



לביור תוצאות בדיקות וקביעת תורים-

היכנסו לפורטל שמיר אישי

## מחלקה לרפואה דחופה

מנהל מלר"ד: ד"ר גל פחיס

אחות אחראית: נטלי כרדי

טל: 08-9779910 פקס: 08-9779909

### סיכום רפואי

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, תשל"ו - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 ואין למסור אותו ו/או אחת  
תוכנו ו/או איזה פרט שהוא ממנו לכל אדם ו/או גוף אלא בהתאם להוראות החוק. מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלו, מהווה עבירה.  
מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא המטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי

|                                     |                             |
|-------------------------------------|-----------------------------|
| שם משפחה: בן דוד                    | ת. לידה: 26/11/1977 גיל: 46 |
| שם פרטי: חן                         | ת. זהות: 17854605 מין: נקבה |
| כתובת: רפאל איתן 1/22 חולון 5845321 | מצב משפחתי: נשוי/אה 2       |
| טלפון: 058-7997686                  | שם האב: שמואל שם האם: לאה   |
| זמן קבלה: 09:20 20/11/2024          | קופ"ח כללית                 |
| זמן פתיחת גיליון: 09:25 20/11/2024  | מספר מקרה: 12292846         |
| זמן שחרור: 10:29 20/11/2024         |                             |

### סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה

החלטה רפואית: שחרור

#### אבחנות במלרד

| אבחנה                    | קוד    | צד | תאריך | עיקר | S/P | MP | Rec |
|--------------------------|--------|----|-------|------|-----|----|-----|
| ACUTE PAIN DUE TO TRAUMA | 338.11 |    |       | ✓    |     |    |     |

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

סיבת פנייה

סיבה עיקרית: חבלה

#### בדיקת רופא ראשונית

בת 47, בריאה בדר"כ.

נפילה טכנית עם נפילה על הפנים. שברים בשיניים. כאבים בלסת וסנטר. חבלות בברכיים.

ללא איבוד הכרה או הקאה.

בבדיקתה:

הכרה מלאה, GCS 15 מצב מלי טוב, עירנית ומגיבה. נפוחות בסנטר.

בדיקה נוירולוגית גסה תקינה: אישונים שווים ומגיבים. תחושה ותנועתיות בפנים שמורה. כח גס שמור.

רומברג + אצבע אף תקינים.

צוואר: הגעת הראש תקינה, ללא רגישות גרמית למישוש צוואר.

ללא כאבים ע"ג גפיים. ללא חוסרים מוטורים או תחושתיים.

#### סיכום רפואי במלרד

חבלות בפנים לאל דגלים אדומים באנמזה או בבדיקה גופנית.

נבדקה ע"י רופא פה ולסת.

משתחררת לביתה.

תאריך: 27/11/2024

סיכום יעוץ

פרטי המטופל: שם משפחה ופרטי: **בן דוד חן** מס זהות: **00017854605** גיל: **47.00** מין: **נ**  
ת.לידה: **26/11/1977** ישוב: **חולון** רחוב: **רפאל איתן**  
מס בית: **1 / 22** טלפון: **58- 7997686** טלפון נוסף: **58- 7997686**

סוג תאונה **2 תאונת עבודה** תאריך תאונה **20/11/2024**

לכבוד: ד"ר חנן ללה  
תלונות: נפילה בזמן עבודה כאבים בעש מותני עם עם הקרנה לרגל שמאל ידועה מעבה על מחלה דיסקוגנית שהיחמיר לאחר נפילה הובחן דרך CT ליפני כשנה  
ממצאים: רגישות באיזור פראוורטברלי שמאל זרמים לאורך ירך שמאל  
לסג שמאל 30 מעלות החזר פיקה תקין דוצדדי ירידה בהחזר אכילס משמאל  
כח גס שמור FABER שלילי

אבחנות

| מועד גילוי | איפיון | אבחנה         |
|------------|--------|---------------|
|            | lt     | LOW BACK PAIN |

תוכנית אבחנתית

| הפניות       | פרטי ההפניה               | קוד | סטטוס |
|--------------|---------------------------|-----|-------|
| הפניה לדימות | 78549 ת.מ. MRI בדיקת עמוד | H3  | הודפס |

תרופות בביקור

| P | M  | עד | ח | ק | נ | OP    | סה"כ | משך | D | פ | יחידה  | הגשה | מנה | תרופה                           |
|---|----|----|---|---|---|-------|------|-----|---|---|--------|------|-----|---------------------------------|
| 1 | PD |    | 0 | ר | N | יחידה | 30   | 15  | D | 2 | טבליות | TAB  | 1   | ETOPAN 500MG (M) (20) TAB 500MG |

פעולות ביעוץ

| פעולות                       | קוד | כמות | בוצע בתאריך |
|------------------------------|-----|------|-------------|
| 306 הזרקה /או ניקור תוך פרקי | 306 | 1    | 03/12/2023  |

בברכה,

ד"ר ג'ורג' גהאורגה איזק

חתימה וחותמת הרופא

16465

מספר רשיון

ד"ר ג'ורג' גהאורגה איזק

שם הרופא

תאריך: 27/11/2024

הפניה לדימויות

פרטי המטופל:  
שם משפחה ופרטי: **בן דוד חן**  
ת.לידה: 26/11/1977  
מס בית: 1 / 22  
מס זהות: 00017854605  
גיל: 47.00 מין: ג  
רפאל איתן  
טלפון מספר: 58-7997686  
חולון  
טלפון: 58-7997686

20/11/2024

תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

32150030066

מספר הפניה:

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

רשיון רופא



2150



032150030066



17854605



016465

ביום הבדיקה, נא לפנות למשרד מכון הרנטגן והדימויות כ- 15 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה.  
נא להגיע עם טופס הפניה, מסמכים רלוונטיים וצילומים קודמים.  
לנשים בלבד!  
אם הינך בהריון או במצב של אפשרות להריון, חובה עליך ליידע את הרופא המפנה לבדיקה ואת הצוות המבצע במכון הרנטגן והדימויות.  
נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין תור לבדיקה ב- 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

לכבוד: MRI

שירות שנבחר

| קוד שירות | קוד משה"ב | תיאור רפואי                    | שירות רפואי |
|-----------|-----------|--------------------------------|-------------|
| 78549     | 72148     | ת.מ. MRI בדיקת עמוד שדרה מותני | 10306030    |

המטופל מתלונן על נפילה בזמן עבודה כאבים בעש מותני עם עם הקרנה לרגל שמאל ידועה מעבה על מחלה דיסקוגנית שהיחמיר לאחר נפילה והובחן דרך CT ליפני כשנה

ממצאים עיקריים רגישות באיזור פראוורטברלי שמאל זרמים לאורך ירך שמאל  
לסג שמאל 30 מעלות החזר פיקה תקין דוחדדי ירידה בהחזר אכילס משמאל  
כח גס שמור FABER שלילי

אבחנה משוערת

| קוד  | איפיון | אבחנה         |
|------|--------|---------------|
| 7242 | lt     | LOW BACK PAIN |

בעיות פעילות

| מ.גילוי    | איפיון | בעיה                          |
|------------|--------|-------------------------------|
| 20/09/2019 |        | FIBROCYSTIC DISEASE OF BREAST |
| 20/09/2019 |        | FX OF CA OF BREAST            |

רגישויות ו/או תופעות לוואי

מידע ישן

לא יודע

FLAGYL

נחותם דיגיטלי

16465

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה  
ד"ר ג'ורג' גהאורגה איזק

חתימה וחוקתיות הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

08/01/2025 14:17:57

פאת שיניים נתיב ד"ר אנדי בויאנג'ו

כרטיס הטיפולים ללקוח

יוד בן דוד חן (תיק מס' 22932680)

ת.ז. 17854605

0587997686

גל 1, חולון

| התחלה    | גמר      | ד"ר | מצב שיניים | משטח  | כמ | קוד | תאור הטיפול                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------|----------|-----|------------|-------|----|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 20/11/24 | 20/11/24 | 153 | ג          | 21-11 | 2  |     | ע"ר<br>המטופלת הגיע עקב חבלת שיניים קדמיות 11,21<br>לפי דבריה נפלה בבוקר עם מכה על הסנטר<br>ניבדיקה במיון יש מכתב<br>בבדיקה קלינית<br>רגישות, ID, שן 11 שבר כתרת עם חסיפת דנטין<br>תקנה לקור, רגישות לניקוש, ניידות פיזיולוגי<br>ללא חסיפת דנטין ללא IM שן 21 שבירת הפינה<br>ממצאים חריגים<br>בוצע השלמת כותרות זמני בשיניים 11,21<br>ביקורת בעד שבועים<br>ללא אלחוש |
| 09/12/24 | 09/12/24 | 153 | ג          | 21-12 | 3  |     | ביקורת לאחר חבלת שיניים 11-21<br>המטופלת מציינת שיפור במצב<br>השלמות תקנות<br>בבדיקה קלינית רגישות מוגברת לניקוש בשיניים<br>12,11<br>בדיקת ויטליות תקנה בכל השיניים 12,11,21,22<br>ניידות פיזיולוגי<br>קיים סדק פנימי הוריזונטלי בכותרת שן 12<br>המשך מעקב<br>ביקורת בעד 3 חודשים                                                                                    |





מספר רשיון 16465  
טלפון 03-7503344  
פקס 03-7503341  
מחוז ת"א

שם הרופא ד"ר ג'ורג' גהאורגה איזק  
תחום אורתופדיה  
כתובת רפאל איתן 4 חולון  
מרפאה רפאל איתן - מרכז רפואי - חולון

תאריך: 27/11/2024

## הפניה לדימות

|              |                 |           |              |             |           |             |              |   |
|--------------|-----------------|-----------|--------------|-------------|-----------|-------------|--------------|---|
| פרטי המטופל: | שם משפחה ופרטי: | בן דוד חן | מס זהות:     | 00017854605 | גיל:      | 47.00       | מין:         | נ |
| ת.לידה:      | 26/11/1977      | ישוב:     | חולון        | רחוב:       | רפאל איתן | טלפון נוסף: | 58 - 7997686 |   |
| מס בית:      | 1 / 22          | טלפון:    | 58 - 7997686 |             |           |             |              |   |

תאריך תאונה 20/11/2024

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה: 32150030066

גורם שולח



2150

מספר הפניה



032150030066

תז נבדק



17854605

רשיון רופא



016465

ביום הבדיקה, נא לפנות למשרד מכון הרנטגן והדימות כ- 15 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה.  
נא להגיע עם טופס ההפניה, מסמכים רלוונטיים וצילומים קודמים.  
לנשים בלבד!

אם הינך בהריון או במצב של אפשרות להריון, חובה עליך ליידע את הרופא המפנה לבדיקה ואת הצוות המבצע במכון הרנטגן והדימות.  
נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין תור לבדיקה ב- 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

לכבוד: MRI

שירות שנבחר

| קוד שירות | קוד משה"ב | תיאור רפואי                    | שירות רפואי |
|-----------|-----------|--------------------------------|-------------|
| 78549     | 72148     | ת.מ. MRI בדיקת עמוד שדרה מותני | 10306030    |

המטופל מתלונן על נפילה בזמן עבודה כאבים בעש מותני עם הקרנה לרגל שמאל ידועה מעבה על מחלה דיסקוגנית שהיחמיר לאחר נפילה הובחן דרך CT ליפני כשנה

ממצאים עיקריים רגישות באיזור פראוורטברלי שמאל זרמים לאורך ירך שמאל  
לסג שמאל 30 מעלות החזר פיקה תקין דוצדדי ירידה בהחזר אכילס משמאל  
כח גס שמור FABER שלילי

אבחנה משוערת

| קוד  | איפיון | אבחנה         |
|------|--------|---------------|
| 7242 | lt     | LOW BACK PAIN |

בעיות פעילות

| מ.גילוי    | איפיון | בעיה                          |
|------------|--------|-------------------------------|
| 20/09/2019 |        | FIBROCYSTIC DISEASE OF BREAST |
| 20/09/2019 |        | FX OF CA OF BREAST            |

רגישויות ו/או תופעות לוואי

מידע ישן

לא יודע

FLAGYL

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה

\*\*נחתם דיגיטלית\*\*

16465

ד"ר ג'ורג' גהאורגה איזק

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

כרטיס הטיפולים ללקוח**לכבוד בן דוד חן (תיק מס' 22932680)**

מס' ת.ז. 17854605

ס: 0587997686

רפאל 1, חולון

| # | התחלה    | גמר      | ד"ר | מצב | שיניים | משטח | כמ | קוד | תאור הטיפול                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | מחיר |
|---|----------|----------|-----|-----|--------|------|----|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 1 | 20/11/24 | 20/11/24 | 153 | ג   | 21-11  |      | 2  |     | ע"ר<br>המטופלת הגיע עקב חבלת שיניים קדמיות 11,21<br>לפי דבריה נפלה בבוקר עם מכה על הסנטר<br>ניבדקה במיון יש מכתב<br>בבדיקה קלינית<br>רגישות, ID שן 11 שבר כתרת עם חסיפת דנטין<br>תקנה לקור, רגישות לניקוש, ניידות פיזיולוגי<br>ללא חסיפת דנטין ללא IM שן 21 שבירת הפינה<br>ממצאים חריגים<br>בוצע השלמת כותרות זמני בשיניים 11,21<br>ביקורת בעד שבועים<br>ללא אלחוש | 280  |
| 2 | 09/12/24 | 09/12/24 | 153 | ג   | 21-12  |      | 3  |     | ביקורת לאחר חבלת שיניים 11-21<br>המטופלת מצינת שיפור במצב<br>השלמות תקנות<br>בבדיקה קלינית רגישות מוגברת לניקוש בשיניים<br>12,11<br>בדיקת ויטליות תקנה בכל השיניים 12,11,21,22<br>ניידות פיזיולוגי<br>קיים סדק פנימי הוריונטלי בכותרת שן 12<br>המשך מעקב<br>ביקורת בעד 3 חודשים                                                                                    |      |
| 3 | 11/03/25 | 11/03/25 | 153 | ג   | 21-12  |      | 3  |     | בוצע בדיקה חוזרת לאחר חבלת שיניים 11-21<br>וביצוע השלמות זמניות<br>שיניים ללא ניידות, ללא ממצאים חריגים, רגישות<br>קלה לניקוש בשיניים 12,11,21, ללא רגישות<br>למישוש בחניכיים<br>בדיקת ויטליות תקנה<br>המטופלת הופנתה לביצוע שיחזורים קבועים<br>בשיניים 11,21<br>ביקורת בעד כחצי שנה                                                                               |      |
| 4 | 07/04/25 | 07/04/25 | 86  | ג   |        |      | 1  |     | שיניים 12 11 21 נפגעו אחרי חבלה. השיניים<br>ויטליות. לשיפור המצב מומלץ ציפויים ל רביעה<br>קידמית 11 21 12 22 לצורך שמירת על סימטריה                                                                                                                                                                                                                                |      |

סה"כ מחירי הטיפולים בכרטיס זה: 280



הודפס בתאריך 07/04/2025

מרפאת שיניים נתיב ד"ר אנדי בויאנג'ו  
הרוקמים 26, מרכז עזריאלי החדש, א.ת. חולון  
חולון  
טל: 03-5044964

### הצעת מחיר לתכנית טיפולים מס' 2

לכבוד בן דוד חן (תיק מס' 22932680)

מס' ת.ז. 17854605

רפאל 1, חולון

ס: 0587997686

| מס' שן | כמות | משטח | אופ | תאור הטיפול        | מחיר  |
|--------|------|------|-----|--------------------|-------|
| 11     | 1    |      |     | ציפוי חרסינה חזיתי | 4,185 |
| 12     | 1    |      |     | ציפוי חרסינה חזיתי | 4,185 |
| 21     | 1    |      |     | ציפוי חרסינה חזיתי | 4,185 |
| 22     | 1    |      |     | ציפוי חרסינה חזיתי | 4,185 |

16,740

סה"כ

תוכנית הטיפול והצעת המחיר נכונים ליום הכנתם ועשויים להשתנות בהתאם לצילום ס"ט מצב הפה והתקדמות הטיפול.  
ההנחה תקפה לתוכנית זו בלבד. שינוי בתוכנית עלול לגרור שינוי בהנחה שניתנה.

אחריות מותנית בטיפול שיננית כל 3 חודשים.  
למתרפא/ה הוסברה מהות הטיפולים.

המתרפא/ה מסכים/ה לביצוע הטיפולים ומתחייב/ת לשלם עבורם.

השיקום הזמני הינו - תותבת זמנית / העמסה מיידית (כתרים זמניים

האם קיים ביטוח כן / לא

אמצעי תשלום \_\_\_\_\_ מס' תשלומים \_\_\_\_\_

חתימת המתרפא/ת לאישור התוכנית \_\_\_\_\_

ד"ר אנדי בויאנג'ו  
מ.ר. 7660

חתימה: \_\_\_\_\_



|            |            |           |      |                        |             |
|------------|------------|-----------|------|------------------------|-------------|
| 08/01/2025 | ת. ביצוע:  | 1785460-5 | ת"ז: | חן בן דוד              | נבדק:       |
| 28/01/2025 | ת. פיענוח: | 47 שנים   | גיל: | 26/11/1977             | תאריך לידה: |
| 28/01/2025 | ת. הדפסה:  | נקבה      | מין: | מחוז מרכז, (70000)     | מוסד מפנה:  |
|            |            |           |      | מרפאת נוה ים, (73530)  | גורם מפנה:  |
|            |            |           |      | ג'ורג' ג איזק, (16465) | רופא מפנה:  |

**ת.מ. MRI עמוד שדרה**

**סיבת ההפניה:**

לאחר נפילה. כאבים בע"ש מותני עם הקרנה לרגל שמאל.

**בוצע:**

ת.מ. MRI עמוד שדרה בתאריך 08/01/2025 22:50 מ.ג. 1205005899393 מבצע: אליהו גשקוביץ; אבירם ויזל;  
ת.מ. MRI בדיקת עמוד שדרה מותני;

**ממצאים:**

הבדיקה נעשתה במישורים שונים, בסדרות TSET1, TSET2, STIR.

**השוואה:**

אין בדיקות קודמות להשוואה

**ממצאים:**

עקמת קמורה לשמאל.

הקונוס מדולאריס בעמדה ואות תקינים.

אות תקין של מח עצם. שינויים ניווניים בלוחיות הקצה בגובה L5-S1 מסוג מודיק 1 - 2.

**L1-2-ב**

אין עדות לפריצת דיסק. אין היצרות של השק הדוראלי או היצרות של הנוירופוראמינות.

**L2-3-ב**

אין עדות לפריצת דיסק. אין היצרות של השק הדוראלי או היצרות של הנוירופוראמינות.

**L3-4-ב**

פריצות דיסק זעירה לטרלית אקסטרה-פורמינלית משמאל עם קרע אנולרי, עם לחץ קל על השורש L3. ללא היצרות של השק הדורלי.

**L4-5-ב**

בלט דיסק היקפי קל עם לחץ קל על השק הדורלי, ללא היצרות פורמינלית, קרע אנולרי לטרלי מימין.

**L5-S1-ב**

פריצת דיסק סובארטיקולרית משמאל עם היצרות הרצס הלטרלי ולחץ לשורש S1. שינויים ניווניים פצטליים.

\* העתק תוצאות מידע דימותי - המסמך מכיל מידע מוגן ע"פ חוק הגנת הפרטיות התשמ"א 1981 \*

\*\* מידע חסוי אישי \*\*

כללית

מרכז רפואי רבין  
בית חולים בילינסון

עמוד 2 מתוך 2

נבדק: חן בן דוד ת"ז: 1785460-5 מ.גישה: 1205005899393

סיכום:

פריצת דיסק משמאל בגובה L5-S1 עם לחץ על שורש S1.  
פריצת דיסק זעירה לטרלית משמאל בגובה L3-L4 עם לחץ קל על השורש L3.

28/1/2025 15:17

מספר רשיון: 37332

אושרר ע"י: ד"ר נטליה מיכאלי

תאריך: 10/02/2025

**הפניה לרפואה יועצת**

|              |                 |           |            |             |           |             |            |   |
|--------------|-----------------|-----------|------------|-------------|-----------|-------------|------------|---|
| פרטי המטופל: | שם משפחה ופרטי: | בן דוד חן | מס זהות:   | 00017854605 | גיל:      | 47.02       | מין:       | נ |
| ת.לידה:      | 26/11/1977      | ישוב:     | חולון      | רחוב:       | רפאל איתן | טלפון נוסף: | 58-7997686 |   |
| מס בית:      | 1 / 22          | טלפון:    | 58-7997686 |             |           |             |            |   |

תאריך תאונה 20/11/2024

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

33761235754

**מספר הפניה:**

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

מספר רשיון



3761



033761235754



17854605



035232

**לכבוד: אורתופד שדרה**

**שירות שנבחר**

| קוד שירות | קוד משה"ב | תיאור רפואי             | שירות רפואי |
|-----------|-----------|-------------------------|-------------|
| 70017     | L9249     | בדיקה אורתופד עמוד שדרה | 6010172     |

**הריני מפנה את המטופל הנל להתייעצות בשל**

**תלונות**

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 27/11/2024:  
נפילה בזמן עבודה כאבים בעש מותני עם עם הקרנה לרגל שמאל ידועה מעבה על מחלה דיסקוגנית שהיחמיר לאחר נפילה הובחן דרך CT ליפני כשנה  
10/02/2025  
בבירור MRI

L3-L4 ב  
ללא היצרות של השק הדורלי, L3 פריצות דיסק זעירה לטרלית אקסטרה-פורמינלית משמאל עם קרע אנולרי, עם לחץ קל על השורש  
L4-L5 ב  
בלט דיסק היקפי קל עם לחץ קל על השק הדורלי, ללא היצרות פורמינלית, קרע אנולרי לטרלי מימין.  
L5-S1 ב  
שינויים ניווניים פצטליים. S1 פריצת דיסק סובארטיקולרית משמאל עם היצרות הרצץ הטרלי ולחץ לשורש  
בבירור MRI תמונה של החמרה במצבה תמונה של בלט דיסק נטוף L3-L4 וכן L4-L5.  
מתארת החמרה במצבה כאבים קורנים לרגל שמאל בפיזור S1 משמאל. תוכנית בשלב זה נסיון פיזיותרפיה רפואה משלימה מרפאת הכאב. המשך המעקב אורתופד שדרה.

**ממצאים בבדיקה**

רגישות באיזור פראוורטברלי שמאל זרמים לאורך ירך שמאל  
לסג שמאל 30 מעלות החזר פיקה תקין דוצד ירידה בהחזר אכילס משמאל  
כח גס שמור FABER שלילי

**אבחנה משוערת**

| קוד  | איפיון | אבחנה         |
|------|--------|---------------|
| 7242 | lt     | LOW BACK PAIN |

דיון/תוכנית טיפולית: ההפניות שהופקו ב 27/11/2024  
הפניה לדימות - 78549-ת.מ. MRI בדיקת עמוד  
10/02/2025

| מ.גילוי    | איפיון | בעיה                          |
|------------|--------|-------------------------------|
| 20/09/2019 |        | FIBROCYSTIC DISEASE OF BREAST |
| 20/09/2019 |        | FX OF CA OF BREAST            |

מידע ישן:

CONTRACEPTIVE MANAGEMENT  
LACTOS DEFF.

רגישות לתרופות - מידע ישן

לא יודע

FLAGYL

תרופות קבועות

| ...ב | פעמים | א. הגשה | כמות | תרופות                         |
|------|-------|---------|------|--------------------------------|
| ביום | 1     | כמוסות  | 1    | UTIPRO PLUS CAP CF             |
| ביום | 1     | כמוסות  | 1    | NITROFURANTOIN 100MG CAP 100MG |
| ביום | 2     | טבליות  | 1    | CITALOPRAM HYDROBROMIDE 20MG   |

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

\*\*נחתם דיגיטלית\*\*

35232

ד"ר מוטי מרדכי קסטנר

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

בפניה לטיפול באחד מבית"ח של הכללית על סמך הפניה זו, לאחר קביעת תור לטיפול, ניתן להסדיר את התשלום עבור השירות עד למועד התור באמצעות כרטיס אשראי באתר הכללית. לחילופין, ניתן להפיק ט17 במשרד מרפאת האם. רשימת בית"ח של הכללית מפורסמת באתר הכללית ([www.clalit.co.il](http://www.clalit.co.il)).



מספר רשיון 35232  
טלפון 03-7471200  
פקס 03-7471201  
מחוז ת"א

ד"ר מוטי מרדכי קסטנר  
מומחה לכירורגיה אורטופדית  
נעמי שמר 15, חולון  
מרפאה יועצת חולון

שם הרופא  
תחום  
כתובת  
מרפאה

תאריך: 10/02/2025

## הפניה לפיזיותרפיה

(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

|              |                 |           |              |             |           |             |              |   |
|--------------|-----------------|-----------|--------------|-------------|-----------|-------------|--------------|---|
| פרטי המטופל: | שם משפחה ופרטי: | בן דוד חן | מס זהות:     | 00017854605 | גיל:      | 47.02       | מין:         | נ |
| ת.לידה:      | 26/11/1977      | ישוב:     | חולון        | רחוב:       | רפאל איתן | טלפון נוסף: | 58 - 7997686 |   |
| מס בית:      | 1 / 22          | טלפון:    | 58 - 7997686 |             |           |             |              |   |

תאריך תאונה: 20/11/2024

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

מספר הפניה: 33761235751

גורם שולח



3761

מספר הפניה



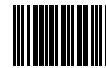
033761235751

תז נבדק



17854605

רשיון רופא



035232

## שירות שנבחר

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

LOW BACK PAIN

## אבחנה משוערת

## תלונות / סיבת הפניה

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 27/11/2024:

נפילה בזמן עבודה כאבים בעש מותני עם הקרנה לרגל שמאל ידועה מעבה על מחלה דיסקוגנית שהיחמיר לאחר נפילה הובחן דרך CT ליפני כשנה  
10/02/2025  
בבירור MRI

L3-4 ב

ללא היצרות של השק הדורלי. L3 פריצות דיסק זעירה לטרלית אקסטרה-פורמינלית משמאל עם קרע אנולרי, עם לחץ קל על השורש

L4-5 ב

בלט דיסק היקפי קל עם לחץ קל על השק הדורלי, ללא היצרות פורמינלית, קרע אנולרי לטרלי מימין.

L5-S1 ב

שינויים ניווניים פצטליים. S1 פריצת דיסק סובארטיקולרית משמאל עם היצרות הרצס הלטרלי ולחץ לשורש בבירור MRI תמונה של החמרה במצבה תמונה של בלט דיסק נסוף L3-L4 וכן L4-L5.

מתארת החמרה במצבה כאבים קורנים לרגל שמאל בפיזור S1 משמאל. תוכנית בשלב זה נסיון פיזיותרפיה רפואה משלימה מרפאת הכאב. המשך המעקב אורתופד שדרה.

## בעיות פעילות

| מ.גילוי    | איפיון | בעיה                          |
|------------|--------|-------------------------------|
| 20/09/2019 |        | FIBROCYSTIC DISEASE OF BREAST |
| 20/09/2019 |        | FX OF CA OF BREAST            |

CONTRACEPTIVE MANAGEMENT  
LACTOS DEFF.

## מידע ישן

## רגישויות ו/או תופעות לוואי

## מידע ישן

לא יודע

FLAGYL

## תרופות קבועות

| ...ב | פעמים | א. הגשה | כמות | תרופות                         |
|------|-------|---------|------|--------------------------------|
| ביום | 1     | כמוסות  | 1    | UTIPRO PLUS CAP CF             |
| ביום | 1     | כמוסות  | 1    | NITROFURANTOIN 100MG CAP 100MG |

7 ס.ה.ר

הפניה לפיזיותרפיה

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

דף 1

10/02/2025

הודפס ע"י ד"ר מוטי מרדכי קסטנר

00017854605

בן דוד חן

הודפס מאתר כללית ב-28.07.2025 בשעה 22:10 בעבור חן בן דוד. תעודת זהות: 17854605.

| תרופות                       | כמות | א. הגשה | פעמים | ...  |
|------------------------------|------|---------|-------|------|
| CITALOPRAM HYDROBROMIDE 20MG | 1    | טבליות  | 2     | ביום |

**ממצאים קליניים**  
רגישות באיזור פראוורטברלי שמאל זרמים לאורך ירך שמאל  
לסג שמאל 30 מעלות החזר פיקה תקין דוצדדי ירידה בהחזר אכילס משמאל  
כח גס שמור FABER שלילי

**מטרת הבדיקה: אבחון**

|                                                                                        |            |                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------------|
| נחתם דיגיטלית**                                                                        | 35232      | ד"ר מוטי מרדכי קסטנר |
| חתימה וחותמת הרופא                                                                     | מספר רשיון | שם הרופא             |
| בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה. |            |                      |



מספר רשיון 35232  
טלפון 03-7471200  
פקס 03-7471201  
מחוז ת"א

ד"ר מוטי מרדכי קסטנר  
מומחה לכירורגיה אורטופדית  
נעמי שמר 15, חולון  
מרפאה יועצת חולון

שם הרופא  
תחום  
כתובת  
מרפאה

תאריך: 10/02/2025

## הפניה לרפואה יועצת

|              |                 |           |              |             |           |             |              |   |
|--------------|-----------------|-----------|--------------|-------------|-----------|-------------|--------------|---|
| פרטי המטופל: | שם משפחה ופרטי: | בן דוד חן | מס זהות:     | 00017854605 | גיל:      | 47.02       | מין:         | נ |
| ת.לידה:      | 26/11/1977      | ישוב:     | חולון        | רחוב:       | רפאל איתן | טלפון נוסף: | 58 - 7997686 |   |
| מס בית:      | 1 / 22          | טלפון:    | 58 - 7997686 |             |           |             |              |   |

20/11/2024 תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה: 33761235752

גורם שולח



3761

מספר הפניה



033761235752

תז בבדק



17854605

מספר רשיון



035232

לכבוד: מרפאת הכאב

שירות שנבחר

| קוד שירות | קוד משה"ב | תיאור רפואי        | שירות רפואי |
|-----------|-----------|--------------------|-------------|
| 70005     | 99242     | בדיקה רפואית - כאב | 70090       |

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 27/11/2024:  
נפילה בזמן עבודה כאבים בעש מותני עם עם הקרנה לרגל שמאל ידועה מעבה  
על מחלה דיסקוגנית שהיחמיר לאחר נפילה הובחן דרך CT ליפני כשנה  
10/02/2025:  
בבירור MRI

L3-4 - ב  
ללא היצרות של השק הדורלי. L3 פריצות דיסק זעירה לטרלית אקסטרה-  
פורמינלית משמאל עם קרע אנולרי, עם לחץ קל על השורש  
L4-5 - ב  
בלט דיסק היקפי קל עם לחץ קל על השק הדורלי, ללא היצרות פורמינלית, קרע  
אנולרי לטרלי מימין.  
L5-S1 - ב  
שינויים ניווניים פצטליים. S1 פריצת דיסק סובארטיקולרית משמאל עם היצרות  
הרצס הלטרלי ולחץ לשורש  
בבירור MRI תמונה של החמרה במצבה תמונה של בלט דיסק נוסף L3-L4 וכן L4-  
L5.  
מתארת החמרה במצבה כאבים ק'ורנים לרגל שמאל בפיזור S1 משמאל.  
תוכנית בשלב זה נסיון פזיותרפיה רפואה משלימה מרפאת הכאב.  
המשך המעקב אורתופד שדרה.

ממצאים בבדיקה

רגישות באיזור פראוורטברלי שמאל זרמים לאורך ירך שמאל  
לסג שמאל 30 מעלות החזר פיקה תקין דוצדדי ירידה בהחזר אכילס משמאל  
כח גס שמור FABER שלילי

אבחנה משוערת

| קוד  | איפיון | אבחנה         |
|------|--------|---------------|
| 7242 | lt     | LOW BACK PAIN |

דין/תוכנית טיפולית:

ההפניות שהופקו ב 27/11/2024:  
הפניה לדימות - 78549-ת.מ. MRI בדיקת עמוד  
10/02/2025:

| מגילוי     | איפיון | בעיה                          |
|------------|--------|-------------------------------|
| 20/09/2019 |        | FIBROCYSTIC DISEASE OF BREAST |
| 20/09/2019 |        | FX OF CA OF BREAST            |

מידע ישן:

CONTRACEPTIVE MANAGEMENT  
LACTOS DEFF.

רגישות לתרופות - מידע ישן

לא יודע

FLAGYL

תרופות קבועות

| ...  | פעמים | א. הגשה | כמות | תרופות                         |
|------|-------|---------|------|--------------------------------|
| ביום | 1     | כמוסות  | 1    | UTIPRO PLUS CAP CF             |
| ביום | 1     | כמוסות  | 1    | NITROFURANTOIN 100MG CAP 100MG |
| ביום | 2     | טבליות  | 1    | CITALOPRAM HYDROBROMIDE 20MG   |

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

|                      |            |                    |
|----------------------|------------|--------------------|
| ד"ר מוטי מרדכי קסטנר | 35232      | **נחתם דיגיטלית**  |
| שם הרופא             | מספר רשיון | חתימה וחומתת הרופא |

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

בפניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על סמך הפניה זו, לאחר קביעת תור לטיפול, ניתן להסדיר את התשלום עבור השירות עד למועד התור באמצעות כרטיס אשראי באתר הכללית. לחילופין, ניתן להפיק ט17 במשרד מרפאת האם. רשימת בי"ח של הכללית מפורסמת באתר הכללית ([www.clalit.co.il](http://www.clalit.co.il)).



## סיכום ביקור

1785460-5 בן דוד חן

בת: 47

כתובת: רפאל איתן 1 כניסה . חולון 5845321

מספר קבלה: 3521298701

תאריך ביקור: 02/03/2025 10:08

|                                     |                   |
|-------------------------------------|-------------------|
| מחלקה: היחידה לשיכון כאב            | טלפון: 03-9372767 |
| מנהל: דר' בודובסקי ארקדי מ.ר. 24383 | פקס: 03-9372500   |
| אח/ות אחראי/ת: סמדר גופמן           |                   |

### אבחנות בביקור

| אבחנה                            | קוד   | צד    | תאריך | עיקרי | S/P | M/P | Rec |
|----------------------------------|-------|-------|-------|-------|-----|-----|-----|
| SPINAL STENOSIS OF LUMBAR REGION | 72402 |       |       | ✓     |     |     |     |
| Lumbar radicular pain            | 7244  |       |       |       |     |     |     |
| Lumbar Facet joint pain          | 71948 | Right |       |       |     |     |     |
| SACROILIAC PAIN                  | 7246  |       |       |       |     |     |     |

### לא ידועה רגישות לתרופות

### תלונת החולה

04.09.2024 ביקור ראשון במרפאתינו. כאבים בגב תחתון בפיזור L5 - LEFT לאורך 10 חודשים. בעבר טופלה עם שיפור זמני של 2 חודשים ד"ר מדווין ל4 SNRB L5-S1 פעמים. הוחלט להתקדם לגלי רדיו.

30\10\2024 היום קיבלה RF DRG LT L5

02.03.2025 מצב לאחר RF ל שורש L5 LT הקלה זמנית עד הנפילה וחבלת פניפם וגב תחתון במהלך עבודה

כאבי ם רדיקולרים חזרו מצד שמאל ו בצד יצן כאבים חדשים איזור ע"ש מותני קורן לעכוז מימין

אקסטנסיה של עמייש מותני מחמירה כאב

רגישות מעל מפרקים פסטרים מותניים ימין יתר משמאל

מסוגלת לעמוד על קצה של אצבעות ו עקבים

### בדיקות שבוצעו

MRI

תאריך: 24/12/2023 ממצאים: פריצת דיסק L5-S1 LEFT>RIGHT

### דיווח פעולות:

קוד שירות 70005 1  
כמות 1  
פעולה  
תאריך 02/03/2025 10:31  
נרשם ע"י 24383. מ.ר. ארקדי בודובסקי

### המשך טיפול

לא

### המלצות

המלצה: Lumbar Facet Joint (Medial branch nerve block-63004rt  
SACROILIAC JOINT INJECTION תחת שיקוף רנטגן- 63004rt ----  
יש להצטייד בשתי טופסי 17 בניפרד לאור טיפול באזורים אנטומים שונים

חתימה:

נחתם ע"י: דר' בודובסקי ארקדי מ.ר. 24383

## סיכום ביקור

1785460-5 בן דוד חן

בת: 47

כתובת: רפאל איתן 1 כניסה . חולון 5845321

מספר קבלה: 3521298701

תאריך ביקור: 02/03/2025 10:08



**חשוב לשאול את הצוות המטפל 3 שאלות שיסייעו להבנת מצבך הרפואי:**  
**מה הבעיה הרפואית שלי? מה עלי לעשות כדי לטפל בבעיה? למה חשוב שאעשה זאת?**

בתאריך: 02/03/2025, 10:32

המסמך הודפס ע"י דר' בודובסקי ארקדי

**\*\*חסי אישי\*\***



סיכום ביקור

1785460-5 בן דוד חן

בת: 47

כתובת: רפאל איתן 1 כניסה קומה 22. חולון 5845321

מספר קבלה: 3526039701

תאריך ביקור: 10/06/2025 12:12

טלפון: 03-9372767

פקס: 03-9372500

מחלקה: היחידה לשיכון כאב

מנהל: דר' בודובסקי ארקדי מ.ר. 24383

אח/ות אחראית: סמדר גופמן

אבחנות בביקור

| אבחנה                            | קוד   | צד    | תאריך | עיקרי | S/P | MP | Rec |
|----------------------------------|-------|-------|-------|-------|-----|----|-----|
| SPINAL STENOSIS OF LUMBAR REGION | 72402 |       |       | ✓     |     |    |     |
| Lumbar radicular pain            | 7244  |       |       |       |     |    |     |
| Lumbar Facet joint pain          | 71948 | Right |       |       |     |    |     |
| SACROILIAC PAIN                  | 7246  |       |       |       |     |    |     |

לא ידועה רגישות לתרופות

תלונת החולה

04.09.2024 ביקור ראשון במרפאתינו. כאבים בגב תחתון בפיזור L5 - LEFT לאורך 10 חודשים. בעבר טופלה עם שיפור זמני של 2 חודשים ד"ר מדוויק ל 4 SNRB L5-S1 פעמים. הוחלט להתקדם לגלי רדיו.

30/10/2024 RF DRG LT L5 היום קיבלה

02.03.2025 מצב לאחר RF ל שורש L5 LT הקלה זמנית עד הנפילה וחבלצת פניפם וגב תחתון במהלך עבודה כאבים ודיקולורים חזרו מצד שמאל ו בצד יצן כאבים חדשים איזור ע"ש מותני קורן לעכז מימין

אקסטנסיה של עמייש מותני מחמירה כאב

רגישות מעל מפרקים פסטרים מותניים ימין יתר משמאל

מסוגלת לעמוד על קצה של אצבעות ו עקבים

בדיקות שבוצעו

MRI

תאריך: 24/12/2023 ממצאים: פריצת דיסק L5-S1 LEFT>RIGHT

פעולות

| הזן ע"י                          | הזן בתאריך          | מהלך הניתוח                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ממצאים |
|----------------------------------|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| דר' בודובסקי<br>ארקדי מ.ר. 24383 | 10/06/2025<br>12:16 | הזרקה תחת שיקוף רנטגן לתוך ה-<br>Sacroiliac joint RT<br>לאחר הסבר מפורט על הפעולה,<br>תופעות הלוואי האפשריות, סיכונים<br>ודרכי טיפול חלופיות, התקבלה הסכמה<br>בעל פה ובכתב מהמטופל/ת.<br><br>מהלך הפעולה: המטופל/ת הושכב/ה<br>בדרך המקובלת, בוצעה רחצה אספטית<br>והמקום כוסה בכיסויים סטריליים.<br>לאחר מכן ניתנה הרדמה מקומית ג-<br>Lidocaine 1% 3 ml<br>המיקום המדויק לאזור האנטומי השייך<br>ל- Sacroiliac joint בקוטב התחתון |        |



מרכז רפואי רבין  
בית חולים השרון



|                                          |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                            |
|------------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                          |                             | <p>של המפרק, בוצע על ידי שיקוף רנטגן במנחי . Oblique, Laterally לאזור זה הוחדר מחט מסוג Spinal 22G. הזרקת חומר ניגוד: 1 ק / ml - OMNIPAQUE 300 לאחר גילוי פיזור חומר הניגוד בתוך ה-Sacroiliac joint הוזרק Diprospan .7mg, Lidocaine 1% - 4ml</p> <p>מהלך הפעולה עבר ללא סיבוכים והמטופל/ת נשארה/ה להשגחה בחדר התאוששות. בסיום הטיפול וההשגחה שוחררה/ה לביתה/ה במצב כללי משביע רצון. על המטופל/ת לפנות מידית לחדר המיון במידה ויופיעו הסימנים הבאים: כל חסר ניירולוגי חדש, חום מעל 38 מעלות, אודם חום מקומי ו/או הפרשה מאזור ההזרקה.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                            |
| <p>דר' בודובסקי<br/>ארקדי מ.ר. 24383</p> | <p>10/06/2025<br/>12:13</p> | <p>Lumbar Facet joint Medial branch nerve block</p> <p>לאחר הסבר מפורט על הפעולה, תופעות הלוואי האפשריות, סיכונים ודרכי טיפול חלופיות, התקבלה הסכמה בעל פה ובכתב מהמטופל/ת.</p> <p>מהלך הפעולה: המטופל/ת הושכבה/ה בדרך המקובלת, בוצעה רחצה אספטית והמקום כוסה בכיסויים סטריליים. לאחר מכן ניתנה הרדמה מקומית ב- Lidocaine 1% 3 ml</p> <p>המיקום המדויק לאזור האנטומי של חיבור בין התהליך הרוחבי והתהליך במפרק העולה The transverse process and the superior articular process השייך להולכה של עצב ה- Medial branch nerve הנ"ל בגובה L3, L4, L5 מצד / ימין, L5 Dorsal Ramus – לאורך הצומת העולה במפרק ה-sacral ala – לשולים העליונים של העצם הנ"ל - מצד /ימין/, בוצע על ידי שיקוף רנטגן במנחי Anterior-posterior, Oblique, Laterally</p> <p>לאזור זה הוחדר מחט מסוג Spinal 22G. דרך המחט הנ"ל הוזרק Depomedrol 20mg, Lidocaine 1% - 2ml לכל אחד מהם.</p> | <p>Lumbar Facet Joint (Medial branch nerve block-63004rt SACROILIAC JOINT INJECTION 63004rt ---- רנטגן תחת שיקוף רנטגן</p> |

מקצוע  
כללית

מרכז רפואי רבין  
בית חולים השרון



|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  | מהלך הפעולה עבר ללא סיבוכים והמטופל/ת הושאר/ה להשגחה בחדר התאוששות. בסיום הטיפול וההשגחה שוחרר/ה לביתו/ה במצב כללי משביע רצון. על המטופל/ת לפנות מידית לחדר המיון במידה ויופיעו הסימנים הבאים: כל חסר ניירולוגי חדש, חום מעל 38 מעלות, אודם חום מקומי ו/או הפרשה מאזור ההזרקה. |  |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

דיווח פעולות:

| קוד שירות | כמות | פעולה                                                         | תאריך | נרשם ע"י   |
|-----------|------|---------------------------------------------------------------|-------|------------|
| 63004     | 2    | שיכון כאב כרוני, בהנחיית שיקוף עם חומר ניגוד 12:15 10/06/2025 | 24383 | מ.ר. ארקדי |

הוראות ומדדים

| תאריך ושעה       | קטגוריה מדד | תוצאות והערות |
|------------------|-------------|---------------|
| 16:07 10/06/2025 | מדדים       | חום 36.5      |
|                  | מדדים       | דופק 75       |
|                  | מדדים       | לחץ דם 95/63  |
|                  | מדדים       | סטורציה 100   |

המשך טיפול

| קוד פעולה | מועד המשך טיפול | הערות                                             |
|-----------|-----------------|---------------------------------------------------|
| 70116     | 2 חודשים        | בדיקת רופא מומחה מרחוק, למעט בדיקות להן קוד מיוחד |

נחתם ע"י: דר' בודובסקי ארקדי מ.ר. 24383

חתימה:

חשוב לשאול את הצוות המטפל 3 שאלות שסייעו להבנת מצבך הרפואי:  
מה הבעיה הרפואית שלי? מה עלי לעשות כדי לטפל בבעיה? למה חשוב שאעשה זאת?

בתאריך: 10/06/2025, 18:26

המסמך הודפס ע"י דר' בודובסקי ארקדי

\*\*\* חסוי אש \*\*\*

|                    |         |
|--------------------|---------|
| רופא מטפל:         | רישיון: |
| דר' בודובסקי ארקדי | 24383   |

חתימה דיגיטלית:

## סיכום ביקור

1785460-5 בן דוד חן

בת: 47

כתובת: רפאל איתן 1 כניסה קומה 22, חולון 5845321

מספר קבלה: 3526039701

תאריך ביקור: 10/06/2025 12:12

מקבוצת  
נללית

מרכז רפואי רבין  
בית חולים השרון



25/07/2025 תאריך

סיכום טיפול

| פרטי המטופל       |           |               |         |            |            |
|-------------------|-----------|---------------|---------|------------|------------|
| שם משפחה ושם פרטי | בן דוד חן | 00-01785460-5 | 47.08   | נ          | 26/11/1977 |
| מס זהות           | גיל       | מין           | ת. לידה | שם האב     | שמואל      |
| רפאל איתן         | 1 / 22    | 58            | 7997686 | 58         | 7997686    |
| חולון             | מס בית    | טלפון         | טלפון   | טלפון נוסף | טלפון נוסף |
| רחוב              | מס בית    | טלפון         | טלפון   | טלפון נוסף | טלפון נוסף |

מס' הפניה במכון הפיזיותרפיה: 250639423 מספר זיהוי הפניה: 33761235751

תאריך הפניה: 10/02/2025

סוג הביקורים לסדרה: 2 תאונת עבודה

לכבוד הרופא המטפל/מקצועי: ד"ר מוטי מרדכי קסטנר

רשיון רופא: 35232

מרפאה: מרפאה יועצת חולון

מקצוע: אורטופדיה

אבחנה בהפניה:

| צד | קוד | איפיון | אבחנה         |
|----|-----|--------|---------------|
|    |     |        | LOW BACK PAIN |

אבחנה לטיפול:

| צד      | קוד  | אבחנה         |
|---------|------|---------------|
| דו צדדי | 7242 | LOW BACK PAIN |

תאריך תחילת טיפול: 13/02/2025

מס' ביקורים בפועל: 12 פרטני: 12

מס' אי הופעות לטיפול: 0

רשימת כל הטיפולים:

| כמות | טיפול                             |
|------|-----------------------------------|
| 1    | אבחון ראשון- בדיקה של פיזיותרפיסט |
| 12   | הדרכה וייעוץ (לאורח חיים בריא)    |
| 12   | הדרכה לתרגול בבית                 |
| 1    | הערכה מחדש- בדיקה                 |
| 2    | טיפול ב-TENS                      |
| 2    | תרגול כללי                        |

| איבר     | צד      | דרוג בעת פתיחת הסידרה | דרוג בעת סגירת הסידרה |
|----------|---------|-----------------------|-----------------------|
| גב תחתון | דו צדדי | 9                     |                       |

הערכת מטפל: 4-החמרה במצב

המטופל ביקר במכון בתאריכים:  
 25/07/2025  
 04/07/2025  
 06/06/2025  
 22/05/2025  
 09/05/2025  
 24/04/2025  
 07/04/2025  
 27/03/2025  
 10/03/2025  
 03/03/2025  
 20/02/2025  
 13/02/2025

ידידיה רפאל וקנין

שם מטפל

10191831

מספר רשיון

חתימה וחוקת

**מלית**  
 מרכז רפואי  
 וקנין ידידיה רפאל  
 פיזיותרפיסט מ.ר. 10-191831  
 מכון פיזיותרפיה טל: 03-7471206  
 מרכז רפואי יעצת חילון

**-חסוי אישי-**

אתר: קפלן  
תאריך: 19/02/2026  
סימוכין: 3569104

בן דוד חן  
חולון  
רחוב: רפאל איתן מספר בית: 0001  
לכבוד: הרופא המטפל  
מחוז מרכז- שירותי בריאות כללית

**הנדון: בן דוד חן ת"ז 017854605**

**להלן תוצאות סריקה בתהודה מגנטית של עמוד שדרה מותני:**

הבדיקה בוצעה בטכניקות שונות בשקלול T1, T2, במישור אקסיאלי וסגילי.  
הבדיקה בוצעה לבירור כאב גב תחתון.

סקוליוזיס קמורה לשמאל.  
עמדה לורדוטית רגילה.  
הקונוס בגובה L1.

בגובה L5-S1 שינויים מסוג מודיק בחלק השמאלי של הלוחיות הבין חולייתיות.  
בלט פראמדיאני שמאלי פורמינלי ולטרלי שמאלי לוחץ על השורשים משמאל.

בשאר הגבהים הסריקה תקינה.

הוקלד ע"י: לבנה ש

בתודה על ההפניה  
ובברכה,  
ד"ר אהרונ דבורה  
מומחית ברדילוגיה אבחנתית  
מ.ר. 29176  
מ.ר.מ. 19255

נבדק/ת נכבד/ת  
קריאת המידע הרפואי, המפורט בפענוח זה, ללא ליווי והסבר של הרופא המטפל/ המפנה,  
עלולה לגרום להבנה ופרשנות שגויים של הכתוב במסמך זה.  
אנא פנה לרופא המטפל/ המפנה על מנת שיסביר לך את המשמעויות של תוצאות הבדיקה.  
שאלות והשגות לגבי תוכן הפענוח יופנו אלינו רק על ידי הרופא המפנה !

התשובה עברה הגהה בחתימה ממוחשבת.  
מסמך זה מכיל מידע מוגן הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסרו שלא כדין עובר עבירה.

תאריך: 09/11/2025

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל:  
שם משפחה ופרטי: בן דוד חן  
ת.לידה: 26/11/1977  
מס בית: 1 / 22  
מס זהות: 00017854605  
גיל: 47.11 מין: נ  
רחוב: רפאל איתן  
טלפון נוסף: 58-7997686  
חולון  
טלפון: 58-7997686

תאריך תאונה 20/11/2024

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה ישירה: 33761295849

גורם שולח



3761

מספר הפניה



033761295849

תז נבדק



17854605

מספר רשיון



035232

לכבוד: אורתופדיה שדרה

שירות שנבחר

| קוד שירות | קוד משה"ב | תיאור רפואי             | שירות רפואי |
|-----------|-----------|-------------------------|-------------|
| 70017     | L9249     | בדיקה אורתופד עמוד שדרה | 6010172     |

הריני מפנה את המטופל הנל להתייעצות בשל

תלונות נפילה בזמן עבודה כאבים בעש מותני עם עם הקרנה לרגל שמאל ידועה מעבה על מחלה דיסקוגנית שהיחמיר לאחר נפילה הובחן דרך CT ליפני כשנה  
10/02/2025  
בבירור MRI

L3-4 ב  
ללא היצרות של השק הדורלי. L3 פריצות דיסק זעירה לטרלית אקסטרה-פורמינלית משמאל עם קרע אנולרי, עם לחץ קל על השורש  
L4-5 ב  
בלט דיסק היקפי קל עם לחץ קל על השק הדורלי, ללא היצרות פורמינלית, קרע אנולרי לטרלי מימין.  
L5-S1 ב  
שינויים ניווניים פצטליים. S1 פריצת דיסק סובארטיקולרית משמאל עם היצרות הרצם הטרלי ולחץ לשורש  
בבירור MRI תמונה של החמרה במצבה תמונה של בלט דיסק נסוף L3-L4 וכן L4-L5  
מתארת החמרה במצבה כאבים קורנים לרגל שמאל בפיזור S1 משמאל.  
תוכנית בשלב זה נסיון פזיותרפיה רפואה משלימה מרפאת הכאב.  
המשך המעקב אורתופד שדרה.  
09/11/2025  
מכורת על רקע L5-S1 HNP לשמאל  
מתארת הקרנה לרגל בפיזור אחריו אופייני בבירור MRI תמונה של HNP עד כה  
נסיון טיפול לחיות עם זה אך כעת לאחר מרפאת הכאב ללא ישפור כלל מתארת במצבה ולכן שקילה שול טיפול ניתוחי

אבחנה משוערת

| קוד  | אפיפון | אבחנה         |
|------|--------|---------------|
| 7242 | lt     | LOW BACK PAIN |

דין/תוכנית טיפולית: לסיכום כב קורן רגל שמאל בפיזור אחריו קרי S1 עברה MRI תמונה של HNP לשמאל עד כה ללא ישפור במצבה בדיקה כוח גס שמור הזכרים הופקו מצינת נילמול וירידהבתחושה בפיזור S1 שמאל שקילה של טיפול ניתוחי

בעיות פעילות

| מגילוי     | איפיון | בעיה                          |
|------------|--------|-------------------------------|
| 20/09/2019 |        | FIBROCYSTIC DISEASE OF BREAST |
| 20/09/2019 |        | FX OF CA OF BREAST            |

CONTRACEPTIVE MANAGEMENT  
LACTOS DEFF.

מידע ישן:

רגישויות ו/או תופעות לוואי

| רגישות ל             | תגובה | נמסר ע"י |
|----------------------|-------|----------|
| iodine / פריחה/ גרד. |       |          |

לא יודע

רגישות לתרופות - מידע ישן

FLAGYL

תרופות קבועות

| ...  | פעמים | א. הגשה | כמות | תרופות                              |
|------|-------|---------|------|-------------------------------------|
| ביום | 2     | כמוסות  | 2    | COLPERMIN 187MG BOX OF 20 CAP 187MG |
| ביום | 1     | כמוסות  | 1    | UTIPRO PLUS CAP CF                  |
| ביום | 1     | כמוסות  | 1    | NITROFURANTOIN 100MG CAP 100MG      |
| ביום | 2     | טבליות  | 1    | CITALOPRAM HYDROBROMIDE 20MG        |

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

|                      |            |                    |
|----------------------|------------|--------------------|
| ד"ר מוטי מרדכי קסטנר | 35232      | **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 ב"ח מפורסמת באתר הכללית

תאריך: 09/11/2025

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל:  
שם משפחה ופרטי: בן דוד חן  
ת.לידה: 26/11/1977  
מס בית: 1 / 22  
מס זהות: 00017854605  
גיל: 47.11 מין: נ  
רחוב: רפאל איתן  
טלפון נוסף: 58-7997686  
חולון  
טלפון: 58-7997686

תאריך תאונה 20/11/2024

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה ישירה: 33761295846

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

מספר רשיון



3761



033761295846



17854605



035232

לכבוד: נירוכירורגיה

שירות שנבחר

| קוד שירות | קוד משה"ב | תיאור רפואי                 | שירות רפואי |
|-----------|-----------|-----------------------------|-------------|
| 70031     | L9269     | בדיקה רפואית - נירוכירורגיה | 70031       |

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות נפילה בזמן עבודה כאבים בעש מותני עם הקרנה לרגל שמאל ידועה מעבה על מחלה דיסקוגנית שהיחמיר לאחר נפילה הובחן דרך CT ליפני כשנה  
10/02/2025  
בבירור MRI

L3-4 ב  
ללא היצרות של השק הדורלי. L3 פריצות דיסק זעירה לטרלית אקסטרה-פורמינלית משמאל עם קרע אנולרי, עם לחץ קל על השורש  
L4-5 ב  
בלט דיסק היקפי קל עם לחץ קל על השק הדורלי, ללא היצרות פורמינלית, קרע אנולרי לטרלי מימין.  
L5-S1 ב  
שינויים ביוניים פצטליים. S1 פריצת דיסק סובארטיקולרית משמאל עם היצרות הרצס הלטרלי ולחץ לשורש  
בבירור MRI תמונה של החמרה במצבה תמונה של בלט דיסק נסוף L3-L4 וכן L4-L5.  
מתארת החמרה במצבה כאבים קורנים לרגל שמאל בפזיור S1 משמאל.  
תוכנית בשלב זה נסיון פדיותרפיה רפואה משלימה מרפאת הכאב.  
המשך המעקב אורתופד שדרה.  
09/11/2025  
מכורת על רקע L5-S1 HNP לשמאל  
מתארת הקרנה לרגל בפזיור אחרי אופייני בבירור MRI תמונה של HNP עד כה  
נסיון טיפול לחיות עם זה אך כעת לאחר מרפאת הכאב ללא ישפור כלל מתארת במצבה ולכן שקילה שול טיפול ניתוחי

אבחנה משוערת

| קוד  | אפיין | אבחנה         |
|------|-------|---------------|
| 7242 | lt    | LOW BACK PAIN |

דין/תוכנית טיפולית: לסיכום כב קורן רגל שמאל בפזיור אחרי קרי S1 עברה MRI תמונה של HNP לשמאל עד כה ללא ישפור במצבה בדיקה כוח גס שמור הזחרים הופקו מצינת נימלול וירידהבתחושה בפזיור S1 שמאל שקילה של טיפול ניתוחי

בעיות פעילות

| מ.גילוי    | איפיון | בעיה                          |
|------------|--------|-------------------------------|
| 20/09/2019 |        | FIBROCYSTIC DISEASE OF BREAST |
| 20/09/2019 |        | FX OF CA OF BREAST            |

מידע ישן:

CONTRACEPTIVE MANAGEMENT  
LACTOS DEFF.

רגישויות ו/או תופעות לוואי

| רגישות ל | תגובה       | נמסר ע"י |
|----------|-------------|----------|
| Iodine   | פריחה/ גרד. |          |

רגישות לתרופות - מידע ישן

לא יודע

FLAGYL

תרופות קבועות

| ...ב | פעמים | א. הגשה | כמות | תרופות                              |
|------|-------|---------|------|-------------------------------------|
| ביום | 2     | כמוסות  | 2    | COLPERMIN 187MG BOX OF 20 CAP 187MG |
| ביום | 1     | כמוסות  | 1    | UTIPRO PLUS CAP CF                  |
| ביום | 1     | כמוסות  | 1    | NITROFURANTOIN 100MG CAP 100MG      |
| ביום | 2     | טבליות  | 1    | CITALOPRAM HYDROBROMIDE 20MG        |

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

|                                                                                                                                                                                                           |            |                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------------|
| ד"ר מוטי מרדכי קסטנר                                                                                                                                                                                      | 35232      | **נחתם דיגיטלית**  |
| שם הרופא                                                                                                                                                                                                  | מספר רשיון | חתימה וחותמת הרופא |
| <p>בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.</p> <p>פניה לטיפול באחד מבניה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת ב"ח מפורסמת באתר הכללית</p> |            |                    |



סיכום ביקור

1785460-5 בן דוד חן

בת: 47

כתובת: רפאל איתן 1 כניסה קומה 22: חולון 5845321

מספר קבלה: 3532512301

תאריך ביקור: 27/10/2025 12:44

טלפון: 03-9372767  
פקס: 03-9372500

מחלקה: היחידה לשיכון כאב  
מנהל: דר' בודובסקי ארקדי מ.ר. 24383  
אח/ות אחראי/ת: סמדר גופמן

אבחנות בביקור

| אבחנה                            | קוד   | צד    | תאריך | עיקרי | S/P | M/P | Rec |
|----------------------------------|-------|-------|-------|-------|-----|-----|-----|
| SPINAL STENOSIS OF LUMBAR REGION | 72402 |       |       | ✓     |     |     |     |
| Lumbar radicular pain            | 7244  |       |       |       |     |     |     |
| Lumbar Facet joint pain          | 71948 | Right |       |       |     |     |     |
| SACROILIAC PAIN                  | 7246  |       |       |       |     |     |     |

לא ידועה רגישות לתרופות

תלונת החולה

04.09.2024 ביקור ראשון במרפאתינו. כאבים בגב תחתון בפיזור L5 - LEFT לאורך 10 חודשים. בעבר טופלה עם שיפור זמני של 2 חודשים ד"ר מדויק ל 4 SNRB L5-S1 פעמים. הוחלט להתקדם לגלי רדיו.

30/10/2024 RF DRG LT L5 היום קיבלה

02.03.2025 מצב לאחר RF ל שורש L5 LT הקלה זמנית עד הנפילה וחבלת פניפם וגב תחתון במהלך עבודה כאבי ם רדיקולרים חזרו מצד שמאל ובצד יצן כאבים חדשים איזור ע"ש מותני קורן לעכוז מימין

אקסטנסיה של עמייש מותני מחמירה כאב

רגישות מעל מפרקים פסטרים מותניים ימין יתר משמאל

מסוגלת לעמוד על קצה של אצבעות ו עקבים

27.10.2025 מצב לאחר-Lumbar Facet Joint (Medial banch nerve block-63004rt

SACROILIAC JOINT INJECTION תחת שיקוף רנטגן RT ללא שיפור

כאבי גב תחתון מקרין לרגל שמאל פיזור L5-S1 S1

בדיקות שבוצעו

MRI

תאריך: 24/12/2023 ממצאים: פריצת דיסק L5-S1 LEFT>RIGHT

אחר

MRI תאריך: 08/01/2025 ממצאים: פריצת דיסק L5-S1 לשמאל לחץ על שורש L5 ו S1 משמאל

דיווח פעולות:

קוד שירות 70005 1  
כמות 1  
פעולה בדיקת רופא מומחה במרפאה למעט בדיקות להן קוד מיוחד 27/10/2025 13:03  
תאריך נרשם ע"י 24383. מ.ר. ארקדי בודובסקי

המשך טיפול

לא

המלצות

המלצה: Selective nerve roots block L5 LT-63004

Selective nerve roots block S1 LT-63004

יעץ של מנתח ע"ש בשואלה של טיפול ניתוחי

## סיכום ביקור

1785460-5 בן דוד חן

בת: 47

כתובת: רפאל איתן 1 כניסה קומה 22 . חולון 5845321

מספר קבלה: 3532512301

תאריך ביקור: 27/10/2025 12:44

מקבוצת  
כללית

מרכז רפואי רבין  
בית חולים השרון



חתימה:

נחתם ע"י: דר' בודובסקי ארקדי מ.ר. 24383

חשוב לשאול את הצוות המטפל 3 שאלות שסייעו להבנת מצבך הרפואי:  
מה הבעיה הרפואית שלי? מה עלי לעשות כדי לטפל בבעיה? למה חשוב שאעשה זאת?

בתאריך: 27/10/2025, 13:05

המסמך הודפס ע"י דר' בודובסקי ארקדי

\*\*חסי אשוי\*\*

|                    |        |
|--------------------|--------|
| רופא מטפל:         | רשיון: |
| דר' בודובסקי ארקדי | 24383  |

חתימה דיגיטלית: