

08:45 תאריך: 28/04/2026

הפניה כללית

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	נסים מירים	מס זהות: 00203947056	גיל: 34.10	מין: נ
ת.לידה: 12/06/1991	ישוב: יבנה	רחוב: ש"י עגנון	טלפון נוסף: 52 - 3327999	מס בית: 9 / 29	טלפון: 52 - 3327999

18/02/2025 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

38528020069

מספר הפניה:

גורם שולח



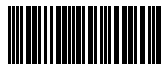
8528

מספר הפניה



038528020069

תז נבדק



0203947056

מספר רשיון



035847

לכבוד: דחוף

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
80015	97001	פיזיותרפיה אבחון ובניית תכנית טיפול	80015

אבחנה משוערת:

קוד	אבחנה	אפיין
A80	ACCIDENT/INJURY; NOS	
8470	WHIPLASH INJURY	
7231	CERVICALGIA	
7245	BACKACHE	
7840	HEADACHE	
L08	SHOULDER SYMPTOMS/COMPLAINTS	RT
7291	FIBROMYALGIA	R/O

תלונות: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 06/01/2026
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 15/09/2025

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 25/02/2025

היה/היתה מעורב בת"ד
נבדקה/ה במיון עקב כאבי צוואר וגב-ללא ממצא חריג כולל צילום
שחררה/ה עם המלצות
כאבי צוואר ובעצם כל צד ימני-מערך
02/03/2025:
כאבים עזים עורף צוואר
03/03/2025:
כאבי ראש חזקים
20/04/2025:
כאבים בכתף ימנית
27/04/2025:
כאבי ראש
06/05/2025:
נירולוג:
"בדיקה ניירולוגית
הייתה תאונת דרכים 2025 IN FERB
עם חבלת ראש
מאז כאבי ראש וסחרחורת
בדיקה ניירולוגית תקינה

7 ס.ה.ר.

אני ממליץ לקחת ACAMOL לפי הצורך
ביקורת נוירולוגית לפי הצורך"

11/05/2025:

US כתף תקין אך ממשיכה לסבול מכאבים גם בכתף וגם בצוואר, גב, שרירי כל
הגוף

29/06/2025:

מרשם לאנגלטיקה

07/09/2025:

שוב סובלת מכאבים

זקוקה ל-PT

15/09/2025:

חזרו כאבי ראש חזקים

06/01/2026:

בקשה דרך משרד

פיזיותרפיה לכתף ימין עקב כאבים חזקים לאחר ת.ד.

28/04/2026:

מאוד סובלת מכאבי צוואר וכתף ימנית

21.64	bmi	02/08/2022	משקל 52	02/08/2022	155	גובה	סימנים חיוניים:
				13/12/2021	114 / 64	לחץ דם	
				13/12/2021	99	דופק	

10/04/2024 מתאריך 114.34 eGFR

דיון/תוכנית טיפולית: דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 06/01/2026:

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 15/09/2025:

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 07/09/2025:

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 29/06/2025:

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 11/05/2025:

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 06/05/2025:

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 27/04/2025:

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 20/04/2025:

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 03/03/2025:

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 02/03/2025:

ההפניות שהופקו ב 25/02/2025:

הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב

02/03/2025:

03/03/2025:

ההפניות שהופקו ב 03/03/2025:

טופס הפניה כללי - 78073-ט.מ. CT ראש , הפניה לרפואה יועצת - 70023-בדיקה

רפואית - נירור

20/04/2025:

רפואה משלימה

במידה ואין שיפור/החמרה במצבו/ה-מייד לחזור לרופא

ההפניות שהופקו ב 20/04/2025:

טופס הפניה כללי - 78003-א.ס. US כתף ימין , הפניה לפיזיותרפיה - 80015-

פיזיותרפיה אבחון וב

27/04/2025:

נוירולוג

06/05/2025:

ההפניות שהופקו ב 06/05/2025:

טופס הפניה כללי - 87001-רפואה משלימה - דיקור

11/05/2025:

ההפניות שהופקו ב 11/05/2025:

הפניה לרפואה יועצת - 70084-בדיקה רפואית - ראומט , הפניה למעבדה - סרו-

אימונו,המטולוגיה,שתן כללי,

29/06/2025:

07/09/2025:

ההפניות שהופקו ב 07/09/2025:
הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב , הפניה לפיזיותרפיה - 80015
-פיזיותרפיה אבחון וב
15/09/2025:

ההפניות שהופקו ב 15/09/2025:
הפניה לרפואה יעצת - 70023-בדיקה רפואית - נירו
06/01/2026:

ההפניות שהופקו ב 06/01/2026:
טופס הפניה כללי - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב
28/04/2026:

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מ.גילוי	אפיין	בעיה
01/02/2010		IRON DEFICIENCY ANEMIA
01/03/2012		VITAMIN D DEFICIENCY
23/03/2023		VITAMIN B12 DEFICIENCY
24/03/2024	+סבתא דודה 30	FAMILY HISTORY OF MALIGNANT NEOPLASM OF BREAST

היסטוריה רפואית- בעיות בעבר

מ.סיום	מ.גילוי	אפיין	בעיה
01/	01/08/1992		VARICELLA
01/	01/03/1997		MONONUCLEOSIS INFECTIOUS

רגישויות ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
FERRIFOL BOX OF 30 TAB CF	אחר: כאבי בטן	רופא

רגישויות נוספות

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
מיץ תות -בננה	פריחה וגירודים	

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	קפליות	1	MULTIVITAMIN PREGN.WOMEN ALTM CF
ביום	1	טבליות	1	ELATROLET 10 MG(30) TAB 10MG
ביום	0	מריחה	0	ADAFERINE 0.1%(M)CR 0.1%
ביום	0	להשתמש	0	BENZYL PEROX.;CLINDAMYCIN GEL
ביום	1	טבליות	1	BEVITEX SUBLINGUAL BOX OF 30 1000MCG
בשבוע	1	איספלי	1	EVRA PAT
ביום	1	שקית אב	2	IRON COMFORT (ALTM.) STICK PWD

ד"ר אירנה אברבך	35847	**נחתם דיגיטלית**
שם הרופא	מספר רשיון	חתימה וחומת הרופא

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