



שם הרופא	ד"ר מרים מפרע	מספר רשיון	130943
תחום	רפואת משפחה	טלפון	03-5385200
כתובת	אופירה 3, אור יהודה	פקס	03-5385201
מרפאה	גיורא - אור יהודה	מחוז	דן-פ"ת

09:29 תאריך: 25/10/2024 הפניה למיון

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	משה פואד			
ת.ל.ידה:	03/12/1981	ישוב:	אור יהודה		
מס בית:	10 / 29	ב	טלפון:	53-3013760	
מס זהות:	00053019006	גיל:	42.11	מין:	ז
רחוב:	הכלנית	טלפון נוסף:	53-3013761		

מספר הפניה: 35207065292

מספר רשיון	תז נבדק	שם: משה פואד	ת.ל.ידה: 03/12/1981	מספר: 130943
מספר: 151	11:50	25/10/24	קבלה: 5301900-6	מספר: 53019006
כתובת:	הכלנית 29	אור יהודה	מספר: 053-3013760	לידה: 1982
מספר: 221164	כללית	הפניה: ק	מספר: 35104	יחידה: 35104
מספר: 5301900-6	מספר: 474	מספר: 1	מספר: 1	מספר: 1
שירות רפואי	שירות רפואי	שירות רפואי	שירות רפואי	שירות רפואי
70069	70069	70069	70069	70069

תוקף ההפניה למיון הינו עד לסוף יום למחרת ממועד הפקתה

אבחנה משוערת:

אבחנה	איפיון	קוד
BACKACHE		7245
ACCIDENT/INJURY; NOS		A80

תלונות: מטופל לא מוכר, לדבריו ב 18.10.24 עבר תאונת דרכים, מאז סובל מכאבי גב, היום תלונותיו בהחמרה מציין נפיחות בגב תחתונות, מציין שמאז התאונה, סבל מבריחת צואה באופן חד פעמי, בנוסף מתלונן על סחרחורות וכאבי ראש. לאחר תאונה לא נבדק ולא השלים הדמיות. בבדיקתו: מדדים תקינים, ללא סימני חבלה בגוף בדיקה נורולוגית תקינה, ריאות כניסת אוויר טובה ושווה דו"צ, לב קולות סדירים ללא אוושות. מפנה למיון להמשך ברור וטיפול.

סימנים חיוניים:	גובה	172	09/02/2024	משקל	80	09/02/2024	bmi	27.04
לחץ דם	114 / 68	25/10/2024						
דופק	84	25/10/2024						

21/05/2024 מתאריך 112.16 eGFR

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מגילוי	01/01/2003	איפיון	בעיה
01/04/2013	left wrist		SMOKER
01/04/2013			WOUND OPEN
12/02/2021			work incident
			COVID-19 coronavirus recovered patient

תרופות קבועות

ביום	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
0	0	מריחה	COMAGIS 15GM (N) CREAM CF	

1 ס.ה.ר.

L9249

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל/ת : דר' עירוני אבי מ.ר. 24070	טלפון : 03-5302210
אח/ות אחראי/ת : גב' אנגלרד הינדי	פקס : 03-5302055
דוא"ל : Er@sheba.health.gov.il	

מכתב שחרור.

שם משפחה: משה	שם פרטי: פואד	ת"ז: 53019006
גיל: 42	מין: זכר	טלפון נייד: 0533013760
תאריך ביקור: 11:51 25/10/2024	מספר ביקור: 01510125102024	קופת חולים: כללית
כתובת: הכלנית 29 אור יהודה 6032264		

אבחנות מסכמות

- Low back strain (847.9)

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

אנמנזה סיעודית

סיבה עיקרית: תלונה אורטופדית

הערות: 18.10 עבר ת.ד נחבל בגב- כעת הגיעה עקב כאבי גב

סימנים חיוניים

תאריך ושעה	כאב
12:35 25/10/2024	3

אנמנזה ובדיקה גופנית

דר' יונס השאם מ.ר. 152389 13:21 25/10/2024

בן 42, בריא ללא טיפול קבוע ללא רגישות לתרופות. לפני 8 ימים היה מעורב בת"ד כנהג, תאונה חזיתית, מהירות של 40 קמ"ש, נפתחו כריות אוויר. מאז לא נבדק ע"י רופא, פנה למיון. מלין על כאבי גב תחתון. בבדיקה - מתהלך בחופשיות, ללא רגישות עמ"ש לכל אורכו, מניע צוואר בחופשיות, סטטוס נוירולוגי לפי C5-T1 ASIA תחושתית ומוטריה דו"צ 5/5, נוירולוגיה לפי ASIA L2-S1 תחושתית ומוטריה דו"צ 5/5, ללא סימני UMN נוקשות ונפיחות ואודם מקומי קל אזור עצם זנב, ככ"ה PNS. החזרים פטלרים שווים ותקינים, SLR שלילי דו"צ, פרקי ירכיים חופשיים דו"צ. צילום ללא ממצא חד משתחרר תחת ההמלצות כמתואר

דר' יונס השאם מ.ר. 152389 13:54 25/10/2024

נכתב ע"י אלון ישראלי - כירורג - לצד הכאבים בגב מתאר אי נוחות באזור עצם המזנב, הכאב העיקרי גבוהה מאזור פילונידאלי. בבדיקה - אינדורציה של כ-2-3 ס"מ עם אודם וחום מקומיים. ללא הפרשה וללא פתח. יתכן ומדובר במחלה פילונידאלית - הרושם שלא קיים אבצע לניקוז. יקבל טיפול אנטיביוטי באוגמנטין 750 * 2 - פעמיים ביום. מומלץ על המשך מעקב פרוקטולוגיה בעוד שלושה שבועות - בקהילה / בשיבא 03-5305000.

המלצות

פרטים

תאריך ושעה

טיפול אנטיביוטי לפי המלצת כירורגי 25/10/2024
ביקורת אורתופד עוד 7 ימים 13:59

שם מלא: משה פואד 53019006

בכל החמרה יש לפנות להערכה חוזרת.

תרופות מומלצות

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓				7 ימים	1 X 3 ביום	1 tab/cap	P.O	ROKACET PLUS tab (Paracetamol 500mg+Caffeine 50mg+Codeine 15mg) (Paracetamol+Caffeine+Codeine)
✓				7 ימים	1 X 2 ביום	875 mg	P.O	AUGMENTIN BID tab (Amoxicillin + Clavulanic Acid)

טיפול תרופתי במלרד

צורת מינון ומינון	תאריך ושעה	תזמון מהוראה	תרופה
1000 mg	25/10/2024 12:35 יהודה אולגה מ.ר. 304571227	Once	DIPYRONE 500mg/ml oral sol (Optalgin) 1000 mg



Hesham
Younis

נחתם ע"י: דר' יונס השאם מ.ר. 152389

תעודה זו ניתנת על ידי לשם הגשתה כראיה לבית משפט. והריני מצהיר בזאת כי ידוע לי היטב שכל המידע הנכנס לתעודה זו נכון, מדויק, ומלא. דבר עדות שקר בשבועה, בבית משפט. דין תעודה זו כשהיא חתומה על ידי כדין עדות בשבועה שנתת בבית המשפט.

על פי הנחיות משרד הבריאות, בתום הביקור במחלקה לרפואה דחופה, המטופל יחזור להמשך טיפול אצל רופאו בקופת חולים.

במידה והופנית להמשך טיפול במרפאות החוץ או במכוני שיבא, קבע תור בטלפון 03-5303030. תוצאות בדיקות שבוצעו בשיבא יימסרו דרך שיבא קונקט" או דרך הרופא המטפל בקהילה.

לביחור תשובת תרבות/וירולוגיה ניתן להתקשר בימים א-ה לטלפון- 035309159 ולשאיר הודעה במענה הקולי, אנחנו ניצור איתך קשר תוך 24 שעות

כל ביקור במלרד כרוך בתשלום או בטופס התחייבות מקופת חולים.
ניתן לשלוח את טופס ההתחייבות [ט.17] לפקס 03-5302113/7447 או במייל: hovot@sheba.health.gov.il
באם הגעת למלרד עקב תאונת עבודה, נא לגשת לפקידת הקבלה להחתמת הטופס עבור ביטוח לאומי

דע את זכויותיך! הנך זכאי לקצבה מהמוסד לביטוח לאומי בשלושת המצבים הבאים:
פגיעה כתוצאה מתאונה אישית, פגיעה כתוצאה מתאונת עבודה, אשפוז או מחלה מעל ל- 90 יום כשהינך מוגבל כתוצאה ממחלתך הקשורה לאשפוז זה.

מוצע שתבדוק את זכויותיך באתר האינטרנט של הביטוח הלאומי, באתר ניתן להוריד טופס תביעה לכל הקצבאות ולשלוח באמצעות האתר, בדואר או להגיש בסניף הביטוח הלאומי <http://www.btl.gov.il>
בברכת בריאות שלמה



מס מרשם: 2260863
תוקף מ: 25/10/2024 עד: 08/11/2024
טלפון סלולרי: 0533013760



תלידה: 01/01/1982
גיל: 42.9
טלפון: 0005336294

53019006
משה פואד
כתובת: הכלנית 29 אור יהודה
מיקוד: 6032264

גורם מבטח: קופ"ח כללית

קופה: כללית

AUGMENTIN BID tab (Amoxicillin + Clavulanic Acid)	875 mg	1	X 2	ביום	7 ימים
הוראות שימוש: 1 P.O (אחד) X 2 (שתיים) פעמים ביום למשך 7 (שבעה) ימים					
ROKACET PLUS tab (Paracetamol 500mg+Caffeine 50mg+Codeine 15mg) (Paracetamol+Caffeine+Codeine)	1 tab/ cap	1	X 3	ביום	7 ימים
הוראות שימוש: 1 P.O (אחד) X 3 (שלוש) פעמים ביום למשך 7 (שבעה) ימים					
XXXXXXXXXXXXXX					
XXXXXXXXXXXXXX					
XXXXXXXXXXXXXX					

חותמה וחתימת הרופא:

ד"ר יונס השאם



מ.ר. 152389

תאריך הפקה: 25/10/2024

שיבא המחלקה לרפואה דחופה 03-5302210

תאריך: 26/12/2024

אישור מחלה

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	משה פואד	מס זהות:	00053019006	גיל:	43.01	מין:	ז
ת.לידה:	03/12/1981	ישוב:	אור יהודה	רחוב:	הכלנית	טלפון גס:	53-3013761	
מס בית:	10 / 29	ב	טלפון:	53-3013760				

נבדק עקב 0 ביקור רגיל

סובל מ	קוד	איפיון	אבחנה
	79989		DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD

מומלץ על מנוחה מתאריך: 15/12/2024 עד תאריך: 31/12/2024 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה: 17

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

הפקה מקוונת

35714

ד"ר נטליה גרמן

חתימה וחומת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

אשר

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית

תאריך: 29/10/2024

אישור מחלה

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	משה פואד	מס זהות:	00053019006	גיל:	42.11	מין:	ז
ת.לידה:	03/12/1981	ישוב:	אור יהודה	רחוב:	הכלנית	טלפון נוסף:	53-3013761	
מס בית:	10 / 29	ב	טלפון:	53-3013760				

18/10/2024 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 1 תאונת דרכים

סובל מ	קוד	איפיון	אבחנה
	79989		DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD

מומלץ על מנוחה מתאריך: 18/10/2024 עד תאריך: 31/10/2024 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה: 14

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

מחלקת רפואת משפחה
ד"ר נטליה גרמן
חתימה וסגנון של רופא
מחלקת רפואת משפחה

35714

ד"ר נטליה גרמן

מספר רשיון

שם הרופא

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית

תרופות	כמות	א. הגשה	פעמים	ב...
AGISPOR GEL 1% 15G 1%		להשתמש	0	ביום
FLUCONAZOLE INJ 2MG/1ML 2MG/1ML		זריקה	1	בשבוע
FLUCANAZOLE 150MG CAP 150MG 1		כמוסות	1	בשבוע
נחתם דיגיטלית**	130943	ד"ר מרים מפרע		

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

תאריך: 29/10/2024

הפניה למכון פיזיותרפיה
(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	מס זיהוי:	גיל:	מין:
משה פואד	00053019006	42.11	ז	
ת.לידה:	03/12/1981	רשיון רפואי:	מספר הפניה:	תאריך תאונה:
מס בית:	10 / 29 ב	טלפון:	53-3013760	18/10/2024

סוג תאונה	1 תאונת דרכים	מספר הפניה:	35207065679	תאריך תאונה	18/10/2024
רשיון רפואי	תז נבדק	מספר הפניה	035207065679	גורם שולח	5207
035714	53019006				

לכבוד: פזיאוטפריה
לגב
לשיחרור כאב

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
80074	97140	טיפול פיזיותרפי פרטי	80074

ACCIDENT/INJURY; NOS

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה מטופל אחרי ביקורת במיון לאור תאונת דרכי חזיתית שהיה מעורב בה

קבל מקה בגב
בדיקה במיון ללא עדות לביעה דורשת המשך טיפול בבדיקה גופנית אובחן
דלקת ללא עדות לאבסס פילונידלי
כעת בטיפול אוגמנטין
ROKACET PLUS
תלונה נוכחית כאב צוואר

סימנים חיוניים: גובה 172 09/02/2024 משקל 80 09/02/2024 bmi 27.04
לחץ דם 114 / 68 25/10/2024
דופק 84 25/10/2024

21/05/2024 מתאריך 112.16 eGFR

בעיות פעילות

מ.גילוי	א.פיון	בעיה
01/01/2003		SMOKER
01/04/2013	left wrist	WOUND OPEN
01/04/2013		work incident
12/02/2021		COVID-19 coronavirus recovered patient
18/10/2024		ACCIDENT/INJURY; NOS
18/10/2024		BACKACHE
18/10/2024		PILONIDAL CYST

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	0	מריחה		COMAGIS 15GM (N) CREAM CF
ביום	0	להשתמש		AGISPOR GEL 1% 15G 1%
בשבוע	1	זריקה		FLUCONAZOLE INJ 2MG/1ML 2MG/1ML
בשבוע	1	כמוסות	1	FLUCANAZOLE 150MG CAP 150MG

תאריך: 04/11/2024

הפניה לפיזיותרפיה

(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	משה פואד	מס זהות:	00053019006	גיל:	42.11	מין:	ז
ת.לידה:	03/12/1981	ישוב:	אור יהודה	רחוב:	הכלנית	טלפון נוסף:	53- 3013761	
מס בית:	10 / 29	ב	טלפון:	53- 3013760				

25/10/2024 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

35175012356

מספר הפניה:

גורם שולח



5175

מספר הפניה



035175012356

תז נבדק



53019006

רשיון רופא



139265

שירות שנבחר

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

ACCIDENT/INJURY; NOS

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה לאחר ת.ד. מנגנון חזיתי. 40 קמ"א. נפתחו כריות אויר.
נבדק בשיבא. בוצעו צילומים.
מלין על כאבים בגב וצוואר

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/01/2003		SMOKER
01/04/2013	left wrist	WOUND OPEN
01/04/2013		work incident
12/02/2021		COVID-19 coronavirus recovered patient
18/10/2024		ACCIDENT/INJURY; NOS
18/10/2024		BACKACHE
18/10/2024		PILONIDAL CYST

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	0	מריחה		COMAGIS 15GM (N) CREAM CF
ביום	0	להשתמש		AGISPOR GEL 1% 15G 1%
בשבוע	1	זריקה		FLUCONAZOLE INJ 2MG/1ML 2MG/1ML
בשבוע	1	כמוסות	1	FLUCANAZOLE 150MG CAP 150MG

ממצאים קליניים

הליכה בתבנית תקינה.
ללא רגישות עמ"ש לכל אורכו. רגישות פאראורבטרלית דו"צ.
לא משתף פעולה בבדיקה בשל כאבים

מטרת הבדיקה: חיזוק שרירי גב וצוואר

נחתם דיגיטלית

139265

אלמוג לוי

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 35714
טלפון 03-5385200
פקס 03-5385201
מחוז דן-פ"ת

שם הרופא ד"ר נטליה גרמן
תחום רפואת משפחה
כתובת אופירה 3, אור יהודה
מרפאה גיורא - אור יהודה

תאריך: 10/11/2024

אישור מחלה

פרטי המטופל:

שם משפחה ופרטי: משה פואד

ת.לידה: 03/12/1981

מס בית: 10 / 29 ב

מס זהות: 00053019006

גיל: 42.11 מין: ז

רחוב: הכלנית

טלפון נוסף: 53-3013761

אור יהודה

טלפון: 53-3013760

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 0 ביקור רגיל

סובל מ

קוד 79989

אבחנה

איפיון

DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD

מומלץ על מנוחה מתאריך: 01/11/2024 עד תאריך: 15/11/2024 ועד בכלל

סה"כ ימי מחלה: 15

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

ד"ר נטליה גרמן

שם הרופא

מספר רשיון 35714

נחתם דיגיטלית**

חתימה וחותמת הרופא

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכלליות

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 1

אישור מחלה

10/11/2024

הודפס ע"י ד"ר נטליה גרמן

00053019006

משה פואד

תאריך: 12/11/2024 11:40

אבא:	טעיד	כתובת:	הכלנית 29 אור יהודה
מיון:	זכר	טל':	053-3013760
לידה:	1982	הפניה:	קו"ת: 00053019006
גיל:	42.11	מיון:	ז
סיבה:	מחלה	מסד:	221164 כללית
אסמכתא:	1	יחידה:	35104
מפעיל:	ויולט שימ	מרכז רפואי:	53-3013761
מספר:	5301900-6	מספר:	5301900-6

סוג תאונה: 1 תאונת דרכים
מספר הפניה: 35207067220
תאריך תאונה: 18/10/2024

מספר רשיון	תז נבדק	מספר הפניה	גורם שולח
035714	53019006	035207067220	5207

לכבוד: טרם
שלום רב
מבקש ביצעו טרופונין

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70050	L9281	בדיקה רפואית - דחופה (מ.ר.מ.)	70050

תוקף ההפניה למיון הינו עד לסוף יום למחרת ממועד הפקתה

אבחנה משוערת:

קוד	איפיון	אבחנה
78650		CHEST PAIN UNSPECIFIED
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS

תלונות: שוב פנה עקב כאב מצד שמאל בית חזה

סימנים חיוניים:	גובה	09/02/2024	172	משקל	09/02/2024	80	bmi	27.04
לחץ דם	12/11/2024	125 / 99	דופק	12/11/2024	85			

מתאריך: 21/05/2024 112.16 eGFR

ממצאים בבדיקה: אקג סינוס
בדיקה גופנית תקינה
כאב יותר בלחיצה

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/01/2003		SMOKER
01/04/2013	left wrist	WOUND OPEN
01/04/2013		work incident
12/02/2021		COVID-19 coronavirus recovered patient
18/10/2024		ACCIDENT/INJURY; NOS
18/10/2024		BACKACHE
18/10/2024		PILONIDAL CYST



המחלקה לרפואה דחופה

מנהל/ת : דר' עירוני אבי מ.ר. 24070	טלפון : 03-5302210
אח/ות אחראי/ת : גב' אנגלרד הינדי	פקס : 03-5302055
דוא"ל: Er@sheba.health.gov.il	

מכתב שחרור

שם משפחה: משה	שם פרטי: פואד	ת"ז: 53019006
גיל: 42	מין: זכר	טלפון נייד: 0533013760
תאריך ביקור : 18:01 12/11/2024	מספר ביקור : 03180112112024	קופת חולים : כללית
כתובת: הכלנית 29 אור יהודה 6032264		

אבחנות מסכמות

- CHEST PAIN (786.50)

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

אנמנזה סיעודית

סיבה עיקרית: כאב חזה

הערות: לדבריו מזה 3 ימים מתלונן על כאב בחזה .

סימנים חיוניים

תאריך ושעה	כאב	אמצעי עזר לנשימה	מספר נשימות	מצב הכרה
18:30 12/11/2024	4	ללא חמצן/אוויר חדר	18	ערני

אנמנזה ובדיקה גופנית

דר' הראל אפרתה מ.ר. 94091 19:09 12/11/2024

בן 42 כאבים בחזה מזה 3 ימים לפעמים גם מקרין ליד שמאל תאונת דרכים לפני פחות מחודש ימים ומאז הכאבים בגב צוואר. כשמשתעל יש החמרה בכאבים. שולל חום או שיעול. מעשן בבדיקתו: לב קולות סידרים ללא אוושת ריאות נקיות בטן רכה לא ריגשה יש כאבים אזור שריר פקטורליס ופאראסטנלי משמאל כשמנסה לשנות תנוחה ועובר משכיבה לישיבה או ההפך. גפיים ללא בצקות או סימני פקקת צוואר ללא גודש ורידי. באק"ג סינוס ללא סימני איסכמיה חדה. בצלח יש נודולים ריאתיים 2 במספר אין הרחבה של מדיאסטנום או של צל הלב. להשלמה של CT בית חזה בשחרור.

המלצות

תאריך ושעה	נושא	נרשם ע"י	פרטים
12/11/2024 20:29	דר' הראל אפרתה מ.ר. 94091	המשך מעקב רופא מטפל נוגדי כאבים לפי הצורך בדיקה לבעיה קרדיאלית- אקו לב במאמץ או צינתור וירטואלי CTA CORONARIES יש להשלים CT בית חזה בשל נודולים בצלח	

שם מלא: משה פואד 53019006

טיפול תרופתי במלרד

צורת מינון ומינון	תאריך ושעה	תזמון מהוראה	תרופה
100 mg	12/11/2024 20:42 נמירובסקי מיכל	Once	TRAMADOL 100 mg/2ml inj (Tramal) 100 mg
10 mg	12/11/2024 20:42 נמירובסקי מיכל	Once	METOCLOPRAMIDE inj 10 mg



Efrata
Harēיְהוּדָה

נחתם ע"י: דר' הראל אפרתה מ.ר. 94091

תעודה זו ניתנת על ידי לשם הגשתה כראיה לבית משפט. והריני מצהיר בזאת כי ידוע לי היטב שכל המידע הנמסר כאן הוא נכון ומלא, ואין בו כל פיקול או חשבוניות, וכן אין בו כל סתירה למידע שנמסר במקומות אחרים.

כבר עדות שקר בשבועה, בבית משפט. דין תעודה זו כשהיא חתומה על ידי כדון עדות בשבועה סותרת בלבד המשפט.

על פי הנחיות משרד הבריאות, בתום הביקור במחלקה לרפואה דחופה, המטופל יחזור להמשך טיפול אצל רופאו בקופת חולים.

במידה והופנית להמשך טיפול במרפאות החוץ או במכוני שיבא, קבע תור בטלפון 03-5303030. תוצאות בדיקות שבוצעו בשיבא "מסרו דרך" שיבא קונקט" או דרך הרופא המטפל בקהילה.

לבירור תשובת תרבות/יורולוגיה ניתן להתקשר בימים א-ה לטלפון- 035309159 ולשאיר הודעה במענה הקולי
אנחנו ניצור איתך קשר תוך 24 שעות

כל ביקור במלר"ד כרוך בתשלום או בטופס התחייבות מקופת חולים.

ניתן לשלוח את טופס ההתחייבות [ט.17] לפקס 03-5302113/7447 או במייל: hovot@sheba.health.gov.il
באם הגעת למלר"ד עקב תאונת עבודה, נא לגשת לפקידת הקבלה להחתמת הטופס עבור ביטוח לאומי

דע את זכויותיך! הנך זכאי לקצבה מהמוסד לביטוח לאומי בשלושת המצבים הבאים:

פגיעה כתוצאה מתאונה אישית, פגיעה כתוצאה מתאונת עבודה, אשפוז או מחלה מעל ל- 90 יום כשהינך מוגבל כתוצאה ממחלתך הקשורה לאשפוז זה.

מוצע שתבדוק את זכויותיך באתר האינטרנט של הביטוח הלאומי, באתר ניתן להוריד טופס תביעה לכל הקצבאות ולשלוח באמצעות האתר, בדואר או להגיש בסניף הביטוח הלאומי <http://www.btl.gov.il>

בברכת בריאות שלמה

תוצאות בדיקות א.ק.ג.

18:07 12/11/2024

Abnormal

Normal sinus rhythm

Septal infarct , age undetermined

Abnormal ECG

,When compared with ECG of 11-AUG-2012 15:31
Septal infarct is now Present



שם מלא: משה פואד 53019006

Non-specific change in ST segment in Anterior leads
,AUG-2012 15:31-11

18:06 12/11/2024

Normal

Normal sinus rhythm

Normal ECG

,When compared with ECG of 11-AUG-2012 15:31

No significant change was found

,AUG-2012 15:31-11

תוצאות מעבדה

פרופיל	בדיקה*	ערכי ייחוס	12/11/24 19:16	12/11/24 19:15
CBC	WBC (K/microL)	4.00-10.80	8.34	
CBC	RBC (M/microL)	4.4-5.9	4.57	
CBC	HGB (g/dl)	13.5-17.5	13.69	
CBC	HCT (%)	39.8-52.2	40.10	
CBC	MCV (fL)	80.5-99.7	87.69	
CBC	MCH (pg)	26-32	29.9	
CBC	MCHC (g/dl)	32-36	34.1	
CBC	RDW (%)	10.9-15.7	12.87	
CBC	PLT (K/microL)	130-440	266	
CBC	MPV (fL)	6.5-11.1	9.81	
CBC	PCT (%)		0.26	
CBC	NEUTRO% (%)	40-74	51.5	
CBC	LYMPHO% (%)	20-40	27.9	
CBC	MONO% (%)	4.7-12.5	11.4	
CBC	EOS% (%)	0-7	8.6↑	
CBC	BASO% (%)	0-1.5	0.6	
CBC	Nucleated RBC (/100WBC)	0-0.6	0.1	
CBC	NEUTRO abs. (K/microL)	1.8-7.7	4.30	
CBC	LYMPHO abs. (K/microL)	1-4.8	2.33	
CBC	MONO abs. (K/microL)	0.2-1.0	0.95	
CBC	EOS abs. (K/microL)	0-0.5	0.72↑	
CBC	BASO abs. (K/microL)	0-0.2	0.05	
CBC	Nucleated RBC abs. (K/microL)	0-0.02	0.01	
תפקודי קרישה בסיסיים	PT (%)	75-135		99
תפקודי קרישה בסיסיים	INR	0.80-1.20		0.93
תפקודי קרישה בסיסיים	PTT (sec.)	26-40		29
ביוכימיה בדם	Lipemia			Normal
ביוכימיה בדם	Estimated Glumerular Filtration Rate CKD-EPI 2021 (ml/min/1.73m)	60		115
ביוכימיה בדם	Icterus			Normal
ביוכימיה בדם	Hemolysis			Normal
ביוכימיה בדם	Urea -Blood (mg/dl)	15-45		32
ביוכימיה בדם	Creatinine -Blood (mg/dl)	0.67-1.17		0.75
ביוכימיה בדם	Glucose -Blood (mg/dl)	70-100		91
ביוכימיה בדם	Potassium -Blood (meq/l)	3.5-5.2		4.7
ביוכימיה בדם	Sodium -Blood (meq/l)	136-148		139
ביוכימיה בדם	Chloride -Blood (meq/l)	98-110		105



שם מלא: משה פואד 53019006

פרופיל	בדיקה*	ערכי ייחוס	12/11/24 19:16	12/11/24 19:15
ביוכימיה בדם	Calcium -Blood, total (mg/dl)	8.1-10.4		9.5
ביוכימיה בדם	Phosphorus -Blood (mg/dl)	2.0-4.0		4.60↑
ביוכימיה בדם	Magnesium -Blood (mg/dl)	1.9-2.7		1.80↓
ביוכימיה בדם	Uric acid -Blood (mg/dl)	3.5-7.2		5.3
ביוכימיה בדם	Bilirubin -Blood, total (mg/dl)	0.1-1.1		0.38
ביוכימיה בדם	SGOT (AST) -Blood (U/L)	7-40		19
ביוכימיה בדם	SGPT (ALT) -Blood (U/L)	7-45		20
ביוכימיה בדם	LDH -Blood (U/L)	100-260		143
ביוכימיה בדם	Alkaline Phosphatase -Blood (U/L)	45-115		43↓
ביוכימיה בדם	gamma GT -Blood (U/L)	10-49		26
ביוכימיה בדם	Protein -Blood, total (g/dl)	6.5-8.2		7.2
ביוכימיה בדם	Albumin -Blood (g/dl)	3.6-5.5		4.2
ביוכימיה בדם	Estimated Globulin -Blood (g/dl)	2.3-3.5		3.00
ביוכימיה בדם	Osmolality (calc.) (mOsm/KgH2O)	275-295		288
ביוכימיה בדם	Troponin-I HS (ng/L)	20		2.7
ביוכימיה בדם	CPK -Blood, total (U/L)	0-190		82
ביוכימיה בדם	Amylase -Blood (U/L)	20-90		76
סמנים דלקתיים	CRP-Inflammatory (mg/l)	0-5		6.01↑

*תדפיס זה אינו כולל הערות עבור מדבקה או בדיקה

תשובה לבדיקת קורונה מתקבלת אצל רופא קופ"ח.

תרופות	כמות	א. הגשה	פעמים	ב. ...
COMAGIS 15GM (N) CREAM CF		מריחה	0	ביום
AGISPOR GEL 1% 15G 1%		להשתמש	0	ביום
FLUCONAZOLE INJ 2MG/1ML 2MG/1ML		זריקה	1	בשבוע
FLUCANAZOLE 150MG CAP 150MG 1		כמוסות	1	בשבוע

נחתם דיגיטלית

35714

ד"ר נטליה גרמן

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 35714
טלפון 03-5385200
פקס 03-5385201
מחוז דן-פ"ת

שם הרופא ד"ר נטליה גרמן
תחום רפואת משפחה
כתובת אופירה 3, אור יהודה
מרפאה מרפאת ג'ורא

תאריך: 24/02/2025

אישור מחלה

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	משה פואד	מס זהות:	00053019006	גיל:	43.03	מין:	ז
ת.לידה:	03/12/1981	ישוב:	אור יהודה	רחוב:	הכלנית	טלפון נוסף:	53-3013761	
מס בית:	10 / 29	ב	טלפון:	53-3013760				

נבדק עקב 0 ביקור רגיל

קוד	איפיון	אבחנה
79989		DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD

סובל מ

מומלץ על מנוחה מתאריך: 16/02/2025 עד תאריך: 28/02/2025 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה: 13

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

הפקה מקוונת

35714

ד"ר נטליה גרמן

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

אישור מחלה

24/02/2025

הודפס ע"י ד"ר נטליה גרמן

00053019006

משה פואד

תאריך: 30/01/2025

אישור מחלה

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	משה פואד	מס זהות:	00053019006	גיל:	43.02	מין:	ז
ת.לידה:	03/12/1981	ישוב:	אור יהודה	רחוב:	הכלנית	טלפון מסך:	53- 3013761	
מס בית:	10 / 29	ב	טלפון:	53- 3013760				

נבדק עקב 0 ביקור רגיל

סובל מ	קוד	איפיון	אבחנה
	79989		DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD

מומלץ על מנוחה מתאריך: 20/01/2025 עד תאריך: 31/01/2025 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה: 12

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

הפקה מקוונת

35714

ד"ר נטליה גרמן

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית

תאריך: 30/01/25

לכבוד: משה פואד

מועד הביקור אצל הרופא גרמן נטליה
חדר 6 קומה 1
נקבע לך תור במרפאה ליום א' בתאריך 02/02/25 ד' שבט בשעה 07:00.
במידה ואינך יכול/ה להופיע אנא הודיע לנו בטל' - 003-5385200,
מס. פקס - 003-5385201.

בתודה,

צוות מרפאת גיורא

אופירה 3 אור יהודה.

תאריך: 09/03/2025

טופס בקשה

פרטי המטופל:
שם משפחה ופרטי: משה פואד
ת.לידה: 03/12/1981
מס בית: 10 / 29 ב
מס זהות: 00053019006
גיל: 43.03 מין: ז
רחוב: הכלנית
טלפון בוסף: 53-3013761
ישוב: אור יהודה
טלפון: 53-3013760

18/10/2024 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

גורם שולח



5207

תז נבדק



53019006

מספר רשיון



035714

לכבוד: לכול מעוניין

כול אישורי מחלה היו קשורים לביעות אחרי תאונת דרכים

אבחנה משוערת

קוד	אפיון	אבחנה
78650		CHEST PAIN UNSPECIFIED
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS

סימנים חיוניים גובה 172 09/03/2025 משקל 80 09/03/2025 bmi 27.04

לחץ דם 125 / 99 12/11/2024

דופק 85 12/11/2024

21/05/2024 מתאריך 112.16 eGFR

היסטוריה רפואית- בעיות פעילות

מגילוי	אפיון	בעיה
01/01/2003		SMOKER
01/04/2013	left wrist	WOUND OPEN
01/04/2013		work incident
12/02/2021		COVID-19 coronavirus recovered patient
18/10/2024		ACCIDENT/INJURY; NOS
18/10/2024		BACKACHE
18/10/2024		PILONIDAL CYST

תרופות קבועות

...ב	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופה
ביום	0	מריחה		COMAGIS 15GM (N) CREAM CF
ביום	0	להשתמש		AGISPOR GEL 1% 15G 1%
בשבוע	1	זריקה		FLUCONAZOLE INJ 2MG/1ML 2MG/1ML
בשבוע	1	כמוסות	1	FLUCANAZOLE 150MG CAP 150MG



נחתם דיגיטלית

35714

ד"ר נטליה גרמן

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

10/03/2025 תאריך

סיכום טיפול

פרטי המטופל

שם מטפל	תחום	כתובת	טלפון	פקס
מקסים קיט	פיזיותרפיה	רחוב משה אביב 15 אזור התעשייה החדש אור יהודה		
מפראה: מכון פיזיותרפיה קנאר	מחוז: דן-פ"ת			

10/03/2025 תאריך

סיכום טיפול

פרטי המטופל

שם מטפל	תחום	כתובת	טלפון	פקס
מקסים קיט	פיזיותרפיה	רחוב משה אביב 15 אזור התעשייה החדש אור יהודה		
מפראה: מכון פיזיותרפיה קנאר	מחוז: דן-פ"ת			

מס' הפניה במכון הפיזיותרפיה: 240503882 מספר זיהוי הפניה: 35207065679

תאריך הפניה: 29/10/2024

סוג הביקורים לסדרה: 1 תאונת דרכים

לכבוד הרופא המטפל/מקצועי: ד"ר נטליה גרמן

מרפאה: מרפאת גיורא

מקצוע: רופא כללי

אבחנה בהפניה:

צד	קוד	אבחנה
	A80	ACCIDENT/INJURY; NOS

אבחנה לטיפול:

צד	קוד	אבחנה
דו צדדי	7242	LOW BACK PAIN

תאריך תחילת טיפול: 10/12/2024 תאריך סיום טיפול: 10/03/2025

מס' ביקורים בפועל: 9 פרטני: 2 קבוצתי: 7

מס' אי הופעות לטיפול: 1

רשימת כל הטיפולים:

כמות	טיפול
1	אבחון ראשון- בדיקה של פיזיותרפיסט
1	הדרכה וייעוץ (לאורח חיים בריא)
1	תרגול כללי
1	הדרכה לתרגול בבית
8	קבוצה להפעלה כללית - פיזיותרפיה

סיבת סיום טיפול: 01-סיום טיפול

כאבים:

איבר	צד	דרוג בעת פתיחת הסידרה	דרוג בעת סגירת הסידרה
גב תחתון	דו צדדי	6	9

הערכת מטפל: 2-שיפור חלקי

הערות: לדברי המטופל ב-18.10.24 עבר תאונת דרכים, התנגש עם רכבו ב-2 רכבים. פתיחת כריות אוויר. ללא איבוד הכרה. היתה חגורת בטיחות. פינוי עצמי לאחר מספר ימים למיון, נשללו שברים. החל לסבול מכאבי גב תחתון וצוואר. הקרנה לרגל ימין לסירוגין. בנוסף מדווח על סחרחורות. במהלך הטיפולים הדגים שיפור חלקי בטווחי התנועה בצוואר והגב. ללא שיפור בכאבים / תפקוד. המלצה לתרגול עצמי ומעקב רופא מטפל.

המטופל ביקר במכון בתאריכים:
10/03/2025
03/03/2025
24/02/2025
17/02/2025
10/02/2025
20/01/2025
13/01/2025
16/12/2024
10/12/2024

מכון פזיז
מחוז דר פ"ת
ר"ח משה צבי
חתימה והתאמת
01-03874000

לוזית חדר

שם מטפל

תאריך: 16/03/2025

אישור מחלה

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	משה פואד	מס זהות:	00053019006	גיל:	43.03	מין:	ז
ת.לידה:	03/12/1981	ישוב:	אור יהודה	רחוב:	הכלנית	טלפון נוסף:	53-3013761	
מס בית:	10 / 29	ב	טלפון:	53-3013760				

18/10/2024 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 1 תאונת דרכים

סובל מ

קוד	אפיון	אבחנה
79989		DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS
L04		CHEST SYMPTOMS/COMPLAINTS
7245		BACKACHE

מומלץ על מנוחה מתאריך: 16/02/2025 עד תאריך: 28/02/2025 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה: 13

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

נחתם דיגיטלית

35714

ד"ר נטליה גרמן

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית

תאריך: 16/03/2025

אישור מחלה

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	משה פואד	מס זהות:	00053019006	גיל:	43.03	מין:	ז
ת.לידה:	03/12/1981	ישוב:	אור יהודה	רחוב:	הכלנית	טלפון נוסף:	53-3013761	
מס בית:	10 / 29	ב	טלפון:	53-3013760				

18/10/2024 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 1 תאונת דרכים

סובל מ

קוד	איפיון	אבחנה
79989		DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS
L04		CHEST SYMPTOMS/COMPLAINTS
7245		BACKACHE

מומלץ על מנוחה מתאריך: 18/10/2024 עד תאריך: 31/10/2024 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה: 14

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

נחתם דיגיטלית

35714

ד"ר נטליה גרמן

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית

תאריך: 16/03/2025

אישור מחלה

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	משה פואד	מס זהות:	00053019006	גיל:	43.03	מין:	ז
ת.לידה:	03/12/1981	ישוב:	אור יהודה	רחוב:	הכלנית	טלפון נוסף:	53-3013761	
מס בית:	10 / 29	ב	טלפון:	53-3013760				

סוג תאונה 1 תאונת דרכים תאריך תאונה 18/10/2024

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 1 תאונת דרכים

סובל מ

קוד	אפיפון	אבחנה
79989		DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS
L04		CHEST SYMPTOMS/COMPLAINTS
7245		BACKACHE

מומלץ על מנוחה מתאריך: 01/11/2024 עד תאריך: 15/11/2024 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה: 15

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

נחתם דיגיטלית

35714

ד"ר נטליה גרמן

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית

תאריך: 16/03/2025

אישור מחלה

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	משה פואד	מס זהות:	00053019006	גיל:	43.03	מין:	ז	
ת.לידה:	03/12/1981	ישוב:	אור יהודה	רחוב:	הכלנית	טלפון:	53-3013761	מס בית:	10 / 29 ב
מס בית:	10 / 29 ב	טלפון:	53-3013760	טלפון:	53-3013761	מס בית:	10 / 29 ב	טלפון:	53-3013760

18/10/2024 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 1 תאונת דרכים

קוד	איפיון	אבחנה
79989		DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS
L04		CHEST SYMPTOMS/COMPLAINTS
7245		BACKACHE

סובל מ

מומלץ על מנוחה מתאריך: 15/12/2024 עד תאריך: 31/12/2024 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה: 17

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

נחתם דיגיטלית

35714

ד"ר נטליה גרמן

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית

תאריך: 16/03/2025

אישור מחלה

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	משה פואד	מס זהות:	00053019006	גיל:	43.03	מין:	ז
ת.לידה:	03/12/1981	ישוב:	אור יהודה	רחוב:	הכלנית	טלפון נוסף:	53-3013761	
מס בית:	10 / 29	ב	טלפון:	53-3013760				

18/10/2024 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 1 תאונת דרכים

סובל מ

קוד	איפיון	אבחנה
79989		DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS
L04		CHEST SYMPTOMS/COMPLAINTS
7245		BACKACHE

מומלץ על מנוחה מתאריך: 20/01/2025 עד תאריך: 31/01/2025 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה: 12

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

נחתם דיגיטלית

35714

ד"ר נטליה גרמן

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית