

גיל: 23.6

מספר ביקור: 00250260856=

שם רופא/ה: ד"ר שלומוב בנציון

תחום הטיפול: כירורגיה אורתופדית

תלונות: סובל מכאבי גב תחתון מאתמול בלילה.
 ללא סיפור של חבלה או תנועה חדה.
 לפני 10 ימים היה מעורב ת.ד. במנגון חזיתי.
 בבדיקה- הליכה טובה
 רגישות באיזור L4-5 מצד ימין
 טווח מוגבל עקב כאב
 ללא קיפוח עצבי בגפים התחתונות

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			BACKACHE

אופן השימוש	Rp <Days>	מינון	תרופות
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום , (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 10 ימים.	1 <10>	1 tab X 1 -1 op	ARCOXIA 90MG X 14
לבליעה 1 טבליה 3 פעמים ביום , (בוקר 1 טבליה, צהריים 1 טבליה, ערב 1 טבליה) לתקופה של 7 ימים.	1 <7>	1 tab X 3 -2 op	ZALDIAR 325/37.5MG

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 2822600

גיל: 23.6

מספר ביקור: 00251343951=

שם רופא/ה: ד"ר פרוסו איליה

תחום הטיפול: כירורגיה אורתופדית

מקור המידע	פירוט
העברת טפסים באופן יזום לאתר המטופל	12:36:31 11/09/2023 בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.

תלונות: כאבים בצוואר וגב תחתון, החמרה בשבוע האחרון. בבדיקה רגישות פראורטבראלית ללא פחת NV פריפרי מומלץ פיזיותרפיה

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			BACK PAIN

הערות	בדיקות/הפניות
מכון פיזיותרפיה	בתוקף עד - 09/03/2024

אופן השימוש	Rp <Days>	מינון	תרופות
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 10 ימים.	<10> 1	1 tab X 1 -1 op	BREXIN 20MG X 20

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 2473100

12/10/2023 15:44:56 **ירשום ביקור עיניים**

00254078645 מספר ביקור:

שם רופא/ה: דר' נאסר קורנליוס

תחום הטיפול: עיניים רשתית

תלונות: יומיים נפיחות מעל העפעפיים בשתי העיניים אתמול ב11/10/23 היה במיון שמיר טופל בהזרקה לשריר באבחנה של תגובה אלרגית - ל ADVIL ? . מרגיש שיפור ניכר
AUTOREF RE -1.75 -0.50X12 LE -1.25 -0.25X50
מטופל כעת ב- TELFAST

גורם משלם: 30 ביקור ר"ד

חדות ראייה

חדות ראייה

PH	רגיל	בדיקה כללית - ימין
	0.6	DISTANCE S.C
		DISTANCE C.C
		NEAR S.C
		NEAR C.C

PH	רגיל	בדיקה כללית - שמאל
0.6	0.2	DISTANCE S.C
		DISTANCE C.C
		NEAR S.C
		NEAR C.C

(לחץ תוך עיני (מ"מ כספית)

לחץ תוך עיני (מ"מ כספית)

ימין

17

שמאל

18

ביקור עיניים

ממצאים: נפיחות קלה בצקתית סביב העיניים

תאריך: 03/04/2024

מ.ר גורם מפנה



029384

קוד הפניה: 372473075



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
15/10/2024

טלפון: 03-5036111

פקס: 03-7588579

כתובת: סוקולוב 128, חולון (פינת רח' פרישמן 1)

ד"ר חנוכיב דיאנה
משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:
מומחית ברפואה פנימית

פרטי הנבדק:	שם משפחה: זרגרוב	שם פרטי: משה	ת.ז.: 208152017
ת.לידה: 22/02/2000	מין: ז	טלפון: 0526462273	טל.עבודה/נייד: 0526462273
כתובת: משה לוי 7/77, רמלה	מיקוד: 7227919		

מכון פיזיותרפיה

תלונות: כאבי גב תחתון

• LOW BACK PAIN

אבחנה:

• DULOX 30MG X 30 1X1X30

תרופות קבועות:

מעשנ/ת : לא

סיבת ההפניה: כאבי גב תחתון וצוואר

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 03/04/2024 עד תאריך - 30/09/2024

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

03/04/2024

חתימה וחותמת

תאריך

קביעת תור לטיפול ראשון -במוקד מכבי ללא הפסקה *3555. תורים לטיפול המשיך 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: 03/04/2024

מ.ר גורם מפנה



029384

קוד הפניה: 372473507



מכבי שירותי בריאות

העתק טופס

15/10/2024

טלפון: 03-5036111

פקס: 03-7588579

כתובת: סוקולוב 128, חולון (פינת רח' פרישמן 1)

ד"ר חנוכיב דיאנה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואה פנימית

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: זרגרוב	שם פרטי: משה
ת.ז.: 208152017	ת.לידה: 22/02/2000
מיקוד: 7227919	משה לוי 7/77, רמלה
טלפון: 0526462273	כתובת: 0208152017
טל.עבודה/נייד: 0526462273	מין: ז

התייעצות מומחה

- במכבי

טיפול בכאב

תחום שירות:

מרפאת כאב

מרפאה:

כאבי גב תחתון

תלונות:

אבחנה:

• LOW BACK PAIN

מעש/ת: לא

• DULOX 30MG X 30 1X1X30

תרופות קבועות:

מטרת ההפניה: הערכה והמלצות לטיפול

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

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

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 03/04/2024 עד תאריך - 30/09/2024

03/04/2024

חתימה וחתימת

תאריך

תאריך: 03/04/2024

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



029384



קוד הפניה: 372473075

טלפון: 03-5036111

פקס: 03-7588579

כתובת: סוקולוב 128, חולון (פינת רח' פרישמן 1)

ד"ר חנוכיב דיאנה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואה פנימית

פרטי הנבדק:	שם משפחה: זרגרוב	שם פרטי: משה	ת.ז.: 208152017
	ת.לידה: 22/02/2000	מין: ז	טלפון: 0526462273
	כתובת: משה לוי 7/77, רמלה	מיקוד: 7227919	טל.עבודה/נייד: 0526462273

מכון פיזיותרפיה

תלונות: כאבי גב תחתון

• LOW BACK PAIN

אבחנה:

• DULOX 30MG X 30 1X1X30

תרופות קבועות:

מעשנ/ת : לא

סיבת ההפניה: כאבי גב תחתון וצוואר

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 03/04/2024 עד תאריך - 30/09/2024

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

03/04/2024

חתימה וחותמת

תאריך

קביעת תור לטיפול ראשון -במוקד מכבי ללא הפסקה *3555. תורים לטיפול המשיך 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.

משוב שירותי רנטגן והדמיה בע"מ

משוב לוד

טלפון סניף: 089250905, פקס: 089214551, email: lod@mashovltd.co.il

תאריך: 20/05/2024

מס' תיק נבדק: 20175154

מס' ביקור: 2301656

לכבוד: קופ"ח מכבי -

ד"ר רוזנבלו עומ

הנדון: גב'/מר: זרגרוב משה ת"ז: 208152017 מין: ז

תאריך לידה: 22/02/2000

כתובת: משה לוי 7 רמלה

...

להלן תוצאות הבדיקות אשר בוצעו בתאריך: 20/05/2024

US רקמות רכות בקרקפת אחורית

במקום ממצא נמוש מימין הודגם מבנה היפואקואי ידוע בגודל כ- 0.3×1.1 ס"מ, רושם שמדובר בקשר לימפה תגובתי (יתכן מספר קשרי לימפה צמודים).

באזור הקרקפת משמאל הודגמו מספר מבנים היפואקואיים בגודל מרבי כ- 0.2×0.9 ס"מ, רושם שמדובר בקשרי לימפה תגובתיים.

מאחורי אוזן שמאלית הודגם קשר לימפה בגודל כ- 0.3×0.8 ס"מ בעל מבנה סונוגרפי תגובתי.

...

טכנאית מבצעת: אוקסמן ילנה

בברכה

ד"רלונדון

מ.ר. 22926

מ.ר.מ 11954

יש להביא בדיקה זו להשוואה (בבדיקה דומה בלבד).

הבדיקה בוצע בסניף: משוב לוד

הקלידה: לא

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



פרטי הנבדק:		שם משפחה: זרגרוב		שם פרטי: משה		ת.ז.: 208152017	
ת.לידה: 22/02/2000		מין: ז		טלפון: 0526462273		טל.עבודה/נייד: 0526462273	
כתובת: משה לוי 7/77, רמלה		מיקוד: 7227919					

תמצית הביקור מתאריך 16/07/2024 בשעה 10:22

תאריך הביקור: 16/07/2024

המלצות למטופל: חיזוק שרירי גב ובטן בתרגילים או שחיה בסגנון חתיר 5-7 פעמים בשבוע. התחלת ליריקה 75 מג בערב לאחר שבועיים פעמיים ביום יזהר בנהיגה ולא ליפול באם סחרחרות אם הליריקה 75 פוגע בתיפקוד. יתחיל עם כדורים של 25 מג ויעלה בטיטריציה בדרגה ברישום רופא המשפחה

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

תרופות שנרשמו בביקור:

שם התרופה	מינון והוראות מרשם	שמות החלופות
LYRICA 75MG X 56	לבליעה 1 כמסה 2 פעמים ביום, (בוקר 1 כמסה, ערב 1 כמסה) לתקופה של 30 ימים	* CAP. LYRICA 75MG X 56 < 1 OP+4 > [65301] CAP. PREGABALIN DEXC 75MG X 56 < 1 OP+4 > [58330] CAP. PREGABALIN TARO 75MG X 56 < 1 OP+4 > [59197]

הפניות, אשורים ודפי מידע

סוג	שם /תיאור	מתאריך	עד תאריך
אישור	תשובת יועץ		

משוב שירותי רנטגן והדמיה בע"מ

משוב לוד

טלפון סניף: 089250905, פקס: 089214551, email: lod@mashovltd.co.il

תאריך: 21/07/2024

מס' תיק נבדק: 20175154

מס' ביקור: 2347583

לכבוד: קופ"ח מכבי -

ד"ר רוזנבלו עומ

הנדון: גב/מר: זרגרוב משה ת"ז: 208152017 מין: ז

תאריך לידה: 22/02/2000

...

להלן תוצאות הבדיקות אשר בוצעו בתאריך: 21/07/2024

US רקמות רכות של צוואר אחורי וראש מימין

בוצעה השוואה מבדיקה קודמת מתאריך 20/05/2024

באספקט אוקזיפיטלי מימין הודגמו קשרי לימפה שטחיים בודדים בגודל מרבי כ- 0.2*1.1 ס"מ (בדומה לבדיקה הקודמת), בעלי צורה סונוגרפית תקינה.

פרט לכך - אין עדות סונוגרפית ללימפאדנופתיה או גושים באזור שנסרק.

...

ב ב ר כ ה

ד"ר בוצ'קוב איגור

מ.ר 33694

מ.ר.מ 22555

יש להביא בדיקה זו להשוואה (בבדיקה דומה בלבד)

הקלידה: זע

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



מכון דימות: חולון כתובת: הופיין 13 חולון טלפון: 03-5025252

גורם רפואי מפנה:

שם: חן טנגיס

מ.ר: 31040

תאריך הבדיקה: 24/10/2024

תאריך הפיענוח: 24/10/2024

שם הנבדק: זרגוב משה

ת.ז. הנבדק: 208152017

כתובת הנבדק: משה לוי 7/77 רמלה 7227919

טלפון הנבדק: 052-6462273 טלפון נייד: 052-6462273

תשובת בדיקת דימות: 24771841

בטן ריקה 1 צלום + צלום נוסף - בטן סקירה

סיבת ההפניה:

כאבים

ממצאים:

אין עדות לאוויר חופשי תת סרעפתי.
פיזור תקין של גז ותוכן במעיים, ללא עדות רנטגנית לחסימה.
אין לראות צללים חשודים לאבנים בכליות או בדרכי השתן.

בברכה

ד"ר דימה זיו

מומחה/ית ברדיולוגיה אבחנתית

מס' רישיון: 30931

התשובה עברה הגהה ונחתמה אלקטרונית

תאריך: 24/10/2024

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה

מוקד רפואה דחופה

דר' טנגיס חן

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית



0313846172



031040

קוד הפניה: 401954297



טלפון: 03-5025250

פקס: 03-5025242

כתובת: הופיין 13, חולון

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: זרגרוב	שם פרטי: משה
ת.ז.: 208152017	טל.עבודה/נייד: 0526462273
ת.לידה: 22/02/2000	מין: ז
תלפון: 0526462273	טלפון: 0526462273
כתובת: משה לוי 7/77, רמלה	מיקוד: 7227919
צילום בטן סקירה	

מכון רנטגן - מוקד רפואה דחופה

קוד	הבדיקה הדרושה
4000	צילום בטן סקירה

שאלה למבצע הבדיקה: חסימת מעיים ?

דחיפות הפענוח: רגיל

תלונות: כאבי בטן מזה כמה ימים
לא בחילות ללא הקאות
יציאה האחרונה היתה לפני 3 ימים

ממצאים: מצב כללי טוב
בטן רכה ללא סימני פריטונאלי

אבחנה: • ABDOMINAL PAIN

מעש/ת: לא

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 24/10/2024 עד תאריך - 22/04/2025

24/10/2024

חתימה וחותמת

תאריך

www.maccabi4u.co.il

מידע ניתן לקבל במדריך השירותים האינטרנטי של מכבי:

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



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

גורם רפואי מפנה:

שם: ד"ר רוזנבלום עומר

מ.ר: 131526

תאריך הבדיקה: 06/11/2024

תאריך הפיענוח: 06/11/2024

שם הנבדק: זרגרוב משה

ת.ז. הנבדק: 208152017

כתובת הנבדק: משה לוי 7/77 רמלה 7227919

טלפון הנבדק: 052-6462273 טלפון נייד: 052-6462273

תשובת בדיקת דימות: 24807456

צילום חזה PA + LAT

סיבת ההפניה:

תסנין

בוצעה השוואה לצילומים קודמים מתאריך: 10/03/2023

ממצאים:

אין עדות לתסנין.

אין עדות לתפליט פלורלי.

אין עדות להרחבת המדיאסטינום והשערים.

צל הלב בגדר הנורמה.

הסרעפת בעמדה תקינה.

בברכה

ד"ר אולג סקריפאי

מומחה/ית ברדיולוגיה אבחנתית

מס' רישיון: 34793

התשובה עברה הגהה ונחתמה אלקטרונית

משוב שירותי רנטגן והדמיה בע"מ

משוב רמלה

טלפון סניף: 089245626, פקס: 089248553, email: ramle@mashovltd.co.il

תאריך: 02/12/2024

מס' תיק נבדק: 20175154

מס' ביקור: 2491125

לכבוד: קופ"ח מכבי -

ד"ר רוזנבלו עומ

הנדון: גב'/מר: זרגרוב משה ת"ז: 208152017 מין: ז

תאריך לידה: 22/02/2000

כתובת: משה לוי 7 רמלה

טלפון: 26462273-05

...

להלן תוצאות הבדיקות אשר בוצעו בתאריך 02/12/2024:

סיבת ההפניה: כאבים. חבלה לפני כשנה.

צילום ע"ש גבי

*יש לציין הדגמה אינה אופטימאלית של אזור הכאבים בחלק עליון של ע"ש.

פרט לכך - מרווחים בין חולייתיים, מנח וגובה החוליות שמורים.

לסיכום: כמתואר. מומלץ לשקול המשך בירור ע"י CT ע"ש.

...

בברכה

ד"ר בוצ'קוב איגור

מ.ר. 33694

מ.ר.מ 22555

יש להביא בדיקה זו להשוואה (בבדיקה דומה בלבד).

הקליד/ה: בוצ'קוב איגור

טכנאי מבצע: גלעד קינן

הבדיקה בוצע בסניף: משוב רמלה

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



0039172564



131526



קוד הפניה: 408135034

טלפון: 08-6325158

פקס: 073-2132603

כתובת: שא נס 17, באר יעקב (קומה 1)

ד"ר רוזנבלום עומר

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

פרטי הנבדק:		שם משפחה: זרגרוב	שם פרטי: משה	ת.ז.: 208152017
	ת.לידה:	22/02/2000	מין: ז	טלפון: 0526462273
	כתובת:	משה לוי 7/77, רמלה	מיקוד: 7227919	טל.עבודה/נייד: 0526462273

מכון רנטגן

קוד	הבדיקה הדרושה
2070	עמוד שדרה גבי 2 צילומים (AP+LAT)

שאלה למבצע הבדיקה: שבר

דחיפות הפענוח: רגיל

תלונות:

לפני כשנה תאונת דרכים
מאז כאבי צוואר וגב תחתון.
עשה פיזיו ללא שיפור ניכר.
נימול ביד ימים בעקירב עבודה פיזית לא בלילה.

ממצאים:

הטיה לש הצוואר לשמאל, רגישות על טרפז ימין
ריגשות במישוש חוליה ספציפית בעמוד שדרה גבי ללא רגישות על פני עמוד שדרה צווארי
מבצעי על נימול באצבע 5 ואיזור אולנרי אבל בעבודה גם כל כך היד
טינל באיזור המרפק חיובי, טינל על קרפלית שלילי, פלן חיובי
HANDS OVER HEAD שלילי
ספרלינג שלילי

אבחנה:

- CERVICALGIA
- ULNAR NEUROPATHY Suspected

בעיות ידועות:

- ASTHMA (11/2024)

לא

מעש/ת:

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 02/12/2024 עד תאריך - 31/05/2025

02/12/2024

חתימה וחותמת

תאריך

www.maccabi4u.co.il

מידע ניתן לקבל במדריך השירותים האינטרנטי של מכבי:

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

תאריך: 02/12/2024

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה

ד"ר רוזנבלום עומר

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה



0039172564



131526

קוד הפניה: 408135233



טלפון: 08-6325158

פקס: 073-2132603

כתובת: שא נס 17, באר יעקב (קומה 1)

פרטי הנבדק:		שם משפחה: זרגרוב		שם פרטי: משה		ת.ז.: 208152017	
ת.לידה: 22/02/2000		מין: ז		טלפון: 0526462273		טל.עבודה/נייד: 0526462273	
כתובת: משה לוי 7/77, רמלה		מיקוד: 7227919					

E.M.G

תלונות:

לפני כשנה תאונת דרכים
מאז כאבי צוואר וגב תחתון .
עשה פיזיו ללא שיפור ניכר.
נימול ביד ימים בעקירב עבודה פיזית לא בלילה.

ממצאים:

הטיה לש הצוואר לשמאל, רגישות על טרפז ימין
רגישות במישוש חוליה ספציפית בעמוד שדרה גבי ללא רגישות על פני עמוד שדרה צווארי
מבצעי על נימול באצבע 5 ואיזור אולגרי אבל בעבודה גם כל כך היד
טינל באיזור המרפק חיובי, טינל על קרפלית שלילי, פלן חיובי
HANDS OVER HEAD שלילי
ספרלינג שלילי

אבחנה:

- CERVICALGIA
- ULNAR NEUROPATHY Suspected

בעיות ידועות:

- ASTHMA (11/2024)

תרופות קבועות:

- DULOX 30MG X 30 1X1X30

פירוט	קוד	הבדיקה הדרושה
	95861	E.M.G

הנחיות הרופא: ידיים

נא להצטייד בכרטיס מגנטי

02/12/2024

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

נא לצרף מסמכים רלוונטים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

לזימון תור למכון הקרוב למקום מגוריך או למכון אחר המופיע בהפניה, עליך לפנות למרכז זימון תורים: *3555 או ל 1-700-50-53-53

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 02/12/2024 עד תאריך - 31/05/2025

משוב שירותי רנטגן והדמיה בע"מ

משוב רמלה

טלפון סניף: 089245626, פקס: 089248553, email: ramle@mashovltd.co.il

תאריך: 02/12/2024

מס' תיק נבדק: 20175154

מס' ביקור: 2491125

לכבוד: קופ"ח מכבי -

ד"ר רוזנבלו עומ

הנדון: גב'/מר: זרגרוב משה ת"ז: 208152017 מין: ז

תאריך לידה: 22/02/2000

כתובת: משה לוי 7 רמלה

טלפון: 26462273-05

...

להלן תוצאות הבדיקות אשר בוצעו בתאריך 02/12/2024:

סיבת ההפניה: כאבים. חבלה לפני כשנה.

צילום ע"ש גבי

*יש לציין הדגמה אינה אופטימאלית של אזור הכאבים בחלק עליון של ע"ש.

פרט לכך - מרווחים בין חולייתיים, מנח וגובה החוליות שמורים.

לסיכום: כמתואר. מומלץ לשקול המשך בירור ע"י CT ע"ש.

...

בברכה

ד"ר בוצ'קוב איגור

מ.ר. 33694

מ.ר.מ 22555

יש להביא בדיקה זו להשוואה (בבדיקה דומה בלבד).

הקליד/ה: בוצ'קוב איגור

טכנאי מבצע: גלעד קינן

הבדיקה בוצע בסניף: משוב רמלה

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

מכון CT

הנדון: זרגרוב, משה דור, ת.ז: 208152017 תאריך לידה: 22/02/2000

ד"ר נכבד/ה,
הבדיקה בוצעה בתאריך: 21/01/2025

להלן ממצאי בדיקת CT ע"ש הצווארי
הבדיקה בוצעה ללא הזרקת חומר ניגוד בחתכים אקסיליים עם שחזורים מולטיפלנריים.

התוויה קלינית: כאבים.

ממצאים:

- C1-C2** - הדנס בעמדה מרכזית. קשתות אחוריות, מסות לטרליות בגדר הנורמה.
- C2-C3** - המרווח הבין חולייתי תקין. לא הודגם בלט/בקע דיסק. הנקבים הניוראליים פתוחים. קוטר תקין של התעלה הספינאלית.
- C3-C4** - בקע דיסקלי קל. קוטר תקין של התעלה הספינאלית.
- C4-C5** - המרווח הבין חולייתי תקין. לא הודגם בלט/בקע דיסק. הנקבים הניוראליים פתוחים. קוטר תקין של התעלה הספינאלית.
- C5-C6** - המרווח הבין חולייתי תקין. לא הודגם בלט/בקע דיסק. הנקבים הניוראליים פתוחים. קוטר תקין של התעלה הספינאלית.
- C6-C7** - המרווח הבין חולייתי תקין. לא הודגם בלט/בקע דיסק. הנקבים הניוראליים פתוחים. קוטר תקין של התעלה הספינאלית.
- C7-D1** - המרווח הבין חולייתי תקין. לא הודגם בלט/בקע דיסק. הנקבים הניוראליים פתוחים. קוטר תקין של התעלה הספינאלית.

הלורדוזיס הצווארי הפיזיולוגי שמור.
גופי החוליות שומרים על גובהם.
לא הודגם ממצא החשוד לשבר.

הרקמות הרכות של הצוואר ללא ממצא פתולוגי גס.
פסגות הריאות ללא ממצא חריג.

בברכה,
ד"ר שלמן אלכסנדר
מומחה לרדיולוגיה אבחנתית
מ ר 116373

הוקלד על ידי: שירלי ליזרוביץ
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
רופאי מכבי יכולים לצפות בצילומים בקליקס ע"י בחירה ב מכבי צפיה בצילומי רנטגן בתפריט העליון

מכון CT

הנדון: זרגרוב, משה דור, ת.ז: 208152017 תאריך לידה: 22/02/2000

דר' נכבד/ה,
הבדיקה בוצעה בתאריך: 21/01/2025

להלן ממצאי בדיקת CT ע"ש גבי ומותני
הבדיקה בוצעה ללא הזרקת חומר ניגוד בחתכים אקסיאליים עם שחזורים מולטיפלנריים.

התוויה קלינית: כאבים.

ממצאים:

גופי חוליות שומרים על גובהם.
המרווחים הבין חולייתיים הודגמו תקינים.
עקמת גבית מותנית קלה קמורה לימין.
לא ניצפו בלטים דיסקלים בע"ש הגבי.

L4-L5, L5-S1 - בלטים דיסקלים גורמים ללחץ קל על קדמת השק התקאלי ולהיצרות קלה של התעלה הספינלית בגובה L5-S1.

הדגמה תקינה של המפרקים הסקרו-אילאקליים.
הלורדוזיס המותני הפיזיולוגי שמור.
לא ניצפו שברים.

יתר הסריקה ללא ממצאים חריגים.

בברכה,
ד"ר שלמן אלכסנדר
מומחה לרדיולוגיה אבחנתית
מ ר 116373

הוקלד על ידי: שירלי ליזרוביץ
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 באסוּטָא, על ידי הרופא המפנה בלבד.
בכל נושא אחר,
אנא פנה למוקד אסוּטָא בטלפון 03-7644444

רופא נכבד,

רופאי מכון הדימות באסוּטָא 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

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



0039172564



131526



קוד הפניה: 417851039

טלפון: 08-6325158

פקס: 073-2132603

כתובת: שא נס 17, באר יעקב (קומה 1)

פרטי הנבדק:	שם משפחה: זרגרוב	שם פרטי: משה	ת.ז.: 208152017
	ת.לידה: 22/02/2000	מין: ז	טלפון: 0526462273
	כתובת: משה לוי 7/77, רמלה	מיקוד: 7227919	טל.עבודה/נייד: 0526462273

מכון רנטגן

קוד	הבדיקה הדרושה
1020	חזה 2 צילומים

שאלה למבצע הבדיקה: תסנין

דחיפות הפענוח: רגיל

תלונות: מאתמול שיעול נזלת חום 39 כאבי שרירים אין קוצר נשימה או החמרה באסטמה

ממצאים: נינוח

ריאות - כניסת אוויר שווה וטובה דו"צ, צפצופים בעיקר ימין, ללא קריפיטציות, ללא חרחורים
POCUS ריאה
תנועות הפליאורה תקינות, הודגמו קווי A, מימין איזור 2 בשדה אחד 3-4 קווי B וקונסולדיציה תת פליאורלית, לא הודגמו
תפליטים, SPINE SIGN שלילי, CURTAIN חיובי

אבחנה: • PNEUMONIA UNS

בעיות ידועות: • ASTHMA (11/2024)

מעש/ת: לא

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 28/01/2025 עד תאריך - 27/07/2025

28/01/2025

חתימה וחותמת

תאריך

www.maccabi4u.co.il

מידע ניתן לקבל במדריך השירותים האינטרנטי של מכבי:

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

ממוגרף - מכונים לאבחון רפואי בע"מ		
מכונים ממוגרפיה, אולטרה-סאונד, דופלר, רנטגן כללי		
E.E.G. E.M.G.		
קצית-אנו שלמה הנסל - פיזית תורד הקניון החדש קומה א' טל: 03-5358801/2/3	חידה חללי יפה 11 טל: 04-6221125 פקס: 04-6338757	פתח-תקוה טורדאו 30 טל: 03-9347891 פקס: 03-9315658
בני-ברק ידוא 11 קומה א' טל: 03-5358801 פקס: 03-9315658	נתניה דוד רמזי 13 קומה א' טל: 09-8320306 פקס: 09-8341358	ראש-העין שילום שבזי 26 קומה א' טל: 03-5284986 פקס: 03-9030226

תאריך ביקור: 03/02/2025

שם משפחה: זרגרוב שם פרטי: משה תיק מס': 1812574
 שם פרטי: משה מספר זהות: 208152017 ת. לידה: 22/02/2000
 שילוב מסמך ע": קארין סניף: גורם מבטח: מכבי
 רופא מפנה: רוזנבלום עומר ר. רופא מפנה: 131526 תאריך חתימת פענוח: 03/02/2025
נא לגלול למטה לצפייה במסמך הסרוק



תשובת מהקור חתומה ע"י הרופא המבצע נמסרה במעמד הבדיקה לידי הנבדק/ת

MAMMOGRAPH INSTITUTE NEUROPHYSIOLOGICAL DEP. ASHDOD RISHON-LE-TZION TEL-AVIV RAMATNA HADERA 03-9347891 04-6221125 DR. ROZANOV S						
EMG EXAMINATION DATE : 03-FEB-25 8:00:14 AM						
PATIENT: MOSHE ZADGAROV			ID NUMBER: 208152017			
MOTOR NERVES	STIM - REC	LAT [ms]	AMP [mV]	CV [m/s]	AMP %	Dist [mm]
Medianus-Right	Wrist - APB	3.8	7.6	54	24.6	230
	Elbow - Wrist	8.1	9.5			
Ulnaris-Right	Wrist - ADM	3.2	9.1			
	Elbow - Wrist	7.4	9.0	55	-1.8	230
	Elbow - Elbow	9.2	8.8	38	-1.6	70
Ulnaris-Left	Wrist - ADM	3.2	9.3			
	Elbow - Wrist	7.8	10.2	64	10.2	230
	Elbow - Elbow	8.7	10.0	73	-7.0	70
Sensor NERVES	STIM - REC	LAT [ms]	AMP [uV]	CV [m/s]		Dist [mm]
Medianus-Right	Wrist - Dig II	3.3	99.5			
Medianus-Left	Wrist - Dig II	3.4	98.8			
Ulnaris-Right	Wrist - Dig V	3.5	90.4			
Ulnaris-Left	Wrist - Dig V	3.1	94.4			
CONCLUSION: Mild neuropathy rt ulnar nerve at the elbow level.						
SIGNATURE: Dr. ROZANOV SIMON 19584 מרמ 27836						

רופא/ה בודק/ת: ד"ר רוזנב
 מומחה בשיקום פיזיקלי רשיון רופא בודק: 27836
 רשיון מומחה: 19584

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א-1981 ואין למסור אותו ו/או את תוכנו ו/או איזה פרט שהוא ממנו לכל אדם ו/או גוף אלא בהתאם לחוראות החוק. מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלה, מהווה עבירה.
מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, לכן יש להעבירו לרופא מטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי.
 מסמך זה מכיל מידע מוגן הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסרו שלא כדין עובר עבירה

תאריך: 23/02/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



023614



קוד הפניה: 422132200

טלפון: 08-9242219

פקס: 15386918848

כתובת: שד הציונות 1, לוד (קניון "לוד סנטר" קומה ב')

ד"ר גוייצקי מיכאל

כירורגיה אורתופדית | כירורגיה של כף היד

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:		שם פרטי: משה		שם משפחה: זרגרוב		ת.ז.: 208152017	
ת.לידה: 22/02/2000		מין: ז		טלפון: 0526462273		טל.עבודה/נייד: 0526462273	
כתובת: משה לוי 7/77, רמלה		מיקוד: 7227919					

התייעצות מומחה

תחום שירות: אורתופדיה - עמוד שדרה - במכבי
תלונות:
ממצאים:
דיון ואבחנה מבדלת:
אבחנה:

- WHIPLASH INJURY
- CONTUSION BACK

מעשנת: לא

- ASTHMA (11/2024)

בעיות ידועות:

- DULOX 60MG X 30 1X1X90

תרופות קבועות:

מטרת ההפניה: התייעצות

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

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

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 23/02/2025 עד תאריך - 22/08/2025

23/02/2025

חתימה וחותמת

תאריך



023614



קוד הפניה: 422132040

טלפון: 08-9242219

מומחה כירורגיה אורתופדית

פקס: 15386918848

כתובת: שד הציונות 1, לוד (קניון "לוד סנטר" קומה ב')

התמחויות:

פרטי הנבדק:		שם משפחה: זרגרוב		שם פרטי: משה		ת.ז.: 208152017	
ת.לידה: 22/02/2000		מין: ז		טלפון: 0526462273		טל.עבודה/נייד: 0526462273	
כתובת: משה לוי 7/77, רמלה		מיקוד: 7227919					

מכון פיזיותרפיה

תלונות: בביקור בתאריך 15/12/2024 בשעה 16:24:42
ללא שינוי

בביקור בתאריך 23/02/2025 בשעה 17:30:46

ממצאים: בביקור בתאריך 15/12/2024 בשעה 16:24:42
רגישות דיפוזית, הגבלה בתנועות

בביקור בתאריך 23/02/2025 בשעה 17:30:46

אבחנה:

- WHIPLASH INJURY
- CONTUSION BACK

בעיות ידועות:

- ASTHMA (11/2024)

תרופות קבועות:

- DULOX 60MG X 30 1X1X90

מעשנ/ת : לא

סיבת ההפניה: תרגול

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 23/02/2025 עד תאריך - 22/08/2025

נא להגיע עם מסמכים רלוונטים

23/02/2025

חתימה וחותמת

תאריך

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

תאריך: 23/02/2025

ד"ר גוייצקי מיכאל

מ.ר גורם מפנה

כירורגיה אורתופדית | כירורגיה של כף היד



023614



התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

קוד הפניה: 422132200

טלפון: 08-9242219

פקס: 15386918848

כתובת: שד הציונות 1, לוד (קניון "לוד סנטר" קומה ב')

פרטי הנבדק:

שם פרטי: משה	שם משפחה: זרגרוב	ת.ז.:	208152017
טלפון: 0526462273	ת.לידה: 22/02/2000	מין: ז	טל.עבודה/נייד: 0526462273
כתובת: משה לוי 7/77, רמלה	מיקוד: 7227919		

התייעצות מומחה

תחום שירות: אורתופדיה - עמוד שדרה
 תלונות: במכבי -
 ממצאים: .
 דיון ואבחנה מבדלת: .
 אבחנה:

- WHIPLASH INJURY
- CONTUSION BACK

מעשנת: לא

- ASTHMA (11/2024)

בעיות ידועות:

- DULOX 60MG X 30 1X1X90

תרופות קבועות:

מטרת ההפניה: התייעצות

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

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

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 23/02/2025 עד תאריך - 22/08/2025

23/02/2025

חתימה וחותמת

תאריך

ד"ר גוייצקי מיכאל
 23614
 אורתופד כירורג
 18876
 25596



023614



קוד הפניה: 422132040

טלפון: 08-9242219

מומחה כירורגיה אורתופדית

פקס: 15386918848

כתובת: שד הציונות 1, לוד (קניון "לוד סנטר" קומה ב')

התמחויות:

פרטי הנבדק:		שם משפחה: זרגרוב		שם פרטי: משה		ת.ז.: 208152017	
ת.לידה: 22/02/2000		מין: ז		טלפון: 0526462273		טל.עבודה/נייד: 0526462273	
כתובת: משה לוי 7/77, רמלה		מיקוד: 7227919					

מכון פיזיותרפיה

תלונות: בביקור בתאריך 15/12/2024 בשעה 16:24:42
ללא שינוי

בביקור בתאריך 23/02/2025 בשעה 17:30:46

ממצאים: בביקור בתאריך 15/12/2024 בשעה 16:24:42
רגישות דיפוזית, הגבלה בתנועות

בביקור בתאריך 23/02/2025 בשעה 17:30:46

אבחנה:

- WHIPLASH INJURY
- CONTUSION BACK

בעיות ידועות:

- ASTHMA (11/2024)

תרופות קבועות:

- DULOX 60MG X 30 1X1X90

מעשנ/ת : לא

סיבת ההפניה: תרגול

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 23/02/2025 עד תאריך - 22/08/2025

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

23/02/2025

חתימה וחותמת

תאריך

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

תאריך: 23/02/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



023614



קוד הפניה: 422132200

טלפון: 08-9242219

פקס: 15386918848

כתובת: שד הציונות 1, לוד (קניון "לוד סנטר" קומה ב')

ד"ר גוייצקי מיכאל

כירורגיה אורתופדית | כירורגיה של כף היד

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:		שם פרטי: משה		שם משפחה: זרגרוב		ת.ז.: 208152017	
ת.לידה: 22/02/2000		מין: ז		טלפון: 0526462273		טל.עבודה/נייד: 0526462273	
כתובת: משה לוי 7/77, רמלה		מיקוד: 7227919					

התייעצות מומחה

תחום שירות: אורתופדיה - עמוד שדרה - במכבי
תלונות:
ממצאים:
דיון ואבחנה מבדלת:
אבחנה:

- WHIPLASH INJURY
- CONTUSION BACK

מעשנת: לא

- ASTHMA (11/2024)

בעיות ידועות:

- DULOX 60MG X 30 1X1X90

תרופות קבועות:

מטרת ההפניה: התייעצות

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

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

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 23/02/2025 עד תאריך - 22/08/2025

23/02/2025

חתימה וחותמת

תאריך



131526



קוד הפניה: 426381028

טלפון: 08-6325158

פקס: 073-2132603

כתובת: שא נס 17, באר יעקב (קומה 1)

ד"ר רוזנבלום עומר

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

פרטי הנבדק:		שם משפחה: זרגרוב		שם פרטי: משה		ת.ז.: 208152017	
ת.לידה: 22/02/2000		מין: ז		טלפון: 0526462273		טל.עבודה/נייד: 0526462273	
כתובת: משה לוי 7/77, רמלה		מיקוד: 7227919					

התייעצות מומחה

- במכבי

אורתופדיה

תחום שירות:

תלונות:

בביקור בתאריך 02/12/2024 בשעה 10:49:18
לפני כשנה תאונת דרכים
מאז כאבי צוואר וגב תחתון.
עשה פיזיו ללא שיפור ניכר.
נימול ביד ימים בעיקר בעבודה פיזית לא בלילה.

בביקור בתאריך 09/12/2024 בשעה 09:23:46
ביקור טלפוני
צילום ע.ש ללא ממצא, משלים EMG מרפק-US בדיקת אורטופד.
מרגיש צוואר תפוס

בביקור בתאריך 21/03/2025 בשעה 11:28:55
רואה שנבדק עי אורטפד אבל לא הוזכרה ניירופתיה אולנרית
EMG ניורופתיה ואלנרית קלה מימין בגובה המרסק
לא ראוה שהשלים סונר מרפק ששלחנו
נשלח שוב לסונר מרפק + בדיקת אורטופד

ממצאים: בביקור בתאריך 02/12/2024 בשעה 10:49:18
הטיה לש הצוואר לשמאל, רגישות על טרפז ימין
ריגשות במישוש חוליה ספצייפת בעמוד שדרה גבי ללא רגישות על פני עמוד שדרה צווארי
מבצעי על נימול באצבע 5 ואיזור אולנרי אבל בעבודה גם כל כך היד
טינל באיזור המרפק חיובי, טינל על קרפלית שלילי, פלן חיובי
HANDS OVER HEAD שלילי
ספרלינג שלילי

בביקור בתאריך 09/12/2024 בשעה 09:23:46

בביקור בתאריך 21/03/2025 בשעה 11:28:55

דיון ואבחנה מבדלת:

בביקור בתאריך 02/12/2024 בשעה 10:49:18
כאבי גב וצוואר מאז תאונת דרכים רגישות ממוקדת על חליה בע.ש גבי לצילום, חשד לניורופתיה אולנרית
ישלים US, EMG מרפק, הערכת אורטופד

בביקור בתאריך 09/12/2024 בשעה 09:23:46

בביקור בתאריך 21/03/2025 בשעה 11:28:55

אבחנות:

- CERVICALGIA
- ULNAR NEUROPATHY

תאריך: 21/03/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



131526



קוד הפניה: 426381028

טלפון: 08-6325158

פקס: 073-2132603

כתובת: שא נס 17, באר יעקב (קומה 1)

ד"ר רוזנבלום עומר

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

פרטי הנבדק:	שם משפחה: זרגרוב	שם פרטי: משה	ת.ז.: 208152017
ת.לידה: 22/02/2000	מין: ז	טלפון: 0526462273	טל.עבודה/נייד: 0526462273
כתובת: משה לוי 7/77, רמלה	מיקוד: 7227919		

התייעצות מומחה

מעש/ת: לא

בעיות ידועות:

• ASTHMA (11/2024)

תרופות קבועות:

• DULOX 60MG X 30 1X1X90

מטרת ההפניה: נירופתיה אולנרית

**** נא להצטייד בכרטיס מגנטי ****

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

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

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 21/03/2025 עד תאריך - 17/09/2025

21/03/2025

חתימה וחותמת

תאריך



0039172564



131526



קוד הפניה: 426380990

טלפון: 08-6325158

פקס: 073-2132603

כתובת: שא נס 17, באר יעקב (קומה 1)

פרטי הנבדק:	שם משפחה: זרגרוב	שם פרטי: משה	ת.ז.: 208152017
	ת.לידה: 22/02/2000	מין: ז	טלפון: 0526462273
	כתובת: משה לוי 7/77, רמלה	מיקוד: 7227919	טל.עבודה/נייד: 0526462273
	0208152017		

US איברים

קוד	הבדיקה הדרושה אולטראסאונד
6884	מרפק ימין

שאלה למבצע הבדיקה: לחץ עם עצה אולנרי

תלונות:

חידוש טופס מתאריך 02/12/2024, הופק ע"י ד"ר רוזנבלום עומר, מומחה ברפואת המשפחה לפני כשנה תאונת דרכים מאז כאבי צוואר וגב תחתון. עשה פיזיו ללא שיפור ניכר. נימול ביד ימים בעקירב עבודה פיזית לא בלילה.

ממצאים:

הטיה לש הצוואר לשמאל, רגישות על טרפז ימין ריגשות במישוש חוליה ספציפית בעמוד שדרה גבי ללא רגישות על פני עמוד שדרה צווארי מבצעי על נימול באצבע 5 ואיזור אולנרי אבל בעבודה גם כל כך היד טינל באיזור המרפק חיובי, טינל על קרפליית שלילי, פלן חיובי HANDS OVER HEAD שלילי ספרלינג שלילי

אבחנות:

- CERVICALGIA
- ULNAR NEUROPATHY Suspected

בעיות ידועות:

- ASTHMA (11/2024)

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

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

21/03/2025

חתימה וחותמת

תאריך

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 21/03/2025 עד תאריך - 17/09/2025

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

תאריך: 30/03/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה

ד"ר שלומוב בנימין

כירורגיה אורתופדית



129964



קוד הפניה: 427595055

טלפון: 03-5593941

מומחה כירורגיה אורתופדית

פקס: 073-2132661

כתובת: העליה השניה 43, אזור (מרכז פרל)

התמחויות:

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: זרגרוב	שם פרטי: משה
ת.ז.: 208152017	ת.לידה: 22/02/2000
טל.עבודה/נייד: 0526462273	טלפון: 0526462273
מיקוד: 7227919	כתובת: משה לוי 7/77, רמלה

רפואה משלימה

תלונות: כאבים חזקים סביב שכם מצד שמאל מהלילה
ללא מצליח להזיז את הצוואר לצד שמאל עקב כאבים חזקים
ללא קיפוח עצבי פרפרי
CT עמש צווארי אחרון- ללא ממצאים חריגים
המלצות-
נוגדי דלקת
משככי כאבים
חימום מקומי
מכבי טבעי

• CERVICALGIA

אבחנה:

• ASTHMA (11/2024)

בעיות ידועות:

• DULOX 60MG X 30 1X1X90

תרופות קבועות:

מעשנת: לא

פירוט	קוד	הבדיקה הדרושה
טיפולים במסגרת הרפואה המשלימה		

הנחיות הרופא: דיקור, שיאצו, טווינה

נא להצטייד בכרטיס מגנטי

30/03/2025

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

נא לצרף מסמכים רלוונטים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

לזימון תור למכון הקרוב למקום מגוריך או למכון אחר המופיע בהפניה, עליך לפנות למרכז זימון תורים: *3555 או ל 1-700-50-53-53

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 30/03/2025 עד תאריך - 26/09/2025

תאריך: 30/03/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה

ד"ר שלומוב בנציון

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית



129964



קוד הפניה: 427594234

טלפון: 03-5593941

פקס: 073-2132661

כתובת: העליה השניה 43, אזור (מרכז פרל)

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: זרגרוב	שם פרטי: משה
ת.ז.: 208152017	ת.לדה: 22/02/2000
טל.עבודה/נייד: 0526462273	מין: ז
מיקוד: 7227919	כתובת: משה לוי 7/77, רמלה

אחות

אבחנה:

• CERVICALGIA

טיפול	מינון	פעולה	צורת מתן	פעמים ביום	תדירות	סה"כ	משך טיפול	הערות
DICLOFENAC	75 mg	להזרקה	זריקה תוך שרירית IM	1	חד פעמי	1		

מטופל - הנחיות

סוג טיפול	הנחיות
זריקה תוך שרירית IM	לטיפול בזריקה IM/SC יש להזמין תור באתר מכבי online; באפליקציית מכבי או במוקד מכבי ללא הפסקה *3555. עליך לרכוש את התרופה ולהביא אותה לטיפול. עליך להישאר 20 דקות במרפאה להשגחה לאחר הטיפול.

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

30/03/2025 10:14

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

יש לקבוע תור לטיפול ראשון תוך 90 ימים. תוקף ההפניה עד ל-30/09/2025

לקבלת חיסון, חובה להצטייד בפנקס חיסונים

לקביעת תור ניתן לחייג *3555 או 1-700-50-53-53

מכתב סיכום שחרור רפואי - ביקור במלרד

תאריך קבלה: 30/03/2025

תאריך שחרור: 30/03/2025

הופק ע"י דר' סולים אלינה 30/03/2025 18:52

מיון פנימי
דר' שקליאר ארקדי מ.ר. 34568
רונית אילסר
08-9441399
08-9441711
2511268501

מיון:
מנהל:
אחות אחראית:
טלפון:
פקס:
מס' קבלה למחלקה:

שם משפחה:	זרגרוב	ת. לידה:	22/02/2000
שם פרטי:	משה דור	ת זהות:	20815201
כתובת:	משה לוי 7/ רמלה	גיל:	25
טלפון:	0526462273	שם האב:	יורי יהודה
סוג דם:			

נא ליצור קשר עם הרופא המטפל, לבירור תשובות סופיות לבדיקות שבוצעו

מועד קבלה למיון

תאריך: 30/03/2025 14:16

מספר קבלה: 2511268501

אופן הגעה למיון

הגיע למיון: באמבולנס

משרד קבלה

סיבת פנייה: מחלה

הפנייה: לא

סטטוס מטופל: אזרח

תאריך שחרור

30/03/2025

גורם מממן : מכבי

סיום טיפול במלרד: שחרור

אבחנה

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	MP	Rec
ALLERGIC REACTION	9953			✓			

תלונה עיקרית בבדיקה

תגובה אלרגית

מחלה נוכחית ובדיקה גופנית

מכתב סיכום שחרור רפואי - ביקור במלרד

תאריך קבלה: 30/03/2025

תאריך שחרור: 30/03/2025

הופק ע"י דר' סוליס אלינה 30/03/2025 18:52

מיון פנימי
דר' שקליאר ארקדי מ.ר. 34568
רונית אילסר
08-9441399
08-9441711
2511268501

מיון:
מנהל:
אחות אחראית:
טלפון:
פקס:
מס' קבלה למחלקה:

שם משפחה:	זרגרוב	ת. לידה:	22/02/2000
שם פרטי:	משה דור	ת זהות:	20815201
כתובת:	משה לוי 7/ רמלה	גיל:	25
טלפון:	0526462273	שם האב:	יורי יהודה
סוג דם:			

נא ליצור קשר עם הרופא המטפל, לביור תשובות סופיות לבדיקות שבוצעו

נרשם ע"י: מתמחה קורניקוב קונסטנטין מ.ר. 165649, מיון פנימי

תאריך עדכון: 30/03/2025 15:11

דיווח / דיון: בן 25 שנים ידוע על אלרגיה לאיבופרופן

הבוקר פנה למרפאה בקהילה עקב כאבי גב תחתון, סביב שעה 11 קיבל זריקת וולטרן IM - מאז נזלת ונפיחות בעפעפיים. ללא פריחה, ללא סינקופה, ללא תסמיני GI, ללא קשיי נשימה או נפיחות בגרון

בקבלתו למלרד בהכרה מלאה, מתמצא, דיבור תקין ללא סטרידור או ריר, נינוח נשימתי, יציב המודינמי בבדיקות נפיחות משמעותיות בעפעפיים דו"צ, שפתיים/חלל הפה/לוע ללא בצקות, עור נקי ללא פריחה, לב קולות סדירים לא מהירים, ריאות כניסת אויר שווה דו"צ ללא צפצופים, בטן רכה, לא תפוחה, ללא רגישות, גפיים ללא בצקות

כעת רושם לאנגיואדמה בלבד
יקבל סטראידים + אנטיהיסטמינים, ישאר בהשגחה

מדדים

תאריך ושעה	דופק	לחץ דם בישיבה	מספר נשימות	סטורציה	כאב
14:33 30/03/2025			22		0
14:29 30/03/2025	72			96	
14:29 30/03/2025		105/67			

ביצוע תרופות

מינון	צורת מינון	תאריך ושעה	תזמון מהוראה	תרופה	
1000 cc(ml) Drug Dosage: 1000 cc(ml)	SOL	30/03/2025 15:07	Total Volume:1000 cc(ml), Once Rate from nurse:0	RINGER'S LACTATE INF (HARTMANN'S SOLUTION SOL 1000 cc(ml)	IntraVenous
Drug Dosage: 25 mg	AMP	30/03/2025 15:07	Once Rate from nurse:0	Phenergan AMP 25 mg	IntraMuscular
Drug Dosage: 125 mg	INJ	30/03/2025 15:07	Once Rate from nurse:0	SOLU - medrol INJ 125 mg	IntraVenous
Drug	TAB	30/03/2025 15:07	Once	LORATADINE TAB 10 mg	Oral

מכתב סיכום שחרור רפואי - ביקור במלרד

תאריך קבלה: 30/03/2025

תאריך שחרור: 30/03/2025

הופק ע"י דר' סוליס אלינה 30/03/2025 18:52

מיון פנימי
דר' שקליאר ארקדי מ.ר. 34568
רונת אילסר
08-9441399
08-9441711
2511268501

מיון:
מנהל:
אחות אחראית:
טלפון:
פקס:
מס' קבלה למחלקה:

שם משפחה:	זרגרוב	ת. לידה:	22/02/2000
שם פרטי:	משה דור	ת זהות:	20815201
כתובת:	משה לוי 7/ רמלה	גיל:	25
טלפון:	0526462273	שם האב:	יורי יהודה
סוג דם:			

נא ליצור קשר עם הרופא המטפל, לבירור תשובות סופיות לבדיקות שבוצעו

		Rate from nurse:0		Dosage: 10 mg
--	--	-------------------	--	------------------

מהלך ודיון

נרשם ע"י: דר' סוליס אלינה מ.ר. 152687, מיון פנימי

תאריך עדכון: 30/03/2025 18:51

דיווח / דיון: בן 25 שנים ידוע על אלרגיה לאיבופרופן

הבוקר פנה למרפאה בקהילה עקב כאבי גב תחתון, סביב שעה 11 קיבל זריקת וולטרן IM - מאז נזלת ונפיחות בעפעפיים. ללא פריחה, ללא סינקופה, ללא תסמיני GI, ללא קשיי נשימה או נפיחות בגרון

בקבלתו למלרד בהכרה מלאה, מתמצא, דיבור תקין ללא סטרידור או ריור, נינוח נשימתי, יציב המודינמי בבדיקות נפיחות משמעותית בעפעפיים דו"צ, שפתיים/חלל הפה/לוע ללא בצקות, עור נקי ללא פריחה, לב קולות סדירים לא מהירים, ריאות כניסת אויר שווה דו"צ ללא צפצופים, בטן רכה, לא תפוחה, ללא רגישות, גפיים ללא בצקות

אחרי השגחה במיון 4 שעות מטופל מרגיש טוב. עדיין קיימת נפיחות בעיניים, אך הוסבר שנפיחות נשאר עוד כמה ימים. משתחרר לביתו עם המלצות הבאות:

תרופות מומלצות להמשך טיפול

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓				2 ימים	1 X 1 ביום	20 mg	Oral	PREDNISONE (PREDNISONE)
✓				7 ימים	1 X 2 ביום	180 mg	Oral	TELFAST (FEXOFENADINE HYDROCHLORIDE)

המלצות

המלצה: -מעקב רופא מטפל
-להמנע מNSAIDS
-המשך טיפול בסטרוידים ואנטיהיסטמינים לפי המרשם
-במקרה של החמרה יש לפנות לרופא

מכתב סיכום שחרור רפואי - ביקור במלרד

תאריך קבלה: 30/03/2025

תאריך שחרור: 30/03/2025

הופק ע"י דר' סולים אלינה 30/03/2025 18:52

מיון פנימי
דר' שקליאר ארקדי מ.ר. 34568
רונית אילסר
08-9441399
08-9441711
2511268501

מיון:
מנהל:
אחות אחראית:
טלפון:
פקס:
מס' קבלה למחלקה:

שם משפחה:	זרגרוב	ת. לידה:	22/02/2000
שם פרטי:	משה דור	ת זהות:	20815201
כתובת:	משה לוי 7/ רמלה	גיל:	25
טלפון:	0526462273	שם האב:	יורי יהודה
סוג דם:			

נא ליצור קשר עם הרופא המטפל, לביור תשובות סופיות לבדיקות שבוצעו

רופא אחראי

רופא: דר' סולים אלינה מ.ר. 152687

רופא: מתמחה קורניקוב קונסטנטין מ.ר. 165649

מסמכים נלווים

גם בפניה חוזרת למיון יש להצטייד בהפניית רופא

חתימה: _____

נחתם ע"י: דר' סולים אלינה מ.ר. 152687

המכתב הודפס על ידי דר' סולים אלינה 30/03/2025 18:52

חסי אישי

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות.

מכתב סיכום שחרור רפואי - ביקור במלרד

תאריך קבלה: 30/03/2025

תאריך שחרור: 30/03/2025

הופק ע"י דר' סולים אלינה 30/03/2025 18:52

מיון פנימי
דר' שקליאר ארקדי מ.ר. 34568
רונית אילסר
08-9441399
08-9441711
2511268501

מיון:
מנהל:
אחות אחראית:
טלפון:
פקס:
מס' קבלה למחלקה:

שם משפחה:	זרגרוב	ת. לידה:	22/02/2000
שם פרטי:	משה דור	ת זהות:	20815201
כתובת:	משה לוי 7/ רמלה	גיל:	25
טלפון:	0526462273	שם האב:	יורי יהודה
סוג דם:			

נא ליצור קשר עם הרופא המטפל, לבירור תשובות סופיות לבדיקות שבוצעו

מועד קבלה למיון

תאריך: 30/03/2025 14:16

מספר קבלה: 2511268501

אופן הגעה למיון
הגיע למיון: באמבולנס

משרד קבלה

סיבת פנייה: מחלה
הפנייה: לא
סטטוס מטופל: אזרח

תאריך שחרור

30/03/2025

גורם מממן : מכבי

סיום טיפול במלרד: שחרור

אבחנה

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	MP	Rec
ALLERGIC REACTION	9953			✓			

תלונה עיקרית בבדיקה

תגובה אלרגית

מחלה נוכחית ובדיקה גופנית

מכתב סיכום שחרור רפואי - ביקור במלרד

תאריך קבלה: 30/03/2025

תאריך שחרור: 30/03/2025

הופק ע"י דר' סוליס אלינה 30/03/2025 18:52

מיון פנימי
דר' שקליאר ארקדי מ.ר. 34568
רונית אילסר
08-9441399
08-9441711
2511268501

מיון:
מנהל:
אחות אחראית:
טלפון:
פקס:
מס' קבלה למחלקה:

שם משפחה:	זרגרוב	ת. לידה:	22/02/2000
שם פרטי:	משה דור	ת זהות:	20815201
כתובת:	משה לוי 7/ רמלה	גיל:	25
טלפון:	0526462273	שם האב:	יורי יהודה
סוג דם:			

נא ליצור קשר עם הרופא המטפל, לביור תשובות סופיות לבדיקות שבוצעו

נרשם ע"י: מתמחה קורניקוב קונסטנטין מ.ר. 165649, מיון פנימי

תאריך עדכון: 30/03/2025 15:11

דיווח / דיון: בן 25 שנים ידוע על אלרגיה לאיבופרופן

הבוקר פנה למרפאה בקהילה עקב כאבי גב תחתון, סביב שעה 11 קיבל זריקת וולטרן IM - מאז נזלת ונפיחות בעפעפיים. ללא פריחה, ללא סינקופה, ללא תסמיני GI, ללא קשיי נשימה או נפיחות בגרון

בקבלתו למלרד בהכרה מלאה, מתמצא, דיבור תקין ללא סטרידור או ריר, נינוח נשימתי, יציב המודינמי בבדיקות נפיחות משמעותיות בעפעפיים דו"צ, שפתיים/חלל הפה/לוע ללא בצקות, עור נקי ללא פריחה, לב קולות סדירים לא מהירים, ריאות כניסת אויר שווה דו"צ ללא צפצופים, בטן רכה, לא תפוחה, ללא רגישות, גפיים ללא בצקות

כעת רושם לאנגיואדמה בלבד
יקבל סטראידים + אנטיהיסטמינים, ישאר בהשגחה

מדדים

תאריך ושעה	דופק	לחץ דם בישיבה	מספר נשימות	סטורציה	כאב
14:33 30/03/2025			22		0
14:29 30/03/2025	72			96	
14:29 30/03/2025		105/67			

ביצוע תרופות

מינון	צורת מינון	תאריך ושעה	תזמון מהוראה	תרופה	
1000 cc(ml) Drug Dosage: 1000 cc(ml)	SOL	30/03/2025 15:07	Total Volume:1000 cc(ml), Once Rate from nurse:0	RINGER'S LACTATE INF (HARTMANN'S SOLUTION SOL 1000 cc(ml)	IntraVenous
Drug Dosage: 25 mg	AMP	30/03/2025 15:07	Once Rate from nurse:0	Phenergan AMP 25 mg	IntraMuscular
Drug Dosage: 125 mg	INJ	30/03/2025 15:07	Once Rate from nurse:0	SOLU - medrol INJ 125 mg	IntraVenous
Drug	TAB	30/03/2025 15:07	Once	LORATADINE TAB 10 mg	Oral

מכתב סיכום שחרור רפואי - ביקור במלרד

תאריך קבלה: 30/03/2025

תאריך שחרור: 30/03/2025

הופק ע"י דר' סוליס אלינה 30/03/2025 18:52

מיון פנימי
דר' שקליאר ארקדי מ.ר. 34568
רונת אילסר
08-9441399
08-9441711
2511268501

מיון:
מנהל:
אחות אחראית:
טלפון:
פקס:
מס' קבלה למחלקה:

שם משפחה:	זרגרוב	ת. לידה:	22/02/2000
שם פרטי:	משה דור	ת זהות:	20815201
כתובת:	משה לוי 7/ רמלה	גיל:	25
טלפון:	0526462273	שם האב:	יורי יהודה
סוג דם:			

נא ליצור קשר עם הרופא המטפל, לבירור תשובות סופיות לבדיקות שבוצעו

		Rate from nurse:0		Dosage: 10 mg
--	--	-------------------	--	------------------

מהלך ודיון

נרשם ע"י: דר' סוליס אלינה מ.ר. 152687, מיון פנימי

תאריך עדכון: 30/03/2025 18:51

דיווח / דיון: בן 25 שנים ידוע על אלרגיה לאיבופרופן

הבוקר פנה למרפאה בקהילה עקב כאבי גב תחתון, סביב שעה 11 קיבל זריקת וולטרן IM - מאז נזלת ונפיחות בעפעפיים. ללא פריחה, ללא סינקופה, ללא תסמיני GI, ללא קשיי נשימה או נפיחות בגרון

בקבלתו למלרד בהכרה מלאה, מתמצא, דיבור תקין ללא סטרידור או ריור, נינוח נשימתי, יציב המודינמי בבדיקות נפיחות משמעותית בעפעפיים דו"צ, שפתיים/חלל הפה/לוע ללא בצקות, עור נקי ללא פריחה, לב קולות סדירים לא מהירים, ריאות כניסת אויר שווה דו"צ ללא צפצופים, בטן רכה, לא תפוחה, ללא רגישות, גפיים ללא בצקות

אחרי השגחה במיון 4 שעות מטופל מרגיש טוב. עדיין קיימת נפיחות בעיניים, אך הוסבר שנפיחות נשאר עוד כמה ימים. משתחרר לביתו עם המלצות הבאות:

תרופות מומלצות להמשך טיפול

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓				2 ימים	1 X 1 ביום	20 mg	Oral	PREDNISONE (PREDNISONE)
✓				7 ימים	1 X 2 ביום	180 mg	Oral	TELFAST (FEXOFENADINE HYDROCHLORIDE)

המלצות

המלצה: -מעקב רופא מטפל
-להמנע מNSAIDs
-המשך טיפול בסטרוידים ואנטיהיסטמינים לפי המרשם
-במקרה של החמרה יש לפנות לרופא

מכתב סיכום שחרור רפואי - ביקור במלרד

תאריך קבלה: 30/03/2025

תאריך שחרור: 30/03/2025

הופק ע"י דר' סולים אלינה 30/03/2025 18:52

מיון פנימי
דר' שקליאר ארקדי מ.ר. 34568
רונית אילסר
08-9441399
08-9441711
2511268501

מיון:
מנהל:
אחות אחראית:
טלפון:
פקס:
מס' קבלה למחלקה:

שם משפחה:	זרגרוב	ת. לידה:	22/02/2000
שם פרטי:	משה דור	ת זהות:	20815201
כתובת:	משה לוי 7/ רמלה	גיל:	25
טלפון:	0526462273	שם האב:	יורי יהודה
סוג דם:			

נא ליצור קשר עם הרופא המטפל, לביור תשובות סופיות לבדיקות שבוצעו

רופא אחראי

רופא: דר' סולים אלינה מ.ר. 152687
רופא: מתמחה קורניקוב קונסטנטין מ.ר. 165649

מסמכים נלווים

גם בפניה חוזרת למיון יש להצטייד בהפניית רופא

חתימה: _____

נחתם ע"י: דר' סולים אלינה מ.ר. 152687

המכתב הודפס על ידי דר' סולים אלינה 30/03/2025 18:52

חסי אישי

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות.



129964



קוד הפניה: 427594234

טלפון: 03-5593941

מומחה כירורגיה אורתופדית

פקס: 073-2132661

כתובת: העליה השניה 43, אזור (מרכז פרל)

התמחויות:

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 208152017

שם פרטי: משה

שם משפחה: זרגרוב

טל.עבודה/נייד: 0526462273

0526462273

טלפון:

מין: ז

22/02/2000

ת.לידה:



מיקוד 7227919

משה לוי 7/77, רמלה

כתובת:

0208152017

אחות

אבחנה:

• CERVICALGIA

הערות	משך טיפול	סה"כ	תדירות	פעמים ביום	צורת מתן	פעולה	מינון	טיפול
		1	חד פעמי	1	זריקה תוך שרירית IM	להזרקה	75 mg	DICLOFENAC

מטופל – הנחיות

הנחיות	סוג טיפול
לטיפול בזריקה IM/SC יש להזמין תור באתר מכבי online; באפליקציית מכבי או במוקד מכבי ללא הפסקה *3555. עליך לרכוש את התרופה ולהביא אותה לטיפול. עליך להישאר 20 דקות במרפאה להשגחה לאחר הטיפול.	זריקה תוך שרירית IM

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

10:14 30/03/2025

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

יש לקבוע תור לטיפול ראשון תוך 90 ימים. תוקף ההפניה עד ל-30/09/2025

לקבלת חיסון, חובה להצטייד בפנקס חיסונים

לקביעת תור ניתן לחייג *3555 או 1-700-50-53-53

תאריך: 30/03/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה

ד"ר שלומוב בנציון

כירורגיה אורתופדית



129964



קוד הפניה: 427595055

טלפון: 03-5593941

מומחה כירורגיה אורתופדית

פקס: 073-2132661

כתובת: העליה השניה 43, אזור (מרכז פרל)

התמחויות:

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: זרגרוב	שם פרטי: משה
ת.ז.: 208152017	ת.לידה: 22/02/2000
טל.עבודה/נייד: 0526462273	טלפון: 0526462273
מיקוד: 7227919	כתובת: משה לוי 7/77, רמלה

רפואה משלימה

תלונות: כאבים חזקים סביב שכם מצד שמאל מהלילה
ללא מצליח להזיז את הצוואר לצד שמאל עקב כאבים חזקים
ללא קיפוח עצבי פרפרי
CT עמש צווארי אחרון- ללא ממצאים חריגים
המלצות-
נוגדי דלקת
משככי כאבים
חימום מקומי
מכבי טבעי

• CERVICALGIA

אבחנה:

• ASTHMA (11/2024)

בעיות ידועות:

• DULOX 60MG X 30 1X1X90

תרופות קבועות:

מעשנת: לא

פירוט	קוד	הבדיקה הדרושה
טיפולים במסגרת הרפואה המשלימה		

הנחיות הרופא: דיקור, שיאצו, טווינה

נא להצטייד בכרטיס מגנטי

30/03/2025

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

נא לצרף מסמכים רלוונטים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

לזימון תור למכון הקרוב למקום מגוריך או למכון אחר המופיע בהפניה, עליך לפנות למרכז זימון תורים: *3555 או ל 1-700-50-53-53

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 30/03/2025 עד תאריך - 26/09/2025

תאריך: 03/04/2024

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



029384



קוד הפניה: 372473507

טלפון: 03-5036111

פקס: 03-7588579

כתובת: סוקולוב 128, חולון (פינת רח' פרישמן 1)

ד"ר חנוכיב דיאנה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואה פנימית

פרטי הנבדק:		שם משפחה: זרגרוב		שם פרטי: משה		ת.ז.: 208152017	
ת.לידה: 22/02/2000		מין: ז		טלפון: 0526462273		טל.עבודה/נייד: 0526462273	
כתובת: משה לוי 7/77, רמלה		מיקוד: 7227919					

התייעצות מומחה

- במכבי

טיפול בכאב

תחום שירות:

מרפאת כאב

מרפאה:

כאבי גב תחתון

תלונות:

אבחנה:

• LOW BACK PAIN

מעש/ת: לא

• DULOX 30MG X 30 1X1X30

תרופות קבועות:

מטרת ההפניה: הערכה והמלצות לטיפול

**** נא להצטייד בכרטיס מגנטי ****

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

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

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 03/04/2024 עד תאריך - 30/09/2024

03/04/2024

חתימה וחתימת

תאריך



פרטי הנבדק:		שם משפחה: זרגרוב		שם פרטי: משה		ת.ז.: 208152017	
		ת.לידה:	22/02/2000	מין: ז	טלפון: 0526462273	טל.עבודה/נייד: 0526462273	מיקוד: 7227919
0208152017		כתובת:	משה לוי 7/77, רמלה				

תשובת יועץ

לכבוד:

ד"ר גוייצקי מיכאל

בבדיקה שנעשתה ב: 26/05/2025

עקב: בביקור בתאריך 30/03/2025 בשעה 10:11:54
כאבים חזקים סביב שכם מצד שמאל מהלילה
ללא מצליח להזיז את הצוואר לצד שמאל עקב כאבים חזקים
ללא קיפוח עצבי פרפרי
CT עמש צווארי אחרון- ללא ממצאים חריגים
המלצות-
נוגדי דלקת
משככי כאבים
חימום מקומי
מכבי טבעי

בביקור בתאריך 26/05/2025 בשעה 18:47:26
לאחר ת.דרכים
חזיתית
בבדיקה - ללא ממצא פטולוגי ללא הגבלת תנועת
ללא קיפוח מוטרוי
CT - תקין

ממצאים: בביקור בתאריך 26/05/2025 בשעה 18:47:26**דיון ואבחנה מבדלת:**

בביקור בתאריך 26/05/2025 בשעה 18:47:26

אבחנות:

• CERVICALGIA

סיכום והמלצות: בדיקה גופנית - תקינה
CT - אמל
להמשך מעק SOS

26/05/2025

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

תאריך: 29/05/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



131526



קוד הפניה: 436844698

טלפון: 08-6325158

פקס: 073-2132603

כתובת: שא נס 17, באר יעקב (קומה 1)

ד"ר רוזנבלום עומר

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: זרגרוב	שם פרטי: משה
ת.ז.: 208152017	טל.עבודה/נייד: 0526462273
ת.לידה: 22/02/2000	מין: ז
כתובת: משה לוי 7/77, רמלה	מיקוד: 7227919
0208152017	

דף מידע לבדיקות

ההפניה לבדיקות שהומלצו ממתינה בשירות המעבדה בכל סניפי מכבי.

להלן הבדיקות שהומלצו ע"י הרופא אנא פעל בהתאם להנחיות:

GLUCOSE (B) - 02947
CBC (BLOOD COUNT) - 05022
Urea (B) - 04520
SODIUM (Na) (B) - 04295
CALCIUM (Ca) (B) - 02310
ALKALINE PHOSPHATASE - 04075
ALBUMIN (B) - 02040

TSH - 04443
ESR * - 05651
Creatinine (B) - 02565
Potassium (B) - 04132
ALT (SGPT) - 04460
PROTEIN - TOTAL (B) - 04155

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

צום לפני הבדיקה: דרוש צום של 8 שעות, מותר לשתות מים בלבד.

בערבי חג שירותי המעבדה במרכז הרפואי סגורים.

לבדיקות דחופות: IVF, בילירובין ילודים (נאונאטל), INR למטופלי קומדין וספירת דם יש לפנות למוקדי רפואה דחופה שבסניפי מכבי בין השעות: 7:00-8:30

תוקף ההמלצה ל 90 יום, מתאריך 29/05/2025 עד תאריך 27/08/2025. לעיתים תתבצענה בדיקות נוספות ביזמת המעבדה.

את תוצאות הבדיקות ניתן לראות גם בכתובת WWW.MACCABI-HEALTH.CO.IL, לקבלת סיסמה אנא פנה לסניף.

חדש!! שירות לקיחת דגימות מעבדה בשעות אחר הצהריים (בימים א-ד) בסניפים נבחרים.

לא ניתן לקחת דגימות לתפקודי קרישה, TSH וספירת דם לתינוקות.

לברור המעבדה הקרובה למקום מגוריך ושעות השירות יש לבדוק במדריך השירותים ובמוקד מכבי ללא הפסקה.

תאריך: 01/06/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



קוד הפניה: 437110224

טלפון: 08-9275858

פקס: 08-9251972

כתובת: דני מס 16, רמלה

עמיתי רוזנצוויג

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:		שם משפחה: זרגרוב		שם פרטי: משה		ת.ז.: 208152017	
ת.לידה: 22/02/2000		מין: ז		טלפון: 0526462273		טל.עבודה/נייד: 0526462273	
כתובת: משה לוי 7/77, רמלה		מיקוד: 7227919					

מרפאת מכבי טבעי

סיבת הפנייה:

בביקור בתאריך 30/03/2025 בשעה 10:11:54
כאבים חזקים סביב שכם מצד שמאל מהלילה
ללא מצליח להזיז את הצוואר לצד שמאל עקב כאבים חזקים
ללא קיפוח עצבי פרפרי
CT עמש צווארי אחרון- ללא ממצאים חריגים
המלצות-
נוגדי דלקת
משככי כאבים
חימום מקומי
מכבי טבעי

בביקור בתאריך 26/05/2025 בשעה 18:47:26
לאחר ת.דרכים
חזיתית
בבדיקה - ללא ממצא פטולוגי ללא הגבלת תנועת
ללא קיפוח מוטרוי
CT - תקין

בביקור בתאריך 01/06/2025 בשעה 08:47:17
כאבים אחרי תאונה, צוואר, גב, כתפיים.
נבדק עם מומחה עמ"ש לאחרונה .

ממצאים:

בביקור בתאריך 26/05/2025 בשעה 18:47:26

בביקור בתאריך 01/06/2025 בשעה 08:47:17

אבחנות:

- CERVICALGIA
- MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS

בעיות פעילות:

- ASTHMA (11/2024)

מעשנת: לא

רגישויות לתרופות:

נפיחות בעפעפיים ונזלת - DICLOFENAC - 07/04/2025
נפיחות בעפעפיים ונזלת - ASPIRIN/NSAIDS - 07/04/2025

תרופות קבועות:

- DULOX 60MG X 30 1X1X90

תאריך: 01/06/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



115660



קוד הפניה: 437110224

טלפון: 08-9275858

פקס: 08-9251972

כתובת: דני מס 16, רמלה

עמיחי רוזנצוויג

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: זרגרוב	שם פרטי: משה
ת.ז.: 208152017	טל.עבודה/נייד: 0526462273
ת.לידה: 22/02/2000	מין: ז
כתובת: משה לוי 7/77, רמלה	מיקוד: 7227919

מרפאת מכבי טבעי

מופנה לרופא מייעץ לקביעת מסלול הטיפול

01/06/2025

חתימה וחותמת

תאריך

יש להתקשר למרפאה לקביעת פגישת יעוץ עם רופא המרפאה

יש להביא תוצאות של בדיקות רלוונטיות

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

מידע ניתן לקבל במדריך השירותים האינטרנטי של מכבי:

www.maccabi4u.co.il

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 01/06/2025 עד תאריך - 28/11/2025

תאריך: 01/06/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



115660



קוד הפניה: 437110179

טלפון: 08-9275858

פקס: 08-9251972

כתובת: דני מס 16, רמלה

עמיחי רוזנצוויג

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: זרגרוב	שם פרטי: משה
ת.ז.: 208152017	טלפון: 0526462273
ת.לידה: 22/02/2000	מין: ז
כתובת: משה לוי 7/77, רמלה	מיקוד: 7227919

מכון פיזיותרפיה

תלונות: בביקור בתאריך 30/03/2025 בשעה 10:11:54
כאבים חזקים סביב שכם מצד שמאל מהלילה
ללא מצליח להזיז את הצוואר לצד שמאל עקב כאבים חזקים
ללא קיפוח עצבי פרפרי
CT עמש צווארי אחרון- ללא ממצאים חריגים
המלצות-
נוגדי דלקת
משככי כאבים
חימום מקומי
מכבי טבעי

בביקור בתאריך 26/05/2025 בשעה 18:47:26
לאחר ת.דרכים
חזיתית
בבדיקה - ללא ממצא פטולוגי ללא הגבלת תנועת
ללא קיפוח מוטרי
CT - תקין

בביקור בתאריך 01/06/2025 בשעה 08:47:17
כאבים אחרי תאונה, צוואר, גב, כתפיים.
נבדק עם ממוחה עמ"ש לאחרונה .

ממצאים: בביקור בתאריך 26/05/2025 בשעה 18:47:26

בביקור בתאריך 01/06/2025 בשעה 08:47:17

אבחנות:

- CERVICALGIA
- MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS

- ASTHMA (11/2024)

בעיות ידועות:

רגישויות לתרופות: נפיחות בעפעפיים ונזלת - 07/04/2025 - DICLOFENAC
נפיחות בעפעפיים ונזלת - 07/04/2025 - ASPIRIN/NSAIDS

- DULOX 60MG X 30 1X1X90

תרופות קבועות:

מעשנת : לא

סיבת ההפניה: חוות דעתך והמלצותיך להמשך בירור/טיפול. בתודה.

תאריך: 01/06/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



115660



קוד הפניה: 437110179

טלפון: 08-9275858

פקס: 08-9251972

כתובת: דני מס 16, רמלה

עמיחי רוזנצוויג

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: זרגרוב	שם פרטי: משה
ת.ז.: 208152017	טל.עבודה/נייד: 0526462273
ת.לידה: 22/02/2000	מין: ז
כתובת: משה לוי 7/77, רמלה	מיקוד: 7227919

מכון פיזיותרפיה

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 01/06/2025 עד תאריך - 28/11/2025

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

01/06/2025

חתימה וחותמת

תאריך

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

משוב שירותי רנטגן והדמיה בע"מ

משוב לוד

טלפון סניף: 089250905, פקס: 089214551, email: lod@mashovltd.co.il

תאריך: 31/07/2025

מס' תיק נבדק: 20175154

מס' ביקור: 2632632

לכבוד: קופ"ח מכבי -

ד"ר רוזנבלו עומ

הנדון: גב'/מר: זרגרוב משה ת"ז: 208152017 מין: ז

תאריך לידה: 22/02/2000

כתובת: משה לוי 7 רמלה

טלפון: 05-26462273

...

להלן תוצאות הבדיקות אשר בוצעו בתאריך 31/07/2025:

א.ס מרפק צד ימין

הדגמה תקינה של גידים דו ראשי ותלת ראשי.

הדגמה סונוגרפית תקינה של הגידים אפיקונדלריים מדיאלים.

גיד ה E.C.R ׀ הדגמה תקינה.

לא הודגם נוזל יתר במפרקי המרפק.

העצב האולנרי היפואקוגני ברוחב 0.1 ס"מ.

...

בברכה

ד"ר לונדון

מ.ר. 22926

מ.ר.מ 11954

יש להביא בדיקה זו להשוואה (בבדיקה דומה בלבד).

הקלידה: כהן אורלי

רנטגנאי מבצע: חבייר נפתל

הבדיקה בוצע בסניף: משוב לוד

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



0308367143



164454



קוד הפניה: 447037704

טלפון: 08-9424100

פקס: 073-2132673

כתובת: משה לוי 29, רמלה

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: זרגרוב	שם פרטי: נוי
ת.ז.: 212925325	ת.ל.עבודה/נייד: 0535287080
ת.לידה: 15/03/2002	מין: נ
כתובת: משה לוי 7/77, רמלה	מיקוד: 7227919
0212925325	

US איברים

קוד	הבדיקה הדרושה אולטראסאונד
6705	בטן עליונה כולל כליות

שאלה למבצע הבדיקה: אבנים? אחר?

תלונות: כאבים במותן שמאל מזה שבוע. בא והולך - כעת ללא כאבים (הבוקר קצת כאב)
שוללת תלונות GU ללא בחילות ללא הקאות

ממצאים: מצב כללי טוב, משביע רצון, ללא סימני מצוקה נשימתית חריפה ללא טכפניה או דספניה. ללא סימני התייבשות בבדיקה
עור על פני הבטן והגב תקין. בטן רכה, רגישות במותן שמאל, נקודתי, ללא סימני גירוי צפקי. נקישות מותניי חיובי קל משמאל

אבחנות:
• ABDOMINAL PAIN
RENAL COLIC ?

בעיות ידועות:
• CORONAVIRUS RECOVERED PATIENT -COVID-19 (03/2021)
• ANEMIA (10/2021)

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

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

06/08/2025

חתימה וחותמת

תאריך

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 06/08/2025 עד תאריך - 02/02/2026

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

הוראות הכנה לבדיקה:

• צום של 6 שעות לפני הבדיקה. בטווח שעות אלו אין לעשן ואין ללעוס מסטיק.