

תאריך: 10/05/2026

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



034022

ד"ר שהינו לריסה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואה פנימית

טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2284246

כתובת: אופירה 1, אור יהודה

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:



0313289282

מיקוד 6020808

הוז דב 8, אור יהודה

כתובת:

תמצית הביקור מתאריך 10/05/2026 בשעה 11:14

תאריך הביקור: 10/05/2026

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

תרופות שנרשמו בביקור:

שם התרופה	מינון והוראות מרשם	שמות החלופות
PRIZMA 20MG X 30	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים.	* TAB. PRIZMA 20MG X 30 < 1 OP > [9274] CAP. FLUTINE 20MG X 30 < 1 OP > [9346]
ROKACET PLUS 24 CAP	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 24 ימים.	* TAB. ROKACET PLUS 24 CAP < 1 OP > [72116]
OPTALGIN 500MG X 28	לבליעה 1 כמוסה 1 פעם ביום, (בוקר 1 כמוסה) לתקופה של 56 ימים.	TAB. OPTALGIN BLISTER 500MG X 20 < 3 OP > [1557] * CAP. OPTALGIN 500MG X 28 < 2 OP > [10733]

הפניות, אישורים ודפי מידע

סוג	שם/תיאור	מתאריך	עד תאריך
הפניה	התייעצות מומחה: פסיכיאטריה		
אישור	אישור רפואי		
דף מידע	הגשת טופס בקשה לטיפול במרפאות בריאות הנפש		

003507191321



034022



ד"ר שהינו לריסה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואה פנימית

טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2284246

כתובת: אופירה 1, אור יהודה

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

אישור רפואי

תלונות:

לאחר תאונת עבודה

חוזרת בהדרגתיות לעבודה, עדיין יש קשיים בתיפקוד עקב כאבים ומגבלה בתנועה בגב תחתון וצוואר

• LETTERS REGARDING PATIENTS

אבחנות:

- 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:

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 לפניו / 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 מסויימת לא מצאו את ביטויים ברישומים שבכרטיס הרפואי הנ"ל.

10/05/2026

תאריך

חתימה וחותמת הרופא

פרטי גורם מטפל

מס ביקור


000350719132

073-2284246 פקס:

שם גורם מטפל: ד"ר שהינו לריסה

מומחיות: מומחית ברפואה פנימית

טלפון: 03-5387222



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: 10/05/2026 (דף זה אינו מרשם)

שם התרופה	אופן השימוש הנחיות	משך הטיפול	בוקר	צהריים	ערב	לפני השינה	בתוקף לרכישה	מידע מנהלי
cap. dipyron 500 mg OPTALGIN BLISTER, * OPTALGIN	לבליעה 1 כמסה 1 פעם ביום	56 ימים	1 כמסה				10/05/2026-25/06/2026	מידע מנהלי - כמות לניפוק: 56 יחידות ** 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.

מ.ר גורם מפנה



034022



קוד הפניה: 489690107

טלפון: 03-5387222

פקס: 073-2284246

כתובת: אופירה 1, אור יהודה

ד"ר שהינו לריסה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואה פנימית

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:



0313289282

מיקוד 6020808

הוז דב 8, אור יהודה

כתובת:

התייעצות מומחה

- במכבי

פסיכיאטריה

תחום שירות:

תלונות:

לאחר תאונת עבודה

חוזרת בהדרגתיות לעבודה, עדיין יש קשיים בתיפקוד עקב כאבים ומגבלה בתנועה בגב תחתון וצוואר
מאז תאונה סובלת ממתח וחרדה, מטופלת ב- PRIZMA
מטופלת ב- ROKACET, PREGABALIN
מופנת ליעוץ פסיכיאטר

אבחנות:

- LETTERS REGARDING PATIENTS
- POST TRAUMATIC STRESS DISORDER (PTSD)

מעש/ת: כן

בעיות ידועות:

- 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

מטרת ההפניה: אודה לחוות דעתך.

** 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 - 10/05/2026 עד תאריך - 06/11/2026

10/05/2026

חתימה וחותמת

תאריך