

תאריך: 05/08/2026

הפניה לדימות

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	נסים מירים	מס זהות: 00203947056	גיל: 35.02	מין: נ
ת.לידה: 12/06/1991	ישבו: יבנה	רחוב: ש"י עגנון	טלפון נוסף: 52-3327999	טלפון: 52-3327999	מס בית: 9 / 29

סוג תאונה 2 תאונת עבודה תאריך תאונה 18/02/2025

מספר הפניה: 33120076516

גורם שולח



3120

מספר הפניה



033120076516

תז נבדק



0203947056

מספר רשיון



034265

ביום הבדיקה, נא לפנות למשרד מכון הרנטגן והדימות כ- 15 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה. נא להגיע עם טופס ההפניה, מסמכים רלוונטיים וצילומים קודמים. לנשים בלבד!

אם הינך בהריון או במצב של אפשרות להריון, חובה עליך ליידע את הרופא המפנה לבדיקה ואת הצוות המבצע במכון הרנטגן והדימות. נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין תור לבדיקה ב- 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

לכבוד: מכון MRI

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78517	70551	ת.מ. MRI ראש	10106005

המטופל מתלונן על ביקורת נוירולוגית כאבי ראש סחרחורת

ממצאים עיקריים NORMAL NEUROLOGIC EXAMINATION

אבחנה משוערת

קוד	אפיון	אבחנה
7		OBSERVATION - PATIENT UNDER OBSERVATION

בעיות פעילות

מ.גילוי	אפיון	בעיה
01/02/2010		IRON DEFICIENCY ANEMIA
01/03/2012		VITAMIN D DEFICIENCY
23/03/2023		VITAMIN B12 DEFICIENCY
24/03/2024	סבתא דודה 30+	FAMILY HISTORY OF MALIGNANT NEOPLASM OF BREAST

רגישויות ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
FERRIFOL BOX OF 30 TAB CF	אחר: כאבי בטן	רופא

רגישויות נוספות

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
מיץ תות-בננה	פריחה וגירודים	

תולדות עבר

ה.ה.ר. 6

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לדימות

05/08/2026

הודפס ע"י ד"ר אנדרש מטה

00203947056

נסים מירים

הודפס מאתר כללית ב-07.08.2026 בשעה 15:50 בעבור מירים נסים. תעודת זהות: 203947056.

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/	01/08/1992		VARICELLA
01/	01/03/1997		MONONUCLEOSIS INFECTIOUS

הערות: שלום רב

בת 35

כאבי ראש מזה שנה וחצי

סחרחורת

כעת חודש אחרי לידה

בבדיקה נוירולוגית אין סימניחם פתולוגיים

בזמן היריון לא ביקשתי הדמיה

כעת אב'קש בדיקת BRAIN MRI

בגלל זמן ממושך של כאבי ראש וכעת גם סחרחורת

תודה רבה

בכבוד רב

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה

****נחתם דיגיטלית****

34265

ד"ר אנדרש מטה

חתימה וחתימת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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