

תאריך: 09/10/2024

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



041237

ד"ר בן גל אופיר
כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-5560600

כתובת: הדובדבן 7, קריית אונו (מרב מרכז בריאות, כניסה מערבית, קומה 4)

פרטי הנבדק:	שם משפחה: חג'מי	שם פרטי: הודיה	ת.ז.: 313289282
ת.לידה: 05/03/1995	מין: נ	טלפון: 035333954	טל.עבודה/נייד: 0509807172
כתובת: הוז דב 8, אור יהודה	מיקוד: 6020808		

תמצית הביקור מתאריך 09/10/2024 בשעה 16:50

תאריך הביקור: 09/10/2024

המלצות למטופל: משככי כאב
מייצב ברך
US

בקורת טלפונית עם תשובת US

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

תרופות שגרשמו בביקור:

שם התרופה	מינון והוראות מרשם	שמות החלופות
BREXIN 20MG X 20	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 10 ימים.	* TAB. BREXIN 20MG X 20 < 10 Units > [5853]

הפניות, אשורים ודפי מידע

סוג	שם/תיאור	מתאריך	עד תאריך
הפניה	הפניה לאביזר / ציוד רפואי-אורתופדיה		

002908423881

תאריך: 09/10/2024

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



041237

ד"ר בן גל אופיר
כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-5560600

כתובת: הדובדבן 7, קריית אונו (מרב מרכז בריאות, כניסה מערבית, קומה 4)

פרטי הנבדק:	שם משפחה: חג'מי	שם פרטי: הודיה	ת.ז.: 313289282
ת.לידה: 05/03/1995	מין: נ	טלפון: 035333954	טל.עבודה/נייד: 0509807172
כתובת: הוז דב 8, אור יהודה	מיקוד: 6020808		

תמצית הביקור מתאריך 09/10/2024 בשעה 16:50

תאריך הביקור: 09/10/2024

המלצות למטופל: משככי כאב

מייצב ברך

US

בקורת טלפונית עם תשובת US

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

תרופות שנרשמו בביקור:

שם התרופה	מינון והוראות מרשם	שמות החלופות
BREXIN 20MG X 20	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 10 ימים.	* TAB. BREXIN 20MG X 20 < 10 Units > [5853]

הפניות, אשורים ודפי מידע

סוג	שם/תיאור	מתאריך	עד תאריך
הפניה	הפניה לאביזר / ציוד רפואי-אורתופדיה		

002908423881

תאריך: 10/09/2024

מכבי שירותי בריאות

ד"ר סעד רביע

טראומטולוגיה

מ.ר גורם מפנה

מוקד רפואה דחופה



0039222567



148514



קוד הפניה: 396057373

טלפון: 3555*

פקס: 03-7178253

כתובת: אלון יגאל 96, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:	
שם פרטי: הודיה	שם משפחה: חג'מי
ת.ז.: 313289282	ת.לידה: 05/03/1995
טל.עבודה/נייד: 0509807172	מיון: נ
מיקוד: 6020808	תשובת: הוז דב 8, אור יהודה
0313289282	

מכון רנטגן - מוקד רפואה דחופה

הריון: לא

קוד	הבדיקה הדרושה
3560	ברך שמאל 2 צילומים (AP+LAT) בשכיבה

שאלה למבצע הבדיקה: שבר

דחיפות הפענוח: רגיל

תלונות: בת 29

לדבריה יום טרם פנייתה נפלה ונחבלה סיבובית לברך שמאל

אבחנה:

• CONTUSION

בעיות ידועות:

• ASTHMA Exacerbation (12/2020)

• TOBACCO USE DISORDER (07/04/2016)

מעשנת: כן

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 10/09/2024 עד תאריך - 09/03/2025

10/09/2024

חתימה וחותמת

תאריך

www.maccabi4u.co.il

מידע ניתן לקבל במדריך השירותים האינטרנטי של מכבי:

הבדיקה כרוכה בחשיפת האזור הנבדק ובמגע פיזי של מבצע הבדיקה. רצוי להגיע לבדיקה עם בגד בשני חלקים (חלק עליון וחלק תחתון). באפשרותך להגיע עם מלווה לבדיקה.



מכון דימות:השלום כתובת: יגאל אלון 96 תל אביב-יפו טלפון: 03-7614020

גורם רפואי מפנה:

שם: ד"ר סעד רביע

מ.ר: 148514

תאריך הבדיקה: 10/09/2024

תאריך הפיענוח: 10/09/2024

שם הנבדק: חג'מי הודיה

ת.ז הנבדק: 313289282

כתובת הנבדק: הוז דב 8 אור יהודה 6020808

טלפון הנבדק: 03-5333954 טלפון נייד: 050-9807172

תשובת בדיקת דימות: 24673328

ברך 2 צילומים

סיבת ההפניה:

שבר

ממצאים:

משמאל

=====

אין עדות לשבר או ממצא פתולוגי אחר.

בברכה

דר' גלינה גדזייב

מומחה/ית ברדיולוגיה אבחנתית

מס' רישיון: 30956

התשובה עברה הגהה ונחתמה אלקטרונית

מסמך זה מכיל מידע מוגן הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסרו שלא כדין עובר עבירה

גרסה 1/1



0328820964



092913



קוד הפניה: 395934975

טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2284246

כתובת: אופירה 1, אור יהודה

פרטי הנבדק:		שם משפחה: חג'מי		שם פרטי: הודיה		ת.ז.: 313289282	
ת.לידה:	05/03/1995	מין:	נ	טלפון:	035333954	טל.עבודה/נייד:	0509807172
כתובת:	הוז דב 8, אור יהודה	מיקוד:	6020808				



0313289282

מוקד רפואה דחופה

סוג השירות: טראומה אורתופדית דחופה

טלפון: -

תלונות: אתמול נפלה עם חבלת ברך, שוק שמאל, כף יד שמאל

ממצאים: פצע עם גלד המורגי מעל פטלה רגל שמאל, המטומה עם רגישות ניכרת באספקט לטרלי-קידמי של שור, רגישות ללא סימני חבלה וטנאר-היפוטנאר.

אבחנה: • TRAUMA ACCIDENTAL

בעיות ידועות: • ASTHMA Exacerbation (12/2020)
• TOBACCO USE DISORDER (07/04/2016)

מעשנת: כן

מופנה לצורך:

בדיקה ע"י אורתופד, בתודה מראש

**** הפניה זו בתוקף 24 שעות מרגע הפקתה ****

תוקף הפניה זו לתאריך 11/09/2024 בשעה 11:10

השירות ניתן מעבר לשעות פעילות הסניף בימי חול, סופי שבוע וחגים בלבד.
מומלץ לוודא שעות פעילות במדריך השירותים באינטרנט או במכבי ללא הפסקה.

נא להצטייד בכרטיס מגנטי

10/09/2024

חתימה וחותמת

תאריך

נא לצרף מסמכים רלוונטים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש



מוקד רפואה דחופה
העתיק טופס
10/09/2024

ד"ר סעד רביע
טראומטולוגיה

טלפון: 3555*
פקס: 03-7178253
כתובת: אלון יגאל 96, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: חג'מי	שם פרטי: הודיה
ת.ז.: 313289282	טל.עבודה/נייד: 0509807172
ת.לידה: 05/03/1995	מין: נ
תלפון: 035333954	מיקוד: 6020808
כתובת: הוז דב 8, אור יהודה	

מכתב שחרור

שעת קבלה: 19:17
שעת שחרור: 20:51
לכבוד: ד"ר פרסקי אולג
סיבת הפניה:

בת 29
לדבריה יום טרם פנייתה נפלה ונחבלה סיבובית לברך שמאל
בבדיקתה
מתהלכת בצליעה
ברך ללא תפליט מעט נפיחות , טווחים 0-90 , מנגנון יישור שמור , יציבה AM PL , שמורה
NV דיסטאלית
צילום -ללא ממצא גרמי חריף
קובעה בסד גבס אחורי לברך

אבחנות פעילות:

- ASTHMA Exacerbation (12/2020)
- TOBACCO USE DISORDER (07/04/2016)

טיפול אחות

טיפול אחות

תאריך	שעה	התערבות	תוצאה	הערות
10/09/2024	19:49	הדרכה לטיפול ושחרור ממוקד		
10/09/2024	19:49	אומדן כאב	עוצמה: 9	
10/09/2024	19:50	DT חיסון טטנס דיפטריה למבוגר		IMOVAX d.T. adult
10/09/2024	19:51	מיון ראשוני - TRIAGE		
10/09/2024	19:53	מתן תרופות OTC ללא הוראת רופא		אקמול 1 גר

הפניות:

מכון רנטגן: ברך שמאל 2 צילומים (AP+LAT) בשכיבה
אבחנה:

- CONTUSION

טיפולים:

POP-Pipe - Ankle to hip X 1

תוכנית טיפולית: רגל בגבס למשך 3-4 ימים
דריכה לפי כאב
מעקב אורטופד
בכל החמרה יש לפנות לבדיקת רופא

תאריך: 10/09/2024

מ.ר גורם מפנה



מכבי שירותי בריאות
מוקד רפואה דחופה
העתק טופס
10/09/2024

ד"ר סעד רביע
טראומטולוגיה

טלפון: 3555*
פקס: 03-7178253
כתובת: אלון יגאל 96, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: חג'מי	שם פרטי: הודיה
ת.לידה: 05/03/1995	מין: נ
כתובת: הוז דב 8, אור יהודה	טלפון: 035333954
0313289282	ת.ז.: 313289282
טל.עבודה/נייד: 0509807172	
מיקוד 6020808	

מכתב שחרור

ד"ר סעד רביע

חתימה וחותמת הרופא

לידיעתך המוקד נועד לתת מענה למקרה דחוף, ואינו מתאים להמשך מעקב. את המעקב והמשך הטיפול, יש לבצע אצל הרופא המטפל בקהילה

במידה ורופא במוקד טראומה המליץ על המשך מעקב אורטופדי, עליך לקבוע תור אך ורק אצל רופא אורטופדי בקהילה. מספרי הטלפון של הרופאים האורטופדיים נמצאים במדריך השירותים של "מכבי" או ב"מכבי ללא הפסקה" 1700505353.

תאריך: 15/09/2024

מ.ר גורם מפנה



165114



מכבי שירותי בריאות
מוקד רפואה דחופה
15/09/2024

ד"ר מיזליס בוריס

טראומטולוגיה

טלפון: 3555*

פקס: 03-7178253

כתובת: אלון יגאל 96, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:			
שם משפחה: חג'מי	שם פרטי: הודיה	ת.ז.: 313289282	
ת.לידה: 05/03/1995	מין: נ	טלפון: 035333954	טל.עבודה/נייד: 0509807172
כתובת: הוז דב 8, אור יהודה	מיקוד: 6020808		

מכתב שחרור

15/09/2024

תאריך:

שעת קבלה: 22:16

שעת שחרור: 22:39

סיבת הפניה:

חבלה סיבובית ברך שמאל

אבחנות פעילות:

- ASTHMA Exacerbation (12/2020)
- TOBACCO USE DISORDER (07/04/2016)

ממצאים:

לפני שבוע נפלה מתארת חבלה לברך ויד שמאל.
נבדקה במוקד -
שוחררה עם קיבוע אנטלגי.
כעת נשלחה עי רופא משפחה לבדיקה נוספת.
בבדיקה לאחר הורדת הסד -
ללא סימני חבלה.
ישור תקין.
כיפוף תקין.
ברך יציבה לוארוס ואלגוס.
מגירה ולחמן תקינים.
רגישות במישוש פופליטאל פוסה וסדק פרקי מדיאלי.
במעבר על הצילומים - מעיוני ללא ממצא פתולוגי חריף
הונח סד אנטלגי חדש
המלצות:
- שיכון כאב
- ביקורת אורתופד בקופח
- הורדת הסד מחרתיים והתחלה של הפעלה לפי יכולת

אבחנה:

- CONTUSION

טיפולים:

POP-Entire Lower limb ADULT X 1
POP leg removal X 1

ד"ר מיזליס בוריס

חתימה וחותמת הרופא

לידיעתך המוקד נועד לתת מענה למקרה דחוף, ואינו מתאים להמשך מעקב.
את המעקב והמשך הטיפול, יש לבצע אצל הרופא המטפל בקהילה

במידה ורופא במוקד טראומה המליץ על המשך מעקב אורטופדי, עליך לקבוע תור אך ורק אצל רופא אורטופדי בקהילה.



165114



15/09/2024

טלפון: 3555*

פקס: 03-7178253

כתובת: אלון יגאל 96, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:

שם משפחה: חג'מי

שם פרטי: הודיה

ת.ז.: 313289282

ת.לידה:

05/03/1995

מין: נ

טלפון:

035333954

טל.עבודה/נייד: 0509807172

כתובת:

הוז דב 8, אור יהודה

מיקוד 6020808



0313289282

מכתב שחרור

מספרי הטלפון של הרופאים האורטופדיים נמצאים במדריך השירותים של "מכבי" או ב"מכבי ללא הפסקה" 1700505353.



034022

ד"ר שהינו לריסה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואה פנימית

טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2284246

כתובת: אופירה 1, אור יהודה

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: חג'מי	שם פרטי: הודיה
ת.לידה: 05/03/1995	מין: נ
תל.עבודה/נייד: 0509807172	טלפון: 035333954
כתובת: הוז דב 8, אור יהודה	מיקוד: 6020808

תמצית הביקור מתאריך 05/10/2025 בשעה 11:33

תאריך הביקור: 05/10/2025

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

תרופות שנרשמו בביקור:

שם התרופה	מינון והוראות מרשם	שמות החלופות
PRIZMA 20MG X 30	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים.	* TAB. PRIZMA 20MG X 30 < 1 OP > [9274] CAP. FLUTINE 20MG X 30 < 1 OP > [9346]
ROKACET PLUS 24 CAP	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 24 ימים.	* TAB. ROKACET PLUS 24 CAP < 1 OP > [72116]

הפניות, אשורים ודפי מידע

סוג	שם/תיאור	מתאריך	עד תאריך
אישור	תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבו	19/09/2025	19/10/2025
אישור	אישור רפואי		
דף מידע	תאונת עבודה - מידע לחבר		

תשובת בדיקת דימות: 24779756

א.ס ברך

סיבת ההפניה:

אחרי אירוע טראומתי , במעקב אורתופדי, בהתאם לבקשתו
אין צילומים קודמים להשוואה

ממצאים:

US ברך שמאל

=====

בדיקה מכוונת - לברך שמאל

גיד קוודריצפס - נצפה תקין והמשכי.

גיד פטלרי - נצפה תקין והמשכי.

הרטינקולים של הפיקות נצפו תקינים.

LCL - נצפתה תקינה והמשכית.

MCL - נצפתה תקינה והמשכית.

אזור המניסקוס המדיאלי נצפה תקין
גם CLEFT במניסקוס לטרלי, מעיד על קרע .
נא לקורלציה קלינית

בורסה סופראפטלרית - אין עדות לנוזל.

בורסה פטלרית - אין עדות לנוזל.

PES ANSERINUS - ללא נוזל. אין נוזל תוך פרקי.

איזור פופליטאלי - אין עדות לציסטה ע"ש בייקר.

מבצע/ת הבדיקה: לודמילה פנחס

בברכה

דר' איגור שרמן

מומחה/ית ברדיולוגיה אבחנתית

מס' רישיון: 26294

התשובה עברה הגהה ונחתמה אלקטרונית



0034906438



041237

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

קוד הפניה: 402954299

טלפון: 03-5560600

כתובת: הדובדבן 7, קריית אונו (מרב מרכז בריאות, כניסה מערבית, קומה 4)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 313289282

שם פרטי: הודיה

שם משפחה: חג'מי

טל.עבודה/נייד: 0509807172

035333954

טלפון:

מין: נ

05/03/1995

ת.לידה:



0313289282

מיקוד 6020808

הוז דב 8, אור יהודה

כתובת:

US איברים

קוד	הבדיקה הדרושה אולטראסאונד	ברך שמאל
6863		

שאלה למבצע הבדיקה: שינויים ניוונים

תלונות:

בביקור בתאריך 15/09/2024 בשעה 22:34:26
חבלה סיבובית ברך שמאל

בביקור בתאריך 09/10/2024 בשעה 16:50:58

בביקור בתאריך 30/10/2024 בשעה 20:54:26

ממצאים:

בביקור בתאריך 15/09/2024 בשעה 22:34:26
לפני שבוע נפלה מתארת חבלה לברך ויד שמאל.
נבדקה במוקד-
שוחררה עם קיבוע אנטלגי.
כעת נשלחה עי רופא משפחה לבדיקה נוספת.
בבדיקה לאחר הורדת הסד-
ללא סימני חבלה.
ישור תקין.
כיפוף תקין.
ברך יציבה לוארוס ואלגוס.
מגירה ולחמן תקינים.
רגישות במישוש פופליטאל פוסה וסדק פרקי מדיאלי.
במעבר על הצילומים- מעיוני ללא ממצא פתולוגי חריף
הונח סד אנטלגי חדש
המלצות:
- שיכון כאב
- ביקורת אורתופד בקופח
- הורדת הסד מחרתיים והתחלה של הפעלה לפי יכולת

בביקור בתאריך 09/10/2024 בשעה 16:50:58
עדיין כאובה, ללא קשר למאמץ או נשיאת משקל

כאובה גם בלילה

נוטלת אופטלגין / אקמול

בבדיקה

מהלכת ללא אמצעי עזר

ברך ROM מלא

יישור אקטיבי

רגישות סדק פרקי

לחמן -

קושי לבצע מקמורי בשל כאב, ללא רגישות גרמית ברורה

תקינה NV

בביקור בתאריך 30/10/2024 בשעה 20:54:26

אבחנה:

• CONTUSION

בעיות ידועות:

• ASTHMA Exacerbation (12/2020)

• TOBACCO USE DISORDER (07/04/2016)



קוד הפניה: 402954299 טלפון: 03-5560600
כתובת: הדובדבן 7, קריית אונו (מרב מרכז בריאות, כניסה מערבית, קומה 4)

התמחויות:
מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:		שם משפחה: חג'מי		שם פרטי: הודיה		ת.ז.: 313289282	
ת.לידה: 05/03/1995		מין: נ		טלפון: 035333954		טל.עבודה/נייד: 0509807172	
כתובת: 0313289282		הוז דב 8, אור יהודה		מיקוד 6020808			

US איברים

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

מרכז זימון תורים *3555, יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

30/10/2024

תאריך

חתימה וחותמת

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 30/10/2024 עד תאריך - 28/04/2025

הבדיקה כרוכה בחשיפת האזור הנבדק ובמגע פיזי של מבצע הבדיקה. רצוי להגיע לבדיקה עם בגד בשני חלקים (חלק עליון וחלק תחתון). באפשרותך להגיע עם מלווה לבדיקה.

שם: חג'מי ת.ז.: 0 313289282 התחיליבות זו בתוקף עד לתאריך: 21/08/2025

בית חולים
מכון
הברזל
20
69710
מיל: 03-7644444
תלפון: 03-7644444
מיל: 03-7644444
התחיליבות לתשלום עבור שירותי בריאות
מספר התחיליבות: 241140182

היננו מאשרים כי חג'מי הודיה ת.ז.: 313289282
חבר ב- מכבי שלי ומבקשים לקבלו לטיפול בהתאם לתעריף שנקבע,
על חשבון: מכבי שרותי בריאות
לשימוש המוסד נותן השרות :

ת.ז. חבר:	התחיליבות:	תאריך טיפול:
		
313289282	241140182	24112024

קוד	קוד מקורי	תאריך	תאריך	קוד
CPT	מס	מס	מס	מס
73721	08	0	0	0
73721	08	0	0	0
73721	08	0	0	0

שוב: אור יהודה
מרכז רפואי: אור יהודה
אופירה 1
טל: 03-5387222

התחיליבות זו היא רק עבור השירותים המופעים למעלה, ורק למוסד רפואי זה.

נספח להתחיליבות מספר 241140182:
התחיליבות זו עבור שירותים אמבולטוריים בלבד.
מכבי חסוי אישי - המסמך מכיל מידע המוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות
התחיליבות זו בתוקף כל עוד הינך חבר/ת מכבי שרותי בריאות.
אתר אסותא מרכזים לזימון תורים :
[HTTPS://APPOINTMENT.ASSUTA.CO.IL](https://appointment.assuta.co.il)
ההתחיליבות תקפה לשלוחות אסותא רמת החיל, חיפה, ב"ש וכלניות
אין צורך לעדכן את טופס ההתחיליבות במידה והבדיקה מבוצעת באחת
משלוחות אלה.
בברכת בריאות טובה
"מכבי שרותי בריאות"

חצה לקבל את השרות במקום אחר? לפי חוק ביטוח ממלכתי, אם לא מימשת את טופס ההתחיליבות אפשר לבטל ולהוציא בקלות
טופס התחיליבות חדש למוסד רפואי אחר מתוך רשימת גופי הבריאות הנרשמים להדפסה.
הוצאת טופס התחיליבות חדש למוסד רפואי אחר באזור האישי באתר/אפליקציה או בטלפון *3555
עם הוצאת הטופס החדש הטופס הנוכחי יבוטל
לתשומת לבך, הקופה לא תממן טיפול כפול, כלומר לא תממן שירות שניתן למבוטח פעמיים עבור אותה פנייה.
1/1



0034906438

041237

קוד הפניה: 406914535

טלפון: 03-5560600

פקס:

כתובת: הדובדבן 7, קריית אונו

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 313289282

שם פרטי: הודיה

שם משפחה: חג'מי

טל.עבודה/נייד: 0509807172

טלפון: 035333954

מין: נ

ת.לידה: 05/03/1995

מיקוד 6020808

הוז דב 8, אור יהודה

כתובת:

0313289282



הפניה למכון דימות - M.R.I

בביקור בתאריך 30/10/2024 בשעה 20:54:26

בביקור בתאריך 24/11/2024 בשעה 19:00:13
US ברך שמאל - CLEFT מניס קוס ללטרלי המעיד על קרע
נתקדם להמשך בירור

הערכה:

בביקור בתאריך 09/10/2024 בשעה 16:50:58

בביקור בתאריך 30/10/2024 בשעה 20:54:26

בביקור בתאריך 24/11/2024 בשעה 19:00:13

אבחנה:

• CONTUSION

בעיות ידועות:

- ASTHMA Exacerbation (12/2020)
- TOBACCO USE DISORDER (07/04/2016)

מעשנות : כן

קוד מב"ר	פרוטוקול ביצוע הבדיקה	בדיקה דרושה
73721		MRI ברך (שמאל)

שאלה לרדיולוג:

קרע מניסקיאל ברך שמאל

מידע נוסף	פירוט
הריון	לא / לא ידוע
קלסטרופוביה	לא / לא ידוע
קוצב לב	לא
שתלים מתכתיים / רסיסים בגוף / עין / אוזן	לא

תאריך ביצוע	לפני	תוצאה	בדיקת מעבדה
21/03/2023	1.8 שנים	0.84	Creatinine
21/03/2023	1.8 שנים	95	eGFR

שם הרופא: ד"ר בן גל אופיר

תאריך: 24/11/2024

תוקף ההפניה ל-270 יום, מתאריך - 24/11/2024 עד תאריך - 21/08/2025

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **



041237



0034906438

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 313289282

שם פרטי: הודיה

שם משפחה: חג'מי

טל.עבודה/נייד: 0509807172

035333954

טלפון:

מין: נ

05/03/1995

ת.לידה:



0313289282

מיקוד 6020808

הוז דב 8, אור יהודה

כתובת:

M.R.I - הפניה למכון דימות

שם המכון:

אסותא-רמת החיל תל אביב

(M.R.I) תהודה מגנטית

20 הברזל

69710

03-7644444

תלונות:

בביקור בתאריך 15/09/2024 בשעה 22:34:26
חבלה סיבובית ברך שמאל

בביקור בתאריך 09/10/2024 בשעה 16:50:58

בביקור בתאריך 30/10/2024 בשעה 20:54:26

בביקור בתאריך 24/11/2024 בשעה 19:00:13

ממצאים:

בביקור בתאריך 15/09/2024 בשעה 22:34:26
לפני שבוע נפלה מתארת חבלה לברך ויד שמאל.

נבדקה במוקד-

שוחררה עם קיבוע אנטלגי.

כעת נשלחה עי רופא משפחה לבדיקה נוספת.

בבדיקה לאחר הורדת הסד-

ללא סימני חבלה.

ישור תקין.

כיפוף תקין.

ברך יציבה לוארוס ואלגוס.

מגירה ולחמן תקינים.

רגישות במישוש פופליטאל פוסה וסדק פרקי מדיאלי.

במעבר על הצילומים- מעיוני ללא ממצא פתולוגי חריף

הונח סד אנטלגי חדש

המלצות:

- שיכון כאב

- ביקורת אורתופד בקופח

- הורדת הסד מחרתיים והתחלה של הפעלה לפי יכולת

בביקור בתאריך 09/10/2024 בשעה 16:50:58

עדיין כאובה, ללא קשר למאמץ או נשיאת משקל

כאובה גם בלילה

נוטלת אופטלגין / אקמול

בבדיקה

מהלכת ללא אמצעי עזר

ברך ROM מלא

יישור אקטיבי

רגישות סדק פרקי

לחמן -

קושי לבצע מקמורי בשל כאב, ללא רגישות גרמית ברורה

תקינה NV



041237

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

קוד הפניה: 406913957

טלפון: 03-5560600

כתובת: הדובדבן 7, קריית אונו (מרב מרכז בריאות, כניסה מערבית, קומה 4)

פרטי הנבדק:	שם משפחה: חג'מי	שם פרטי: הודיה	ת.ז.: 313289282
ת.לידה: 05/03/1995	מין: נ	טלפון: 035333954	טל.עבודה/נייד: 0509807172
כתובת: 0313289282	הוז דב 8, אור יהודה	מיקוד: 6020808	

מכון פיזיותרפיה

תלונות: בביקור בתאריך 15/09/2024 בשעה 22:34:26
חבלה סיבובית ברך שמאל

בביקור בתאריך 09/10/2024 בשעה 16:50:58

בביקור בתאריך 30/10/2024 בשעה 20:54:26

בביקור בתאריך 24/11/2024 בשעה 19:00:13

ממצאים: בביקור בתאריך 15/09/2024 בשעה 22:34:26
לפני שבוע נפלה מתארת חבלה לברך ויד שמאל.
נבדקה במוקד-

שוחררה עם קיבוע אנטלגי.

כעת נשלחה עי רופא משפחה לבדיקה נוספת.

בבדיקה לאחר הורדת הסד-

ללא סימני חבלה.

ישור תקין.

כיפוף תקין.

ברך יציבה לווארוס ואלגוס.

מגירה ולחמן תקינים.

רגישות במישוש פופליטאל פוסה וסדק פרקי מדיאלי.

במעבר על הצילומים- מעיוני ללא ממצא פתולוגי חריף

הונח סד אנטלגי חדש

המלצות:

- שיכון כאב

- ביקורת אורתופד בקופח

- הורדת הסד מחרתיים והתחלה של הפעלה לפי יכולת

בביקור בתאריך 09/10/2024 בשעה 16:50:58

עדיין כאובה, ללא קשר למאמץ או נשיאת משקל

כאובה גם בלילה

נוטלת אופטלגין / אקמול

בבדיקה

מהלכת ללא אמצעי עזר

ברך ROM מלא

יישור אקטיבי

רגישות סדק פרקי

לחמן -

קושי לבצע מקמורי בשל כאב, ללא רגישות גרמית ברורה

תקינה NV

בביקור בתאריך 30/10/2024 בשעה 20:54:26

בביקור בתאריך 24/11/2024 בשעה 19:00:13

US ברך שמאל - CLEFT מניס קוס ללטרלי המעיד על קרע

נתקדם להמשך בירור

אבחנה:

• CONTUSION

בעיות ידועות:

- ASTHMA Exacerbation (12/2020)
- TOBACCO USE DISORDER (07/04/2016)

תאריך: 24/11/2024

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



041237

ד"ר בן גל אופיר
כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-5560600

כתובת: הדובדבן 7, קריית אונו (מרב מרכז בריאות, כניסה מערבית, קומה 4)

פרטי הנבדק:	שם משפחה: חג'מי	שם פרטי: הודיה	ת.ז.: 313289282
ת.לידה: 05/03/1995	מין: נ	טלפון: 035333954	טל.עבודה/נייד: 0509807172
כתובת: הוז דב 8, אור יהודה	מיקוד: 6020808		

תמצית הביקור מתאריך 24/11/2024 בשעה 19:00

תאריך הביקור: 24/11/2024

המלצות למטופל: PT

MRI

מומחה ספורט

משככי כאב לפי צורך

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

תרופות שנרשמו בביקור:

שם התרופה	מינון והוראות מרשם	שמות החלופות
ROKACET PLUS 24 CAP	לבליעה 1 טבליה 3 פעמים ביום, (בוקר 1 טבליה, צהריים 1 טבליה, ערב 1 טבליה) לתקופה של 10 ימים.	* TAB. ROKACET PLUS 24 CAP < 1 OP+6 > [72116]

הפניות, אשורים ודפי מידע

סוג	שם / תיאור	מתאריך	עד תאריך
הפניה	מכון פיזיותרפיה		
אישור	תאונת עבודה (תעודה נוספת)	24/11/2024	07/01/2025

002953745511



041237



ד"ר בן גל אופיר
כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-5560600

קוד הפניה: 406913957

כתובת: הדובדבן 7, קריית אונו (מרב מרכז בריאות, כניסה מערבית, קומה 4)

פרטי הנבדק:	שם משפחה: חג'מי	שם פרטי: הודיה	ת.ז.: 313289282
ת.לידה: 05/03/1995	מין: נ	טלפון: 035333954	טל.עבודה/נייד: 0509807172
כתובת: הוז דב 8, אור יהודה	מיקוד: 6020808		

מכון פיזיותרפיה

מעשנת: כן

סיבת ההפניה: ברך- אלקטרוטרפיה ; חיזוק שרירים סביב הברך

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 24/11/2024 עד תאריך - 23/05/2025

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

24/11/2024

תאריך

חתימה וחותמת

קביעת תור לטיפול ראשון-במוקד מכבי ללא הפסקה *3555. תורים לטיפול המשך ותור ראשון לטיפול בתחומים מיוחדים (לדוגמא- רצפת אגן, ניקוד לימפתי, טיפולי בית) יקבעו במכון הפיזיותרפיה. הטיפול כרוך בתשלום רבעוני, נא להגיע עם כרטיס מגנטי. במידה והינך משלם במזומן יש להסדיר את התשלום במזכירות הסניף טרם הגעה לטיפול.



0034906438

041237

קוד הפניה: 406914535

טלפון: 03-5560600

פקס:

כתובת: הדובדבן 7, קריית אונו

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 313289282

שם פרטי: הודיה

שם משפחה: חג'מי

טל.עבודה/נייד: 0509807172

טלפון: 035333954

מין: נ

ת.לידה: 05/03/1995



0313289282

מיקוד: 6020808

הוז דב 8, אור יהודה

כתובת:

הפניה למכון דימות - M.R.I

בביקור בתאריך 30/10/2024 בשעה 20:54:26

בביקור בתאריך 24/11/2024 בשעה 19:00:13
US ברך שמאל - CLEFT מניס קוס ללטרלי המעיד על קרע
נתקדם להמשך בירור

הערכה:

בביקור בתאריך 09/10/2024 בשעה 16:50:58

בביקור בתאריך 30/10/2024 בשעה 20:54:26

בביקור בתאריך 24/11/2024 בשעה 19:00:13

אבחנה:

• CONTUSION

בעיות ידועות:

- ASTHMA Exacerbation (12/2020)
- TOBACCO USE DISORDER (07/04/2016)

מעשנות : כן

קוד מב"ר	פרוטוקול ביצוע הבדיקה	בדיקה דרושה
73721		MRI ברך (שמאל)

שאלה לרדיולוג:

קרע מניסקיאל ברך שמאל

מידע נוסף	פירוט
הריון	לא / לא ידוע
קלסטרופוביה	לא / לא ידוע
קוצב לב	לא
שתלים מתכתיים / רסיסים בגוף / עין / אוזן	לא

תאריך ביצוע	לפני	תוצאה	בדיקת מעבדה
21/03/2023	1.8 שנים		Creatinine
21/03/2023	1.8 שנים		eGFR

שם הרופא: ד"ר בן גל אופיר

תאריך: 24/11/2024

תוקף ההפניה ל-270 יום, מתאריך - 24/11/2024 עד תאריך - 21/08/2025

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-5560600

פקס:

כתובת: הדובדבן 7, קריית אונו



041237



0034906438

קוד הפניה: 406914535

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 313289282

שם פרטי: הודיה

שם משפחה: חג'מי

טל.עבודה/נייד: 0509807172

טלפון: 035333954

מין: נ

ת.לידה: 05/03/1995



מיקוד: 6020808

הוז דב 8, אור יהודה

כתובת:

0313289282

הפניה למכון דימות - M.R.I

שם המכון:

אסותא-רמת החיל תל אביב

(M.R.I) תהודה מגנטית

20 הברזל

69710

03-7644444

תלונות:

בביקור בתאריך 15/09/2024 בשעה 22:34:26
חבלה סיבובית ברך שמאל

בביקור בתאריך 09/10/2024 בשעה 16:50:58

בביקור בתאריך 30/10/2024 בשעה 20:54:26

בביקור בתאריך 24/11/2024 בשעה 19:00:13

ממצאים:

בביקור בתאריך 15/09/2024 בשעה 22:34:26
לפני שבוע נפלה מתארת חבלה לברך ויד שמאל.

נבדקה במוקד-

שוחררה עם קיבוע אנטלגי.

כעת נשלחה עי רופא משפחה לבדיקה נוספת.

בבדיקה לאחר הורדת הסד-

ללא סימני חבלה.

ישור תקין.

כיפוף תקין.

ברך יציבה לוארוס ואלגוס.

מגירה ולחמן תקינים.

רגישות במישוש פופליטאל פוסה וסדק פרקי מדיאלי.

במעבר על הצילומים- מעיוני ללא ממצא פתולוגי חריף

הונח סד אנטלגי חדש

המלצות:

- שיכון כאב

- ביקורת אורתופד בקופח

- הורדת הסד מחרתיים והתחלה של הפעלה לפי יכולת

בביקור בתאריך 09/10/2024 בשעה 16:50:58

עדיין כאובה, ללא קשר למאמץ או נשיאת משקל

כאובה גם בלילה

נוטלת אופטלגין / אקמול

בבדיקה

מהלכת ללא אמצעי עזר

ברך ROM מלא

יישור אקטיבי

רגישות סדק פרקי

לחמן -

קושי לבצע מקמורי בשל כאב, ללא רגישות גרמית ברורה

תקינה NV

תאריך: 01/12/2024

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



034022



קוד הפניה: 407922861

טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2284246

כתובת: אופירה 1, אור יהודה

ד"ר שהינו לריסה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואה פנימית

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: חג'מי	שם פרטי: הודיה
ת.ז.: 313289282	טל.עבודה/נייד: 0509807172
ת.לידה: 05/03/1995	מין: נ
תלונות: מועמדת לMRI הפניה לבדיקת דם בימים אחרונים כאב בצד פנימי של כף רגל	כתובת: הוז דב 8, אור יהודה
0313289282	מיקוד: 6020808

התייעצות מומחה

תחום שירות: אורתופדיה - במכבי
תלונות: מועמדת לMRI הפניה לבדיקת דם בימים אחרונים כאב בצד פנימי של כף רגל
אבחנה:

- LABORATORY TEST REQUEST
- FOOT PAIN

מעשנת: כן

בעיות ידועות:

- ASTHMA Exacerbation (12/2020)
- TOBACCO USE DISORDER (07/04/2016)

מטרת ההפניה: אודה לבדיקתך.

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

אם הנך פונה לרופא פרטי, מומלץ לבדוק מראש האם הרופא נכלל ברשימת רופאי מכבי זהב/ מכבי שלי

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 01/12/2024 עד תאריך - 30/05/2025

01/12/2024

חתימה וחותמת

תאריך

מכון MRI

הנדון: חג'מי, הודיה, ת.ז: 313289282 תאריך לידה: 05/03/1995

דר' נכבד/ה,
הבדיקה בוצעה בתאריך: 12/12/2024

להלן ממצאי בדיקת MRI של ברך שמאל

הטכניקה: בוצעו סדרות סגטלית PD בלי ועם דיכוי שומן, קורונליות T1 ו- PD עם דיכוי שומן ואקסילית PD עם דיכוי שומן.

התוויה קלינית: כאבים לאחר חבלה, קרע במניסקוס?

ממצאים:

המניסקוס המדיאלי בעובי תקין, ללא קרע.
הסחוס במדור המדיאלי שמור.
המניסקוס הלטרלי בעובי תקין, ללא קרע.
הסחוס במדור הלטרלי שמור.
הרצועות הצולבות והקולטרליות בעובי תקין, ללא קרע.
סחוס הפיקה והטרוכלאה שמורים.
קונטוזיה ובצקת של השומן הסופרה פטלרי.
גידי מנגנון היישור תקינים.

לסיכום: המניסקוסים בעובי תקין, ללא קרע.

בברכה,
ד"ר ברקוביץ ליאור
מומחה לרדיולוגיה אבחנתית
מ ר 137099

הוקלד על ידי: מישל איזיב
מסמך זה נחתם אלקטרונית

נבדק נכבד,

קריאת המידע הרפואי המצורף ללא ליווי של הרופא המטפל עלולה לגרום להבנת הכתוב באופן שגוי או חלקי. אנא פנה/י לרופא המטפל אשר יסביר לך את משמעות תוצאות הבדיקה.
במידת הצורך, בירורים ושאלות בנוגע לפענוח יופנו לרופא הרדיולוג באסותא, על ידי הרופא המפנה בלבד.
בכל נושא אחר,
אנא פנה למוקד אסותא בטלפון 03-7644444

רופא נכבד,

רופאי מכון הדימות באסותא עומדים לשירותך בכל הנוגע לפענוח זה בטלפון 03-7645272 בימים א'-ה' בין השעות 08:00-17:00
כמו כן ניתן לפנות באמצעות:
דוא"ל DimutCenter@assuta.co.il
פקס 03-7645229
המענה יינתן לפניית של רופאים בלבד!

מסמך זה נחתם אלקטרונית

רופאי מכבי יכולים לצפות בצילומים בקליקס ע"י בחירה ב מכבי <צפיה בצילומי רנטגן בתפריט העליון



041237

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

התמחויות:

קוד הפניה: 416870388

טלפון: 03-5560600

מומחה כירורגיה אורתופדית

כתובת: הדובדבן 7, קריית אונו (מרב מרכז בריאות, כניסה מערבית, קומה 4)

פרטי הנבדק:		שם משפחה: חג'מי		שם פרטי: הודיה		ת.ז.: 313289282	
ת.לידה: 05/03/1995		מין: נ		טלפון: 035333954		ט.ל.עבודה/נייד: 0509807172	
כתובת: הוז דב 8, אור יהודה		מיקוד: 6020808					

מכון פיזיותרפיה

תלונות: בביקור בתאריך 15/09/2024 בשעה 22:34:26
חבלה סיבובית ברך שמאל

בביקור בתאריך 09/10/2024 בשעה 16:50:58

בביקור בתאריך 30/10/2024 בשעה 20:54:26

בביקור בתאריך 24/11/2024 בשעה 19:00:13

בביקור בתאריך 22/01/2025 בשעה 18:20:05
MRI ברך שמאל -

המניסקוס המדיאלי בעובי תקין, ללא קרע.

הסחוס במדור המדיאלי שמור.

המניסקוס הלטרלי בעובי תקין, ללא קרע.

הסחוס במדור הלטרלי שמור.

הרצועות הצולבות והקולטרליות בעובי תקין, ללא קרע.

סחוס הפיקה והטרוכלאה שמורים.

קונטוזיה ובצקת של השומן הסופרה פטלרי.

גידי מנגנון היישור תקינים.

שיפור תחת PT אך עדיין כאובה

נמשיך עם PT

ממצאים: בביקור בתאריך 15/09/2024 בשעה 22:34:26
לפני שבוע נפלה מתארת חבלה לברך ויד שמאל.

נבדקה במוקד -

שוחררה עם קיבוע אנטלגי.

כעת נשלחה עי רופא משפחה לבדיקה נוספת.

בבדיקה לאחר הורדת הסד -

ללא סימני חבלה.

ישור תקין.

כיפוף תקין.

ברך יציבה לוארוס ואלגוס.

מגירה ולחמן תקינים.

רגישות במישוש פופליטאל פוסה וסדק פרקי מדיאלי.

במעבר על הצילומים - מעיוני ללא ממצא פתולוגי חריף

הונח סד אנטלגי חדש

המלצות:

- שיכון כאב

- ביקורת אורתופד בקופח

- הורדת הסד מחרתיים והתחלה של הפעלה לפי יכולת

בביקור בתאריך 09/10/2024 בשעה 16:50:58
עדיין כאבים לאחר PTעדיין כאובה, ללא קשר למאמץ או נשיאת משקל
כאובה גם בלילה

נוטלת אופטלגין / אקמול

בבדיקה

מהלכת ללא אמצעי עזר

ברך ROM מלא

יישור אקטיבי

רגישות סדק פרקי



041237



התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-5560600

קוד הפניה: 416870388

כתובת: הדובדבן 7, קריית אונו (מרב מרכז בריאות, כניסה מערבית, קומה 4)

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: חג'מי	שם פרטי: הודיה
ת.לידה: 05/03/1995	מין: נ
כתובת: הוז דב 8, אור יהודה	טלפון: 035333954
0313289282	ת.ז.: 313289282
0509807172	טל.עבודה/נייד: 6020808
מיקוד: 6020808	

מכון פיזיותרפיה

לחמן -

קושי לבצע מקמורי בשל כאב, ללא רגישות גרמית ברורה
תקינה NV

בביקור בתאריך 30/10/2024 בשעה 20:54:26

בביקור בתאריך 24/11/2024 בשעה 19:00:13
US ברך שמאל - CLEFT מניס קוס ללטרלי המעיד על קרע
נתקדם להמשך בירור

בביקור בתאריך 22/01/2025 בשעה 18:20:05

אבחנה:

• CONTUSION

בעיות ידועות:

• ASTHMA Exacerbation (12/2020)
• TOBACCO USE DISORDER (07/04/2016)

תרופות קבועות:

• FOROL 30TAB 1X1X90

מעשנת: כן

סיבת ההפניה: ברך - אלקטרוטרפיה ; חיזוק שרירים סביב הברך

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 22/01/2025 עד תאריך - 21/07/2025

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

22/01/2025

חתימה וחותמת

תאריך

קביעת תור לטיפול ראשון -במוקד מכבי ללא הפסקה *3555. תורים לטיפול המשך ותור ראשון לטיפול בתחומים מיוחדים (לדוגמא- רצפת אגן, ניקוד לימפתי, טיפולי בית) יקבעו במכון הפיזיותרפיה. הטיפול כרוך בתשלום רבעוני, נא להגיע עם כרטיס מגנטי. במידה והינך משלם במזומן יש להסדיר את התשלום במזכירות הסניף טרם הגעה לטיפול.



041237

ד"ר בן גל אופיר
כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-5560600

כתובת: הדובדבן 7, קריית אונו (מרב מרכז בריאות, כניסה מערבית, קומה 4)

פרטי הנבדק:		שם משפחה: חג'מי		שם פרטי: הודיה		ת.ז.: 313289282	
ת.לידה: 05/03/1995		מין: נ		טלפון: 035333954		טל.עבודה/נייד: 0509807172	
כתובת: 0313289282		הוז דב 8, אור יהודה		מיקוד: 6020808			

תמצית הביקור מתאריך 22/01/2025 בשעה 18:20

תאריך הביקור: 22/01/2025

המלצות למטופל: משככי כאב
PT

בקורת חוזרת לפי צורך

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

תרופות שנרשמו בביקור:

שם התרופה	מינון והוראות מרשם	שמות החלופות
BREXIN 20MG X 20	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 10 ימים	* TAB. BREXIN 20MG X 20 < 10 Units > [5853]
OMEPRADEx 20MG X 30	לבליעה 1 כמסה 1 פעם ביום, (בוקר 1 כמסה) לתקופה של 10 ימים	CAP. OMEPRA 20MG X 28 < 10 Units > [13851] * CAP. OMEPRADEx 20MG X 30 < 10 Units > [59980] CAP. LOSEC 20MG X 30 < 10 Units > [9333] CAP. OMEPRADEx-Z 20MG X 14 < 10 Units > [66685] CAP. LOSEC 20MG X 28 < 10 Units > [78361] CAP. LOSEC 20MG OTC 20MG X 14 < 10 Units > [78360]

הפניות, אשורים ודפי מידע

סוג	שם / תיאור	מתאריך	עד תאריך
הפניה	מכון פיזיותרפיה		



041237

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-5560600

כתובת: הדובדבן 7, קריית אונו (מרב מרכז בריאות, כניסה מערבית, קומה 4)

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: חג'מי	שם פרטי: הודיה
ת.לידה: 05/03/1995	מין: נ
תל.עבודה/נייד: 0509807172	טלפון: 035333954
כתובת: הוז דב 8, אור יהודה	מיקוד: 6020808

תמצית הביקור מתאריך 12/03/2025 בשעה 18:15

תאריך הביקור: 12/03/2025

המלצות למטופל: PT

ימי מחלה אחרונים שהמטופלת מקבלת ממני לאור כאבים לאחר חבלה

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

תרופות שנרשמו בביקור:

שם התרופה	מינון והוראות מרשם	שמות החלופות
ZALDIAR 325/37.5MG	לבליעה 1 טבליה 3 פעמים ביום, (בוקר 1 טבליה, צהריים 1 טבליה, ערב 1 טבליה) לתקופה של 10 ימים.	* TAB. ZALDIAR 325/37.5MG < 1 OP+10 > [6007]

הפניות, אשורים ודפי מידע

סוג	שם/תיאור	מתאריך	עד תאריך
הפניה	מכון פיזיותרפיה		
הפניה	התייעצות מומחה: רפואה תעסוקתית		
אישור	אישור מחלה	01/03/2025	30/03/2025



041237



קוד הפניה: 425072297

טלפון: 03-5560600

מומחה כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

כתובת: הדובדבן 7, קריית אונו (מרב מרכז בריאות, כניסה מערבית, קומה 4)

פרטי הנבדק:		שם משפחה:	חג'מי	שם פרטי:	הודיה	ת.ז.:
0313289282		ת.לידה:	05/03/1995	מין:	נ	0509807172
0313289282		כתובת:	הוז דב 8, אור יהודה	טלפון:	035333954	טל.עבודה/נייד:
				מיקוד:	6020808	

מכון פיזיותרפיה

תלונות: בביקור בתאריך 15/09/2024 בשעה 22:34:26
חבלה סיבובית ברך שמאל

בביקור בתאריך 09/10/2024 בשעה 16:50:58

בביקור בתאריך 30/10/2024 בשעה 20:54:26

בביקור בתאריך 24/11/2024 בשעה 19:00:13

בביקור בתאריך 22/01/2025 בשעה 18:20:05
MRI ברך שמאל -

המניסקוס המדיאלי בעובי תקין, ללא קרע.

הסחוס במדור המדיאלי שמור.

המניסקוס הלטרלי בעובי תקין, ללא קרע.

הסחוס במדור הלטרלי שמור.

הרצועות הצולבות והקולטרליות בעובי תקין, ללא קרע.

סחוס הפיקה והטרונכלאה שמורים.

קונטוזיה ובצקת של השומן הסופרה פטלרי.

גידי מנגנון היישור תקינים.

שיפור תחת PT אך עדיין כאובה

נמשיך עם PT

בביקור בתאריך 12/03/2025 בשעה 18:15:01
ביצעה PT עם הטבה חלקיתממצאים: בביקור בתאריך 15/09/2024 בשעה 22:34:26
לפני שבוע נפלה מתארת חבלה לברך ויד שמאל.

נבדקה במוקד -

שוחררה עם קיבוע אנטלגי.

כעת נשלחה עי רופא משפחה לבדיקה נוספת.

בבדיקה לאחר הורדת הסד -

ללא סימני חבלה.

ישור תקין.

כיפוף תקין.

ברך יציבה לוארוס ואלגוס.

מגירה ולחמן תקינים.

רגישות במישוש פופליטאל פוסה וסדק פרקי מדיאלי.

במעבר על הצילומים - מעיוני ללא ממצא פתולוגי חריף

הונח סד אנטלגי חדש

המלצות:

- שינוך כאב

- ביקורת אורתופד בקופח

- הורדת הסד מחרתיים והתחלה של הפעלה לפי יכולת

בביקור בתאריך 09/10/2024 בשעה 16:50:58
עדיין כאבים לאחר PT

עדיין כאובה, ללא קשר למאמץ או נשיאת משקל

כאובה גם בלילה

נוטלת אופטלגין / אקמול

בבדיקה

מהלכת ללא אמצעי עזר

מ.ר גורם מפנה



041237



קוד הפניה: 425072297

טלפון: 03-5560600

כתובת: הדובדבן 7, קריית אונו (מרב מרכז בריאות, כניסה מערבית, קומה 4)

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: חג'מי	שם פרטי: הודיה
ת.ז.: 313289282	טלפון: 035333954
ת.לידה: 05/03/1995	מין: נ
כתובת: הוז דב 8, אור יהודה	מיקוד: 6020808

מכון פיזיותרפיה

ברך ROM מלא

יישור אקטיבי

רגישות סדק פרקי

לחמן -

קושי לבצע מקמורי בשל כאב, ללא רגישות גרמית ברורה

תקינה NV

בביקור בתאריך 30/10/2024 בשעה 20:54:26

בביקור בתאריך 24/11/2024 בשעה 19:00:13

US ברך שמאל - CLEFT מניס קוס ללטרלי המעיד על קרע

נתקדם להמשך בירור

בביקור בתאריך 22/01/2025 בשעה 18:20:05

בביקור בתאריך 12/03/2025 בשעה 18:15:01

אבחנות:

• CONTUSION

בעיות ידועות:

- ASTHMA Exacerbation (12/2020)
- TOBACCO USE DISORDER (07/04/2016)
- HELICOBACTER PYLORI (H. PYLORI) POSITIVE (02/2025)

תרופות קבועות:

• FOROL 30TAB 1X1X90

מעש/ת : כן

סיבת ההפניה: המשך טיפול לברך שמאל. ברך - אלקטורותפיה ; חיזוק שרירים סביב הברך

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 12/03/2025 עד תאריך - 08/09/2025

נא להגיע עם מסמכים רלוונטים

12/03/2025

חתימה וחומת

תאריך

קביעת תור לטיפול ראשון -במוקד מכבי ללא הפסקה *3555. תורים לטיפול המשך ותור ראשון לטיפול בתחומים מיוחדים (לדוגמא- רצפת אגן, ניקוד לימפתי, טיפולי בית) יקבעו במכון הפיזיותרפיה. הטיפול כרוך בתשלום רבעוני, נא להגיע עם כרטיס מגנטי. במידה והינך משלם במזומן יש להסדיר את התשלום במזכירות הסניף טרם הגעה לטיפול.



041237



התמחויות:

קוד הפניה: 425072622

טלפון: 03-5560600

מומחה כירורגיה אורתופדית

כתובת: הדובדבן 7, קריית אונו (מרב מרכז בריאות, כניסה מערבית, קומה 4)

פרטי הנבדק:	שם משפחה: חג'מי	שם פרטי: הודיה	ת.ז.: 313289282
ת.לידה: 05/03/1995	מין: נ	טלפון: 035333954	טל.עבודה/נייד: 0509807172
כתובת: הוז דב 8, אור יהודה	מיקוד: 6020808		

התייעצות מומחה

- במכבי

רפואה תעסוקתית

תחום שירות:

תלונות:

בביקור בתאריך 15/09/2024 בשעה 22:34:26
חבלה סיבובית ברך שמאל

בביקור בתאריך 09/10/2024 בשעה 16:50:58

בביקור בתאריך 30/10/2024 בשעה 20:54:26

בביקור בתאריך 24/11/2024 בשעה 19:00:13

בביקור בתאריך 22/01/2025 בשעה 18:20:05
MRI ברך שמאל -

המניסקוס המדיאלי בעובי תקין, ללא קרע.

הסחוס במדור המדיאלי שמור.

המניסקוס הלטרלי בעובי תקין, ללא קרע.

הסחוס במדור הלטרלי שמור.

הרצועות הצולבות והקולטרליות בעובי תקין, ללא קרע.

סחוס הפיקה והטרונכלאה שמורים.

קונטוזיה ובצקת של השומן הסופרה פטלרי.

גידי מנגנון היישור תקינים.

שיפור תחת PT אך עדיין כאובה

נמשיך עם PT

בביקור בתאריך 12/03/2025 בשעה 18:15:01
ביצעה PT עם הטבה חלקיתממצאים: בביקור בתאריך 15/09/2024 בשעה 22:34:26
לפני שבוע נפלה מתארת חבלה לברך ויד שמאל.

נבדקה במוקד -

שוחררה עם קיבוע אנטלגי.

כעת נשלחה עי רופא משפחה לבדיקה נוספת.

בבדיקה לאחר הורדת הסד -

ללא סימני חבלה.

ישור תקין.

כיפוף תקין.

ברך יציבה לוארוס ואלגוס.

מגירה ולחמן תקינים.

רגישות במישוש פופליטאל פוסה וסדק פרקי מדיאלי.

במעבר על הצילומים - מעיוני ללא ממצא פתולוגי חריף

הונח סד אנטלגי חדש

המלצות:

- שיכון כאב

- ביקורת אורתופד בקופח

- הורדת הסד מחרתיים והתחלה של הפעלה לפי יכולת

בביקור בתאריך 09/10/2024 בשעה 16:50:58
עדיין כאבים לאחר PT



041237



ד"ר בן גל אופיר

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

קוד הפניה: 425072622

טלפון: 03-5560600

כתובת: הדובדבן 7, קריית אונו (מרב מרכז בריאות, כניסה מערבית, קומה 4)

פרטי הנבדק:	שם משפחה: חג'מי	שם פרטי: הודיה	ת.ז.: 313289282
ת.לידה: 05/03/1995	מין: נ	טלפון: 035333954	טל.עבודה/נייד: 0509807172
כתובת: הוז דב 8, אור יהודה	מיקוד: 6020808		

התייעצות מומחה

עדיין כאובה, ללא קשר למאמץ או נשיאת משקל
כאובה גם בלילה
נוטלת אופטלגין / אקמול
בבדיקה
מהלכת ללא אמצעי עזר
ברך ROM מלא
יישור אקטיבי
רגישות סדק פרקי
לחמן -
קושי לבצע מקמורי בשל כאב, ללא רגישות גרמית ברורה
תקינה NV

בביקור בתאריך 30/10/2024 בשעה 20:54:26

בביקור בתאריך 24/11/2024 בשעה 19:00:13
US ברך שמאל - CLEFT מניס קוס ללטרלי המעיד על קרע
נתקדם להמשך בירור

בביקור בתאריך 22/01/2025 בשעה 18:20:05

בביקור בתאריך 12/03/2025 בשעה 18:15:01

דיון ואבחנה מبدלת: בביקור בתאריך 09/10/2024 בשעה 16:50:58

בביקור בתאריך 30/10/2024 בשעה 20:54:26

בביקור בתאריך 24/11/2024 בשעה 19:00:13

בביקור בתאריך 22/01/2025 בשעה 18:20:05

בביקור בתאריך 12/03/2025 בשעה 18:15:01

אבחנות:

• CONTUSION

מעשנת: כן

בעיות ידועות:

- ASTHMA Exacerbation (12/2020)
- TOBACCO USE DISORDER (07/04/2016)
- HELICOBACTER PYLORI (H. PYLORI) POSITIVE (02/2025)



041237

ד"ר בן גל אופיר
כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-5560600

קוד הפניה: 425072622

כתובת: הדובדבן 7, קריית אונו (מרב מרכז בריאות, כניסה מערבית, קומה 4)

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: חג'מי	שם פרטי: הודיה
ת.לידה: 05/03/1995	מין: נ
תל.עבודה/נייד: 0509807172	טלפון: 035333954
כתובת: הוז דב 8, אור יהודה	מיקוד: 6020808
ת.ז.: 313289282	

התייעצות מומחה

תרופות קבועות:

• FOROL 30TAB 1X1X90

מטרת ההפניה: מבקשת חופשה מעל 3 חודשים

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

אם הנך פונה לרופא פרטי, מומלץ לבדוק מראש האם הרופא נכלל ברשימת רופאי מכבי זהב/ מכבי שלי

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 12/03/2025 עד תאריך - 08/09/2025

12/03/2025

חתימה וחותמת

תאריך



034022



קוד הפניה: 427348324

טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2284246

כתובת: אופירה 1, אור יהודה

ד"ר שהינו לריסה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואה פנימית

פרטי הנבדק:	שם משפחה: חג'מי	שם פרטי: הודיה	ת.ז.: 313289282
ת.לידה: 05/03/1995	מין: נ	טלפון: 035333954	טל.עבודה/נייד: 0509807172
כתובת: הוז דב 8, אור יהודה	מיקוד: 6020808		

התייעצות מומחה

תחום שירות: רפואה תעסוקתית - במכבי

תלונות: בביקור בתאריך 09/01/2025 בשעה 12:21:16 מאז נפילה ב-9.09.2024 בזמן עבודה סובלת מכאבים בברך וכף רגל מוזמנת לאורטופד

לוקחת הרבה אקמולים, נורופן

בביקור בתאריך 26/02/2025 בשעה 10:19:16 עדיין כאבים ברגל בברך ב-MRI - ללא היה קרע תורמת דם פעם במספר חודשים

בביקור בתאריך 27/03/2025 בשעה 11:54:22 בטיפול אצל אורטופד מקבלת טיפול פיזיו לא עובדת מאז התאונה מ-9.2024

אבחנות:

• KNEE PAIN

מעשנת: כן

בעיות ידועות:

• ASTHMA Exacerbation (12/2020)
• TOBACCO USE DISORDER (07/04/2016)
• HELICOBACTER PYLORI (H. PYLORI) POSITIVE (02/2025)

תרופות קבועות:

• FOROL 30TAB 1X1X90

מטרת ההפניה: בדיקת כושר עבודה

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

אם הנך פונה לרופא פרטי, מומלץ לבדוק מראש האם הרופא נכלל ברשימת רופאי מכבי זהב/ מכבי שלי

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 27/03/2025 עד תאריך - 23/09/2025

27/03/2025

חתימה וחותמת

תאריך



034022

ד"ר שהינו לריסה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואה פנימית

טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2284246

כתובת: אופירה 1, אור יהודה

פרטי הנבדק:		שם משפחה: חג'מי		שם פרטי: הודיה		ת.ז.: 313289282	
ת.לידה: 05/03/1995		מין: נ		טלפון: 035333954		טל.עבודה/נייד: 0509807172	
כתובת: הוז דב 8, אור יהודה		מיקוד: 6020808					

תמצית הביקור מתאריך 27/03/2025 בשעה 11:54

תאריך הביקור: 27/03/2025

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

תרופות שנרשמו בביקור:

שם התרופה	מינון והוראות מרשם	שמות החלופות
ZALDIAR 325/37.5MG	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 20 ימים.	* TAB. ZALDIAR 325/37.5MG < 1 OP > [6007]
KETOSPRAY 25G	לרסס 1 מנה 3 פעמים ביום, (בוקר 1 מנה, צהריים 1 מנה, ערב 1 מנה) לתקופה של 30 ימים.	* SPR. KETOSPRAY 25G < 2 OP > [40168]

הפניות, אשורים ודפי מידע

סוג	שם/תיאור	מתאריך	עד תאריך
הפניה	התייעצות מומחה: רפואה תעסוקתית		



114290



פרטי הנבדק:	שם משפחה: חג'מי	שם פרטי: הודיה	ת.ז.: 313289282
ת.לידה: 05/03/1995	מין: נ	טלפון: 035333954	טל.עבודה/נייד: 0509807172
כתובת: הוז דב 8, אור יהודה	מיקוד: 6020808		

תשובת יועץ

לכבוד:

ד"ר שהינו לריסה

בבדיקה שנעשתה ב: 15/04/2025

עקב: 15/04/2025 בת 30.1 רווקה, ילדת ארצה 12 שנות לימוד. ימנית. בעלת ראשיון נהיגה. עובדת בחינוך מיוחד עיריית אור יהודה. 2.5 שעות יומיות... 6 ימים בשבוע... מ 2015.... עברה תאונת עבודה ב 09/2024.... כאבים פצע בברך... פנתה ל ב"ח... עברה צילומים ללא שבר. עברה MRI ללא ממצאים חריגים. עדיין מתלוננת על כאבים. משתמשת בתחבורה ציבורית ו=הליכה ממושכת.... טוענת שלא יכולה להמשיך בעבודתה. בגלל הכאבים.

ממצאים: כאבים בברך שמאל. ללא נזל. כאבים ונפיחות אחורית. שיעול קולות לב סדירים. נשימה תקינה. בטן רכה ללא איברים מוגדלים.

אבחנות:

- OCCUPATIONAL FITNESS FOR WORK EXAMINATION
- KNEE PAIN

תרופות שניתנו:

{ (למשך 20 ימים) 1 X 1 - ETOPAN XL 600MG X 20 }

{ (למשך 10 ימים) 1 X 2 - ROXO 150MG X 20 }

סיכום והמלצות: שלום רב,

הריני להודיעכם כי לאחר שבדקתי את מצב בריאותה הנוכחי של הגב' יגמי הודיה, ועיינתי במסמכים הרפואיים שעמדו בפני, להערכתי, הנ"ל אינה כשירה לעבודתה. תוקף ההמלצה מתאריך 15/04/2025.

העתק: -רופא מטפל
-תיק עובד
-נבדק

ביקורת והמשך מעקב: מוזמן למעקב: כן בעוד כ-2 חודשים

☒ הפק ללא הדפסה

15/04/2025

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

תאריך: 15/04/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה

מרפאה לבריאות העובד/ת (מ. תעסוקתית)

ד"ר טייב יצחק
רופא/ה תעסוקתית/ת

התמחויות:

מומחה ברפואה תעסוקתית



114290

טלפון: 03-5122122

פקס: 073-2284260

כתובת: דרך בן גוריון דוד 182, גבעתיים tm@mac.org.il

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: חג'מי	שם פרטי: הודיה
ת.לידה: 05/03/1995	מין: נ
כתובת: הוז דב 8, אור יהודה	טלפון: 035333954
0313289282	ת.ז.: 313289282
מיקוד: 6020808	טל.עבודה/נייד: 0509807172

תמצית הביקור מתאריך 15/04/2025 בשעה 10:22

תאריך הביקור: 15/04/2025

המלצות למטופל: שלום רב,

הריני להודיעכם כי לאחר שבדקתי את מצב בריאותה הנוכחי של הגב' יגמי הודיה, ועיינתי במסמכים הרפואיים שעמדו בפני, להערכתי, הנ"ל אינה כשירה לעבודתה. תוקף ההמלצה מתאריך 15/04/2025.

העתק: -רופא מטפל
-תיק עובד
-נבדק

מוזמן למעקב: יש להגיע למעקב בעוד כ 2 חודשים

תרופות שנרשמו בביקור:

שם התרופה	מינון והוראות מרשם	שמות החלופות
ETOPAN XL 600MG X 20	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 20 ימים.	* TAB. ETOPAN XL 600MG X 20 < 1 OP > [4665]
ROXO 150MG X 20	לבליעה 1 טבליה 2 פעמים ביום, (בוקר 1 טבליה, ערב 1 טבליה) לתקופה של 10 ימים.	* TAB. ROXO 150MG X 20 < 1 OP > [84743]

הפניות, אשורים ודפי מידע

סוג	שם /תיאור	מתאריך	עד תאריך
אישור	תשובת יועץ		



רפואה משלימה מבית מכבי שירותי בריאות

תאריך ייעוץ: 21/04/2025

תעודת זהות: 313289282

פרטי מטופל: חג'מי הודיה

הופנה על ידי:

רופא מיעוץ: סלבוטסקי ליליה

תלונה מרכזית: בת 30, מלווה בחינך מיוחד, אסטמה נוטלת משאף לפי הצורך, אורטיקריה, מעשנת חצי קופסה ביום, נוטלת 3 סוגים של אנטיביוטיקה בגלל HP ב-09/2024 נפגעה בתייע, גובסה ברגל שמאל מאז התאונה כאבי רגל שמאל, מתקשה לישון ובהליכה ממושכת, מזז עם דיכוי שומן. PD עם דיכוי שומן ואקסיאלית PD - T1 בלי ועם דיכוי שומן, קורנליות PD הטכניקה: בוצעו סדרות סגטלית התוויה קלינית: כאבים לאחר חבלה, קרע במניסקוס? ממצאים: המניסקוס המדיאלי בעובי תקין, ללא קרע. הסחוס במדור המדיאלי שמור. המניסקוס הלטרלי בעובי תקין, ללא קרע. הסחוס במדור הלטרלי שמור. הרצועות הצולבות והקולטרליות בעובי תקין, ללא קרע. סחוס הפיקה והטרוכלאה שמורים. קונטוזיה ובצקת של השומן הסופרה פטלרי. גידי מנגנון היישור תקינים. לסיכום: המניסקוסים בעובי תקין, ללא קרע. בדיקה- מוגבלת בכיפוף ברך שמאל ללא סימני dvt הומלץ דיקור רפלקסולוגיה

חומרת התלונה: 8

אבחנה: HELICOBACTER PYLORI (H. PYLORI) POSITIVE

טיפולים שאושרו למטופל

תחום טיפול	הערות	כמות טיפולים מומלצת	הסבר לגבי הטיפול
דיקור		9	נעשה באמצעות החדרת מחטים עדינות וחד פעמיות בנקודות שונות בגוף. מסייע להשבת/שימור ההומאוסטזיס האנרגטי בגוף. השיטה פותחה בסין העתיקה אך מוכחת מדעית כיעילה למגוון מצבים רפואיים. מתאים לכל גיל.
רפלקסולוגיה		8	כוללת לחיצות באזורים בכפות הרגליים והידיים, המייצגים מע' שונות בגוף. מסייע במצבי גוף/נפש, כאב, תלונות גניקולוגיות שונות ועוד. מתאימה לטיפול בילדים.
תזונה / צמחי מרפא		2	נטורופתיה - פותחה באירופה. עוסקת בהתאמת תזונה, צמחי מרפא ותוספי מזון לסיוע במצבים רפואיים מגוונים, תוך הקניית תפיסה של אורח חיים בריא.



019793



קוד הפניה: 443610701

טלפון: 03-5368787

פקס: 03-5368833

מומחה כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

כתובת: דרך דיין משה 3, יהוד-מונוסון ("קניון סביונים")

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 313289282

שם פרטי: הודיה

שם משפחה: חג'מי

טל.עבודה/נייד: 0509807172

035333954

טלפון:

מין: נ

05/03/1995

ת.לידה:



מיקוד 6020808

הוז דב 8, אור יהודה

כתובת:

0313289282

התייעצות מומחה

- במכבי

משפחה

תחום שירות:

תלונות:

חבלה סיבובית ברך שמאל, בעבודה 9.2024.
כאב אחורית לברך שמאל, ושוק שמאל, לעיתים בכף רגל.
יותר בלילה.
חוסר ברזל - עירוי.
MRI ברך שמאל -
המניסקוס המדיאלי בעובי תקין, ללא קרע.
הסחוס במדור המדיאלי שמור.
המניסקוס הלטרלי בעובי תקין, ללא קרע.
הסחוס במדור הלטרלי שמור.
הרצועות הצולבות והקולטרליות בעובי תקין, ללא קרע.
סחוס הפיקה והטרוכלאה שמורים.
קונטוזיה ובצקת של השומן הסופרה פטלרי.
גיד מנגנון היישור תקינים.
שיפור תחת PT אך עדיין כאובה
נמשיך עם PT

בביקור בתאריך 12/03/2025 בשעה 18:15:01
ביצעה PT עם הטבה חלקית
15:26:42

ממצאים: ישור תקין.

כיפוף תקין.

ברך יציבה לוארוס ואלגוס.

מגירה ולחמן תקינים.

רגישות במישוש פופליטאל פוסה וסדק פרקי מדיאלי.

במעבר על הצילומים - מעיוני ללא ממצא פתולוגי חריף

הונח סד אנטלגי חדש

16:50:58

עדיין כאבים לאחר PT

עדיין כאובה, ללא קשר למאמץ או נשיאת משקל

כאובה גם בלילה

נוטלת אופטלגין / אקמול

בבדיקה

מהלכת ללא אמצעי עזר

ברך ROM מלא

NV

US ברך שמאל - CLEFT מניס קוס ללטרלי המעיד על קרע

אבחנות:

- CONTUSION
- KNEE PAIN



019793



התמחויות:

קוד הפניה: 443610701

טלפון: 03-5368787

מומחה כירורגיה אורתופדית

פקס: 03-5368833

כתובת: דרך דיין משה 3, יהוד-מונוסון ("קניון סביונים")

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: חג'מי	שם פרטי: הודיה
ת.לידה: 05/03/1995	מין: נ
תל.עבודה/נייד: 0509807172	טלפון: 035333954
כתובת: הוז דב 8, אור יהודה	מיקוד: 6020808

התייעצות מומחה

מעשנת: כן

בעיות ידועות:

- ASTHMA Exacerbation (12/2020)
- TOBACCO USE DISORDER (07/04/2016)
- HELICOBACTER PYLORI (H. PYLORI) POSITIVE (02/2025)
- URTICARIA (04/2025)

תרופות קבועות:

- FOROL 30TAB 1X1X90

מטרת ההפניה: איזון מטבולי כחלק מטיפול בכאב.
טירואיד, חו. פולית, ברזל, B12.

**** נא להצטייד בכרטיס מגנטי ****

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

אם הנך פונה לרופא פרטי, מומלץ לבדוק מראש האם הרופא נכלל ברשימת רופאי מכבי זהב/ מכבי שלי

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 15/07/2025 עד תאריך - 11/01/2026

15/07/2025

חתימה וחתימת

תאריך



019793

ד"ר ריבלין איל
כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-5368787

פקס: 03-5368833

כתובת: דרך דיין משה 3, יהוד-מונוסון ("קניון סביונים")

פרטי הנבדק:		שם משפחה: חג'מי		שם פרטי: הודיה		ת.ז.: 313289282	
ת.לידה: 05/03/1995		מין: נ		טלפון: 035333954		טל.עבודה/נייד: 0509807172	
כתובת: הוז דב 8, אור יהודה		מיקוד: 6020808					

תמצית הביקור מתאריך 15/07/2025 בשעה 15:26

תאריך הביקור: 15/07/2025

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

תרופות שנרשמו בביקור:

שם התרופה	מינון והוראות מרשם	שמות החלופות
ROKACET 20CAP	לבליעה 1 כמסה 2 פעמים ביום, (בוקר 1 כמסה, ערב 1 כמסה) לתקופה של 20 ימים.	* CAP. ROKACET 20CAP < 2 OP > [4636]
BETAREN SR 100MG X 20	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (ערב 1 טבליה) לתקופה של 20 ימים.	* TAB. BETAREN SR 100MG X 20 < 1 OP > [25870] TAB. BETAREN SR 100MG X 10 < 2 OP > [8267]

הפניות, אשורים ודפי מידע

סוג	שם /תיאור	מתאריך	עד תאריך
הפניה	התייעצות מומחה: משפחה		

מר גורם מפנה



034022



ד"ר שהינו לריסה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואה פנימית

טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2284246

כתובת: אופירה 1, אור יהודה

פרטי הנבדק:		שם משפחה: חג'מי		שם פרטי: הודיה		ת.ז.: 313289282	
ת.לידה: 05/03/1995		מין: נ		טלפון: 035333954		טל.עבודה/נייד: 0509807172	
כתובת: הוז דב 8, אור יהודה		מיקוד: 6020808		0313289282			

אישור רפוא

תלונות: חבלה סיבובית ברך שמאל, בעבודה 9.2024.
עדיין סובלת מכאבים ברגל, לוקחת משכחי כאבים

• ELECTRONIC FORMS

אבחנות:

- ASTHMA Exacerbation (12/2020)
- TOBACCO USE DISORDER (07/04/2016)
- HELICOBACTER PYLORI (H. PYLORI) POSITIVE (02/2025)
- URTICARIA (04/2025)

בעיות ידועות:

• FOROL 30TAB 1X1X90

תרופות קבועות:

הנתונים אשר באישור זה מבוססים על הרישומים שבכרטיס הרפואי, על שמו של הנ"ל במרפאה. רישומים אלה בחלקם מידע שנמסר לרופא המטפל על ידי החולה ובחלקן תוצאות של בדיקות שנעשו על ידי רופאים. קופת חולים, רופאיה ועובדיה האחרים אינם אחראים לאמיתות העובדות שנרשמו לפנינו / או מפי הוריו או אפוטרופוסיו של הנער/ה שעליו ניתן האישור הזה לפני או בעת הגשת הטיפול הרפואי, או הבדיקה הרפואית ע"י הרופא. כן אין הם אחראים אם ביקור או טיפול או בדיקה מסויימת לא מצאו את ביטויים ברישומים שבכרטיס הרפואי הנ"ל.

24/08/2025

חתימה וחותמת הרופא

תאריך



034022

טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2284246

כתובת: אופירה 1, אור יהודה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 313289282

שם פרטי: הודיה

שם משפחה: חג'מי

טל.עבודה/נייד: 0509807172

035333954

טלפון:

מין: נ

05/03/1995

ת.לידה:



מיקוד 6020808

הוז דב 8, אור יהודה

כתובת:

0313289282

תמצית הביקור מתאריך 08/09/2025 בשעה 14:42

תאריך הביקור: 08/09/2025

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

תרופות שנרשמו בביקור:

שם התרופה	מינון והוראות מרשם	שמות החלופות
ROKACET PLUS 24 CAP	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 24 ימים.	* TAB. ROKACET PLUS 24 CAP < 1 OP > [72116]

הפניות, אשורים ודפי מידע

סוג	שם/תיאור	מתאריך	עד תאריך
אישור	אישור רפואי		

מ.ר גורם מפנה



034022



ד"ר שהינו לריסה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואה פנימית

טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2284246

כתובת: אופירה 1, אור יהודה

פרטי הנבדק:	שם משפחה: חג'מי	שם פרטי: הודיה	ת.ז.: 313289282
ת.לידה: 05/03/1995	מין: נ	טלפון: 035333954	טל.עבודה/נייד: 0509807172
כתובת: הוז דב 8, אור יהודה	מיקוד: 6020808		

אישור רפואי

תלונות:

בביקור בתאריך 09/01/2025 בשעה 12:21:16
מאז נפילה ב-09.09.2024 בזמן עבודה סובלת מכאבים בברך וכף רגל
מוזמנת לאורטופד

לוקחת הרבה אקמולים, נורופן

בביקור בתאריך 26/02/2025 בשעה 10:19:16

עדיין כאבים ברגל בברך

MRI - ללא היה קרע

תורמת דם פעם במספר חודשים

בביקור בתאריך 27/03/2025 בשעה 11:54:22

בטיפול אצל אורטופד

מקבלת טיפול פיזיו

לא עובדת מאז התאונה מ-09.2024

בביקור בתאריך 25/05/2025 בשעה 11:16:05

בביקור בתאריך 10/08/2025 בשעה 10:51:10

סובלת מכאבים ברגל עם הקנרה לכף מאז תאונת עבודה, קושי להרדם בגלל כאב

בביקור בתאריך 17/09/2025 בשעה 12:36:20

עדיין סובלת מכאבים ברגל שמאל, לא עובר הכאב

ממצאים:

בביקור בתאריך 10/08/2025 בשעה 10:51:10

בביקור בתאריך 17/09/2025 בשעה 12:36:20

אבחנות:

- JOINT PAIN
- KNEE PAIN

בעיות ידועות:

- ASTHMA Exacerbation (12/2020)
- TOBACCO USE DISORDER (07/04/2016)
- HELICOBACTER PYLORI (H. PYLORI) POSITIVE (02/2025)
- URTICARIA (04/2025)

תרופות קבועות:

- FOROL 30TAB 1X1X90

הנתונים אשר באישור זה מבוססים על הרישומים שבכרטיס הרפואי, על שמו של הנ"ל במרפאה. רישומים אלה
בחלקם מידע שנמסר לרופא המטפל על ידי החולה ובחלקן תוצאות של בדיקות שנעשו על ידי רופאים.
קופת חולים, רופאיה ועובדיה האחרים אינם אחראים לאמינות העובדות שנרשמו לפנינו / או מפי הוריו או
אפוטרופוסיו של הנער/ה שעליו ניתן האישור הזה לפני או בעת הגשת הטיפול הרפואי, או הבדיקה הרפואית
ע"י הרופא. כן אין הם אחראים אם ביקור או טיפול או בדיקה מסוימת לא מצאו את ביטויים ברישומים
שבכרטיס הרפואי הנ"ל.

מ.ר גורם מפנה



034022



ד"ר שהינו לריסה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואה פנימית

טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2284246

כתובת: אופירה 1, אור יהודה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 313289282

שם פרטי: הודיה

שם משפחה: חג'מי

טל.עבודה/נייד: 0509807172

035333954

טלפון:

מין: נ

05/03/1995

ת.לידה:



מיקוד 6020808

הוז דב 8, אור יהודה

כתובת:

0313289282

אישור רפואי

17/09/2025

חתימה וחותמת הרופא

תאריך



0321065021



035837



קוד הפניה: 453708289

טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2132117

כתובת: אופירה 1, אור יהודה

פרטי הנבדק:	שם משפחה: חג'מי	שם פרטי: הודיה	ת.ז.: 313289282
ת.לידה: 05/03/1995	מין: נ	טלפון: 035333954	טל.עבודה/נייד: 0509807172
כתובת: הוז דב 8, אור יהודה	מיקוד: 6020808		

חדר מיון

בבדיקה שערכתי בתאריך: 18/09/2025 בשעה: 14:52

סוג מיון: טראומה

תלונות: חולה אתמול בלילה בזמן עבודה קיבלה מכה לגב לכלאורכו וראש וצוואר. מאז סובלת מכאבים חזקים באיזורי מכה כלומר ראש, צוואר, גב עליון ותחתון.

ממצאים: יציבה המודינמית ונשימתית, נינוחה, בהכרה מלאה, משתפת פעולה באופן מלא, כאב מופק במישוש גב עליון ותחתון, ללא חוסר נוירולוגי

דיון ואבחנה מבדלת: חולה אתמול בלילה בזמן עבודה קיבלה מכה לגב לכלאורכו וראש וצוואר. מאז סובלת מכאבים חזקים באיזורי מכה כלומר ראש, צוואר, גב עליון ותחתון. אין אפשרות לישר גב. בחילות וסחרחורות. מופנת למיון לשלול פגיעה מוחית וצוואר ועמוד שדרה.

אבחנות:

- HEADACHE
- BACKACHE
- CERVICALGIA

בעיות ידועות:

- ASTHMA Exacerbation (12/2020)
- TOBACCO USE DISORDER (07/04/2016)
- HELICOBACTER PYLORI (H. PYLORI) POSITIVE (02/2025)
- URTICARIA (04/2025)

תרופות קבועות:

- FOROL 30TAB 1X1X90

מעשנות: כן

מופנה בדחיפות לחדר מיון לצורך: לשלול פגיעת ראש

**** הפניה זו בתוקף 24 שעות מרגע הפקתה ****

תוקף הפניה זו לתאריך 19/09/2025 בשעה 14:52

נא להצטייד בכרטיס מגנטי

18/09/2025

חתימה וחותמת

תאריך

נא לצרף מסמכים רלוונטים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

חבר מכבי, יש להציג העתק טופס זה, מכתב שחרור וחשבון חדר מיון בעת הפניה לסניף הקופה לקבלת התחייבות



034022



ד"ר שהינו לריסה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואה פנימית

טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2284246

כתובת: אופירה 1, אור יהודה

פרטי הנבדק:		שם משפחה: חג'מי		שם פרטי: הודיה		ת.ז.: 313289282	
ת.לידה: 05/03/1995		מין: נ		טלפון: 035333954		טל.עבודה/נייד: 0509807172	
כתובת: הוז דב 8, אור יהודה		מיקוד: 6020808					

אישור רפואי

תלונות: עדיין סובלת מכאבים ברגל מאז תאונה ב-9/2024

• LEG PAIN

אבחנות:

- ASTHMA Exacerbation (12/2020)
- TOBACCO USE DISORDER (07/04/2016)
- HELICOBACTER PYLORI (H. PYLORI) POSITIVE (02/2025)
- URTICARIA (04/2025)

בעיות ידועות:

• FOROL 30TAB 1X1X90

תרופות קבועות:

הנתונים אשר באישור זה מבוססים על הרישומים שבכרטיס הרפואי, על שמו של הנ"ל במרפאה. רישומים אלה בחלקם מידע שנמסר לרופא המטפל על ידי החולה ובחלקן תוצאות של בדיקות שנעשו על ידי רופאים. קופת חולים, רופאיה ועובדיה האחרים אינם אחראים לאמיתות העובדות שנרשמו לפנינו / או מפי הוריו או אפוסטרופוסיו של הנער/ה שעליו ניתן האישור הזה לפני או בעת הגשת הטיפול הרפואי, או הבדיקה הרפואית ע"י הרופא. כן אין הם אחראים אם ביקור או טיפול או בדיקה מסויימת לא מצאו את ביטויים ברישומים שבכרטיס הרפואי הנ"ל.

05/10/2025

חתימה וחותמת הרופא

תאריך