

864

14/04/2026
מספרנו : 4455052
מספר דוח : 4

לכבוד : ענבל - כללי
לידי : מערכת - עו"ד זאואר

הנדון - ציון אברהם ת.ז. : 51184026

מס תביעה : 55-8153888/30
מס הזמנה : 5688982000099395910
תאריך פגיעה : 13/02/2025

1. **התבקשנו על ידכם לפעול לצילום תיקו הרפואי של הנדון.**

2. בעבר הועבר אליכם :

כספת מל"ל - בירור תביעות :
מח' נפגעי עבודה : 23/12/1981, 07/11/2000
מח' שאירים : הוגשה תביעה
מח' זקנה : הוגשה תביעה
מכבי - רשימת רופאים+התחייבויות
וס"ר לא תקין למל"ל מח' גבייה (רציפות ביטוח נפטרים)

3. רצ"ב :

מכבי - תיק אורטופד : דר' ברגמן אלכסנדר
מכבי - תיק אורטופד : דר' לוי רוברט
מכבי - תיק אורטופד : דר' ליברטי אליהו
מכבי - תיק אורטופד : דר' סתו עודד
מכבי - תיק אורטופד : דר' פרבר ראובן
מכבי - תיק אורטופד : דר' רובינשטיין דניס
מכבי - כירורגיה : דר' ויינמן ערן
מכבי - כירורגיה : דר' יעקובוביץ דימטרי
מכבי - כירורגיה : דר' רבין איגור
מכבי - תיק כללי : דר' פומורצב אוקסנה
מכבי - תיק כללי : דר' קוטוק נטליה
מכבי - תיק נוירולוג : דר' גסקין יורי

4. הערות/המלצות :

המשך איסוף : מל"ל, אסותא, שיבא, וולפסון

לידיעה, ייתכן והדפסת התיק הרפואי אינה כוללת מידע רגיש
(כגון בריאות הנפש, גנטיקה וכד'), במידה וישנו.

הדפסת תיק מטופל - חלקי הודפס ע"י בקשה להדפסת תיק מטופל

פרטים אישיים

קופת חולים: מכבי

תעודת זהות 51184026

שם משפחה: ציון	ת.לידה: 29/09/1953	רחוב: שיבת ציון
שם פרטי: אבי		מס: 14 מס.דירה 7
שם האב: יחזקאל	מין: ז	עיר: ראשון לציון
מ.משפחתי: נשוי		מיקוד: 7534149
תאריך פטירה: 16/02/2025	גיל פטירה: 71.5	טלפון בבית: 0775542412
		טלפון נייד: 0505276399
ארץ לידה: ישראל		מקצוע: בניה

קוד אשראי: 2

פטור מתשלום היטל רבעוני: 0

סוג ביטוח משלים: מגן זהב

ת.הצטרפות ביטוח משלים: 01/02/1994

תאריך סיום טיפול בתיק החולה: 24/02/2025

05/06/2019 10:16:12

רישום ביקור אורטופד

גיל: 65.8

שם רופא/ה: ד"ר ברגמן אלכסנדר

תחום הטיפול: אורתופדיה

מספר ביקור: 0112799735

תלונות: לדבריו נפיחות והרגשה של סריפה בכף רגל ימין כ 7 חודשים
ללא סיפור חבלה

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאים: ללא חוסר נאירוסקולרי ללא סימני דלקת זיהומי

תחושה שמורה

נפיחות קל ללא כאבים

צילום כף רגל ימין - ב.מ.פ.

U/S כף רגל ימין - היתבות רכמה רכה ללא סימני קולקציה

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
CELLULITIS SITE UNS	Rt		foot

קוד	בדיקות/הפניות
99919	מכון
99939	מרכז ארצי לדימות-רפואה גרעינית - רפואה גרעינית
LAB000	בדיקות מעבדה

תרופות	כמות	הגשה	X	אופן לקיחה	Dy	OP	צד לטיפול*	P	C	N	קוד	M	יח' שימוש
PHYSI-CARE MAC 1% X 100G		Gel		למריחה		1		Y	N	N	70125	0	

מוזמן למעקב:

על פי צורך

! 1320600

09/07/2019 15:45:15

רישום ביקור אורטופד

גיל: 65.9

שם רופא/ה: ד"ר ברגמן אלכסנדר

תחום הטיפול: אורתופדיה

מספר ביקור: 0115273232

תלונות: ביקור חוזר מתאריך 05/06/2019:

לדבריו נפיחות והרגשה של סריפה בכף רגל ימין כ-7 חודשים
ללא סיפור חבלה

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאים: ביקור חוזר מתאריך 05/06/2019:

ללא חוסר נאירוסקולרי ללא סימני דלקת זיהומי

תחושה שמורה

נפיחות קל ללא כאבים

צילום כף רגל ימין - ב.מ.פ.

U/S כף רגל ימין - היתבות רכמה רכה ללא סימני קולקציה

מיפוי עצמות SPECT - ממצאים:

הדגשה בקליטה באזור מפרק מטטרסו פלניאלי אצבע ראשונה כף רגל ימין ובצורה קלה

יותר אותו אזור כף רגל שמאל.

הדגשה קלה בקליטה באזור טרסלי דורזלי לטרלי כף רגל שמאל. הממצאים יכולים

להתאים לתהליך דלקתי ארטריטי או

טראומה נזק מאמץ.

הדגשה קלה בקליטה באזור לטרלי מימין של ע"ש הצווארי אמצעי, יכול להתאים לשינויים

ניווניים.

הדגשה בקליטה בטיביה משמאל באזור המעבר בין השליש האמצעי לשליש הדיסטלי.

יכול להתאים למצב לאחר טראומה

ישנה.

הדגשה קלה בקליטה בפטלה ברך ימין, יכול להתאים לתהליך דלקתי ארטריטי.

אין לראות ממצאים חיוביים נוספים.

EMG רגליים - MILD AXONAL SENSORY POLYNEUROPATHYA

בדיקות דם CRP WBC - תקין

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
CELLULITIS SITE UNS	Rt		foot

קוד	בדיקות/הפניות
99872	מרשם למדרסים
CON20	התייעצות מומחה - נירולוגיה

תרופות	כמות	הגשה	X	אופן לקיחה	Dy	OP	צד לטיפול*	P	C	N	קוד	M	יח' שימוש
CELCOX 200MG X 10	1	Cap.	1	לבלעיה	10	1		Y	N	N	27394	0	כמוסה

מוזמן למעקב:

על פי צורך

1320600 !

17/09/2020 09:06:49

רישום ביקור אורטופד

גיל: 66.11

שם רופא/ה: ד"ר ברגמן אלכסנדר

תחום הטיפול: אורטופד

מספר ביקור: 0147592310

תלונות: ביקור חוזר מתאריך 13/05/2020

ביקור חוזר מתאריך 12/02/2020

ביקור חוזר מתאריך 08/01/2020

כאב גב תחתון משמאל ללא הקרנה מזה שבוע. נוטל VOLTAREN. OPTALGIN.
12.2.20 עשה CT- בגובה L1-4 עיבוי פלבום, בלטי דיסק עם לחץ על השק ומעורבות
פורמינלית. בלט L4-5 יותר שמאלי פורמינלי עם עיבוי פלבום עם לחץ על השק ומעורבות
פורמינלית יותר משמאל. L5-S1 בלט עם לחץ על השק ומעורבות פורמינלית.
מוגבל בהליכה עד 300 מטרים.
ביקורת ב 17.9.20 כאבים בע"ש מותני ללא שיפור משמעותי

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאים: ביקור חוזר מתאריך 13/05/2020

ביקור חוזר מתאריך 12/02/2020

ביקור חוזר מתאריך 08/01/2020

טווח תנועה עם הגבלה בכיפוף ויישור. SLR שלילי מימין / שמאל, FABER שלילי, רגישות
שרירית פרהורטברלית שמאלית, רגישות פצטלית שמאלית, ללא רגישות מעל schiatic
notch, ניירולוגיה תקינה.

נבצע היום הזרקה paravertebral facet joints injections marcaine 0.25% depomedrol 80mg
12cc total . ממליץ CT דחוף עמ"ש מותני.

לכאבים PERCOCET 10X2.

12.2.20 לפי ממצאים וקליניקה של קלאודיקציה ממליץ לבצע BIL SNRB L4-5 תחת שיקוף.

13.5.20 לפני כחודשיים ביצע BIL SNRB L4-5 תחת שיקוף. כרגע אין בעיה ביום אלא רק
בלילה.

ללילה ממליץ ZALDIAR או PERCOCET 5-10 לפי צורך.

ממליץ לבצע MRI עמ"ש מותני לבירור סיבת הכאב. נזמין להזרקה נוספת LT SNRB L4-5
תחת שיקוף.

בדיקה ב 17.9.20 רגישות במישוש בגב התחתון וצוואר

ללא חוסר נארוסוקלרי

תנועה ותנועות שמורות ב 4 גפיים

כח גס והחזרים שמורים

SLR EHL EDL - תקינים

תחושה שמורה

MRI ע"ש מותני בלט דיסק ללא לחץ משמעותי על שק ושורשים L4-5-S1

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			W BACK PAIN
			INAL STENOSIS LUMBAR

קוד	בדיקות/הפניות
F1003	מכון פיזיותרפיה

תרופות	כמות	הגשה	X	אופן לקיחה	Dy	OP	צד לטיפול	P	C	N	קוד	M	יח' שימוש
ARCOXIA 90MG X 14	1	Tab.	1	לבליעה	14	1		M	N	N	38663	0	טבליה

מוזמן למעקב:

על פי צורך

1320600

08/10/2020 17:38:06

רישום ביקור אורטופד

גיל: 67

שם רופא/ה: ד"ר ברגמן אלכסנדר

תחום הטיפול: אורטופד

0149178952

מספר ביקור:

תלונות: ביקור חוזר מתאריך 17/09/2020

ביקור חוזר מתאריך 13/05/2020

ביקור חוזר מתאריך 12/02/2020

ביקור חוזר מתאריך 08/01/2020

כאב גב תחתון משמאל ללא הקרנה מזה שבוע. נוטל VOLTAREN. OPTALGIN.
12.2.20 עשה CT- בגובה L1-4 עיבוי פלבום, בלטי דיסק עם לחץ על השק ומעורבות
פורמינלית. בלט L4-5 יותר שמאלי פורמינלי עם עיבוי פלבום עם לחץ על השק ומעורבות
פורמינלית יותר משמאל. L5-S1 בלט עם לחץ על השק ומעורבות פורמינלית.
מוגבל בהליכה עד 300 מטרים.
ביקורת ב 17.9.20 כאבים בע"ש מותני ללא שיפור משמעותי

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאים: ביקור חוזר מתאריך 17/09/2020

ביקור חוזר מתאריך 13/05/2020

ביקור חוזר מתאריך 12/02/2020

ביקור חוזר מתאריך 08/01/2020

טווח תנועה עם הגבלה בכיפוף ויישור. SLR שלילי מימין / שמאל, FABER שלילי, רגישות
שרירית פרהורטברלית שמאלית, רגישות פצטלית שמאלית, ללא רגישות מעל schiatic
notch, נירולוגיה תקינה.
נבצע היום הזרקה paravertebral facet joints injections marcaine 0.25% depomedrol 80mg
12cc total. ממליץ CT דחוף עמ"ש מותני.
לכאבים PERCOCET 10X2.
12.2.20 לפי ממצאים וקליניקה של קלאודיקציה ממליץ לבצע BIL SNRB L4-5 תחת שיקוף.
13.5.20 לפני כחודשיים ביצע BIL SNRB L4-5 תחת שיקוף. כרגע אין בעיה ביום אלא רק
בלילה.

ללילה ממליץ ZALDIAR או PERCOCET 5-10 לפי צורך.

ממליץ לבצע MRI עמ"ש מותני לבירור סיבת הכאב. נזמין להזרקה נוספת LT SNRB L4-5
תחת שיקוף.

בדיקה ב 17.9.20 רגישות במישוש בגב התחתון וצוואר

ללא חוסר נארוסוקלרי

תנועה ותנועות שמורות ב 4 גפיים

כח גס והחזרים שמורים

SLR EHL EDL - תקינים

תחושה שמורה

MRI ע"ש מותני בלט דיסק ללא לחץ משמעותי על שק ושורשים L4-S1

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			W BACK PAIN
			INAL STENOSIS LUMBAR

תרופות	כמות	הגשה	X	אופן לקיחה	Dy	OP	צד לטיפול*	P	C	N	קוד	M	יח' שימוש
ARCOXIA 90MG X 14	1	Tab.	1	לבליעה	14	1		M	N	N	38663	0	טבליה

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 1320600

22/10/2020 19:11:53

רישום ביקור אורטופד

גיל: 67

שם רופא/ה: ד"ר ברגמן אלכסנדר

תחום הטיפול: אורטופד

מספר ביקור: 0150373515

תלונות: ביקור חוזר מתאריך 08/10/2020

ביקור חוזר מתאריך 17/09/2020

ביקור חוזר מתאריך 13/05/2020

ביקור חוזר מתאריך 12/02/2020

ביקור חוזר מתאריך 08/01/2020

כאב גב תחתון משמאל ללא הקרנה מזה שבוע. נוטל VOLTAREN. OPTALGIN.
12.2.20 עשה CT- בגובה L1-4 עיבוי פלבום, בלטי דיסק עם לחץ על השק ומעורבות
פורמינלית. בלט L4-5 יותר שמאלי פורמינלי עם עיבוי פלבום עם לחץ על השק ומעורבות
פורמינלית יותר משמאל. L5-S1 בלט עם לחץ על השק ומעורבות פורמינלית.
מוגבל בהליכה עד 300 מטרים.

ביקורת ב 17.9.20 כאבים בע"ש מותני ללא שיפור משמעותי

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאים: ביקור חוזר מתאריך 08/10/2020

ביקור חוזר מתאריך 17/09/2020

ביקור חוזר מתאריך 13/05/2020

ביקור חוזר מתאריך 12/02/2020

ביקור חוזר מתאריך 08/01/2020

טווח תנועה עם הגבלה בכיפוף ויישור. SLR שלילי מימין / שמאל, FABER שלילי, רגישות
שרירית פרהורטברלית שמאלית, רגישות פצטלית שמאלית, ללא רגישות מעל schiatic
notch, נירולוגיה תקינה.

נבצע היום הזרקה paravertebral facet joints injections marcaine 0.25% depomedrol 80mg
12cc total. ממליץ CT דחוף עמ"ש מותני.

לכאבים PERCOCET 10X2.

12.2.20 לפי ממצאים וקליניקה של קלאודיקציה ממליץ לבצע BIL SNRB L4-5 תחת שיקוף.

13.5.20 לפני כחודשיים ביצע BIL SNRB L4-5 תחת שיקוף. כרגע אין בעיה ביום אלא רק
בלילה.

ללילה ממליץ ZALDIAR או PERCOCET 5-10 לפי צורך.

ממליץ לבצע MRI עמ"ש מותני לבירור סיבת הכאב. נזמין להזרקה נוספת LT SNRB L4-5
תחת שיקוף.

בדיקה ב 17.9.20 רגישות במישוש בגב התחתון וצוואר

ללא חוסר נארוויסוקלרי

תנועה ותנועות שמורות ב 4 גפיים

כח גס והחזרים שמורים

SLR EHL EDL - תקינים

תחושה שמורה

MRI ע"ש מותני בלט דיסק ללא לחץ משמעותי על שק ושורשים L4-S1

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
LOW BACK PAIN			
LUMBAR STENOSIS			

תרופות	כמות	הגשה	X	אופן לקיחה	Dy	OP	צד לטיפול*	P	C	N	קוד	M	יח' שימוש
ARCOXIA 90MG X 14	1	Tab.	1	לבליעה	14	1		M	N	N	38663	0	טבליה
PHYSI-CARE MAC 1% X 100G		Gel		למריחה		1		M	N	N	70125	0	.

מוזמן למעקב:

☑ על פי צורך

! 1320600

לידיעה, ייתכן והדפסת התיק הרפואי אינה כוללת מידע רגיש
(כגון בריאות הנפש, גנטיקה וכד'), במידה וישנו.

הדפסת תיק מטופל - חלקי הודפס ע"י בקשה להדפסת תיק מטופל
פרטים אישיים

תעודת זהות 51184026		קופת חולים: מכבי	
שם משפחה: ציון		ת.לידה: 29/09/1953	
שם פרטי: אבי			
שם האב: יחזקאל		מין: ז	
מ. משפחתי: נשוי			
תאריך פטירה: 16/02/2025		גיל פטירה: 71.5	
ארץ לידה: ישראל			
קוד אשראי: 2			
פטור מתשלום היטל רבעוני: 0			
סוג ביטוח משלים: מגן זהב			
ת.הצטרפות ביטוח משלים: 01/02/1994			
תאריך סיום טיפול בתיק החולה: 24/02/2025			

רישום ביקור אורטופד

04/06/2024 11:05:14

גיל: 70.8

שם רופא/ה: דר' לוי רוברט

תחום הטיפול: אורתופדיה מרפק וכתף

מספר ביקור: 0278013556

תלונות: כאב בכתף השמאלית מזה כמה חודשים . חבלה לפני חצי שנה , לדבריו נבדק במיון .
נוטל לעתים ARCOXIA בשיפור חלקי.
כאב לילי.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאים: כתף שמאל: אין רגישות. תנועה מלאה. כוח תקין - מעורר כאב.
צ. כתפים : במפ
US כתפי 04/24 - במפ

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			LT IN SHOULDER

הערות	בדיקות/הפניות
בתוקף עד - 01/12/2024	US איברים: כתף שמאל (בוטל)
בתוקף עד - 01/12/2024	מכון פיזיותרפיה

תרופות	מינון	Rp <Days>	אופן השימוש
DIPROSPAN 1ML 1CC	1 amp X 1 -1 op	1 <1>	להזרקה 1 אמפולה 1 פעם ביום, (בוקר 1 אמפולה) לתקופה של 1 ימים.
LIDOCAINE 1%X10CCX20	1 amp X 1 -1 op	1 <1>	להזרקה 1 אמפולה 1 פעם ביום, (בוקר 1 אמפולה) לתקופה של 1 ימים.
ARCOXIA 90MG X 14	1 tab X 1 -1 op	1 <14>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 14 ימים.

טיפול	קוד	נקודות	X	ר
Intraarticular inj/asp shoulder/hip	2010	05.0	1	!

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0964000

09/06/2024 13:47:20

רישום ביקור אורטופד

גיל: 70.8

שם רופא/ה: דר' לוי רוברט

תחום הטיפול: אורתופדיה מרפק וכתף

0278500193

מספר ביקור:

פירוט	מקור המידע
13:49:32 09/06/2024 בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.	העברת טפסים באופן יזום לאתר המטופל

תלונות: בביקור בתאריך 04/06/2024 בשעה 11:05:14
כאב בכתף השמאלית מזה כמה חודשים. חבלה לפני חצי שנה, לדבריו נבדק במיון...
נוטל לעתים ARCOXIA בשיפור חלקי.
כאב לילי.

בביקור בתאריך 09/06/2024 בשעה 13:47:20

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאים: בביקור בתאריך 04/06/2024 בשעה 11:05:14
כתף שמאל: אין רגישות. תנועה מלאה. כוח תקין - מעורר כאב.
צ. כתפים: במפ
US כתפי 04/24 - במפ

בביקור בתאריך 09/06/2024 בשעה 13:47:20
EMG ידיים: במפ

דיון ואבחנה מبدלת: בביקור בתאריך 09/06/2024 בשעה 13:47:20

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
AIN SHOULDER	Lt		

הערות	בדיקות/הפניות
בתוקף עד - 06/12/2024	מרכז ארצי לדימות - רפואה גרעינית: מיפוי עצמות

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0964000

03/07/2024 15:28:27

רישום ביקור אורטופד

גיל: 70.9

שם רופא/ה: דר' לוי רוברט

תחום הטיפול: אורתופדיה מרפק וכתף

מספר ביקור:

0280963172

תלונות: בביקור בתאריך 04/06/2024 בשעה 11:05:14

כאב בכתף השמאלית מזה כמה חודשים . חבלה לפני חצי שנה , לדבריו נבדק במיון .
נוטל לעתים ARCOXIA בשיפור חלקי.
כאב לילי.

בביקור בתאריך 03/07/2024 בשעה 15:28:27

לאחר זריקה היה שיפור למשך זמן קצר.
ממשיך עם כאב בשתי הכתפים בעיקר בשמאל - לאחר שכיבה.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאים: בביקור בתאריך 04/06/2024 בשעה 11:05:14

כתף שמאל: אין רגישות. תנועה מלאה. כוח תקין - מעורר כאב.
צ. כתפים : במפ
US כתפי 04/24 - במפ

בביקור בתאריך 09/06/2024 בשעה 13:47:20

EMG ידיים: במפ

בביקור בתאריך 03/07/2024 בשעה 15:28:27

מיפוי עצמות 06/24 : אין קליטה בכתפיים.

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
		Lt	MIN SHOULDER
		Sus	FINAL STENOSIS CERVICAL

הערות	בדיקות/הפניות
בתוקף עד - 30/12/2024	הפניה למכון דימות - C.T: CT עמוד השדרה צווארי
בתוקף עד - 30/12/2024	התייעצות מומחה: אורתופדיה - עמוד שדרה

אופן השימוש	Rp <Days>	מינון	תרופות
להזרקה 1 אמפולה 1 פעם ביום , (בוקר 1 אמפולה) לתקופה של 1 ימים.	<1> 1	1 amp X 1 -1 op	DIPROSPAN 1ML 1CC
להזרקה 1 אמפולה 1 פעם ביום , (בוקר 1 אמפולה) לתקופה של 1 ימים.	<1> 1	1 amp X 1 -1 op	LIDOCAINE 1%X10CCX20
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום , (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 14 ימים.	<14> 1	1 tab X 1 -1 op	ARCOXIA 90MG X 14

טיפול	קוד	נקודות	X	ר
Intraarticular inj/asp shoulder/hip	2010	05.0	1	!

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0964000

לידיעה, ייתכן והדפסת התיק הרפואי אינה כוללת מידע רגיש
(כגון בריאות הנפש, גנטיקה וכד'), במידה וישנו.

הדפסת תיק מטופל - חלקי הודפס ע"י בקשה להדפסת תיק מטופל

פרטים אישיים

קופת חולים: מכבי

תעודת זהות 51184026

שם משפחה: ציון	ת.לידה: 29/09/1953	רחוב: שיבת ציון
שם פרטי: אבי		מס: 14 מס. דירה 7
שם האב: יחזקאל	מין: ז	עיר: ראשון לציון
מ. משפחתי: נשוי		מיקוד: 7534149
תאריך פטירה: 16/02/2025	גיל פטירה: 71.5	טלפון בבית: 0775542412
		טלפון נייד: 0505276399
ארץ לידה: ישראל		מקצוע: בניה

קוד אשראי: 2

פטור מתשלום היטל רבעוני: 0

סוג ביטוח משלים: מגן זהב

ת.הצטרפות ביטוח משלים: 01/02/1994

תאריך סיום טיפול בתיק החולה: 24/02/2025

12/04/1995 20:13:00

רישום ביקור אורטופד

שם רופא/ה: ד"ר ליברטי אלי

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
ERVICALGIA			

22/05/1995 17:43:00

רישום ביקור אורטופד

שם רופא/ה: ד"ר ליברטי אלי

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
ERVICALGIA			

יח' שימוש	M	קוד	N	C	P	צד לטיפול	OP	Dy	אופן לקיחה	X	הגשה	כמות	תרופות
	418	7789 I		ר		10		1 1		1	TAB	1	ABITREN 100 TAB 100MG X 20
	418	7789 I		ר		10		1 1		1	TAB	1	ABITREN 100 TAB 100MG X 20

רישום ביקור אורטופד

03/12/2002 14:22:00

גיל: 49.02

שם רופא/ה: ד"ר ליברטי אלי

תלונות: טורטיקוליס מהיום. בבדיקה - ספזם שרירי הגבלה בתנועות. אין חסר נוירולוגי.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאים: ביקור חוזר מתאריך: 22/05/1995

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ERVICALGIA

יח' שימוש	M	קוד	P	C	N	צד לטיפול*	OP	Dy	אופן לקיחה	X	הגשה	כמות	תרופות
		21226	P	N	N		1	10	פעמים ביום	1	TAB	1	VIOXX 25MG X 10
		183	P	N	N		2	10	פעמים ביום	3	TAB	1	ALGOLYSIN FORTE 500MG X 20
		21226	P	N	N		1	10	פעמים ביום	1	TAB	1	VIOXX 25MG X 10
		20756	P	N	H		1	10	פעמים ביום	1	TAB	1	ASSIVAL 5MG X 30

מוזמן למעקב - גרסה קודמת:

מוזמן למעקב: מעקב ע"פ צורך קליני

רישום ביקור אורטופד

02/09/2009 16:43:17

גיל: 55.11

שם רופא/ה: ד"ר ליברטי אלי

תחום הטיפול: אורטופדיה

תלונות: 02/09/2009 מרפק טניס ימין. ארקוקסיה, מעקב.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			NNIS ELBOW

יח' שימוש	M	קוד	P	C	N	צד לטיפול*	OP	Dy	אופן לקיחה	X	הגשה	כמות	תרופות
טבליה		61738	Y	N	N		1	10	לבליעה	1	Tab.	1	ARCOXIA 90MG X 10

מוזמן למעקב - גרסה קודמת:

מוזמן למעקב: על פי צורך קליני

רישום ביקור אורטופד

28/10/2018 17:35:47

גיל: 65

שם רופא/ה: ד"ר ליברטי אלי

תחום הטיפול: אורטופדיה

! 02

תלונות: 28/10/2018 סיפור של צליעה לסרוגין למרחק של כ 500 מטר, כאב מופיע סובך שמאל.
בבדיקת כלי דם פרעה קשה בעורקי השוק הבא לידי ביטוי לאחר מאמץ, עם סימנים
לאיסכמיה לאחר מאמץ.

אינדקס קרסול זרוע: במנוחה : 0.93 לאחר מאמץ: 0.42.
רגל שמאל:

הפרעה קשה בסגמנט איליאו-פמורלי עם סימנים לאיסכמיה לאחר מאמץ.

אינדקס קרסול זרוע: במנוחה : 0.71 לאחר מאמץ: 0.35.
מופנה לייעוץ כלי דם.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
PERIPHERAL VASCULAR DISEASE			

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 1236400

לידיעה, ייתכן והדפסת התיק הרפואי אינה כוללת מידע רגיש
(כגון בריאות הנפש, גנטיקה וכד'), במידה וישנו.

הדפסת תיק מטופל - חלקי הודפס ע"י בקשה להדפסת תיק מטופל

פרטים אישיים

קופת חולים: מכבי

תעודת זהות 51184026

שם משפחה: ציון	ת.לידה: 29/09/1953	רחוב: שיבת ציון
שם פרטי: אבי		מס: 14 מס. דירה 7
שם האב: יחזקאל	מין: ז	עיר: ראשון לציון
מ. משפחתי: נשוי		מיקוד: 7534149
תאריך פטירה: 16/02/2025	גיל פטירה: 71.5	טלפון בבית: 0775542412
		טלפון נייד: 0505276399
ארץ לידה: ישראל		מקצוע: בניה

קוד אשראי: 2

פטור מתשלום היטל רבעוני: 0

סוג ביטוח משלים: מגן זהב

ת.הצטרפות ביטוח משלים: 01/02/1994

תאריך סיום טיפול בתיק החולה: 24/02/2025

18/09/2019 16:19:34

רישום ביקור אורטופד

גיל: 65.11

שם רופא/ה: דר' סתו עודד

תחום הטיפול: אורתופדיה

מספר ביקור: 0120296310

תלונות: קבלן בניין, בריא בד"כ. הפסיק עישון לפני מספר שנים.

מתלונן על כאבים בכף רגל ימין מזה כשנה- אופי שורף.

בבדיקתו בצקת גומתית של כף רגל ימין. יש מבנה קווס עם נפיחות אצבעות 1+2.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאים: קליטה מזערית במיפוי עצמות באזור מידפוט. EMG לדבריו היה תקין. US קרסול -

טנוסינוביטיס פרונאליים. אין US קרסול.

לדבריו בוצע CT קרסוליים בוולפסון. יביא את הדיסק. יתאים מדרסים להפחתת עומס מקו

ליספרנק (ייצוב הקשת).

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
		Rt	OSTEOARTHRITIS UNS

קוד	בדיקות/הפניות
99939	מרכז ארצי לדימויות-CT - C.T
99872	מרשם למדרסים

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

0270006 !

24/02/2020 20:01:17

רישום ביקור אורטופד

גיל: 66.4

שם רופא/ה: דר' סתו עודד

תחום הטיפול: אורתופדיה-קרסול וכף רגל

רופא מפנה: דר' פומורצב קסניה

מספר ביקור: 0132509678

תלונות: ביקור חוזר מתאריך 18/09/2019:

קבלן בנין, בריא בד"כ. הפסיק עישון לפני מספר שנים.
מתלונן על כאבים בכף רגל ימין מזה כשנה-אופי שורף.
בבדיקתו בצקת גומתית של כף רגל ימין. יש מבנה קווס עם נפיחות אצבעות 1+2.
24/02/2020 - CT מוולפסון מדגים שנויים שחיקתיים במפרק TN, שנויים נוניים באספקט
דורזלי של מפרקים TMT 2+3, ופרגמנטים זעירים יתכן לאחר שבירי תלישה ישנים
באספקט דורזלי של MTP1+2.
מתאר כאב שורף באזור דורזלי של MTP2-5. נפיחות קלה בגב מפרקים אלה.
ממליץ על המשך שימוש במדרסים שעוזרים לו. ניתן להוסיף "בננה" תחת גלילים
מקורבים כדי להפחית עומס ממפרקי MTP 2-5.
ממליץ על תיקון המדרסים כנ"ל.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאים: ביקור חוזר מתאריך 18/09/2019:

קליטה מזערית במיפוי עצמות באזור מידפוט. EMG לדבריו היה תקין. US קרסול -
טנוסינוביטיס פרונאליים. אין US קרסול.
לדבריו בוצע CT קרסוליים בוולפסון. יביא את הדיסק. יתאים מדרסים להפחתת עומס מקו
ליספרנק (ייצוב הקשת).

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			OSTEOARTHRITIS UNS
		Rt	

סוג האישור	קוד	מתאריך	עד תאריך
תשובה לרופא המטפל	C00028		

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

0270006 !

לידיעה, ייתכן והדפסת התיק הרפואי אינה כוללת מידע רגיש
(כגון בריאות הנפש, גנטיקה וכד'), במידה וישנו.

הדפסת תיק מטופל - חלקי הודפס ע"י בקשה להדפסת תיק מטופל
פרטים אישיים

תעודת זהות 51184026 קופת חולים: מכבי

שם משפחה: ציון	ת.לידה: 29/09/1953	רחוב: שיבת ציון
שם פרטי: אבי		מס: 14 מס. דירה 7
שם האב: יחזקאל	מין: ז	עיר: ראשון לציון
מ. משפחתי: נשוי		מיקוד: 7534149
תאריך פטירה: 16/02/2025	גיל פטירה: 71.5	טלפון בבית: 0775542412
		טלפון נייד: 0505276399
ארץ לידה: ישראל		מקצוע: בניה
קוד אשראי: 2		
פטור מתשלום היטל רבעוני: 0		
סוג ביטוח משלים: מגן זהב		
ת.הצטרפות ביטוח משלים: 01/02/1994		
תאריך סיום טיפול בתיק החולה: 24/02/2025		

רישום ביקור אורטופד

03/05/2016 13:18:02

גיל: 62.7

שם רופא/ה: ד"ר פרבר ראובן

תחום הטיפול: אורטופד

מספר ביקור:

0039558854

תלונות: לפני כחודש לאחר שהרים משא הופיעו כאבים בע"ש מתני מקרינים לגפה שמאלית תחתונה מתקשה בהזדקפות.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאים: הגבלה בתנועות ע"ש מתני הולך בשפיפה רגיושת בעת ישור ע"ש רגישות מעל חוליות מתניות L4-L5 L5-S1 כח גס החזרים ותחושה בגפיים תחתונות תקינים סימן לסג שלילי דו צדדי. צילום ע"ש מתני ב.מ.פ. י. מופנה לטיפול פיזיותרפי. ניתן ארקוקסיה. הוזמן CT של ע"ש מתני.

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
SCIATICA		Lt	W BACK PAIN
		M/P	INAL STENOSIS LUMBAR

קוד	בדיקות/הפניות
CON92	מכון פיזיותרפיה
99942	מכון רנטגן
99939	מרכז ארצי ליעוץ - C.T

תרופות	כמות	הגשה	X	אופן לקיחה	Dy	OP	צד לטיפול	P	C	N	קוד	M	יח' שימוש
ARCOXIA 90MG X 10	1	Tab.	1	לבליעה	10	1		Y	N	N	61738		טבליה

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 1159100

05/05/2016 10:19:00

רישום ביקור אורטופד

גיל: 62.7

שם רופא/ה: ד"ר פרבר ראובן

תחום הטיפול: אורטופד

מספר ביקור: 0039698179

תלונות: ביקור חוזר מתאריך: 03/05/2016

לפני כחודש לאחר שהרים משא הופיעו כאבים בע"ש מתני מקרינים לגפה שמאלית תחתונה מתקשה בהזדקפות.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאים: ביקור חוזר מתאריך: 03/05/2016

הגבלה בתנועות ע"ש מתני הולך בשפיפה רגיושת בעת ישור ע"ש רגיושת מעל חוליות מתניות L4-L5 L5-S1 כח גס החזרים ותחושה בגפיים תחתונות תקינים סימן לסג שלילי דו צדדי. צילום ע"ש מתני ב.מ.פ.י. מופנה לטיפול פיזיותרפי. ניתן ארקוקסיה. הוזמן CT של ע"ש מתני. 05/05/2016 אין שיפור עם הארקוקסיה. ניתן וולטרן בזריקה להיום וימשיך עם ברקסין ווליום.

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
LOW BACK PAIN	Lt		SCIATICA
FINAL STENOSIS LUMBAR	M/P		

תרופות	כמות	הגשה	X	אופן לקיחה	Dy	OP	צד לטיפול	P	C	N	קוד	M	יח' שימוש
BREXIN 20MG X 20	1	Tab.	1	לבליעה	10	1		Y	N	N	5853		טבליה
ABITREN 75MG X 5	1	Amp.	1	להזרקה	1	1		Y	N	N	8303		אמפולה

סוג האישור	קוד	מתאריך	עד תאריך
אישור בריאות	C00004		

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 1159100

08/05/2016 11:36:59

רישום ביקור אורטופד

גיל: 62.7

שם רופא/ה: ד"ר פרבר ראובן

תחום הטיפול: אורטופד

מספר ביקור: 0039830578

תלונות: ביקור חוזר מתאריך: 05/05/2016

ביקור חוזר מתאריך: 03/05/2016

לפני כחודש לאחר שהרים משא הופיעו כאבים בע"ש מתני מקרינים לגפה שמאלית
תחתונה מתקשה בהזדקפות.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאים: ביקור חוזר מתאריך: 05/05/2016

ביקור חוזר מתאריך: 03/05/2016

הגבלה בתנועות ע"ש מתני הולך בשפיפה רגיושת בעת ישור ע"ש רגישות מעל חוליות
מתניות L4-L5 L5-S1 כח גס החזרים ותחושה בגפיים תחתונות תקינים סימן לסג שלילי דו
צדדי. צילום ע"ש מתני ב.מ.פ.י. מופנה לטיפול פיזיותרפי. ניתן ארקוקסיה. הוזמן CT של
ע"ש מתני. 05/05/2016 אין שיפור עם הארקוקסיה. ניתן וולטרן בזריקה להיום וימשיך עם
ברקסין ווליום. 08/05/2016 ב- CT של ע"ש מתני (בהסתכלות בדיסק) אין לראות הצירות
של תעלת השדרה. בגובה L4-L5 קיים בלט דיסק דיפוזי הממלא את הפורמינה
השמאלית. מופנה למרפאת כאב לשם מתן הזרקה אפידורלית של סטרואידים.

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
SCIATICA		Lt	W BACK PAIN

מכון	בדיקות/הפניות	קוד
		99919

מוזמן למעקב:

על פי צורך

! 1159100

09/05/2016 16:43:43

רישום ביקור אורטופד

גיל: 62.7

שם רופא/ה: ד"ר פרבר ראובן

תחום הטיפול: אורטופד

מספר ביקור: 0039948106

תלונות: ביקור חוזר מתאריך: 08/05/2016

ביקור חוזר מתאריך: 05/05/2016

ביקור חוזר מתאריך: 03/05/2016

לפני כחודש לאחר שהרים משא הופיעו כאבים בע"ש מתני מקרינים לגפה שמאלית
תחתונה מתקשה בהזדקפות.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאים: ביקור חוזר מתאריך: 08/05/2016

ביקור חוזר מתאריך: 05/05/2016

ביקור חוזר מתאריך: 03/05/2016

הגבלה בתנועות ע"ש מתני הולך בשפיפה רגיושת בעת ישור ע"ש רגישות מעל חוליות
מתניות L4-L5 L5-S1 כח גס החזרים ותחושה בגפיים תחתונות תקינים סימן לסג שלילי דו
צדדי. צילום ע"ש מתני ב.מ.פ.י. מופנה לטיפול פיזיותרפי. ניתן ארקוקסיה. הוזמן CT של
ע"ש מתני. 05/05/2016 אין שיפור עם הארקוקסיה. ניתן וולטרן בזריקה להיום וימשיך עם
ברקסין ווליום. 08/05/2016 ב- CT של ע"ש מתני (בהסתכלות בדיסק) אין לראות הצירות
של תעלת השדרה. בגובה L4-L5 קיים בלט דיסק דיפוזי הממלא את הפורמינה
השמאלית. מופנה למרפאת כאב לשם מתן הזרקה אפידורלית של סטרואידים.
09/05/2016 בהסתכלות בפענוח ממצאים כנ"ל

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
SCIATICA		Lt	W BACK PAIN

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 1159100

16/05/2016 15:17:07

רישום ביקור אורטופד

גיל: 62.7

שם רופא/ה: ד"ר פרבר ראובן

תחום הטיפול: אורטופד

מספר ביקור: 0040275452

תלונות: ביקור חוזר מתאריך: 09/05/2016
ביקור חוזר מתאריך: 08/05/2016
ביקור חוזר מתאריך: 05/05/2016
ביקור חוזר מתאריך: 03/05/2016
לפני כחודש לאחר שהרים משא הופיעו כאבים בע"ש מתני מקרינים לגפה שמאלית
תחתונה מתקשה בהזדקפות.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאים: ביקור חוזר מתאריך: 09/05/2016
ביקור חוזר מתאריך: 08/05/2016
ביקור חוזר מתאריך: 05/05/2016
ביקור חוזר מתאריך: 03/05/2016

הגבלה בתנועות ע"ש מתני הולך בשפיפה רגיושת בעת ישור ע"ש רגיושת מעל חוליות
מתניות L4-L5 L5-S1 כח גס החזרים ותחושה בגפיים תחתונות תקינים סימן לסג שלילי דו
צדדי. צילום ע"ש מתני ב.מ.פ. מופנה לטיפול פיזיותרפי. ניתן ארקוקסיה. הוזמן CT של
ע"ש מתני. 05/05/2016 אין שיפור עם הארקוקסיה. ניתן וולטרן בזריקה להיום וימשיך עם
ברקסין ווליום. 08/05/2016 ב- CT של ע"ש מתני (בהסתכלות בדיסק) אין לראות הצירות
של תעלת השדרה. בגובה L4-L5 קיים בלט דיסק דיפוזי הממלא את הפורמינה
השמאלית. מופנה למרפאת כאב לשם מתן הזרקה אפידורלית של סטרואידים.
09/05/2016 בהסתכלות בפענוח ממצאים כנ"ל
16/05/2016 ניתנה הזרקה אפידורלית עם השפעה טובה כיום אינו הולך בשפיפה אך
הכאבים ממשיכים להקרנה לגפה שמאלית תחתונה

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
SCIATICA		Lt	W BACK PAIN

יח' שימוש	M	קוד	P	C	N	צד לטיפול	OP	Dy	אופן לקיחה	X	הגשה	כמות	תרופות
טבליה		65843	Y	N	N		1	10	לבליעה	2	Tab.	1	ETOPAN XL 400MG X 20

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 1159100

14/03/2019 11:46:31

רישום ביקור אורטופד

גיל: 65.5

שם רופא/ה: ד"ר פרבר ראובן

תחום הטיפול: אורתופדיה

מספר ביקור: 0107084118

תלונות: מזה כחודש נפיחות בכף רגל ימין . אין כאבים .

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאים: תנועות הקרסול מעט מוגבלות נפיחות בכף הרגל ובקרסול אין נפיחות בשוק . בצילום כף רגל שיויים ארטרוטיים טאלונביקולריים ובין בנביקולר למפרקים מידטארזליים . בבדיקת US הודגם נוזל סביב גידים פרונאליים המתאים לטנוסינוביטיס שלהם בתמונה חשודה לגאוס . ממליץ ביצוע בדיקה לרמת חומצה אורית בדם

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
FOOT & ANKLE	Sus	Rt	OUT ARTHROPATHY

סוג האישור	קוד	מתאריך	עד תאריך
תשובת יועץ	C00028		

מוזמן למעקב:

על פי צורך

1159100

לידיעה, ייתכן והדפסת התיק הרפואי אינה כוללת מידע רגיש
(כגון בריאות הנפש, גנטיקה וכד'), במידה וישנו.

הדפסת תיק מטופל - חלקי הודפס ע"י בקשה להדפסת תיק מטופל
פרטים אישיים

תעודת זהות 51184026		קופת חולים: מכבי	
שם משפחה: ציון		ת.לידה: 29/09/1953	
שם פרטי: אבי			
שם האב: יחזקאל		מין: ז	
מ. משפחתי: נשוי			
תאריך פטירה: 16/02/2025		גיל פטירה: 71.5	
ארץ לידה: ישראל			
קוד אשראי: 2			
פטור מתשלום היטל רבעוני: 0			
סוג ביטוח משלים: מגן זהב			
ת.הצטרפות ביטוח משלים: 01/02/1994			
תאריך סיום טיפול בתיק החולה: 24/02/2025			

רישום ביקור אורטופד

03/01/2024 15:17:59

גיל: 70.3

שם רופא/ה: ד"ר רובינשטיין דניס
תחום הטיפול: כירורגיה אורתופדית

מספר ביקור:

0262338342

מקור המידע	פירוט
העברת טפסים באופן יזום לאתר המטופל	15:28:12 03/01/2024 מעקב עם תוצאות של בדיקות הדמיה. בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.

תלונות: בן 70
ברקע COPD
בער עישון
נאבים לאורך שוק ימין
קושי בהליכה יותר מ 300 מטרים..
בבדיקה מפרקי ירכיים/ברכיים חופשיים
ללא קיפוח עצבי ברגליים
דפקים מוחלשים להערכתי
רגישות בשוק שמאל(שבר בעבר)
גורם משלם: 1 ביקור רגיל

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
SUSP VASCULAR			TERMITTENT CLAUDICATION

הערות	בדיקות/הפניות
בתוקף עד - 01/07/2024	הפניה למכון דימות - C.T: CT עמוד שדרה מותני וסקרלי
בתוקף עד - 01/07/2024	US איברים: דופלר עורקים רגל - דו צדדי

תרופות	מינון	Rp <Days>	אופן השימוש
ROKACET PLUS 24 CAP	1 tab X 2 -1 op	1 <12>	לבליעה 1 טבליה 2 פעמים ביום, (בוקר 1 טבליה, ערב 1 טבליה) לתקופה של 12 ימים.
ARCOXIA 90MG X 14	1 tab X 1 -1 op	1 <10>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 10 ימים.

המלצות למטופל: מעקב עם תוצאות של בדיקות הדמיה

שוג האישור	קוד	מתאריך	עד תאריך
תשובות יועץ	C00028		

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

0944300 !

17/01/2024 13:59:58

רישום ביקור אורטופד

גיל: 70.3

שם רופא/ה: ד"ר רובינשטיין דניס

תחום הטיפול: כירורגיה אורתופדית

מספר ביקור: 0263880413

מקור המידע	פירוט
העברת טפסים באופן יזום לאתר המטופל	14:04:59 17/01/2024 משכני כאבים לפי הצורך פעילות לפי יכולת/כאב. בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.
העברת טפסים באופן יזום לאתר המטופל	14:06:06 17/01/2024 משכני כאבים לפי הצורך פעילות לפי יכולת/כאב. בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.

תלונות: בביקור בתאריך 03/01/2024 בשעה 15:17:59
בן 70

ברקע COPD

בעבר עישון

כאבים לאורך שוק ימין

קושי בהליכה יותר מ 300 מטרים..

בבדיקה מפרקי ירכיים/ברכיים חופשיים

ללא קיפוח עצבי ברגליים

דפקים מוחלשים להערכתי

רגישות בשוק שמאל(שבר בעבר)

בביקור בתאריך 17/01/2024 בשעה 13:59:58

כאבים בנסיגה

בדופלר עורקי רגליים הפרעה חסימתית- נקבע תור לכלי דם

ב CT שינויים ניוונים ודיסקאלים לאורך ע"ש מותני

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
SUSP VASCULAR			TERMITTENT CLAUDICATION
			W BACK PAIN

אופן השימוש	Rp <Days>	מינון	תרופות
לבליעה 1 טבליה 2 פעמים ביום, (בוקר 1 טבליה, ערב 1 טבליה) לתקופה של 12 ימים.	1 <12>	1 tab X 2 -1 op	ROKACET PLUS 24 CAP

המלצות למטופל: משככי כאבים לפי הצורך
פעילות לפי יכולת/כאב

סוג האישור	קוד	מתאריך	עד תאריך
תשובת יועץ	C00028		

מוזמן למעקב:

☑ על פי צורך

! 0944300

31/01/2024 14:42:32

רישום ביקור אורטופד

גיל: 70.4

שם רופא/ה: ד"ר רובינשטיין דניס

תחום הטיפול: כירורגיה אורתופדית

מספר ביקור: 0265437661

מקור המידע	פירוט
העברת טפסים באופן יזום לאתר המטופל	14:44:03 31/01/2024 משככי כאבים לפי הצורך פעילות לפי יכולת/כאב. בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.

תלונות: בביקור בתאריך 03/01/2024 בשעה 15:17:59
בן 70

ברקע COPD

בעבר עישון

כאבים לאורך שוק ימין

קושי בהליכה יותר מ 300 מטרים..

בבדיקה מפרקי ירכיים/ברכיים חופשיים

ללא קיפוח עצבי ברגליים

דפקים מוחלשים להערכתי

רגישות בשוק שמאל(שבר בעבר)

בביקור בתאריך 17/01/2024 בשעה 13:59:58

כאבים בנסיגה

בדופלר עורקי רגליים הפרעה חסימתית- נקבע תור לכלי דם

ב CT שינויים ניוונים ודיסקאלים לאורך ע"ש מותני

בביקור בתאריך 31/01/2024 בשעה 14:42:32

כאבים ברגליים בשיפור

נבדק ע"י כלי דם- מעקב בלבד

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
TERMITTENT CLAUDICATION			SUSP VASCULAR
W BACK PAIN			

תרופות	מינון	Rp <Days>	אופן השימוש
ARCOXIA 90MG X 14	1 tab X 1 -1 op	1<10>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום , (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 10 ימים.
ROKACET PLUS 24 CAP	1 tab X 2 -1 op	1<12>	לבליעה 1 טבליה 2 פעמים ביום , (בוקר 1 טבליה, ערב 1 טבליה) לתקופה של 12 ימים.

המלצות למטופל:
משככי כאבים לפי הצורך
פעילות לפי יכולת/כאב

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0944300

לידיעה, ייתכן והדפסת התיק הרפואי אינה כוללת מידע רגיש
(כגון בריאות הנפש, גנטיקה וכד'), במידה וישנו.

הדפסת תיק מטופל - חלקי הודפס ע"י בקשה להדפסת תיק מטופל

פרטים אישיים

קופת חולים: מכבי

תעודת זהות 51184026

שם משפחה: ציון	ת.לידה: 29/09/1953	רחוב: שיבת ציון
שם פרטי: אבי		מס: 14 מס. דירה 7
שם האב: יחזקאל	מין: ז	עיר: ראשון לציון
מ. משפחתי: נשוי		מיקוד: 7534149
תאריך פטירה: 16/02/2025	גיל פטירה: 71.5	טלפון בבית: 0775542412
		טלפון נייד: 0505276399
ארץ לידה: ישראל		מקצוע: בניה

קוד אשראי: 2

פטור מתשלום היטל רבעוני: 0

סוג ביטוח משלים: מגן זהב

ת.הצטרפות ביטוח משלים: 01/02/1994

תאריך סיום טיפול בתיק החולה: 24/02/2025

18/01/2024 18:56:54

רישום ביקור כירורגיה

מספר ביקור:

גיל: 70.3

שם רופא: ד"ר ויגמן ערן

תחום הטיפול: כירורגית כלי דם

תלונות/סיבת הפניה כאבים ברגל ימין כחודש בזמן הליכה. עוצר לאחר 100 מטר. שולל כאבים ברגל שמאל. הפרעה משמעותית בחיי יום יום. דופלר עורקי הרגליים - 8.1.2024 ABI - ימין 0.78, שמאל 0.54, הפרעה פמורופוליטאלית מימין, איליופמורלית משמאל. רקע - עישן עד לפני 3 שנים. שולל מחלת לב, יתר לחץ דם או סכרת. ידוע על כאב גב תחתון. שולל אלרגיה ליוד.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

בדיקה גופנית פרפוזיה ירודה של כפות הרגליים. אין פצעים. דפקים היקפיים: פמ 1 מימין, דפ 1 מימין, איני ממשש דפקים אחרים ברגליים.

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
PERIPHERAL VASCULAR DISEASE			

הערות	בדיקות/הפניות
בתוקף עד - 16/07/2024	US איברים: דופלר עורקים רגל - דו צדדי

המלצות למטופל: ישנה הפרעה חסימתית בעורקי הרגליים, מעט קשה יותר מאשר בבדיקת דופלר לפני 5 שנים. עם זה, בשתי הבדיקות, ההפרעה ברגל ימין קלה יותר משמעותית מאשר ההפרעה ברגל שמאל. לפיכך, ספר אם המיחושים הנוכחיים - הכאב בשוק ימין לאחר הליכה, ללא

כאבים ברגל שמאל כלל, האם אלה נובעים מבעית כלי דם או אולי מבעיה אורתופדית.
ממליץ ייעוץ אורתופד בענין זה. החלטה על בירור נוסף של כלי דם לאחר תשובת אורתופד.
בינתיים ממליץ טיפול בנוגדי טסיות כגון מיקרופירין 100 מג ביום, סטטינים על פי התוויות
מקובלות (LDL מטרה פחות מ-100). עקרונית ביקורת בעוד חצי שנה עם דופלר חוזר של
ערוקי הרגליים או לפי הצורך.

סוג האישור	קוד	מתאריך	עד תאריך
תשובת יועץ	C00028		

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0102700

לידיעה, ייתכן והדפסת התיק הרפואי אינה כוללת מידע רגיש
(כגון בריאות הנפש, גנטיקה וכד'), במידה וישנו.

הדפסת תיק מטופל - חלקי הודפס ע"י בקשה להדפסת תיק מטופל
פרטים אישיים

תעודת זהות 51184026		קופת חולים: מכבי	
שם משפחה: ציון		ת.לידה: 29/09/1953	
שם פרטי: אבי			
שם האב: יחזקאל		מין: ז	
מ. משפחתי: נשוי			
תאריך פטירה: 16/02/2025		גיל פטירה: 71.5	
ארץ לידה: ישראל			
קוד אשראי: 2			
פטור מתשלום היטל רבעוני: 0			
סוג ביטוח משלים: מגן זהב			
ת.הצטרפות ביטוח משלים: 01/02/1994			
תאריך סיום טיפול בתיק החולה: 24/02/2025			

רישום ביקור כירורגיה

07/10/2018 17:59:00

מספר ביקור:

גיל: 65

שם רופא/ה: ד"ר יעקובוביץ דימטרי

תחום הטיפול: כירורגיה - כלי דם

רופא מפנה: דר' פומורצב קסניה

חוזר/ראשון: ר

תלונות/סיבת הפניה כאבים ברגליים בהליכה, במרחק מספר מ"מ מעשן כבד.

דופלר עורקי רגליים: הפרעה קלה באספקת דם לשתי רגליים, RT ABI 0.93, אחרי מאמץ 0.42

LT ABI 0.71, אחרי מאמץ 0.35

דופלקס ורידים: אי-ספיקה של וריד ספנה גדולה שמאלית בירך ושוק שמאלית, ללא הפרעה בורידים אחרים. הרגליים

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

בדיקה גופנית רגליים חמות, ללא פצעים, ללא עדות לאיסכמיה קשה, מילוי קפילרי טוב דו צדדי
דופק פמורלי נמוש מימין, לא נמוש משמאל, נמוש דופק פריפרי מימין

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			PERIPHERAL VASCULAR DISEASE
		Lt	

קוד	בדיקות/הפניות	מרכז ארצי ליעוץ - C.T
99939		

המלצות למטופל: להפסיק לעשן!!!
לבצע CTA בטן רגליים, ביקורת אחרי בדיקה - להביא דיסק

סוג האישור	קוד	מתאריך	עד תאריך
תשובת יועץ	C00028		

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0834200

לידיעה, ייתכן והדפסת התיק הרפואי אינה כוללת מידע רגיש
(כגון בריאות הנפש, גנטיקה וכד'), במידה וישנו.

הדפסת תיק מטופל - חלקי הודפס ע"י בקשה להדפסת תיק מטופל

פרטים אישיים

קופת חולים: מכבי

תעודת זהות 51184026

שם משפחה: ציון	ת.לידה: 29/09/1953	רחוב: שיבת ציון
שם פרטי: אבי		מס: 14 מס. דירה 7
שם האב: יחזקאל	מין: ז	עיר: ראשון לציון
מ. משפחתי: נשוי		מיקוד: 7534149
תאריך פטירה: 16/02/2025	גיל פטירה: 71.5	טלפון בבית: 0775542412
		טלפון נייד: 0505276399
ארץ לידה: ישראל		מקצוע: בניה

קוד אשראי: 2

פטור מתשלום היטל רבעוני: 0

סוג ביטוח משלים: מגן זהב

ת.הצטרפות ביטוח משלים: 01/02/1994

תאריך סיום טיפול בתיק החולה: 24/02/2025

15/10/2018 10:46:43

רישום ביקור כירורגיה

מספר ביקור:

גיל: 65

שם רופא/ה: דר' רבין איגור

תחום הטיפול: כירורגיה - כלי דם

רופא מפנה: דר' פומורצב קסניה

חוזר/ראשון: ח

תלונות/סיבת הפניה כאבים ברגליים בהליכה, במרחק כ 500 מ'. מעשן כבד.

דופלר עורקי רגליים: הפרעה קלה באספקת דם לשתי רגליים, RT ABI 0.93, אחרי מאמץ 0.42

LT ABI 0.71, אחרי מאמץ 0.35

דופלקס ורידים: אי-ספיקה של וריד ספנה גדולה שמאלית בירך ושוק שמאלית, ללא הפרעה בורידים אחרים. הרגליים מטופל באספירין אך לא בסטטינים.

CTA - ללא הציריות משמעותיות בעורקי רגליים.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			CLAUDICATION INTERMITTENT

המלצות למטופל:

הפסקת עישון

תרגילי הליכה 3-4-5 קמ כל יום.

נא להוסיף סטטינים לטיפול.

דופלר עורקי רגליים בעוד שנה וביקורת לאחר ביצוע בדיקת הנ"ל.

סוג האישור	קוד	מתאריך	עד תאריך
תשובת יועץ	C00028		

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 2055203

19/05/2019 17:40:47

רישום ביקור כירורגיה

מספר ביקור:

גיל: 65.7

שם רופא: דר' רבין איגור

תחום הטיפול: כירורגיה - כלי דם

רופא מפנה: ד"ר טאובר ישראל

חוזר/ראשון: ר

תלונות/סיבת הפניה ביקור חוזר מתאריך 15/10/2018:

כאבים ברגליים בהליכה, במרחק כ 500 מ'.

מעטן כבד.

דופלר עורקי רגליים: הפרעה קלה באספקת דם לשתי רגליים, RT ABI 0.93, אחרי מאמץ 0.42

LT ABI 0.71, אחרי מאמץ 0.35

דופלקס ורידים: אי-ספיקה של וריד ספנה גדולה שמאלית בירך ושוק שמאלית, ללא

הפרעה בורידים אחרים. הרגליים

מטופל באספירין אך לא בסטטינים.

CTA - ללא הצירויות משמעותיות בעורקי רגליים.

בצקת של כף רגל ימין.

סובל מכאבי גב- היה צפצע בעמה"ש.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			CLAUDICATION INTERMITTENT

המלצות למטופל:

לדעת, המטופל זקוק בבירור של עמה"ש.

לא רואה סיבה אחרת לבצקת של כף רגל והרגשת צריבה בכף הרגל.

US - מדובר בדלקת בגידים - להמשך בירור וטיפול על ידי אורתופד

סוג האישור	קוד	מתאריך	עד תאריך
תשובת יועץ	C00028		

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 2055200

לידיעה, ייתכן והדפסת התיק הרפואי אינה כוללת מידע רגיש
(כגון בריאות הנפש, גנטיקה וכד'), במידה וישנו.

הדפסת תיק מטופל - חלקי הודפס ע"י בקשה להדפסת תיק מטופל
פרטים אישיים

קופת חולים: מכבי

תעודת זהות 51184026

שם משפחה: ציון	ת.לידה: 29/09/1953	רחוב: שיבת ציון
שם פרטי: אבי	מין: ז	מס: 14 מס. דירה 7
שם האב: יחזקאל		עיר: ראשון לציון
מ. משפחתי: נשוי		מיקוד: 7534149
תאריך פטירה: 16/02/2025	גיל פטירה: 71.5	טלפון בבית: 0775542412
		טלפון נייד: 0505276399
ארץ לידה: ישראל		מקצוע: בניה
קוד אשראי: 2		פטור מתשלום היטל רבעוני: 0
סוג ביטוח משלים: מגן זהב		ת.הצטרפות ביטוח משלים: 01/02/1994
תאריך סיום טיפול בתיק החולה: 24/02/2025		

07/11/2017 12:09:18

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 64.1 מספר ביקור: 00073175123

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה
תחום הטיפול: משפחה
סיבת הפניה: הלילה חום 38, דם בשתן, פעם ראשונה בחייו
גורם משלם: 1 ביקור רגיל

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			DYSURIA
			FEVER

קוד	בדיקות/הפניות
LAB000	בדיקות מעבדה (X)
99935	US איברים

תרופות	כמות	הגשה	X	אופן לקיחה	Dy	OP	צד לטיפול*	P	C	N	קוד	M	יח' שימוש
CIPRODEX 500MG X 10	1	Tab.	2	לבליעה	10	2		M	N	N	4881		טבליה

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0497700

10/11/2017 12:21:51

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 64.1 מספר ביקור: 00073418679

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה

ביקור מקוון: תאריך + שעת הזמנה: 10/11/2017 08:21 טל: 50-3925534
הערת המטופל: נושאי פנייה: שאלה כללית, ד"ר בוקר אור
הייתי אצלך ביום שלישי עם דם בשתן. אתמול בערב הגיעו תשובות מעבדה וכמו שאני מבין
יש דלקת וחידק מסוג קולי. מבקש לדעת האם הטיפול שנתת לי מתאים.
ואשמח אם תחזרי אלי לטלפון 0503925534 לשמוע מה עלי לעשות.
תודה רבה

12:22:

הערת רופא: שלום,
לפי בדיקת שתן מדובר בדלקת, לפי תרביית קבלתה אנטיביוטיקה אידיאלית. במקרה
והיעדר הטבה המשך טיפול ע"י אורולוג.
תרגיש טוב וסוף שבוע נעים

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה- מענה ללא הפקה

גורם משלם: 41 וירטואלי טפסים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC FORMS

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0497700

13/11/2017 19:41:48

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 64.1 מספר ביקור: 00073620832

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה

סיבת הפניה: שוחרר מבית חולים - הומלץ על שבועיים רוצפין
הלילה חום 38, דם בשתן, פעם ראשונה בחייו

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ביקור חוזר מתאריך: 07/11/2017

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			DYSURIA
			FEVER

קוד	בדיקות/הפניות
99862	אחות
99862	אחות
99935	US איברים

המלצות למטופל: המשך מעקב אורולוגי

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0497700

14/11/2017 10:14:59

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 64.1 מספר ביקור: 00073644060

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה

ביקור מקוון: 10:17
בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.
הערת הרופא: המשך שבוע נעים

סיבת הפניה: שינוי הפניות

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			DYSURIA

קוד	בדיקות/הפניות	אחות
99862		

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0497700

17/11/2017 09:40:31

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 64.1 מספר ביקור: 00073886927

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה

ביקור מקוון: תאריך + שעת הזמנה : 07:26 17/11/2017 טל: 50-3925534
הערת המטופל: נושאי פנייה: הפניה, בוקר אור ד"ר אוקסנה.
בהמשך לביקורי בית לצורך מתן אנטיביוטיקה בעירוי, נתבקשתי אתמול ע"י אחות ביקורי
בית לבקש אישור להמשך ביקורי בית למתן אנטיביוטיקה לווריד.
האם ניתן לאשר להמשך?
(אין בעיה מבחינת מכבי לתת עירוי בבית, אני מקבל כבר 3 ימים בבית).
תודה על עזרתך הרבה.

09:42

הערת רופא: הטפסים הופקו לבקשתך.
בהצלחה

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...

גורם משלם: 41 וירטואלי טפסים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC FORMS

קוד	בדיקות/הפניות	אחות
99862		

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0497700

13/12/2017 15:11:42

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 64.2 מספר ביקור: 00075657391

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה

ביקור מקוון: תאריך + שעת הזמנה : 20:03 12/12/2017 טל: 50-5276399

הערת המטופל: נושאי פנייה: מרשם, XATRAL XL 10MG 30TAB

שלום ד"ר
האם יש אפשרות לקבל מרשם לדואודרט במקום קסטרל?
תודה רבה רבה!

15:14:

הערת רופא: שלום, לצערי אפשר לשלוח מרשמים רק לתרופות קבועות, תצטרכי לבקש מאורולוג המטפל ואש אוכל לשלוח.
תודה על שחיתוף פעולה וחג שמח~

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה- מענה ללא הפקה

גורם משלם: 41 וירטואלי טפסים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC FORMS

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0497700

12/03/2018 19:25:39

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 64.5 מספר ביקור: 00081807143

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה

ביקור מקוון: תאריך + שעת הזמנה : 12/03/2018 10:38 טל: 50-5276399
הערת המטופל: נושאי פנייה: מרשם, שלום ד"ר
מבקשת מרשם

XATRAL XL 10MG 30TAB

19:28:

הערת רופא: הטפסים הופקו לבקשתך.
המשך שבוע נעים

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...

גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC PRESCRIPTION

יח' שימוש	M	קוד	P C N	צד לטיפול*	OP	Dy	אופן לקיחה	X	הגשה	כמות	תרופות
טבליה	3	26593	S Y N		1	30	לביעה	1	Tab.	1	XATRAL XL 10MG X 30

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0497700

13/06/2018 17:01:42

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 64.8 מספר ביקור: 00087781579

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה

ביקור מקוון:

17:09:48:

המרשמים לתרופות: BUTRANS, הודפסו במרפאה ונחתמו ידנית על ידי הרופאה. לקבלת תרופות אלו יש חובה להגיע לבית המרקחת עם המרשם המקורי. ניתן לאסוף את המרשמים מהמרפאה בשעות הפעילות.

17:10:20:

בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.
הערת הרופא:

17:12:26:

בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.
הערת הרופא:

סיבת הפניה: בן 64, מעשן,

חודש אחרון נימולים בכתף שמאל

החמרה בכאבים בגב, טופל במרפאת כאב, שיפור מינימלי אחרי זריקות הפקת מרשמים לתרופות קבועות.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ללא חוסר נוירולוגי

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			LOW BACK PAIN
			PARESTHESIA
			CHRONIC MEDICATION REFILL

קוד	בדיקות/הפניות
LAB000	בדיקות מעבדה

תרופות	כמות	הגשה	X	אופן לקיחה	Dy	OP	צד לטיפול*	P	C	N	קוד	M	יח' שימוש
BUTRANS 10MCG/H X2	1	Patches	1	להדבקה	28	2		Y	N	Y	14909	0	מדבקה
ROKACET PLUS 24 CAP	1	Tab.	3	לבליעה	8	1		I	N	N	72116	0	טבליה
XATRAL XL 10MG X 30	1	Tab.	1	לבליעה	30	1		Y	Y	N	26593	3	טבליה

המלצות למטופל: הוסבר על חשיבות לבצע סקרינינג מוזמן בעוד חודש עם תוצאות

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0497700

17/06/2018 17:26:02

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 64.8 מספר ביקור: 00087997864

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה

ביקור מקוון: תאריך + שעת הזמנה: 23:53 16/06/2018 טל: 50-5276399
הערת המטופל: נושאי פנייה: מרשם, BUTRANS 10MCG/H 2 PATCHES
XATRAL XL 10MG 30TAB

17:28:36:

הערת רופא: אבי שלום רב, ב-13.06 רשמתי לך מרשמים ל-XATRAL 3 חודשים, תצטרך לחדש מרשם רק בספטמבר. בקשר בוטרנס - רכשתה רק ב-16.06, מרשם חדש רק בעוד שבועיים. נא להקפיד על תאריכים. המשך קיץ נעים.

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה- מענה ללא הפקה

גורם משלם: 41 וירטואלי טפסים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC FORMS

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0497700

20/06/2018 19:02:37

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 64.8 מספר ביקור: 00088273748

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה

ביקור מקוון: 19:03:11

בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.
הערת הרופא:

סיבת הפניה: ביקור חוזר מתאריך 14/11/2017
שינוי הפניות

הפקת מרשמים לתרופות קבועות.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			DYSURIA
			CHRONIC MEDICATION REFILL

יח' שימוש	M	קוד	P	C	N	צד לטיפול*	OP	Dy	אופן לקיחה	X	הגשה	כמות	תרופות
טבליה	3	26593	I	Y	N		1	30	לבליעה	1	Tab.	1	XATRAL XL 10MG X 30

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0497700

06/07/2018 10:30:50

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 64.9 מספר ביקור: 00089357849

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה

ביקור מקוון: תאריך + שעת הזמנה : 21:13 05/07/2018 טל: 50-5276399
הערת המטופל: נושאי פנייה: מרשם, שאלה כללית, BUTRANS 10MCG/H 2 PATCHES

שלום ד"ר

האם אפשר לקבל במינון נמוך יותר של 25
תודה

10:32:42

הערת רופא: המרשמים לתרופות: BUTRANS, הודפסו במרפאה ונחתמו ידנית על ידי
הרופא/ה. לקבלת תרופות אלו יש חובה להגיע לבית המרקחת עם המרשם המקורי. ניתן
לאסוף את המרשמים מהמרפאה בשעות הפעילות.

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...

גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC PRESCRIPTION

תרופות	כמות	הגשה	X	אופן לקיחה	Dy	OP	צד לטיפול*	P	C	N	קוד	M	יח' שימוש
BUTRANS 5MCG/H X 2	1	Patches	1	להדבקה	14	1		Y	N	Y	14908	0	מדבקה

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0497700

23/07/2018 17:44:19

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 64.9 מספר ביקור: 00090534328

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה

ביקור מקוון: 17:46:59
המרשמים לתרופות: BUTRANS, הודפסו במרפאה ונחתמו ידנית על ידי הרופאה. לקבלת תרופות אלו יש חובה להגיע לבית המרקחת עם המרשם המקורי. ניתן לאסוף את המרשמים מהמרפאה בשעות הפעילות.

סיבת הפניה: שיפור עם בוטרנס
ביקור חוזר מתאריך 13/06/2018:
בן 64, מעשן,
חודש אחרון נימולים בכתף שמאל
החמרה בכאבים בגב, טופל במרפאת כאב, שיפור מינימלי אחרי זריקות
הפקת מרשמים לתרופות קבועות.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ביקור חוזר מתאריך 13/06/2018
ללא חוסר ניירולוגי

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			LOW BACK PAIN
			PARESTHESIA
			CHRONIC MEDICATION REFILL

תרופות	כמות	הגשה	X	אופן לקיחה	Dy	OP	צד לטיפול*	P	C	N	קוד	M	יח' שימוש
BUTRANS 5MCG/H X 2	1	Patches	1	להדבקה	28	2		Y	Y	Y	14908	3	מדבקה

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0497700

15/08/2018 19:07:11

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 64.10 מספר ביקור: 00092107985

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה

ביקור מקוון: 19:16:27
בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.
הערת הרופא:

סיבת הפניה: כאבים בשוק רק בהליכה - ללא חבלה
נעזר בבوترנס 5 מ"ג, לפעמים רוקסט
הפקת מרשמים לתרופות קבועות.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ללא חוסר נוירולוגי
ללא סימני חבלה

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			INTERMITTENT CLAUDICATION
			SMOKER TOBACCO
			CHRONIC MEDICATION REFILL

קוד	בדיקות/הפניות
99935	US איברים
LAB000	בדיקות מעבדה

תרופות	כמות	הגשה	X	אופן לקיחה	Dy	OP	צד לטיפול	P	C	N	קוד	M	יח' שמש
ROKACET PLUS 24 CAP	1	Tab.	3	לבליעה	8	1		M	N	N	72116	0	טבליה
MICROPIRIN 75MG X 30	1	Tab.	1	לבליעה	30	1		I	Y	N	52782	3	טבליה
XATRAL XL 10MG X 30	1	Tab.	1	לבליעה	30	1		I	Y	N	26593	3	טבליה
BUTRANS 5MCG/H X 2	1	Patches	1	להדבקה	28	2		Y	Y	Y	14908	3	מדבקה

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0497700

23/09/2018 11:35:14

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 64.11 מספר ביקור: 00094296955

שם רופא: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה

ביקור מקוון: תאריך + שעת הזמנה : 18:48 20/09/2018 טל: 50-5276399
הערת המטופל: נושאי פנייה:שאלה כללית, גמר תחימה טובה
רציתי לשאול לגבי התשובות של הבדיקות שלי.
תודה רבה.

11:37:37:

הערת רופא:שלום אבי - בבדיקות דם ירידה בשומנים, רמת סוכר ללא החמרה. המשך
טיפול ונשוב על בדיקות דם בעוד שנה.
חג שמח

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה- מענה ללא הפקה

גורם משלם: 41 וירטואלי טפסים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC FORMS

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0497700

05/10/2018 12:04:02

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 65 מספר ביקור: 00094940854

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה

ביקור מקוון: 12:10:16
בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.
הערת הרופא:

12:10:29
המרשמים לתרופות: BUTRANS, הודפסו במרפאה ונחתמו ידנית על ידי הרופאה. לקבלת תרופות אלו יש חובה להגיע לבית המרקחת עם המרשם המקורי. ניתן לאסוף את המרשמים מהמרפאה בשעות הפעילות.

סיבת הפניה: PVD, בדופלר עורקים - הפרעה קשה, לא מעוניין להפסיק לעשן

ביקור חוזר מתאריך 15/08/2018:
כאבים בשוק רק בהליכה - ללא חבלה
נעזר בבوترנס 5 מ"ג, לפעמים רוקסט
הפקת מרשמים לתרופות קבועות.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ביקור חוזר מתאריך 15/08/2018:
ללא חוסר נוירולוגי
ללא סימני חבלה

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			INTERMITTENT CLAUDICATION
			SMOKER TOBACCO
			CHRONIC MEDICATION REFILL
			PVD (PERIPHERAL VASCULAR DISEASE)

קוד	בדיקות/הפניות
CON52	התייעצות מומחה - כירורגיה - כלי דם

תרופות	כמות	הגשה	X	אופן לקיחה	Dy	OP	צד לטיפול*	P	C	N	קוד	M	יח' שימוש
MICROPIRIN 75MG X 30	1	Tab.	1	לבליעה	30	1		I	Y	N	52782	3	טבליה
XATRAL XL 10MG X 30	1	Tab.	1	לבליעה	30	1		I	Y	N	26593	3	טבליה
BUTRANS 5MCG/H X 2	1	Patches	1	להדבקה	28	2		Y	Y	Y	14908	3	מדבקה

המלצות למטופל: עוד פעם הוסבר על משמעות וחשיבות להפסיק לעשן - רושם מבין אך לא מעניין
מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0497700

08/10/2018 18:44:11

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 65 מספר ביקור: 00095168337

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה

סיבת הפניה: מעוניין להבדק ע"י כירורג כלי דם
ביקור חוזר מתאריך 05/10/2018

PVD, בדופלר עורקים-הפרעה קשה, לא מעוניין להפסיק לעשון
ביקור חוזר מתאריך 15/08/2018:
כאבים בשוק רק בהליכה - ללא חבלה
נעזר בבوترנס 5 מ"ג, לפעמים רוקסט
הפקת מרשמים לתרופות קבועות.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ביקור חוזר מתאריך 05/10/2018
ביקור חוזר מתאריך 15/08/2018
ללא חוסר ניירולוגי
ללא סימני חבלה

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			INTERMITTENT CLAUDICATION
			SMOKER TOBACCO
			CHRONIC MEDICATION REFILL
	sev		PVD (PERIPHERAL VASCULAR DISEASE)

קוד	בדיקות/הפניות
CON52	התייעצות מומחה - כירורגיה - כלי דם

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0497700

22/10/2018 19:15:27

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 65 מספר ביקור: 00096261070

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה

ביקור מקוון: 19:22:13
בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.
הערת הרופא:

סיבת הפניה: נבדק ע"י כירורג הומלץ על סטטינים
ביקור חוזר מתאריך 08/10/2018:
מעוניין להבדק ע"י כירורג כלי דם
ביקור חוזר מתאריך 05/10/2018:
PVD, בדופלר עורקים-הפרעה קשה, לא מעוניין להפסיק לעשון
ביקור חוזר מתאריך 15/08/2018:
כאבים בשוק רק בהליכה - ללא חבלה
נעזר בבوترנס 5 מ"ג, לפעמים רוקסט
הפקת מרשמים לתרופות קבועות.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ללא חוסר ניירולוגי
ללא סימני חבלה

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			INTERMITTENT CLAUDICATION
			SMOKER TOBACCO
			CHRONIC MEDICATION REFILL
	sev		PVD (PERIPHERAL VASCULAR DISEASE)

קוד	בדיקות/הפניות
LAB000	בדיקות מעבדה

תרופות	כמות	הגשה	X	אופן לקיחה	Dy	OP	צד לטיפול	P	C	N	קוד	M	יח' שימוש
CRESTOR 10MG X 28	1	Tab.	1	לבליעה	28	1		I	Y	N	60449	3	טבליה
MICROPIRIN 75MG X 30	1	Tab.	1	לבליעה	30	1		I	Y	N	52782	3	טבליה
XATRAL XL 10MG X 30	1	Tab.	1	לבליעה	30	1		I	Y	N	26593	3	טבליה
CRESTOR 10MG X 28	1	Tab.	1	לבליעה	28	1		I	Y	N	60449	3	טבליה

מוזמן למעקב:

☑ על פי צורך

! 0497700

14/11/2018 17:35:32

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 65.1 מספר ביקור: 00097965754

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה

סיבת הפניה: שיעול עם ליחה החמרה בלילה

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
COUGH			

תרופות	כמות	הגשה	X	אופן לקיחה	Dy	OP	צד לטיפול	P	C	N	קוד	M	יח' שימוש
REOLIN EFFERV 200MG X 30	1	Efferv.tab.	4	להמיס ולשתות	5	1		M	N	N	57303	0	טבליה
BRONCHOLATE FORTE 120ML	10	Syr.	1	לבליעה	5	1		M	N	N	3668	0	מ"ל
ZETO 250MG X 6	1	Tab.	1	לבליעה	6	1		M	N	N	9601	0	טבליה

מוזמן למעקב:

☑ על פי צורך

! 0497700

07/12/2018 10:37:42

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 65.2 מספר ביקור: 00099614353

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה

סיבת הפניה: עדיין שיעול חזק, ליחה ירוקה

ביקור חוזר מתאריך 14/11/2018:

שיעול עם ליחה החמרה בלילה

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
COUGH			

תרופות	כמות	הגשה	X	אופן לקיחה	Dy	OP	צד לטיפול*	P	C	N	קוד	M	יח' שימוש
REKOD 20MG X 10	1	Tab.	2	לבליעה	5	1		M	N	N	9459	0	טבליה
CIPRODEX 500MG X 10	1	Tab.	2	לבליעה	10	2		M	N	N	4881	0	טבליה

מוזמן למעקב:

☑ על פי צורך

! 0497700

20/01/2019 11:25:29

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 65.3 מספר ביקור: 00102882733

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה

ביקור מקוון: תאריך + שעת הזמנה : 19/01/2019 19:38:31 טל: 50-5276399

הערת המטופל :

תרופות קבועות:

XATRAL XL 10MG X 30 •

MICROPIRIN 75MG X 30 •

11:26:13:

הערת רופא:

הטפסים הופקו לבקשתך.

נא להקפיד על טיפול קבוע.

המשך חורף נעים

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...
הפקת מרשמים לתרופות קבועות.

גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
ELECTRONIC PRESCRIPTION			

תרופות	כמות	הגשה	X	אופן לקיחה	Dy	OP	צד לטיפול*	P	C	N	קוד	M	יח' שימוש
MICROPIRIN 75MG X 30	1	Tab.	1	לבליעה	30	1		S	Y	N	52782	3	טבליה
XATRAL XL 10MG X 30	1	Tab.	1	לבליעה	30	1		S	Y	N	26593	3	טבליה
CRESTOR 10MG X 28	1	Tab.	1	לבליעה	28	1		S	Y	N	60449	3	טבליה

מוזמן למעקב:

☑ על פי צורך

! 0497700

17/02/2019 16:32:58

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 65.4 מספר ביקור: 00105154277

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה

סיבת הפניה: כאבים בקרסול ימין - ללא חבלה, פעם ראשונה בחייו

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ללא אודם, ללא סימני חבלה

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ANKLE PAIN

יח' שימוש	M	קוד	P	C	N	צד לטיפול*	OP	Dy	אופן לקיחה	X	הגשה	כמות	תרופות
טבליה	0	61954	M	N	N		1	10	לבליעה	1	Tab.	1	XEFO 8MG X 20

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0497700

24/02/2019 15:53:11

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 65.4 מספר ביקור: 00105677303

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה

סיבת הפניה: ללא שיפור בנפוחות, לא לקח קספו

ביקור חוזר מתאריך 17/02/2019:

נאבים בקרסול ימין - ללא חבלה, פעם ראשונה בחיי

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: נפוחות בלבד

ביקור חוזר מתאריך 17/02/2019:

ללא אודם, ללא סימני חבלה

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ANKLE PAIN

קוד	בדיקות/הפניות
99942	מכון רנטגן
99935	US איברים
LAB000	בדיקות מעבדה

המלצות למטופל: לפנות עם תוצאות לאורטופד

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

ההפניה לבדיקות המפורטות להלן נחסמה באופן ממוחשב, עקב חריגה מההנחיות הקליניות המפורטות:

שם הבדיקה	סיבת החסימה	בקשה לאישור חריג לביצוע	סוג גורם מאשר
HbA1C	הבדיקה בוצעה בחצי השנה האחרונה		מעבדה - תחום מעבדה a

! 0497700

04/03/2019 09:59:12

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 65.5 מספר ביקור: 00106269882

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה

ביקור מקוון: תאריך + שעת הזמנה: 20:51:10 28/02/2019 טל: 50-5276399

הערת המטופל:

שאלה כללית:

שלום ד"ר

הגיעו התשובות של הבדיקות. הכל בסדר??
תודה רבה

10:01:50:

הערת רופא:

הטפסים הופקו לבקשתך.

אבי שלום, ב US סימני דלקת של גיד בכף רגל - עדיין ממליצה על ארקוקסיה פעם ביום
לפחות שבוע וטיפול מקומי עם אביטרן לפחות 3 פעמים ביום. במקרה והיעדר הטבה המשך
טיפול ע"י אורטופד (מציעה כבר לקבוע תור, מקסימום תבטל).
תרגיש טוב

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...

גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC PRESCRIPTION

יח' שימוש	M	קוד	P	C	N	צד לטיפול	OP	Dy	אופן לקיחה	X	הגשה	כמות	תרופות
טבליה	0	38663	S	N	N		1	14	לבליעה	1	Tab.	1	ARCOXIA 90MG X 14
	0	70124	S	N	N		1	15	למריחה	3	Gel		PHYSI-CARE MAC 1% X 50G

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0497700

16/03/2019 20:28:11

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 65.5 מספר ביקור: 00107179627

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה

ביקור מקוון: תאריך + שעת הזמנה : 14/03/2019 19:45:29 טל: 50-5276399

הערת המטופל:

שאלה כללית:

שלום ד"ר

הייתי אצל אורטופד והוא חושד לארטרופתיה על לרקע של גאוס. הוא ממליץ ביצוע בדיקה

לרמה של ח. אורית.

אפשר בבקשה הפנייה לבדיקה כזו?

תודה רבה

20:35:20:

הערת רופא:

הטפסים הופקו לבקשתך.

אבי שלום, בנוסף חשוב לציין, בבדיקת דם אחורונה VIT D מעט נמוך, לכן מציעה להתחיל
טיפול כל יום 10, לפחות 3 חודשים. גם רצוי לבצע צפיפות עצם, לפי תוצאות נחשוב על
המשך טיפול.

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...

גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC PRESCRIPTION
			VITAMIN D DEFICIENCY UNS

קוד	בדיקות/הפניות
LAB000	בדיקות מעבדה
99926	צפיפות העצם

תרופות	כמות	הגשה	X	אופן לקיחה	Dy	OP	צד לטיפול*	P	C	N	קוד	M	יח' שימוש
D BABY MAC N 10ML 200IU/DR	10	Oral drops	1	לבליעה	30	1		S	Y	N	9237	1	טיפות

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0497700

19/03/2019 09:43:38

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 65.5 מספר ביקור: 00107396297

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה

ביקור מקוון: 09:56:21

בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.
הערת הרופא:

סיבת הפניה: לפי המלצה של אורטופד לשלול גאווט - חומצה אורית תקינה, CRP תקין, US - מתואר-
הממצאים מתאימים tenosynovitis במידה מתונה (אוסטיאופניה)
צפיפות עצם נמוכה במידה מתונה (אוסטיאופניה)
ביקור חוזר מתאריך 24/02/2019:
ללא שיפור בנפיחות, לא לקח קספו
ביקור חוזר מתאריך 17/02/2019:
כאבים בקרסול ימין - ללא חבלה, פעם ראשונה בחייו

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ביקור חוזר מתאריך 24/02/2019:

נפיחות בלבד

ביקור חוזר מתאריך 17/02/2019:

ללא אודם, ללא סימני חבלה

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
OSTEOPENIA			
LEG PAIN	Rt		

קוד	בדיקות/הפניות
CON13	התייעצות מומחה - אורתופדיה - קרסול וכף רגל
LAB000	בדיקות מעבדה

תרופות	כמות	הגשה	X	אופן לקיחה	Dy	OP	צד לטיפול*	P	C	N	קוד	M	יח' שימוש
CALCIUM +D400 600/400X60	1	Tab.	1	לבליעה	90	2		M	N	N	19881	0	טבליה
EZETROL 10MG X 30	1	Tab.	1	לבליעה	30	1		I	Y	N	58364	2	טבליה

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0497700

21/03/2019 17:02:34

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 65.5 מספר ביקור: 00107588516

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה

ביקור מקוון: תאריך + שעת הזמנה : 17/03/2019 12:34:35 טל: 50-5276399

הערת המטופל :
שאלה כללית:
בוקר ושבוע טוב
הגיעו היום חלק מהתשובות 2 מסומנות באדום. מה זה אומר?
תודה רבה

17:02:35:

הערת רופא:טופל פרונטלי

סיבת הפניה: מענה לבקשה מאתר מכבי...

גורם משלם: 41 וירטואלי טפסים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC FORMS

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0497700

02/04/2019 17:34:40

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 65.6 מספר ביקור: 00108443637

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה

ביקור מקוון: תאריך + שעת הזמנה : 02/04/2019 07:13:12 טל: 50-5276399

הערת המטופל :
תרופות נוספות:
ARCOXIA 90MG X 14 •

17:35:17:

הערת רופא:
הטפסים הופקו לבקשתך.

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...

גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC PRESCRIPTION

יח שימוש	M	קוד	P	C	N	צד לטיפול*	OP	Dy	אופן לקיחה	X	הגשה	כמות	תרופות
טבליה	0	38663	S	N	N		1	14	לבליעה	1	Tab.	1	ARCOXIA 90MG X 14

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0497700

18/04/2019 15:31:08

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 65.6 מספר ביקור: 00109604611

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה

ביקור מקוון: תאריך + שעת הזמנה : 12:28:06 17/04/2019 טל: 50-5276399

הערת המטופל :
תרופות נוספות:
ARCOXIA 90MG X 14 •

15:32:20

הערת רופא:
הטפסים הופקו לבקשתך.
סוף שבוע נעים וחג שמח

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...

גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
ELECTRONIC PRESCRIPTION			

תרופות	כמות	הגשה	X	אופן לקיחה	Dy	OP	צד לטיפול*	P	C	N	קוד	M	יח' שימוש
ARCOXIA 90MG X 14	1	Tab.	1	לבליעה	14	1		S	N	N	38663	0	טבליה

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0497700

22/04/2019 18:06:43

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 65.6 מספר ביקור: 00109776075

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה

ביקור מקוון: תאריך + שעת הזמנה : 20:48:27 20/04/2019 טל: 50-5276399

הערת המטופל :
תרופות קבועות:
XATRAL XL 10MG X 30 •

18:08:34

הערת רופא:
הטפסים הופקו לבקשתך.
שבוע נעים וחג שמח

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...

הפקת מרשמים לתרופות קבועות.

גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
ELECTRONIC PRESCRIPTION			

תרופות	כמות	הגשה	X	אופן לקיחה	Dy	OP	צד לטיפול*	P	C	N	קוד	M	יה' שימוש
MICROPIRIN 75MG X 30	1	Tab.	1	לבליעה	90	3		S	Y	N	52782	1	טבליה
XATRAL XL 10MG X 30	1	Tab.	1	לבליעה	90	3		S	Y	N	26593	1	טבליה
EZETROL 10MG X 30	1	Tab.	1	לבליעה	90	3		S	Y	N	58364	1	טבליה
D BABY MAC N 10ML 200IU/DR	10	Oral drops	1	לבליעה	90	3		S	Y	N	9237	1	טיפות

מוזמן למעקב:

☑ על פי צורך

! 0497700

23/04/2019 11:44:50

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 65.6 מספר ביקור: 00109812218

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה

ביקור מקוון: תאריך + שעת הזמנה : 20:48:27 20/04/2019 טל: 50-5276399

הערת המטופל:

תרופות קבועות:

XATRAL XL 10MG X 30 •

11:45:32:

הערת רופא:

הטפסים הופקו לבקשתך.

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...
הפקת מרשמים לתרופות קבועות.

גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC PRESCRIPTION

תרופות	כמות	הגשה	X	אופן לקיחה	Dy	OP	צד לטיפול*	P	C	N	קוד	M	יה' שימוש
MICROPIRIN 75MG X 30	1	Tab.	1	לבליעה	90	3		S	Y	N	52782	1	טבליה
XATRAL XL 10MG X 30	1	Tab.	1	לבליעה	90	3		S	Y	N	26593	1	טבליה
EZETROL 10MG X 30	1	Tab.	1	לבליעה	90	3		S	Y	N	58364	1	טבליה

מוזמן למעקב:

☑ על פי צורך

! 0497700

21/07/2019 09:56:08

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 65.9 מספר ביקור: 00116072493

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה

ביקור מקוון: תאריך + שעת הזמנה : 06:56:39 21/07/2019 טל: 050-5276399

הערת המטופל:

תרופות קבועות:

BUTRANS 5MCG/H 5MCG/H X 2 •

XATRAL XL 10MG X 30 •

MICROPIRIN 75MG X 30 •

EZETROL 10MG X 30 •

- D BABY MAC N 10ML 200IU/DR
- המטופל מציין כי אינו נוטל את התרופות:
- BUTRANS 5MCG/H 5MCG/H X 2
- XATRAL XL 10MG X 30
- MICROPIRIN 75MG X 30
- EZETROL 10MG X 30
- D BABY MAC N 10ML 200IU/DR

09:56:34:

הערת רופא: המרשמים לתרופות: BUTRANS 5MCG/H, חודפסו במרפאה ונחתמו ידנית על ידי הרופאה. לקבלת תרופות אלו יש חובה להגיע לבית המרקחת עם המרשם המקורי. ניתן לאסוף את המרשמים מהמרפאה בשעות הפעילות.

09:59:32:

הערת רופא:

הטפסים הופקו לבקשתך.
אבי שלום, לפי בדיקות דם אחרונות שומנים מאוד גבוהים. חייבת לשנות טיפול. מפסיקה אזורול ומציעה להתחיל אטוזט. באוקטובר חשוב לבצע בדיקות דם חוזרות. בהצלחה

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...
הפקת מרשמים לתרופות קבועות.

גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC PRESCRIPTION

קוד	בדיקות/הפניות
LAB000	בדיקות מעבדה

תרופות	כמות	הגשה	X	אופן לקיחה	Dy	OP	צד לטיפול	P	C	N	קוד	M	יח' שימוש
MICROPIRIN 75MG X 30	1	Tab.	1	לבליעה	90	3		S	Y	N	52782	1	טבליה
XATRAL XL 10MG X 30	1	Tab.	1	לבליעה	90	3		S	Y	N	26593	1	טבליה
BUTRANS 5MCG/H X 2	1	Patches	1	להדבקה	28	2		Y	Y	Y	14908	3	מדבקה
D BABY MAC N 10ML 200IU/DR	10	Oral drops	1	לבליעה	90	3		S	Y	N	9237	1	טיפות
ATOZET 10/40 X 30	1	Tab.	1	לבליעה	30	1		S	Y	N	59894	3	טבליה

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

ההפניה לבדיקות המפורטות להלן נחסמה באופן ממוחשב, עקב חריגה מההנחיות הקליניות המפורטות:

שם הבדיקה	סיבת החסימה	בקשה לאישור חריג לביצוע	סוג גורם מאשר
HbA1C	הבדיקה בוצעה בחצי השנה האחרונה		

! 0497700

26/07/2019 10:53:58

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 65.9 מספר ביקור: 00116543671

שם רופא: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה

ביקור מקוון: תאריך + שעת הזמנה : 23/07/2019 23:01:22 טל: 50-5276399

הערת המטופל:

תרופות נוספות:

- ARCOXIA 90MG X 14
- TROSPAS 15MG X 30

10:56:45:

הערת רופא:
הטפסים הופקו לבקשתך.
המשך קיץ נעים

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...

גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC PRESCRIPTION

יח' שימוש	M	קוד	P	C	N	צד לטיפול	OP	Dy	אופן לקיחה	X	הגשה	כמות	תרופות
טבליה	0	38663	S	N	N			14	לבליעה	1	Tab.	1	ARCOXIA 90MG X 14
טבליה	0	4222	S	N	N			30	לבליעה	1	Tab.	1	TROSPAS 15MG X 30

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0497700

06/09/2019 11:00:41

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 65.11 מספר ביקור: 00119458672

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה

סיבת הפניה: טלפונית הוסבר על חשיבות להתחסן, חיסון לדלקת ריאות דרך חדר אחיות, יש לקבוע תור חיסון פעם בשנה

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			PREVENTIVE MEDICINE CONSULTATION

המלצות למטופל: למראות ההסברים לא מעוניין

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0497700

13/09/2019 10:58:53

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 65.11 מספר ביקור: 00119978018

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה

ביקור מקוון: תאריך + שעת הזמנה : 10/09/2019 23:18:05 טל: 050-5276399

הערת המטופל :

שאלה כללית:

שלום ד"ר

בהמשך לנפישות בכף הרגל, אני מבקש הפנייה לקרדיולוג.

אולי יש קשר?? ואולי צריך הפנייה לא.ק.ג ?

תודה רבה

10:59:23:

הערת רופא:נפיחות ברגל בלבד זה לא בעיה קרדיאלית, מודה על הבנה

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה- מענה ללא הפקה

גורם משלם: 41 וירטואלי טפסים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC FORMS

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0497700

19/09/2019 13:29:26

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 65.11 מספר ביקור: 00120373653

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה

ביקור מקוון: תאריך + שעת הזמנה : 18/09/2019 16:38:18 טל: 050-5276399

הערת המטופל:

שאלה כללית:

שלום ד"ר

מבקש הפנייה לאורטופד כף רגל.

תודה רבה

13:31:21:

הערת רופא:

הטפסים הופקו לבקשתך.

סיבת הפניה: עדיין כאבים, נמצא במעקב אורטופדי

US - מתואר -הממצאים מתאימים ovitis tenosyn בגידים . צפיפות עצם נמוכה במידה מתונה (אוסטיאופניה) ביקור חוזר מתאריך 24/02/2019 : ללא שיפור בנפיחות, לא לקח קספו ביקור חוזר מתאריך 17/02/2019 : כאבים בקרסול ימין-ללא חבלה, פעם ראשונה בחייו

גורם משלם: 41 וירטואלי טפסים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC FORMS
			LEG PAIN

קוד	בדיקות/הפניות
TTH13	התייעצות מומחה - אורתופדיה - קרסול וכף רגל
99862	אחות

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0497700

04/10/2019 13:22:56

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 66 מספר ביקור: 00121341072

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה

ביקור מקוון: תאריך + שעת הזמנה : 02/10/2019 16:40:21 טל: 050-5276399

הערת המטופל :
תרופות נוספות:
TROSPAS 15MG X 30 •

13:23:51:
הערת רופא:
הטפסים הופקו לבקשתך.
סוף שבוע נעים וחג שמח

13:24:34:
הערת רופא:
הטפסים הופקו לבקשתך.
שבוע נעים וחג שמח

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...

גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC PRESCRIPTION

קוד	בדיקות/הפניות
99862	אחות

תרופות	כמות	הגשה	X	אופן לקיחה	Dy	OP	צד לטיפול*	P	C	N	קוד	M	יח' שימוש
TROSPAS 15MG X 30	1	Tab.	1	לבליעה	30	1		S	Y	N	4222	3	טבליה
MICROPIRIN 75MG X 30	1	Tab.	1	לבליעה	90	3		S	Y	N	52782	1	טבליה
XATRAL XL 10MG X 30	1	Tab.	1	לבליעה	90	3		S	Y	N	26593	1	טבליה
ATOZET 10/40 X 30	1	Tab.	1	לבליעה	30	1		S	Y	N	59894	3	טבליה
D BABY MAC N 10ML 200IU/DR	10	Oral drops	1	לבליעה	90	3		S	Y	N	9237	1	טיפות

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0497700

08/01/2020 10:53:46

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 66.3 מספר ביקור: 00128559565

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

ביקור מקוון: תאריך + שעת הזמנה : 04:16:39 08/01/2020 טל: 050-5276399

הערת המטופל :
שאלה כללית:

שלום דר
אני בבוסטון אצל הבת שלי ולבעלי יש כאבי גב חזקים יש אפשרות לקבל הפנייה למרפאת
כאב?
הוא היה מטופל שם בעבר הלא רחוק
תודה רבה רבה
רוחלה ציון

10:58:50:
הערת רופא:
הטפסים הופקו לבקשתך.
שלום רב, מציעה גם לפנות לפיזיותרפיה והערכה מחודשת ע"י אורתופד. חופשה נעימה

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...
בפניה של אישתו - לפי דבריה סובל מכאבי גב קבועיים, בעבר טופל במרפאת כאב, זקוק

להמשך הטיפול

גורם משלם: 41 וירטואלי טפסים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC FORMS
			OSTEOPENIA
			BACKACHE

קוד	בדיקות/הפניות
CON73	התייעצות מומחה - טיפול בכאב
F1003	מכון פיזיותרפיה

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0497700

28/01/2020 13:24:20

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 66.3 מספר ביקור: 00130238397

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

ביקור מקוון: תאריך + שעת הזמנה : 07:10:20 26/01/2020 טל: 050-5276399

הערת המטופל :
תרופות קבועות:
XATRAL XL 10MG X 30 •
תרופות נוספות:
ARCOXIA 90MG X 14 •

13:25:19:

הערת רופא:

הטפסים הופקו לבקשתך.

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...

גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC PRESCRIPTION

תרופות	כמות	הגשה	X	אופן לקיחה	Dy	OP	צד לטיפול*	P	C	N	קוד	M	יח' שימוש
ARCOXIA 90MG X 14	1	Tab.	1	לבליעה	14	1		S	N	N	38663	0	טבליה
MICROPIRIN 75MG X 30	1	Tab.	1	לבליעה	90	3		S	Y	N	52782	1	טבליה
TROSPAS 15MG X 30	1	Tab.	1	לבליעה	30	1		S	Y	N	4222	3	טבליה
XATRAL XL 10MG X 30	1	Tab.	1	לבליעה	90	3		S	Y	N	26593	1	טבליה
ATOZET 10/40 X 30	1	Tab.	1	לבליעה	30	1		S	Y	N	59894	3	טבליה
D BABY MAC N 10ML 200IU/DR	10	Oral drops	1	לבליעה	90	3		S	Y	N	9237	1	טיפות

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0497700

25/03/2020 19:08:00

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 66.5 מספר ביקור: 00134697883

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

ביקור מקוון: תאריך + שעת הזמנה : 19:02:12 25/03/2020 טל: 050-5276399

הערת המטופל :
הערה לתרופות: קסטרל
תודה ד"ר ובריאות

19:08:50:

הערת רופא:
הטפסים הופקו לבקשתך.
המשך שבוע נעים

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...
קבלת מרשמים כרוניים ...

גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
ELECTRONIC PRESCRIPTION			

תרופות	כמות	הגשה	X	אופן לקיחה	Dy	OP	צד לטיפול*	P	C	N	קוד	M	יח' שימוש
XATRAL XL 10MG X 30	1	Tab.	1	לבליעה	90	3		S	Y	N	26593	1	טבליה
ATOZET 10/40 X 30	1	Tab.	1	לבליעה	30	1		S	Y	N	59894	3	טבליה

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0497700

07/05/2020 10:30:19

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 66.7 מספר ביקור: 00136993656

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

ביקור מקוון: תאריך + שעת הזמנה : 17:55:35 05/05/2020 טל: 050-5276399

הערת המטופל :
תרופות קבועות:
TROSPAS 15MG X 30 •

10:31:43:

הערת רופא:
הטפסים הופקו לבקשתך.
שלום, באותה הזדמנות חידשתי את כל מרשמים קבועיים עד אוגוסט. בהצלחה

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...
קבלת מרשמים כרוניים ...

גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
ELECTRONIC PRESCRIPTION			

תרופות	כמות	הגשה	X	אופן לקיחה	Dy	OP	צד לטיפול*	P C N	קוד	M	יח' שימוש
MICROPIRIN 75MG X 30	1	Tab.	1	לבליעה	90	3		S Y N	52782	1	טבליה
TROSPAS 15MG X 30	1	Tab.	1	לבליעה	30	1		S Y N	4222	3	טבליה
XATRAL XL 10MG X 30	1	Tab.	1	לבליעה	90	3		S Y N	26593	1	טבליה
ATOZET 10/40 X 30	1	Tab.	1	לבליעה	30	1		S Y N	59894	3	טבליה
D BABY MAC N 10ML 200IU/DR	10	Oral drops	1	לבליעה	90	3		S Y N	9237	1	טיפות

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0497700

04/08/2020 09:57:50

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 66.10 מספר ביקור: 00144038056

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

סיבת הפניה: שנה לא מעשן, לא מצליח להוציא ליחה
קבלת מרשמים כרוניים ...

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ריאות נקיות

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
COUGH			
CHRONIC MEDICATION REFILL			

קוד	בדיקות/הפניות
99942	מכון רנטגן
CON32	התייעצות מומחה - ריאה/דרכי נשימה

תרופות	כמות	הגשה	X	אופן לקיחה	Dy	OP	צד לטיפול*	P C N	קוד	M	יח' שימוש
REOLIN EFFERV 200MG X 30	1	Efferv.tab.	3	להמיס ולשתות	10	1		M N N	57303	0	טבליה
MICROPIRIN 75MG X 30	1	Tab.	1	לבליעה	90	3		M Y N	52782	1	טבליה
TROSPAS 15MG X 30	1	Tab.	1	לבליעה	30	1		M Y N	4222	3	טבליה
XATRAL XL 10MG X 30	1	Tab.	1	לבליעה	90	3		M Y N	26593	1	טבליה
ATOZET 10/40 X 30	1	Tab.	1	לבליעה	30	1		M Y N	59894	3	טבליה
D BABY MAC N 10ML 200IU/DR	10	Oral drops	1	לבליעה	90	3		M Y N	9237	1	טיפות

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0497700

16/09/2020 14:56:49

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 66.11 מספר ביקור: 00147530581

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

מקור המידע	פירוט
בקשות מהאתר - בקשת המטופל	תאריך + שעת הזמנה : 10:03:43 15/09/2020 טל: 050-5276399 תרופות נוספות: ARCOXIA 90MG X 14 •

מקור המידע	פירוט
בקשות מהאתר - מענה הרופא	הערה לתרופות: מבקש ארקוקסיה לכאבי הגב תודה ושנה טובה 14:57:23 16/09/02020
	הטפסים הופקו לבקשתך. סוף שבוע נעים וחג שמח

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...
גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC PRESCRIPTION

יח' שימוש	M	קוד	P	C	N	צד לטיפול*	OP	Dy	אופן לקיחה	X	הגשה	כמות	תרופות
טבליה	0	38663	S	N	N		1	14	לבליעה	1	Tab.	1	ARCOXIA 90MG X 14

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0497700

16/10/2020 10:45:27

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 67 מספר ביקור: 00149815311

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

מקור המידע	פירוט
בקשות מהאתר - בקשת המטופל	תאריך + שעת הזמנה: 10:31:11 16/10/2020 טל: 050-5276399 הערה לתרופות: שלום דר אבי עבר 2 עקירות שיניים ומאוד נפוח לו. דיברתי עם רופא בשיניים והוא צריך אוגמנטין 875 מג.
בקשות מהאתר - מענה הרופא	10:48:35 16/10/02020 הטפסים הופקו לבקשתך. שלום, אבי גם צריך להפחית שונים בדם - אטוזט לפני שינה ומיקרופירין אחרי אוכל. להקפיד על הטיפול ובסוף דצמבר בדיקות דם בצום 12 שעות סוף שבוע נעים

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...
גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC PRESCRIPTION

קוד	בדיקות/הפניות
LAB000	בדיקות מעבדה
99862	אחות

יח' שימוש	M	קוד	P	C	N	צד לטיפול*	OP	Dy	אופן לקיחה	X	הגשה	כמות	תרופות
טבליה	0	76015	S	N	N		1	7	לבליעה	2	Tab.	1	AUGMENTIN_BID 875MG X 14

תרופות	כמות	הגשה	X	אופן לקיחה	Dy	OP	צד לטיפול*	P	C	N	קוד	M	יחידה
MICROPIRIN 75MG X 30	1	Tab.	1	לבליעה	90	3		S	Y	N	52782	1	טבליה
TROSPAS 15MG X 30	1	Tab.	1	לבליעה	30	1		S	Y	N	4222	3	טבליה
XATRAL XL 10MG X 30	1	Tab.	1	לבליעה	90	3		S	Y	N	26593	1	טבליה
ATOZET 10/40 X 30	1	Tab.	1	לבליעה	30	1		S	Y	N	59894	3	טבליה

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0497700

23/10/2020 09:09:54

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 67 מספר ביקור: 00150389667

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

סיבת הפניה: בן 67, לא מעשן
אחרי טיפול שיניים - אין מניעה להמשיך טיפול שיניים, לא ידוע קרישיות יתר עד ניום,
ללא ידוע על בעיות במערכת חיסונית
לא נוטל מיקרופירין

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			DENTAL DISEASE UNS

קוד	בדיקות/הפניות
LAB000	בדיקות מעבדה

קוד	סוג האישור	מתאריך	עד תאריך
C00003	אישור רפואי		

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0497700

26/10/2020 14:07:33

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 67 מספר ביקור: 00150607597

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

מקור המידע	פירוט
בקשות מהאתר - בקשת המטופל	תאריך + שעת הזמנה : 22/10/2020 14:42:01 טל: 050-5276399 אישור: • אישור רפואי 22/10/2020 - 22/10/2020 - אבי עבר טיפול שיניים וחש לי שטפי דם. רופא השיניים מבקש תיק רפואי דחוף
בקשות מהאתר - מענה הרופא	14:08:54 26/10/2020 הטפסים הופקו לבקשתך. טופל בביקור פרונטלי. מזכירה על חשיבות להתחסן - דלקת ריאות ושפעת, זימון תור לחדר אחיות. המשך שבוע נעים

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...

גורם משלם: 41 וירטואלי טפסים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC FORMS

קוד	בדיקות/הפניות	אחות
99862		

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0497700

10/11/2020 15:39:48

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 67.1 מספר ביקור: 00151880142

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

מקור המידע	פירוט
העברת טפסים באופן יזום לאחר המטופל	15:46:13 10/11/2020 בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.

סיבת הפניה: בן 67,
עדיין שומנים גבוהים - לא נוטל סטטינים, סוכר גבולי, חוסר VIT D נמוך
קבלת מרשמים כרוניים ...

גורם משלם: 99 (מנהלי)

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			HYPERCHOLESTEROLEMIA
			VITAMIN D DEFICIENCY UNS
			IMPAIRED FASTING GLUCOSE (100-125)
			OSTEOPENIA
			CHRONIC MEDICATION REFILL

קוד	בדיקות/הפניות
CON94	הפניה ליעוץ דיאטטי
LAB000	בדיקות מעבדה

תרופות	מינון	Rp <Days>	אופן השימוש
VITAMIDYNE 20ML	15 drp X 1 -1 op	3 <30>	לבליעה 15 טיפות 1 פעם ביום, (לפי הצורך) לתקופה של 30 ימים.
CALCIUM +D400 600/400X60	1 tab X 1 -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (לפי הצורך) לתקופה של 30 ימים. לפני שינה
MICROPIRIN 75MG X 30	1 tab X 1 -3 op	1 <90>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (לפי הצורך) לתקופה של 90 ימים. ***90 אחרי אוכל
TROSPAS 15MG X 30	1 tab X 1 -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים. שעה לפני האוכל או על קיבה ריקה
XATRAL XL 10MG X 30	1 tab X 1 -3 op	1 <90>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 90 ימים. אחרי האוכל בשעות הערב

תרופות	מינון	Rp <Days>	אופן השימוש
ATOZET 10/40 X 30	1 tab X 1 -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים.

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0497700

13/12/2020 19:09:20

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 67.2 מספר ביקור: 00154559564

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

מקור המידע	פירוט
בקשות מהאתר - בקשת המטופל	תאריך + שעת הזמנה: 17:29:40 12/12/2020 טל: 050-5276399 תרופות נוספות: RELVAR 92/22 X30 • INCRUSE ELLIPTA 55MCG X 30 •
בקשות מהאתר - מענה הרופא	19:10:02 13/12/2020 שלום, חובתי לדעת ולציין בתיק סיבה לשליחת מרשמים. תסבירי סיבה רפואית. רק תרופות קבועת אין צורך בהסברים. מודה מראש והמשך שבוע נעים
העברת טפסים באופן יזום לאתר המטופל	19:10:39 13/12/2020 הטפסים הופקו לבקשתך. לאור המחלות כרוניות מומלת להתחסן מדלקת ריאות

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה- מענה ללא הפקה

גורם משלם: 41 וירטואלי טפסים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC FORMS

קוד	בדיקות/הפניות	אחות
99862		

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0497700

14/12/2020 17:43:00

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 67.2 מספר ביקור: 00154656183

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

מקור המידע	פירוט
בקשות מהאתר - בקשת המטופל	תאריך + שעת הזמנה: 11:42:12 14/12/2020 טל: 050-5276399 שאלה כללית: שלום ד"ר בהמשך לבקשת התרופה, ד"ר ירמולובסקי אלכסנדר נתן לי את התרופה למשך 3 חודשים ונתן לי מרשם לחודש. אפשר לבקש ממך או ממנו?? כי אין אפשרות לפנות אליו באתר. תודה רבה

מקור המידע	פירוט
בקשות מהאתר - מענה הרופא	17:46:00 14/12/2020
	הטפסים הופקו לבקשתך. תודה על הסבר, המשך שבוע נעים וחג שמח

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...

גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC PRESCRIPTION
			COPD - CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE

אופן השימוש	Rp <Days>	מינון	תרופות
לשאיפה 1 מנה 1 פעם ביום, (בוקר 1 מנה) לתקופה של 30 ימים.	3 <30>	1 inh X 1 -1 op	RELVAR 92/22 X30
לשאיפה 1 מנה 1 פעם ביום, (בוקר 1 מנה) לתקופה של 30 ימים.	3 <30>	1 inh X 1 -1 op	INCRUSE ELLIPTA 55MCG X 30

מוזמן למעקב:

☑ על פי צורך

! 0497700

20/12/2020 18:59:17

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 67.2 מספר ביקור: 00155160834

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

מקור המידע	פירוט
בקשות מהאתר - בקשת המטופל	תאריך + שעת הזמנה : 17:06:17 16/12/2020 טל: 050-5276399 תרופות קבועות: TROSPAS 15MG X 30 •
בקשות מהאתר - מענה הרופא	18:59:45 20/12/2020 הטפסים הופקו לבקשתך.

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...
קבלת מרשמים כרוניים ...

גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC PRESCRIPTION

אופן השימוש	Rp <Days>	מינון	תרופות
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים. שעה לפני האוכל או על קיבה ריקה	1 <30>	1 tab X 1 -1 op	TROSPAS 15MG X 30

מוזמן למעקב:

☑ על פי צורך

! 0497700

03/03/2021 15:25:04

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 67.5 מספר ביקור: 00161596351

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

מקור המידע	פירוט
בקשות מהאתר - בקשת המטופל	תאריך + שעת הזמנה : 01/03/2021 19:19:22 טל: 050-5276399 שאלה כללית: שלום ד"ר מבקש הפנייה לגסטרו תודה
בקשות מהאתר - מענה הרופא	15:25:51 03/03/2021 שלום, רק נא לכתוב סיבה רפואית - פרט חשוב בהפניה.

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה- מענה ללא הפקה

גורם משלם: 41 וירטואלי טפסים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC FORMS

מוזמן למעקב:

☑ על פי צורך

! 0497700

03/03/2021 18:20:30

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 67.5 מספר ביקור: 00161625325

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

סיבת הפניה: שנים צרבות קשות, ללא שיפור אחרי אומפרדקס ונקסיום
נבדק ע"י H"אג - מומלץ ברור גסטרו
קבלת מרשמים כרוניים ...

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			GERD
			CHRONIC MEDICATION REFILL
			VITAMIN D DEFICIENCY UNS

קוד	בדיקות/הפניות
CON21	התייעצות מומחה - גסטרואנטרולוגיה
99926	צפיפות העצם

תרופות	מינון	Rp <Days>	אופן השימוש
CONTROLOC 40MG X 28	1 tab X 2 -1 op	1 <14>	לבליעה 1 טבליה 2 פעמים ביום, (בוקר 1 טבליה, ערב 1 טבליה) לתקופה של 14 ימים. שעה לפני האוכל
TROSPAS 15MG X 30	1 tab X 1 -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים. שעה לפני האוכל או על קיבה ריקה

תרופות	מינון	Rp <Days>	אופן השימוש
XATRAL XL 10MG X 30	1 tab X 1 -3 op	1 <90>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 90 ימים. אחרי האוכל בשעות הערב
ATOZET 10/40 X 30	1 tab X 1 -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים.
INCRUSE ELLIPTA 55MCG X 30	1 inh X 1 -1 op	3 <30>	לשאיפה 1 מנה 1 פעם ביום, (בוקר 1 מנה) לתקופה של 30 ימים.
RELVAR 92/22 X30	1 inh X 1 -1 op	3 <30>	לשאיפה 1 מנה 1 פעם ביום, (בוקר 1 מנה) לתקופה של 30 ימים.
CALCIUM +D400 600/400X60	1 tab X 1 -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (לפי הצורך) לתקופה של 30 ימים. לפני שינה

מוזמן למעקב:

על פי צורך

! 0497700

22/03/2021 20:45:15

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 67.5 מספר ביקור: 00163220704

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

מקור המידע	פירוט
בקשות מהאתר - בקשת המטופל	תאריך + שעת הזמנה: 11:39:59 22/03/2021 טל: 050-5276399 תרופות נוספות: ETOPAN 500MG X 20 • הערה לתרופות: שלום ד"ר אבי בטיפולי שיניים. עקירות ושתיים וכואב לו שכת לקחת מרשם מרופא שיניים אטופן. חג שמח
בקשות מהאתר - מענה הרופא	20:46:37 22/03/2021 הטפסים הופקו לבקשתך. אטופן פעם ביום, אחרי אוכל בלבד. בנוסף לכאבים חזקים אפשר לשלב עם זלדיאר. בהצלחה בטיפולי שיניים

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...

גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC PRESCRIPTION

תרופות	מינון	Rp <Days>	אופן השימוש
ETOPAN 500MG X 20	1 tab X 1 -1 op	1 <20>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 20 ימים. 90*** אחרי אוכל בלבד
ZALDIAR 325/37.5MG	1 tab X 4 -1 op	1 <5>	לבליעה 1 טבליה 4 פעמים ביום, (בוקר 1 טבליה, צהריים 1 טבליה, ערב 1 טבליה, לפני שינה 1 טבליה) לתקופה של 5 ימים. להמנע מנהגיה אחרי כדור! לפני שינה, אם אין שיפור אחרי כדור אחד, אפשר לקחת 2

מוזמן למעקב:

על פי צורך

! 0497700

01/04/2021 16:27:39

ביקור משפחה/ילדים

מספר ביקור: 00163774386

גיל: 67.6

תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה

מקור המידע	פירוט
בקשות מהאתר - בקשת המטופל	תאריך + שעת הזמנה : 12:25:53 31/03/2021 טל: 050-5276399 שאלה כללית: שלום ד"ר מועדים לשמחה. הגיעו תשובות של צפיפות העצם. בסדר?? תודה רבה וחג שמח
בקשות מהאתר - מענה הרופא	16:31:03 01/04/2021 הטפסים הופקו לבקשתך. שלום, לפי צפיפות עצם מדובר באוסטאופורוזיס- טיפול המומלץ זה RIBONE, כדור אחד בחודש וסידן עם VIT D כל יום. בדיקה חוזרת בעוד שנתיים. חג שמח

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...

גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC PRESCRIPTION
			OSTEOPOROSIS

אופן השימוש	Rp <Days>	מינון	תרופות
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 1 ימים. ***90 פעם בחודש נא להסביר על נטילת הטיפול!!!!!!	3 <1>	1 tab X 1 -1 op	RIBONE 150MG

מוזמן למעקב:

על פי צורך

! 0497700

28/05/2021 22:56:45

ביקור משפחה/ילדים

מספר ביקור: 00168786777

גיל: 67.7

תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה

מקור המידע	פירוט
בקשות מהאתר - בקשת המטופל	תאריך + שעת הזמנה : 20:30:32 25/05/2021 טל: 050-5276399 שאלה כללית: שלום ד"ר מבקש מרשם לכדורים לפרוסטטה לבוקר ולערב. תודה רבה

מקור המידע	פירוט
בקשות מהאתר - מענה הרופא	23:00:39 28/05/2021
	הטפסים הופקו לבקשתך. באותה הזדמנות חידשתי את כל המרשמים בראות ושלו

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...
קבלת מרשמים כרוניים ...

גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC PRESCRIPTION
			HYPERLIPIDEMIA

אופן השימוש	Rp <Days>	מינון	תרופות
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 1 ימים. ***90 פעם בחודש נא להסביר על נטילת הטיפול!!!!!!	3 <1>	1 tab X 1 -1 op	RIBONE 150MG
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים. שעה לפני האוכל או על קיבה ריקה	3 <30>	1 tab X 1 -1 op	TROSPAS 15MG X 30
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 90 ימים. אחרי האוכל בשעות הערב	1 <90>	1 tab X 1 -3 op	XATRAL XL 10MG X 30
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים.	3 <30>	1 tab X 1 -1 op	ATOZET 10/40 X 30
לשאיפה 1 מנה 1 פעם ביום, (בוקר 1 מנה) לתקופה של 30 ימים.	3 <30>	1 inh X 1 -1 op	INCRUSE ELLIPTA 55MCG X 30
לשאיפה 1 מנה 1 פעם ביום, (בוקר 1 מנה) לתקופה של 30 ימים.	3 <30>	1 inh X 1 -1 op	RELVAR 92/22 X30
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (לפי הצורך) לתקופה של 30 ימים. לפני שינה	3 <30>	1 tab X 1 -1 op	CALCIUM +D400 600/400X60

מוזמן למעקב:

☑ על פי צורך

! 0497700

13/06/2021 14:17:10

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 67.8 מספר ביקור: 00170206867

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

מקור המידע	פירוט
בקשות מהאתר - בקשת המטופל	תאריך + שעת הזמנה: 08:22:44 13/06/2021 טל: 050-5276399 תרופות נוספות: ETOPAN 500MG X 20
בקשות מהאתר - מענה הרופא	14:19:18 13/06/2021
	הטפסים הופקו לבקשתך. שלום, לא כתבת סיבה רפואית לטיפול - אלי חובתי לציין סיבה לפני ששולחת

מקור המידע	פירוט
	מרשם (דרישת משרד בריאות) הגיע זמן לבדיקות דם, שתן וצואה. המשך קיץ נעים

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...

גורם משלם: 41 וירטואלי טפסים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC FORMS

בדיקות מעבדה	בדיקות/הפניות	הערות
		בתוקף עד - 11/09/2021

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0497700

28/06/2021 09:48:13

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 67.8 מספר ביקור: 00171625875

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

מקור המידע	פירוט
העברת טפסים באופן יזום לאתר המטופל	09:50:02 28/06/2021 בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.

סיבת הפניה: נמצא בטיפול שיניים - כאבים וזקוק לאטופן

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			DENTAL DISEASE UNS

אופן השימוש	Rp <Days>	מינון	תרופות
לבלעה 1 טבליה 2 פעמים ביום, (בוקר 1 טבליה, ערב 1 טבליה) לתקופה של 15 ימים. אחרי אוכל	1 <15>	1 tab X 2 -1 op	ETOPAN 400MG X 30

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0497700

13/08/2021 09:24:30

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 67.10 מספר ביקור: 00176111631

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

מקור המידע	פירוט
העברת טפסים באופן יזום לאתר המטופל	09:28:45 13/08/2021 בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.

סיבת הפניה: כאבי גב כרוניים, נעזר בארקוקסיה
קבלת מרשמים כרוניים ...

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			OSTEOARTHRITIS UNS
			CHRONIC MEDICATION REFILL

הערות	בדיקות/הפניות
09/02/2022 - בתוקף עד	התייעצות מומחה: ריאה/דרכי נשימה

תרופות	מינון	Rp <Days>	אופן השימוש
RIBONE 150MG	NonDaily -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, אחת לחודש (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 1 חודש
TROSPAS 15MG X 30	1 tab X 1 -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים. שעה לפני האוכל או על קיבה ריקה
XATRAL XL 10MG X 30	1 tab X 1 -3 op	1 <90>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 90 ימים. אחרי האוכל בשעות הערב
ATOZET 10/40 X 30	1 tab X 1 -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים.
INCRUSE ELLIPTA 55MCG X 30	1 inh X 1 -1 op	3 <30>	לשאיפה 1 מנה 1 פעם ביום, (בוקר 1 מנה) לתקופה של 30 ימים.
RELVAR 92/22 X30	1 inh X 1 -1 op	3 <30>	לשאיפה 1 מנה 1 פעם ביום, (בוקר 1 מנה) לתקופה של 30 ימים.
CALCIUM +D400 600/400X60	1 tab X 1 -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (לפי הצורך) לתקופה של 30 ימים. לפני שינה
ARCOXIA 90MG X 14	1 tab X 1 -1 op	1 <14>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 14 ימים. אחרי אוכל - שבוע

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0497700

22/08/2021 14:42:28

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 67.10 מספר ביקור: 00176993520

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

סיבת הפניה: אין מענה

גורם משלם: 25 ב.טלפוני שעת קורונה

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			COVID-19 INFECTION -CORONAVIRUS

מוזמן למעקב:

על פי צורך

! 0497700

23/08/2021 19:27:53

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 67.10 מספר ביקור: 00177190340

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

מקור המידע	פירוט
העברת טפסים באופן יזום לאתר המטופל	19:35:04 23/08/2021 בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.

סיבת הפניה: אנמנזה חולה Covid19

גורם משלם: 25 ב.טלפוני שעת קורונה

ממצאי הבדיקה: היום מרגיש טוב

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			COVID-19 INFECTION -CORONAVIRUS

המלצות למטופל: תאריך צפוי לשחרור מבידוד לא לפני: 28/08/2021

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

דפי מידע/ סרטונים/אתרים
הנחיה לשהייה בבידוד ביתי קורונה

! 0497700

27/08/2021 10:07:51

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 67.10 מספר ביקור: 00177617800

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

מקור המידע	פירוט
העברת טפסים באופן יזום לאתר המטופל	10:09:45 27/08/2021 בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.

סיבת הפניה: בביקור בתאריך 23/08/2021 בשעה 19:27:53
אנמנזה חולה Covid19

בביקור בתאריך 27/08/2021 בשעה 10:07:51
שיפור ניכר

גורם משלם: 25 ב.טלפוני שעת קורונה

ממצאי הבדיקה: בביקור בתאריך 23/08/2021 בשעה 19:27:53
היום מרגיש טוב

בביקור בתאריך 27/08/2021 בשעה 10:07:51

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			CORONAVIRUS RECOVERED PATIENT -COVID-19
			PATIENT IN FOLLOW UP

הערות	בדיקות/הפניות
23/02/2022 - בתוקף עד	אישור רפואי להחלמה מקורונה

ר	X	נקודות	קוד	טיפול
!	1	02.0	9104	CORONA (COVID-19) PATIENT DISCHARGE

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

דפי מידע/ סרטונים/אתרים
הנחיות למחלים מנגיף הקורונה

! 0497700

22/09/2021 22:32:43

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 67.11 מספר ביקור: 00179896852

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

מקור המידע	פירוט
בקשות מהאתר - בקשת המטופל	תאריך + שעת הזמנה : 00:43:47 22/09/2021 טל: 050-5276399 תרופות נוספות: ARCOXIA 90MG X 14 •
בקשות מהאתר - מענה הרופא	22:33:36 22/09/2021 הטפסים הופקו לבקשתך.

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...

גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC PRESCRIPTION

אופן השימוש	Rp <Days>	מינון	תרופות
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 14 ימים. אחרי אכול - שבוע!	1<14>	1 tab X 1 -1 op	ARCOXIA 90MG X 14

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0497700

24/10/2021 15:58:57

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 68 מספר ביקור: 00183085078

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

מקור המידע	פירוט
העברת טפסים באופן יזום לאתר המטופל	16:00:42 24/10/2021 בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.
העברת טפסים באופן יזום לאתר המטופל	19:21:36 24/10/2021 בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל. המשך מעקב ע"י אורתופד

סיבת הפניה: נפל על יד ימין - כאבים
לפי צילום שבר

גורם משלם: 25 ב.טלפוני שעת קורונה

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			CONTUSION ARM SHOULDER AXILLA

הערות	בדיקות/הפניות
22/04/2022 - בתוקף עד	מכון רנטגן: פרק כף יד ימין 4 צילומים (לסקפואיד), כף יד ימין (אלכסון + AP)
25/10/2021 - בתוקף עד	מוקד רפואה דחופה (בוטל)
25/10/2021 - בתוקף עד	מוקד רפואה דחופה
23/11/2021 - בתוקף עד	מרכז טיפול יום

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0497700

04/11/2021 13:48:49

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 68.1 מספר ביקור: 00184352452

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

סיבת הפניה: חידוש בדיקת דם

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			HYPERLIPIDEMIA

הערות	בדיקות/הפניות
02/02/2022 - בתוקף עד	בדיקות מעבדה

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0497700

09/11/2021 10:51:05

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 68.1 מספר ביקור: 00184802043

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

מקור המידע	פירוט
בקשות מהאתר - בקשת המטופל	תאריך + שעת הזמנה : 08/11/2021 09:34:42 טל: 050-5276399 תרופות קבועות: XATRAL XL 10MG X 30 • TROSPAS 15MG X 30 • הערה לתרופות: Incruse משאף לאף תודה רבה
בקשות מהאתר - מענה הרופא	10:51:50 09/11/2021 הטפסים הופקו לבקשתך.

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...
קבלת מרשמים כרוניים ...

גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC PRESCRIPTION

אופן השימוש	Rp <Days>	מינון	תרופות
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, אחת לחודש (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 1 חודש	3 <30>	NonDaily -1 op	RIBONE 150MG
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים. שעה לפני האוכל או על קיבה ריקה	3 <30>	1 tab X 1 -1 op	TROSPAS 15MG X 30
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 90 ימים. אחרי האוכל בשעות הערב	1 <90>	1 tab X 1 -3 op	XATRAL XL 10MG X 30
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים.	3 <30>	1 tab X 1 -1 op	ATOZET 10/40 X 30
לשאיפה 1 מנה 1 פעם ביום, (בוקר 1 מנה) לתקופה של 30 ימים.	3 <30>	1 inh X 1 -1 op	INCRUSE ELLIPTA 55MCG X 30
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (לפי הצורך) לתקופה של 30 ימים. לפני שינה	3 <30>	1 tab X 1 -1 op	CALCIUM +D400 600/400X60

מוזמן למעקב:

☑ על פי צורך

! 0497700

29/12/2021 19:31:56

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 68.3 מספר ביקור: 00189988403

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

מקור המידע	פירוט
בקשות מהאתר - בקשת המטופל	תאריך + שעת הזמנה : 28/12/2021 15:24:01 טל: 050-5276399 שאלה כללית: שלום ד"ר חייבת את עזרתך דחוף. היתה לי ציפורן חודרנית בבוהן של כף הרגל. ניסיתי לגזור לבד ועשיתי נזק לעצמי. הבוהן אדומה וכואבת לי ליד הציפורן הגזורה. אני מבקשת משחה אנטיביוטית לטיפול. תודה רבה

מקור המידע	פירוט
בקשות מהאתר - מענה הרופא	19:33:04 29/12/2021 הטפסים הופקו לבקשתך. שלום, יומיים אין שיפור לפנות לכירורג. תרגיש טוב

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...

גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC PRESCRIPTION

אופן השימוש	Rp <Days>	מינון	תרופות
למריחה 3 פעמים ביום, (בוקר 1, צהריים 1, ערב 1) לתקופה של 7 ימים.	1 <7>	crm X 3 -1 op	AFLUMYCIN 20GR

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0497700

12/01/2022 15:51:54

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 68.3 מספר ביקור: 00191716721

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

סיבת הפניה: שבועיים שיעול עם ליחה, התקפים עד הקאות
אתמול רופא אאג נתן PPI

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			COUGH

הערות	בדיקות/הפניות
מכון רנטגן: חזה 2 צילומים	בתוקף עד - 11/07/2022

המלצות למטופל: המשך טיפול בPPI

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0497700

30/01/2022 09:47:45

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 68.3 מספר ביקור: 00193996332

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

☒ ביקור ללא נוכחות המטופל

מקור המידע	פירוט
נשלחה הודעה/מסמך ביוזמת הרופא	09:47:45 30/01/2022 צילום תקין, אין דלקת ריאות

סיבת הפניה: שליחת הודעה / מסמך ביוזמת הרופא

גורם משלם: 55 הודעה ביוזמת רופא

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			COMPLETION OF VISIT ADMINISTRATIVE

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0497700

31/01/2022 11:50:04

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 68.4 מספר ביקור: 00194228173

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

מקור המידע	פירוט
העברת טפסים באופן יזום לאתר המטופל	11:56:32 31/01/2022 בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל. אבי שלום, לפי בדיקות דם - רמת VIT D מאוד נמוכה, טיפול 3 חודשים כל יום 10 טיפות פעמיים ביום!!! להקפיד על טיפול באוסטאופורוזיס - RIBON פעם בחודש, כל יום סידן בשעות ערב. להקפיד על נטילת ATOZET כל ערב - כולסטרול גבוה, חשוב להפחית רמת כולסטרול. VIT B12 נמוך ועקב צרבות אתה לוקח NEXIUM, לכן מציעה לקחת VIT B12 כל יום - למציצה.

סיבת הפניה: בבדיקות דם VIT D 9
קבלת מרשמים כרוניים ...

גורם משלם: 99 (מנהלי)

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			OSTEOPOROSIS
			OSTEOARTHRITIS UNS
			SPINAL STENOSIS LUMBAR
			VITAMIN D DEFICIENCY UNS
			HYPERCHOLESTEROLEMIA
			CHRONIC MEDICATION REFILL

אופן השימוש	Rp <Days>	מינון	תרופות
לבליעה 10 טיפות 2 פעמים ביום, (לפי הצורך) לתקופה של 30 ימים. 3 חודשים	1<30>	10 drp X 2 -2 op	VITAMIDYNE 20ML
למציצה 1 טבליה 1 פעם ביום, (לפי הצורך) לתקופה של 90 ימים. יש לשים מתחת לשון עד להתמוססות הטבליה	1<90>	1 tab X 1 -3 op	B12 1000MCGX30
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, אחת לחודש (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 1 חודש	3<30>	NonDaily -1 op	RIBONE 150MG
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים. שעה לפני האוכל או על קיבה ריקה	3<30>	1 tab X 1 -1 op	TROSPAS 15MG X 30
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 90 ימים. אחרי האוכל בשעות הערב	1<90>	1 tab X 1 -3 op	XATRAL XL 10MG X 30

תרופות	מינון	Rp <Days>	אופן השימוש
ATOZET 10/40 X 30	1 tab X 1 -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים.
INCRUSE ELLIPTA 55MCG X 30	1 inh X 1 -1 op	3 <30>	לשאיפה 1 מנה 1 פעם ביום, (בוקר 1 מנה) לתקופה של 30 ימים.
RELVAR 92/22 X30	1 inh X 1 -1 op	3 <30>	לשאיפה 1 מנה 1 פעם ביום, (בוקר 1 מנה) לתקופה של 30 ימים.
CALCIUM +D400 600/400X60	1 tab X 1 -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (לפי הצורך) לתקופה של 30 ימים. לפני שינה

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

☒ מעוניין לעקוב האם מטופל קרא את ההנחיה

! 0497700

06/02/2022 18:06:19

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 68.4 מספר ביקור: 00195025794

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

סיבת הפניה: בביקור בתאריך 31/01/2022 בשעה 11:50:04

בבדיקות דם VIT D 9

קבלת מרשמים כרוניים ...

בביקור בתאריך 06/02/2022 בשעה 18:06:19

עדיין שיעול; מוזמן לרופא ריאות

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: צפופים בבסיס שמאל
ללא קוצר נשימה

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			OSTEOPOROSIS
			OSTEOARTHRITIS UNS
			SPINAL STENOSIS LUMBAR
			VITAMIN D DEFICIENCY UNS
			HYPERCHOLESTEROLEMIA
			CHRONIC MEDICATION REFILL

תרופות	מינון	Rp <Days>	אופן השימוש
BUDICORT RESPULES 1MG/2MLX20	2 inh X 2 -1 op	1 <10>	לאינהלציה 2 מ"ל 2 פעמים ביום, (בוקר 2 מ"ל, ערב 2 מ"ל) לתקופה של 10 ימים.
VENTOLIN RESP. 5MG/ML	0.5 inh X 3 -1 op	1 <7>	לאינהלציה 0.5 מ"ל 3 פעמים ביום, (בוקר 0.5 מ"ל, צהריים 0.5 מ"ל, ערב 0.5 מ"ל) לתקופה של 7 ימים. 90*** יומיים, המשך יומיים 3 פעמים, המשך לפי צורך פעמיים ביום
AEROVENT RES 20ML 0.25MG/ML	1 inh X 3 -1 op	1 <10>	לאינהלציה 1 מ"ל 3 פעמים ביום, (בוקר 1 מ"ל, צהריים 1 מ"ל, ערב 1 מ"ל) לתקופה של 10 ימים.

אופן השימוש	Rp <Days>	מינון	תרופות

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0497700

09/02/2022 10:48:56

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 68.4 מספר ביקור: 00195376676

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

מקור המידע	פירוט
בקשות מהאתר - בקשת המטופל	תאריך + שעת הזמנה: 08/02/2022 07:30:48 טל: 050-5276399 שאלה כללית: בוקר טוב ד"ר בחומרים לאינהלציה שנתת לי. האם צריך לערבב את כולם ביחד או לעשות כל אחד לחוד?? תודה רבה
בקשות מהאתר - מענה הרופא	10:50:53 09/02/2022 אפשר הכל לשלב ולא להוסיף מי מלח. אם רוצה הכל בניפרד - אז כל חומר עם מי מלח. לשתוף פה אחרי סטרוידים - בודיקורט. תרגיש טוב והמשך הערכה ומעקב ע"י רופא ריאות

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה- מענה ללא הפקה

גורם משלם: 41 וירטואלי טפסים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC FORMS

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0497700

06/03/2022 16:59:38

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 68.5 מספר ביקור: 00198015417

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

סיבת הפניה: כאבי בטן, שלשולים, ללא חום
ללא שיפור אחרי קלבטן וסטופית

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: לשון יבשה
בטן רקה רגישות דיפוזית
ללא גירוי צפקי

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			DIARRHEA

הערות	בדיקות/הפניות
בתוקף עד - 04/06/2022	בדיקות מעבדה
בתוקף עד - 04/06/2022	בדיקות מעבדה

תרופות	מינון	Rp <Days>	אופן השימוש
ANTROLIN 0.3% X 30	crm X 3 -1 op	1 <10>	למריחה 3 פעמים ביום, (בוקר 1, צהריים 1, ערב 1) לתקופה של 10 ימים.
CIPRODEX 500MG X 10	1 tab X 2 -1 op	1 <5>	לבליעה 1 טבליה 2 פעמים ביום, (בוקר 1 טבליה, ערב 1 טבליה) לתקופה של 5 ימים.

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0497700

05/04/2022 14:36:39

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 68.6 מספר ביקור: 00200993224

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

מקור המידע	פירוט
בקשות מהאתר - בקשת המטופל	תאריך + שעת הזמנה : 08:28:09 05/04/2022 טל: 050-5276399 תרופות קבועות: TROSPAS 15MG X 30 •
בקשות מהאתר - מענה הרופא	14:38:43 05/04/2022 הטפסים הופקו לבקשתך. שלום, באותה הזדמנות חידשתי את כל המרשמים - חידוש הבא ביולי. מציעה להבדק בחדר אחיות - משקל, לחץ דם, חיסון.

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...
קבלת מרשמים כרוניים ...

גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC PRESCRIPTION

הערות	בדיקות/הפניות
בתוקף עד - 02/10/2022	אחות: מדידת לחץ דם
בתוקף עד - 02/10/2022	אחות: חיסון פנאומוקס

תרופות	מינון	Rp <Days>	אופן השימוש
RIBONE 150MG	NonDaily -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, אחת לחודש (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 1 חודש
TROSPAS 15MG X 30	1 tab X 1 -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים. שעה לפני האוכל או על קיבה ריקה
XATRAL XL 10MG X 30	1 tab X 1 -3 op	1 <90>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 90 ימים. אחרי האוכל בשעות הערב

תרופות	מינון	Rp <Days>	אופן השימוש
ATOZET 10/40 X 30	1 tab X 1 -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים.
INCRUSE ELLIPTA 55MCG X 30	1 inh X 1 -1 op	3 <30>	לשאיפה 1 מנה 1 פעם ביום, (בוקר 1 מנה) לתקופה של 30 ימים.
RELVAR 92/22 X30	1 inh X 1 -1 op	3 <30>	לשאיפה 1 מנה 1 פעם ביום, (בוקר 1 מנה) לתקופה של 30 ימים.
CALCIUM +D400 600/400X60	1 tab X 1 -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (לפי הצורך) לתקופה של 30 ימים. לפני שינה

מוזמן למעקב:

על פי צורך

! 0497700

22/05/2022 18:44:07

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 68.7 מספר ביקור: 00205237319

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

פירוט	מקור המידע
תאריך + שעת הזמנה : 07:24:51 17/05/2022 טל: 050-5276399 שאלה כללית: שלום ד"ר מבקש בדיקות דם כלליות. תודה רבה יום טוב	בקשות מהאתר - בקשת המטופל
18:46:44 22/05/2022 הטפסים הופקו לבקשתך. שלום, בדיקות דם בצום 12 שעות, נא להקפיד על טיפול קבוע	בקשות מהאתר - מענה הרופא

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...
קבלת מרשמים כרוניים ...

גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC PRESCRIPTION

הערות	בדיקות/הפניות
בתוקף עד - 18/11/2022	אחות: מדידת לחץ דם
בתוקף עד - 20/08/2022	בדיקות מעבדה

תרופות	מינון	Rp <Days>	אופן השימוש
RIBONE 150MG	NonDaily -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, אחת לחודש (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 1 חודש חצי שעה לפני ארוחת בוקר עם כוס מים מלאה. לא לשכב במשך חצי שעה
TROSPAS 15MG X 30	1 tab X 1 -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים. שעה לפני האוכל או על קיבה ריקה

תרופות	מינון	Rp <Days>	אופן השימוש
XATRAL XL 10MG X 30	1 tab X 1 -3 op	1 <90>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 90 ימים. אחרי האוכל בשעות הערב
ATOZET 10/40 X 30	1 tab X 1 -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים.
INCRUSE ELLIPTA 55MCG X 30	1 inh X 1 -1 op	3 <30>	לשאיפה 1 מנה 1 פעם ביום, (בוקר 1 מנה) לתקופה של 30 ימים.
CALCIUM +D400 600/400X60	1 tab X 1 -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (לפי הצורך) לתקופה של 30 ימים. לפני שינה

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

ההפניה לבדיקות המפורטות להלן נחסמה באופן ממוחשב, עקב חריגה מההנחיות הקליניות המפורטות:

שם הבדיקה	סיבת החסימה	בקשה לאישור חריג לביצוע	סוג גורם מאשר
HbA1C	הבדיקה בוצעה בחצי השנה האחרונה		

! 0497700

27/05/2022 10:57:53

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 68.7 מספר ביקור: 00205772634

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

מקור המידע	פירוט
בקשות מהאתר - בקשת המטופל	תאריך + שעת הזמנה : 17:52:52 23/05/2022 טל: 050-5276399 תרופות נוספות: TRELEGY ELLIPTA 92/55/22 •
בקשות מהאתר - מענה הרופא	11:01:51 27/05/2022 הטפסים הופקו לבקשתך. המשך מעקב ע"י רופא ראות - לפחות פעם בחצי שנה

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...

גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC PRESCRIPTION
			COPD - CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE

תרופות	מינון	Rp <Days>	אופן השימוש
TRELEGY ELLIPTA 92/55/22	1 inh X 1 -1 op	3 <30>	לשאיפה 1 מנה 1 פעם ביום, (בוקר 1 מנה) לתקופה של 30 ימים.
RIBONE 150MG	NonDaily -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, אחת לחודש (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 1 חודש חצי שעה לפני ארוחת בוקר עם כוס מים מלאה. לא לשכב במשך חצי שעה
TROSPAS 15MG X 30	1 tab X 1 -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים. שעה לפני האוכל או על קיבה ריקה

תרופות	מינון	Rp <Days>	אופן השימוש
XATRAL XL 10MG X 30	1 tab X 1 -3 op	1 <90>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 90 ימים. אחרי האוכל בשעות הערב
ATOZET 10/40 X 30	1 tab X 1 -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים.
CALCIUM +D400 600/400X60	1 tab X 1 -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (לפי הצורך) לתקופה של 30 ימים. לפני שינה

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0497700

25/07/2022 19:28:41

ביקור משפחה/ילדים

מספר ביקור: 00211658492

גיל: 68.9

תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה

פירוט	מקור המידע
תאריך + שעת הזמנה: 13:36:54 20/07/2022 טל: 050-5276399 תרופות נוספות: ARCOXIA 90MG X 14 • שאלה כללית: היי עשיתי בדיקות דם, מבקש לדעת האם תקינות. תודה	בקשות מהאתר - בקשת המטופל
19:33:16 25/07/2022 הטפסים הופקו לבקשתך. שלום, בבדיקות דם כרגיל כולסטרול גבוה - מומלץ לקחת ATOZET כל ערב. VIT D בשיפור, אך עדיין נמוך, לפחות חודש לקחת VIT D בטיפות כל יום. בהמשך סידן עם וויטמין D משולב כל ערב. בקשר ארקוקסיה - פעם הבא נא לכתוב סיבה. בלי הסברים אפשר לחדש רק טיפול קבוע. המשך קיץ נעים	בקשות מהאתר - מענה הרופא

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...

גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
ELECTRONIC PRESCRIPTION			
HYPERLIPIDEMIA			
VITAMIN D DEFICIENCY UNS			

הערות	בדיקות/הפניות
21/01/2023 - בתוקף עד	אחות: מדידת לחץ דם

תרופות	מינון	Rp <Days>	אופן השימוש
ARCOXIA 90MG X 14	1 tab X 1 -1 op	1 <14>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 14 ימים. אחרי אוכל - שבוע!

אופן השימוש	Rp <Days>	מינון	תרופות
לבליעה 10 טיפות 1 פעם ביום, (לפי הצורך) לתקופה של 30 ימים.	1 <30>	10 drp X 1 -1 op	VITAMIDYNE 200IU/DROP
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, אחת לחודש (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 1 חודש חצי שעה לפני ארוחת בוקר עם כוס מים מלאה. לא לשכב במשך חצי שעה	3 <30>	NonDaily -1 op	RIBONE 150MG
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים. שעה לפני האוכל או על קיבה ריקה	3 <30>	1 tab X 1 -1 op	TROSPAS 15MG X 30
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 90 ימים. אחרי האוכל בשעות הערב	1 <90>	1 tab X 1 -3 op	XATRAL XL 10MG X 30
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים.	3 <30>	1 tab X 1 -1 op	ATOZET 10/40 X 30
לשאפה 1 מנה 1 פעם ביום, (בוקר 1 מנה) לתקופה של 30 ימים.	3 <30>	1 inh X 1 -1 op	TRELEGY ELLIPTA 92/55/22
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (לפי הצורך) לתקופה של 30 ימים. לפני שינה	3 <30>	1 tab X 1 -1 op	CALCIUM +D400 600/400X60

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

☒ מעוניין לעקוב האם מטופל קרא את ההנחיה

! 0497700

01/08/2022 17:13:52

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 68.10 מספר ביקור: 00212331618

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

מקור המידע	פירוט
העברת טפסים באופן יזום לאחר המטופל	17:15:33 01/08/2022 בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל. שלום, באותה הזדמנות - נא להתחנן מדלקת ריאות. המשך קיץ נעים

סיבת הפניה: מעוניין להתחנן לHZ

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			PREVENTIVE MEDICINE CONSULTATION

הערות	בדיקות/הפניות
28/01/2023 - בתוקף עד	אחות: חיסון פנאומוקס, זריקה תוך שרירית IM
28/01/2023 - בתוקף עד	אחות: מדידת לחץ דם

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0497700

26/08/2022 11:18:12

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 68.10 מספר ביקור: 00214615790

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

סיבת הפניה: כאבי גב עם הקרנה לרגל ימין, אחרי מאמץ החמרה בכאבים, מעוניין לטיפול רק לפני שינה

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: הליכה רגילה

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			SPINAL STENOSIS LUMBAR

אופן השימוש	Rp <Days>	מינון	תרופות
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (לפני שינה 1 טבליה) לתקופה של 20 ימים. להמנע מנהגיה אחרי כדור! לפני שינה, אם אין שיפור אחרי כדור אחד, אפשר לקחת 2	1 <20>	1 tab X 1 -1 op	ZALDIAR 325/37.5MG
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (צהריים 1 טבליה) לתקופה של 14 ימים. אחרי אוכל - שבוע!	1 <14>	1 tab X 1 -1 op	ARCOXIA 90MG X 14

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0497700

04/10/2022 13:03:57

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 69 מספר ביקור: 00218090900

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

מקור המידע	פירוט
בקשות מהאתר - בקשת המטופל	תאריך + שעת הזמנה : 02/10/2022 15:47:54 טל: 050-5276399 תרופות קבועות: TROSPAS 15MG X 30 • תרופות נוספות: AEROVENT RES 20ML 0.25MG/ML • ZALDIAR 325/37.5MG • הערה לתרופות: שנה טובה וחתימה טובה
בקשות מהאתר - מענה הרופא	13:05:44 04/10/2022 שלום, בבקשה נא לציין סיבה רפואית לטיפול שלא מרשימת תרופות קבועות. באותה הזדמנות חידשתי את כל מרשמים קבועיים - ל 3 חודשים. מודה על הבנה וגמר חתימה טובה. הטפסים הופקו לבקשתך.

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...
קבלת מרשמים כרוניים ...

גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC PRESCRIPTION

אופן השימוש	Rp <Days>	מינון	תרופות
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, אחת לחודש (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 1 חודש חצי שעה לפני ארוחת בוקר עם כוס מים מלאה. לא לשכב במשך חצי שעה	<30> 3	NonDaily -1 op	RIBONE 150MG
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים. שעה לפני האוכל או על קיבה ריקה	<30> 3	1 tab X 1 -1 op	TROSPAS 15MG X 30
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 90 ימים. אחרי האוכל בשעות הערב	<90> 1	1 tab X 1 -3 op	XATRAL XL 10MG X 30
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים.	<30> 3	1 tab X 1 -1 op	ATOZET 10/40 X 30
לשאיפה 1 מנה 1 פעם ביום, (בוקר 1 מנה) לתקופה של 30 ימים.	<30> 3	1 inh X 1 -1 op	TRELEGY ELLIPTA 92/55/22
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (לפי הצורך) לתקופה של 30 ימים. לפני שינה	<30> 3	1 tab X 1 -1 op	CALCIUM +D400 600/400X60
לאינהלציה 1 מ"ל 3 פעמים ביום, (בוקר 1 מ"ל, צהריים 1 מ"ל, ערב 1 מ"ל) לתקופה של 10 ימים.	<10> 1	1 inh X 3 -1 op	AEROVENT RES 20ML 0.25MG/ML
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 20 ימים. להמנע מנהגיה אחרי כדור! לפני שינה, אם אין שיפור אחרי כדור אחד, אפשר לקחת 2	<20> 1	1 tab X 1 -1 op	ZALDIAR 325/37.5MG

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0497700

01/01/2023 18:57:03

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 69.3 מספר ביקור: 00226759212

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

מקור המידע	פירוט
בקשות מהאתר - בקשת המטופל	תאריך + שעת הזמנה: 22:05:46 27/12/2022 טל: 050-5276399 תרופות נוספות: • ZALDIAR 325/37.5MG
בקשות מהאתר - מענה הרופא	18:59:45 01/01/2023 שלום, בלי הסברים יכולה לחדש מרשמים לטיפול קבוע. ZALDIAR - מה סיבה לטיפול? תעדכני אותי ואטפל בבקשתך. מזכירה - הגיע זמן לבדיקות דם תקופתיות, כולל צואה לדם סמוי. המשך חורף נעים. הטפסים הופקו לבקשתך.

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...
קבלת מרשמים כרוניים ...

גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC PRESCRIPTION

הערות	בדיקות/הפניות
בדיקות מעבדה	בתוקף עד - 01/04/2023

תרופות	מינון	Rp <Days>	אופן השימוש
RIBONE 150MG	NonDaily -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, אחת לחודש (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 1 חודש חצי שעה לפני ארוחת בוקר עם כוס מים מלאה. לא לשכב במשך חצי שעה
TROSPAS 15MG X 30	1 tab X 1 -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים. שעה לפני האוכל או על קיבה ריקה
XATRAL XL 10MG X 30	1 tab X 1 -3 op	1 <90>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 90 ימים. אחרי האוכל בשעות הערב
ATOZET 10/40 X 30	1 tab X 1 -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים.
TRELEGY ELLIPTA 92/55/22	1 inh X 1 -1 op	3 <30>	לשאיפה 1 מנה 1 פעם ביום, (בוקר 1 מנה) לתקופה של 30 ימים.
CALCIUM +D400 600/400X60	1 tab X 1 -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (לפי הצורך) לתקופה של 30 ימים. לפני שינה

מוזמן למעקב:

☑ על פי צורך

☑ מעוניין לעקוב האם מטופל קרא את ההנחיה

ההפניה לבדיקות המפורטות להלן נחסמה באופן ממוחשב, עקב חריגה מההנחיות הקליניות המפורטות:

שם הבדיקה	סיבת החסימה	בקשה לאישור חריג לביצוע	סוג גורם מאשר
VITAMIN D (25 OH)	הבדיקה בוצעה בשנה האחרונה והערך מעל 20		

! 0497700

27/01/2023 10:37:58

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 69.3 מספר ביקור: 00229641052

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

סיבת הפניה: 10 ימים שיעול חזק, לפעמים עם ליחה, לפעמים יבש לכאבי גב נעזר בזלדיאר קבלת מרשמים כרוניים ...

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ריאות נקיות

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			COUGH
			CHRONIC MEDICATION REFILL

תרופות	מינון	Rp <Days>	אופן השימוש
BRONCHOLATE FORTE 120ML	10 syr X 3 -2 op	1 <5>	לבליעה 10 מ"ל 3 פעמים ביום, (בוקר 10 מ"ל, צהריים 10 מ"ל, ערב 10 מ"ל) לתקופה של 5 ימים.
HISTAFED COMP LIN 115ML	10 syr X 3 -2 op	1 <7>	לבליעה 10 מ"ל 3 פעמים ביום, (בוקר 10 מ"ל, צהריים 10 מ"ל, ערב 10 מ"ל) לתקופה של 7 ימים. אם חסר ברונכולט
ZETO 250MG X 6	1 tab X 1 -1 op	1 <6>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 6 ימים. שעה לפני האוכל או על קיבה ריקה היום שני כדורים ביחד, ממחר כדור אחד ביום - טיפול 5 ימים
RIBONE 150MG	NonDaily -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, אחת לחודש (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 1 חודש חצי שעה לפני ארוחת בוקר עם כוס מים מלאה. לא לשכב במשך חצי שעה
TROSPAS 15MG X 30	1 tab X 1 -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים. שעה לפני האוכל או על קיבה ריקה
XATRAL XL 10MG X 30	1 tab X 1 -3 op	1 <90>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 90 ימים. אחרי האוכל בשעות הערב
ATOZET 10/40 X 30	1 tab X 1 -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים.
TRELEGY ELLIPTA 92/55/22	1 inh X 1 -1 op	3 <30>	לשאיפה 1 מנה 1 פעם ביום, (בוקר 1 מנה) לתקופה של 30 ימים.
CALCIUM +D400 600/400X60	1 tab X 1 -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (לפי הצורך) לתקופה של 30 ימים. לפני שינה
ZALDIAR 325/37.5MG	1 tab X 1 -1 op	3 <20>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (לפני שינה 1 טבליה) לתקופה של 20 ימים. להמנע מנהגיה אחרי כדור! לפני שינה, אם אין שיפור אחרי כדור אחד, אפשר לקחת 2

מוזמן למעקב:

☑ על פי צורך

! 0497700

13/02/2023 16:38:42

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 69.4 מספר ביקור: 00231358202

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

סיבת הפניה: בביקור בתאריך 27/01/2023 בשעה 10:37:58
10 ימים שיעול חזק, לפעמים עם ליחה, לפעמים יבש
לכאבי גב נעזר בזלדיאר
קבלת מרשמים כרוניים ...

בביקור בתאריך 13/02/2023 בשעה 16:38:42
עדיין שיעול, שיפור מינימלי

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: בביקור בתאריך 27/01/2023 בשעה 10:37:58

ריאות נקיות

בביקור בתאריך 13/02/2023 בשעה 16:38:42
ריאות נקיות

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			COUGH
			CHRONIC MEDICATION REFILL

אופן השימוש	Rp <Days>	מינון	תרופות
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (לפני שינה 1 טבליה) לתקופה של 28 ימים. לפני שינה	1 <28>	1 tab X 1 -1 op	NEXIUM 20MG X 28
לבליעה 1 כמסה 2 פעמים ביום, (בוקר 1 כמסה, ערב 1 כמסה) לתקופה של 10 ימים.	1 <10>	1 cap X 2 -1 op	ERDOTIN 300MG X 20

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0497700

27/03/2023 14:50:04

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 69.5 מספר ביקור: 00235530693

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

מקור המידע	פירוט
בקשות מהאתר - בקשת המטופל	תאריך + שעת הזמנה : 07:41:24 26/03/2023 טל: 050-5276399 תרופות נוספות: ARCOXIA 90MG X 14 • הערה לתרופות: שלום ד"ר מבקש מרשם לארקוקסיה. הגב כואב לי למאוד. תודה וחג שמח 14:52:08 27/03/2023 שלום, הגיע זמן למעקב אחרי אוסטאופורוזיס - צפיפות עצם.. הטפסים הופקו לבקשתך.
בקשות מהאתר - מענה הרופא	

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...

גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC PRESCRIPTION
			OSTEOPOROSIS

הערות	בדיקות/הפניות
צפיפות העצם	בתוקף עד - 26/03/2024

אופן השימוש	Rp <Days>	מינון	תרופות
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 14 ימים. אחרי אוכל - שבוע!	1 <14>	1 tab X 1 -1 op	ARCOXIA 90MG X 14

מוזמן למעקב:

על פי צורך

0497700 !

28/04/2023 12:34:42

ביקור משפחה/ילדים

מספר ביקור: 00238165904

גיל: 69.6

תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה

מקור המידע	פירוט
בקשות מהאתר - בקשת המטופל	תאריך + שעת הזמנה : 18:04:13 27/04/2023 טל: 050-5276399 תרופות קבועות: RIBONE 150MG • XATRAL XL 10MG X 30 • TROSPAS 15MG X 30 • ATOZET 10/40 X 30 •
בקשות מהאתר - מענה הרופא	12:36:46 28/04/2023 שלום, אם חסר ATOZET שלחתי 2 תרופות במקומו. הטפסים הופקו לבקשתך.

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...
קבלת מרשמים כרוניים ...

גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC PRESCRIPTION

תרופות	מינון	Rp <Days>	אופן השימוש
RIBONE 150MG	NonDaily -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, אחת לחודש (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 1 חודש חצי שעה לפני ארוחת בוקר עם כוס מים מלאה. לא לשכב במשך חצי שעה
TROSPAS 15MG X 30	1 tab X 1 -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים. שעה לפני האוכל או על קיבה ריקה
XATRAL XL 10MG X 30	1 tab X 1 -3 op	1 <90>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 90 ימים. אחרי האוכל בשעות הערב
ATOZET 10/40 X 30	1 tab X 1 -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים.
TRELEGY ELLIPTA 92/55/22	1 inh X 1 -1 op	3 <30>	לשאיפה 1 מנה 1 פעם ביום, (בוקר 1 מנה) לתקופה של 30 ימים.
CALCIUM +D400 600/400X60	1 tab X 1 -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (לפי הצורך) לתקופה של 30 ימים. לפני שינה
LITORVA 40MG X 30	1 tab X 1 -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (לפני שינה 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים. ***90 לפני שינה אם חסר אטוזט
EZECOR 10MG X 30	1 tab X 1 -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים. אם חסר אטוזט

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0497700

18/05/2023 13:14:00

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 69.7 מספר ביקור: 00240216955

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

מקור המידע	פירוט
העברת טפסים באופן יזום לאתר המטופל	13:15:43 18/05/2023 בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.

סיבת הפניה: מעקב שנתי

גורם משלם: 25 ב.טלפוני שעת קורונה

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			PREVENTIVE MEDICINE CONSULTATION

הערות	בדיקות/הפניות
16/08/2023 - בתוקף עד	בדיקות מעבדה
14/11/2023 - בתוקף עד	אחות: מדידת לחץ דם

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0497700

11/06/2023 15:21:53

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 69.8 מספר ביקור: 00242437112

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

מקור המידע	פירוט
נשלחה הודעה/מסמך ביוזמת הרופא	16:53:23 11/06/2023 בהמשך לביקור, התקבלו עוד תוצאות - כולסטרול גבוה, מומלץ לקחת סטטינים כל ערב. המשך קיץ נעים.
העברת טפסים באופן יזום לאתר המטופל	18:39:05 11/06/2023 בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.

סיבת הפניה: לפעמים שיעול, אג המליץ על טיפול קבוע בPPI

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			GERD
			COMPLETION OF VISIT ADMINISTRATIVE

אופן השימוש	Rp <Days>	מינון	תרופות
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 90 ימים.	1 <90>	1 tab X 1 -4 op	NEXIUM 40MG X 28
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (לפי הצורך) לתקופה של 30 ימים. לפני שינה	3 <30>	1 tab X 1 -1 op	CALCIUM +D400 600/400X60

תרופות	מינון	Rp <Days>	אופן השימוש
ZALDIAR 325/37.5MG	1 tab X 1 -1 op	1 <20>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (לפני שינה 1 טבליה) לתקופה של 20 ימים. להמנע מנהגיה אחרי כדור! לפני שינה, אם אין שיפור אחרי כדור אחד, אפשר לקחת 2
COD ACAMOL 15/325 15/325 X10	1 tab X 1 -1 op	1 <10>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (לפני שינה 1 טבליה) לתקופה של 10 ימים. 5 ימים לפני שינה חובה, אפשר 2

מוזמן למעקב:

על פי צורך

! 0497700

19/07/2023 16:25:06

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 69.9 מספר ביקור: 00246289066

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

מקור המידע	פירוט
העברת טפסים באופן יזום לאתר המטופל	16:28:52 19/07/2023 המשך טיפול לפי המלצות בשחרור. הפניה לחדר אחיות. מרשמים ל3 חודשים. החלמה מהירה. בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.

סיבת הפניה: שוחרר מבית חולים עם המלצה המשך טיפול אנטיביוטי, הוצאת תפרים שבוע אחרי ניתוח לפי דבריו הומלץ גם על צילום כף יד שמאל קבלת מרשמים כרוניים ...

גורם משלם: 25 ב.טלפוני-תור מראש

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
		Lt	ARM PAIN
			CHRONIC MEDICATION REFILL

הערות	בדיקות/הפניות
15/01/2024 - בתוקף עד	אחות: הוצאת תפרים
15/01/2024 - בתוקף עד	מכון רנטגן: כף יד שמאל (אלכסון + AP)

תרופות	מינון	Rp <Days>	אופן השימוש
ZALDIAR 325/37.5MG	1 tab X 1 -1 op	3 <20>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (לפני שינה 1 טבליה) לתקופה של 20 ימים. להמנע מנהגיה אחרי כדור! לפני שינה, אם אין שיפור אחרי כדור אחד, אפשר לקחת 2
RIBONE 150MG	NonDaily -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, אחת לחודש (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 1 חודש חצי שעה לפני ארוחת בוקר עם כוס מים מלאה. לא לשכב במשך חצי שעה
NEXIUM 40MG X 28	1 tab X 1 -4 op	1 <90>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 90 ימים.

תרופות	מינון	Rp <Days>	אופן השימוש
XATRAL XL 10MG X 30	1 tab X 1 -3 op	1 <90>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 90 ימים. אחרי האוכל בשעות הערב
TROSPAS 15MG X 30	1 tab X 1 -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים. שעה לפני האוכל או על קיבה ריקה
EZECOR 10MG X 30	1 tab X 1 -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים. אם חסר אטוזט
LITORVA 40MG X 30	1 tab X 1 -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (לפני שינה 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים. 90*** לפני שינה אם חסר אטוזט
TRELEGY ELLIPTA 92/55/22	1 inh X 1 -1 op	3 <30>	לשאפה 1 מנה 1 פעם ביום, (בוקר 1 מנה) לתקופה של 30 ימים.
CALCIUM +D400 600/400X60	1 tab X 1 -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (לפי הצורך) לתקופה של 30 ימים. לפני שינה

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0497700

20/07/2023 10:06:43

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 69.9 מספר ביקור: 00246355322

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

מקור המידע	פירוט
העברת טפסים באופן יזום לאתר המטופל	10:08:01 20/07/2023 מנוחה, קור על הפנים כל שעה ל 10 דקות טיפול מקומי כל 8 שעות. בכל החמרה לשוב למיון. בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.

סיבת הפניה: טיפול מקומי

גורם משלם: 25 ב.טלפוני-תור מראש

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			LACERATION FACE

תרופות	מינון	Rp <Days>	אופן השימוש
MUPIROCIN-TEVA 2% 15GR	ont X 3 -2 op	1 <7>	למריחה 3 פעמים ביום, (בוקר 1, צהריים 1, ערב 1) לתקופה של 7 ימים. לתת 2

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0497700

25/08/2023 11:02:19

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 69.10 מספר ביקור: 00249780467

תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה

מקור המידע	פירוט
העברת טפסים באופן יזום לאתר המטופל	11:04:09 25/08/2023 אבי שלום, במקרה והחמרה או היעדר הטבה - נא להבדק ע"י H אורטופד. ארקוקסיה רק אחרי אוכל ופעם אחד ביום. מזכירה על בדיקת צוואה. בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.

סיבת הפניה: לפי דבריו נפל ב-18.08 עדיין כאבי גב, נעזר בארקוקסיה. מציין הקלה אחרי הטיפול

גורם משלם: 25 ב.טלפוני-תור מראש

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			FALLING

הערות	בדיקות/הפניות
23/11/2023 - עד	בדיקות מעבדה

תרופות	מינון	Rp <Days>	אופן השימוש
ARCOXIA 90MG X 14	1 tab X 1 -1 op	1 <14>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 14 ימים. אחרי אוכל - שבוע!

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0497700

31/08/2023 08:36:26

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 69.11 מספר ביקור: 00250306727

תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה

מקור המידע	פירוט
בקשות מהאתר - בקשת המטופל	תאריך + שעת הזמנה : 20:28:58 24/08/2023 טל: 050-5276399 שאלה כללית: שלום ד"ר מבקש מרשם לארקוקסיה לכאבי גב וכתף תודה רבה
בקשות מהאתר - מענה הרופא טופל	08:37:20 31/08/2023

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה- מענה ללא הפקה

גורם משלם: 41 וירטואלי טפסים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC FORMS

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0497700

01/09/2023 11:48:39

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 69.11 מספר ביקור: 00250433421

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

סיבת הפניה: בביקור בתאריך 19/07/2023 בשעה 16:25:06
שוחרר מבית חולים עם המלצה המשך טיפול אנטיביוטי, הוצאת תפרים שבוע אחרי ניתוח
לפי דבריו הומלץ גם על צילום כף יד שמאל
קבלת מרשמים כרוניים ...

בביקור בתאריך 01/09/2023 בשעה 11:48:39
נהגה ללא מחלות נירולוגיות, ללא איבוד הכרה 5 שנים אחרונות, שולל אפילפסיה וסכרת,
שולל שימוש אלכוהול וסמים

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ללא הפרעות מוטוריות או תחושתיות
ללא הפרעות בקוארדינציה
ללא קשיון פרק
התמצאות תקינה
ללא סימני צד

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
		Lt	ARM PAIN
			CHRONIC MEDICATION REFILL

תרופות	מינון	Rp <Days>	אופן השימוש
RIBONE 150MG	NonDaily -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, אחת לחודש (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 1 חודש חצי שעה לפני ארוחת בוקר עם כוס מים מלאה. לא לשכב במשך חצי שעה
NEXIUM 40MG X 28	1 tab X 1 -4 op	1 <90>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 90 ימים.
XATRAL XL 10MG X 30	1 tab X 1 -3 op	1 <90>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 90 ימים. אחרי האוכל בשעות הערב
TROSPAS 15MG X 30	1 tab X 1 -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים. שעה לפני האוכל או על קיבה ריקה
ATOZET 10/40 X 30	1 tab X 1 -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים.
TRELEGY ELLIPTA 92/55/22	1 inh X 1 -1 op	3 <30>	לשאיפה 1 מנה 1 פעם ביום, (בוקר 1 מנה) לתקופה של 30 ימים.
CALCIUM +D400 600/400X60	1 tab X 1 -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (לפי הצורך) לתקופה של 30 ימים. לפני שינה

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0497700

28/11/2023 17:24:13

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 70.1 מספר ביקור: 00258648555

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

מקור המידע	פירוט
בקשות מהאתר - בקשת המטופל	תאריך + שעת הזמנה : 27/11/2023 20:47:12 טל: 050-5276399 תרופות קבועות: • CALCIUM +D400 600/400X60 • TRELEGY ELLIPTA 92/55/22 • RIBONE 150MG • LITORVA 40MG X 30 • XATRAL XL 10MG X 30 • NEXIUM 40MG X 28 • TROSPAS 15MG X 30 • EZECOR 10MG X 30 • ATOZET 10/40 X 30 • ZALDIAR 325/37.5MG
בקשות מהאתר - מענה הרופא	17:26:48 28/11/2023 שלום, רצוי להשקל ולמדוד לחץ דם - אפשר בחדר אחיות. המשך שבוע שקט. הטפסים הופקו לבקשתך.

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...
קבלת מרשמים כרוניים ...

גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC PRESCRIPTION

הערות	בדיקות/הפניות
אחות: מדידת לחץ דם	26/05/2024 - בתוקף עד

אופן השימוש	Rp <Days>	מינון	תרופות
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (לפני שינה 1 טבליה) לתקופה של 20 ימים. להמנע מנהגיה אחרי כדור! לפני שינה, אם אין שיפור אחרי כדור אחד, אפשר לקחת 2	3 <20>	1 tab X 1 -1 op	ZALDIAR 325/37.5MG
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, אחת לחודש (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 1 חודש חצי שעה לפני ארוחת בוקר עם כוס מים מלאה. לא לשכב במשך חצי שעה	3 <30>	NonDaily -1 op	RIBONE 150MG
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 90 ימים.	1 <90>	1 tab X 1 -4 op	NEXIUM 40MG X 28
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 90 ימים. אחרי האוכל בשעות הערב	1 <90>	1 tab X 1 -3 op	XATRAL XL 10MG X 30
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים. שעה לפני האוכל או על קיבה ריקה	3 <30>	1 tab X 1 -1 op	TROSPAS 15MG X 30
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים. אם חסר אטוזט	3 <30>	1 tab X 1 -1 op	EZECOR 10MG X 30
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (לפני שינה 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים. 90*** לפני שינה אם חסר אטוזט	3 <30>	1 tab X 1 -1 op	LITORVA 40MG X 30

תרופות	מינון	Rp <Days>	אופן השימוש
ATOZET 10/40 X 30	1 tab X 1 -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים.
TRELEGY ELLIPTA 92/55/22	1 inh X 1 -1 op	3 <30>	לשאיפה 1 מנה 1 פעם ביום, (בוקר 1 מנה) לתקופה של 30 ימים.
CALCIUM +D400 600/400X60	1 tab X 1 -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (לפי הצורך) לתקופה של 30 ימים. לפני שינה

מוזמן למעקב:

☑ על פי צורך

! 0497700

28/12/2023 09:30:02

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 70.2 מספר ביקור: 00261673906

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

סיבת הפניה: שבוע שיעול, ללא חום, ללא חום

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ריאות נקיות

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
BRONCHITIS ACUTE			

הערות	בדיקות/הפניות
25/06/2024 - בתוקף עד	מכון רנטגן: חזה 2 צילומים

תרופות	מינון	Rp <Days>	אופן השימוש
MUCOLIT 375MG X 20	1 cap X 3 -2 op	1 <7>	לבליעה 1 כמסה 3 פעמים ביום, (לפי הצורך) לתקופה של 7 ימים. 1-2 3-4 פעמים ביום
CIPRODEX 500MG X 10	1 tab X 2 -1 op	1 <3>	לבליעה 1 טבליה 2 פעמים ביום, (בוקר 1 טבליה, ערב 1 טבליה) לתקופה של 3 ימים.
BRONCHOLATE FORTE 120ML	15 syr X 1 -1 op	1 <5>	לבליעה 15 מ"ל 1 פעם ביום, (לפני שינה 15 מ"ל) לתקופה של 5 ימים. לפני שינה

מוזמן למעקב:

☑ על פי צורך

! 0497700

13/01/2024 21:34:51

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 70.3 מספר ביקור: 00263369951

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

מקור המידע	פירוט
בקשות מהאתר - בקשת המטופל	תאריך + שעת הזמנה : 21:01:22 07/01/2024 טל: 050-5276399 שאלה כללית: שלום ד"ר האורטופד שלח אותי ל c.t. בגלל בעיית הרגל . בתשובה שהתקבלה כתוב שהודגמה ציסטה גדולה בכליה הימנית. (נצפתה חלקית) מה זה אומר??? תודה רבה
בקשות מהאתר - מענה הרופא	21:37:13 13/01/2024 שלום, ציסטה ידוע מ2017. חשוב לציין לא משפיעה על תפקוד עליות(לפי בדיקות דם). מומלץ מעקב ע"י US , נשוב על מעקב בעוד חצי שנה.

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה- מענה ללא הפקה

גורם משלם: 41 וירטואלי טפסים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC FORMS
		Rt	RENAL CYST UNS

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0497700

19/01/2024 11:33:17

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 70.3 מספר ביקור: 00264104876

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

סיבת הפניה: בביקור בתאריך 19/07/2023 בשעה 16:25:06
שוחרר מבית חולים עם המלצה המשך טיפול אנטיביוטי, הוצאת תפרים שבוע אחרי ניתוח
לפי דבריו הומלץ גם על צילום כף יד שמאל
קבלת מרשמים כרוניים ...

בביקור בתאריך 01/09/2023 בשעה 11:48:39
נהגה ללא מחלות נירולוגיות, ללא איבוד הכרה 5 שנים אחרונות, שולל אפילפסיה וסכרת,
שולל שימוש אלכוהול וסמים

בביקור בתאריך 19/01/2024 בשעה 11:33:17

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: בביקור בתאריך 01/09/2023 בשעה 11:48:39
ללא הפרעות מוטוריות או תחושתיות
ללא הפרעות בקואורדינציה
ללא קשיון פרק
התמצאות תקינה
ללא סימני צד

בביקור בתאריך 19/01/2024 בשעה 11:33:17

דיון ואבחנה מبدלת: בביקור בתאריך 19/01/2024 בשעה 11:33:17

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			CHRONIC MEDICATION REFILL

הערות	בדיקות/הפניות
30/06/2024 - בתוקף עד	בדיקות מעבדה

תרופות	מינון	Rp <Days>	אופן השימוש
RIBONE 150MG	NonDaily -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, אחת לחודש (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 1 חודש חצי שעה לפני ארוחת בוקר עם כוס מים מלאה. לא לשכב במשך חצי שעה
NEXIUM 40MG X 28	1 tab X 1 -4 op	1 <90>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 90 ימים.
XATRAL XL 10MG X 30	1 tab X 1 -3 op	1 <90>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 90 ימים. אחרי האוכל בשעות הערב
TROSPAS 15MG X 30	1 tab X 1 -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים. שעה לפני האוכל או על קיבה ריקה
ATOZET 10/40 X 30	1 tab X 1 -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים.
TRELEGY ELLIPTA 92/55/22	1 inh X 1 -1 op	3 <30>	לשאיפה 1 מנה 1 פעם ביום, (בוקר 1 מנה) לתקופה של 30 ימים.
CALCIUM +D400 600/400X60	1 tab X 1 -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (לפי הצורך) לתקופה של 30 ימים. לפני שינה
ASPIRIN CARDIO 100MG X 30	1 tab X 1 -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (צהריים 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים. עם או אחרי אוכל ***90

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0497700

09/03/2024 21:03:10

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 70.5 מספר ביקור: 00269538187

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

מקור המידע	פירוט
בקשות מהאתר - בקשת המטופל	תאריך + שעת הזמנה : 10:21:55 08/03/2024 טל: 050-5276399 תרופות קבועות: CALCIUM +D400 600/400X60 • TRELEGY ELLIPTA 92/55/22 • RIBONE 150MG • LITORVA 40MG X 30 • XATRAL XL 10MG X 30 • NEXIUM 40MG X 28 • ASPIRIN CARDIO 100MG X 30 • TROSPAS 15MG X 30 • EZECOR 10MG X 30 • ATOZET 10/40 X 30 •

מקור המידע	פירוט
	ZALDIAR 325/37.5MG • הערה לתרופות: שלום ד"ר מבקש סירופ להרגעת שיעול. 21:04:38 09/03/2024 המשך אביב נעים. הטפסים הופקו לבקשתך.
בקשות מהאתר - מענה הרופא	

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...
קבלת מרשמים כרוניים ...

גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC PRESCRIPTION

תרופות	מינון	Rp <Days>	אופן השימוש
ZALDIAR 325/37.5MG	1 tab X 1 -1 op	3 <20>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (לפני שינה 1 טבליה) לתקופה של 20 ימים. להמנע מנהיגה אחרי כדור! לפני שינה, אם אין שיפור אחרי כדור אחד, אפשר לקחת 2
ASPIRIN CARDIO 100MG X 30	1 tab X 1 -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (צהריים 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים. עם או אחרי אוכל ***90
RIBONE 150MG	NonDaily -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, אחת לחודש (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 1 חודש חצי שעה לפני ארוחת בוקר עם כוס מים מלאה. לא לשכב במשך חצי שעה
NEXIUM 40MG X 28	1 tab X 1 -4 op	1 <90>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 90 ימים.
XATRAL XL 10MG X 30	1 tab X 1 -3 op	1 <90>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 90 ימים. אחרי האוכל בשעות הערב
TROSPAS 15MG X 30	1 tab X 1 -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים. שעה לפני האוכל או על קיבה ריקה
ATOZET 10/40 X 30	1 tab X 1 -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים.
EZECOR 10MG X 30	1 tab X 1 -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים. אם חסר אטוזט
LITORVA 40MG X 30	1 tab X 1 -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (לפני שינה 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים. לפני שינה ***90 אם חסר אטוזט
TRELEGY ELLIPTA 92/55/22	1 inh X 1 -1 op	3 <30>	לשאיפה 1 מנה 1 פעם ביום, (בוקר 1 מנה) לתקופה של 30 ימים.
CALCIUM +D400 600/400X60	1 tab X 1 -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (לפי הצורך) לתקופה של 30 ימים. לפני שינה
OXACATIN 120CC	5 syr X 3 -1 op	1 <5>	לבליעה 5 מ"ל 3 פעמים ביום, (בוקר 5 מ"ל, צהריים 5 מ"ל, לפני שינה 5 מ"ל) לתקופה של 5 ימים.

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0497700

17/04/2024 14:14:11

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 70.6 מספר ביקור: 00273611313

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

מקור המידע	פירוט
העברת טפסים באופן יזום לאתר המטופל	14:18:27 17/04/2024 שלום, בבדיקות דם הכל בגדר נורמה - המשך טיפול קבוע ללא שינוי. עליה מינימלית באוזינופילים - עליה מיזרית ותמיד גם בבדיקות הקודמות. קרוב לוודאי תגובה אלרגית לפריחה באוויר, לא דורשת בירור או טיפול. באותה הזדמנות - מציעה להשקל ולמדוד לחץ דם.. בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.

סיבת הפניה: קבלת מרשמים כרוניים ...

גורם משלם: 25 ב.טלפוני-תור מראש

לחץ דם 80 / 140

משקל 82 ק"ג

שינוי במשקל 0 ק"ג

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			CHRONIC MEDICATION REFILL

הערות	בדיקות/הפניות
14/10/2024 עד - בתוקף	אחות: מדידת לחץ דם

תרופות	מינון	Rp <Days>	אופן השימוש
ASPIRIN CARDIO 100MG X 30	1 tab X 1 -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (צהריים) טבליה) לתקופה של 30 ימים. עם או אחרי אוכל ***90
RIBONE 150MG	NonDaily -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, אחת לחודש (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 1 חודש חצי שעה לפני ארוחת בוקר עם כוס מים מלאה. לא לשכב במשך חצי שעה
NEXIUM 40MG X 28	1 tab X 1 -4 op	1 <90>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 90 ימים.
XATRAL XL 10MG X 30	1 tab X 1 -3 op	1 <90>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 90 ימים. אחרי האוכל בשעות הערב
TROSPAS 15MG X 30	1 tab X 1 -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים. שעה לפני האוכל או על קיבה ריקה
ATOZET 10/40 X 30	1 tab X 1 -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים.
TRELEGY ELLIPTA 92/55/22	1 inh X 1 -1 op	3 <30>	לשאיפה 1 מנה 1 פעם ביום, (בוקר 1 מנה) לתקופה של 30 ימים.

תרופות	מינון	Rp <Days>	אופן השימוש
CALCIUM +D400 600/400X60	1 tab X 1 -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (לפי הצורך) לתקופה של 30 ימים. לפני שינה

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

☒ מעוניין לעקוב האם מטופל קרא את ההנחיה

! 0497700

25/04/2024 12:47:43

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 70.6 מספר ביקור: 00274179465

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

סיבת הפניה: זרימות ביד שמאל שבועיים, ללא חבלה, שולל תלונות נוספות.
ליחה שבוע, ירוקה, יותר לפני שינה
חודשיים כאבים בכתפיים, ללא חבלה

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ריאות נקיות
דופק נמושו היטב

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			PARESTHESIA
			COUGH
		Bil	SHOULDER PAIN

הערות	בדיקות/הפניות
22/10/2024 - בתוקף עד	מכון רנטגן: עמוד שדרה צווארי 2 צילומים (AP+LAT)
22/10/2024 - בתוקף עד	התייעצות מומחה: נירולוגיה
22/10/2024 - בתוקף עד	E.M.G
22/10/2024 - בתוקף עד	מכון רנטגן: שתי כתפיים (AP+אלכסון)
22/10/2024 - בתוקף עד	US איברים: כתף ימין, כתף שמאל
22/10/2024 - בתוקף עד	התייעצות מומחה: אורתופדיה - כתף

תרופות	מינון	Rp <Days>	אופן השימוש
CIPRODEX 500MG X 10	1 tab X 2 -2 op	1 <7>	לבליעה 1 טבליה 2 פעמים ביום, (בוקר 1 טבליה, ערב 1 טבליה) לתקופה של 7 ימים. אם חסר ZINNAT
MUCOLIT 375MG X 20	1 cap X 3 -2 op	1 <7>	לבליעה 1 כמסה 3 פעמים ביום, (לפי הצורך) לתקופה של 7 ימים. 3-4 פעמים ביום

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0497700

17/07/2024 14:28:18

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 70.9 מספר ביקור: 00282448743

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

מקור המידע	פירוט
בקשות מהאתר - בקשת המטופל	תאריך + שעת הזמנה : 12/07/2024 19:27:39 טל: 050-5276399 תרופות קבועות: • CALCIUM +D400 600/400X60 • TRELEGY ELLIPTA 92/55/22 • RIBONE 150MG • XATRAL XL 10MG X 30 • NEXIUM 40MG X 28 • ASPIRIN CARDIO 100MG X 30 • TROSPAS 15MG X 30 • ATOZET 10/40 X 30
בקשות מהאתר - מענה הרופא	14:29:02 17/07/2024 הטפסים הופקו לבקשתך.

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...
קבלת מרשמים כרוניים ...

גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC PRESCRIPTION

תרופות	מינון	Rp <Days>	אופן השימוש
ASPIRIN CARDIO 100MG X 30	1 tab X 1 -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (צהריים) טבליה) לתקופה של 30 ימים. עם או אחרי אוכל ***90
RIBONE 150MG	NonDaily -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, אחת לחודש (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 1 חודש חצי שעה לפני ארוחת בוקר עם כוס מים מלאה. לא לשכב במשך חצי שעה
NEXIUM 40MG X 28	1 tab X 1 -4 op	1 <90>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 90 ימים.
TROSPAS 15MG X 30	1 tab X 1 -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים. שעה לפני האוכל או על קיבה ריקה
XATRAL XL 10MG X 30	1 tab X 1 -3 op	1 <90>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 90 ימים. אחרי האוכל בשעות הערב
ATOZET 10/40 X 30	1 tab X 1 -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים.
TRELEGY ELLIPTA 92/55/22	1 inh X 1 -1 op	3 <30>	לשאיפה 1 מנה 1 פעם ביום, (בוקר 1 מנה) לתקופה של 30 ימים.
CALCIUM +D400 600/400X60	1 tab X 1 -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (לפי הצורך) לתקופה של 30 ימים. לפני שינה

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

04/09/2024 19:53:21

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 70.11 מספר ביקור: 00287347054

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

מקור המידע	פירוט
בקשות מהאתר - בקשת המטופל	תאריך + שעת הזמנה : 21:48:29 02/09/2024 טל: 050-5276399 תרופות קבועות: • CALCIUM +D400 600/400X60 • TRELEGY ELLIPTA 92/55/22 • RIBONE 150MG • XATRAL XL 10MG X 30 • NEXIUM 40MG X 28 • ASPIRIN CARDIO 100MG X 30 • TROSPAS 15MG X 30 • ATOZET 10/40 X 30
בקשות מהאתר - מענה הרופא	19:53:57 04/09/2024 הטפסים הופקו לבקשתך.

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...
קבלת מרשמים כרוניים ...

גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC PRESCRIPTION

אופן השימוש	Rp <Days>	מינון	תרופות
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (צהריים טבליה) לתקופה של 30 ימים. עם או אחרי אוכל ***90	3 <30>	1 tab X 1 -1 op	ASPIRIN CARDIO 100MG X 30
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, אחת לחודש (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 1 חודש חצי שעה לפני ארוחת בוקר עם כוס מים מלאה. לא לשכב במשך חצי שעה	3 <30>	NonDaily -1 op	RIBONE 150MG
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 90 ימים.	1 <90>	1 tab X 1 -4 op	NEXIUM 40MG X 28
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים. שעה לפני האוכל או על קיבה ריקה	3 <30>	1 tab X 1 -1 op	TROSPAS 15MG X 30
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 90 ימים. אחרי האוכל בשעות הערב	1 <90>	1 tab X 1 -3 op	XATRAL XL 10MG X 30
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים.	3 <30>	1 tab X 1 -1 op	ATOZET 10/40 X 30
לשאיפה 1 מנה 1 פעם ביום, (בוקר 1 מנה) לתקופה של 30 ימים.	3 <30>	1 inh X 1 -1 op	TRELEGY ELLIPTA 92/55/22
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (לפי הצורך) לתקופה של 30 ימים. לפני שינה	3 <30>	1 tab X 1 -1 op	CALCIUM +D400 600/400X60

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0497700

24/10/2024 17:54:50

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 71 מספר ביקור: 00292030979

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

מקור המידע	פירוט
בקשות מהאתר - בקשת המטופל	תאריך + שעת הזמנה : 22:24:25 21/10/2024 טל: 050-5276399 תרופות קבועות: XATRAL XL 10MG X 30 • תרופות נוספות: OXACATIN 120CC • הערה לתרופות: חג שמח ד"ר מבקש מרשם לקסטרל המקורי. תודה רבה
בקשות מהאתר - מענה הרופא	17:57:18 24/10/2024 שלום, חידשתי את כל המרשמים - אינני יכולה להשפיע על "מקורי" או "לא מקורי" אפשר לנסות בבית מרקחת סופר פארם. בקשר OXACANTIN - נא לציין סיבה רפואית.. הטפסים הופקו לבקשתך.

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...
קבלת מרשמים כרוניים ...

גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC PRESCRIPTION

תרופות	מינון	Rp <Days>	אופן השימוש
ASPIRIN CARDIO 100MG X 30	1 tab X 1 -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (צהריים) טבליה) לתקופה של 30 ימים. עם או אחרי אוכל ***90
RIBONE 150MG	NonDaily -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, אחת לחודש (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 1 חודש חצי שעה לפני ארוחת בוקר עם כוס מים מלאה. לא לשכב במשך חצי שעה
NEXIUM 40MG X 28	1 tab X 1 -4 op	1 <90>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 90 ימים.
TROSPAS 15MG X 30	1 tab X 1 -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים. שעה לפני האוכל או על קיבה ריקה
XATRAL XL 10MG X 30	1 tab X 1 -3 op	1 <90>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 90 ימים. אחרי האוכל בשעות הערב
ATOZET 10/40 X 30	1 tab X 1 -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים.
TRELEGY ELLIPTA 92/55/22	1 inh X 1 -1 op	3 <30>	לשאיפה 1 מנה 1 פעם ביום, (בוקר 1 מנה) לתקופה של 30 ימים.
CALCIUM +D400 600/400X60	1 tab X 1 -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (לפי הצורך) לתקופה של 30 ימים. לפני שינה

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0497700

27/10/2024 09:28:21

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 71 מספר ביקור: 00292131210

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

מקור המידע	פירוט
בקשות מהאתר - בקשת המטופל	תאריך + שעת הזמנה : 16:22:18 25/10/2024 טל: 050-5276399 שאלה כללית: שלום ד"ר מבקש הפנייה לתזונה ודיאטה בהמשך לבעיות הגסטרו שיש לי ולאחר ביקורים במוקד אחרי התקפות כאבים. תודה רבה
בקשות מהאתר - מענה הרופא	09:34:22 27/10/2024 המשך שבוע שקט. הטפסים הופקו לבקשתך.

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...

בן 71,

עקב כאבים ברום הבטן אחרי אוכל חריף, הקאות, ליחה רבה, שיעול - נבדק ע"י רופא

גסטרו, הומלץ על PPI

גורם משלם: 41 וירטואלי טפסים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC FORMS
			GERD
			HERNIA HIATUS

הערת	בדיקות/הפניות
הפניה ליעוץ דיאטטי	בתוקף עד - 25/04/2025

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0497700

27/10/2024 14:36:35

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 71 מספר ביקור: 00292201824

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

סיבת הפניה: בביקור בתאריך 25/04/2024 בשעה 12:47:43
זרימות ביד שמאל שבועיים, ללא חבלה, שולל תלונות נוספות.
ליחה שבוע, ירוקה, יותר לפני שינה
חודשיים כאבים בכתפיים, ללא חבלה

בביקור בתאריך 27/10/2024 בשעה 14:36:35
CT בטן - ציסטה בכליה

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: בביקור בתאריך 25/04/2024 בשעה 12:47:43
ריאות נקיות
דופק נמושו היטב

בביקור בתאריך 27/10/2024 בשעה 14:36:35
דיון ואבחנה מبدלת: בביקור בתאריך 27/10/2024 בשעה 14:36:35

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			PARESTHESIA
			SHOULDER PAIN
		Bil	

הערות	בדיקות/הפניות
25/04/2025 עד - בתוקף עד	US איברים: דופלר אאורטה, בטן עליונה כולל כליות, כליות ודרכי השתן
25/01/2025 עד - בתוקף עד	בדיקות מעבדה

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0497700

04/11/2024 19:32:56

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 71.1 מספר ביקור: 00293213364

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

מקור המידע	פירוט
העברת טפסים באופן יזום לאתר המטופל	19:37:15 04/11/2024 US בפברואר. VIT D כל בוקר 10 טיפות טיפול קבוע ללא שינוי. בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.

סיבת הפניה: בביקור בתאריך 25/04/2024 בשעה 12:47:43
זרימות ביד שמאל שבועיים, ללא חבלה, שולל תלונות נוספות.
ליחה שבוע, ירוקה, יותר לפני שינה
חודשיים כאבים בכתפיים, ללא חבלה

בביקור בתאריך 27/10/2024 בשעה 14:36:35
בCT בטן - ציסטה בכליה

בביקור בתאריך 04/11/2024 בשעה 19:32:56
בכיס המרה חשד לשינויים תגובתיים
ציסטה בכליה
בבדיקות דם VIT D נמוך

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			VITAMIN D DEFICIENCY UNS
			RENAL CYST UNS
		S/P	CHOLELITHIASIS NO ACUTE CHOLECYSTITIS

הערות	בדיקות/הפניות
03/05/2025 עד - בתוקף עד	US איברים: בטן עליונה כולל כליות

תרופות	מינון	Rp <Days>	אופן השימוש
VIT D BABY MAC 200IU/DR	10 drp X 1 -2 op	1 <90>	לבליעה 10 טיפות 1 פעם ביום, (בוקר 10 טיפות) לתקופה של 90 ימים.

מוזמן למעקב:

על פי צורך

! 0497700

23/12/2024 18:57:50

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 71.2 מספר ביקור: 00298572534

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

מקור המידע	פירוט
העברת טפסים באופן יזום לאתר המטופל	19:04:30 23/12/2024 בדיקת דם במרס בצום 12 שעות. בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.
העברת טפסים באופן יזום לאתר המטופל	19:07:52 23/12/2024 בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.

סיבת הפניה: בביקור בתאריך 25/04/2024 בשעה 12:47:43
זרימות ביד שמאל שבועיים, ללא חבלה, שולל תלונות נוספות.
ליחה שבוע, ירוקה, יותר לפני שינה
חודשיים כאבים בכתפיים, ללא חבלה

בביקור בתאריך 27/10/2024 בשעה 14:36:35
בCT בטן - ציסטה בכליה

בביקור בתאריך 04/11/2024 בשעה 19:32:56
בכיס המרה חשד לשינויים תגובתיים
ציסטה בכליה
בבדיקות דם VIT D נמוך

בביקור בתאריך 23/12/2024 בשעה 18:57:50
קבלת מרשמים כרוניים ...

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: בביקור בתאריך 23/12/2024 בשעה 18:57:50

דיון ואבחנה מبدלת: בביקור בתאריך 23/12/2024 בשעה 18:57:50

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			VITAMIN D DEFICIENCY UNS
			RENAL CYST UNS
	S/P		CHOLELITHIASIS NO ACUTE CHOLECYSTITIS
			CHRONIC MEDICATION REFILL

הערות	בדיקות/הפניות
21/06/2025 - בתוקף עד	US איברים: דופלר אאורטה
23/03/2025 - בתוקף עד	בדיקות מעבדה
23/03/2025 - בתוקף עד	בדיקות מעבדה

תרופות	מינון	Rp <Days>	אופן השימוש
SIMVAXON 10MG X 30	1 tab X 1 -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום , (ערב 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים. מומלץ ליטול את התרופה בערב
MICROPIRIN 100MG X 30	1 tab X 1 -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום ; לפי הצורך (צהריים 1 טבליה לפי הצורך) לתקופה של 30 ימים. אחרי אוכל בלבד!!!
CONTROLOC 40MG X 28	1 tab X 2 -3 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 2 פעמים ביום , (בוקר 1 טבליה, ערב 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים. שעה לפני האוכל

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0497700

29/12/2024 17:50:09

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 71.3 מספר ביקור: 00299121816

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

פירוט	מקור המידע
תאריך + שעת הזמנה : 28/12/2024 22:45:33 טל: 050-5276399 שאלה כללית: שבוע טוב ד"ר בבית המרקחת אמרו לי לשאול לגבי הכדור של אפרוסטטה עם כדור הכולסטרול. האם תקין לקחת את שניהם ? תודה רבה	בקשות מהאתר - בקשת המטופל
17:52:02 29/12/2024 שלום, רצוי שעתיים בין תרופות - לכולסטרול בערב, לפרוסטטה לפני שינה.. בבדיקות דם הפרעה באנזים הכבד - מציעה השבוע לשוב על הבדיקה, אין צורך בצום.. הטפסים הופקו לבקשתך.	בקשות מהאתר - מענה הרופא

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...

גורם משלם: 41 וירטואלי טפסים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC FORMS

הערות	בדיקות/הפניות
29/03/2025 - בתוקף עד	בדיקות מעבדה

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0497700

01/01/2025 18:50:18

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 71.3 מספר ביקור: 00299488876

שם רופא/ה: דר' פומורצב קסניה תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

מקור המידע	פירוט
העברת טפסים באופן יזום לאתר המטופל	18:52:21 01/01/2025 בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.

סיבת הפניה: ב-01.01.2025 מוזמן עם בדיקות דם
קבלת מרשמים כרוניים ...

גורם משלם: 25 ב.טלפוני-תור מראש

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			PRE OPERATIVE EXAMINATION
			CHRONIC MEDICATION REFILL

הערות	בדיקות/הפניות
בדיקות מעבדה	בתוקף עד - 01/04/2025

תרופות	מינון	Rp <Days>	אופן השימוש
MICROPIRIN 100MG X 30	1 tab X 1 -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, לפי הצורך (צהריים 1 טבליה לפי הצורך) לתקופה של 30 ימים. אחרי אוכל בלבד!!!
RIBONE 150MG	NonDaily -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, אחת לחודש (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 1 חודש חצי שעה לפני ארוחת בוקר עם כוס מים מלאה. לא לשכב במשך חצי שעה
CONTROLOC 40MG X 28	1 tab X 2 -3 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 2 פעמים ביום, (בוקר 1 טבליה, ערב 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים. שעה לפני האוכל
NEXIUM 40MG X 28	1 tab X 1 -4 op	1 <90>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 90 ימים.
XATRAL XL 10MG X 30	1 tab X 1 -3 op	1 <90>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 90 ימים. אחרי האוכל בשעות הערב
TROSPAS 15MG X 30	1 tab X 1 -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים. שעה לפני האוכל או על קיבה ריקה
SIMVAXON 10MG X 30	1 tab X 1 -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (ערב 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים. מומלץ ליטול את התרופה בערב
TRELEGY ELLIPTA 92/55/22	1 inh X 1 -1 op	3 <30>	לשאפיפה 1 מנה 1 פעם ביום, (בוקר 1 מנה) לתקופה של 30 ימים.
CALCIUM +D400 600/400X60	1 tab X 1 -1 op	3 <30>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (לפי הצורך) לתקופה של 30 ימים. לפני שינה

מוזמן למעקב:

על פי צורך

לידיעה, ייתכן והדפסת התיק הרפואי אינה כוללת מידע רגיש
(כגון בריאות הנפש, גנטיקה וכד'), במידה וישנו.

הדפסת תיק מטופל - חלקי הודפס ע"י בקשה להדפסת תיק מטופל
פרטים אישיים

תעודת זהות 51184026		קופת חולים: מכבי	
שם משפחה: ציון	ת.לידה: 29/09/1953	רחוב:	שיבת ציון
שם פרטי: אבי		מס:	14 מס. דירה 7
שם האב: יחזקאל	מין: ז	עיר:	ראשון לציון
מ. משפחתי: נשוי		מיקוד:	7534149
תאריך פטירה: 16/02/2025	גיל פטירה: 71.5	טלפון בבית:	0775542412
		טלפון נייד:	0505276399
ארץ לידה: ישראל		מקצוע:	בניה
קוד אשראי: 2			
פטור מתשלום היטל רבעוני: 0			
סוג ביטוח משלים: מגן זהב			
ת.הצטרפות ביטוח משלים: 01/02/1994			
תאריך סיום טיפול בתיק החולה: 24/02/2025			

06/04/2007 12:20:41

ביקור משפחה/ילדים

שם רופא/ה: דר' קוטוק
סיבת הפניה: מי אתמול ב בוקר כאבים ביאזואר אפיגסטריים ניבדק ב חדר מיון
גורם משלם: 5 תאונת דרכים
ממצאי הבדיקה: ב בדיקה מצב כללי משביעה רצון צואר אן גודש וירידי לב קולות עמומים סדירים
ריאות נשימה תקינה בטן רכה טחול ו כבד לא נימושו

לחץ דם 80 / 120

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			EPIGASTRIC DISTRESS

קוד	בדיקות/הפניות
LAB000	בדיקות מעבדה (X)
CON21	התייעצות מומחה - גסטרואנטרולוגיה

יח' שימוש	M	קוד	P	C	N	צד לטיפול*	OP	Dy	אופן לקיחה	X	הגשה	כמות	תרופות
כמוסה		9333	Y	N	N		1	30	לבליעה	1	Cap.	1	LOSEC 20MG X 30

בביקור זה לא התאפשר לקבל מידע לגבי רגישות לתרופות

סוג האישור	קוד	מתאריך	עד תאריך
דווח הרשאת גביית היטל <לא חתם>	99999		

המשך מעקב: מעקב ע"פ צורך קליני

! 02

06/08/2007 17:19:37

ביקור משפחה/ילדים

שם רופא/ה: דר' קוטוק

סיבת הפניה: חולה מוזמן ל גסטרוסקופיה מחר

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: מצב כללי משביעה רצון לב קולות עמומים סדירים ריאות נשימה תקינה בטן רכה טחול ו כבד לא נימושו

לחץ דם 120 / 80

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
HYPERLIPIDEMIA			
HERNIA INGUINAL+OBS			

קוד	בדיקות/הפניות
99942	מכון רנטגן
99862	אחות
99919	מכון
LAB000	בדיקות מעבדה (X)

תרופות	כמות	הגשה	X	אופן לקיחה	Dy	OP	צד לטיפול*	P	C	N	קוד	M	יח' שימוש
SIMVACOR 20MG X 30	1	Tab.	1	לבליעה	30	1		Y	Y	N	2765	3	טבליה

בביקור זה לא התאפשר לקבל מידע לגבי רגישות לתרופות

דפי מידע/ סרטונים/אתרים

כולסטרול גבוה

המשך מעקב: מעקב ע"פ צורך קליני

! 02

13/05/2008 14:03:54

ביקור משפחה/ילדים

שם רופא/ה: דר' קוטוק

סיבת הפניה: חולה היגעה לקחת תרופות

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ב בדיקה מצב כללי משביעה רצון לב קולות עמומים סדירים ריאות נשימה תקינהבטן רכה
| גירוי ציפקי

לחץ דם 120 / 80

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
HYPERLIPIDEMIA			

קוד	בדיקות/הפניות
LAB000	בדיקות מעבדה (X)

תרופות	כמות	הגשה	X	אופן לקיחה	Dy	OP	צד לטיפול	P	C	N	קוד	M	יח' שימוש
SIMVACOR 20MG X 30	1	Tab.	1	לבלעה	30	1		Y	Y	N	2765	3	טבלה

בביקור זה לא התאפשר לקבל מידע לגבי רגישות לתרופות

אומדנים - גרסה קודמת:

גובה: 174 משקל: 81 BMI: 26.75

המשך מעקב: מעקב ע"פ צורך קליני

! 02

22/07/2009 16:08:37

ביקור משפחה/ילדים

שם רופא/ה: דר' קוטוק תחום הטיפול: משפחה/כללי

סיבת הפניה: חולה היגעה לקחת תרופות ו בדיקות דם

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ב בדיקה מצב כללי משביעה רצון לב קולות עמומים סדירים ריאות נשימה תקינה
בטן רכה אן גירוי ציפקי

לחץ דם 120 / 80

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
HYPERLIPIDEMIA			

קוד	בדיקות/הפניות
LAB000	בדיקות מעבדה (X)

המשך מעקב: על פי צורך קליני

! 02

02/09/2009 15:55:35

ביקור משפחה/ילדים

שם רופא/ה: דר' קוטוק תחום הטיפול: משפחה/כללי

סיבת הפניה: ביקור חוזר מתאריך: 22/07/2009
חולה היגעה לקחת תרופות ו בדיקות דם
חולה נירדם ישן רובה זמן

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ביקור חוזר מתאריך: 22/07/2009
ב בדיקה מצב כללי משביעה רצון לב קולות עמומים סדירים ריאות נשימה תקינה
בטן רכה אן גירוי ציפקי

לחץ דם 120 / 80

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
HYPERLIPIDEMIA			

קוד	בדיקות/הפניות
CON20	התייעצות מומחה - נירולוגיה

דפי מידע/ סרטונים/אתרים
כולסטרול גבוה

המשך מעקב: על פי צורך קליני

! 02

18/10/2009 14:17:18

ביקור משפחה/ילדים

שם רופא/ה: דר' קוטוק תחום הטיפול: משפחה/כללי

סיבת הפניה: חולה היגעה למלות רראשון ניהגה

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: ב בדיקה מצב כללי משביעה רצון לב קולות תקינים סדירים ריאות נשימה תקינה בטן רכה אן גירוי ציפקי

לחץ דם	80 / 120
--------	----------

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
OBSERVATION-PATIENT UNDER OBSERVATION			

המשך מעקב: על פי צורך

! 02

לידיעה, ייתכן והדפסת התיק הרפואי אינה כוללת מידע רגיש
(כגון בריאות הנפש, גנטיקה וכד'), במידה וישנו.

הדפסת תיק מטופל - חלקי הודפס ע"י בקשה להדפסת תיק מטופל

פרטים אישיים

תעודת זהות 51184026		קופת חולים: מכבי	
שם משפחה: ציון		ת.לידה: 29/09/1953	
שם פרטי: אבי			
שם האב: יחזקאל		מין: ז	
מ. משפחתי: נשוי			
תאריך פטירה: 16/02/2025		גיל פטירה: 71.5	
ארץ לידה: ישראל			
קוד אשראי: 2			
פטור מתשלום היטל רבעוני: 0			
סוג ביטוח משלים: מגן זהב			
ת.הצטרפות ביטוח משלים: 01/02/1994			
תאריך סיום טיפול בתיק החולה: 24/02/2025			
רחוב: שיבת ציון		מס': 14	
מס': 7		מס. דירה: 7	
עיר: ראשון לציון			
מיקוד: 7534149			
טלפון בבית: 0775542412			
טלפון נייד: 0505276399			
מקצוע: בניה			

10/07/2019 18:23:37

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 65.9 מספר ביקור: 00115389100

שם רופא/ה: ד"ר גסקין יורי תחום הטיפול: נוירולוגיה

רופא מפנה: ד"ר ברגמן אלכסנדר

סיבת הפניה: בן 65

רקע - דיסליפידמדיה
רגישויות יתר לתרופות - לא ידוע
תלונות
כאב כפות רגליים יותר מימין
בצקת בגב כף רגל ימנית
שריפה בכף רגל מימין בעלת עוצמה , מחמירה בשעות לילה .
תופעה זו היחלה לפני כ 7 שנים
נעשה בירור אורתופדי, כלי דם , פודיאטר- ללא ממצא חרעיג
נשעה EMG/NCS עדות לפוליורופתיהאקסונלית קלה
מיפוי עצמות- יכול להתים למצבלאחר טראומה ישנה.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: תנועות עיניים מלאות , ללא ניסטגמוס , פנים סימטריות , תחושה בפנים תקינה, לשון מרכזית

ידיים - כוח גס שמור, החזרים שווים, ללא החזרים פתולוגיים, תחושה תקינה ,
רגליים - ללא אוד, לאבמקת משמעותית בכף רגל ימית, ללא רגישותבמישו.
כוח גס שמור, החזרים שווים, לא החזרים פתולוגיים , תחושה שמורה.

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			BURNING SENSATION

תרופות	כמות	הגשה	X	אופן לקיחה	Dy	OP	צד לטיפול*	P	C	N	קוד	M	יח' שימוש
LYRICA 75MG X 56	1	Cap.	2	לבליעה	28	1		Y	N	N	65301	0	כמוסה

המלצות למטופל: כ- 7 חודשים הרגשת שריפה בכף ררגל ימית בעל עוצמה בלתי פסקת .
EMG/NCS - ניורופתיה אקסונלית קלה - לדעתי לא מסביר תלונותיו
מיפוי - מתאים לטראומה ישנה או נזק מאמץ .
מומלץ
ניסון טיפול בליריקה
להתחיל מפעם ביום בערב, כעבור שבוע פעמים ביום
לשקול הערכ במרפאת כאב
המשך מעקב אורתופדי

סוג האישור	קוד	מתאריך	עד תאריך
תשובת יועץ	C00028		

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 1114100

14/08/2019 18:54:53

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 65.10 מספר ביקור: 00117928247

שם רופא/ה: ד"ר גסקין יורי תחום הטיפול: נוירולוגיה

סיבת הפניה: בן 65

רקע - דיסליפידמיה
רגישויות יתר לתרופות - לא ידוע
תלונות
כאב כפות רגליים יותר מימין
בצקת בגב כף רגל ימנית
שריפה בכף רגל מימין בעלת עוצמה , מחמירה בשעות לילה .
תופעה זו היחלה לפני כ 7 שנים
נעשה בירור אורתופדי, כלי דם , פודיאטר- ללא ממצא חרעג
נשעה EMG/NCS עדות לפוליורופתיה אקסונלית קלה
מיפוי עצמות- יכול להתיים למצבלאחר טראומה ישנה.

14.08.2019

המשך טיפל

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: תנועות עיניים מלאות , ללא ניסטגמוס , פנים סימטריות , תחושה בפנים תקינה, לשון מרכזית

ידיים - כוח גס שמור, החזרים שווים, ללא החזרים פתולוגיים, תחושה תקינה ,
רגליים - ללא אוד, לאבמקת משמעותית בכף רגל ימית, ללא רגישות במישור.
כוח גס שמור, החזרים שווים, לא החזרים פתולוגיים, תחושה שמורה.

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			BURNING SENSATION

תרופות	כמות	הגשה	X	אופן לקיחה	Dy	OP	צד לטיפול*	P	C	N	קוד	M	יח' שימוש
LYRICA 75MG X 56	1	Cap.	2	לבליעה	90	4		Y	N	N	65301	0	כמוסה

המלצות למטופל: טיפול יעיל
המשך טיפול

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 1114100

21/08/2019 17:46:41

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 65.10 מספר ביקור: 00118382489

שם רופא/ה: ד"ר גסקין יורי תחום הטיפול: נירולוגיה

סיבת הפניה: בן 65

רקע - דיסליפידמיה
רגישויות יתר לתרופות - לא ידוע
תלונות
כאב כפות רגליים יותר מימין
בצקת בגב כף רגל ימנית
שריפה בכף רגל מימין בעלת עוצמה , מחמירה בשעות לילה .
תופעה זו היחלה לפני כ 7 שנים
נעשה ברור אורתופדי, כלי דם , פודיאטר- ללא ממצא חריג
נעשה EMG/NCS עדות לפוליורופתיהאקסונלית קלה
מיפוי עצמות- יכול להתאים למצבלאחר טראומה ישנה.
14.08.2019
המשך טיפל
21.08.2019
טיפול בליריקה 75 פעמיים ביום - ללא שיפור

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: תנועות עיניים מלאות , ללא ניסטגמוס , פנים סימטריות , תחושהבפנים תקינה, לשון
מרזכית
ידיים - כוח גס שמור, החזרים שווים, ללא החזרים פתולוגיים, תחושה תקינה ,
רגליים - ללא אוד, לאבמקת משמעותית בכף רגל ימית, ללא רגישותבמישו.
כוח גס שמור, החזרים שווים, לא החזרים פתולוגיים , תחושה שמורה.

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
BURNING SENSATION			

תרופות	כמות	הגשה	X	אופן לקיחה	Dy	OP	צד לטיפול*	P	C	N	קוד	M	יח' שימוש
CYMBALTA 30MG X 28	1	Tab.	1	לבליעה	28	1		Y	N	N	13277	0	טבליה

המלצות למטופל: ליריקה לא יעילה
ממשיך להתלונן על הרגשת שריה בכף רגל
לציין נפיחות בכף רגל , לאחר ברור מורכב- ללא ממצא
עדיין סיבה לנפיחות לא ברורה
מומלץ
ניסון טיפול בצימבלטה 30 , כעבור חודש ניסון טיפול ב- 60 מ"ג
המשך מעקב

מוזמן למעקב:

☑ על פי צורך

! 1114100