

בל/ 200



לצפייה בסרטון הסבר על  
מילוי הטופס ולמיצוי זכויות  
יש לסרוק את הברקוד



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
נכות מעבודה



## תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה ולתשלום גמלת נכות מעבודה

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

### הגשת תביעה לנכות מעבודה

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

### חובה לצרף לטופס זה

- מסמך רפואי מהרופא המומחה שטיפל בך בקופת חולים או בבית חולים, עבור כל מגבלה או בעיה רפואית שתציין בטופס התביעה ואשר טרם הובאה לידיעת ביטוח לאומי.
- אם אתה מיוצג ע"י עורך דין יש לבקש מעורך הדין להזין ייפוי כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס, יש לצרף טופס בל/73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".
- אישורים לפי הנדרש בטופס התביעה.

### כיצד יש להגיש את התביעה

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

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

### לידיעתך!

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

**לשימוש  
פנימי**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**מס' זהות / דרכון**

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

**סוג  
המשמר      דפים**

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

**בלבד  
(סריקה)**

חותמת קבלה

**המוסד לביטוח לאומי**  
מינהל הגמלאות  
נכות מעבודה



**תביעה לקביעת דרגת נכות  
מעבודה ולתשלום גמלת  
נכות מעבודה**

|                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                              |  |                           |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------|--|
| <b>פרטי התובע</b>                                                                                                                                                                                                                                       |  | <b>שם פרטי</b>                                                                                                               |  | <b>מספר זהות</b>          |  |
| <b>פדידה</b>                                                                                                                                                                                                                                            |  | <b>נתנאל</b>                                                                                                                 |  | מס'ב<br>3 0 5 2 7 8 4 8 8 |  |
| <b>מין</b><br><input checked="" type="checkbox"/> זכר<br><input type="checkbox"/> נקבה                                                                                                                                                                  |  | <b>עיסוק</b><br><input checked="" type="checkbox"/> שכיר<br><input type="checkbox"/> מתנדב<br><input type="checkbox"/> עצמאי |  | <b>מספר אישי בצה"ל</b>    |  |
| <b>כתובת (הרשומה במשרד הפנים)</b>                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                              |  |                           |  |
| רחוב/תא דואר                                                                                                                                                                                                                                            |  | מס' בית                                                                                                                      |  | כניסה                     |  |
| שיריא שמואל                                                                                                                                                                                                                                             |  | 22                                                                                                                           |  |                           |  |
| טלפון קווי                                                                                                                                                                                                                                              |  | טלפון נייד                                                                                                                   |  |                           |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                         |  | 0 5 4 9 0 0 5 7 8 0                                                                                                          |  |                           |  |
| <b>אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – אנא השלם את הפרטים הבאים:</b>                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                              |  |                           |  |
| שם משפחה של איש קשר                                                                                                                                                                                                                                     |  | שם פרטי של איש קשר                                                                                                           |  | מס' זהות של איש קשר       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                              |  | מס'ב<br>_____             |  |
| <p><input type="checkbox"/> אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט (SMS), דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.</p> |  |                                                                                                                              |  |                           |  |
| <b>מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)</b>                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                              |  |                           |  |
| רחוב/תא דואר                                                                                                                                                                                                                                            |  | מס' בית                                                                                                                      |  | כניסה                     |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                              |  |                           |  |

פרטי הפגיעה

2

תאריך הפגיעה

05

11

20

24

יום

חודש

שנה

פרטים על הפגיעה

תאונות דרכים במסגרת העבודה - נסעתי ברכב לעבודה, משאית כבדה נכנסה ברכבי מהצד.

כאבי צוואר ותחתון גב, כאבי ראש וסחרחורת.

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

3

שכיר - שם, טלפון וכתובת מקום העבודה  
 עצמאי - שם, טלפון וכתובת העסק  
 מתנדב - שם הגוף השולח לפעולת ההתנדבות

|                                                                                   |  |       |  |                                                    |       |         |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--|-------|--|----------------------------------------------------|-------|---------|--------------|
|  |  | טלפון |  | שם מקום העבודה / העסק / הגוף השולח לפעולת ההתנדבות |       |         |              |
| מיקוד                                                                             |  | ישוב  |  | דירה                                               | כניסה | מס' בית | רחוב/תא דואר |
|                                                                                   |  |       |  |                                                    |       |         |              |

המקצוע ערב הפגיעה:

## פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

κ3

|                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |              |         |      |       |  |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------|------|-------|--|--|--|--|
| <p>טלפון קווי</p>  <p>טלפון נייד</p>  <p>מס' פקס _____</p> | <p>מקום השירות</p> <p>צה"ל <input type="checkbox"/> משמר הכנסת <input type="checkbox"/></p> <p>שב"ס <input type="checkbox"/> משמר אזרחי <input type="checkbox"/></p> <p>משטרה <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/></p>                                                                             |              |         |      |       |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                              | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">רחוב/תא דואר</td> <td style="width: 25%;">מס' בית</td> <td style="width: 25%;">ישוב</td> <td style="width: 25%;">מיקוד</td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | רחוב/תא דואר | מס' בית | ישוב | מיקוד |  |  |  |  |
| רחוב/תא דואר                                                                                                                                                                                                                 | מס' בית                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ישוב         | מיקוד   |      |       |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |              |         |      |       |  |  |  |  |

תאריך כניסה לשירות קבע \_\_\_\_\_ תאריך סיום השירות בקבע \_\_\_\_\_

האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה?  
 כן ☐ לא ☐

אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, אנא צרף העתק ממכתב הדחייה.

## פרטי הטיפול הרפואי

4

האם נזקקת לאשפוז עקב הפגיעה? ☒ לא ☐ כן, פרט \_\_\_\_\_ שם בית החולים \_\_\_\_\_ תקופת אשפוז \_\_\_\_\_

האם נעשו לך בדיקות עקב הפגיעה (צילומי רנטגן, CT, MRI וכד')? ☒ לא ☐ כן, פרט \_\_\_\_\_ מרכז שמיר (זריפין), מכון CT אסותא, מכון \_\_\_\_\_

דימות ראשלי"צ שם המוסד הרפואי שבו נעשו הבדיקות וכתובתו \_\_\_\_\_

אם יש בידך צילומים או תוצאות בדיקות, נא לצרפם לטופס התביעה.

אני מבוסס בקופ"ח \_\_\_\_\_ מכבי \_\_\_\_\_

ציין בטבלה שלהלן את שמות הרופאים שטיפלו בך או עדיין מטפלים בך:

| שם הרופא          | תחום מומחיות          | כתובת המרפאה            |
|-------------------|-----------------------|-------------------------|
| ד"ר קוסטין דמיטרי | רפואת משפחה           | רטשילד 15, ראשון לציון  |
| ד"ר כהן כפיר      | טראומטולוגיה          | הופין 13, חולון         |
| ד"ר זאב ניצן      | נוירולוגיה            | ט                       |
| ד"ר בייק אברהם    | אורתופדיה ורפואת ספור | הברזל 24, רמת החייל ת"א |

5

## המגבלות שיש לך עקב הפגיעה שבגינן אתה תובע גמלה

|                                                |                                                      |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| המסמך או התייעוד הרפואי הקשור למגבלה שציינת    | המגבלות או הכאבים שמהם אתה סובל                      |
| C3-4, C4-5, C5-6 ע"ש צווארי - בקעי דיסק MRI/CT | כאבי צוואר ומגבלה בתנועה                             |
| L5-S1 בקע, L4-5 ע"ש מותני - בלט MRI/CT         | כאבי גב תחתון שמאל                                   |
| נוירולוגיה ד"ר ניצן 23/05/2025                 | כאבי ראש וסחרחורת                                    |
| לא ברך שמאל 14/07/2025                         | כאבים בהליכה, ישיבה ועמידה, צורך בנטיילת משככי כאבים |

האם סבלת בעבר ממחלה או כאבים באיבר/ים שנפגעו שצוינו על ידך לעיל?  
☒ לא ☐ כן. פרט ממה סבלת, ממתן, יש לצרף מסמכים רפואיים:

6

## חזרה לעבודה

האם חזרת לעבודה לאחר הפגיעה?

☐ כן - חזרתי לאותה העבודה

☐ כן - חזרתי לעבודה אחרת. פרט \_\_\_\_\_

שם המעביד וכתובתו \_\_\_\_\_

תאריך החזרה לעבודה \_\_\_\_\_

☐ לא חזרתי לעבודה - ציין את הסיבה \_\_\_\_\_

7

## שליטה בשפה העברית

☐ אני לא שולט בשפה העברית. אני דובר \_\_\_\_\_

☐ אגיע לוועדה עם מלווה דובר עברית

☐ לא אגיע לוועדה עם מלווה דובר עברית

8

## פרטים על תשלומים

האם אתה מקבל או זכאי לתשלום או תגמול ממשרד הביטחון?

☐ לא ☐ כן - ציין את סוג התשלום \_\_\_\_\_ מס' תיק באגף השיקום \_\_\_\_\_

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

☐ לא ☐ כן - ציין את שם הנתבע \_\_\_\_\_

9

## סיוע וייצוג בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☐ כן

הגוף המייצג או המסייע: ☐ עורך דין ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוונת ☐ בית חולים ☐ עמותה

☐ אחר \_\_\_\_\_

אם אתה מיוצג ע"י עורך דין יש לבקש מעורך הדין להזין ייפוי כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס, יש לשלוח אלינו טופס בל/73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

|               |       |       |
|---------------|-------|-------|
| שם גורם מסייע | כתובת | טלפון |
|---------------|-------|-------|

10

## פרטי חשבון הבנק של התובע

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

| שמות בעלי החשבון |                 |          |            |
|------------------|-----------------|----------|------------|
| פדידה נתנאל      |                 |          |            |
| שם הבנק          | שם הסניף/כתובתו | מס' סניף | מספר חשבון |
|                  |                 |          |            |

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

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

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

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

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

תאריך 25.3.26 חתימת מקבל הגמלה \* \_\_\_\_\_ חתימת השותפים לחשבון \* \_\_\_\_\_

11

## הצהרה

אני החתום מטה, מצהיר בזאת כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עבירה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביועין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

ידוע לי כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

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

ידוע לי כי בעת מילוי הטופס וצרופותיו עלי למסור מידע שימש את הביטוח הלאומי וכי לא חלה עלי כל חובה חוקית למסור מידע אודותי. במידה ולא אסכים למסור מידע פרטי, ידוע לי שלא אוכל לקבל שרות מהביטוח הלאומי. בחתימתי זו אני נותן את הסכמתי לשימוש במידע אודותי לקבלת שרות ו/או זכויות מהביטוח הלאומי וכי קיימת אפשרות שמידע אודותי יימסר לצדדי ג' הרלוונטיים לצורך זה.

ידוע לי כי בהתאם לסעיפים 13 ו-14 בחוק הגנת הפרטיות, באפשרותי לעיין במידע אודותי ולבקש לתקנו במידת הצורך בכפוף להוכחת הדרוש תיקון ולהסכמת בעל שליטה במאגר- הביטוח הלאומי. ידוע לי כי בעל השליטה במאגר המידע הינו הביטוח הלאומי וניתן ליצור עימו קשר [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il). יצירת קשר < פנייה בנושא הגנת הפרטיות. אין בסירובי לחתום על טופס זה כדי למנוע מהביטוח הלאומי מלקבל מידע אודותי מצד ג', בהתאם לדין.

☐ אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותי לגורמים נותני ההטבות.

☐ אני מסכים לוועדה בוידאו צ'אט

תאריך 25.3.26 חתימת התובע \* \_\_\_\_\_

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

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי

מינהל הגמלאות  
נכות מעבודה

כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: נכות מעבודה

פרטים אישיים

1

|                                                                                                                                                                                                                                    |                              |                                                                                                                                                                                                                                                            |   |     |   |   |   |   |     |  |      |  |     |  |  |  |                                                                                                                                                          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-----|---|---|---|---|-----|--|------|--|-----|--|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---------------------------|
| <p>תאריך הפגיעה</p> <table border="1"> <tr> <td>0</td><td>5</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>0</td><td>2</td><td>4</td> </tr> <tr> <td colspan="2">יום</td> <td colspan="2">חודש</td> <td colspan="4">שנה</td> </tr> </table> | 0                            | 5                                                                                                                                                                                                                                                          | 1 | 1   | 2 | 0 | 2 | 4 | יום |  | חודש |  | שנה |  |  |  | <p>מספר זהות/דרכון</p> <table border="1"> <tr> <td>3</td><td>0</td><td>5</td><td>2</td><td>7</td><td>8</td><td>4</td><td>8</td><td>3</td> </tr> </table> | 3 | 0 | 5 | 2 | 7 | 8 | 4 | 8 | 3 | <p>קוד גמלה</p> <p>11</p> |
| 0                                                                                                                                                                                                                                  | 5                            | 1                                                                                                                                                                                                                                                          | 1 | 2   | 0 | 2 | 4 |   |     |  |      |  |     |  |  |  |                                                                                                                                                          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                           |
| יום                                                                                                                                                                                                                                |                              | חודש                                                                                                                                                                                                                                                       |   | שנה |   |   |   |   |     |  |      |  |     |  |  |  |                                                                                                                                                          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                           |
| 3                                                                                                                                                                                                                                  | 0                            | 5                                                                                                                                                                                                                                                          | 2 | 7   | 8 | 4 | 8 | 3 |     |  |      |  |     |  |  |  |                                                                                                                                                          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                           |
| <p>שם פרטי</p> <p>נתנאל</p>                                                                                                                                                                                                        | <p>שם משפחה</p> <p>פדידה</p> | <p>חבר בקופת חולים</p> <p> <input type="checkbox"/> כללית           <input type="checkbox"/> מאוחדת           <input checked="" type="checkbox"/> מכבי           <input type="checkbox"/> לאומית           <input type="checkbox"/> אחר _____         </p> |   |     |   |   |   |   |     |  |      |  |     |  |  |  |                                                                                                                                                          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                           |

הצהרה

2

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית שלי ומבקש בזאת למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותיי.

תאריך 25.3.26 חתימת המבוטח \* 



0322073024



036613



קוד הפניה: 403849270

כתובת: רוטשילד 15, ראשון לציון

|                    |                               |                   |                           |
|--------------------|-------------------------------|-------------------|---------------------------|
| פרטי הנבדק:        | שם משפחה: פדידה               | שם פרטי: נתנאל    | ת.ז.: 305278483           |
| ת.לידה: 02/05/1991 | מין: ז                        | טלפון: 0549095780 | טל.עבודה/נייד: 0549095780 |
| כתובת: 0305278483  | שרירא שמואל 22/7, ראשון לציון | מיקוד: 7538128    |                           |

## מוקד רפואה דחופה

סוג השירות: טראומה אורתופדית דחופה

טלפון: -

תלונות:

בן 33 בריא בדרך כלל.  
פנה לאחר תאונת דרכים אשר התרחשה בשעות הבוקר.  
כאשר המטופל נהג באוטו ומשאית נכנסה בו מהצד של הנוסע.  
מתלנן על כאבי צוואר וגב תחתון.  
ללא חסר נירולוגי בגפיים.  
מופנה לצילום רנטגן ובדיקה במוקד אורתופדי לאחר מכן.

אבחנה:

• MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS

בעיות ידועות:

• ERYTHROCYTOSIS (08/2019) HB =20  
• TOBACCO USE DISORDER (25/03/2018)  
• POLYCYTHEMIA UNS (01/2020)

רגישויות לתרופות: G6PD - חסר - 27/04/2015

מעשנת: לא

מופנה לצורך:

מופנה לבדיקת טראומטולוג לאחר תאונת דרכים.

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

תוקף הפניה זו לתאריך 06/11/2024 בשעה 15:08

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

05/11/2024

חתימה וחותמת

תאריך

נא לצרף מסמכים רלוונטים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

תאריך: 05/11/2024

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה

רופא תורן

ד"ר קוסטין דמיטרי

משפחה, פנימית וכללית



כתובת: רוטשילד 15, ראשון לציון

|                                      |                 |                   |                           |
|--------------------------------------|-----------------|-------------------|---------------------------|
| פרטי הנבדק:                          | שם משפחה: פדידה | שם פרטי: נתנאל    | ת.ז.: 305278483           |
| ת.לידה: 02/05/1991                   | מין: ז          | טלפון: 0549095780 | טל.עבודה/נייד: 0549095780 |
| כתובת: שרירא שמואל 22/7, ראשון לציון | מיקוד: 7538128  |                   |                           |

תמצית הביקור מתאריך 05/11/2024 בשעה 14:58

תאריך הביקור: 05/11/2024

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

תרופות שנרשמו בביקור:

| שמות החלופות                                | מינון והוראות מרשם                                                          | שם התרופה          |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| * TAB. ZALDIAR 325/37.5MG < 1 OP > [ 6007 ] | לבליעה 1 טבליה 2 פעמים ביום, (בוקר 1 טבליה, ערב 1 טבליה) לתקופה של 10 ימים. | ZALDIAR 325/37.5MG |

הפניות, אשורים ודפי מידע

| סוג   | שם/תיאור                                                                            | מתאריך     | עד תאריך   |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|
| הפניה | מכון רנטגן: עמוד שדרה צווארי 2 צילומים (AP+LAT), עמוד שדרה מותני 2 צילומים (AP+LAT) |            |            |
| הפניה | מוקד רפואה דחופה                                                                    |            |            |
| אישור | אישור מחלה                                                                          | 06/11/2024 | 07/11/2024 |

002933068412



מכון דימות:ראשל"צ כתובת: רוטשילד 15 ראשון לציון טלפון: 03-9541111

גורם רפואי מפנה:

שם: קוסטין דמיטרי

מ.ר: 36613

תאריך הבדיקה: 05/11/2024

תאריך הפיענוח: 05/11/2024

שם הנבדק: פדידה נתנאל

ת.ז הנבדק: 305278483

כתובת הנבדק: שריא שמואל 22/7 ראשון לציון 7538128

טלפון הנבדק: 054-9095780 טלפון נייד: 054-9095780

## **תשובת בדיקת דימות: 24803745**

### **ע'ש מותני 2 צילומים**

#### **סיבת ההפניה:**

לאחר תאונת דרכים

#### **ממצאים:**

יישור הלורדוזיס הפיזיולוגית ,  
נודולים על שם שמורל בלוחיות של גופי החוליות ,  
גובה החוליות והמרווחים הבין חולייתיים שמורים.  
לא הודגם שבר או דיסלוקציה

### **ע'ש צווארי 2 צילומים**

#### **סיבת ההפניה:**

לאחר תאונת דרכים

#### **ממצאים:**

מנח, גובה החוליות והמרווחים הבין חולייתיים שמורים.  
לא הודגם שבר או דיסלוקציה

בברכה

דר' אורית ספיר

מומחה/ית ברדיולוגיה אבחנתית

מס' רישיון: 30111

התשובה עברה הגהה ונחתמה אלקטרונית

תאריך: 05/11/2024

מ.ר גורם מפנה



## מכבי שירותי בריאות

מוקד רפואה דחופה  
05/11/2024

ד"ר עאבד מועתז

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

טלפון: 03-5025252

פקס: 03-5025242

כתובת: הופיין 13, חולון

| פרטי הנבדק:               |                |  | שם משפחה: פדידה                      |        |                   |
|---------------------------|----------------|--|--------------------------------------|--------|-------------------|
| ת.ז.: 305278483           | שם פרטי: נתנאל |  | ת.לידה: 02/05/1991                   | מין: ז | טלפון: 0549095780 |
| טל.עבודה/נייד: 0549095780 | מיקוד: 7538128 |  | כתובת: שרירא שמואל 22/7, ראשון לציון |        |                   |



### מכתב שחרור

05/11/2024

תאריך:

שעת קבלה: 20:45

שעת שחרור: 20:51

סיבת הפניה:

בן 33 בריא בדרך כלל.  
פנה לאחר תאונת דרכים אשר התרחשה בשעות הבוקר.  
כאשר המטופל נהג באוטו בדרך לעבודה ומשאית נכנסה בו מהצד של הנוסע.  
מתלנן על כאבי צוואר וגב תחתון.  
ללא חסר נירולוגי בגפיים.  
נבדק ע"י רופא אורתופד  
קעת מתלונן על כאבים ראש. בתאונה ללא חבלה ראש.

אבחנות פעילות:

- ERYTHROCYTOSIS (08/2019) HB =20
- TOBACCO USE DISORDER (25/03/2018)
- POLYCYTHEMIA UNS (01/2020)

רגישויות לתרופות:

G6PD - non

ממצאים:

בבדיקתו בהכרה מלאה  
לא טאכיקרדי או טאכיפאני  
ללא חוסר נירולוגי גס בבדיקתו

הערכה:

לסיכום מטופל עם כאבי ראש ללא ממצא חריג בבדיקה גופנית/ נירולוגית  
משתחרר לביתו עם ההמלצות הבאות:

אבחנה:

- HEADACHE

טיפולים והמלצות:

מעקב רופא מטפל בקהילה  
משכך כאבים לפי הצורך  
מנוחה  
בכל החמרה במצב נא לפנות לבדיקת רופא זמין

ד"ר עאבד מועתז

תאריך: 05/11/2024

מ.ר גורם מפנה



מכבי שירותי בריאות

מוקד רפואה דחופה  
היעתך טופס  
05/11/2024

ד"ר עאבד מועתז

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

טלפון: 03-5025252

פקס: 03-5025242

כתובת: הופיין 13, חולון

|                                      |                   |
|--------------------------------------|-------------------|
| פרטי הנבדק:                          |                   |
| שם משפחה: פדידה                      | שם פרטי: נתנאל    |
| ת.לידה: 02/05/1991                   | מ.י.ן: ז          |
| תל.עבודה/נייד: 0549095780            | טלפון: 0549095780 |
| כתובת: שרירא שמואל 22/7, ראשון לציון | מיקוד: 7538128    |
|                                      |                   |

מכתב שחרור

חתימה וחותמת הרופא

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



156972



05/11/2024

טלפון: 03-5025252

פקס: 03-5025242

כתובת: הופיין 13, חולון

טראומטולוגיה

| פרטי הנבדק:                          | שם משפחה: פדידה | שם פרטי: נתנאל    | ת.ז.: 305278483           |
|--------------------------------------|-----------------|-------------------|---------------------------|
| ת.לידה: 02/05/1991                   | מין: ז          | טלפון: 0549095780 | טל.עבודה/נייד: 0549095780 |
| כתובת: שרירא שמואל 22/7, ראשון לציון | מיקוד: 7538128  |                   |                           |

## מכתב שחרור

05/11/2024

תאריך:

שעת קבלה: 19:23

שעת שחרור: 20:15

## סיבת הפניה:

תאונת דרכים במנגנון קדמי כנהג, שולל חבלת ראש או פתיחת כריות אוויר. מלין על כאב ראש וסחרחורת.

בבדיקה - מהלך בכוחות עצמו נושא משקל ללא אמצעי עזר.  
מניע צוואר לכל הכיוונים. רגישות במישוש עמ"ש מותני וצווארי.  
בדיקה נירולוגית תקינה מוטורית וסנסורית לפי פזור ASIA L2-S1, C5-T1  
ללא רגישות במישוש עצמות הבריח, גפיים עליונות ותחתונות.  
בצילום - ללא ממצא חריף  
לאור כאב ראש מופנה לרופא פנימאי

## אבחנות פעילות:

- ERYTHROCYTOSIS (08/2019) HB =20
- TOBACCO USE DISORDER (25/03/2018)
- POLYCYTHEMIA UNS (01/2020)

## רגישויות לתרופות:

G6PD - non

## אבחנה:

- WHIPLASH INJURY

תוכנית טיפולית: - נוגדי כאבים לפי הצורך.  
- ניתן להשתמש בקומפרסים חמים  
- ביקורת אורתופד בקופ"ח בעוד שבוע  
במידת הצורך.  
- עד לביקורת יש להימנע ממאמצים פיזיים.  
- בכל החמרה תסמינית לשוב לבדיקה רפואית.

ד"ר כהן כפיר

## חתימה וחומתם 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.



019799



קוד הפניה: 404353288

טלפון: 03-9508686

פקס: 03-9508883

כתובת: עין הקורא 10, ראשון לציון (קומה 7)

ד"ר בר-חיים שמואל

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

| פרטי הנבדק:                          |  | שם משפחה: פדידה |  | שם פרטי: נתנאל    |  | ת.ז.: 305278483           |  |
|--------------------------------------|--|-----------------|--|-------------------|--|---------------------------|--|
| ת.לידה: 02/05/1991                   |  | מין: ז          |  | טלפון: 0549095780 |  | טל.עבודה/נייד: 0549095780 |  |
| כתובת: שרירא שמואל 22/7, ראשון לציון |  | מיקוד: 7538128  |  |                   |  |                           |  |

### מכון פיזיותרפיה

תלונות: ב-05.11.24 היה מעורב בת.ד. רכב ברכב כנהג  
ניבדק במוקד טראומה במכבי. לאחר בדיקה שוחרר  
מדווח על כאבי גב וצוואר

ממצאים: נינוח תנועת עיניים תקינה צוואר ללא אושת קולות לב סדירים נישמה תקינה תנועת צוואר חפשית עם כאבים, בדיקה נורולוגית תקינה

- MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS
- BACKACHE
- WHIPLASH INJURY

אבחנה:

- ERYTHROCYTOSIS (08/2019) HB =20
- TOBACCO USE DISORDER (25/03/2018)
- POLYCYTHEMIA UNS (01/2020)

בעיות ידועות:

רגישויות לתרופות: G6PD - חסר - 27/04/2015

מעשנ/ת: לא

### סיבת ההפניה: פיזיו לצוואר/גב

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 08/11/2024 עד תאריך - 07/05/2025

\*\*נא להגיע עם מסמכים רלוונטים\*\*

08/11/2024

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.

תאריך: 08/11/2024

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



019799

ד"ר בר-חיים שמואל  
משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:  
מומחה ברפואה פנימית

טלפון: 03-9508686  
פקס: 03-9508883  
כתובת: עין הקורא 10, ראשון לציון (קומה 7)

|                    |  |                               |  |                   |  |                           |  |
|--------------------|--|-------------------------------|--|-------------------|--|---------------------------|--|
| פרטי הנבדק:        |  | שם משפחה: פדידה               |  | שם פרטי: נתנאל    |  | ת.ז.: 305278483           |  |
| ת.לידה: 02/05/1991 |  | מין: ז                        |  | טלפון: 0549095780 |  | טל.עבודה/נייד: 0549095780 |  |
| כתובת: 0305278483  |  | שרירא שמואל 22/7, ראשון לציון |  | מיקוד: 7538128    |  |                           |  |

תמצית הביקור מתאריך 08/11/2024 בשעה 10:03

תאריך הביקור: 08/11/2024

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

הפניות , אשורים ודפי מידע

| סוג   | שם /תיאור       | מתאריך     | עד תאריך   |
|-------|-----------------|------------|------------|
| הפניה | מכון פיזיותרפיה |            |            |
| אישור | תאונת עבודה     | 05/11/2024 | 11/11/2024 |

002936479851

גיל: 33.9

שם רופא/ה: עמיחי רוזנצוויג  
תחום הטיפול: כירורגיה אורתופדית

מספר ביקור: 14341003

| מקור המידע                            | פירוט                                                                 |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| העברת טפסים באופן יזום<br>לאתר המטופל | 15:37:31 12/02/2025<br>בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל. |

תלונות: בביקור בתאריך 05/11/2024 בשעה 20:08:18  
תאונת דרכים במנגנון קדמי כנהג, שולל חבלת ראש או פתיחת כריות אויר. מלין על כאב ראש וסחרחורת.

בבדיקה - מהלך בכוחות עצמו נושא משקל ללא אמצעי עזר.  
מניע צוואר לכל הכיוונים. רגישות במישוש עמ"ש מותני וצווארי.  
בדיקה נירולוגית תקינה מוטורית וסנסורית לפי פזור ASIA L2-S1, C5-T1  
ללא רגישות במישוש עצמות הבריא, גפיים עליונות ותחתונות.  
בצילום - ללא ממצא חריף  
לאור כאב ראש מופנה לרופא פנימי

בביקור בתאריך 04/12/2024 בשעה 16:29:20  
בן 33, בריא  
חודש אחרי תאונה.  
כאבי צוואר, מתקשה בשינה.  
כאבי גב, מותן שמאל.  
כאבי ראש.  
התחיל פיזיו.

בביקור בתאריך 12/02/2025 בשעה 15:33:49  
ממשיך כאבי גב וצוואר, קושי בכפיפה.  
היה בפיזיותרפיה.

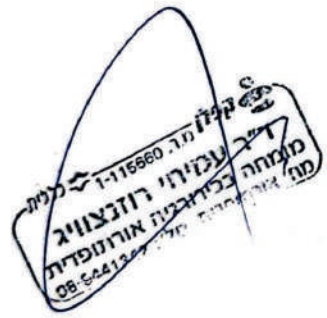
גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאים: בביקור בתאריך 04/12/2024 בשעה 16:29:20  
הליכה נוקשה, רגישות מסוקולרית צווארית מש אל, מתני משמאל.  
הגבלה בתנועות הצוואר וגב תחתון  
אין חסר נירולוגי  
צילומים צוואר ועמ"ש תקינים.

בביקור בתאריך 12/02/2025 בשעה 15:33:49  
הגבלה צווארית. כאב מותני משמאל, גב תחתון.  
אין חסר נירולוגי.

דיון ואבחנה מבדלת: בביקור בתאריך 04/12/2024 בשעה 16:29:20  
כאב אופייני אחרי ת"ד - תסמונת ג'פת שוט.  
כאב עלול להימשך תקופה ארוכה.  
מטופלים אשר חוזרים מוקדם ל עילות גופנית ושגרה לרוב חשים טוב יותר.  
ממליץ הליכות, יוגה, שחייה, פיי אטיס.  
פיזיותרפיה להדרכה וליווי.  
רפואה משלימה -  
לכאבים - ארקוקסיה 90מ"ג + זזלדיאר

בביקור בתאריך 12/02/2025 בשעה 15:33:49  
לרפואה משלימה  
פעילות גופנית



גיל: 33.7

שם רופא/ה: עמיחי רוזנצוויג

תחום הטיפול: כירורגיה אורתופדית

מספר ביקור: 6529078

מספר ביקור:

תלונות: בביקור בתאריך 05/11/2024 בשעה 20:08:18  
תאונת דרכים במנגנון קדמי כנהג, שולל חבלת ראש או פתיחת כריות אוויר. מלין על כאב ראש וסחרחורת.

בבדיקה - מהלך בכוחות עצמו נושא משקל ללא אמצעי עזר.  
מניע צוואר לכל הכיוונים. רגישות במישוש עמ"ש מותני וצווארי.  
בדיקה נוירולוגית תקינה מוטורית וסנסורית לפי פזור ASIA L2-S1, C5-T1  
ללא רגישות במישוש עצמות הבריח, גפיים עליונות ותחתונות.  
בצילום - ללא ממצא חריף  
לאור כאב ראש מופנה לרופא פנימאי

בביקור בתאריך 04/12/2024 בשעה 16:29:20

בן 33, בריא

חודש אחרי תאונה.

כאבי צוואר, מתקשה בשינה.

כאבי גב, מותן שמאל.

כאבי ראש.

התחיל פיזיו.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאים: הליכה נוקשה, רגישות מסוקולרית צווארית משמאל, מתני משמאל.  
הגבלה בתנועות הצוואר וגב תחתון  
אין חסר נוירולוגי  
צילומים צוואר ועמש"צ תקינים.

דיון ואבחנה מבדלת: כאב אופייני אחרי ת"ד - תסמונת צליפת שוט.

כאב עלול להימשך תקופה ארוכה.

מטופלים אשר חוזרים מוקדם לפעילות גופנית ושגרה לרוב חשים טוב יותר.

ממליץ הליכות, יוגה, שחייה, פילאטיס.

פיזיותרפיה להדרכה וליווי.

רפואה משלימה -

לכאבים - ארקוקסיה 90מ"ג + זזלדיאר

| הערה | מאפ | מאפ | אבחנה           |
|------|-----|-----|-----------------|
|      |     |     | WHIPLASH INJURY |

| אופן השימוש                                                   | Rp <Days> | מינון            | תרופות            |
|---------------------------------------------------------------|-----------|------------------|-------------------|
| לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, ( בוקר 1 טבליה) לתקופה של 14 ימים. | 1 <14>    | 1 tab X 1 - 1 op | ARCOXIA 90MG X 14 |

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

החתימה והחותמת הרופא

ת.הפקה: 04/12/2024

יעתך מרשם המופק עם חתימה דיגיטאלית ינופק בבית המרקחת רק אם הוא מופיע במאגר המרשמים מוחשב, תאריך ניפוק תואם את המרשם, חותמת אלקטרונית מוטבעת עליו והמרשם לא נוצל עדיין.

23.5.2025

ד"ר זאב ניצן

מומחה לנירולוגיה

מ.ר. 28473, מ.ר.מ. 20950

מכתב רפואי

הנדון: פדידה נתנאל מס' זהות: 305278483

ת.ל: 2.5.1991

בן 34, נשוי אב לבן, עובד חברת מקורות, רקע רפואי: ללא בעיות רפואיות נוספות פרט לבעיה הנוכחית בהמשך, תרופות: נוטל תרופות משככות כאב מסוגים שונים, רגישות: G6PD

בעיה נוכחית: בנובמבר 2024 בדרכו לעבודה כנהג ברכבו, נפגע בתאונה בה הייתה מעורבת משאית. שולל חבלת ראש. פונה למוקד רפואי, נבדק ושוחרר.

סובל מאז כאבים במותן שמאל המקרין לרגל שמאל ועמ"ש צווארי, כאבי ראש וסחרחורת לסירוגין.

CT עמ"ש צוואר: בלטי דיסק קטנים 2C-6C

CT עמ"ש לומברי: בלטי דיסק 1S-2L

מיפוי עצמות- תקין.

בדיקה ניירולוגית: לציין הגבלה אנטלגית בהנעת הצוואר בכל מישורי התנועה, הגבלה אנטלגית ביישור רגל שמאל, פרסטזיות בגירוי מגע באמת יד שמאל. קושי בהליכת טנדם בשל כאב ברגל שמאל. ללא ממצא חריג אחר.

המלצות:

אודה לביצוע CT ראש

המשך מעקב ניירולוגי עם תוצאות הבדיקה וכן המשך מעקב אורטופדי

אודה לטיפול פיזיותרפיה וטיפול רפואה משלימה דרך קופ"ח

המשך מעקב עי הצורך

בכבוד רב,

ובברכה, ד"ר זאב ניצן, מומחה לנירולוגיה

ד"ר זאב ניצן  
מומחה לנירולוגיה  
מ"ר 28473 מ.ר.מ. 20950

ד"ר זאב ניצן  
מומחה לנירולוגיה  
מ.ר. 28473, מ.ר.מ. 20950



0040576076



115660



קוד הפניה: 420408030

טלפון: 08-9702314

כירורגיה אורתופדית | אורתופדיה החלפות מפרקים

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

כתובת: הורביץ אלי 27, רחובות

|                   |                               |                   |                           |
|-------------------|-------------------------------|-------------------|---------------------------|
| פרטי הנבדק:       | שם משפחה: פדידה               | שם פרטי: נתנאל    | ת.ז.: 305278483           |
| ת.לדה: 02/05/1991 | מין: ז                        | טלפון: 0549095780 | טל.עבודה/נייד: 0549095780 |
| כתובת: 0305278483 | שרירא שמואל 22/7, ראשון לציון | מיקוד: 7538128    |                           |

### הפניה למכון דימות - C.T

#### שם המכון:

אסותא-רמת החיל תל אביב

#### תלונות:

בביקור בתאריך 05/11/2024 בשעה 20:08:18  
תאונת דרכים במגננו קדמי כנהג, שולל חבלת ראש או פתיחת כריות אויר. מלין על כאב ראש וסחרחורת.

בבדיקה - מהלך בכוחות עצמו נושא משקל ללא אמצעי עזר.  
מניע צוואר לכל הכיוונים. רגישות במישוש עמ"ש מותני וצווארי.  
בדיקה נוירולוגית תקינה מוטורית וסנסורית לפי פזור ASIA L2-S1, C5-T1  
ללא רגישות במישוש עצמות הבריח, גפיים עליונות ותחתונות.  
בצילום - ללא ממצא חריף  
לאור כאב ראש מופנה לרופא פנימאי

בביקור בתאריך 04/12/2024 בשעה 16:29:20

בן 33, בריא  
חודש אחרי תאונה.  
כאבי צוואר, מתקשה בשינה.  
כאבי גב, מותן שמאל.  
כאבי ראש.  
התחיל פיזיו.

בביקור בתאריך 12/02/2025 בשעה 15:33:49

ממשיך כאבי גב וצוואר, קושי בכפיפה.  
היה בפיזיותרפיה.

#### ממצאים:

בביקור בתאריך 04/12/2024 בשעה 16:29:20  
הליכה נוקשה, רגישות מסוקולרית צווארית משמאל, מתני משמאל.  
הגבלה בתנועות הצוואר וגב תחתון  
אין חסר נוירולוגי  
צילומים צוואר ועמש"צ תקינים.

בביקור בתאריך 12/02/2025 בשעה 15:33:49

הגבלה צווארית. כאב מותני משמאל, גב תחתון.  
אין חסר נוירולוגי.

#### הערכה:

בביקור בתאריך 04/12/2024 בשעה 16:29:20  
כאב אופייני אחרי ת"ד - תסמונת צליפת שוט.  
כאב עלול להימשך תקופה ארוכה.  
מטופלים אשר חוזרים מוקדם לפעילות גופנית ושגרה לרוב חשים טוב יותר.  
ממליץ הליכות, יוגה, שחייה, פילאטיס.  
פיזיותרפיה להדרכה וליזון.  
רפואה משלימה - .  
לכאבים - ארקוקסיה 90מ"ג + זזלדיאר

בביקור בתאריך 12/02/2025 בשעה 15:33:49

לרפואה משלימה  
פעילות גופנית

תאריך: 15/01/2025

מ.ר גורם מפנה



092078

## מכבי שירותי בריאות

פיזיותרפיה  
טופס  
16/01/2025

יוסף רנטיסי(מגדלי שמש)

פיזיותרפיה

התמחויות:

פיזיותרפיסט

טלפון: 03-9533000

פקס: 073-2284401

כתובת: רוטשילד 15, ראשון לציון (קומה שמינית)

|                                      |                           |
|--------------------------------------|---------------------------|
| פרטי הנבדק:                          |                           |
| שם משפחה: פדידה                      | שם פרטי: נתנאל            |
| ת.ל.ידה: 02/05/1991                  | מ.י.ן: ז                  |
| טלפון: 0549095780                    | טל.עבודה/נייד: 0549095780 |
| כתובת: שרירא שמואל 22/7, ראשון לציון | מיקוד: 7538128            |

השגת מטרות הטיפול: המטרות הושגו באופן חלקי

מידת שיתוף הפעולה: התמדה בהגעה לטיפולים-מרובה  
התמדה בתרגול עצמי-מרובה

הערות:

ד"ר שלום רב  
נתנאל התקבל לטיפולנו לטיפול בכאב צוואר גב אחרי מעורבות בת.דרכים  
בקבלתו הגבלה חלקית בטווחים מלווים בכאבים . קיבל שילוב של טיפול  
פרטני וקבוצתי שכלל תרגול לתנועתיות צוואר גב וחזק שרירי במסגרת  
קבוצתי בנוסף טיפול באלקטותרפיה שיפור חלקי בתלונות עדיין מתלונן  
על כאב צוואר . תודרך להמשיך תרגול עצמי .  
לטיפולך המסור

נשמח להמשיך שיתוף הפעולה לקידום הבריאות של המטופלים .

בכבוד רב,

שם פיזיותרפיסט: יוסף רנטיסי(מגדלי שמש) שם המכון: ראשל"צ - מכון פיזיותרפיה

☒ הפק ללא הדפסה

מרכז פיזיותרפיה ושיקום יום  
חתום: רפואי רמות ראשון לציון  
רה' רוטשילד 15 קומה 8  
טל': 03-9533000

תאריך: 15/01/2025

מ.ר גורם מפנה



092078

מכבי שירותי בריאות

פיזיותרפיה

16/01/2025

יוסף רנטיסי (מגדלי שמש)

פיזיותרפיה

התמחויות:

פיזיותרפיסט

טלפון: 03-9533000

פקס: 073-2284401

כתובת: רוטשילד 15, ראשון לציון (קומה שמינית)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 305278483

שם פרטי: נתנאל

שם משפחה: פדידה

ת.לדה: 02/05/1991

מין: ז

טל.עבודה/נייד: 0549095780

טלפון: 0549095780

כתובת:

שרירא שמואל 22/7, ראשון לציון



0305278483

מיקוד 7538128

### סיכום טיפול פיזיותרפיה

תאריך הפקדה: 15/01/2025

305278483

ת"ז:

לכבוד דר' ד"ר בר-חיים שמואל

מר/ת פדידה נתנאל

הופנה על ידך לפיזיותרפיה עקב: MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS • BACKACHE • WHIPLASH INJURY •

מטרות:

| מטרות                                                                   | תאריך יעד | סטטוס | תאריך יצירה |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------|-------|-------------|
| מטופל יוכל לחזור לתפקד בלי כאבים בשיבה עמידה עבודה נהגה תוך 3-4 חודשיים |           |       | 12/11/2024  |

טופל החל מ- 12/11/2024

מדדי תוצאה:

| שם מדד                                             | ציון בקבלה | ציון בביקור אחרון |
|----------------------------------------------------|------------|-------------------|
| מדידה תפקודית (בטווח של 0-100)                     | 44         |                   |
| רמת כאב (בטווח של 0 עד 10)                         | 8          |                   |
| Physical Fear Avoidance - פחד מחזרה לפעילות גופנית | נמוך       |                   |

סוג סדרה כללית/ אורטופדית

Therapeutic Exercises-

THERAPEUTIC EXERCISE  
GROUP CLOSED

בטיפולים שכללו:

Modalities-

MODALITY ELECTRO FOR PAIN

Administrative and Others-

EVALUATION REASSESSMENT  
EVALUATION INITIAL  
EVALUATION TREATMENT TREATY

Specific Education Techniques-

EDUCATION TECHNIQUES  
EDU SELF EXERCISE

סה"כ 9 ביקורים

גורם משחרר: פיזיותרפיסט

יכולת חזרה לפעילות: חלקית

תאריך: 12/02/2025

## מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה

עמיחי רוזנצוויג



0040576076



115660



קוד הפניה: 420408030

טלפון: 08-9702314

כירורגיה אורתופדית | אורתופדיה החלפות מפרקים

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

כתובת: הורביץ אלי 27, רחובות

|                                      |                 |                   |                           |
|--------------------------------------|-----------------|-------------------|---------------------------|
| פרטי הנבדק:                          | שם משפחה: פדידה | שם פרטי: נתנאל    | ת.ז.: 305278483           |
| ת.לידה: 02/05/1991                   | מין: ז          | טלפון: 0549095780 | טל.עבודה/נייד: 0549095780 |
| כתובת: שרירא שמואל 22/7, ראשון לציון | מיקוד: 7538128  |                   |                           |

### הפניה למכון דימות - C.T

משככי כאבים.

אבחנה:

• WHIPLASH INJURY

בעיות ידועות:

- ERYTHROCYTOSIS (08/2019) HB =20
- TOBACCO USE DISORDER (25/03/2018)
- POLYCYTHEMIA UNS (01/2020)

רגישויות לתרופות:

G6PD - חסר - 27/04/2015

מעשנת/ לא

| קוד מב"ר | פרוטוקול ביצוע הבדיקה | בדיקה דרושה               |
|----------|-----------------------|---------------------------|
| L1039    |                       | CT עמוד השדרה צווארי      |
| L1039    |                       | CT עמוד שדרה מותני וסקרלי |

שאלה לרדיולוג:

סיטי ע"ש מותני \צווארי בשאלה של פריצת דיסק/לחץ רדיקולרי

| תאריך ביצוע | לפני     | תוצאה | בדיקת מעבדה    |
|-------------|----------|-------|----------------|
| 27/01/2024  | 1.0 שנים |       | Creatinine (B) |
| 27/01/2024  | 1.0 שנים |       | eGFR           |

שם הרופא: עמיחי רוזנצוויג

תאריך: 12/02/2025

תוקף ההפניה ל-270 יום, מתאריך - 12/02/2025 עד תאריך - 09/11/2025

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

\*\* נא להצטייד בכרטיס מגנטי \*\*

תאריך: 12/02/2025  
שעה: 15:37:06

שם: פדידה ת.ז.: 0 305278483 התחייבות זו בתוקף עד לתאריך: 9/11/2025

בית חולים  
מכון  
הברזל  
20  
69710  
טלפון: 03-7644444 מייל:

התחייבות לתשלום עבור שירותי בריאות  
מספר התחייבות: 250250183

היננו מאשרים כי פדידה נתנאל ת.ז.: 305278483  
חבר ב- מכבי שלי ומבקשים לקבלו לטיפול בהתאם לתעריף שנקבע,  
על חשבון: מכבי שרותי בריאות גיל החבר: 33  
לשימוש המוסד נותן השרות:

| ת.ז. חבר:                                                                           | התחייבות:                                                                         | תאריך טיפול:                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
|  |  |  |
| 305278483                                                                           | 250250183                                                                         | 12022025                                                                          |

| קוד       | קוד מקורי  | תאריך       | תאריך | קוד | מס |
|-----------|------------|-------------|-------|-----|----|
| CPT       | בנותן שרות | כניסה/טיפול | יציאה | מס  |    |
| 0 72127 1 | CT 01      | 12/02/2025  | 50601 | 1   | 1  |
| 0 72133 2 | CT 01      | 12/02/2025  | 72131 | 1   | 1  |

ישוב: ראשון לציון מרכז רפואי: רמות ראשל"צ רוטשילד 15  
מתאם שרות: טל: 03-9541111

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

נספח להתחייבות מספר 250250183:  
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 החייל, חיפה, ראשל"צ, ב"ש  
וכלניות. אין צורך לעדכן את טופס ההתחייבות במידה והבדיקה  
מבוצעת באחת משלוחות אלה.

בברכת בריאות טובה "מכבי שרותי בריאות"

## מכון CT

**הנדון:** פדידה, נתנאל, ת.ז: 305278483 תאריך לידה: 02/05/1991

דר' נכבד/ה,  
הבדיקה בוצעה בתאריך: 17/03/2025

### להלן ממצאי בדיקת CT ע"ש מותני

**התוויה קלינית:** לאחר חבלה.

#### ממצאים:

הפיענוח של הבדיקה מוגבל בע"ש מותני עליון עקב תזוזות של הנבדק.  
הגובה של גופי החוליות שמור.  
המרווחים הבינחולייתיים שמורים.  
הנקבים הנוירליים ללא הצריות.  
המפרקים הפצטליים הודגמו שמורים לאורך ע"ש המותני.  
בליטה אחורית קלה של הסחוס הדיסקלי בגובה L3-L4 עם סימני לחץ על השק התקאלי והיצרותו עד 5 מ"מ.  
בליטה אחורית קלה של הסחוס הדיסקלי בגובה L4-L5 עם סימני לחץ על השק התקאלי והיצרותו עד 7 מ"מ.  
בקע דיסקלי מרכזי קטן בגובה L5-S1.  
אין עדות לסטנזיס ספינלית בשאר הגבהים של ע"ש המותני.

### להלן ממצאי בדיקת CT ע"ש צווארי

**התוויה קלינית:** לאחר חבלה.

#### ממצאים:

הגובה של גופי החוליות שמור.  
המרווחים הבינחולייתיים שמורים.  
הנקבים הנוירליים ללא הצריות.  
המפרקים הפצטליים והאונקו-ורטברליים הודגמו שמורים לאורך ע"ש צווארי.  
בליטה אחורית קלה של הסחוס הדיסקלי בגובה C2-C3, C3-C4, C4-C5, C5-C6.  
אין עדות לסטנזיס ספינלית לאורך ע"ש צווארי.

בברכה,  
ד"ר צודיקוב ודים  
מומחה לרדיולוגיה אבחנתית  
מר 24311

**הוקלד על ידי:** נטע חימו  
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

# OFEK MEDICAL

תאריך: 28/04/2025

ד"ר ביין אברהם  
מומחה לאורתופדיה ורפואת ספורט  
מ.ר 18667  
הברזל 24 קומה 2, רמת החייל תל אביב  
טלפון: 050-7727593

שם: פדידה- נתנאל  
מ.ת.ז: 30527848/3  
טלפון: 054-9095780  
לכבוד הרופא המטפל:

הנל עבר תאונת דרכים 05.11.2024 התאונה במסגרת העבודה  
כאבים במותן שמאל ועש צוארי מלווה בכאבי ראש וסחרחורות  
לאחרונה חש ברדימות ברגל שמאל מהברך עד לקרסול שמאל  
CT עש צוארי בלטי דיסק קטנים מ C2-C6 על פי פענוח  
CT עש מתני בלטי דיסק L2-S1 ללא שינויים שחיקתיים על פי פענוח  
מיפוי עצמות שלד תקין מלבד קליטה בחלק המקורב של רדיוס יכול להתאים לחבלה  
בבדיקה

ללא ירידה בכוח גס הגבלה בתנועות עש מתני ובתנועות עש צוארי  
הנל טופל עי כדורים ופדיוטרפיה ללא הועיל  
ממליץ על המשך טיפול במירפסת כאב  
EMG 4 גפיים  
יעוץ נאורולוגי לגבי כאבי הראש והסחרחורות

בברכה:

ד"ר ביין אברהם  
אורתופד מומחה

א. אברהם  
18667  
050-7727593  
רמת החייל תל אביב

רח' הברזל 24, רמת החייל תל אביב  
טלפון: 050-7727593

## המכון לרפואה גרעינית

הנדון: פדידה, נתנאל, ת.ז: 305278483 תאריך לידה: 02/05/1991

דר' נכבד/ה,  
הבדיקה בוצעה בתאריך: 14/04/2025

מיפוי עצם כל גופי ספקט גב תחתון אגן פרקי הירך:

חומר הזרקה: המטופל קיבל 27.00mCi של Tc99m MDP.

סיבת הפניה: מצב לאחר מעורבות בתאונת דרכים.  
כאבים בגב ובצוואר ובאיזורים אחרים בשלד.

ממצאים: הדגשה בקליטה באזור המקורב של הרדיוס משמאל יכול להתאים למצב לאחר טראומה שבר?  
אין לראות קליטות פתולוגיות של החומר בע"ש לכל אורכו, פרקי הכתף, צלעות בית החזה ועצם החזה.  
אין לראות ממצאים חיוביים באזור האגן, פרקי הירך והירך דו"צ.  
אין לראות קליטות פתולוגיות של החומר בפרקי הברך כפות הרגליים.  
הדגשה קלה בקליטה באזור קרסול שמאל יכול להתאים לתהליך דלקתי או נזק מאמץ.

טכנאי/ת: דור כהן

בברכה,  
ד"ר אורן ויקטור  
מומחה לרפואה גרעינית  
מר 7758

הוקלד על ידי: קרן שחורי  
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 לפניות של רופאים בלבד!

מסמך זה נחתם אלקטרונית

23.5.2025

ד"ר זאב ניצן

מומחה לנירולוגיה

מ.ר. 28473, מ.ר.מ. 20950

מכתב רפואי

הנדון: פדידה נתנאל מס' זהות: 305278483

ת.ל: 2.5.1991

בן 34, נשוי אב לבן, עובד חברת מקורות, רקע רפואי: ללא בעיות רפואיות נוספות פרט לבעיה הנוכחית בהמשך, תרופות: נוטל תרופות משככות כאב מסוגים שונים, רגישות: G6PD

בעיה נוכחית: בנובמבר 2024 בדרכו לעבודה כנהג ברכבו, נפגע בתאונה בה הייתה מעורבת משאית. שולל חבלת ראש. פונה למוקד רפואי, נבדק ושוחרר.

סובל מאז כאבים במותן שמאל המקרין לרגל שמאל ועמ"ש צווארי, כאבי ראש וסחרחורת לסירוגין.

CT עמ"ש צוואר: בלטי דיסק קטנים 2C-6C

CT עמ"ש לומברי: בלטי דיסק 1S-2L

מיפוי עצמות- תקין.

בדיקה ניירולוגית: לציין הגבלה אנטלגית בהנעת הצוואר בכל מישורי התנועה, הגבלה אנטלגית ביישור רגל שמאל, פרסטזיות בגירוי מגע באמת יד שמאל. קושי בהליכת טנדם בשל כאב ברגל שמאל. ללא ממצא חריג אחר.

המלצות:

אודה לביצוע CT ראש

המשך מעקב ניירולוגי עם תוצאות הבדיקה וכן המשך מעקב אורטופדי

אודה לטיפול פיזיותרפיה וטיפול רפואה משלימה דרך קופ"ח

המשך מעקב עי הצורך

בכבוד רב,

ובברכה, ד"ר זאב ניצן, מומחה לנירולוגיה

ד"ר זאב ניצן  
מומחה לנירולוגיה  
מ"ר 28473 מ.ר.מ. 20950

ד"ר זאב ניצן  
מומחה לנירולוגיה  
מ.ר. 28473, מ.ר.מ. 20950



## מכון CT

הנדון: פדידה, נתנאל, ת.ז: 305278483 תאריך לידה: 02/05/1991

דר' נכבד/ה,  
הבדיקה בוצעה בתאריך: 14/04/2025

### להלן ממצאי בדיקת CT ע"ש מותני

התוויה קלינית: לאחר חבלה.

#### ממצאים:

הגובה של גופי החוליות שמור.  
המרווחים הבינחולייתיים שמורים.  
הנקבים הנירליים ללא הצרויות.  
המפרקים הפצטיים הודגמו שמורים לאורך עמוד שדרה מותני.  
המפרקים הסקרואליאקליים הודגמו שמורים.  
בליטה אחורית קלה של הסחוס הדיסקלי בגובה L2-L3, L3-L4.  
בקע דיסקלי מרכזי קטן בגובה L4-L5 עם סימני לחץ על השק התקאלי והצרותו עד 7 מ"מ.  
בקע דיסקלי מרכזי קטן בגובה L5-S1.  
אין עדות לסטנוזיס ספינלית בשאר הגבהים של ע"ש מותני.

בברכה,  
ד"ר צודיקוב ודים  
מומחה לרדיולוגיה אבחנתית  
מ ר 24311

הוקלד על ידי: אבי פנחסוב  
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 ינתן לפניות של רופאים בלבד!

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



מכון דימות:ראשל"צ כתובת: רוטשילד 15 ראשון לציון טלפון: 03-9541111  
גורם רפואי מפנה:  
שם: בר-חיים שמואל  
מ.ר: 19799  
תאריך הבדיקה: 14/07/2025  
תאריך הפיענוח: 15/07/2025

שם הנבדק: פדידה נתנאל  
ת.ז הנבדק: 305278483  
כתובת הנבדק: שריא שמואל 22/7 ראשון לציון 7538128  
טלפון הנבדק: 054-9095780 טלפון נייד: 054-9095780

## תשובת בדיקת דימות: 25519360

### ברך 2 צילומים

#### סיבת ההפניה:

הערכה גרמית /בירור כאבים .

#### ממצאים:

שמאל:

=====

ללא שבר או פריקה.

ב.מ.פ

לקרולציה אורטופדית.

#### בברכה

ד"ר פראס קואסמה

מומחה/ית ברדיולוגיה אבחנתית

מס' רישיון: 130095

התשובה עברה הגהה ונחתמה אלקטרונית

## מכון CT

הנדון: פדידה, נתנאל, ת.ז: 305278483 תאריך לידה: 02/05/1991

דר' נכבד/ה,  
הבדיקה בוצעה בתאריך: 02/07/2025

להלן סריקה טומוגרפית ממוחשבת של: מוח ללא חומר ניגוד בהזרקה

התוויה: ברקע תאונת דרכים, להערכה  
השוואה: ללא בדיקה קודמת להשוואה.

ממצאים:  
חדרי המוח, ציסטריות וצולצים שמורים.  
ללא עדות לדימום מוחי.  
ללא עדות לאפקט מסה או סטיית קו אמצע.  
אזורור תקין של הסינוסים הפרהנזליים ותאי אוויר המסטואידליים.  
ללא הרס עצם.

לסיכום:  
ללא ממצא אינטרהקרניאלי חריג.

בברכה,  
ד"ר סיורי מוחמד  
מומחה לרדיולוגיה אבחנתית  
מ ר 146451

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 ינתן לפניית של רופאים בלבד!

מסמך זה נחתם אלקטרונית  
רופאי מכבי יכולים לצפות בצילומים בקליקס ע"י בחירה ב מַכְבִּי > צפיה בצילומי רנטגן בתפריט העליון



סודי רפואי

מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא המטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי

ממצאי בדיקה תהודה מגנטית קרן

טלפון: 08-9779610 פקס: 08-9779831

ת.ז.: 30527848-3

שם: פדידה נתנאל

טלפון: 054-9095780

כתובת: וולפסון 48 ראשון לציון 7520343

מין: ז

גיל: 34 ש

מקרה: 35703444

גורם מפנה: מכבי

יחידה ארגונית מזמינה: תהודה מגנטית MRI

בדיקות שבוצעו

| תאריך אישור ביצוע | שעת אישור ביצוע | תיאור שירות                         |
|-------------------|-----------------|-------------------------------------|
| 07/02/2026        | 22:40           | MRI עמוד שדרה צוארי, ללא חומר ניגוד |

תולדות מחלה

ראה מסמך מצורף

שאלה לבירור

ראה מסמך מצורף

תיאור הבדיקה והמצאים

להלן ממצאי בדיקת MRI של ע"ש צווארי

=====

הבדיקה נעשתה בשקלול T1, T2.

סיבת ההפניה: בן 34, כאבי צוואר אחרי תאונת דרכים בעבודה עם כאבי צוואר וכאבים בעמוד שדרה מותני.

ממצאים:

יישור הלורדוזיס הצווארי.

מעבר קרניו צרוויקלי בגדר הנורמה ללא צניחה של הטונזילות מתחת לפורמן מגנום.

ללא עדות לתמטים, תזוזות או שינויים הרסניים בחוליות.

ללא עדות למסות פרה או פרא ורטברליות.

תעלה הספינלית גרמית ברוחב תקין.

חוט השדרה בעובי תקין ללא עדות לאותות חריגים מתוכו.

בהסתכלות ספציפית על המרווחים הדיסקליים:

C2-C3 - בגדר הנורמה.

C3-C4 - בקע דיסק מרכזי אחורי עם לחץ על קדמת השק הדוראלי ללא עדות ללחץ על החוט, בקע דיסק אינטרא פורמינלי שמאלי עם היצרות של הפורמינה הניאורלית משמאל, ללא לחץ על השורש בחלקו הפורמינלי משמאל, פורמינה ניאורלית מימין תקינה.

C4-C5 - בקע דיסק מרכזי אחורי עם לחץ על השק ללא עדות ללחץ על החוט, פורמינות ניאורליות כולל שורשים בתוכם שמורים.

C5-C6 - בקע דיסק מרכזי אחורי עם לחץ קל על קדמת השק הדוראלי, ללא עדות ללחץ על החוט, פורמינות ניאורליות כולל שורשים בתוכם שמורים.

C6-C7 - בגדר הנורמה.

C7-D1 - בגדר הנורמה.

התרשמות:

בקעי דיסק כמפורט בגוף הפענוח בעיקר בגובה C3-C4 ו-C4-C5.

| שם הרופא המפענח | מ.ר.ר | מ.ת.מ | תאריך פענוח | שעת פענוח |
|-----------------|-------|-------|-------------|-----------|
| פרופ' טל סיגל   | 27353 | 17831 | 25/02/2026  | 19:45     |

תאריך הקלדה: 25/02/2026

סודי רפואי

מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא המטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי

ממצאי בדיקה תהודה מגנטית קרן  
טלפון: 08-9779610 פקס: 08-9779831

שם: פדידה נתנאל

ת.ז.: 30527848-3

טלפון: 054-9095780

כתובת: וולפסון 48 ראשון לציון 7520343

מקרה: 35703444 גיל: 34 ש

גורם מפנה: מכבי

יחידה ארגונית מזמינה: תהודה מגנטית MRI

בדיקות שבוצעו

| תאריך אישור ביצוע | שעת אישור ביצוע | תיאור שירות                         |
|-------------------|-----------------|-------------------------------------|
| 07/02/2026        | 22:40           | MRI עמוד שדרה מותני, ללא חומר ניגוד |

תולדות מחלה

ראה מסמך מצורף

שאלה לבירור

ראה מסמך מצורף

תיאור הבדיקה והמצאים

בדיקת MRI של ע"ש מותני

=====

הבדיקה נעשתה בשקלול T1, T2, STIR. סיבת ההפניה: בן 34, מצב לאחר תאונת דרכים בעבודה, כאבים בעמוד שדרה מותני וצווארי מלווה בכאבי ראש.

ממצאים:

בקעי דיסק אינטרא ורטברלים בגופי חוליות מותניות בכל הגבהים. ללא עדות לתמטים, תזוזות או שינויים הרסניים בחוליות. ללא עדות למסות פרה או פרא ורטברליות. תעלה הספינלית גרמית ברוחב תקין. הקונוס בסיומת L1 ללא עדות לאותות חריגים. בהסתכלות ספציפית על המרווחים הדיסקלים: L1-L2 - בגדר הנורמה.

L2-L3 - בגדר הנורמה.  
L3-L4 - בגדר הנורמה.  
L4-L5 - בלט דיסק דיפוזי עם לחץ קל על קדמת השק הדוראלי ללא עדות ללחץ על השורשים, פורמינות ניאורליות כולל שורשים בתוכם שמורים.  
L5-S1 - בקע דיסק מרכזי אחורי עם קל על קדמת השק הדוראלי, ללא עדות ללחץ על השורשים, פורמינות ניאורליות כולל שורשים בתוכם שמורים.

התרשמות:  
בלט דיסק L4-L5 ובקע דיסק L5-S1 כמפורט בגוף הפענוח.

| שם הרופא המפענח | מ.ר.ר | מ.ת.מ | תאריך פענוח | שעת פענוח |
|-----------------|-------|-------|-------------|-----------|
| פרופ' טל סיגל   | 27353 | 17831 | 25/02/2026  | 19:45     |

תאריך הקלדה: 25/02/2026