



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.

Igal Raskin, Adv.

באתר
מבלי לפגוע בזכויות

אפריל 2026
Office@freiberg-law.com

פרייברג רסקין
משרד עורכי דין

אריאל פרייברג, עו"ד

יגאל רסקין, עו"ד



לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
ענף נפגעי עבודה
באמצעות האתר

ח"נ שלום רב,

תאונה מיום 27/6/25
הנפגע: מוחמד עומרי, ת"ז 214567018

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

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

כבוד רב ובב"ח,

~~אריאל פרייברג, עו"ד~~

פרייברג רסקין עורכי דין



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 תשולם לו קצבה חודשית או מענק, לפי הוראות החוק. **שים לב, גם אם חזרת לעבודה או לא נעדרת מהעבודה, אתה יכול להגיש תביעה לגמלת נכות מעבודה.**

חובה לצרף לטופס זה

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

כיצד יש להגיש את התביעה

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

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

לידיעתך!

- ☞ לאחר הגשת התביעה תוזמן לבדיקה בוועדה רפואית. זימונך 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.

נא למלא מספר תעודת זהות

מס' זהות / דרכון

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



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

פרטי התובע		שם משפחה מנחם		שם פרטי מוחמד		מספר זהות ס"ב 214567018	
מין ☐ זכר ☒ נקבה		עיסוק ☐ שכיר ☐ מתנדב ☐ עצמאי		מספר אישי בצה"ל		תאריך לידה 29/05/2005 יום חודש שנה	
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)							
רחוב/תא דואר 6 ק"מ		מס' בית		כניסה		דירה	
						יישוב אלקטרוני	
טלפון קווי 0535350601		טלפון נייד 0523338904		דואר אלקטרוני: @_____			
אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – אנא השלם את הפרטים הבאים:							
שם משפחה של איש קשר		שם פרטי של איש קשר		מס' זהות של איש קשר ס"ב 			
☐ אני מסרב לקבל הודעות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט (SMS), דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.							
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)							
רחוב/תא דואר		מס' בית		כניסה		דירה	
						יישוב	
						מיקוד	

שנה חודש יום

5/2/2007

תאריך הפגיעה

פרטים על הפגיעה

ינחל

פרטי הפגיעה

3

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

K3

מקום השירות

4

האם נעשו לך בדיקות עקב הפגיעה (צילומי רנטגן, CT, MRI וכד')?

211567018

נא למלא מספר תעודת זהות

5 המגבלות שיש לך עקב הפגיעה שבגינן אתה תובע גמלה

המגבלות או הכאבים שמהם אתה סובל

המסמך או התיעוד הרפואי הקשור למגבלה שצינת

כאב והשלה מעטות מותק טלן
כאב והשלה מעטות טלן
כאב והשלה מעטות טלן
קוטי זאחצה (טלן - יק טלן)

האם סבלת בעבר ממחלה או כאבים באיברים שנפגעו שצינת 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

לידיעתך, לצורך הטיפול בתביעה אנו נפנה למעסיקיך לפי הצורך, לקבלת נתוני הכנסותיך
אם הנך מתנגד לכך עליך לסמן את ההצהרה הבאה
☐ אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטלי (ממוחשב) של הכנסותי.
ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי.

7 שליטה בשפה העברית

☐ אני לא שולט בשפה העברית. אני דובר

☐ אגיע לוועדה עם מלווה דובר עברית

☐ לא אגיע לוועדה עם מלווה דובר עברית

8 פרטים על תשלומים

האם אתה מקבל או זכאי לתשלום או תגמול ממשד הביטחון?
☒ לא ☐ כן - ציין את סוג התשלום

האם הגשת או שאתה מתכוון להגיש תביעה לפיצויי נזיקין בגין המקרה?
☒ לא ☐ כן - ציין את שם הנתבע

9 סיוע וייצוג בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☒ כן

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

☐ אחר

אם אתה מיוצג ע"י עורך דין יש לבקש מעורך הדין להזין יפיו 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: "יפיו כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

שם גורם מסייע

טלפון

כתובת

03 - 7412358

אני מ/ה רחמן

318 אייל כר"מ

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		שם הבנק	שם הסניף/כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
אחיק אלמרי		כיפון	סניף סוף, תל אביב	02	214567018

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 להחתימם 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 מושכי התשלומים.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת מחושבת, 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 1.4.26 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 ביוזעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

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

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות עליי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי.

במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

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

☐ אני מסכים לוועדה בוידאו צ'אט

תאריך 1.4.26 חתימת התובע ☒

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

עמוד 5 מתוך 5

214567018

נא למלא מספר תעודת זהות

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: נכות מעבודה

פרטים אישיים			1
קוד גמלה	מספר זהות/דרכון	תאריך הפגיעה	
11	214567018	שנה חודש יום	
שם משפחה	שם פרטי		
שחם	שחם		
חבר בקופת חולים			
☒ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר			

הצהרה	2
אני הח"מ, שפרטתי 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 אודותי.	
תאריך	חתימת המבוטח *
1.4.26	



מרכז רפואי העמק

רפואה מוקדמת בדיקת בטיחות

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד מתאריך 27/06/2025 הופק ע"י דר' עבאס פאדי מ.ר. 168784 27/06/2025 22:11

שם משפחה:	עומרי	ת. לידה:	29/05/2005	מיון אורתופדי
שם פרטי:	מוחמד	ת. זהות:	21456701-8	מנהל/ת דר' ליפסקי ארי מ.ר. 112712:
כתובת:	ת.ד. 6, צנדלה 1935300	מין:	זכר	אח/אחות אחראיים: גב' פנינה סבאג
טלפון:	0523338904	גיל:	20	מס' קבלה למחלקה: 2530625901
סוג דם:		מרפאה:		טלפון: 04-6494356
מחוז:		שם האב:	סלאח	פקס: 046494261
גורם מממן:	צפון			

מועד קבלה למיון

תאריך: 27/06/2025 18:49

מספר קבלה: 2530625901

אופן הגעה למיון

הגיע למיון: בליווי בן משפחה

פירוט דרך הגעה: מהתלך

סיום טיפול במלרד: שחרור

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P	Rec
DISLOCATION SHOULDER	831	Left		✓			
LACERATION UPPER LIMB	884	Right					
FRACTURE HUMERUS - GREATER TUBEROSITY, CLOSED	81203	Left	27/06/2025				

סיבת פנייה

סיבה עיקרית: חבלה

הערות: חבלה ביד שמאל מהיום

משרד קבלה

סיבת פנייה: אחר

הפנייה: ק

סטטוס מטופל: אחר

תלונה עיקרית בבדיקה

בת 20, בריא

לדבריו ביום קבלתו למיון נפל ונחבל בכתף שמאל, הרגיש כאב עז
 כעת זרוע ביישור, כאבים בכתף משמאל.

בבדיקה - נראה שקע, ללא המטומה אך קיימת נפיחות
 ROM - 0 לכל הכיוונים בגין כאב. ללא חסר ניירוסקולארי כולל עצב אקסילרי.

בצילום נראית פריקה קדמית. שבר בגבשושית גדולה.
 במיון תחת נוגדי כאב בוצע שחרור פריקה בשיטת TRACTION COUNTER TRACTION.
 צילום ביקורת - ללא עדות לפריקה

הושלם CT

בבדיקה חוזרת - שמור NV, תחושה שמורה כולל עצב אקסילרי

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

שם משפחה:	עומרי	תאריך לידה:	29/05/2005	מיון אורתופדי
שם פרטי:	מוחמד	ת. זהות:	21456701-8	מנהל/ת דר' ליפסקי ארי מ.ר. 112712:
סוג דם:		שם האב:	סלאח	אח/אחות אחראיים: גב' פנינה סבאג

לציין שפשוף שטחי במרפק ימין, ללא סימני זיהום
טווחים מלאים, ללא רגישות גרמית, ללא חסר NV
קיבל חיסון כנגד טטנוס
לאחר התייעצות עם ד"ר רגב - מומחה כתף - משתחרר עם ההמלצות הבאות

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

מדדים

תאריך ושעה	דופק	לחץ דם	מספר נשימות	Sat. RA	כאב	OTC	ערנות
19:06 27/06/2025			14		3	בוצע	עירני-0
19:03 27/06/2025	99			+96			
19:03 27/06/2025		124/85					

ביצוע תרופות

תרופה	תזמון מהוראה	תאריך ושעה	צורת מינון ומינון
TRAMAL INJ 100 mg+PRAMIN INJ 10 mg+SODIUM CHLORIDE 0.9% INF 100 ml	Total Volume: 100 ml, Once מוחמד	20:13 27/06/2025 לואבני בדר מ.ר. 187179	INJ 10 mg IntraVenous INJ 100cc(ml) Drug Dosage: 100 mg
PERFALGAN INF 1000 mg	Once מוחמד	20:13 27/06/2025 לואבני בדר מ.ר. 187179	INF 1000 mg IntraVenous

המלצות

המלצה: -ביקורת עוד שבוע
יש לקבוע תור במזכירות המיון טרם העזיבה, חזרה לביקורת ללא תור מסודר לא תתאפשר, תודה
-נוגדי כאבים במידת הצורך.
-יד במתלה
-המשך מעקב רופא מטפל.
-בכל החמרה יש לפנות לבדיקת רופא.
-חופשת מחלה עד הביקורת
-במקרה של אודם, הפרשת מוגלה, החמרה ניכרת בכאבים, או חום מעל 38 יש לפנות לבדיקת רופא.
-החלפת חבישה יום יומית ושטיפות הפצע במים בסבון

רופא אחראי

רופא: דר' עבאס פאדי מ.ר. 168784

נחתם ע"י: דר' עבאס פאדי מ.ר. 168784

חתימה:

סיכום ביקור מרפאה אורתופדית

מערך אורתופדי
מנהל מערך: דר' דוד רותם
מנהל יחידה: דר' דוד רותם
אחות אחראית: אריאלה אוחנה
מספר ביקור:
3713068301
טלפון: 04-6494112
פקס: 04-6495104

שם משפחה: עומרי	ת. לידה: 29/05/2005
שם פרטי: מוחמד	ת.ז: 21456701
כתובת: צנדלה, ת.ד. 6,	מין: זכר
טלפון: 0523338904	גיל: 20
נייד: 0535350601	מצב משפחתי:
סוג דם: #! 2-0-684 -סוג דם #!	שם האב: סלאח

תאריך ביקור במרפאה: 20/07/2025

אבחנות בביקור

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P	Rec
FRACTURE HUMERUS - GREATER TUBEROSITY, CLOSED	81203	Left		✓			
CLOSED ANTERIOR DISLOCATION OF HUMERUS	83101	Left					

סיבת הפניה/תלונה/מחלה נוכחית

בן 20 בריא

לדבריו ביום קבלתו למיון נפל ונחבל בכתף שמאל, הרגיש כאב עז כעת זרוע ביישור, כאבים בכתף משמאל.

בבדיקה - נראה שקע, ללא המטומה אך קיימת נפיחות ROM - 0 לכל הכיוונים בגין כאב. ללא חסר נירוווסקולארי כולל עצב אקסילרי. בצילום נראית פריקה קדמית. שבר בגבשושית גדולה. במיון תחת נוגדי כאב בוצע שחזור פריקה בשיטת TRACTION COUNTER TRACTION. צילום ביקורת - ללא עדות לפריקה הושלם CT בבדיקה חוזרת - שמור NV, תחושה שמורה כולל עצב אקסילרי

לציין שפשוף שטחי במרפק ימין, ללא סימני זיהום טווחים מלאים, ללא רגישות גרמית, ללא חסר NV קיבל חיסון כנגד טטנוס לאחר התייעצות עם ד"ר רגב - מומחה כתף -

כעת התקבל אליקטיבית לצורך LT ORIF SHOULDER בקבלתו למחלקה-מצב כללי טוב, מדדים חיוניים תקינים בבדיקת-כתף שמאל-נפיחות ורגישות במישוש משטח מפרקי ROM 0 לכל הכוונים מניע שכ"י ומרפק ללא הגבלה תחושה שמורה ללא חסר NV כולל עצב אקסילרי

בתאריך 03.07.25 עבר ניתוח לשחזור וקיבוע שבר של גבשושית. מהלך ניתוח בוצע טוודזיס ותיקון קרע חלקי של SSC. בצילום ביקורת עמדה טובה. זקוק לביקורת בעוד חודש ימים.

המלצות לביקור הבא

המשך תנועות פנדולריות נגד כאבים לפי הצורך ביקורת בעוד חודש

דיווח פעולות:

קוד שירות 70017
כמות 1
פעולה בדיקת רופא אורתופד
תאריך 11:42 20/07/2025
נרשם ע"י דר' אוחנה רגב מ.ר. 107723
המשך טיפול

	1 חודשים	70017	בדיקת רופא אורתופד
--	----------	-------	--------------------

חתימה: _____

נחתם ע"י: דר' אוחנה רגב מ.ר. 107723

המכתב הודפס על ידי דר' אוחנה רגב 20/07/2025 11:57
 חסי אישי
 המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות.

סיכום ביקור מרפאה אורתופדית

מערך אורתופדי
מנהל מערך: דר' דוד רותם
מנהל יחידה: דר' דוד רותם
אחות אחראית: אריאלה אוחנה
מספר ביקור:
3732392601
טלפון: 04-6494112
פקס: 04-6495104

שם משפחה: עומרי	ת. לידה: 29/05/2005
שם פרטי: מוחמד	ת.ז: 21456701
כתובת: צנדלה, ת.ד. 6,	מין: זכר
טלפון: 0523338904	גיל: 20
נייד: 0535350601	מצב משפחתי:
סוג דם: #! 2-0-684 סוג דם #	שם האב: סלאח

תאריך ביקור במרפאה: 16/09/2025

אבחנות בביקור

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P	Rec
FRACTURE HUMERUS - GREATER TUBEROSITY, CLOSED	81203	Left		✓			
CLOSED ANTERIOR DISLOCATION OF HUMERUS	83101	Left					

ניתוחים בעבר

כמות	גניקולוגי	תאריך	שיטה ניתוחית	צד	קוד	ניתוח
		03/07/2025		Left	Z7939	Diagnosis: , OPEN REDUCT.OF OTHER SPEC.BONE,EXC.FACIAL,WITH INT.FIXATION Action: , ORIF SHOULDER
		03/07/2025			Z8388	Diagnosis: , OTHER PLASTIC OPERATIONS ON TENDON
		03/07/2025			Z8363	Diagnosis: , ROTATOR CUFF REPAIR

סיבת הפניה/תלונה/מחלה נוכחית

בן 20, בריא

לדבריו ביום קבלתו למיון נפל ונחבל בכתף שמאל, הרגיש כאב עד כעת זרוע ביישור, כאבים בכתף משמאל.

בבדיקה - נראה שקע, ללא המטומה אך קיימת נפיחות ROM - 0 לכל הכיוונים בגין כאב. ללא חסר נוירוסקולארי כולל עצב אקסילרי. בצילום נראית פריקה קדמית. שבר בגבשושית גדולה. במיון תחת נוגדי כאב בוצע שחזור פריקה בשיטת TRACTION COUNTER TRACTION. צילום ביקורת - ללא עדות לפריקה הושלם CT בבדיקה חוזרת - שמור NV, תחושה שמורה כולל עצב אקסילרי

לציין שפשוף שטחי במרפק ימין, ללא סימני זיהום טווחים מלאים, ללא רגישות גרמית, ללא חסר NV קיבל חיסון כנגד טטנוס לאחר התייעצות עם ד"ר רגב - מומחה כתף -

כעת התקבל אליקטיבית לצורך LT ORIF SHOULDER בקבלתו למחלקה-מצב כללי טוב, מדדים חיוניים תקינים בבדיקתו-כתף שמאל-נפיחות ורגישות במישוש משטח מפרקי ROM 0 לכל הכוונים מניע שכ"י ומרפק ללא הגבלה תחושה שמורה ללא חסר NV כולל עצב אקסילרי

בתאריך 03.07.25
עבר ניתוח לשחזור וקיבוע שבר של גבשושית.
מהלך ניתוח בוצע טנודיס ותיקון קרע חלקי של SSC.
בצילום ביקורת עמדה טובה.

זקוק לביקורת בעוד חודש ימים.

ביקורת חודשיים וחצי לאחר טיפול ניתוחי.
בצילום ביקורת עמדה טובה עם איחוי של הגבשושית.
בבדיקה קלינית פצע תקין, טווחים מוגבלים FF 90 סיבוב חיצוני 0
כנראה מפתח כתף קפואה.
זקוק להמשך טיפול בנוגדי כאבים וכרית חמה לכתף.
אין צורך בפיזיותרפיה כרגע עקב הקיפאון.
ביקורת בעוד 3 חודשים

המלצות לביקור הבא

ביקורת בעוד 3 חודשים

דיווח פעולות:

קוד שירות	כמות	פעולה	תאריך	נרשם ע"י
70017	1	בדיקת רופא אורתופד	10:16 16/09/2025	ד"ר אוחנה רגב מ.ר. 107723

המשך טיפול

בדיקת רופא אורתופד	70017	3 חודשים	
--------------------	-------	----------	--

נחתם ע"י: ד"ר אוחנה רגב מ.ר. 107723

חתימה: _____

המכתב הודפס על ידי ד"ר אוחנה רגב 16/09/2025 10:35

חסי אישי

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות.

גיל המטופל: 20.03

תאריך ביקור: 08/09/2025

סוג ביקור: 2 תאונת עבודה

תאריך תאונה: 27/06/2025

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 12/08/2025:

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 24/07/2025:

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 06/07/2025:

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 29/06/2025:

בת 20, בריא

לדבריו ביום קבלתו למיון נפל ונחבל בכתף שמאל, הרגיש כאב עז

כעת זרוע ביישור, כאבים בכתף משמאל.

בבדיקה נראה

שקע, ללא המטומה אך קיימת נפיחות

לכל הכיוונים בגין כאב. ללא חסר נוירוסקולארי כולל עצב אקסילרי. ROM = 0

בצילום נראית פריקה קדמית. שבר בגבשושית גדולה.

TRACTION COUNTER TRACTION במיון תחת נוגדי כאב בוצע שחזור פריקה בשיטת

צילום ביקורת ללא

עדות לפריקה

CT הושלם

תחושה שמורה כולל עצב אקסילרי, NV בבדיקה חוזרת שמור

לציין שפשוף שטחי במרפק ימין, ללא סימני זיהום

NV טווחים מלאים, ללא רגישות גרמית, ללא חסר

קיבל חיסון כנגד טטנוס

לאחר התייעצות עם ד"ר רגב מומחה

כתף משתחרר

עם ההמלצות הבאות

06/07/2025:

סיכום טיפול פיזיותרפי

בן 20גר בסנדלה עם הוריו.

בריא, RHD

ב27/06/25נפל ונחבל בכתף שמאל, הרגיש כאב עז

בצילום נראית פריקה קדמית. שבר בגבשושית גדולה.

במיון תחת נוגדי כאב בוצע שחזור פריקה בשיטת TRACTION COUNTER TRACTION

כעת התקבל אליקטיבית לצורך LT ORIF SHOULDER

ב 3.7.25עבר ניתוח תיקון שבר GT על ידי תפרי אטיבונד.

הוראות: הפעל פנדולרית ושימוש במתלה.

בבדיקה ערני ומשת"פ, הוריו על ידו.

עצמאי במעברים ונידות.

הודרך להפעלת אצבעות

נעשה מתלה חדש ליד והדרכה לשימוש בו.

הפעלה פנדולרית בהצלחה והדרכה לבצוע עצמי* 3ביום.

הדרכה להליך השיקומי בהמשך.

מהלך ודיון

בן 20בריא בדרך כלל

ב 03/07/2025עבר קיבוע שבר GT כתף שמאל על ידי תפרי אטיבונד מהלך ניתוח תקין

צילום ביקורת בוצע עמדה מקובלת.

באשפוז טופל בנוגדי כאב, הודרך על ידי צוות פיזיותרפיה להפעלה פנדולרית מהלך

אפשוז תקין

בבדיקתו טרם שחררו נינוח ויציב, מדדים חיונים שמורים

כתף שמאל יד במטלה, חתך נינוחי תחת מדבקות סטריל סטרים, ללא הפרשות, ללא

אודם.

מניעה אצבאות בחופשיות, שמור NV דיסטלית.

משתחרר במצב כללי טוב תחת ההמלצות הבאות:

24/07/2025

12/08/2025:

08/09/2025:

סימנים חיוניים

גובה: 176 נמדד ב: 29/06/2025

משקל: 102 נמדד ב: 29/06/2025

BMI : 32.93

לחץ דם: 64 / 117 נמדד ב: 29/06/2025

קוד	אפיין	אבחנה
831	LT	DISLOCATION SHOULDER
	LT	OPEN RED. OF DISLOC. OF OTHER SPEC. SITE SHOULDER

דיון/תוכנית טיפולית: דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 12/08/2025:

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 24/07/2025:

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 06/07/2025:

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 29/06/2025:

המלצה: ביקורת

עוד שבוע

יש

לקבוע תור במזכירות המיון טרם העזיבה, חזרה לביקורת ללא תור מסודר לא תתאפשר,

תודה

נוגדי

כאבים במידת הצורך.

יד

במתלה

המשך

מעקב רופא מטפל,

בכל

החמרה יש לפנות לבדיקת רופא.

חופשת

מחלה עד הביקורת

במקרה

של אודם, הפרשת מוגלה, החמרה ניכרת בכאבים, או חום מעל 38 יש לפנות לבדיקת רופא.

החלפת

חבישה יום יומית ושטיפות הפצע במים בסבון

06/07/2025:

המלצה: משככי כאבים במידת הצורך

שטיפות של הפצע במים וסבון פעם ביום

במקרה של חום או הפרשה מוגלתית, יש לחזור למיון.

ביקורת מרפאת כתף בעוד שבועיים

אין צורך בהוצאת התפרים, התפרים נספגים ונופלים לבד. שטיפת פצעים עם מים וסבון וחבישה קלה פעם ביום.

המשך הפעלה בפיזיותרפיה כפי שהודרך במחלקה

ההפניות שהופקו ב 06/07/2025:

טופס הפניה כללי - 70017-בדיקה אורתופדיה כתף, הפניה לפיזיותרפיה - 80015-

פיזיותרפיה אבחון וב

24/07/2025:

12/08/2025:

08/09/2025:

הודפס בתאריך: 28/09/2025 17:27
הודפס ע"י: ד"ר ג'בארין מחמוד
רישום מתאריך: 08/09/2025 12:20:50

דף 3

עומרי מוחמד; ת.ז.: 8-21456701-00; גיל: 20.3

קוד	מתאריך	עד תאריך	סטטוס
113	27/06/2025	27/09/2025	הודפס

אישור
תאונת עבודה (תעודה ראשונה)

פרטי עדכון

תאריך עדכון: 08/09/2025
רופא מעדכן: ד"ר מחמוד זועבי
מס רשיון: 161166
שם מרפאה: מרפאת סנדלה
קוד מרפאה: 8629
קוד מחוז: 15
מקצוע המעדכן: 1 רפואת משפחה

שימוש פנימי

ביקור ללא כרטיס Z

סוג הסכם: שכיר

תאריך: 06/07/2025 16:05 הפניה כללית

פרטי המטופל:	
שם משפחה ופרטי:	עומרי מוחמד
ת.ל.י.:	29/05/2005
מס בית:	0
מס זהות:	00214567018
רחוב:	ת.ד. 6
טלפון נוסף:	52-3338904
ישוב:	צנדלה
טלפון:	53-5350601
גיל:	20.01 מין: ז

מספר הפניה ישירה: 38629008709

מספר רשיון	תז נבדק	מספר הפניה	גורם שולח
027240	0214567018	038629008709	8629

לכבוד: אורתופד כתף

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70017	L9249	בדיקה אורתופדיה כתף	6010562

אבחנה משוערת:

קוד	איפיון	אבחנה
831	LT	DISLOCATION SHOULDER

תלונות: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 29/06/2025:

בת 20, בריא
 לדבריו ביום קבלתו למיון נפל ונחבל בכתף שמאל, הרגיש כאב עז
 כעת זרוע ביישור, כאבים בכתף משמאל.
 בבדיקה נראה
 שקע, ללא המטומה אך קיימת נפיחות
 לכל הכיוונים בגין כאב. ללא חסר נירווסקולארי כולל עצב אקסילרי. ROM - 0
 בצילום נראית פריקה קדמית. שבר בגבשושית גדולה.
 TRACTION COUNTER TRACTION במיון תחת נוגדי כאב בוצע שחזור פריקה
 בשיטת
 צילום ביקורת ללא
 עדות לפריקה
 CT הושלם
 תחושה שמורה כולל עצב אקסילרי, NV בבדיקה חוזרת שמור
 לציין שפשוף שטחי במרפק ימין, ללא סימני זיהום
 NV טווחים מלאים, ללא רגישות גרמית, ללא חסר
 קיבל חיסון כנגד טטנוס
 לאחר התייעצות עם ד"ר רגב מומחה
 כתף משתחרר
 עם ההמלצות הבאות
 06/07/2025
 סיכום טיפול פיזיותרפי
 בן 20גר בסנדלה עם הוריו.
 בריא, RHD
 27/06/25 נפל ונחבל בכתף שמאל, הרגיש כאב עז
 בצילום נראית פריקה קדמית. שבר בגבשושית גדולה.
 במיון תחת נוגדי כאב בוצע שחזור פריקה בשיטת TRACTION COUNTER TRACTION
 כעת התקבל אליקטיבית לצורך LT ORIF SHOULDER
 ב 3.7.25 עבר ניתוח תיקון שבר GT על ידי תפרי אטיבונד.
 הוראות: הפעל פנדולרית ושימוש במתלה.
 בבדיקה ערני ומשת"פ, הוריו על ידו.
 עצמאי במעברים ונידו.

לא ידוע	רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
			בן משפחה
ד"ר מחמוד זועבי	161166	**נחתם דיגיטלית**	
שם הרופא	מספר רשיון	חתימה וחותמת הרופא	
בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.			
פניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת ביה"ח מפורסמת באתר הכללית			

תאריך: 29/06/2025

אישור מחלה

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	עומרי מוחמד	מס זהות:	00214567018	גיל:	20.01	מין:	ז
ת.לידה:	29/05/2005	ישוב:	צנדלה	רחוב:	ת.ד. 6	טלפון בוסף:	52- 3338904	
מס בית:	0	טלפון:	53- 5350601					

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 0 ביקור רגיל

סובל מ: איפיון
קוד: 79989
אבחנה: DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD

מומלץ על מנוחה מתאריך: 29/06/2025 עד תאריך: 09/07/2025 ועד בכלל
סה"כ ימי מחלה: 11

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

נחתם דיגיטלית**

161166

ד"ר מחמוד זועבי

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

אישור מחלה

29/06/2025

הודפס ע"י ד"ר מחמוד זועבי

00214567018

עומרי מוחמד



מרכז רפואי העמק
רפואה מתקדמת בדיקת בשבילך

מרכז רפואי העמק
אורתופדיה

כללית

הופק ע"י דר' אוחנה רגב מ.ר. 107723 20/07/2025 11:58

מרפאה אורתופדית נושאים
דר' רותם דוד מ.ר. 135023 :
אח/אחות אחראיים: אריאלה אוחנה
מס' ביקור: 3713068301
טלפון: 04-6494112
פקס: 04-6495104

בקשת יעוץ

שם משפחה:	עומרי	ת. לידה:	29/05/2005
שם פרטי:	מוחמד	ת. זהות:	21456701-8
כתובת:	ת.ד. 6, צנדלה	מין:	זכר
טלפון:	0523338904	גיל:	20
סוג דם:		מרפאה:	סלאח
מחוז:		שם האב:	
גורם מממן:	צפון		
הפניה			

2



מרכז רפואי העמק

כללית סל
הכי טובה למשפחה

בקשה להפניה

מערך אורתופדי
מנהל מערך: פרופ' נמרוד רזן
מרפאה אורתופדית נושאים
אחות אחראית: אריאלה אוחנה
טלפון: 04-6494112
פקס: 04-6495104
מספר ביקור: 3713068301

שם משפחה:	עומרי	ת. לידה:	29/05/2005
שם פרטי:	מוחמד	ת.ד:	21456701
כתובת:	צנדלה, ת.ד. 6	מין:	זכר
טלפון:	0523338904	גיל:	20
נייד:	0535350601	מצב משפחתי:	סלאח
סוג דם:		שם האב:	

הזמנת יעוץ מחוץ לביה"ח

אבחנות בביקור						
אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P Rec
FRACTURE HUMERUS - GREATER TUBEROSITY, CLOSED	81203	Left				
CLOSED ANTERIOR DISLOCATION OF HUMERUS	83101	Left		✓		

מחלה נוכחית
בן 20, בריא

לדבריו ביום קבלתו למיון נפל ונחבל בכתף שמאל, הרגיש כאב עד געת זרוע ביישור, כאבים בכתף משמאל.

הרדיקה - וראה שקע, ללא המטומה אך קיימת נפיחות



בקשת יעוץ

שם משפחה:	עומרי	תאריך לידה:	29/05/2005
שם פרטי:	מוחמד	ת. זהות:	21456701-8
סוג דם:		שם האב:	סלאח

מרפאה אורתופדית נושאים
: דר' רותם דוד מ.ר. 135023
אח/אחות אחראיים: אריאלה אוחנה
מס' ביקור: 3713068301

נעת התקבל אליקטיבית לצורך LT ORIF SHOULDER
בקבלתו למחלקה-מצב כללי טוב, מזדים חיוניים תקינים
בבדיקתו-כתף שמאל-נפוחות ורגישות במישוש משטח מפרקי
ROM לכל הכוונים
מניע שכ"י ומרפק ללא הגבלה
תחושה שמורה ללא חסר NV קלל עצב אקסילארי

בתאריך 03.07.25
עבר ניתוח לשחזור וקיבוע שבר של גבשושית.
מהלך ניתוח בוצע טנודיס ותיקון קרע חלקי של SSC.
בצילום ביקורת עמדה טובה.
זקוק לביקורת בעוד חודש ימים.

יעוצים

דר' אוחנה רגב מ.ר. 107723

11:58 20/07/2025

פזיטרפיה לכתף שמאל

רגב אוחנה

20/07/2025

רגיל

עצמאי/מתהלך

פרטי המבקש

תאריך:

מחלקה מייעצת:

גורם מייעץ:

תאריך ביקור מתוכנן:

דחיפות:

ניידות החולה:

הגדרת הבעיה:

זקוק לתרגול של כתף שמאל לאחר מצב של פריקה ושבר של גבשושית
גדולה, עבר ניתוח לשחזור הגבשושית וגיד הביצפס וכן תפירה של גיד ה-SSC

חתימה:

נחתם ע"י: דר' אוחנה רגב מ.ר. 107723

המכתב הודפס על ידי דר' אוחנה רגב 11:58 20/07/2025

חסוי איש

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות.



מרכז רפואי העמק

רפואה מתקדמת בדיקת בטיולך

מרכז רפואי העמק
אורתופדיה



כללית

הופק ע"י ד"ר סמוילוב ארטיס מ.ר. 180447 04/07/2025 12:44

סיכום אשפוז - רפואי

שם משפחה:	שם פרטי:	עומרי מוחמד	ת. לידה:	29/05/2005	מחלקה אורתופדית
כתובת:	טלפון:	0523338904	ת. זהות:	21456701-8	דר' רותם דוד מ.ר. 135023
סוג דם:	מחוז:	צפון	מין:	זכר	אח/אחות אחראיים: גאנה פינר
גורם מממן:	צפון		גיל:	20	מס' קבלה למחלקה: 2530787901
			מרפאה:	סלאח	טלפון: 04-6494201
			שם האב:		פקס: 04-6494459
					קבלה למימון: 18:01 02/07/2025
					קבלה למחלקה: 18:01 02/07/2025
					ימי אשפוז במחלקה: 3

גורם מבטח: כללית

תאריך כניסה למחלקה: 02/07/2025

תאריך שחרור

04/07/2025 שעה: 12:42

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P	Rec
FRACATURE HUMERUS - GREATER TUBEROSITY, CLOSED	81203	Left	27/06/2025				

ניתוחים באשפוז	קוד	צד	שיטה ניתוחית	תאריך	גניקולוגי	כמות
Diagnosis: , OPEN REDUCT.OF OTHER SPEC.BONE,EXC.FACIAL,WITH INT.FIXATION Action: , ORIF SHOULDER	Z7939	Left		03/07/2025		

תולדות מחלה

בן 20 בריא

לדבריו ביום קבלתו למימון נפל ונחבל בכתף שמאל, הרגיש כאב עד כעת זרוע ביישור, כאבים בכתף משמאל.

בבדיקה - נראה שקע, ללא המטומה אך קיימת נפיחות ROM - 0 לכל הכיוונים בגין כאב. ללא חסר גירוסקולארי כולל עצב אקסילרי. בצילום נראית פריקה קדמית. שבר בגבשושית גדולה. במימון תחת נוגדי כאב בוצע שחזור פריקה בשיטת TRACTION COUNTER TRACTION. צילום ביקורת - ללא עדות לפריקה הושלם CT בבדיקה חוזרת - שמור NV, תחושה שמורה כולל עצב אקסילרי

לציין שפשוף שטחי במרפק ימין, ללא סימני זיהום טווחים מלאים, ללא רגישות גרמית, ללא חסר NV קיבל חיסון כנגד טטנס לאחר התייעצות עם ד"ר רגב - מומחה כתף -

קעת התקבל אליקטיבית לצורך LT ORIF SHOULDER בקבלתו למחלקה-מצב כללי טוב, מדדים חיוניים תקינים בבדיקת-כתף שמאל-נפיחות ורגישות במישוש משטח מפרקי ROM 0 לכל הכוונים מניע שכ"י ומרפק ללא הגבלה תחושה שמורה ללא חסר NV קול עצב אקסילארי



מרכז רפואי העמק
רפואה מתקדמת בדיקת בשינוי

מרכז רפואי העמק
אורתופדיה

כללית

סיכום אשפוז – רפואי

שם משפחה:	עומרי	תאריך לידה:	29/05/2005
שם פרטי:	מוחמד	ת. זהות:	21456701-8
סוג דם:	שם האב:	סלאח	

מחלקה אורתופדית
דר' רותם דוד מ.ר. 135023 :
אח/אחות אחראיים: גאנה פיינר
מס' קבלה למחלקה: 2530787901

מספר קבלה
2530787901

תאריך כניסה למחלקה: 02/07/2025

מחלות רקע

בריא בדרך כלל

תלונה עקרית

הקתבל אליקטיבית לצורך ORIF LT SHOULDER

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

הרגלים

מעשן/ת: כ 10 סיגריות ליום מזה 2 שנים

אלכוהול: לא

סמים: לא

שינה: תקינה

לא ידוע שימוש בתרופות קבועות

סיכום טיפול פיזיותרפי

בן 20 גר בסנדלה עם הוריו.

בריא, RHD

ב 27/06/25 נפל ונחבל בכתף שמאל, הרגיש כאב עד

בצילום נראית פריקה קדמית. שבר בגבשושית גדולה.

במיון תחת נוגדי כאב בוצע שחזור פריקה בשיטת TRACTION COUNTER TRACTION.

נעת התקבל אליקטיבית לצורך LT ORIF SHOULDER

ב 3.7.25 עבר ניתוח תיקון שבר GT על ידי תפרי אטיבונד.

הוראות: הפעל פנדולרית ושימוש במתלה.

בבדיקה - ערני ומשת"פ, הוריו על ידו.

עצמאי במעברים וניידות.

הודרך להפעלת אצבעות

נעשה מתלה חדש ליד והדרכה לשימוש בו.

הפעלה פנדולרית בהצלחה והדרכה לבצוע עצמי* 3 ביום.

הדרכה להליך השיקומי בהמשך.

מהלך ודין

בן 20 בריא בדרך כלל

ב 03/07/2025 עבר קיבוע שבר GT כתף שמאל על ידי תפרי אטיבונד - מהלך ניתוח תקין

צילום ביקורת בוצע - עמדה מקובלת.

באשפוזו טופל בנוגדי כאב, הודרך על ידי צוות פיזיותרפיה להפעלה פנדולרית - מהלך אפשוז תקין

בבדיקתו טרם שחררו - ניתוח וציב, מדדים חיונים שמורים

כתף שמאל - יד במתלה, חתך ניתוחי תחת מדבקות סטריל סטרים, ללא הפרשות, ללא אודם.

מניעה אצבאות בחופשיות, שמור NV דיסטלית.

משתחרר במצב כללי טוב תחת ההמלצות הבאות:



מרכז רפואי העמק
רפואה מתקדמת בדיוק בשבילך

מרכז רפואי העמק
אורתופדיה

כללית

סיכום אשפוז – רפואי

שם משפחה:	עומרי	תאריך לידה:	29/05/2005
שם פרטי:	מוחמד	ת. זהות:	21456701-8
סוג דם:		שם האב:	סלאח

מחלקה אורתופדית

דר' רותם דוד מ.ר. 135023 :

אח/אחות אחראיים: גאנה פיינר

מס' קבלה למחלקה: 2530787901

מספר קבלה
2530787901

תאריך כניסה למחלקה: 02/07/2025

המלצות

המלצה: משככי כאבים במידת הצורך
שטיפות של הפצע במים וסבון פעם ביום
במקרה של חום או הפרשה מוגלתית, יש לחזור למיון.
ביקורת מרפאת כתף בעוד שבועיים
אין צורך בהוצאת התפרים, התפרים נספגים ונופלים לבד. שטיפת פצעים עם מים וסבון וחבישה קלה פעם ביום.
המשך הפעלה בפיזיותרפיה כפי שהודרך במחלקה

נחתם ע"י: דר' סמוילוב ארטיום מ.ר. 180447

מכתב אושר ע"י רופא בכיר:

חתימה:
חתימה
דר' סמוילוב ארטיום
מ.ר. 180447

המכתב הודפס על ידי דר' סמוילוב ארטיום
04/07/2025 12:44
חשוי אישוי
המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות.

למען בריאותך, חזור לרופא המטפל שלך ושאל אותו שלוש שאלות:
(1) מה הבעיה הרפואית שלי? (2) מה עלי לעשות כעת? (3) למה חשוב שאעשה זאת?

לכבוד,
עומרי מוחמד (שם האב: סלאח)
ת.ד. 6
צנדלה 1935300

מרכז רפואי העמק מרפאה אורתופדית

מיקום: בניין מרפאות, מספר 2, קומה ב'
טלפון: 04-6494112 | פקס: 04-6163483
מוקד זימון תורים: 04-6495000 | ימים א'-ה' בין השעות 8:00-15:00

ת.ז. 0021456701-8

מוחמד שלום רב,
הנך מוזמן לבדיקת רופא אורתופד כתף דר רגב

ביום שלישי, כ"ג באלול תשפ"ה 16/09/2025 בשעה 09:45
"תיתכן המתנה מעבר לזמן שנקבע עקב אילוצי בית החולים ושיקול דעת הרופא"

נא להביא לבדיקה

1. תעודה מזהה עם תמונה, הזמנה זו וכרטיס מגנטי חובה.
2. מכתב הפניה מרופא אורתופד.
3. תוצאות צילומי רנטגן, CT, MRI + דיסק, US, מיפוי עצמות (אם בוצעו במרכז רפואי אחר).
4. מעל גיל 30 חובה להגיע עם US כתף.
5. אין צורך בטופס התחייבות.

הכנות לבדיקה

1. אין צורך בהכנות.

הערות

1. אם הנך חייל/ת - נא להביא התחייבות תקציבית.
2. אם ברצונך לבטל או לשנות את מועד התור נא להודיע למוקד זימון תורים בטלפון: 04-6495000
3. זכותך לעבור את הבדיקה בנוכחות מלווה.
4. כניסה למרכז הרפואי עם נשק, תותר כנגד הצגת רשיון לנשיאת נשק.
5. לתשומת לבך, אין אפשרות להפקיד נשק בביה"ח.
6. במקרים בהם נושא הנשק הוא המטופל, ואין ביכולתו לשאתו בשל אופי הבדיקה/טיפול - אין להגיע עם הנשק.

בברכת בריאות שלמה
צוות המרפאה

מידע על ההתחייבויות לבדיקה (ט17) וכן ל
20/07/2025

סיכום ביקור מרפאה אורתופדית

מערך אורתופדי
מנהל מערך: דר' דוד רותם
מנהל יחידה: דר' דוד רותם
אחות אחראית: אריאלה אוחנה
מספר ביקור:
3713068301
טלפון: 04-6494112
פקס: 04-6495104

שם משפחה: עומרי	ת. לידה: 29/05/2005
שם פרטי: מוחמד	ת.ז: 21456701
כתובת: צנדלה, ת.ד. 6	מין: זכר
טלפון: 0523338904	גיל: 20
נייד: 0535350601	מצב משפחתי:
סוג דם: #! 2-0-684 - סוג דם #!	שם האב: סלאח

תאריך ביקור במרפאה: 20/07/2025

אבחנות בביקור							
Rec	MP	S/P	עיקרי	תאריך	צד	קוד	אבחנה
			✓		Left	81203	FRACURE HUMERUS - GREATER TUBEROSITY, CLOSED
					Left	83101	CLOSED ANTERIOR DISLOCATION OF HUMERUS

סיבת הפניה/תלונה/מחלה נוכחית

בן 20, בריא

לדבריו ביום קבלתו למיון נפל ונחבל בכתף שמאל, הרגיש כאב עז כעת זרוע ביישור, כאבים בכתף משמאל.

בבדיקה - נראה שקע, ללא המטומה אך קיימת נפיחות ROM - 0 לכל הכיוונים בגין כאב. ללא חסר נירוסקולארי כולל עצב אקסילרי. בצילום נראית פריקה קדמית. שבר בגבשושית גדולה. במיון תחת נוגדי כאב בוצע שחזור פריקה בשיטת TRACTION COUNTER TRACTION. צילום ביקורת - ללא עדות לפריקה הושלם CT

בבדיקה חוזרת - שמור NV, תחושה שמורה כולל עצב אקסילרי

לציין שפשוף שטחי במרפק ימין, ללא סימני זיהום טווחים מלאים, ללא רגישות גרמית, ללא חסר NV קיבל חיסון כנגד טטנס לאחר התייעצות עם ד"ר רגב - מומחה כתף -

כעת התקבל אליקטיבית לצורך LT ORIF SHOULDER בקבלתו למחלקה-מצב כללי טוב, מדדים חיוניים תקינים בבדיקתו-כתף שמאל-נפיחות ורגישות במישוש משטח מפרקי ROM 0 לכל הכוונים מניע שכ"י ומרפק ללא הגבלה תחושה שמורה ללא חסר NV כולל עצב אקסילרי

בתאריך 03.07.25 עבר ניתוח לשחזור וקיבוע שבר של גבשושית. מהלך ניתוח בוצע טנודזיס ותיקון קרע חלקי של SSC. בצילום ביקורת עמדה טובה. זקוק לביקורת בעוד חודש ימים.

המלצות לביקור הבא

המשך תנועות פנדולריות נגד כאבים לפי הצורך ביקורת בעוד חודש

דיווח פעולות:

קוד שירות	70017	כמות	1	פעולה	בדיקת רופא אורתופד	תאריך	11:42 20/07/2025	גרשם ע"י	דר' אוחנה רגב מ.ר. 107723
המשך טיפול									

שירותי בריאות כללית



שלום,

בימים אלה הופנית לטיפול במכון פיזיותרפיה. במכון עומד לרשותך צוות פיזיותרפיסטים עם מיומנות במגוון טיפולים. במהלך הביקור הראשון תותאם עבורך תכנית טיפולים. התכנית מבוססת על אבחנת הרופא, תוצאות הבדיקה במכון, מידע המופיע במסמכים רפואיים, צילומים ותוצאות בדיקות אחרות שברשותך.

מספר פרטים לידיעתך

- טיפול פיזיותרפיה מחייב חשיפה של האיבר המטופל וסביבתו. כדי לשמור על פרטיות כדאי להצטייד במכנסיים קצרים וגופייה.
- ברוב המקרים הטיפול כרוך במגע יד בגוף המטופל/ת.
- רוב הטיפולים מתקיימים בתדירות של פעם-פעמיים בשבוע.
- משך כל טיפול: מדקות ספורות ועד שעה בהתאם לבעיה ולסוג הטיפול.
- משך סדרת הטיפולים נקבע בהתאם לבעיה ועל פי שיקול דעת מקצועי ובמסגרת סל השירותים.

במה תוכל/י לעזור ?

- נבקשך להגיע למכון במועד בו זומנת. איחור עלול להביא לקיצור הטיפול או לביטולו בשל חוסר זמן.
- אם אין באפשרותך להגיע במועד נבקשך להודיענו על כך לפחות יום מראש.
- נבקשך לדווח לפיזיותרפיסט/ית על כל שינוי במצבך הבריאותי.
- במקרים רבים – הצלחת הטיפול מותנית בהקפדה על ביצוע תרגילים בבית, על פי ההדרכה שתינתן במכון.

איחולי בריאות טובה

לשירותך

צוות המכון לפיזיותרפיה

תאריך: 06/07/2025

הפניה למכון פיזיותרפיה

(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	עומרי מוחמד	מס זהות:	00214567018	גיל:	20.01	מין:	ז
ת.לידה:	29/05/2005	ישו:	צנדלה	רחוב:	ת.ד. 6	טלפון נוסף:	52- 3338904	
מס בית:	0	טלפון:	53- 5350601					

38629008710

מספר הפניה:

גורם שולח



8629

מספר הפניה



038629008710

תז נבדק



0214567018

מספר רשיון



027240

לכבוד: פיזיותרפיה

שירות שנבחר

שירות רפואי
80015

תיאור רפואי

קוד שירות קוד משה"ב
80015 97001

פיזיותרפיה אבחון ובניית תכנית טיפול

OPEN RED.OF DISLOC.OF OTHER SPEC.SITE SHOULDER

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 29/06/2025

בת 20, בריא
לדבריו ביום קבלתו למיון נפל ונחבל בכתף שמאל, הרגיש כאב עז
כעת זרוע ביישור, כאבים בכתף משמאל.
בבדיקה נראה
שקע, ללא המטומה אך קיימת נפיחות
לכל הכיוונים בגין כאב. ללא חסר נירוווסקולארי כולל עצב אקסילרי. ROM – 0
בצילום נראית פריקה קדמית. שבר בגבשושית גדולה.
TRACTION COUNTER TRACTION במיון תחת נוגדי כאב בוצע שחזור פריקה
בשיטת

צילום ביקורת ללא

עדות לפריקה

CT הושלם

תחושה שמורה כולל עצב אקסילרי, NV בבדיקה חוזרת שמור
לציין שפשוף שטחי במרפק ימין, ללא סימני זיהום
NV טווחים מלאים, ללא רגישות גרמית, ללא חסר
קיבל חיסון כנגד טטנוס
לאחר התייעצות עם ד"ר רגב מומחה
כתף משתחרר

עם ההמלצות הבאות

06/07/2025

סיכום טיפול פיזיותרפי

בן 20 בגר בסנדלה עם הוריו.

בריא, RHD

ב27/06/2025 נפל ונחבל בכתף שמאל, הרגיש כאב עז

בצילום נראית פריקה קדמית. שבר בגבשושית גדולה.

במיון תחת נוגדי כאב בוצע שחזור פריקה בשיטת TRACTION COUNTER

TRACTION

כעת התקבל אליקטיבית לצורך LT ORIF SHOULDER

ב 3.7.25 עבר ניתוח תיקון שבר GT על ידי תפרי אטיבונד

הוראות: הפעל פנדולרית ושימוש במתלה.

בבדיקה ערני ומשת"פ, הוריו על ידו.

עצמאי במעברים וניידות.

הדרך להפעלת אצבעות

נעשה מתלה חדש ליד והדרכה לשימוש בו.

הפעלה פנדולרית בהצלחה והדרכה לבצוע עצמי* 3ביום.

הדרכה להליך השיקומי בהמשך.

מהלך ודיון

בן 20 בריא בדרך כלל
 ב 03/07/2025 עבר קיבוע שבר GT כתף שמאל על ידי תפרי אטיבונד מהלך ניתוח
 תקין
 צילום ביקורת בוצע עמדה מקובלת.
 באשפוזו טופל בנוגדי כאב, הוזרז על ידי צוות פיזיותרפיה להפעלה פנדולרית
 מהלך אפשוז תקין
 בבדיקתו טרם שחרורו נינוח ויציב, מדדים חיונים שמורים
 כתף שמאל יד במטלה, חתך נינוח תחת מדבקות סטריל סטרים, ללא הפרשות,
 ללא אודם.
 מניעה אצבאות בחופשיות, שמור NV דיסטלית.
 משתחרר במצב כללי טוב תחת ההמלצות הבאות:

סימנים חיוניים: גובה 176 29/06/2025 משקל 102 29/06/2025 bmi 32.93
 לחץ דם 117 / 64 29/06/2025

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
29/06/2025		OBESITY (BMI >30)
03/07/2025	LT	OPEN RED.OF DISLOC.OF OTHER SPEC.SITE SHOULDER

תולדות עבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
	01/05/2005		TERM AGA / VACCUM EXTRACTION
	01/05/2005	observation	HYPERBILIRUBINEMIA NEWBORN

רגישויות ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
		בן משפחה
לא ידוע		

רגישויות נוספות

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
		בן משפחה
לא ידוע		

נחתם דיגיטלית

161166

ד"ר מחמוד זועבי

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

תאריך: 24/07/2025

אישור מחלה

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	עומרי מוחמד	מס זהות:	00214567018	גיל:	20.02	מין:	ז
ת.ל'דה:	29/05/2005	ישוב:	צנדלה	רחוב:	ת.ד. 6	טלפון נוסף:	52- 3338904	
מס בית:	0	טלפון:	53- 5350601					

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 0 ביקור רגיל

סובל מ	קוד	איפיון	אבחנה
	79989		DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD

מומלץ על מנוחה מתאריך: 10/07/2025 עד תאריך: 20/09/2025 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה: 73

נחתם דיגיטלית

27240

ד"ר ג'בארין מחמוד

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

אישור מחלה

24/07/2025

הודפס ע"י ד"ר ג'בארין מחמוד

00214567018

עומרי מוחמד

תאריך: 12/08/2025

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	עומרי מוחמד	מס זהות:	00214567018	גיל:	20.02	מין:	ז	
ת.לידה:	29/05/2005	ישוב:	צנדלה	רחוב:	ת.ד. 6	טלפון נוסף:	52- 3338904	מס בית:	0
טלפון:	53- 5350601	מס בית:	0	טלפון:	53- 5350601	מס בית:	0	טלפון:	53- 5350601

תאריך תאונה: 27/06/2025

2 תאונת עבודה

סוג תאונה:

אבחנות

קוד	איפיון	אבחנה
831	LT	DISLOCATION SHOULDER
	LT	OPEN RED.OF DISLOC.OF OTHER SPEC.SITE SHOULDER

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל:

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

מיום 27/06/2025 עד יום 20/08/2025 (בכלל) סה"כ 55 ימים
12/08/2025 12/08/2025

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

ד"ר עומרי ג'מיל **נחתם דיגיטלית**

סנדלה

חותמת המרפאה

חותמת המרפאה

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

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

תאריך: 08/09/2025

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	עומרי מוחמד	מס זהות:	00214567018	גיל:	20.03	מין:	ז
ת.לידה:	29/05/2005	ישוב:	צנדלה	רחוב:	ת.ד. 6			
מס בית:	0	טלפון:	53- 5350601	טלפון נוסף:	52- 3338904			

תאריך תאונה: 27/06/2025

2 תאונת עבודה

סוג תאונה:

אבחנות

קוד	איפיון	אבחנה
831	LT	DISLOCATION SHOULDER
	LT	OPEN RED.OF DISLOC.OF OTHER SPEC.SITE SHOULDER

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל:

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

מיום 27/06/2025	עד יום 27/09/2025 (בכלל)	סה"כ 93 ימים
08/09/2025	08/09/2025	

תאריך מתן התעודה	ת. הבדיקה
סנדלה	

ד"ר מחמוד זועבי **נחתם דיגיטלית**

חותמת המרפאה

חותמת המרפאה

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

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

סיכום ביקור מרפאה אורתופדית

מערך אורתופדי
מנהל מערך: דר' דוד רותם
מנהל יחידה: דר' דוד רותם
אחות אחראית: אריאלה אוחנה
מספר ביקור:
3732392601
טלפון: 04-6494112
פקס: 04-6495104

שם משפחה: עומרי	ת. לידה: 29/05/2005
שם פרטי: מוחמד	ת.ז: 21456701
כתובת: צנדלה, ת.ד. 6,	מין: זכר
טלפון: 0523338904	גיל: 20
נייד: 0535350601	מצב משפחתי:
סוג דם: #! 2-0-684 סוג דם #!	שם האב: סלאח

תאריך ביקור במרפאה: 16/09/2025

אבחנות בביקור

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקר	S/P	M/P	Rec
FRACTURE HUMERUS - GREATER TUBEROSITY, CLOSED	81203	Left		✓			
CLOSED ANTERIOR DISLOCATION OF HUMERUS	83101	Left					

ניתוחים בעבר

כמות	גניקולוגי	תאריך	שיטה ניתוחית	צד	קוד	ניתוח
		03/07/2025		Left	Z7939	Diagnosis: , OPEN REDUCT.OF OTHER SPEC.BONE,EXC.FACIAL,WITH INT.FIXATION Action: , ORIF SHOULDER
		03/07/2025			Z8388	Diagnosis: , OTHER PLASTIC OPERATIONS ON TENDON
		03/07/2025			Z8363	Diagnosis: , ROTATOR CUFF REPAIR

סיבת הפניה/תלונה/מחלה נוכחית

בן 20, בריא

לדבריו ביום קבלתו למיון נפל ונחבל בכתף שמאל, הרגיש כאב עז כעת זרוע ביישור, כאבים בכתף משמאל,

בבדיקה - נראה שקע, ללא המטומה אך קיימת נפיחות ROM - 0 לכל הכיוונים בגין כאב. ללא חסר נירוווסקולארי כולל עצב אקסילרי. בצילום נראית פריקה קדמית. שבר בגבשושית גדולה. במיון תחת נוגדי כאב בוצע ויחזור פריקה בשיטת TRACTION COUNTER TRACTION צילום ביקורת - ללא עדות לפריקה הושלם CT בבדיקה חוזרת - שמור NV, תחושה שמורה כולל עצב אקסילרי

לציין שפשוף שטחי במרפק ימין, ללא סימני זיהום טווחים מלאים, ללא רגישות גרמית, ללא חסר NV קיבל חיסון כנגד טטנוס לאחר התייעצות עם ד"ר רגב - מומחה כתף -

נעת התקבל אליקטיבית לצורך LT ORIF SHOULDER בקבלתו למחלקה-מצב כללי טוב, מדדים חיוניים תקינים בבדיקתו-כתף שמאל-נפיחות ורגישות במישוש משטח מפרקי ROM 0 לכל הכוונים מניע שכ"י ומרפק ללא הגבלה תחושה שמורה ללא חסר NV קלל עצב אקסילארי

בתאריך 03.07.25 עבר ניתוח לשחזור וקיבוע שבר של גבשושית. מהלך ניתוח בוצע טוודים ותיקון קרע חלקי של SSC. בצילום ביקורת עמדה טובה.

זקוק לביקורת בעוד חודש ימים.

ביקורת חודשיים וחצי לאחר טיפול ניתוחי.
בצילום ביקורת עמדה טובה עם איחוי של הגבשושית.
בבדיקה קלינית פצע תקין, טווחים מוגבלים FF 90 סיבוב חיצוני 0
כנראה מפתח כתף קפואה.
זקוק להמשך טיפול בנוגדי כאבים וכרית חמה לכתף.
אין צורך בפיזיותרפיה כרגע עקב הקיפאון.
ביקורת בעוד 3 חודשים

המלצות לביקור הבא

ביקורת בעוד 3 חודשים

דיווח פעולות:

קוד שירות	70017	כמות	1	פעולה	בדיקת רופא אורתופד	תאריך	10:16 16/09/2025	נרשם ע"י	דר' אוחנה רגב מ.ר. 107723
-----------	-------	------	---	-------	--------------------	-------	------------------	----------	---------------------------

המשך טיפול

בדיקת רופא אורתופד	70017	3 חודשים
--------------------	-------	----------

נחתם ע"י: דר' אוחנה רגב מ.ר. 107723

חתימה: _____

המכתב הודפס על ידי דר' אוחנה רגב 16/09/2025 10:35

חסוי אישי

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות.

לכבוד,
עומרי מוחמד (שם האב: סלאח)
ת.ד. 6
צנדלה 1935300

מרכז רפואי העמק מרפאה אורתופדית

מיקום: בניין מרפאות, מספר 2, קומה ב'
טלפון: 04-6494112 | פקס: 04-6163483
מוקד זימון תורים: 04-6495000 | ימים א'-ה' בין השעות 8:00-15:00

ת.ז. 0021456701-8

מוחמד שלום רב,

הנך מוזמן לבדיקת רופא אורתופד כתף דר רגב

ביום ראשון, כ"ד בכסליו תשפ"ו, 14/12/2025, בשעה 09:30

"תיתכן המתנה מעבר לזמן שנקבע עקב אילוצי בית החולים ושיקול דעת הרופא"

נא להביא לבדיקה

1. תעודה מזהה עם תמונה, הזמנה זו וכרטיס מגנטי חובה.
2. מכתב הפניה מרופא אורתופד.
3. תוצאות צילומי רנטגן, CT, MRI + דיסק, US, מיפוי עצמות (אם בוצעו במרכז רפואי אחר).
4. מעל גיל 30 חובה להגיע עם US כתף.
5. אין צורך בטופס התחייבות.

הכנות לבדיקה

1. אין צורך בהכנות.

הערות

1. אם הנך חייל/ת - נא להביא התחייבות תקציבית.
2. אם ברצונך לבטל או לשנות את מועד התור נא להודיע למוקד זימון תורים בטלפון: 04-6495000
3. זמנתך לעבור את הבדיקה בנוכחות מלווה.
4. כניסה למרכז הרפואי עם נשק, תותר כנגד הצגת רשיון לנשיאת נשק.
5. לתשומת לבך, אין אפשרות להפקיד נשק בביה"ח.
6. במקרים בהם נושא הנשק הוא המטופל, ואין ביכולתו לשאתו בשל אופי הבדיקה/טיפול - אין להגיע עם הנשק.

בברכת בריאות שלמה
צוות המרפאה

המידע על ההתחייבויות לבדיקה (ט17) נכון ל
16/09/2025

גיל המטופל: 20.09

תאריך ביקור: 16/03/2026

סוג ביקור: 2 תאונת עבודה

מהות הביקור: רגיל

תאריך תאונה: 27/06/2025

תלונות/סיבת הפניה: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 30/01/2026:
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 14/12/2025:
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 08/09/2025:
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 12/08/2025:
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 24/07/2025:
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 06/07/2025:
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 29/06/2025:

בת 20, בריא

לדבריו ביום קבלתו למיון נפל ונחבל בכתף שמאל, הרגיש כאב עז
כעת זרוע ביישור, כאבים בכתף משמאל.

בבדיקה נראה

שקע, ללא המטומה אך קיימת נפיחות

לכל הכיוונים בגין כאב. ללא חסר נוירוסקולארי כולל עצב אקסילרי. ROM - 0

בצילום נראית פריקה קדמית. שבר בגבשושית גדולה.

TRACTION COUNTER TRACTION במיון תחת נוגדי כאב בוצע שחזור פריקה בשיטת

צילום ביקורת ללא

עדות לפריקה

CT הושלם

תחושה שמורה כולל עצב אקסילרי, NV בבדיקה חוזרת שמור

לציין שפשוף שטחי במרפק ימין, ללא סימני זיהום

NV טווחים מלאים, ללא רגישות גרמית, ללא חסר

קיבל חיסון כנגד טטנוס

לאחר התייעצות עם ד"ר רגב מומחה

כתף משתחרר

עם ההמלצות הבאות

06/07/2025:

סיכום טיפול פיזיותרפי

בן 20גר בסנדלה עם הוריו.

בריא, RHD

ב27/06/25נפל ונחבל בכתף שמאל, הרגיש כאב עז

בצילום נראית פריקה קדמית. שבר בגבשושית גדולה.

במיון תחת נוגדי כאב בוצע שחזור פריקה בשיטת TRACTION COUNTER TRACTION

כעת התקבל אליקטיבית לצורך LT ORIF SHOULDER

ב 3.7.25עבר ניתוח תיקון שבר GT על ידי תפרי אטיבונד.

הוראות: הפעל פנדולרית ושימוש במתלה.

בבדיקה ערני ומשת"פ, הוריו על ידו.

עצמאי במעברים וניידות.

הודרך להפעלת אצבעות

נעשה מתלה חדש ליד והדרכה לשימוש בו.

הפעלה פנדולרית בהצלחה והדרכה לבצוע עצמי* 3ביום.

הדרכה להליך השיקומי בהמשך.

מהלך ודיון

בן 20בריא בדרך כלל

ב 03/07/2025עבר קיבוע שבר GTכתף שמאל על ידי תפרי אטיבונד מהלך ניתוח תקין

צילום ביקורת בוצע עמדה מקובלת.

באשפוז טופל בנוגדי כאב, הודרך על ידי צוות פיזיותרפיה להפעלה פנדולרית מהלך

אפשוז תקין

בבדיקתו טרם שחררו נינוח ויציב, מדדים חיונים שמורים

כתף שמאל יד במטלה, חתך נינוחי תחת מדבקות סטריל סטרים, ללא הפרשות, ללא

אודם.

מניעה אצבאות בחופשיות, שמור NV דיסטלית.
משתחרר במצב כללי טוב תחת ההמלצות הבאות:

24/07/2025

12/08/2025

08/09/2025

14/12/2025

לאחר מעקב אורתופדי

לאחר תיקון שבר של גבשושית גדולה

סובל מכתף קפואה

30/01/2026

שם משפחה: עומרי ת. לידה: 29/05/2005

שם 21456701

פרטי: מוחמד ת.ז.: 8

כתובת: צנדלה, ת.ד. 6, מין: זכר

טלפון: 0523338904 גיל: 20

נייד: 0535350601 מצב משפחתי:

2 סוג

דם #! שם האב: סלאח 0סוג

דם: #! 684

סיכום ביקור מרפאה אורתופדית

מערך אורתופדי

מנהל מערך: דר' דוד רותם

מנהל יחידה: דר' דוד רותם

אחות אחראית: אריאלה אוחנה

מספר ביקור:

375979901

טלפון:

6494112

פקס:

6495104

תאריך ביקור במרפאה: 14/12/2025

אבחנות בביקור

עיקרי תאריך צד קוד אבחנה S/P M/P Rec

FRACTURE HUMERUS GREATER

TUBEROSITY

CLOSED

Left 81203

CLOSED ANTERIOR DISLOCATION OF HUMERUS 83101 Left

ניתוחים בעבר

כמות גניקולוגי תאריך שיטה ניתוחית צד קוד ניתוח

Diagnosis: , OPEN REDUCT.OF OTHER Z7939 Left 03/07/2025

SPEC.BONE,EXC.FACIAL,WITH INT.FIXATION

Action: , ORIF SHOULDER

Diagnosis: , OTHER PLASTIC OPERATIONS ON Z8388 03/07/2025

TENDON

Diagnosis: , ROTATOR CUFF REPAIR Z8363 03/07/2025

סיבת הפניה/תלונה/מחלה נוכחית

בן 20, בריא

לדבריו ביום קבלתו למיון נפל ונחבל בכתף שמאל, הרגיש כאב עז

כעת זרוע ביישור, כאבים בכתף משמאל.

בבדיקה נראה

שקע, ללא המטומה אך קיימת נפיחות

לכל הכיוונים בגין כאב. ללא חסר נוירוסקולארי כולל עצב אקסילרי. ROM – 0

בצילום נראית פריקה קדמית. שבר בגבשושית גדולה.

TRACTION COUNTER TRACTION במיון תחת נוגדי כאב בוצע שחזור פריקה בשיטת

צילום ביקורת ללא

עדות לפריקה

CT הושלם

תחושה שמורה כולל עצב אקסילרי, NV בבדיקה חוזרת שמור
לציין שפשוף שטחי במרפק ימין, ללא סימני זיהום
NV טווחים מלאים, ללא רגישות גרמית, ללא חסר
קיבל חיסון כנגד טטנוס
לאחר התייעצות עם ד"ר רגב מומחה

==== כתף

LT ORIF SHOULDER כעת התקבל אליקטיבית לצורך

בקבלתו למחלקהמצב

כללי טוב, מדדים חיוניים תקינים

בבדיקותכתף

שמאלנפחות

ורגישות במישוש משטח מפרקי

לכל הכוונים ROM 0

מניע שכ"י ומרפק ללא הגבלה

כולל עצב אקסילארי NV תחושה שמורה ללא חסר

בתאריך ה 03.07.25

עבר ניתוח לשחזור וקיבוע שבר של גבשושית.

SSC. מהלך ניתוח בוצע טוודזיס ותיקון קרע חלקי של

בצילום ביקורת עמדה טובה.

Page 1 of 2

זקוק לביקורת בעוד חודש ימים.

ביקורת חודשיים וחצי לאחר טיפול ניתוחי.

בצילום ביקורת עמדה טובה עם איחוי של הגבשושית.

סיבוב חיצוני FF 90 0 בבדיקה קלינית פצע תקין, טווחים מוגבלים

כנראה מפתח כתף קפואה.

זקוק להמשך טיפול בנוגדי כאבים וכרית חמה לכתף.

אין צורך בפיזיותרפיה כרגע עקב הקיפאון.

ביקורת בעוד 3 חודשים

14.12.25

ביקורת 5 חודשים לאחר תיקון שבר של גבשושית גדולה.

בבדיקה עדכנית:

סיבוב חיצוני 0 פנימי למותן, הרמה לפני של 90 מעלות.

נראה כי עדיין סובל מכתף קפואה.

אין צורך בפיזיותרפיה כרגע עד שהקיפאון עובר.

ביקורת בעוד 4 חודשים

המלצות לביקור הבא

ביקורת בעוד 4 חודשים

דיווח פעולות:

קוד שירות כמות פעולה תאריך נרשם ע"י

1 70017 בדיקת רופא אורתופד 09:51 14/12/2025 דר' אוחנה רגב מ.ר. 107723

המשך טיפול

פעולה קוד פעולה מועד מומלץ הערות

[DIGITALSIGN] : נחתם ע"י: דר' אוחנה רגב מ.ר. 107723 חתימה

המכתב חודפס על ידי דר' אוחנה רגב 09:51 14/12/2025

חסי אישי

המסמך מכיל מידע מוגן עלפי

חוק הגנת הפרטיות.

Page 2 of 2

:16/03/2026

מזה חודש ימים חזר לעבודה אומנם עדיין מתלונן על כאבים בכתף שמאל

סימנים חיוניים

נמדד ב: 29/06/2025

גובה: 176

נמדד ב: 29/06/2025

משקל: 102

32.93 :BMI

לחץ דם: 64 / 117 נמדד ב: 29/06/2025

ממצאים: עם הגבלה בתנועות כתף שמאל

קוד	איפיון	אבחנה
831	LT	DISLOCATION SHOULDER
	LT	OPEN RED.OF DISLOC.OF OTHER SPEC.SITE SHOULDER

דיון/תוכנית טיפולית: דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 30/01/2026
דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 14/12/2025
דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 08/09/2025
דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 12/08/2025
דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 24/07/2025
דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 06/07/2025
דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 29/06/2025

המלצה: ביקורת

עוד שבוע

יש

לקבוע תור במזכירות המיון טרם העזיבה, חזרה לביקורת ללא תור מסודר לא תתאפשר.

תודה

נוגדי

כאבים במידת הצורך.

יד

במתלה

המשך

מעקב רופא מטפל.

בכל

החמרה יש לפנות לבדיקת רופא.

חופשת

מחלה עד הביקורת

במקרה

של אודם, הפרשת מוגלה, החמרה ניכרת בכאבים, או חום מעל 38 יש לפנות לבדיקת רופא.

החלפת

חבישה יום יומית ושטיפות הפצע במים בסבון

06/07/2025:

המלצה:משככי כאבים במידת הצורך

שטיפות של הפצע במים וסבון פעם ביום

במקרה של חום או הפרשה מוגלתית, יש לחזור למיון.

ביקורת מרפאת כתף בעוד שבועיים

אין צורך בהוצאת התפרים, התפרים נספגים ונופלים לבד. שטיפת פצעים עם מים וסבון וחבישה קלה פעם ביום.

המשך הפעלה בפיזיותרפיה כפי שהודרך במחלקה

ההפניות שהופקו ב 06/07/2025:

טופס הפניה כללי - 70017-בדיקה אורתופדיה כתף, הפניה לפיזיותרפיה - 80015-

פיזיותרפיה אבחון וב

24/07/2025:

12/08/2025:

08/09/2025:

14/12/2025:

אין צורך בפחיתות תפיה עד שהקיפאון יעבור

מעקב רופא תעסוקתי

ההפניות שהופקו ב 14/12/2025:

הפניה לרפואה תעסוקתית - 70302-בדיקת כושר עבודה

30/01/2026

16/03/2026

טיפול סימפטומטי

במיקרה של חוסר שיפור או התמרה יחדור לביקורת

תרופה	רשומה	יחידה	סה"כ משך	פ	OP	ק	מ	P
DULOXETINE HCL TAB 30MAG 30MAG	1	CAP	2	10	20	N	1	W

פרטי עדכון

שם מרפאה: מרפאת סנדלה

תאריך עדכון: 16/03/2026

קוד מרפאה: 8629

רופא מעדכן: ד"ר ג'בארין מחמוד

קוד מרפאה: 15

מס רשיון: 27240

מקצוע המעדכן: 1 רפואת משפחה

שימוש פנימי

ביקור ללא כרטיס z

מבנה אישורי תרופות

DocRefCode	ATC קוד	RequestID
729.2 - 69.72		
729.2 - 65.69		03bb9c86944a4acc8a697b3e9246b69e af4bdbff-5f67-4b4d-b20a-e117b1b44ba0

שכיר סוג הסכם:

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

עומרי	מוחמד	214567018	
שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
סנדלה	סנדלה	19353	
רחוב	מס'	מיקוד	טלפון

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

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמן ו/או נותני השירותים שלהלן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א – 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופת-החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמן ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.

למרות האמור לעיל לא יחול כתב ויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: _____
או על המידע המפורט להלן: _____

חלק ב'

שם קופ"ח: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____

רופאים: 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
מכונים, מעבדות: 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

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

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

תאריך: 16/9/25 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____

אריאל פריינדל, עו"ד
מ.ר. 62254

י פ ו י כ ח

מוחמד עומרי

אני הח"מ, _____ מס' 214567018, מרחוב _____ סנדלה _____, _____
ת.ז. מס' _____, מרחוב _____ סנדלה _____, _____
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או _____ להיות באי כוחי במשפט של
מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל
הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לחתום על ו/או לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרזת פשיטת רגל, או פרוק גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות והנובעות מהענין הנ"ל.
3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
5. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
6. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
7. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
8. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הנ"ל, לרבות הוצאות בימ"ש ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
9. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
10. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
11. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
12. להופיע בשמי וליצגני בפני רושם הקרקעות, במשרדי ספרי אחוזה, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עיסקה המוכרת ע"י החוק וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבלו עפ"י דין.
13. ליצגני ולהופיע בשמי בפני רושם החברות, רושם השותפויות, רושם העמותות ורושם האגודות השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי, לטפל ברישומי או במחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.

14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

15. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, 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 החתום

היום 16 לחודש 9 שנה 25
חתימה: X
הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

אריאל פריברג, עו"ד
מס' 6259
מס' 447