

תאריך: 05/07/2026 11:21

הפניה למיון

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	אלגרינאוי מחמד	מס זהות:	00204334312	גיל:	33.11	מין:	ז
ת.לידה:	30/07/1992	ישוב:	רהט	רחוב:	ת.ד. 1	טלפון נוסף:	52-3012203	
מס בית:	0	טלפון:	52-3749739					

22/06/2026 תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

37433052916

מספר הפניה:

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

מספר רשיון



7433



037433052916



0204334312



037410

לכבוד: מיון אורטופדי

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70069	99283	ביקור במיון	70069

תוקף ההפניה למיון הינו עד לסוף יום למחרת ממועד הפקתה

אבחנה משוערת:

קוד	איפיון	אבחנה
		OPEN FRACTURE OF PHALANX OR PHALANGES OF HAND
7		OBSERVATION - PATIENT UNDER OBSERVATION

תלונות: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 01/07/2026:

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 30/06/2026:

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 25/06/2026:

לאחר אשפוז עקב חבלה באצבע 3 כף יד שמאל בזמן עבודה
אובחן שבר גליל דיסטלי באצבע

בוצעה תפירה

טופל אנטיביוטי

הונח סד גבס

30/06/2026

כאבים

נפיחות

01/07/2026

הביא 250

עדיין מתלונן על כאבים

בתאריך 07/07 מוזמן למרפאת כף יד

05/07/2026

כאבים עזים

סימנים חיוניים: גובה 174 13/10/2024 משקל 106 bmi 35.01 13/10/2024

לחץ דם 147 / 81 16/02/2026

דופק 105 16/02/2026

13/01/2025 מתאריך 105.15 eGFR

FEV1/FVC 078 19/01/2025 עודכן ב 75 (%)FVC 19/01/2025 75 (%)FEV1

ממצאים בבדיקה: ממצאים מתאריך 01/07/2026

ס.ה.ר. 1

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה למיון

05/07/2026

הודפס ע"י ד"ר יוסף אבו מטר

00204334312

אלגרינאוי מחמד

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/07/2012		LAP GASTRIC BANDING
01/01/2013		OVERWEIGHT (BMI < 30)
19/12/2021		VITAMIN D DEFICIENCY
01/01/2026		SMOKER

היסטוריה רפואית- בעיות בעבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/03/2007	01/03/2007		OBESITY (BMI >30)
01/12/2005	01/12/2005		MASTOIDECTOMY

תרופות קבועות

...	פ.עמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	טבליות	1	TRAZODONE HCL TAB 100MG 100MG
ביום	1	טבליות	1	ESCITALOPRAM TAB 20MG 20MG
ביום	1	טבליות	1	PROMETHAZIN HCL 25MG TAB 25MG
ביום	1	טבליות	1	AMITRIPTYLINE HCL TAB 10MG 10MG
ביום	0	טיפות		VITAMIDYNE D3 DRP 200IU 10ML 200IU
ביום	2	טבליות	1	ESOMEPRAZOLE TAB 40MG 40MG

נחתם דיגיטלית

37410

ד"ר יוסף אבו מטיר

חתימה וחתימת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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