

עמוד 1 מתוך 8

050312354

נא ציין את מספר תעודת זהות

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	מס' זהות / דרכון סוג המסמך דפים
------------------------------------	--

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה

☒ תאונה בעבודה	☐ מחלת מקצוע, פרט
☒ שכיר	☐ הכשרה מקצועית
☐ עצמאי	☐ חבר קיבוץ או מושב שיתופי
☐ מתנדב	

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר)
מרשה	אילנה	050312354
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני
	050 8883151	Liat1veg@gmail.com
אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:		
שם משפחה איש קשר	שם פרטי איש קשר	מס' זהות איש קשר
מרשה	זילא	039862672
☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.		
מען למכתבים – אם שונה מהרשום במשרד הפנים		
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה
		דירה
		ישוב
		מיקוד

פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון אנה מלא סעיף 2א'					
שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית					
שם מעסיק/מפעל	תפקיד התובע במקום העבודה				
מרשה	גילה זילא				
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד
אש"ק קמר	20	8	8	קוד השמן	458267
טלפון קווי	טלפון נייד	מספר פקס			
037455838	050821698	097456811			
האם אתה אחד מבעלי החברה/ בעל שליטה בחברה: ☐ לא ☒ כן, פרט: 0898					
האם יש קרבה משפחתית בינך לבין המעסיק: ☐ לא ☒ כן, פרט: 0898					
עצמאי (אם הפגיעה אירעה מחוץ לעסק – יש לצרף אישור על העבודה שאותה ביצעת/ היית אמורה לבצע)					
שם העסק	סוג העיסוק				
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	טלפון פקס			

2א'

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות:

☐ צה"ל

☐ משמר הכנסת

☐ שב"ס

☐ משא"ר

☐ משטרה

☐ אחר _____

האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה?

☐ כן ☐ לא

אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, נא צרף העתק ממכתב הדחיה.

3

פרטי הפגיעה

שעת הפסקת עבודה	תאריך הפסקת עבודה	שעת הפגיעה	היום בשבוע	תאריך הפגיעה
6:10	12/06/2025	6:10	אלישי	12/06/2025
				שנה חודש יום

היכן אירעה הפגיעה?

☒ במהלך העבודה: ☒ במפעל/בעסק

☐ בדרך לעבודה

(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

☐ מחוץ למפעל

☐ בדרך לביתך

(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

☐ תאונה בבניין

בתאונות בדרך: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך או ליעד אחר _____

תיאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון נוסף), נא פרט הייתי כשאתה

ניסיתי ללכת מרחק ונפילתי על פניי על המדרכה ואני לא יכולה

האם נכחו עדים בתאונה? ☐ לא ☒ כן, פרט:

שם	כתובת	מספר טלפון	חבר לעבודה ☒ מכר ☐
דניאל	אלישי	050826980	אחר ☐
שם	כתובת	מספר טלפון	חבר לעבודה ☐ מכר ☐
			אחר ☐

מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה

שם מקבל ההודעה	תפקיד	טלפון	תאריך מסירת ההודעה
דניאל	אלישי	050826980	12/06/2025
			שנה חודש יום

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

2א'

מקום השירות:

☐ צה"ל

☐ משמר הכנסת

☐ שב"ס

☐ משא"ז

☐ משטרה

☐ אחר _____

האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה?

☐ כן ☐ לא

אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, נא צרף העתק ממכתב הדחיה.

פרטי הפגיעה

3

תאריך הפגיעה

12/06/2025
שנה חודש יום

היום בשבוע

דניאל

שעת הפגיעה

6:10

תאריך הפסקת עבודה

שעת הפסקת עבודה

היכן אירעה הפגיעה?

במהלך העבודה: ☒ במפעל/בעסק

☐ בדרך לעבודה

(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

☐ מחוץ למפעל

☐ בדרך לביתך

(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

☐ תאונה בבניין

בתאונות בדרך: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך או ליעד אחר.

תיאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון נוסף), נא פרט
אני עובד/ת במפעל/בעסק ונפגעתי/ת בעת העבודה.

האם נכחו עדים בתאונה?: ☐ לא ☒ כן, פרט:

שם

כתובת

מספר טלפון

☐ מכר

☒ חבר לעבודה

☐ אחר

שם

כתובת

מספר טלפון

☐ מכר

☐ חבר לעבודה

☐ אחר

מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה

תאריך מסירת ההודעה

12/06/2025
שנה חודש יום

שם מקבל ההודעה

מר/מרת דניאל

תפקיד

מנהל

טלפון

052-3333333

4

פרטי הטיפול הרפואי (יש לצרף אישור על הפנייה הראשונה לקבלת טיפול רפואי)

האיבר שנפגע	מאות החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך)	מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שירות רפואי)
יפ ימ	סדר פגיעות	מ/א / אר
תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה	תקופת אשפוז	שם בית החולים / מחלקה
שנה חודש יום 5 2 12	4	אסרל / אשפוז / איון פפה
שעה דקה שנייה 35 06 00		
האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים באיבר או האיברים שנפגעו שצוינו על ידך לעיל? ☐ לא ☒ כן, פרט ממה סבלת ומתי		
יש לי צילום פרוקור		
יש לצרף מסמכים רפואיים רלוונטיים		
פרטי הרופאים המטפלים		
שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה שבה טופלתי או אני מטופל
ד"ר שוקר חסר	רמאל	טלפון המרפאה 0507265277

5

סיוע וייצוג בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☒ לא ☐ כן

הגוף המייצג או המסייע: ☐ עורך דין ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוונת ☐ בית חולים ☐ עמותה ☐ אחר

אם אתה מיוצג ע"י עורך דין, יש לבקש מעורך הדין להזין יפוי כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס, יש לשלוח אלינו טופס בל 73: "יפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

שם גורם מסייע	כתובת	טלפון

6

פרטים על תאונה

סוג התאונה

☐ תאונת דרכים. יש לצרף דו"ח משטרה והעתק מההודעה לחברת הביטוח.

☐ נפילה ממקום גבוה ☐ נפילה במדרגות או במדרכה פגומה ☐ התחשמלות

☐ תקיפה ☐ פגיעה מבעל חיים ☒ אחר החלקה באלון

☐ תאונה בבניין שם האתר _____ שם הקבלן המבצע _____

האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת נזיקין או פיצויים מצד ג' בקשר לפגיעה? ☒ לא ☐ כן

תביעה נגד _____ שם עורך הדין המטפל _____

כתובתו _____ מס' טלפון _____

מס' פקס _____ דואר אלקטרוני _____

האם יש ברשותך תמונות ממקום האירוע? ☒ לא ☐ כן, נא לצרף

התביעה הוגשה בבית המשפט ☐ השלום ☐ המחוזי בעיר _____ מס' תיק אזרחי _____

פירוט העיסוקים

7

לפני הפגיעה

במהלך שלושת החודשים שלפני הפגיעה:
 א. ☐ עבדתי אצל מעסיק אחר/נוסף * נא לצרף אישורים מתאימים.
 ב. ☐ הכנסתי נפגעה מהסיבה:
☐ מחלה ☐ חופשה ☐ אחרת * נא לצרף אישורים מתאימים.

לאחר הפגיעה

☒ לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה		מתאריך <u>12062025</u> שנה חודש יום		עד תאריך שנה חודש יום	
☐ שהייתי בעסק / בעבודתי		מתאריך שנה חודש יום		עד תאריך שנה חודש יום	
☐		מתאריך שנה חודש יום		עד תאריך שנה חודש יום	
☐		מתאריך שנה חודש יום		עד תאריך שנה חודש יום	

☐ חזרתי לעבודה מלאה בתאריך _____
☐ טרם חזרתי לעבודה ☐ לא נעדרתי מהעבודה
 שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו:
 משעה 6:00 עד שעה: 14:00
☒ עבודה במשמרות

8

הצהרה למילוי ע"י בעל שליטה או קרוב משפחה לבעל שליטה או לבעל מניות בחברה בלבד

יש להמציא הוכחת תשלום ל-12 חודשים אחרונים (הפקדות בנק, צילומי המחאות ועוד)

מהו תפקידך בעבודה במועד הזכאות? (פירוט העבודה שבצעת בפועל) אנליסט קונסטרוקציה

היכן בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובת) אנליסט בנק אגור נאור סקא

מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות) א-ה' 14:00-16:00

אני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים
 תאריך 16/7/25 שם פרטי ומשפחה ד"ר ארנסט סני חתימה [חתימה]

9

פרטי חשבון הבנק של התובע

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:

שמות בעלי החשבון

חנינה ארסה

חנינה ארסה

מספר חשבון

מס' סניף

שם הסניף / כתובתו

שם הבנק

146890

118

כפר סמל, חנין ערים

יהא

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיבוץ / המושב ☐ לחשבוני הפרטי

10

פטור ממס הכנסה - יש לצרף אישור זכאות לפטור ממס הכנסה ערב הפגיעה

☐ עיוור/ נכה 100% ☐ פטור חלקי

11

הצהרת התובע/מגיש התביעה

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.

☐ אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטאלי (ממוחשב) של הכנסותי. ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה עברה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או ביוזעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או יצירת חוב ועל כן, אני מתחייבת להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

אני מסכים שהבנק יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון הבנק תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממוחשבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי.

במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

ידוע לי כי אם תאושר תביעתי לדמי פגיע בגין מחלת מקצוע או ליקוי רפואי כתוצאה מתנאי עבודה, הביטוח הלאומי יבחן תביעה זו כתביעה לנכות מעבודה. בכל פגיעה אחרת, נדרשת הגשת תביעה נפרדת לנכות מעבודה.

תאריך _____ חתימת התובע * _____

פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות ס"ב	קרבה לתובע
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:	
		@	

אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר: צו אפוסטרופסות, פסק דין או ויתור סודיות – יש לצרפם לתביעה.

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט: שם העד לחתימה _____ ת.ז. _____

0503/2354

נא ציין את מספר תעודת זהות

למילוי ע"י המעסיק אם התובע עובד שכיר (בתביעה של עצמאי - ימלא התובע)

1 פרטים על פגיעה מחוץ לעסק או למפעל

☐ הפגיעה אירעה מחוץ למפעל – תוך כדי עבודה
מקום הפגיעה: _____

שעת הפגיעה: _____

המקום שבו היה על התובע לעבוד או שבו עבד התובע ביום הפגיעה: _____

האם העובד מועסק דרך קבע מחוץ לכותלי המפעל? ☐ לא ☐ כן בדרך כלל מועסק ב: _____

האם נכחו עובדים נוספים בעת הפגיעה? ☐ לא ☐ כן 1. שם _____ ת.ז. _____
2. שם _____ ת.ז. _____

תפקיד הנפגע במפעל	מטרת יציאתו מחוץ למפעל	שם העובד שנתן לתובע את ההוראה לצאת	תפקידו
שעת היציאה	שעת החזרה הצפויה		

☐ תאונה בבניין: שם האתר _____ שם הקבלן הראשי _____ שם הקבלן המבצע _____

☐ פגיעה בדרך לעבודה:
באיזו שעה היה עליו להתחיל בעבודה? _____ איזו משמרת? _____ הכתובת שבה היה אמור לעבוד? _____

☐ פגיעה בדרך הביתה: באיזו שעה סיים את העבודה? _____ האם סיים בשעה הקבועה? ☐ כן ☐ לא, הסיבה ליציאה המוקדמת: _____ הכתובת שבה עבד לפני היציאה לביתו _____

2 פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

שם המפעל / המעסיק _____ מספר תיק ניכויים במוסד לביטוח לאומי _____

תאריך תחילת עבודה: 11/4/2024 ☒ קבוע ☐ ארעי ☐ יומי ☐ חודשי

היקף המשרה ב-%: 100% מספר ימי העבודה בשבוע: 4

☐ אם בשלושת החודשים שקדמו לפגיעה נעדר העובד מהעבודה, נא פרט את סיבת ההיעדרות _____

ממתי _____ עד מתי _____ נעדר מהעבודה. האם שולם שכר בעבור ימים אלה? ☐ כן ☐ לא

בטבלה שלהלן יש לכלול את כל רכיבי השכר, את התוספות החד פעמיות, הפרשים או המענקים ששולמו ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

חודש	החודש, כולל חודש הפסקת העבודה	מס' הימים בעבורם שולם השכר	העובד הוא		שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח	תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנקללו בשכר ברוטו	
			יומי	חודשי		לתיקופה	שם התשלום
חודש	3/25	22	☒	☐	20,252		
חודש	4/25	20	☒	☐	22,251		
חודש	5/25	20	☒	☐	22,251		
חודש	6/25	10	☒	☐	9,621		

☐ העובד שב לעבודה בתאריך _____

☐ האם היו שינויים בשכר העובד ב-12 החודשים האחרונים למועד הפגיעה בעבודה? נא לפרט _____

☒ העובד ממשיך להימנות על עובדי המפעל: ☒ כן ☐ לא, העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך: _____

שם בית התוכנה או לשכת השירות באמצעותם המעסיק מפיק תלושי שכר _____

סוגר טופס 100: ☒ כן ☐ לא שם איש קשר לבירור פרטי שכר _____

דואר אלקטרוני: _____

חתימת המעסיק: _____ תאריך: 16/2/25 שם ותפקיד החותם: _____ חתימה וחותמת: _____

מספר טלפון: 054-788380

3 פרטים על תשלום דמי מחלה על-ידי המעסיק/קרן דמי מחלה

האם העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י המעסיק? (נכון ליום הפגיעה) כן, ציין את מספר הימים שעמדו לזכות העובד עד יום הפגיעה: 13.5

☐ לא, ☐ העובד ניצל את כל הימים העומדים לזכותו

☐ לא נצברו ימי מחלה

☐ אחר _____

☐ העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י הקרן לדמי מחלה _____ (שם הקרן)

4 הצהרת המעסיק

אנו החתומים מטה מאשרים, כי הפרטים שמסר העובד ומסרנו אנו נכונים לפי מיטב ידיעתנו. אנו מאשרים כי התובע הועסק על ידנו כעובד בזמן הפגיעה בעבודה.

אם יש לך הסתייגות בעניין הפגיעה, יש לפרט כאן _____

תאריך 16/7/23 תפקיד החותם מנהל שם החותם אילן חתימה וחותמת * [חתימה]

5 פרטים משלימים למעסיק מורשה/מאושר

☐ העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה

מעסיק מורשה לפי תקנה 22:

☐ העובד נכלל בהרשאה ונעדר מתאריך _____ עד תאריך _____

ושילמנו לו דמי פגיעה כחוק.

☐ העובד אינו נכלל עם העובדים שבעבורם ניתנה הרשאה לחברה / מפעל.

מעסיק מאושר לפי סעיף 343:

☐ אני מעסיק מאושר לפי סעיף 343 (סעיף 162 בנוסח הישן)

קיבוץ:

☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

חתימת המעסיק וחותמת *

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

050310354

נא ציין את מספר תעודת זהות

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

פרטים אישיים

1

קוד גמלה	מספר זהות/דרכון	תאריך הפגיעה
60	050310354	12/06/2025
שם משפחה	שם פרטי	
מרסר	אליהו	
חבר בקופת חולים		
☐ כללית ☐ מאוחדת ☒ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר		

הצהרה

2

אני הח"מ, שפרט"י האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותי.

תאריך: 16/7/2025 חתימת המבוטח: *

חסי רפואי

בית החולים האוניברסיטאי אסותא אשדוד

15/06/2025 11:03 192081 מר. מר. חופק ע"ד רחמיילביץ עמית

מכתב שחרור מתאריך 15/06/2025

אורתופדיה
מנהל/ת פרופ' דרקסלר מיכאל מ.ר. 37460:
'אח/אחות אחראיים: ביאטה קובץ
מספר קבלה למיון: 0
מס' קבלה למחלקה: 36337017
טלפון: 0723398808
פקס: 0723398936
קבלה למחלקה: 12:35 12/06/2025
ימי אשפוז במחלקה: 4

18/11/1950	ת. לידה:	מרסה	שם משפחה:
50312354	ת. זהות:	אליהו	שם פרטי:
זכר	מין:	קציר אפרים 20, הוד השרון 4528275	כתובת:
74	גיל:	050-8883151	טלפון:
	מרפאה:		סוג דם:
	שם האב:		מחוז:
צבי		קופ"ח מכבי	גורם מממן:

תאריך קבלה למיון: 12/06/2025 06:56

גורם מממן: מכבי

תאריך שחרור בפועל

תאריך שחרור: 15/06/2025

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	MP	Rec
Open fracture of ulna	813.92	Right					

אבחנה בקבלה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	MP	Rec
Open fracture of ulna	813.92	Right					

מחלה נוכחית

שבר אולנה פתוח מימין

=====

בן 74, ברקע החלפת מסתם אאוטלי - עבר שלושה ניתוחים, אחרון ב-2021 בשילוב עם מעקפים (נקצר שתל מספנה ימין).
פרפור לאחר שני נסיונות אבליציה שכשלו, מטופל באלקוויס.
ANKYLOSING SPONDYLITIS, IHD, CVA ב-2006.
ללא רגישות ידועה לתרופות.
יד ימין דומיננטית.

בבוקר פנייתו מעד ונפל תוך חבלה ליד משולחן במטבח.
ללא חשיפה לבשר נא ו/או לכלוך באזור הפגיעה.

בבדיקתו פעור עם שריר חשוף באספקט אולנרי-דורסלי של אמה ימין פרוקסימלית, גודלו כ-10*6 ס"מ.
לא נראתה עצם חשופה.
שבור עצבית דיסטלית לפי RUM. דופק ריאתי נמוש היטב. מבחן זלן תקין.
המטומה ורגישות מעל MCPJ 2. פלקסיה ואקסטנציה שמורה ב-MCP, PIP DIP.

בצילום אמה שבר שליש פרוקסימלי של אולנה ימין לרבות פרגמנט WEDGE חופשי.
צילום כף יד - ללא ממצא גרמי חריף.

ליסיכום, מטופל עם שבר פתוח באולנה ימין גוסטילו 2-3A.
הטיפול המומלץ הוא ניתוח לשטיפה, שחזור פתוח וקיבוע פנימי.
הוסברו למטופל האבחנה ואפשרויות הטיפול לרבות סיכויים וסיכונים לרבות זיהום, דימום, פגיעה בעצבים ופגיעה בגידים.
חתם על הסכמה לניתוח ולעירוי דם. נשלח פתק לחדר ניתוח
אכל ב-5 בבוקר. נטל אלקוויס ב-5 בבוקר

בוצעה שטיפה ב-4 ליטר סליין.
טופל בחיסון טטנוס+צפזולין
הושם סד וולרי

השלים הכנה מלאה לניתוח: ספירה, כימיה, INR + דם לסוג + צל"ח + אק"ג

בית החולים האוניברסיטאי אסותא אשדוד

מכתב שחרור

אורתופדיה
מנהל/ת פרופ' דרקסלר מיכאל מ.ר. 37460:
'אח/אחות אחראיים: ביאטה קובץ
מספר קבלה למיון 0:

שם משפחה:	מ.ר. תאריך לידה:	18/11/1950
שם פרטי:	ת. זהות:	50312354
סוג דם:	שם האב:	צבי

חסי רפואי

הושאר בצום והתאשפז למחלקה

פעולות/ניתוחים שבוצעו	תאריך	שיטה ניתוחית	צד	קוד	ניתוח
1	12/06/2025		Right	79.32	ORIF of ulna, Open Reduction Internal Fixation

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

תרופות קבועות

BRINTELLIX tab 15mg P.O	15 mg	ביום 1 X 1
CIALIS tab 5mg P.O	5 mg	ביום 1 X 1
PRALUENT syringe 75mg/1ml S.C	75 mg	ביום 1 X 1
PROCOR tab 200mg P.O	200 mg	ביום 1 X 1
VASODIP tab 10mg P.O	10 mg	ביום 1 X 1

יעוצים

פרטי המבקש:

תאריך:

מחלקה מייצגת:

תאריך ביקור מתוכנן:

הגדרת הבעיה:

השאלה ליועץ:

ד"ר פרי תומר מ.ר. 163526

14:41 13/06/2025

ריפוי בעיסוק

13/06/2025

בתאריך 12.6.25 תחת הדמיה כללית עבר ORIF אולנה ימין מדובר בשבר פתוח גוסטילו 3, חסר עור משמעותי בצד אולנה-דורסלי של האמה, סגור בתפרי מתח Top closure בסיום סד וולרי ארוך. מבחינת הפעלה אינו יציב להפעלת מרפק בעיקר פרונציה וסופינציה למשך שבועיים.

התאמת סד וולרי פלסטי למניעת תנועה במרפק ולאפשר טיפול בפצע. האם ניתן להתאים סד המאפשר תנועה מסוימת בשורש כף היד? בנוסף הדרכה- הפעלת אצבעות, הפחתת נפיחות

סיכום

בתאריך 12.6.25 תחת הדמיה כללית עבר ORIF אולנה ימין - קיבוע עם פלטה LCP 3.5 של ג'ונסון. בסיום סד וולרי ארוך. ללא הפעלת מרפק ושורש כף יד שבועיים. הסרת Top closure בעוד שבועיים.

טופל אנטיביוטית כמקובל.

הודרך ע"י צוות ריפוי בעיסוק. הותאם סד הגנה לשכ"י.

בתקופה הבתרי ניתוחית מרגיש בטוב, סימנים חיוניים בגדר הנורמה, בבדיקה טרם שחרורו יד בסד גבס, חבישה יבשה ללא הפרשות סטטוס נירולוגי בשחרור - שמור בפיזור RUM משתחרר עם ההמלצות המצורפות בהמשך

תרופות להמשך טיפול

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓				14 ימים	1 X 3 ביום	1 tab	P.O	ZALDIAR (TRAMADOL, PARACETAMOL)
✓				14 ימים	1 X 3 ביום	1000 mg	P.O	OPTALGIN oral sol (DIPYRONE)

המלצות בשחרור

המלצה: יד בסד הגנה לשכ"י. הפעלה אקטיבית של המרפק ופרו/סופינציה. ריפוי בעיסוק - כעת הפעלת אצבעות. יש לתאם לריפוי בעיסוק דרך קופת החולים. ביקורת מרפאת כף יד 2 במוסדנו בעוד שבועיים למעקב והוצאת תפרים, נא לתאם תור בטלפון 072-3398808 נגד כאבים לפי הצורך

The State of Israel
Samson Assuta Ashdod medical center

Ben-Gurion University of the Negev
Faculty of Health Sciences

7 Harefuah St. Ashdod
7747629

בית החולים הציבורי
ע"ש סמסון
מקבוצת חב"י

אסותא
אשדוד



אוניברסיטת בן-גוריון בנגב
הפקולטה למדעי הבריאות

נת ישראל
רکز הרפואי אסותא אשדוד ע"ש סמסון

הרפואה 7, אשדוד
77476

בית החולים האוניברסיטאי אסותא אשדוד

הופק ע"י ד"ר קוסובסקי מעין מ.ר. 178163 02/07/2025 13:42

ניתוחי כף יד ומרפק - דר. פרקש
מנהלת פרופ' דרקסלר מיכאל:
מ.ר. 37460
מס' ביקור: 35115972
טלפון: 0723398362
פקס:

סיכום ביקור מתאריך 02/07/2025

18/11/1950	ת. לידה:	מרסה	מ משפחה:
50312354	ת. זהות:	אליהו	מ פרטי:
זכר	מין:	קציר אפרים 20/8, הוד השרון 4528275	נזבת:
74	גיל:	050-8883151	לפון:
	מרפאה:		וג דם:
	שם האב:		זוז:
צבי	קופ"ח מכבי		רם מממן:
			ים מממן: מכבי

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P	Rec
Open fracture of ulna	813.92	Right					

תוחים בעבר	אניקולוגי	תאריך	שיטה ניתוחית	צד	קוד	ניתוח
1		12/06/2025		Right	79.32	ORIF of ulna, Open Reduction Internal Fixation

לונת החולה / תלונה עקרית

74, ברקע החלפת מסתם אאוטלי - עבר שלושה ניתוחים, אחרון ב-2021 בשילוב עם מעקפים (נקיטת שיתול מספנה ימין).
-פור לאחר שני נסיונות אבליציה שכשלו, מטופל באליקזיס.
ANKYLOSING SPONDYLITIS, IHD, CV ב-2006.
א רגישות ידועה לתרופות.
ימין דומיננטית.

12.6.2

בוקר פנייתו מעד ונפל תוך חבלה ליד משולחן במטבח.
א חשיפה לבשר נא ו/או לכלוך באזור הפגיעה.

בדיקת פנור עם שריר חשוף באספקט אולנרי-דורסלי של אמה ימין פרוקסימלית, גודלו כ-10*6 ס"מ.
ז נראתה עצם חשופה.

מור עצבית דיסטלית לפי RUM. דופק ריאתי נמוש היטב, מבחן אלן תקין.
זטומה ורגישות מעל MCPJ 2. פלקסיה ואקסטנציה שמורה ב-MCP, PIP DIP.

זילום אמה שבר שליש פרוקסימלי של אולנה ימין לרבות פרגמנט WEDGE חופשי.

רפאת כף יד 2.7.25

3 שבועות לאחר הניתוח
תאריך 12.6.25 תחת הרדמה כללית עבר ORIF אולנה ימין - קיבוע עם פלטה LCP 3.5 של ג'ונסון. על רקע שבר פתוח

רגיש טוב, ללא כאבים

בדיקה:

וסר סד הגנה וחבישה,
לקת במראה תקין, ללא הפרשה או סימני זיהום
נעות כף יד מלאות,
ווחים מרפק 0-120
רוסופינציה מלאים
ימור בפזור RUM

מלצות:

פוי בעיסוק- הפעלה אקטיבית בלבד, ללא נשיאת משקל
יקורת בעוד כשבועיים עם צילום עדכני

בית החולים האוניברסיטאי אסותא אשדוד

סיכום ביקור

ניתוחי כף יד ומרפק - דר. פרקש
פרופ' דרקסלר מיכאל מ.ר. 37460 :

שם משפחה:	מרסה	תאריך לידה:	18/11/1950
שם פרטי:	אליהו	ת. זהות:	50312354
סוג דם:		שם האב:	צבי

*** חסוי רפואי ***

מלצה לניתוח
אלצה לניתוח: לא

02/07/2025
13:42:58



חתימה:

נחתם ע"י: דר' קוסובסקי מעין מ.ר. 178163

אם במהלך הברור והטיפול כך נלקחה ממך ביופסיה עליך להתקשר למזכירות המחלקה לאחר 3 שבועות ממועד לקיחת הביופסיה, על מנת לברר תשובת הפתולוג
כל ביקור במחלקה לרפואה דחופה כרוך בתשלום או בטופס התחייבות מקופת חולים.

לידיעתך, זימון תורים למגוון שירותים, תוצאות בדיקות וסיכומי ביקורים ב"אסותא אישי" באתר בית החולים.

The State of Israel
Samson Assuta Ashdod medical center

Ben-Gurion University of the Negev
Faculty of Health Sciences

7 Harefuah St. Ashdod
7747629

מדינת ישראל
המרכז הרפואי אסותא אשדוד ע"ש סמסון

אוניברסיטת בן-גוריון בנגב
הפקולטה למדעי הבריאות

רח' הרפואה 7, אשדוד
7747629

בית החולים האוניברסיטאי אסותא אשדוד

חופק ע"י ד"ר פרקש אורי מ.ר. 28147 16/07/2025 12:07

ניתוחי כף יד ומרפק - דר. פרקש
מנהל/ת פרופ' דרקסלר מיכאל:
מ.ר. 37460
מס' ביקור: 35129132
טלפון: 0723398362
פקס:

סיכום ביקור מתאריך 16/07/2025

שם משפחה:	מרסה	ת. לידה:	18/11/1950
שם פרטי:	אליהו	ת. זהות:	50312354
כתובת:	קציר אפריים 20/8, הוד השרון 4528275	מין:	זכר
טלפון:	050-8883151	גיל:	74
סוג דם:		מרפאה:	
מחוז:		שם האב:	צבי
גורם מממן:	קופ"ח מכבי		
גורם מממן: מכבי			

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	MP	Rec
Open fracture of ulna	813.92	Right					

ניתוחים בעבר	כמות	אניקולוגי	תאריך	שיטה ניתוחית	צד	קוד	ניתוח
ORIF of ulna, Open Reduction Internal Fixation	1		12/06/2025		Right	79.32	

תלונות החולה / תלונה עקרית

בן 74, ברקע החלפת מסתם אאורטלי - עבר שלושה ניתוחים, אחרון ב-2021 בשילוב עם מעקפים (נקצר שתל מספנה ימין).
פרפור לאחר שני נסיונות אבליציה שכשלו, מטופל באליקוויס.
ANKYLOSING SPONDYLITIS, IHD, CVA ב-2006.
ללא רגישות ידועה לתרופות.
יד ימין דומיננטית.

12.6.25

בבוקר פנייתו מעד ונפל תוך חבלה ליד משולחן במטבח.
ללא חשיפה לבשר נא ו/או לכלוך באזור הפגיעה.

בבדיקתו פוער עם שריר חשוף באספקט אולנרי-דורסלי של אמה ימין פרוקסימלית, גודלו כ-10*6 ס"מ.
לא נראתה עצם חשופה.

שמור עצבית דיסטלית לפי RUM. דופק ריאתי נמוש היטב. מבחן אלן תקין.
המטומה ורגישות מעל MCPJ 2. פלקסיה ואקסטנציה שמורה ב-MCP, PIP DIP.

בצילום אמה שבר שליש פרוקסימלי של אולנה ימין לרבות פרגמנט WEDGE חופשי.

מרפאת כף יד 2.7.25

3 שבועות לאחר הניתוח
בתאריך 12.6.25 תחת הרדמה כללית עבר ORIF אולנה ימין - קיבוע עם פלטה LCP 3.5 של ג'ונסון. על רקע שבר פתוח

מרגיש טוב, ללא כאבים

בבדיקה:

הוסר סד הגנה וחבישה,
צלקת במראה תקין, ללא הפרשה או סימני זיהום
תנועות כף יד מלאות,
טווחים מרפק 0-120
פרוסופיצייה מלאים
שמור בפזוז RUM

נשלח לאחות להוצאת תפרים

המלצות:

ריפוי בעיסוק- הפעלה אקטיבית בלבד, ללא נשיאת משקל
ביקורת בעוד כשבועיים עם צילום עדכני
שמירה על ניקיון הפצע, שטיפה במים וסבון כל יום והחלפת חבישה

בית החולים האוניברסיטאי אסותא אשדוד

סיכום ביקור

שם משפחה:	מרסה	תאריך לידה:	18/11/1950	:	ניתוחי כף יד ומרפק - דר. פרקש
שם פרטי:	אליהו	ת. זהות:	50312354	:	פרופ' דרקסלר מיכאל מ.ר. 37460 :
סוג דם:	שם האב:	צבי			

חסי רפואי

16/7/25
5 שבועות לאחר ניתוח לקיבוע שבר אולנה מקורבת, שבר מרוסק ופתוח.
מטופל בריפוי בעיסוק
צעים סגורים ללא הפרשה.
זנח תנועת מרפק כמעט מלא לניפוף וישר, הגבלה בסופינציה 45, פרונציה מלאה.
גילום - 13/7/25 - ללא סימני התקדמות ניכרים בחיבור השבר בהשוואה לצילום מ 1/7/25

מומלץ - המשך ריפוי בעיסוק לשיפור טווחי תנועה, חיזוקים ושיפור תפקוד
ביקורת בעוד חודש וחצי עם סיכום מריפוי בעיסוק, וצילום עדכני של האמה
זופשת מחלה עד הביקורת

המלצה לניתוח
המלצה לניתוח: לא

16/07/2025
12:07:22

חתימה:

נחתם ע"י: דר' פרקש אורי מ.ר. 28147

ום במהלך הבירור והטיפול בכ נלקחה ממך ביופסיה עליך להתקשר למזכירות המחלקה לאחר 3 שבועות ממועד לקיחת הביופסיה, על מנת לברר תשובת הפתול
ל ביקור במחלקה לרפואה דחופה כרוך בתשלום או בטופס התחייבות מקופת חולים.

ידיעתך, זימון תורים למגוון שירותים, תוצאות בדיקות וסיכומי ביקורים ב "אסותא אישי" באתר בית החולים.

ת"ק ניכויים

923346100 ב.ל.

923346100 מ.ה.

512464900 מספר תאגיד -

תלוש משכורת לחודש

1/2025

כתובת: אפריים קציר 20/8, הוד השרון

מחלקה: פיקוח

שם החברה

אלחנית נכסים בע"מ

אפריים קציר 20/8, הוד השרון

מס' עובד

9

מחלקה

4

שם עובד

מרסה אליהו

תעודת זהות

050312354

דרגה

דרוג

תת מחלקה

תחילת עבודה

01/04/24

וועד ש"ח

0100

תעריף

16,890.00

תעריף יום

תעריף שעה

ימי עבודה

22/22

שעות עבודה

182/182

בנק

4

סניף

118

חשבון

146890

פיצויים חודשי

0.00

פיצויים פטור

0.00

פיצויים ותיקה

0.00

שכר לפיצויים

0.00

קופ"ג מעסיק-חודשי

0.00

שכר לקופ"ג

0.00

קה"ל מעסיק-חודשי

0.00

שכר לקה"ל

0.00

מזכר

נ

מזכר

נ

מס שולי

31.00

מס קבוע

2.25

זיכוי אישי

545

זיכוי נוסף

זיכוי גמל

זיכוי משמרות

פטור חודשי

פטור ס' 47

הנחת ישובי פיתוח

תאום מס

ל

שכר לתאום

מ.ה. לתאום

שכר יסוד

16,890.00

הבראה

0.50

גילום זקופות

5,000.00

HH

שווי טלפון נייד

105.00

כמות

1.00

1.00

1.00

1.00

1.00

1.00

תאור התשלום

שכר יסוד

הבראה

גילום זקופות

HH

שווי טלפון נייד

אינפורמטיבי - שכר מינימום לחודש

5880.02

אינפורמטיבי - שכר מינימום לשעה

32.3

ימי תקן

21.67

שעות תקן

182.00

ניכויי חובה

מס הכנסה

3,693.00

הסכום

3,693.00

ניכויי רשות

סה"כ

יתרה

סה"כ

כמות

סה"כ

סכום

סה"כ

סה"כ ניכויים

סה"כ תשלומים

שכר נטו

נטו לתשלום

סוג העדירות

חופש

מחלה

צבירת חופש

צבירת מחלה

יתרה קודמת

-5.75

4.5

1.75

1.5

ניצול

0

0

1.75

1.5

יתרה

-4

6

1.75

1.5

תשלומים

שכר שווה כסף

חייב מ.ה.

מס הכנסה

ביטוח לאומי

גמל 35%

ק. השתלמות

ניכוי ס' 47

זיכוי אישי

זיכוי נוסף

זיכוי גמל

זיכוי משמרות

פטור

פטור ס' 47

22,147

105

22,252

3,693

0

0

דמי חבר/טיפול

חייב ב.ל.

קופ"ג מעסיק

קה"ל מעסיק

פיצויים מעסיק

22,252

0.00

0.00

0.00

ניהול העדירות

סוג העדירות

יתרה קודמת

ניצול

יתרה

תשלומים

ניכוי ס' 47

זיכוי אישי

זיכוי נוסף

זיכוי גמל

זיכוי משמרות

פטור

פטור ס' 47

22,147

105

22,252

3,693

0

0

דמי חבר/טיפול

חייב ב.ל.

קופ"ג מעסיק

קה"ל מעסיק

פיצויים מעסיק

22,252

0.00

0.00

0.00

שם החברה

אלחנית נכסים בע"מ

אפריים קציר 20/8, הוד השרון

תלוש משכורת לחודש

2/2025

כתובת: אפריים קציר 20/8, הוד השרון

מחלקה: פיקוח

תיק ניכויים

923346100 ב.ל.

923346100 מ.ה.

512464900 מספר תאגיד -

מס' עובד

9

מחלקה

4

שם עובד

מרסה אליהו

תעודת זהות

050312354

דרוג

דרגה

חשבו

146890

מחלקה

מחלקה

תחילת עבודה

01/04/24

חשבו

146890

מחלקה

מחלקה

תעריף

16,890.00

תעריף יום

תעריף שעה

ימי עבודה

שעות עבודה

בנק

סניף

תת מחלקה

דרוג

דרגה

חשבו

146890

מחלקה

מחלקה

תעריף

16,890.00

תעריף יום

תעריף שעה

ימי עבודה

שעות עבודה

בנק

סניף

תת מחלקה

דרוג

דרגה

חשבו

146890

מחלקה

מחלקה

שכר יסוד

הבראה

גילום זקופות

HH

שווי טלפון נייד

כמות

1.00

1.00

1.00

1.00

1.00

תעריף

16,890.00

0.50

5,000.00

105.00

105.00

נטו לגילום

105.00

סכום התשלום

16,890.00

209.00

47.00

5,000.00

מס' עובד

9

מחלקה

4

שם עובד

מרסה אליהו

תעודת זהות

050312354

דרוג

דרגה

חשבו

146890

מחלקה

מחלקה

תחילת עבודה

01/04/24

חשבו

146890

מחלקה

מחלקה

תעריף

16,890.00

תעריף יום

תעריף שעה

ימי עבודה

שעות עבודה

בנק

סניף

תת מחלקה

דרוג

דרגה

חשבו

146890

מחלקה

מחלקה

תעריף

16,890.00

תעריף יום

תעריף שעה

ימי עבודה

שעות עבודה

בנק

סניף

תת מחלקה

דרוג

דרגה

חשבו

146890

מחלקה

מחלקה

שכר יסוד

הבראה

גילום זקופות

HH

שווי טלפון נייד

כמות

1.00

1.00

1.00

1.00

1.00

תעריף

16,890.00

0.50

5,000.00

105.00

105.00

נטו לגילום

105.00

סכום התשלום

16,890.00

209.00

47.00

5,000.00

מס' עובד

9

מחלקה

4

שם עובד

מרסה אליהו

תעודת זהות

050312354

דרוג

דרגה

חשבו

146890

מחלקה

מחלקה

תחילת עבודה

01/04/24

חשבו

146890

מחלקה

מחלקה

תעריף

16,890.00

תעריף יום

תעריף שעה

ימי עבודה

שעות עבודה

בנק

סניף

תת מחלקה

דרוג

דרגה

חשבו

146890

מחלקה

מחלקה

תעריף

16,890.00

תעריף יום

תעריף שעה

ימי עבודה

שעות עבודה

בנק

סניף

תת מחלקה

דרוג

דרגה

חשבו

146890

מחלקה

מחלקה

שכר יסוד

הבראה

גילום זקופות

HH

שווי טלפון נייד

כמות

1.00

1.00

1.00

1.00

1.00

תעריף

16,890.00

0.50

5,000.00

105.00

105.00

נטו לגילום

105.00

סכום התשלום

16,890.00

209.00

47.00

5,000.00

מס' עובד

9

מחלקה

4

שם עובד

מרסה אליהו

תעודת זהות

050312354

דרוג

דרגה

חשבו

146890

מחלקה

מחלקה

תחילת עבודה

01/04/24

חשבו

146890

מחלקה

מחלקה

תעריף

16,890.00

תעריף יום

תעריף שעה

ימי עבודה

שעות עבודה

בנק

סניף

תת מחלקה

דרוג

דרגה

חשבו

146890

מחלקה

מחלקה

תעריף

16,890.00

תעריף יום

תעריף שעה

ימי עבודה

שעות עבודה

בנק

סניף

תת מחלקה

דרוג

דרגה

חשבו

146890

מחלקה

מחלקה

שכר יסוד

הבראה

גילום זקופות

HH

שווי טלפון נייד

כמות

1.00

1.00

1.00

1.00

1.00

תעריף

16,890.00

0.50

5,000.00

105.00

105.00

נטו לגילום

105.00

סכום התשלום

16,890.00

209.00

47.00

5,000.00

מס' עובד

9

מחלקה

4

שם עובד

מרסה אליהו

תעודת זהות

050312354

דרוג

דרגה

חשבו

146890

מחלקה

מחלקה

תחילת עבודה

01/04/24

חשבו

146890

מחלקה

מחלקה

תעריף

16,890.00

תעריף יום

תעריף שעה

ימי עבודה

שעות עבודה

בנק

סניף

תת מחלקה

דרוג

דרגה

חשבו

146890

מחלקה

מחלקה

תעריף

16,890.00

תעריף יום

תעריף שעה

ימי עבודה

שעות עבודה

בנק

סניף

תת מחלקה

דרוג

דרגה

חשבו

146890

מחלקה

מחלקה

שכר יסוד

הבראה

גילום זקופות

HH

שווי טלפון נייד

כמות

1.00

1.00

1.00

1.00

1.00

תעריף

16,890.00

0.50

5,000.0

תיק ניכיים 923346100 ב.ל. 923346100 מ.ה. מספר תאגיד - 512464900		תלוש משכורת לחודש 3/2025 כתובת: אפריים קציר 20/8, הוד השרון 4528275 מחלקה : פיקוח			שם החברה אלחנית נכסים בע"מ אפריים קציר 20/8, הוד השרון	
--	--	--	--	--	--	--

מס' עובד		9		מחלקה		4		שם עובד		מסרה		אליהו		050312354		תעודת זהות		דרגה		ותק		תחילת עבודה	
תעריף		16,890.00		תעריף יום				תעריף שעה		ימי עבודה		22/22		שעות עבודה		182/182		סניף		118		חשבון	
										משולמים/בפועל		משולמות / בפועל								146890		משולם לבנק	
תאור התשלום				כמות				תעריף				אחוז		נטו לגילום		סכום התשלום							
שכר יסוד		1.00		16,890.00										105.00		16,890.00							
הבראה		418.00		0.50												209.00							
גילום זקופות		1.00		5,000.00												48.00							
HH		1.00		105.00												5,000.00							
שווי טלפון נייד		1.00																					

[illegible]

שם החברה אלחנית נכסים בע"מ אפריים קציר 20/8, הוד השרון		תלוש משכורת לחודש 5/2025 כתובת: אפריים קציר 20/8, הוד השרון מחלקה: פיקוח		תיק ניכיים 923346100 ב.ל. 923346100 מ.ה. 512464900 מספר תאגיד - מספר	
--	--	--	--	---	--

מס' עובד		מחלקה		שם עובד		תעודת זהות		דרגה		תחילת עבודה	
9		4		מרסה אליהו		050312354				01/04/24	
תעריף		תעריף יום		תעריף שעה		ימי עבודה		שעות עבודה		סניף	
16,890.00						20/22		160/182		118	
						משולמים/בפועל		משולמות / בפועל			
תאור התשלום		כמות		תעריף		אחוז		נטו לגילום		סכום התשלום	
שכר יסוד		1.00		16,890.00				105.00		16,890.00	
הבראה		418.00		0.50		209.00					
גילום זקופות						47.00					
HH		1.00		5,000.00		5,000.00					
שווי טלפון נייד		1.00		105.00							
פיצויים חודשי										0.00 :	
פיצויים פטור										0.00 :	
פיצויים ותיקה										0.00 :	
שכר לפיצויים										0.00 :	
קופ"ג מעסיק-חודשי										0.00 :	
שכר לקופ"ג										0.00 :	
קה"ל מעסיק-חודשי										0.00 :	
שכר לקה"ל										0.00 :	
מחזור משרה		נ. זיכוי		מ.ב. זוג עובד		מ.כ. משפחת					
		2.25		כ		נ					
זיכוי אישי		מס שולי									
545		31.00									
זיכוי משמרות		זיכוי גמל		זיכוי נוסף							
הנחת ישובי פיתוח		פטור ס' 47		פטור חודשי							
מ.ה. לתאום		שכר לתאום		תאום מס							
				ל							
חייב מ.ה. 22,251.00											
חייב ב.ל. 22,251.00											

אינפורמטיבי - שכר מינימום לחודש	6247.67	ימי תקן	21.67
אינפורמטיבי - שכר מינימום לשעה	34.32	שעות תקן	182.00

ניכויי חובה	הסכום	ניכויי רשות	יתרה	כמות	סכום
מס הכנסה	3,692.00				
סה"כ	3,692.00				
סה"כ ניכויים					3,692.00
שכר נטו					18,454.00
סה"כ	3,692.00				

נטו לתשלום	18,454.00
------------	-----------

ניהול העדרויות				נתונים מצטברים			
סוג העדרות	יתרה קודמת	ניצול	יתרה	דמי חבר/טיפול	111,257	ניכוי ס' 47	110,732
חופש	-11.75	0	-10	חייב ב.ל.	0.00	זיכוי אישי	525
מחלה	10.5	0	12	קופ"ג מעסיק	0.00	זיכוי נוסף	111,257
צבירת חופש	1.75	חודשי עבודה		קה"ל מעסיק	0.00	זיכוי גמל	18,464
צבירת מחלה	1.5	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12		פיצויים מעסיק	0.00	זיכוי משמרות	
		כ כ כ כ כ כ כ כ				פטור	0
						פטור ס' 47	0

05.04.2024

דוח רפואי, ביקור שישי

שם: מרסה אליהו
ת.ז.: 05031235-4

אבחנה:

אקסיאל ספונדילארטרופטי מסוג ANKYLOSING SPONDYLITIS

תרופה ביולוגית למחלה הראומטית הדלקתית, רינבוק, הועילה מאוד במשך תקופה ארוכה. בחודשים האחרונים המחלה התלקחה. הרינבוק איבד מעילותו. כך היה קודם עם היומירה שאיבדה מעילותה לאחר תקופה ארוכה של טיפול מוצלח. סובל מכאבים דלקתיים עזים, נוקשות בוקר ניכרת. לכן יש להחליף את הטיפול ברינבוק לתרופה ביולוגית אחרת. ממליץ על החלפה לתרופה ממשפחת נוגדי TNF Alpha, אינפליקסימאב (רמיקייד, רמסימה), זריקה תת עורית בתצורה של עט, 200 מ"ג פעם בשבועיים. נא להגיש בקשה לאישור.

לגבי קנאביס רפואי, צורך הרכב אחד, רק במשך היום, הרכב כמעט אנטי דלקתי טהור, בהשפעה טובה. ממליץ לצרוך את ההרכב האנטי דלקתי של הקנאביס הרפואי גם בלילה.

באצבעות ידיים הפוליארטריטיס היא ON TOP OF שחיקת סחוס (אוסטאוארטרוזיס) קשה מאוד בכל מפרקי אצבעות הידיים. לכאבים הכרוכים בשחיקת הסחוס בפרקים אלו הוא מתעתד לנסות תכשיר טופיקלי, רעל דבש. נא לנסות טיפול באמבטיות חמות של שעוות פאראפין—מכשיר ביתי.

בדיקות דם שיגרתיות מפורטות תקינות למעט: אוריאה וקריאטינין גבוהים, EGFR נמוך, פרוטאינוריה כמעט 500 מ"ג ומיקרואלבומינוריה קלה. אין בעיה של גאמופטיה מונו קלונלית.

לחץ דם מאוזן בטיפול בוזודיפ, ? גם קרדילוק במינון נמוך. על פרלואנט 75 מ"ג פרופיל כולסטרול מצויין. יש להקפיד על זריקה כל שבועיים. נא להמנע קטגורית מנטילת מסוליד או כל תרופה נוגדת דלקת שאינה סטראוידלית אחרת. במיוחד נוכח הפרשת חלבון בשתן, נא להתייעץ עם הקרדיולוג לגבי ? אפשרות של הוספה או החלפת וזודיפ ב ACE INHIBITOR או ב ARB

מאז הפסקת נטילת הפרוקור, תדירות פעימות מוקדמות פחתה מאוד.

ד"ר עודד שינברג
מומחה לראומטולוגיה ולרפואה פנימית
מנהל שירות ראומטולוגי, מ.ר. וולפסון (בדימוס)
יועץ מחוזי בראומטולוגיה, מחוז ת"א-יפו, כללית (בדימוס)
מ.ר. 16868 מ.ר.מ. 13781 מ.ר.מ. בראומטולוגיה 14082

בתודה ובכבוד רב,

אורי שינברג
ד"ר עודד שינברג