



בית משפט השלום בהרצלייה

12 אפריל 2026

ת"א 15292-04-26 חגמי נ' עיריית אור
יהודה

אישור פתיחת תיק

مصادقة على تسجيل قضية

כ"ה ניסן תשפ"ו, 12/04/2026 החלטה	בשם
תיק 15292-04-26	12/04/2026 (تصادق بهذا بأنه في يوم)
רש' בכיר/ה מור קרמר	(سجلت في المحكمة قضية تحمل الرقم) ת"א 15292-04-26 חגמי נ'
מגיש התביעה ידאג לביצוע המצאה כדין של כתב התביעה לידי הצד שכנגד, וזאת בתוך 21 ימים.	שימת ליבך כי תיק זה נפתח על תנאי וככל שימצאו מחדלים שלא לרישום בשל אי מילוי הוראות הדין.
כתב ההגנה יוגש בתוך 60 ימים ממועד ההמצאה	שימת לבך כי לפי הדין, מסמך שהוגש לאחר השעה 17:00 שלאחריו.
תז"פ ליום -20.07.26 עיון בכתב הגנה.	בהתאם לכך, לגבי מסמכים שהוגשו לאחר השעה 17:00 ביום החול שלאחר יום ההגשה ולא מועד ההגשה המקורי
*** נחתם דיגיטלית ***	

אנשים עם מוגבלויות יכולים לפנות לבית המשפט בכתב, בבקשה לקבלת התאמות נגישות, לפי הצורך.
לקבלת פרטים נוספים הנוגעים לקבלת התאמות נגישות, ניתן לפנות למרכז המידע הטלפוני שמספרו -077 3852 2703333* www.court.gov.il

ذوي اعاقه يمكنهم التوجه خطيا الى المحكمة، بطلب للحصول على ملائمة للتسهيل بحسب الحاجة. للحصول على تفاصيل إضافية يمكن التوجه الى مركز المعلومات الهاتفي 3852 077-2703333*.
www.court.gov.il

דע לך כי באם תינתן החלטה בתיק על הוצאת צו (מכל סוג שהוא לרבות צו עיכוב יציאה מן הארץ), ויימצא כי מספר הזהות של נשוא הצו לא צוין, או שצוין אך נמצא שהוא שגוי, או שאינו קיים במרשם האוכלוסין – לא ניתן יהיה לבצע את הצו. הנך נדרש להמציא למזכירות בית המשפט בהקדם את פרטי נשוא הצו הנכונים על מנת שתוכל לפעול ליישום ההחלטה השיפוטית. היה ומדובר בזיהוי מסוג "מספר דרכון" יש לציין את שם הגורם בתיק באותיות לועזיות.

פסקי דין והחלטות מתפרסמים באתר הרשות השופטת, למעט אם הם אסורים בפרסום לפי הדין.

בעל דין בלתי מיוצג - מערכת בתי המשפט חוסכת לך זמן !

בוא לבצע את כל הפעולות ולהתעדכן בתיק בכל עת ובתנאי שבוצע רישום במערכת ההזדהות הממשלתית.



לפרטים ומידע, יש לסרוק את הקוד:



התובעת :

הודיה חג'מי, ת"ז 313289282

מרחוב דב הוז 6 אור יהודה

טלפון : 050-9807172

באמצעות ב"כ עו"ד אריאל פרייברג (מ.ר. 62254)

מרחוב אבא הלל 7, רמת גן

טל' : 03-7412358 פקס' : 077-3180983

דוא"ל : Office@freiberg-law.com

– נ ג ד –

הנתבעת :

עיריית אור יהודה

מרחוב יוני נתניהו 4, בניין A, קומה 2, אור יהודה

טל' : 073-3388411

דוא"ל : mishpatit@or-ye.org.il

מהות התביעה :

נזיקין – נזקי גוף

סכום התביעה :

אינו ניתן להערכה.

סכום אגרת

בית המשפט :

839 ₪ (לפי ס' 34 בתוספת 2 לתקנות בתי המשפט (אגרות), תשס"ז-2007).

תיקים קשורים :

לא קיים הליך נוסף בבית משפט או בבית דין, בקשר למסכת עובדתית דומה.

כתב תביעה

הזמנה לדין

הואיל והתובעת הגישה כתב תביעה נגדך, המצורף בזאת, את מוזמנת להגיש כתב הגנה בתוך 60 ימים מיום שהומצאה לך הזמנה זו.

לתשומת ליבך, אם לא תגישי כתב הגנה אזי לפי תקנה 130 לתקנות סדר הדין האזרחי, התשע"ט-2018 תהיה לתובעת הזכות לקבל פסק דין שלא בפניך.

א. תיאור תמציתי של בעלי הדין:

1. הנתבעת הינה רשות מקומית/עירייה הפועלת על פי דין, אשר בכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו היתה הבעלים ו/או המחזיקה ו/או האחראית לתחזוקת המדרכות והכבישים בתחום שיפוטתה.
2. התובעת, ילידת 05.03.1995 נפגעה כתוצאה ממפגע במדרכה המצויה בשטחה של הנתבעת ובאחריותה.

ב. הסעד המבוקש:

3. התובעת נפגעה בתאונה כתוצאה מרשלנותה של הנתבעת, במעשה או במחדל, ו/או כתוצאה מהפרת חובות חקוקות על ידה ועל כן עותרת התובעת לפצותה בגין הנזקים שנגרמו לה.
4. במועד התאונה התובעת עבדה כמלווה בהסעות מטעם העירייה, מחמת התאונה ותוצאותיה, לא התאפשר לתובעת לבצע את עבודתה הכרוכה מעצם טיבה וטבעה בעמידה והליכה, היא נעדרה ממושכות עד לפיטוריה. נגרמו לה הפסדי שכר וצפויים הפסדי שכר בעתיד.
5. מאז התאונה ומחמת תוצאותיה מוגבלת התובעת בביצוע פעולות יומיומיות שונות, היא נזקקת למעקב רפואי, טיפולים, עזרת הזולת ותזדקק לאלה גם בעתיד.
6. עקב התאונה ותוצאותיה, בשים לב לאופי הפגיעה, מתקשה התובעת בניידות ונזקקת להוצאות בגין עזרת הזולת והוצאות נסיעה מוגברות.

1. להלן פירוט נזקי התובעת:

א. נזק מיוחד:

- | | |
|----------|--|
| 85,000 ₪ | (1) הפסדי השתכרות/גריעה מכושר ההשתכרות בעבר- |
| 34,000 ₪ | (2) עזרת הזולת בעבר – |
| 6,000 ₪ | (3) הוצאות רפואיות ופארה רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר – |
| 15,000 ₪ | (4) הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעבר – |

ב. נזק כללי:

כב' בית המשפט מתבקש לפסוק לתובעת פיצוי הולם בגין נזקה, בין היתר, בראשי הנזק הבאים:

(1) הפסדי השתכרות בעתיד, על-פי מידת מוגבלותה התפקודית של התובעת, או, לחילופין, בהתאם לשיעור נכותה הרפואית, לרבות הפסדים בתקופת הפנסיה.

(2) עזרת הזולת בעתיד.

(3) הוצאות רפואיות ופארה-רפואיות ונסיעות לטיפולים בעתיד.

(4) הוצאות בגין הסעות ושימוש מוגבר במוניות בעתיד.

(5) פיצוי בגין נזקיה הלא ממוניים של התובעת.

ג. תמצית העובדות הנחוצות לביסוסה של עילת התביעה:

2. בתאריך 9.9.24, עת צעדה ברחוב דב הוז, באור יהודה, בסמוך לבית מס' 5 נפלה התובעת עקב מפגע במדרכה – חסר במרצפות-הפרשי גובה, והיא נחבלה בגופה (להלן: "התאונה").

רצ"ב תמונות המפגע, מסומנות "כנספח 1".

3. התובעת תטען, כי אינה יודעת ולא יכולה הייתה לדעת מה היו הסיבות המדויקות שגרמו לתאונה, כי התאונה נגרמה כתוצאה ממפגע שהיה בשליטתה המלאה של הנתבעת וכי עצם אירוע התאונה מתיישב עם מסקנה של התרשלות מצד הנתבעת יותר מאשר עם מסקנה הפוכה, ועל כן, על הנתבעת הנטל להוכיח, כי לא באשמה אירעה התאונה.

4. לחילופין, תטען התובעת, כי התאונה אירעה מחמת הפרת חובות חקוקות ע"י הנתבעת ו/או עקב התרשלותה, אשר באו לידי ביטוי, בין היתר, במעשים ו/או במחדלים הבאים:

(א) התרשלה בכך שלא דאגה ו/או פיקחה ו/או תחזקה את המדרכות והמרצפות המצויות בשטחה ולא דאגה להסיר מכשולים/מפגעים.

(ב) לא דאגה לבטיחות התשתיות המוצבות בעיר.

(ג) לא דאגה לתקינותן ולתחזוקתן הראויה התשתיות העירוניות, למרות שצפתה או צריכה היתה לצפות שהולכי הרגל עלולים להיפגע מהמפגע.

(ד) לא הזהירה את הולכי הרגל מפני המפגע.

(ה) לא דאגה להסרת המפגע.

(ו) לא דאגה לגדר את המפגע.

(ז) לא עשתה דבר או לא עשתה די למניעת התאונה.

(ח) נהגה בחוסר זהירות ו/או בחוסר אכפתיות.

(ט) לא נהגה כפי שעיריה סבירה וזהירה היתה נוהגת בנסיבות דומות.

(י) הפרה את חובותיה החקוקות בסעיפים 235, 249 לפקודת העיריות (נוסח חדש).

5. לאחר התאונה החלה התובעת לסבול מכאבים עזים ברגלה השמאלית. כאב בברך, שוק, קרסול שמאל וכף יד שמאל, היא פנתה לביתה בתקווה שמדובר בכאבים שיחלפו בנטילת משככי כאבים במסגרת ביתית.

6. למחרת היום, משלא חלפו הכאבים, אלא, החמירו, עד כדי קושי בדריכה פנתה התובעת לקבלת טיפול רפואי בבדיקה קלינית אובחנו המטומות, רגישות והגבלה ורגלה הושמה בסד, היא שוחררה לביתה כרגלה נתונה בסד, ובהמלצה לנטילת משככי כאבים, המשך מעקב אורתופדי ומנוחה.

7. התובעת המשיכה במעקב אורתופדי במסגרת הקהילה, בעקבות הימשכות הכאבים וההגבלה בטווחי התנועות, ללא הטבה במשככי כאבים, היא הופנתה לצילומים נוספים, טיפולי פיזיותרפיה והמשך נטילת משככי כאבים.

8. התובעת אשר המשיכה לסבול מכאב בברך וקושי בדריכה ביצעה בדיקת US שהדגימה קרע במינסקוס, היא ביצעה טיפולי פיזיותרפיה וסדרת טיפולי רפואה משלימה, אך למרות התמדתה, היא לא חשה הטבה בכאב, היא המשיכה לסבול מכאבים והגבלה בטווחי התנועות.

9. התובעת נבדקה אצל מומחה תעסוקתי שבדק את מצבה וקבע שאינה כשירה להמשיך בעבודתה

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "כנספח 2".

10. ד"ר תומר קרבאל מומחה בכירורגיה אורתופדית, אשר בדק את התובעת קבע כדלקמן:

"... בת 30

ביום 9.9.24 נפלה על מפגע לדבריה. תאונה בעבודה באור יהודה

חבלה ליד שמאל וחבלה לברך שמאל

פצע שפשוף קדמי פיקה ברך שמאל

טופלה במרפאות קופת חולים

צילומים - חשד לשבר סקפואיד יד שמאל. טופלה בסד אנלגטי. אין ממצא נוסף

US ברך שמאל קלפט וקרע מינסקוס לטרל

MRI ברך שמאל 12.24 ללא ממצא פתולוגי

במעקב כאבים ממושכים ברך שמאל

טופלה שמרני."



11. בסיכום קובע המומחה המלומד את נכותה הצמיתה של התובעת כדלקמן:

" כיום בבדיקה יש הגבלה ביישור וכיפוף ברך עם מקמורי ואפלי ++

כיום מצבה צמית וקשור כולו לתאונה

לדעתי יש לקבוע את הנכות הצמיתה בגובה

• **10% לפי 48(2)ז 4 קרע מניסקוס לטרל ברך שמאל"**

רצ"ב חוות דעת ד"ר קרבאל, מסומנת "כנספח 3".

12. מאז התאונה סובלת התובעת מכאבים והגבלה בתנועות ברך וזרוע שמאל, מקושי בדריכה והליכה ממושכת, קושי בעמידה, קושי בהרמת משאות, מקושי ביציבה ונשיאה, מקושי בביצוע פעולות יום יומיות, מכאבים, והטיפולים בה צפויים להימשך גם בעתיד.

13. התובעת אשר עבדה כמלווה בהסעות חינוך מיוחד בעירייה, לאחר התאונה ומחמת תוצאותיה, בשים לב למצבה, נאלצה לעזוב את מקום עבודתה ונותרה ללא עבודה, היא מתקשה במציאת עבודה, נגרמו לה הפסדי שכר וצפויים לה הפסדי שכר בעתיד.

14. מאז התאונה ומחמת תוצאותיה מתקשה התובעת בניהול משק ביתה, היא נזקקת לעזרת הזולת ותזדקק גם בעתיד.

15. מחמת התאונה ותוצאותיה, בשים לב לאופי הפגיעה, נגרמו לתובעת הוצאות בגין נסיעות מיוחדות ומוניות והיא תזדקק להוצאות אלה גם בעתיד.

ד. העובדות המקנות סמכות לבית המשפט:

16. הנתבעת חייבת לפצות את התובעת בגין אחריותה לתאונה כמפורט לעיל.

17. כל הטענות בכתב תביעה זה נטענות במצטבר או לחילופין, הכל לפי תכנון והקשרן.

18. לבית משפט נכבד זה הסמכות לדון בתביעה על פי מהותה, ערכה ומקום ניהול עסקי הנתבעת.

אשר על כן, מתבקש כב' ביהמ"ש להזמין את הנתבעת לדין ולחייבה, לפצות את התובעת כמפורט לעיל, בצירוף ריבית חוקית מירבית והפרשי הצמדה מלאים מיום הגשת התביעה ועד לתשלום בפועל, ולרבות הוצאות המשפט, שכ"ט עו"ד ומע"מ.

~~אריאל פרייברג, עו"ד~~
ב"כ התובעת



תוכן הנספחים (עמוד 1 מתוך 1)

שם המסמך	עמוד
נספח 1: תמונות המפגע ומיקומו (עמודים 9 עד 11)	9
נספח 2: תעודות רפואיות נ (עמודים 13 עד 59)	13
נספח 3: חוות דעת אורתופדית (עמודים 61 עד 62)	61
נספח 4: יפוי כח ווסר- (עמודים 64 עד 66)	64



נספח 1 :

תמונות המפגע ומיקומו

(עמודים 9 עד 11)









נספח 2 :

תעודות רפואיות נ

(עמודים 13 עד 59)



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.לידה: 05/03/1995	מין: נ
תל.עבודה/נייד: 0509807172	טלפון: 035333954
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



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.ז.: 313289282	טל.עבודה/נייד: 0509807172
ת.לידה: 05/03/1995	מין: נ
תלפון: 035333954	מיקוד: 6020808
כתובת: הוז דב 8, אור יהודה	



0313289282

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



0039222567



148514



קוד הפניה: 396057373

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
כתובת: הוז דב 8, אור יהודה	מיקוד: 6020808
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)

כן

מעשנת: 

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

10/09/2024

חתימה וחותמת

תאריך

מידע ניתן לקבל במדריך השירותים האינטרנטי של מכבי: www.maccabi4u.co.il

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 וחומת

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
כתובת: הוז דב 8, אור יהודה	מיקוד: 6020808
0313289282	

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

נבחנות 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 טטנוס 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 לוורוס 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.



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

0313289282

מיקוד 6020808

מכתב שחרור

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





034022

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 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

מ.ר גורם מפנה



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

תלידה:



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

NV תקינה

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

אבחנה:

• CONTUSION

• ASTHMA Exacerbation (12/2020)

• TOBACCO USE DISORDER (07/04/2016)

בעיות ידועות:



התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-5560600
קוד הפניה: 402954299
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
תלפון: 035333954	טל.עבודה/נייד: 0509807172
כתובת: 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 התחייבות זו בתוקף עד לתאריך: 21/08/2025

בית חולים מכון הברזל
אסותא-רמת החיל תל אביב (1701)
תהודה מגנטית (M.R.I)
20
69710
טלפון: 03-7644444 מייל:

התחייבות לתשלום עבור שירותי בריאות
מספר התחייבות: 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 גיל החבר: 29
לשימוש המוסד נותן השרות :

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

קוד CPT	מס	קוד	תאור טיפול	קוד מקורי	תאריך	תאריך	כמות
73721	0	08	MRI-מפרקי גף תחתון לנבדק	73721	24/11/2024	כניסה/טיפול יציאה	1



ישוב: אור יהודה מרכז רפואי: אור יהודה
מתאם שרות: 1
אופירה 1
טל: 03-5387222

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

נספח להתחייבות מספר 241140182:
התחייבות זו עבור שרותים אמבולטוריים בלבד.
מכבי חסוי אישי - המסמך מכיל מידע המוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות
התחייבות 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)
ההתחייבות תקפה לשלוחות אסותא רמת החיל, חיפה, ב"ש וכלניות
אין צורך לעדכן את טופס ההתחייבות 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 ההתחייבות אפשר לבטל ולהוציא בקלות
טופס התחייבות חדש למוסד רפואי אחר מתוך רשימת גופי הבריאות הנרשמים להדפסה.
הוצאת טופס התחייבות 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 שירות שניתן למבוטח פעמיים עבור אותה פנייה.
- 26 -



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	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 **

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון:

03-5560600

פקס:

כתובת: הדובדבן 7, קריית אונו



041237



0034906438

קוד הפניה: 406914535

פרטי הנבדק:

שם משפחה: חג'מי

שם פרטי: הודיה

ת.ז.: 313289282



0313289282

ת.לידה:

05/03/1995

מ.י.נ:

035333954

טלפון:

טל.עבודה/נייד: 0509807172

כתובת:

הוז דב 8, אור יהודה

מיקוד 6020808

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

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

התמחויות:

קוד הפניה: 406913957

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: 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-

שחררה 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

• CONTUSION

אבחנה:

בעיות ידועות:

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



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	טל.עבודה/נייד: 0509807172
ת.לידה: 05/03/1995	מין: נ
תלפון: 035333954	הזדב 8, אור יהודה
כתובת: 0313289282	מיקוד: 6020808

מכון פיזיותרפיה

מעשנות: כן

סיבת ההפניה: ברך- אלקטרותרפיה ; 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

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.





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

קוד הפניה: 406914535

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

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

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

מעשנת: כן

בעיות ידועות:

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	מ.י.ן	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 PT

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



041237



קוד הפניה: 416870388

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.: 313289282
ת.לידה: 05/03/1995	מין: נ	טלפון: 035333954	טל.עבודה/נייד: 0509807172
כתובת: הוז דב 8, אור יהודה	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)

• FOROL 30TAB 1X1X90

תרופות קבועות:

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: 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		

003019993421





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.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



התמחויות:

קוד הפניה: 425072297

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	
0313289282		ת.לידה: 05/03/1995		טלפון: 035333954		טל.עבודה/נייד: 0509807172	
0313289282		כתובת: הוז דב 8, אור יהודה		מיקוד: 6020808			

מכון פיזיותרפיהתלונות: 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



ד"ר בן גל אופיר

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

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 - אלקטרוטרפיה; חיזוק שרירים סביב הברך

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

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

12/03/2025

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



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

תחום שירות: רפואה תעסוקתית - במכבי

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.

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 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)



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
תשובת: הוז דב 8, אור יהודה	מיקוד: 6020808
0313289282	

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

תאריך

חתימה וחותמת





034022



קוד הפניה: 427348324

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		

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

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		





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.ז.: 313289282
ת.לדה: 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



114290

התמחויות:

מומחה ברפואה תעסוקתית

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
תל.עבודה/נייד: 0509807172	טלפון: 035333954
כתובת: הוז דב 8, אור יהודה	מיקוד: 6020808
ת.ז.: 313289282	

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		

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 ואקסילית PD - T1 בלי ועם דיכוי שומן, קורנוליות PD הטכניקה: בוצעו סדרות סגילית התוויה קלינית: כאבים לאחר חבלה, קרע במניסקוס? ממצאים: המניסקוס המדיאלי בעובי תקין, ללא קרע. הסחוס במדור המדיאלי שומר. המניסקוס הלטרלי בעובי תקין, ללא קרע. הסחוס במדור הלטרלי שומר. הרצועות הצולבות והקולטריות 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

טיפולם 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.
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 חלקית
15:26:42

ממצאים: ישור תקין.

כיפוף תקין.

ברך יציבה לוארוס ואלגוס.

מגירה ולחמן תקינים.

רגישות במישור 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.לדה: 05/03/1995	מין: נ
תל.עבודה/נייד: 0509807172	טלפון: 035333954
כתובת: הוז דב 8, אור יהודה	מיקוד: 6020808
0313289282	

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 וחותמת

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		





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 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:		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 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-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
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

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

- JOINT PAIN
- KNEE 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 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:		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 רפואי

17/09/2025

תאריך

חתימה וחותמת הרופא





0321065021



035837



קוד הפניה: 453708289

טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2132117

כתובת: אופירה 1, אור יהודה

ד"ר אלפרוב ודים

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה 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		

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



- 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:

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

נספח 3 :

חוות דעת אורתופדית

(עמודים 61 עד 62)



TOMER KRAVEL MD
ORTHOPEDIC SURGEON

ד"ר תומר קרבאל
מומחה בכירורגיה אורתופדית



מרפאה- רחוב ולנברג 6 תל אביב
טל. מרפאה 03-6440606
רשיון לעסוק ברפואה מספר 32157.
רשיון מומחה מספר 22235

03/02/2026

הודיה חג'מי ת.ז 313289282

פרטי המקרה:

בת 30
 ביום 9.9.24 נפלה על מפגע לדבריה . תאונה בעבודה באור יהודה
 חבלה ליד שמאל וחבלה לברך שמאל
 פצע שפשוף קדמי פיקה ברך שמאל
 טופלה במרפאות קופת חולים
 צילומים- חשד לשבר סקפואיד יד שמאל. טופלה בסד אנלגטי. אין ממצא נוסף
 US ברך שמאל קלפט וקרע מניסקוס לטרל
 MRI ברך שמאל 12.24 ללא ממצא פתולוגי
 במעקב כאבים ממושכים ברך שמאל
 טופלה שמרני

תלונותיה-

מגבלה וקושי בביצוע פעולות של כוח בטווח של הברך.
 קושי וכאב בפעולות יומיומיות – מגבלה קשה בכיפוף ויישור הברך, בעמידה ו/או הליכה
 ממושכת, במעברים (קימה משיבה לעמידה), עליה וירידה במדרגות, בהליכה על משטחים
 שאינם יציבים.
 אסימטריה ודלדול שרירים באזור הברך
 כאבים ונפיחות מוגברת במאמץ ו/או עומס.

בבדיקה:

הולכת FWB
טרנדלנבורג –
דלדול 0.5 ס"מ שריר ארבע ראשי ירך שמאל במדידה
כוח גס ותחושה תקינים

ברך שמאל- ציר תקין. יישור -5. כיפוף 100. רגישות קדמית ולטרל. פתיחה 0 בכיפוף ברך
30 מעלות. לחמן-. מגירה +1 מבחן עיכוב פיקה -. מבחן טחינה --
מקמורי +לטרל
סימנים מניסקיאליים לטרליים אפלי +

ברך ימין- ציר תקין. יישור -0. כיפוף 130. רגישות מדיאלית . פתיחה 0 בכיפוף ברך 30
מעלות. לחמן-. מגירה - מבחן עיכוב פיקה-. מבחן טחינה +
מקמורי - מדיאלי
אין סימנים מניסקיאליים

על החתום
ד"ר תומר קרבאל



נספח 4 :

יפוי כח ווסר-

(עמודים 64 עד 66)



י פ ו י כ ה

אני הח"מ, _____ הודיה חגמי
 ת.ז. מס' _____ 313289282, מרחוב _____ דב הוז אור יהודה _____,
 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 שבנגד, 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, לפטרם 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 והחתום

היום 1 לחודש 2 שנה 26

חתימה: ד"ר יצחק כהן X

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל



עורך-דין
אריאל פרידברג, עו"ד
מ.ר. 62254

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

חגמי שם משפחה	הודיה שם פרטי	313289282 תעודת זהות	שם האב
דב הוז רחוב	8 מס'	אור יהודה עיר	טלפון

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ואו מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהן, עובדיהן ואו מי מטעמן ואו לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ואו לצבא הגנה לישראל ואו למשרד הבטחון ואו לכל עובד בתחום הסוציאלי ואו הסיעודי למסור ל - _____ (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ואו הסוציאלי ואו מצבי בתחום הסיעודי ואו השיקומי ואו כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים ואו כל רופא מרופאיהם ואו כל עובד מעובדיהם ואו כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים ואו פסיכיאטריים ואו שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ואו השיקומי ואו הסוציאלי ואו 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 ואו למי מרופאיהם ואו עובדיהם ואו מי מטעמם ואו 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 ואו רופאיהם ואו עובדיהם ואו מי מטעמם ואו 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:	1.	2.	3.	4.
מכונים, מעבדות:	1.	2.	3.	4.

מס' אישי בצה"ל: _____ שם קופ"ח קודמת: _____

במקרה של קטין: שם האב _____ ת.ז. _____

תאריך: 1.2.26 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____ (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

אריאל פרידג, עו"ד
מ.ר. 62254

יפוי כח
הריני מייפה את כוחו של: _____ לקבל את המידע הרפואי המפורט לעיל

תאריך	שם פרטי ושם משפחה	חתימה
-------	-------------------	-------