



019793

ד"ר ריבלין איל
כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-5368787

פקס: 03-5368833

כתובת: דרך דיין משה 3, יהוד-מונוסון ("קניון סביונים")

פרטי הנבדק:		שם משפחה: חג'מי		שם פרטי: הודיה		ת.ז.: 313289282	
ת.לידה: 05/03/1995		מין: נ		טלפון: 03-5333954		טל.עבודה/נייד: 0509807172	
כתובת: הוז דב 8, אור יהודה		מיקוד: 6020808					

תמצית הביקור מתאריך 19/05/2026 בשעה 15:47

תאריך הביקור: 19/05/2026

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

תרופות שנרשמו בביקור:

שם התרופה	מינון והוראות מרשם	שמות החלופות
MUSCOL 20TAB	לבליעה 1 טבליה 2 פעמים ביום, (בוקר 1 טבליה, ערב 1 טבליה) לתקופה של 10 ימים.	* TAB. MUSCOL 20TAB < 1 OP > [1403]

הפניות, אישורים ודפי מידע

סוג	שם/תיאור	מתאריך	עד תאריך
הפניה	מכון פיזיותרפיה		
הפניה	רפואה משלימה		
הפניה	התייעצות מומחה: נירולוגיה		
אישור	אישור רפואי		



019793



קוד הפניה: 491427029

טלפון: 03-5368787

פקס: 03-5368833

כתובת: דרך דיין משה 3, יהוד-מונוסון ("קניון סביונים")

ד"ר ריבלין איל

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 313289282

שם פרטי: הודיה

שם משפחה: חג'מי

טל.עבודה/נייד: 0509807172

טלפון: 03-5333954

מין: נ

ת.לידה: 05/03/1995



0313289282

מיקוד 6020808

הוז דב 8, אור יהודה

כתובת:

התייעצות מומחה

- במכבי

נירולוגיה

תחום שירות:

חבלה בעבודה 18.9.2025. ארגז במשקל כ 60 ק"ג נפל על ראשה, צווארה וגבה.

כאב ראש, צוואר וגב. זרמים. מוגבלת בתפקוד.

MRI צוארי וגבי 17.4.26 - צווארי יישור לורדוזיס, ללא שברים, חוט תקין, ללא לחץ עיצבי.

גבי - , D7-8-9 פריצת דיסק ב 7-8 לחץ קל על החוט, ב 8-9 לחץ מתון על השק.

MRI מותני 6.5.26 - תקין.

ממצאים: רגישות לאורך ע"ש, יותר אזור גבי תחתון.

הגבלת תנועה.

ללא חוסר ניירולוגי.

אבחנות:

- BACKACHE
- DISC HERNIATION - THORACIC WITHOUT MYELOPATHY

מעש/ת: כן

- DISC HERNIATION - THORACIC WITHOUT MYELOPATHY (05/2026)
- ASTHMA Exacerbation (12/2020)
- TOBACCO USE DISORDER (07/04/2016)
- HELICOBACTER PYLORI (H. PYLORI) POSITIVE (02/2025)
- URTICARIA (04/2025)

בעיות ידועות:

- PRIZMA 20MG X 30 1X1X30

תרופות קבועות:

מטרת ההפניה: ,

** 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 - 19/05/2026 עד תאריך - 15/11/2026

19/05/2026

חתימה וחותמת

תאריך

פרטי גורם מטפל

מס ביקור



000351852925

03-5368833 פקס:

שם גורם מטפל: ד"ר ריבלין איל

מומחיות: מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-5368787



פרטי מטופל

ת"ז



0313289282

מין: נ

שם מטופל: חג'מי הודיה

ת"ז: 313289282

גיל: 31 שנים ו-2 חודשים

טלפון: 0509807172, 03-5333954

רשימת תרופות שהופק להן מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 19/05/2026 (דף זה אינו מרשם)

שם התרופה	אופן השימוש הנחיות	משך הטיפול	בוקר	צהריים	ערב	לפני השינה	בתוקף לרכישה	מידע מנהלי
tab. orphenadrine 30 mg paracetamol 500 mg * MUSCOL	לבליעה 1 טבליה 2 פעמים ביום • עם האוכל	10 ימים	1 טבליה		1 טבליה		19/05/2026-16/06/2026	- כמות לניפוק: TAB 20 ** השתתפות עצמית: 15 %

* ידוע לי שמורשה הרוקח/ת לנפק חלופה גנרית שאושרה ע"י הקופה אלא אם גורם מטפל ציין אחרת. ** ההשתתפות העצמית תקבע בבית המרקחת על פי תוכנית הגבייה המאושרת לקופה ועל פי הנהלים שבתוקף ביום הניפוק. חובה להציג כרטיס מגנטי בבית המרקחת או רשימת תרופות בביקור. לידיעתך מרשם המופק עם חתימה דיגיטלית ינופק בבית המרקחת רק אם הוא מופיע במאגר המרשמים הממוחשב. במקרה של כשל תקשורת לא ניתן לנפק את התרופות. רשומה זו אינה תחליף למרשם רפואי. תרופות שדורשות מרשם נייר אינן מוצגות בדף זה ולצורך קבלתם יש להגיע עם המרשם המקורי.



019793



ד"ר ריבלין איל

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-5368787

פקס: 03-5368833

כתובת: דרך דיין משה 3, יהוד-מונוסון ("קניון סביונים")

פרטי הנבדק:					
שם משפחה:	חג'מי	שם פרטי:	הודיה	ת.ז.:	313289282
ת.לידה:	05/03/1995	מין:	נ	טלפון:	03-5333954
כתובת:	הוז דב 8, אור יהודה	מיקוד:	6020808	טל.עבודה/נייד:	0509807172
					
0313289282					

אישור רפואי

תלונות: חבלה בעבודה 18.9.2025. ארגז במשקל כ 60 ק"ג נפל על ראשה, צוורה וגבה.

כאב ראש, צוואר וגב. זרמים. מוגבלת בתפקוד.

MRI צווארי וגבי 17.4.26 - צווארי יישור לורדוזיס, ללא שברים, חוט תקין, ללא לחץ עיצבי.

גבי - , D7-9 פריצת דיסק ב 7-8 לחץ קל על החוט, ב 8-9 לחץ מתון על השק.

MRI מותני 6.5.26 - תקין.

ממצאים: רגישות לאורך ע"ש, יותר אזור גבי תחתון.

הגבלת תנועה.

ללא חוסר נוירולוגי.

אבחנות:

- BACKACHE
- DISC HERNIATION - THORACIC WITHOUT MYELOPATHY

בעיות ידועות:

- DISC HERNIATION - THORACIC WITHOUT MYELOPATHY (05/2026)
- ASTHMA Exacerbation (12/2020)
- TOBACCO USE DISORDER (07/04/2016)
- HELICOBACTER PYLORI (H. PYLORI) POSITIVE (02/2025)
- URTICARIA (04/2025)

תרופות קבועות:

- PRIZMA 20MG X 30 1X1X30

הערות:

טיפול שמרני.

להמנע ממאמץ והרמת משא.

רישום רפואי זה כפוף לתנאים שלהלן:

הנתונים אשר באישור זה מבוססים על הרישומים שבכרטיס הרפואי, על שמו של הנ"ל במרפאה. רישומים אלה בחלקם מידע שנמסר לרופא המטפל על ידי החולה ובחלקן תוצאות של בדיקות שנעשו על ידי רופאים. קופת חולים, רופאיה ועובדיה האחרים אינם אחראים לאמיתות העובדות שנרשמו לפנינו / או מפי הוריו או אפוטרופוסיו של הנער/ה שעליו ניתן האישור הזה לפני או בעת הגשת הטיפול הרפואי, או הבדיקה הרפואית ע"י הרופא. כן אין הם אחראים אם ביקור או טיפול או בדיקה מסוימת לא מצאו את ביטויים ברישומים שבכרטיס הרפואי הנ"ל.

19/05/2026

תאריך

חתימה וחותמת הרופא



019793



קוד הפניה: 491426915

טלפון: 03-5368787

פקס: 03-5368833

כתובת: דרך דיין משה 3, יהוד-מונוסון ("קניון סביונים")

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 313289282

שם פרטי: הודיה

שם משפחה: חג'מי

טל.עבודה/נייד: 0509807172

03-5333954

טלפון:

מין: נ

05/03/1995

ת.לידה:



מיקוד 6020808

הוז דב 8, אור יהודה

כתובת:

0313289282

רפואה משלימה

שם המכון: אקופונקטורה

תלונות: חבלה בעבודה 18.9.2025. ארגז במשקל כ 60 ק"ג נפל על ראשה, צוורה וגבה. כאב ראש, צוואר וגב. זרמים. מוגבלת בתפקוד. MRI צווארי וגבי 17.4.26 - צווארי יישור לורדוזיס, ללא שברים, חוט תקין, ללא לחץ עיצבי. גבי - , D7-8-9 פריצת דיסק ב 7-8 לחץ קל על החוט, ב 8-9 לחץ מתון על השק. MRI מותני 6.5.26 - תקין.

ממצאים: רגישות לאורך ע"ש, יותר אזור גבי תחתון. הגבלת תנועה. ללא חוסר ניירולגי.

אבחנה:

- BACKACHE
- DISC HERNIATION - THORACIC WITHOUT MYELOPATHY

בעיות ידועות:

- DISC HERNIATION - THORACIC WITHOUT MYELOPATHY (05/2026)
- ASTHMA Exacerbation (12/2020)
- TOBACCO USE DISORDER (07/04/2016)
- HELICOBACTER PYLORI (H. PYLORI) POSITIVE (02/2025)
- URTICARIA (04/2025)

תרופות קבועות:

- PRIZMA 20MG X 30 1X1X30

מעשנ/ת: כן

פירוט	קוד	הבדיקה הדרושה
טיפולים במסגרת הרפואה המשלימה		

נא להצטייד בכרטיס מגנטי

19/05/2026

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 - 19/05/2026 עד תאריך - 15/11/2026