חבישת פולידין לפצע
ביקורת חוזרת עוד שבועיים
חופש מחלה חודש

בכל החמרה יש לפנות לבדיקת רופא
19.01.2025 פנה להמשך הערכה, מתלונן על כאבים בתחילת ההליכה. עושה פיזיותרפיה
בדיקה: מהלך עם קב בצליעה. ללא אודם/חום/נפיחות קרסול שמאל. צלקות תקינות, ללא הפרעה תחושתית, ללא TINNEL אין
כאב משמעותי בהנעת הקרסול. מעט כאבים בהנעה תת טלרית
XR* -מצב לאחר קיבוע פטישון מדיאלי עם שני ברגים (רוחביים)= מעמד מתקבל. מחובר.
13.07.2025 כ11 חודשים לאחר הניתוח- מתלונן על כאבים בדריכה.
בדיקה: מהלך, צליעה קלה. צלקת באספקט קידמי/לטרי של קרסול שמאל- רגישה, ללא TINNEL ללא חסר תחושת דיסטלי.
מזיז קרסול ואצבעות. רגישות דיפוזית לטרלית קרסול שמאל
XR* - ל"ש

אבחנות רקע

בריא בדרך כלל

הרגלים

מעשן/ת: לא

אלכוהול: לא

סמים: לא

שינה: תקינה

לא ידוע שימוש בתרופות קבועות

לא ידועה רגישות לתרופות

סיקור כאב

המטופל/ת חש/ה כאב: p

המטופל מופנה לרופא המטפל בקהילה להמשך טיפול בכאב

בדיקת פצע ניתוחי

מצב הפצע הניתוחי: פצע תקין

לא ידועה רגישות לחומרים

ניתוחים בעבר

כמות	גניקולוגי	תאריך	שיטה ניתוחית	צד	קוד	ניתוח
		23/07/2017			34.21.06	SYMPAT.THORAC;SUR,THORACOSCOPY
		07/08/2024		Left	79.36.05	OPEN REDUCTION INTERNAL FIXATION FX OF MEDIAL MALLEOLUS

סיכום ודיון

עבר ב7.08.2024 ניתוח לתיקון שבר פתוח של קרסול שמאל (פטישון מדיאלי). כאב תת טלרי- ככל הנראה נובע משבר בעקב (טופל שמרני). שוחחנו על המשך הערכה וטיפול.

שם: יואל אלחנן כהן	ת"ז: 322699901	מקרה:	מחלקה: מרפאה אורתופדית
--------------------	----------------	-------	------------------------

13.07.2025 טרם ביצע US.

הפניה לניתוח

מופנה לניתוח: לא

הפניה לתא לחץ

מופנה לתא לחץ: לא

המלצות כלליות

*המלצה: *מדרסים בהתאמה אישית

*המשך פיזיותרפיה

*תרגול עצמי במים

*US קרסול שמאל

*CT קרסוליים בחתכים מקבילים (נא להביא CD+פענוח)

*ביקורת- עוד חצי שנה- קיבל הפניה לצילום (036972506-זהבה)

תרופות מומלצות

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓				1 חודשים	X 1 ביום	40 mg	S.C	CRUSIA Enoxaparin (ENOXAPARIN SODIUM)
✓	סיכון גבוה לנפילות במבוגרים			10 ימים	X 4 ביום	1 tab	P.O	ROKACET PLUS cpl (CAFFEINE, PARACETAMOL, CODEINE PHOSP)

נחתם ע"י: דר' חיימוב ניסים מ.ר. 37506

חתימה: _____

ד"ר ניסים חיימוב
 מומחה לכירורגיה אורתופדית
 יחידת כף רגל וקרסול
 Dr. Khaimov Nissim
 Orthopedic Surgeon
 Foot and Ankle Unit
 מ.ר. N.L. 37506 ת.ד.מ' 30269 S.L.N

סניף מור באר שבע

היחידה לטומוגרפיה ממוחשבת (C.T.)

טלפון : *3171

תאריך הדפסה : 13 נובמבר, 2025

תוצאות בדיקת C.T.

ת.ז. : 322699901

, יואל אלחנן

שם נבדק/ת : כהן

תאריך בדיקה 06/11/2025

טלפון : 052 - 8051512 052 - 8051512
רופא מפנה/מטפל : ד"ר אוסטרובסקי אירנה

כתובת : תל אביב - יפו , שטינשנידר 0006
גורם מפנה : תל אביב-יפו
מדפיסה : לכ

לכבוד
הרופא המטפל

ד"ר נכבד,

להלן ממצאי סריקה טומוגרפית ממוחשבת של קרסוליים וכפות רגליים :

סיבת ההפניה : כאבים ברגל שמאל אחרי ניתוח.

קרסול וכף רגל מימין :
תקין.

קרסול וכף רגל שמאל :
מצב לאחר איחוי גרמי של שבר בקדמת הקלקנאוס.
מצב לאחר קיבוע פנימי מתכתי של שבר בפטישון הטיביאלי עם עמדה טובה של ההתקן היטרוגני ואיחוי גרמי של הפטישון.
מצב לאחר שבר תלישה בקדמת האספקט הסופריורי של הטאלוס ובאספקט פוסטרו סופריורי של נביקולר עם ניתוק פרגמנטים גרמיים בגודל עד 8 מ"מ.

בברכה,

פרופ' אליעזר אברהמי
מומחה לרדיולוגיה אבחנתית
מ.ר. 8955 מ.ר.מ. 6568

לנבדק/ת- יש להעביר את תוצאת הבדיקה בהקדם אל הרופא/ה המפנה/המטפל/ת לצורך המשך טיפול ומעקב.
יש להביא בדיקות קודמות להשוואה בכל פניה לביצוע בדיקה חדשה.

דו"ח זה מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות. המוסרו שלא כדין עובר עבירה.

עמוד 1 מתוך 1

17/11/2025

12:32

לכבוד

דר' הרופא המטפל , כללית

הנדון: יואל אלחנן כהן ת.ז. 322699901

הבדיקה בוצעה במאר סניף: רפאל בתאריך: 13/11/2025

להלן ממצאי בדיקה העל קולית של קרסול שמאל:

הסיבה לביצוע הבדיקה – בירור

המפרק הטיביו-טלרי: ב.מ.פ.

הגידים קדמיים : ב.מ.פ.

הגידים הלטרליים: ב.מ.פ.

הגידים המדיאליים: ב.מ.פ.

רצועת ATFL : ב.מ.פ.

הרצועה הדלטואיד: ב.מ.פ.

בסיכום : ללא ממצא חריג.

(0,0,0, 1)

תודה על הפניית הנבדק
ובברכה,

פוענח ע"י: ד"ר טרכטנגרץ ויקטוריה מ.ר. 31066
מומחה לרדיולוגיה אבחנתית מ.ר.מ 26816

הוקלד ע"י : ויקטוריה טרכטנגרץ

התשובה חתומה אלקטרונית ע"י הרדיולוג/ית המפענח/ת

תאריך ושעת ההדפסה: 11:59 25/01/2026

חסי 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
אינליב
www.tasmc.org.il

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

מערך אורתופדי

מנהלת המערך: פחפ' חורי אמל מ.ר. 29067

סיכום ביקור רפואי

שם יחידה: מרפאה אורתופדית	מנהלת המרפאה: פרופ' חורי אמל מ.ר. 29067	אח/ות אחראי/ת:
טלפון: 03-6974000	פקס:	דוא"ל:

שם משפחה: כהן	שם פרטי: יואל אלחנן	ת.ז.: 322699901
תאריך לידה: 12/06/2000	גיל: 25	טלפון: 052-8051512
מין: זכר	מבוטח בקופה: כללית	כתובת: יצחק שדה 66 תל אביב - יפו תל אביב-יפו 6706512

נתוני ביקור - תאריך: 25/01/2026 שעה: 09:58 מספר ביקור: 46234143

מחלה נוכחית

בן 24, בריא בדכ

התקבל למסדנת לאחר תאונת אופנוע, אשפוז 6/18/8/24 מבחינת כף רגל- שבר פטישון מדיאלי פתוח גוסטילו 2, שבר קלקנאוס בתאריך 7/8/24 עבר שטיפה וקיבוע של השבר בפטישון המדיאלי באמצעות 2 ברגים חלולים לציין כי בעת הניתוח נצפתה פגיעה חלקית בגיד TP אשר היה נעוץ בעומד השבר- בוצעה תפירה של הגיד באמצעות חוטי וייקריל-4-0 בדיון חטיבתי הוחלט על המשך טיפול שמרני לשבר קלקנאוס

21/8/24 ביקורת מרפאה

חש בטוב

ללא כאבים

מניע בהונות בחופשיות, מילוי קפילרי תקין

צילום עמדה תקינה של השבר והמקבעים, עבדה שמורה של השבר בקלקנאוס פצעים ניתוחיים ללא סימני זיהום שוליים מעט מקרונים ללא סימני זיהום וללא דהיסנס הוחלט על השארת התפרים שבוע נוסף

המלצות:

מעקב רופא מטפל

נוגדי כאב לפי צורך

המשך טיפול נוגד קרישיות בקרוזיה 40 מג*1/יום- עד אישור דריכה

אין להרטיב ואין להסיר את הגבס

רגל מורמת, ללא דריכה

ביקורת מרפאתנו בעוד שבוע

בכל החמרה יש לפנות לבדיקת רופא

====

28/8/24

3 שבועות לאחר ניתוח שבר פטישון מדיאלי גוסטילו 2, כמו ק שבר קלקנאוס לטיפול שמרני

כאבים בשיפור

מניע בהונות בחופשיות ובהונות ויביליות תחושה שמורה

שיפור ניכר במראה הצלקות, פצע פטרלי כעת ללא כל סימני נקוריס, פצע מדיאלי מעט סימני נקורזיס בחלקו הפרוקסימלי

ללא אודם או חום מקומי ללא דהיסנס ללא סימני זיהום מקומי

הוסרו תפרים, בוצעה חבישת עם פולידין, קיבוע מחדש בסד גבס אחורי

22.9.24

במצב כללי טוב
גבס הוסר
מעט מצרציה בפורפוט (ללא קשר לניתוח)
בצילום סימני חיבור עמדה טובה

המלצות:
מעקב רופא מטפל

BOOT
שבועיים דריכה BOOT 50 אחוז משקל גוף
שבועיים דריכה נעזרת קביים עם BOOT
לאחר מכן הסרה של ה בוט הליכה נעזרת עם קביים
חבישת פולידין לפצע
ביקורת חוזרת עוד שבועיים
חופש מחלה חודש

בכל החמרה יש לפנות לבדיקת רופא
19.01.2025 פנה להמשך הערכה, מתלונן על כאבים בתחילת ההליכה. עושה פיזיותרפיה
בבדיקה: מהלך עם קב בצליעה. ללא אודם/חום/נפיחות קרסול שמאל. צלקות תקינות, ללא הפרעה תחושתית, ללא TINNEL אין
כאב משמעותי בהנעת הקרסול. מעט כאבים בהנעה תת טלרית
XR* -מצב לאחר קיבוע פטישון מדיאלי עם שני ברגים (רוחביים)= מעמד מתקבל. מחובר.
13.07.2025 כ11 חודשים לאחר הניתוח- מתלונן על כאבים בדריכה.
בבדיקה: מהלך, צליעה קלה. צלקת באספקט קידמי/לטרלי של קרסול שמאל- רגישה, ללא TINNEL ללא חסר תחושת דיסטלי.
מזי קרסול ואצבעות. רגישות דיפוזית לטרלית קרסול שמאל
XR* - ל"ש
25.01.2026 חזר עם תוצאות הדימות- ללא שינוי משמעותי בכאבים
CT* (פענוח בלבד- 11.2025)- מימין- תקין, משמאל- שבר מחובר של קידמת קלקנאוס, שבר מחובר (לאחר קיבוע פנימי) של
פטישון המדיאלי, שני פרגמנטים מנותקים של חלק עליון של טלס וחלק עליון של נביקולר.
US (-קרסול שמאל 11.2025)- ב.מ.פ.

אבחנות רקע

בריא בדרך כלל

הרגלים

מעשן/ת: לא

אלכוהול: לא

סמים: לא

שינה: תקינה

לא ידוע שימוש בתרופות קבועות

לא ידועה רגישות לתרופות

סיקור כאב

המטופל/ת חש/ה כאב: p

המטופל מופנה לרופא המטפל בקהילה להמשך טיפול בכאב

בדיקת פצע ניתוחי

מצב הפצע הניתוחי: פצע תקין

לא ידועה רגישות לחומרים

ניתוחים בעבר

כמות	אגיקולוגי	תאריך	שיטה ניתוחית	צד	קוד	ניתוח
		23/07/2017			34.21.06	SYMPAT.THORAC;SUR,THORACOSCOPY
		07/08/2024		Left	79.36.05	OPEN REDUCTION INTERNAL FIXATION FX OF MEDIAL MALLEOLUS

סיכום ודיון

עבר ב7.08.2024 ניתוח לתיקון שבר פתוח של קרסול שמאל (פטישון מדיאלי). כאב תת טלרי- ככל הנראה נובע משבר בעקב (טופל שמרני). שוחחם על המשך הערכה וטיפול.
13.07.2025 טרם ביצע US .
25.01.2026 כשנה וחצי לאחר התאונה- עדיין סובל מכאבים/מגבלה בתנועתיות של קרסול שמאל. הומלץ על הוצאת חומרה, תהודה מגנטית- במידת הצורך.

הפניה לניתוח

מופנה לניתוח: ק
יחידה מנתחת: : אורטופדית כף רגל
מרפאה קדם ניתוחית
טחם ניתוח טחם הרדמה
מסגרת:
אשפוז יום
קבלה לבית החולים
יום הניתוח
סוג הרדמה: General Anesthesia
הערת לניתוח:
הוצאת ברגים חלולים קרסול שמאל

הפניה לתא לחץ
מופנה לתא לחץ: לא

המלצות כלליות
המלצה: *036972506 -זהבה- טחם ניתוח (הוצאת חומרה)

תרופות מומלצות

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓				1 חודשים	X 1 ביום	40 mg	S.C	CRUSIA Enoxaparin (ENOXAPARIN SODIUM)
✓	סיכון גבוה לנפילות במבוגרים			10 ימים	X 4 ביום	1 tab	P.O	ROKACET PLUS (CAFFEINE, PARACETAMOL CODEINE PHOSPHATE)

מוסד לרפואה אורתופדית
מחלקת כף רגל וקרסול
Dr. Khaimov Nissim
Orthopedic Surgeon
Foot and Ankle Unit
מ.ר. 37506
S.L.N 30269

נחתם ע"י: דר' חיימוב ניסים מ.ר.37506

חתימה:

26/05/2025 תאריך

סיכום טיפול

פרטי המטופל

שם המטופל	00-32269990-1	24.11	ז	12/06/2000	שמואל
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
תל אביב -י	שטינשניידר	6 ב		52 -8051512	50 - 4107247
ישוב	רחוב	מס בית		טלפון	טלפון נוסף

מס' הפניה במכון הפיזיותרפיה: 250158827 מספר זיהוי הפניה: 35105035342

תאריך הפניה: 13/01/2025

סוג הביקורים לסדרה: 0 ביקור רגיל

לכבוד הרופא המטפל/מקצועי: ד"ר אבלין ורדה רשיון רופא: 18972

מרפאה: 5105

מקצוע: רופא כללי

אבחנה בהפניה:

צד	קוד	איפיון	אבחנה
שמאל	Z7987		OPEN REDUCTION OF DISLOCATION OF ANKLE

אבחנה לטיפול:

צד	קוד	אבחנה
שמאל	Z7936	OPEN REDUCT.OF FRACT.OF TIBIA AND FIBULA WITH INT.FIXATION

תאריך תחילת טיפול: 16/03/2025 תאריך סיום טיפול: 26/05/2025

מס' ביקורים בפועל: 8 פרטני: 8

מס' אי הופעות לטיפול: 0

רשימת כל הטיפולים:

כמות	טיפול
1	אבחון ראשון- בדיקה של פיזיותרפיסט
2	הערכה מחדש- בדיקה
7	תרגילי חיזוק
7	תרגילי יציבות ופרופריוסופציה
2	חבישה/taping/קינזיותרפיה
2	טיפול ברקמה רכה
1	טיפול בשיקום תפקודי

כאבים:

איבר	צד	דרוג בעת פתיחת הסידרה	דרוג בעת סגירת הסידרה
אחר - קרסול	שמאל	7	6

הערכת מטפל: 2-שיפור חלקי

הערות: עדיין יש בירידה במדרגות קפיצה קלה עקב קיבוע של הקרסול
יש מיגבלה בDF בגלל הקיבוע
בסוף יום עדיין יש נפיחות בבוקר עדיין נוקשות בוקר
ניתנה הדרכה להמשך עבודה בחדר כושר
יש דקירות בקרסול האם בגלל המיסמור? וכאב נקודתי
ביקורת בעוד חודשיים אצל הרופא

המטופל ביקר במכון בתאריכים:
26/05/2025
06/05/2025
29/04/2025
08/04/2025
02/04/2025
25/03/2025
17/03/2025
16/03/2025

מילי וייס

שם מטפל

חתימה וחותמת

תאריך: 06/11/2025

הפניה לדימות

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי: כהן יואל אלחנן	מס זהות: 00322699901	גיל: 25.05	מין: ז
ת.לידה: 12/06/2000	ישוב: תל אביב -	רחוב: שטיינשניידר	טלפון נוסף: 52-8051512	
מס בית: 6 / 6	ב	טלפון: 52-8051512		

06/08/2024 תאריך תאונה

2 תאונת עבודה סוג תאונה

מספר הפניה ישירה: 35105044930

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

מספר רשיון



5105



035105044930



0322699901



027382

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

לכבוד: CT קרסול

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78073	L1039	ט.מ. CT קרסול	10404060
78003	L1028	א.ס. US קרסול ימין	10405016

המטופל מתלונן על

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 24/06/2025:
לאחר נתוח לאחר ניתוח שבר פטישון מדיאלי, כמו כן שבר קלקנאוס.
ליפני כשנה עדיין כאבים ברגל
06/11/2025
עדיין כאבים בקרסול
נבדק במרפא-המלצה על המשך בירור ע"י CT US של הקרסול

סימנים חיוניים	גובה 174	נמדד ב: 07/09/2023	משקל 69	נמדד ב: 07/09/2023	BMI 22.79
לחץ דם	102 / 60	נמדד ב: 07/09/2023			
דופק	66	נמדד ב: 07/09/2023			

06/05/2024 מתאריך: 131.41 eGFR

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
824		FRACTURE ANKLE

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/09/2009		GILBERT'S DISEASE
01/07/2017		endoscopic thoracic sympathectomy fir excessive sweating
13/01/2025		OPEN REDUCTION OF DISLOCATION OF ANKLE

רגישויות ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
אינו ידוע		המטופל

ד"ר אירנה אוסטרובסקי	27382	**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		



מספר רשיון 27382
טלפון 03-6301820
פקס 03-7303662
מחוז ת"א

שם הרופא ד"ר אירנה אוסטרובסקי
תחום רפואת משפחה
כתובת שדרות יד לבנים 35
מרפאה איילון - תל אביב

תאריך: 24/06/2025

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	כחן יואל אלחנן	מס זהות:	00322699901	גיל:	25.00	מין:	ז
ת.לידה:	12/06/2000	ישוב:	תל אביב -	רחוב:	שטיינשניידר	טלפון נוסף:	52-8051512	
מס בית:	6 / 6	ב	טלפון:	52-8051512				

מספר הפניה ישירה: 35105040471

גורם שולח



5105

מספר הפניה



035105040471

תז נבדק



0322699901

מספר רשיון



027382

לכבוד: מרפא כאב

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70005	99242	בדיקה רפואית - כאב	70090

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות לאחר נתוח לאחר ניתוח שבר פטישון מדיאלי, כמו כן שבר קלקנאוס.
ליפני שנה וחצי עדיין כאבים ברגל

סימנים חיוניים: גובה 174 07/09/2023 משקל 69 07/09/2023 bmi 22.79

לחץ דם 102 / 60 07/09/2023

דופק 66 07/09/2023

06/05/2024 מתאריך 131.41 eGFR

אבחנה משוערת

קוד	אבחנה	איפיון
824	FRACTURE ANKLE	

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/09/2009		GILBERT'S DISEASE
01/07/2017		endoscopic thoracic sympathectomy fir excessive sweating
13/01/2025		OPEN REDUCTION OF DISLOCATION OF ANKLE

רגישויות ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
אינו ידוע		המטופל

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 ביה"ח מפורסמת באתר הכללית

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	כהן	שם פרטי	יואל אלחנן	תעודת זהות	322699901	שם האב	
יצחק שדה	66	תל אביב	מס'	מיקוד	טלפון		

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 ויתור 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: 29/10/24 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____ X

אריאל פרידברג, עו"ד
מ.ר. 62254

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, _____ יואל אלחנן כהן
ת.ז. מס' _____ 322699901, מרחוב _____ יצחק שדה 66, תל אביב, _____
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או _____ להיות באי כוחי במשפט של
_____ נגד _____ 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 29 לחודש 10 שנה 2024

חתימה: X יאאל

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

אניאל פידר, עו"ד
מ.ד. 62254