



קבוצת הבריאות הטובה בישראל

תאריך: 27.10.2025

הנדון: השתלת מערכת קבועה לשיכור כאב

שם המטופל: אוזן חן חיים ת.ז. 027152297

שם רופא ממליץ (מומחה לכאב): ד"ר גאבר מוחמד ביה"ח: שערי צדק

תאריך ניתוח: יקבע לאחר האישור ממכבי

טלפון ליצירת קשר (מרפאת כאב): 077-2245189

בתאריך: 21.10.2025 בוצעה השתלת אלקטרודה בודדת בעלת 8 קטבים של חברת ABBOTT באורך 60 ס"מ עד לגובה חוליה T8_ בקו אמצע.

לאחר מתן גירוי בכל הקטבים קיבלנו כיסוי של איזורי כאב בקטבים (1-8) 3-4 עם פרסטזיה באזור הכאב.

לאחר שבוע של ניסיון המטופל מדווח על הקלה ניכרת בכאביו. לכן נבקש אישור להמשיך לשלב ב' – השתלה קבועה.

מסמכים מצורפים: סיכום ביקור

סוג האלקטרודות: קבועות

שם הספק לשלב ב': מדוגר מכשור רפאי - ABBOTT

נא לפרט נימוקים לבחירת המערכת הספציפית שנבחרה (עמידות MRI והטענה):

אלקטרודות

מספר אלקטרודות: 2:

מספר קטבים: 8

מותאמות MRI: כן

קוד מכבי: 991996041 (כמות 2)

מערכת קיצוב

קוצב: מערכת קוצב 4 נטען Eterna (עמיד MRI)

קוד מכבי: 991993159 (כמות 1)

נא לספק גם טופס התחייבות עם קוד C0495 עבור מרפאת ביה"ח שערי צדק.

חתימת הרופא וחותמת: ד"ר ג'אבר מוחמד

מרפאת כאב

שערי צדק

ד"ר גאבר מוחמד
מומחה בהרדמה וברפואה לשיכור כאב
מ.ר. 121159-1
מ.ר.מ. 39505-1
המרכז הרפואי שערי צדק
1-46234-1

הנדון: השתלת מערכת לשיכון כאב

שם המטופל: _____ ת.ז: _____ סניף: _____

שלב א' – המלצה לתקופת נסיון

שם הרופא הממליץ: _____ ביה"ח: _____ תאריך ניתוח: _____
טלפון ליצירת קשר: _____

סיבה רפואית להשתלה: _____

- נא פרט אילו טיפולים לשיכון כאב נוסו ולא צלחו.
- נא צרף חומר רפואי קודם רלוונטי.
- יש לשים לב כי בהחלטה על אישור הטיפול יבחן האם נשללו גורמים המחייבים טיפול אחר; לפיכך נדרש לצרף מצב רפואי עדכני מתחומים רלוונטיים לבקשה (אורתופד, שיקום, נוירולוג וכיוב')

סוג האלקטרודות: זמניות / קבועות

אם המערכת מספק מסוים, אנא ציין/ני את שם הספק, סוג המערכת ופרטי מק"ט ונמק'י.

סוג המערכת _____
שם הספק: _____
מק"ט: _____
נימוקים: _____

חתימת הרופא וחותמת _____ תאריך: _____

מספרי טלפון לבירורים: _____

הנדון: השתלת מערכת לשיכון כאב

- טופס זה ימולא ע"י רופא ביה"ח במרפאת הכאב.
- טופס זה יועבר ע"י המבוטח אל הסניף.

שם המטופל: _____ ת.ז: _____

שלב ב' - סיכום תקופת הניסיון

סיכום שלב א': _____

האם יש המלצה להשתלת מערכת קבועה: כן / לא

במידה ויש המלצה להשתלת מערכת קבועה אנא מלא את חלק ג'

חלק ג' - המלצה להשתלת מערכת קבועה

סוג המערכת: _____

שם הספק: _____

אם הוחלט על מערכת נטענת, אנא נמק': (יש לצרף סיכום יצרן לפירוט אנרגטי שנצרך)

שיקולי דעת אליהם יש להתייחס:

- מספר אלקטרודות נדרש (ככל שיש יותר אלקטרודות המערכת יותר גמישה אך צורכת יותר אנרגיה).
- סוגי תוכנית אותם הפעילו בתקופת הניסיון.
- צפי צריכת אנרגיה ע"פ תוכנית מומלצת (בהתחשב בנתוני פרמטרים חשמליים כגון תדירות, רוחב פולס, עוצמה ופרמטרים אנטומיים של המבוטח כגון התנגדות חשמלית ועוד). מתוך חישוב זה נדרשת הערכה האם מערכת רגילה תחזיק לפחות שנה . אם המערכת לא עומדת בשנת צריכה לפחות, יש לעבור למערכת נטענת.
- תדירות הטענה – מטופלים אשר צפוי קושי בביצוע הטענה (קשיש, ערירי, קושי בהתמצאות טכנית) – מומלץ קוצב לא נטען.
- מבנה אנטומי של המטופל (רזה, שמן...) לגודל פיזי של המערכת.
- תדירות הטענה נדרשת.

חתימת הרופא וחותמת: _____ תאריך: _____

מספרי טלפון לבירורים: _____

שם: אוזן ת.ז.: 27152297 0 התחייבות זו בתוקף עד לתאריך: 28/04/2026

בית חולים
מחלקת יום
שמואל בייט
12
91031
מיל: 02-6555111
המרכז הרפואי שערי צדק (1601)
כאבים

התחייבות לתשלום עבור שירותי בריאות
מספר התחייבות: 251030197

היננו מאשרים כי אוזן חלים חן ת.ז.: 27152297
חבר ב- מכבי שלי ומבקשים לקבלו לטיפול בהתאם לתעריף שנקבע,
על חשבון: מכבי שרותי בריאות גיל החבר: 51

לשימוש המוסד נותן השרות:

ת.ז. חבר:	התחייבות:	תאריך טיפול:
		
027152297	251030197	30102025

קוד	קוד מקורי	תאריך	תאריך	מס
CPT	בנותן שרות	כניסה/טיפול	יציאה	1
01999 0 06	השתלת אלקטרודה קבועה לש.	30/10/2025	C0495	1

** ההתחייבות הופקה דרך מכבי ONLINE

ישוב: ירושלים מרכז רפואי: הר חומה קורן אליהו 15
מתאם שרות: קרולין טל טל: 02-9999588

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

נספח להתחייבות מספר 251030197:
התחייבות זו עבור שרותים אמבולטוריים בלבד.

מכבי חסוי אישי - המסמך מכיל מידע המוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות
התחייבות זו בתוקף כל עוד הינך חבר/ת מכבי שרותי בריאות.

בברכת בריאות טובה "מכבי שרותי בריאות"

חצה לקבל את השרות במקום אחר? לפי חוק ביטוח ממלכתי, אם לא מימשת את טופס ההתחייבות אפשר לבטל ולהוציא בקלות
טופס התחייבות חדש למוסד רפואי אחר מתוך רשימת נותני השרות הניתנת להדפסה.

הוצאת טופס התחייבות חדש למוסד רפואי אחר באזור האישי באתר/אפליקציה או בטלפון *3555

עם הוצאת הטופס החדש הטופס הנכחי יבוטל

לתשומת לבך, הקופה לא תממן טיפול כפול, כלומר לא תממן שירות שניתן למבוטח פעמיים עבור אותה פנייה.

תאריך הדפסה: 21/10/2025

דף 1 מתוך 3

Shaare Zedek Medical Center, Jerusalem

Affiliated with the Hebrew University School of Medicine, Jerusalem



נס"ד

המרכז הרפואי שערי צדק, ירושלים (ע"ר)

מסונף לביה"ס לרפואה של האוניברסיטה העברית בירושלים

מידע חסוי - מוגן ע"פ חוק הגנת הפרטיות

סיכום אשפוז

מחלקה: כיר. - יום	סוג קבלה: אלקטיבי	מנהל המחלקה: פרופ' גוזל ג'ין יע
שם משפחה: און	שם פרטי: חיים חן	שם האב: רמי
מספר אשפוז: 20518881		מספר זהות: 0-027152297
כתובת: הממציא 5 ירושלים	מצב משפחתי: נשוי/אה	טלפון: 054-6664663
מין: זכר	שנת עליה:	תאריך לידה: 10/04/1974
ארץ לידה:		ארץ לידה אב:
תאריך קבלה: 21/10/2025		תאריך שחרור: 21/10/2025
קופת חולים: מכבי		

תנועות:

תאריך יציאה
21/10/2025

תאריך כניסה
21/10/2025

מחלקה
כיר. - יום

אבחנות פעילות:

LUMBAR RADICULOPATHY - Bilateral, L5-S1

ניתוחים באשפוז:

INSERTION OF SPINAL CORD STIMULATOR, trial

אבחנות בעבר:

CERVICAL RADICULOPATHY

BILIARY PANCREATITIS

ESOPHAGEAL REFLUX

BARIATRIC SURGERY

CERVICALGIA / NECK PAIN - Bilateral

LOW BACK PAIN (LBP) - Bilateral

SPINAL STENOSIS - LUMBAR, L3-4

SPINAL STENOSIS - S/P LUMBAR LAMINECTOMY

SYMPTOMATIC CHOLELITHIASIS

CALCULUS OF GALLBLADDER WITH OTHER CHOLECYSTITIS, WITHOUT MENTION OF OBSTRUCTION - Primary

PERITONEAL ADHESIONS (POSTOPERATIVE) (POSTINFECTION)

ELEVATED LIVER ENZYMES / FUNCTION TESTS

GASTRO ESOPHAGEAL REFLUX DISEASE (GERD)

NON ALCOCHOLIC STEATOHEPATOSIS (NASH)

DEEP VEIN THROMBOSIS (DVT) - ARM - Left, סביב, IV LINE במהלך אשפוז,

CHOLELITHIASIS

CALCULUS OF GALLBLADDER WITH ACUTE CHOLECYSTITIS, WITHOUT MENTION OF OBSTRUCTION - Primary

BACK PAIN

ANTERIOR CERVICAL DISCECTOMY
ANTERIOR CERVICAL FUSION
ONE ANASTOMOTIC GASTRIC BYPASS (LAP MINI GASTRIC BYPASS)
LAPAROSCOPIC ADHESIOLYSIS 12/24
LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY
CERVICAL LAMINECTOMY
LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY - Primary 12/24
LAPAROSCOPIC LYSIS OF PERITONEAL ADHESIONS 12/24

הצגת החולה:

בן 51, נשוי

תלונה עיקרית:

החמרה של כאבים כרוניים.
להתחלת טיפול חדש.

מחלה נוכחית:

ראה הפניה / / ביקור מירפאה.
לדבר/יה לא חל שינוי במצב הבריאות הכללי מפרוצדורה הקודמת.
לדבר/יה ללא שינוי משמעותי ברמת הכאב.

רגישויות:

לא ידוע על רגישות

תרופות בבית:

אינו/ה נוטל/ת תרופות

בדיקה גופנית בקבלה:

חיוני
בהכרה מלאה
יציב המודינאמית ונשימתית
במצב כללי טוב ללא חום

מהלך ודיון:

פעולה:
:UNDER FLUOROSCOPIC GUIDED CONTROL
SPINAL CORD STIMULATOR INCERTION TRAIL

טרם ביצע ההליך קיבל המטופל הסבר מפורט עם דגש על תופעות הלוואי והסיבוכים האפשריים, ולאחר שהבין נתן המטופל את הסכמתו וחתם על טופס הסכמה.

לאחר מתן טיפול אנטיביוטי מניעתי, צפאמזין 2 ג"ם הושכב המטופל על ביטנו, בוצע חיטוי אספטי והונח כיסוי סטרילי כמקובל.

תחת הרדמה מקומית וטשטוש, הכולל פנטניל 10MG/CC ו 150MCG, מהם 10CC/HR. הוחדרה מחט אפידורלית בטכניקת LOSS OF RESISTENS בגובה L1 עם זהוי החלל האפידורלי, ולאחר שלא נצפה דם או נוזל שידרה בבדיקת שאיבה, הוחדרה אלקטרודה אפידורלית עד לגובה T8 לאחר קביעת מיקום האלקטרודה באמצעות שיקוף במנח AP ו LATERAL והפקת סטימולציה משביעת רצון באזור פיזור הכאב בוצע חיבור של האלקטרודה הספינלית לקוצב חיצוני וכיסוי סטריילי כמקובל.

מהלך הפרוצדורה תקין ללא סיבוכים נראים לעין.

עם סיום הפרוצדורה ולאחר שלא נצפה שינוי במצבו הכללי והנירולוגי הבסיסי של המטופל, העובר המטופל ליחידת ההתאוששות. התקבל ליחידת ההתאוששות במצב יציב.

במהלך שהותו ביחידת ההתאוששות לא נצפו אירועים חריגים, ולאחר ניטור כמקובל ומאחר שלא הודגמו שינויים ניירולוגיים חדשים, שוחרר המטופל עם מלווה כשהוא במצב כללי טוב, לאחר הדרכת שימוש במכשיר.

המלצות בשחרור:

- 1) יש לפנות מיידית לחדר מיון בצירוף מכתב השיחרור אם מופיע אחד או יותר מהסימנים הבאים: ירידה חדשה בתחושה או בתנועה, אי שליטה על סוגרים, כאבי ראש חזקים, כאבי גב החריגים בעוצמתם (מעבר לכאב הקשור להזרקה המקומית), (חום מעל 38 מעלות ו / או תחושת רעד וצמרמורת.
- 2) חל איסור מוחלט לנהוג כ 12- שעות לאחר הטיפול, החזרה מבית החולים תעשה רק עם מלווה בגיר.
- 3) חל איסור לנהוג כאשר המכשיר פועל.
- 4) חל איסור להיות במגע עם מים.
- 5) חל איסור לעבור בדיקת MRI
- 6) ביקורת במסגרת אשפוז יום בעוד כ 7 ימים, אין צורך בהתחייבות כספית לביקור זה.
- 7) לקחת צפורל 500 מ"ג 3 פעמים ביום למשך 7 ימים (שבוע)

המשך טיפול תרופתי:

- 1) למשך 7 ימים P.O. 500 mg X 3 / d (Ceforal, Cefovit, Keflex) Cephalixin

מ.ר: 000155647 **תאריך חתימה:** 21/10/25 09:52

חתימת רופא/ה בכיר/ה: ד"ר יוסף מוחמד



031393



טלפון: 03-7463280

פקס: 03-9747550

כתובת: דרך בן גוריון 136, בת ים

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 27152297

שם פרטי: חיים חן

שם משפחה: אוזן

טל.עבודה/נייד: 0546664663

מין: ז

ת.לידה: 10/04/1974



מיקוד: 9312305

הממציא 5/6, ירושלים

כתובת:

0027152297

תשובת יועץ

לכבוד:

ד"ר טטראשוילי אינגה

בדיקה שנעשתה ב: 23/04/2026

עקב: אינטייק וירטואלי

ממצאים: בן 52, תושב ירושלים, לאחר מס' תאונות וחבלות סובל מתסמונת כאב כרוני על רקע אורמופדי. מקבל טיפול ע"י אופיאואידים. לפני כחודש וחצי עבר השתלת קוצב נגד כאבים. מעוניין להגמל, בעבר עבר תהליך גמילה באופן אמבולטורי בעזרת סובוקסון (עשה הורדת מינון הדרגתית ונגמל) קיבל בחזרה טיפול ע"י אופיאואידים לאחר טראומה נוספת מגלה רצון ומוטיבציה לגמילה. מניסיונו לא הצליח בעבר בשיטת הורדת מינון הדרגתית. לא יכול לעשות גמילה במסגרת אשפוזית, לא יכול להתנתק מעבודה ומשפחה. נשארת אופציה לגמילה אמבולטורית דרך סובוקסון בהורדה הדרגתית במסגרת מרפאת התמכרויות. לצורך טיפול בסובוקסון ניתן לפנות למרפאת בת ים לד"ר עדי מסלטי

PS לרופא המשפחה: אין צורך לשלב אופיאואידים מיו אגוניסטים מלאים עם בופרנורפין (BUTRANS) - מיו אופיאואיד חלקי. BUTRANS לא מוסיף להשפעה של משככי כאבים אופיאואידים ומחליש את ההשפעה של OXYCONTIN.

PSYCHIATRIC INTAKE- ADULT

טיפולים:

אבחנות:

• OPIOID DEPENDENCE
DT PROLONGED OPIOIDS TREATMENT

סיכום והמלצות: הומלץ על תהליך גמילה אמבולטורי במסגרת מרפאת התמכרויות (בת ים)**ביקורת והמשך מעקב:** מוזמן למעקב: על פי צורך

23/04/2026

חתימה וחותמת הרופא

תאריך



031393



טלפון: 03-7463280

פקס: 03-9747550

כתובת: דרך בן גוריון 136, בת ים

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 27152297

שם פרטי: חיים חן

שם משפחה: אוזן

טל.עבודה/נייד: 0546664663

מין: ז

ת.לידה: 10/04/1974



מיקוד: 9312305

הממציא 5/6, ירושלים

כתובת:

0027152297

תשובת יועץ

לכבוד:

ד"ר טטראשוילי אינגה

בדיקה שנעשתה ב: 23/04/2026

עקב: אינטייק וירטואלי

ממצאים: בן 52, תושב ירושלים, לאחר מס' תאונות וחבלות סובל מתסמונת כאב כרוני על רקע אורמופדי. מקבל טיפול ע"י אופיאואידים. לפני כחודש וחצי עבר השתלת קוצב נגד כאבים. מעוניין להגמל, בעבר עבר תהליך גמילה באופן אמבולטורי בעזרת סובוקסון (עשה הורדת מינון הדרגתית ונגמל) קיבל בחזרה טיפול ע"י אופיאואידים לאחר טראומה נוספת מגלה רצון ומוטיבציה לגמילה. מניסיונו לא הצליח בעבר בשיטת הורדת מינון הדרגתית. לא יכול לעשות גמילה במסגרת אשפוזית, לא יכול להתנתק מעבודה ומשפחה. נשארת אופציה לגמילה אמבולטורית דרך סובוקסון בהורדה הדרגתית במסגרת מרפאת התמכרויות. לצורך טיפול בסובוקסון ניתן לפנות למרפאת בת ים לד"ר עדי מסלטי

PS לרופא המשפחה: אין צורך לשלב אופיאואידים מיו אגוניסטים מלאים עם בופרנורפין (BUTRANS) - מיו אופיאואיד חלקי. BUTRANS לא מוסיף להשפעה של משככי כאבים אופיאואידים ומחליש את ההשפעה של OXYCONTIN.

PSYCHIATRIC INTAKE- ADULT

טיפולים:

אבחנות:

• OPIOID DEPENDENCE
DT PROLONGED OPIOIDS TREATMENT

סיכום והמלצות: הומלץ על תהליך גמילה אמבולטורי במסגרת מרפאת התמכרויות (בת ים)**ביקורת והמשך מעקב:** מוזמן למעקב: על פי צורך

23/04/2026

חתימה וחותמת הרופא

תאריך