

Freiberg Raskin

Law Office

Ariel Freiberg, Adv.

Igal Raskin, Adv.

באתר

מבלי לפגוע בזכויות

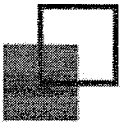
28 ספטמבר 2026
Office@freiberg-law.com

פרייברג רסקין

משרד עורכי דין

אריאל פרייברג, עו"ד

יגאל רסקין, עו"ד



נשלח בשנית עם תיעוד נוסף

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
ענף נפגעי עבודה
באמצעות האתר

ח"נ שלום רב,

תאונה מיום 22/06/2026
הנפגע: מחמד אלגרינאוי, ת"ז 204334312

1. מצ"ב טופס תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה בצירוף מסמכים רפואיים.

2. אודה לעיונכם וטיפולכם המסור באישור תביעת מרשי וזימונו לוועדה.

מנכ"ל רב ובב"ח,
אריאל פרייברג, עו"ד
פרייברג רסקין עורכי דין
ע"ד

200 /בל



לצפייה בסרטון הסבר על
מילוי הטופס ולמיצוי זכויות
יש לסרוק את הברקוד

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה ולתשלום גמלת נכות מעבודה

את התביעה יכול להגיש רק מי שאושרה תביעתו לדמי פגיעה עקב התאונה.

הגשת תביעה לנכות מעבודה

גמלת נכות מעבודה משולמת למי שהוכר על ידי הביטוח הלאומי כנפגע בעבודה, ונותרה לו נכות עקב הפגיעה. על המבוטח להופיע בפני ועדה רפואית שתקבע את דרגת נכותו, ובהתאם לכך תשלום לו קצבה חודשית או מענק, לפי הוראות החוק. שים לב, גם אם חזרת לעבודה או לא נעדרת מהעבודה, אתה יכול להגיש תביעה לגמלת נכות מעבודה.

חובה לצרף לטופס זה

- מסמך רפואי מהרופא המומחה שטיפל בך בקופת חולים או בבית חולים, עבור כל מגבלה או בעיה רפואית שתציין בטופס התביעה ואשר טרם הובאה לידיעת ביטוח לאומי.
- אם אתה מיוצג ע"י עורך דין יש לבקש מעורך הדין להזין ייפוי כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס, יש לצרף טופס בל/73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".
- אישורים לפי הנדרש בטופס התביעה.

כיצד יש להגיש את התביעה

- יש למלא את התביעה על פי ההנחיות הרשומות בה ולצרף אישורים נוספים על פי הנדרש בתביעה.
- את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:
 - למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי www.btl.gov.il ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסניף המטפל.
 - למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
 - לשלוח בדואר או בפקס או להניח בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- לשאלות ובירורים ניתן להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.

על פי חוק, הקצבה תאושר לכל היותר עבור 12 החודשים שקדמו להגשת התביעה.

לידיעתך!

- לאחר הגשת התביעה תוזמן לבדיקה בוועדה רפואית. זימוןך לוועדה יתאפשר רק לאחר שתמציא מסמכים רפואיים עבור כל המגבלות שתציין בסעיף 5.
- באפשרותך לקבל שירותי ייעוץ והכנה לוועדה הרפואית, ללא תשלום, במרכז יד מכוונת. לקביעת פגישה יש להתקשר לטלפון *2496.
- מידע על מקבלי גמלת נכות מעבודה מועבר לגורמים שונים לצורך מיצוי זכויות.
- לשאלות ובירורים ניתן להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט/ יצירת קשר.
- מידע מורחב על קצבת נכות מעבודה מופיע באתר הביטוח הלאומי/ קצבאות והטבות/ נכות מעבודה.

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

בל/200(03.2026)

עמוד 1 מתוך 5

204334312

נא למלא מספר תעודת זהות

מס' זהות / דרכון									
סוג דפים המסמך									

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



תביעה לקביעת דרגת נכות
מעבודה ולתשלום גמלת
נכות מעבודה

1

פרטי התובע		שם פרטי		שם משפחה	
מספר זהות ס"ב		מחמד		אלגרינאו	
תאריך לידה		מספר אישי בצה"ל		עיסוק	
3 0 4 3 3 4 3 1 2				☐ זכר X ☐ נקבה ☐ עיסוק ☐ מתנדב ☐ עצמאי	
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)					
מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב/תא דואר
8535700	רהט	32		17	אל כראמה
דואר אלקטרוני:		טלפון נייד		טלפון קווי	
@		0 5 2 3 4 9 7 3 9			
אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – אנא השלם את הפרטים הבאים:					
שם פרטי של איש קשר		שם פרטי של איש קשר		שם משפחה של איש קשר	
מס' זהות של איש קשר ס"ב					
☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט (SMS), דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידעתיך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.					
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הישומה) רחוב/תא					
מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב/תא דואר

2

פרטי הפגיעה	
תאריך הפגיעה	2 2 0 6 2 0 2 6
פרטים על הפגיעה	בעת פירוק סחורה גפל שולחן ונפגעי באצבע וביד שנה חודש יום

3 פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון, אנא מלא סעיף 3א'

שכיר - שם, טלפון וכתובת מקום העבודה
עצמאי - שם, טלפון וכתובת העסק
מתנדב - שם הגוף השולח לפעולת ההתנדבות

שם מקום העבודה / העסק / הגוף השולח לפעולת ההתנדבות

מ.י. נוה בע"מ

רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

המקצוע ערב הפגיעה:

נהג משאית

3א' פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות

צה"ל ☐ משמר הכנסת ☐
שב"ס ☐ משמר אזרחי ☐
משטרה ☐ אחר ☐

רחוב/תא דואר מס' בית יישוב מיקוד

טלפון קווי

טלפון נייד

מס' פקס

תאריך כניסה לשירות קבע תאריך סיום השירות בקבע

האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה?
כן ☐ לא ☐

אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, אנא צרף העתק ממכתב הדחייה.

4 פרטי הטיפול הרפואי

האם נזקקת לאשפוז עקב הפגיעה? לא ☐ כן, פרט ☐ סורוקה

תקופת אשפוז שם בית החולים

האם נעשו לך בדיקות עקב הפגיעה (צילומי רנטגן, CT, MRI וכד')?
רצ"ב

לא ☐ כן, פרט ☐ רצ"ב

שם המוסד הרפואי שבו נעשו הבדיקות וכתובתו

אני יש בידך צילומים או תוצאות בדיקות, נא לצרפם לטופס התביעה.

אני מבוסס בקופ"ח כללית

ציין בטבלה שלהלן את שמות הרופאים שטיפלו בך או עדיין מטפלים בך:

שם הרופא	תחום מומחיות	כתובת המרפאה

רצ"ב

5 המגבלות שיש לך עקב הפגיעה שבגינן אתה תובע גמלה

המסמך או התיעוד הרפואי הקשור למגבלה שציינת	המגבלות או הכאבים שמהם אתה סובל
	כאבים והגבלה בתנועות האצבעות וכף יד
	קושי בהרמה, אחיזה, וביצוע פעולות ידניות
רצ"ב תעודות רפואיות	כאבים וקושי בביצוע פעולות יומיומיות
	צורך בטיפול תרופתי להרגעת הכאב ולשינה

האם סבלת בעבר ממחלה או כאבים באיברים שנפגעו שצינו על ידך לעיל?
☐ לא ☐ כן, פרט ממה סבלת, ממתן, יש לצרף מסמכים רפואיים:

6 חזרה לעבודה

האם חזרת לעבודה לאחר הפגיעה?

☐ כן - חזרתי לאותה העבודה
☐ כן - חזרתי לעבודה אחרת. פרט _____
שם המעביד וכתובתו _____
תאריך החזרה לעבודה _____
☒ לא חזרתי לעבודה - ציין את הסיבה _____ אי כושר מחמת התאונה

7 שליטה בשפה העברית

☐ אני לא שולט בשפה העברית, אני דובר _____
☐ אגיע לוועדה עם מלווה דובר עברית
☐ לא אגיע לוועדה עם מלווה דובר עברית

8 פרטים על תשלומים

מחזאם אתה מקבל או זכאי לתשלום או תגמול ממשרד הביטחון?
☐ לא ☐ כן - ציין את סוג התשלום _____ מס' תיק באגף השיקום _____
האם הגשת או שאתה מתכוון להגיש תביעה לפיצוי נזיקין בגין המקרה?
☐ לא ☐ כן - ציין את שם הנתבע _____

9 סיוע וייצוג בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☒ כן
הגוף המייצג או המסייע: ☒ עורך דין ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוננת ☐ בית חולים ☐ עמותה
אחר _____
אם אתה מיוצג ע"י עורך דין יש לבקש מעורך הדין להזין יפוי כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס, יש לשלוח אלינו טופס בל/73: "יפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".
שם גורם מסייע _____ כתובת _____
עו"ד אריאל פרייברג _____ אבא הלל 7 רמת גן _____
טלפון _____
03-7412358

10

פרטי חשבון הבנק של התובע

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

שמות בעלי החשבון			
מחמד אלגרינאוי			
שם הבנק	שם הסניף/כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
לאומי	אופקים 789	789	00506601

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

אני השותף בחשבון הבנק של ת"ז _____ שם _____ מתחייב להשתמש בכספי הגמלה שיפקדו בחשבון בעבור מקבל הגמלה.

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיפוי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימם על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיפוי הכוח, במהלך תקופת הזכאות ולאחריה.

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

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

תאריך 28/09/2026 חתימת מקבל הגמלה * מחמד אלגרינאוי חתימת השותפים לחשבון *

11

הצהרה

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

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

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

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

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

ידוע לי כי בעת מילוי הטופס וצרופותיו עלי למסור מידע שימש את הביטוח הלאומי וכי לא חלה עלי כל חובה חוקית למסור מידע אודותי. במידה ולא אסכים למסור מידע פרטי, ידוע לי שלא אוכל לקבל שירות מהביטוח הלאומי.

בחתימתי זו אני נותן את הסכמתי לשימוש במידע אודותיי לקבלת שירות ו/או זכויות מהביטוח הלאומי וכי קיימת אפשרות שמידע אודותיי יימסר לצדדי ג' הרלוונטיים לצורך זה.

ידוע לי כי בהתאם לסעיפים 13 ו-14 בחוק הגנת הפרטיות, באפשרותי לעיין במידע אודותיי ולבקש לתקנו במידת הצורך בכפוף להוכחת הדרוש תיקון ולהסכמת בעל שליטה במאגר- הביטוח הלאומי. ידוע לי כי בעל השליטה במאגר המידע הינו הביטוח הלאומי וניתן ליצור עימו קשר !. www.btl.gov.il < יצירת קשר > פנייה בנושא הגנת הפרטיות. אין בסירובי לחתום על טופס זה כדי למנוע מהביטוח הלאומי מלקבל מידע אודותיי מצד ג', בהתאם לדין.

☐ אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותיי לגורמים נותני ההטבות.

☐ אני מסכים לוועדה בוודאו צ'אט

תאריך 28/09/2026 חתימת התובע * מחמד אלגרינאוי

אם התביעה לא חתומה ע"י התובע נא לציין את הסיבה לכך, את שם החותם, כתובתו ומס' זהותו. אם התביעה נחתמה בטביעת אצבע, נא לציין את שם העד לחתימה ומספר זהותו.

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



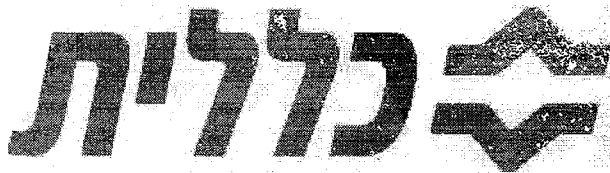
כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: נכות מעבודה

פרטים אישיים																										
תאריך הפגיעה <table border="1"> <tr> <td>2</td><td>2</td><td>0</td><td>6</td><td>2</td><td>0</td><td>2</td><td>6</td> </tr> <tr> <td colspan="2">שנה</td> <td colspan="2">חודש</td> <td colspan="2">יום</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>	2	2	0	6	2	0	2	6	שנה		חודש		יום				מספר זהות/דרכון <table border="1"> <tr> <td>2</td><td>0</td><td>4</td><td>3</td><td>3</td><td>4</td><td>3</td><td>1</td><td>2</td> </tr> </table>	2	0	4	3	3	4	3	1	2
2	2	0	6	2	0	2	6																			
שנה		חודש		יום																						
2	0	4	3	3	4	3	1	2																		
שם פרטי מחמד	קוד גמלה 11																									
שם משפחה אלגרינאוי	חבר בקופת חולים ☒ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר																									

הצהרה	
אני הח"מ, שפרט"י האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית שלי ומבקש בזאת למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותיי.	
מחמד אלגרינאוי	תאריך 28/09/2026
חתימת המבוטח X	

נחתם ע"י באי-כוח מכוון יומיו בוח



סורוקה
מרכז רפואי
אוניברסיטאי



הופק ע"י טל דניאלנסים מ.ר. 173317 08:13 24/06/2026

סיכום שחרור רפואי

שם משפחה:	אלגרינאוי	ת. לידה:	30/07/1992	מחלקה לכירורגיה פלסטית
שם פרטי:	מחמד	ת. זהות:	20433431-2	מנהל/ת: פרופ' זילברשטיין אלדד יצחק מ.ר. 22493
כתובת:	ת.ד. 1, רהט 8535701	מין:	זכר	אח/אחות אחראיים: איגור רזניק
טלפון:	0523749739	גיל:	33	מס' קבלה למחלקה: 2548824301
סוג דם:		מס' טלפון:		
מחוז:		מרפאה:		פקס: 08-6768706
גורם מממן:	דרום	שם האב:	חן	קבלה למיון: 15:46 22/06/2026
				קבלה למחלקה: 18:02 22/06/2026
				ימי אשפוז במחלקה: 3

תקופת אשפוז

תאריך כניסה למחלקה 22/06/2026 - תאריך שחרור מהמחלקה 24/06/2026

אבחנות בשחרור

Rec	MP	S/P	עיקרי	תאריך	צד	קוד	אבחנה
			✓			81610	OPEN FRACTURE OF PHALANX OR PHALANGES OF HAND, UNSPECIFIED

תלונה עקרית

שבר גליל דיסטלי אצבע 3 שמאל עם מעורבות DIPJ

מחלה נוכחית

בן 33, בריא
לא נוטל תרופות.
חוסן לטטנוס במיון.

נחבל ביד שמאל בעבודתו לאחר ששולחן ברזל נפל על כף ידו.

בבדיקתו

נינוח, מדדים חיונים תקינים.
יד שמאל - חתך מרוטש בקצה אצבע 3 שמאל, ללא הפרעה ביישור וכיפוף
יד ימין - חתך שטחי בבסיס אצבע 1

צילום - יד שמאל - שבר בגליל דיסטלי אצבע 3 המערב את מפרק DIP
מעבדה ללא לוקציטוזיס, המוגלובין 14.7, טסיות CRP, 360 אפסי.

בחדר פעולות במיון

הרדמה מקומית
שטיפה עם סליין פולידין 3 ליטר
כיסוי כמקובל
באקספלוורציה ללא גופים זרים
תפירת החתך עם חוט ראפיד 4-0
חבישה עם גרזולין ופוסידין.
הונח סד ביישור

קיבל מנה ראשונה צפזולין 2 גרם במיון
צילום ביקורת - יד שמאל - שבר בגליל דיסטלי אצבע 3 המערב את מפרק DIP

תכנית

IVAB
אנלגטיקה
הערכת כף יד לניתוח

מחלות רקע

בריא בדרך כלל

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

מדדים בקבלה



סורוקה
מרכז רפואי
אוניברסיטאי

מקצועות
כללית



סיכום שחרור רפואי

שם משפחה:	אלגרינאוי	תאריך לידה:	30/07/1992	מחלקה לכירורגיה פלסטית
שם פרטי:	מחמד	ת. זהות:	20433431-2	מנהל/ת: פרופ' זילברשטיין אלדד יצחק מ.ר. 22493
סוג דם:		שם האב:	חן	אח/אחות אחראיים: איגור רזניק
				מס' קבלה למחלקה: 2548824301

תאריך ושעה	דופק	לחץ דם	סטורציה	רמת כאב
07:48 24/06/2026				4
06:46 24/06/2026				0
01:28 24/06/2026				0
20:56 23/06/2026				0
11:55 23/06/2026		139/87		

מהלך זדיון

בן 33, בריא
נחבל ביד שמאל בעבודתו לאחר ששולחן ברזל נפל על כף ידו.
שבר גליל דיסטלי אצבע 3 שמאל עם מעורבות DIPJ

לאורך אשפוזו טופל אנטיביוטי IVAB, אנלגטיק לפי הצורך והונח בסד גבס מלט ע"י ריפוי בעיסוק.
ללא אירועים חריגים לאורך אשפוזו.

בבדיקתו היום -
נינוח, מדדים חיונים תקינים.
יד שמאל - חתך מרוטש בקצה אצבע 3 שמאל
יד ימין - חתך שטחי בבסיס אצבע 1
ויאבילי ללא עדות לסימני זיהום פעיל

לסיכום ללא מניעה משחרור המטופל והמשך מעקב אמבולטורי מרפאתי.

ציוני אומדנים - אומדן רגל סוכרתית - חדש

אומדן אחרון	תאריך	ציון	משמעות
אומדן רגל סוכרתית	22/06/26 19:04	0	רמת סיכון נמוכה לפתח פצע

המלצות

המלצה:
המשך מעקב רופא מטפל
משככי כאבים לפי צורך ועל פי רגישות
ממחר ניתן לרחוץ את הפצע הניתוחי במקלחת במים וסבון לאחר מכן לחבוש עם משחת פוסידין (שכבה דקה)
יש להקפיד על התאמת הסד מעל החבישה בהתאם להוראות מכון ריפוי בעיסוק
מומלץ המשך מעקב מכון ריפוי בעיסוק, לצורך קביעת תור יש לפנות למרפאת האם בקופת החולים בה מבטוח המטופל
ביקורת מרפאת כף יד עוד שבועיים, נא לתאם תור בטלפון 08-6400737. להצטייד בהתחייבות מתאימה
אם חלה החמרה במצב - חום, סימני זיהום מקומיים של הפצע הניתוחי (אודם, מוגלה מרובה, כאב עז, נפיחות מרובה, חום מקומי), דימום מסיבי של פצע ניתוחי - יש לפנות לקבלת טיפול רפואי
חופשת מחלה: 2 שבועות.

תרופות מומלצות להמשך טיפול

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓				7 ימים	1 X 3 ביום	1000 mg	Oral	OPTALGIN DRP 500mg/mL (500mg in 25 Drops) (DIPYRONE)
✓				7 ימים	1 X 3 ביום	1 tab	Oral	ZALDIAR 37.5mg/325mg (PARACETAMOL, traMADOL HYDROCHLORIDE)
✓				2 שבועות	X 1 ביום	1 APPLICATION	Topical	FUCIDIN CREAM 2% (FUSIDIC ACID)

סיכום שחרור רפואי

שם משפחה:	אלגרינאוי	תאריך לידה:	30/07/1992	מחלקה לכירורגיה פלסטית
שם פרטי:	מחמד	ת. זהות:	20433431-2	מנהל/ת: פרופ' זילברשטיין אלדד יצחק מ.ר. 22493
סוג דם:	חסן	שם האב:	חסן	אח/אחות אחראיים: איגור רזניק
מס' קבלה למחלקה: 2548824301				

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
------	-------	---------------	---------------	-----	--------	-------	----------	-----------

מעקב ריפוי בעיסוק

נרשם ע"י: הר שלום רחל נחמה מ.ר. 14160021, מחלקה לכירורגיה פלסטית

תאריך עדכון: 23/06/2026 11:05

דיווח / דיון: מוחמד, בן 33, ר, 'מתגורר ברהט. בריא ברקע ללא רגישויות ידועות. עובד במפעל ברזל. דומיננטיות ידנית ימין. 22/06/26 הגיע למיון לאחר שנחבל באצבע 3 שמאל בעבודתו לדבריו כאשר נפל שולחן ברזל על כף ידו. בבדיקתו - יד שמאל - חתך מרוטש בקצה אצבע 3 שמאל, ללא הפרעה ביישור וכיפוף. אובחן שבר גליל דיסטלי אצבע 3 שמאל עם מעורבות DIPJ אושפז להמשך טיפול.

בריפוי בעיסוק -
כעת יום לאחר פציעתו. נינוח, ללא כאבים כעת. קיבל משככי כאבים בבוקר.
אצבע 3 שמאל בחבישה דקה, לדבריו חבישה הוחלפה הבוקר על ידי צוות סיעודי.
טיפול -
הותאם סד מאלט להגנה על DIPJ וגליל דיסטלי. הוזרף ללבישה רציפה של הסד ללא הורדה מלבד בעת החלפת חבישות.

לדברי הרופאים אינו מיועד לתיקון ניתוחי.
זקוק להמשך טיפול במכון ריפוי בעיסוק בקהילה לשיקום היד לאחר שבר גליל דיסטלי.
יש להעביר הפניה זו למרפאת האם ולבקש לפתוח בקשה במערכת מ.ר. קוד 81001.
בהצלחה

סיכום והערכה ריפוי בעיסוק

מוחמד, בן 33, ר, 'מתגורר ברהט. בריא ברקע ללא רגישויות ידועות. עובד במפעל ברזל. דומיננטיות ידנית ימין. 22/06/26 הגיע למיון לאחר שנחבל באצבע 3 שמאל בעבודתו לדבריו כאשר נפל שולחן ברזל על כף ידו. בבדיקתו - יד שמאל - חתך מרוטש בקצה אצבע 3 שמאל, ללא הפרעה ביישור וכיפוף. אובחן שבר גליל דיסטלי אצבע 3 שמאל עם מעורבות DIPJ אושפז להמשך טיפול.

בריפוי בעיסוק -
כעת יום לאחר פציעתו. נינוח, ללא כאבים כעת. קיבל משככי כאבים בבוקר.
אצבע 3 שמאל בחבישה דקה, לדבריו חבישה הוחלפה הבוקר על ידי צוות סיעודי.
טיפול -
הותאם סד מאלט להגנה על DIPJ וגליל דיסטלי. הוזרף ללבישה רציפה של הסד ללא הורדה מלבד בעת החלפת חבישות.

לדברי הרופאים אינו מיועד לתיקון ניתוחי.
זקוק להמשך טיפול במכון ריפוי בעיסוק בקהילה לשיקום היד לאחר שבר גליל דיסטלי.
יש להעביר הפניה זו למרפאת האם ולבקש לפתוח בקשה במערכת מ.ר. קוד 81001.
בהצלחה

חתימה דיגיטלית

רופא מטפל:	רישיון:
טל דניאל נסים	173317

חתימה דיגיטלית:



סורוקה
מרכז רפואי
אוניברסיטאי



סיכום שחרור רפואי

מחלקה לכירורגיה פלסטית
מנהל/ת: פרופ' זילברשטיין אלדד יצחק מ.ר. 22493
אח/אחות אחראיים: איגור רזניק
מס' קבלה למחלקה: 2548824301

שם משפחה:	אלגרינאוי	תאריך לידה:	30/07/1992
שם פרטי:	מחמד	ת. זהות:	20433431-2
סוג דם:	שם האב:	חסן	

חתימה: _____

נחתם ע"י: טל דניאל נסים מ.ר. 173317

מסמכים גלויים

המכתב הודפס על ידי טל דניאל נסים 24/06/2026 08:13

חשוי אישי

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות.

הופק ע"י ד"ר אבו פריח סופיאן 05/07/2026 22:26

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלד

שם משפחה: אלגרינאוי שם פרטי: מחמד כתובת: ת.ד. 1 רהט 8535701 טלפון: 0523749739 סוג דם: גורם מממן: כללית	תאריך לידה: 30/07/1992 תעודת זהות: 20433431-2 מין: זכר גיל: 33 שם האב: חסן	מנהל המלד: ד"ר שניידר יבגני מ.ר. 26765 אחות אחראית מ"מ שושי הונולד טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 05/07/2026 20:13 מספר ביקור: 2550055201 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL
---	---	---

משככי כאבים - החלפת טיפול מנכחי ברוקסט
 ניתן לבצע קומפרסים קרים להורדת בצקת
 מעקב רפואי בעיסוק והתאמת סד הגנתי
 מעקב מרפאת כף יד בעוד שבוע - לתיאום תור 086400737 להצטייד בהתחייבות מתאימה מקופת חולים
 מעקב רופא מטפל
 בכל החמרה לרבות אודם חום נפיחות הפרשה מוגלתית כאב בלתי נשלט - לפנות לטיפול רפואי

המלצות

המלצה: המלצות פלסטיקה -
 משככי כאבים - החלפת טיפול מנכחי ברוקסט
 ניתן לבצע קומפרסים קרים להורדת בצקת
 מעקב רפואי בעיסוק והתאמת סד הגנתי
 מעקב מרפאת כף יד בעוד שבוע - לתיאום תור 086400737 להצטייד בהתחייבות מתאימה מקופת חולים
 מעקב רופא מטפל
 בכל החמרה לרבות אודם חום נפיחות הפרשה מוגלתית כאב בלתי נשלט - לפנות לטיפול רפואי

תרופות מומלצות להמשך טיפול

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓				7 ימים	1 X 3 ביום	1 cap	Oral	ROKAcet PLUS (PARACETAMOL, CAFFEINE, CODEINE PHOSPHATE)

רופא אחראי

רופא: ד"ר אבו פריח סופיאן מ.ר. 158605



חתימה:

נחתם ע"י ד"ר אבו פריח סופיאן מ.ר. 158605

הופק ע"י ד"ר אבו פריה סופיאן 05/07/2026 22:26

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

שם משפחה: אלגרינאו	תאריך לידה: 30/07/1992	מנהל המלרד: ד"ר שניידר יבגני
שם פרטי: מחמד	תעודת זהות: 20433431-2	מ.ר. 26765
כתובת: ת.ד. 1	מין: זכר	אחות אחראית מ"מ שושי הנוולד
הט		טלפון: 08-6400345
8535701		פקס: 08-6400043
טלפון: 0523749739	גיל: 33	תאריך ביקור: 20:13 05/07/2026
סוג דם:	שם האב: חסן	מספר ביקור: 2550055201
גורם מממן: כללית		דואר אלקטרוני:
		MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL

אבחנה

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P	Rec
FRACTURE OF FINGER(S)	81600						

תלונה עיקרית ומחלה נוכחית

כאבים באצבע

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

מדדים

VAS	PO	סטורציה באוויר חדר	לחץ דם	דופק	תאריך ושעה
2	36.7	97	145/94	67	20:46 05/07/2026

מהלך ודיון

נרשם ע"י ד"ר הלפרן דור מ.ר. 178470, מין כירורגי

תאריך עדכון: 21:55 05/07/2026

דיווח / דיון: בן 33

15 יום לאחר חבל תאצבע עם שבר גליל דיסטלי פתוח בגינו אושפז לטיפול אנטיביוטי IV

מלין על כאבים חזקים

הוחל בקהילה טיפול באוגמנטין

מדדים בנורמה ללא חום

בבדיקה קצה אצבע בצקתי ומסרטיבי ללא אודם משמעותי ללא הפרשה מוגלתית, לא כאוב בלחיצה

ללא סימני לימפאדניטיס או לימפאדניטיס

בצילום שבר ללא שינוי

לסיכום כעת ללא סימני זיהום חריף

זקוק לטיפול אנלגטי והתאמת סד הגנת

נחבש עם פולידין בסד

המלצות פלסטיקה-

הופק ע"י דר' אבו פריח סופיאן 05/07/2026 22:26

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

מנהל המלרד: דר' שניידר יבגני מ.ר. 26765 אחות אחראית מ"מ שושי רוזנולד טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 05/07/2026 20:13 מספר ביקור: 2550055201 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL	תאריך לידה: 30/07/1992 תעודת זהות: 20433431-2 מין: זכר גיל: 33 שם האב: חן	שם משפחה: אלגרינאוי שם פרטי: מחדד כתובת: ת.ד. 1 רהט 8535701 טלפון: 0523749739 סוג דם: גורם מממן: כללית
מסמכים נלווים		



מספר רישון 37410
טלפון 08-6627222
מקום 08-6627228
נוחז דרום

שם הרופא ד"ר יוסף אבו מטייר
תחום מומחה לרפואת משפחה
כתובת שכונה 18, כיכר אלסלאם
מרפאה רהט ב'

12:49 25/06/2026 תאריך

הפניה כללית

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

22/06/2026 תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

37433052665

מספר הפניה:

גורם שולח

מספר הפניה

תז נברק

מספר רישון



7433



037433052665



0204334312



037410

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
81001	97003	רפוי בעיסוק אבחון ובניית תכנית טיפול - מבוגרים	81001

אבחנה משוערת:

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

תלונות: לאחר אשפוז עקב חבלה באצבע 3 כף יד שמאל בזמן עבודה
אובחן שבר גליל דיסטלי באצבע
בוצעה תפירה
טופל אנטיביוטית
הונח סד גבס

35.01	bmi	13/10/2024	משקל 106	13/10/2024	174	גובה	סימנים חיוניים:
				16/02/2026	147 / 81	לחץ דם	
				16/02/2026	105	דופק	

13/01/2025 מתאריך 105.15 eGFR

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

דיון/תוכנית טיפולית: החלפת חבישה
250 בהקדם

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מ.ל.ד.	אפיין	בעיה
01/07/2012		LAP GASTRIC BANDING
01/01/2013		OVERWEIGHT (BMI < 30)
19/12/2021		VITAMIN D DEFICIENCY
16/01/2023		SMOKER

היסטוריה רפואית - בעיות בעבר

מ.ס.מ.	מ.ל.ד.	אפיין	בעיה
01/03/2007	01/03/2007		OBESITY (BMI > 30)
01/12/2005	01/12/2005		MASTOIDECTOMY

7 ס.ה.ר.

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה כללית

25/06/2026

הודפס על ידי ד"ר יוסף אבו מטייר

00204334312

אלגרינאוי מחמד

הודפס מאתר כללית ב-01.07.2026 בשעה 09:31 בעבור מחמד אלגרינאוי. תעודת זהות: 204334312.

תרופות קבועות

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

****נחתם דיגיטלית****

37410

ד"ר יוסף אבו מטיר

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

7 ס.ה.ר.

דף 2

*****המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות*****

הפניה כללית

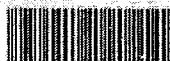
25/06/2026

הודפס ע"י ד"ר יוסף אבו מטיר

00204334312

אלגרינאוי מחמד

הודפס מאתר כללית ב-01.07.2026 בשעה 09:31 בעבר מחמד אלגרינאוי. תעודת זהות: 204334312.



017433132342

מס' מרשם

שירותי בריאות כללית

כללית

רשימת ניפוק לבית מרקחת

גיל: 33.11 מין: ז

אלגרינאוי מחמד

מס' זהות: 00204334312

ביקור עקב תאונת עבודה

AUGMENTIN BID TAB 875MG 14(D) 875MG

110018568

למשך 7 ימים סה"כ 14 יח

טבליות 1 x 2 ביזם

תוקף מרשמים: 30/06/2026 - 10/07/2026

מס' רישיון



037410

טלפון: 08-6627222

שם מפיקה המרשם: ד"ר יוסף אבן מטיר

כתובת: שכונה 18, כיכר אלסלאם

תחום: מומחה לרפואת משפחה

בידיעתי, במידה וקיים פריט גנרי, מורשה בית המרקחת לספק תרופה גנרית וזהה שאושרה על ידי הקופה

לצורך אבטחת מידע, לקבלת תרופות יש להציג כרטיס מגנטי

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 1

תאריך הדפסה: 30/06/2026

הודפס מאתר כללית ב-01.07.2026 בשעה 09:32 בעבור מחמד אלגרינאוי. תעודת זהות: 204334312.



37410 מספר רישון
08-6627222 טלפון
08-6627228 מקום
דרום מחוז

ד"ר יוסף אבו מטייר
מומחה לרפואת משפחה
שבונה 18 כיכר אלסלאם
רהט ב

שם הרופא
תחום
כתובת
מרפאה

תאריך: 01/07/2026

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

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

תאריך תאונה: 22/06/2026

2 תאונות עבודה

סוג תאונה:

אבחנה

אבחנה

איפיון

קוד

OPEN FRACTURE OF PHALANX OR PHALANGES OF HAND

הטיפול שניתן

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל:

איננה מסוגלת לעסוק בעבודתה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 22/06/2026 עד יום 31/07/2026 (בכלל) סה"כ 40 ימים

01/07/2026

01/07/2026

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

רהט ב

חותמת המרפאה

חתימה ומזתמת הרופא של השירות הרפואי המוסמך

הזכות לגמלה מקבעת על ידי המוסד לביטוח הלאומי ואין התעודה מקנה זכות זו

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

19

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

01/07/2026

הודפס ע"י ד"ר יוסף אבו מטייר

00204334312

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

אלגרינאוי מחמד



37410
08-6627222
08-6627228
דרום

נוסטר רשיון
כרטיס
מספר
מחזור

ד"ר יוסף אבו מטייר
מומחה לרפואת משפחה
שכונה 18, כיכר אלסלאם
רהט ב'

שם הרופא
תחום
כתובת
מרפאה

11:21 05/07/2026 תאריך:

הפניה למיון

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

22/06/2026 תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

37433052916

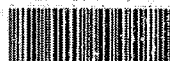
מספר הפניה:

גורם שולח



7433

מספר הפניה



037433052916

תז נבדק



0204334312

מספר רשיון



037410

לכבוד: מיון אורטופדי

שירות שנבחר

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

תוקף ההפניה לגיון הינו עד לסוף יום למהרת ממועד הפקתה

אבחנה משוערת:

קוד	אבחנה	איפיון
7	OPEN FRACTURE OF PHALANX OR PHALANGES OF HAND 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 אנטיביוטית

הונח סד גבס

30/06/2026

כאבים

נפיחות

01/07/2026

הביא 250

עדיין מתלונן על כאבים

בתאריך 07/07/2026 מוזמן למרפאת כף יד

05/07/2026

כאבים עדים

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 עדיין 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 מטייר

00204334312

אלגרינאוי מחמד

ממצאים מתאריך 30/06/2026

אצבע נפוח

01/07/2026

05/07/2026

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מגילוי	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

שם	פעמים	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

נחותם 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.

הופק ע"י ד"ר אבו פריח סופיאן 05/07/2026 22:26

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

שם משפחה: אלגרינאו	תאריך לידה: 30/07/1992	מנהל המלרד"ד: דר' שניידר יבגני
שם פרטי: מחמד	תעודת זהות: 20433431-2	מ.ר. 26765
כתובת: ת.ד. 1	מין: זכר	אחות אחראית מ"מ שושי הונולד
רהט		טלפון: 08-6400345
8535701		פקס: 08-6400043
טלפון: 0523749739	גיל: 33	תאריך ביקור: 05/07/2026 20:13
סוג דם:	שם האב: חסן	מספר ביקור: 2550055201
גורם מממן: כללית		דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL

משככי כאבים - החלפת טיפול נוכחי ברוקסט
ניתן לבצע קומפרסים קרים להורדת בצקת
מעקב רפואי בעיסוק והתאמת סד הגנתי
מעקב מרפאת כף יד בעוד שבוע-לתיאום תור 086400737 להצטייד בהתחייבות מתאימה מקופת חולים
מעקב רופא מטפל
בכל החמרה לרבות אודם חום נפיחות הפרשה מוגלתית כאב בלתי נשלט - לפנות לטיפול רפואי

המלצות

המלצה: המלצות פלסטיקה -
משככי כאבים - החלפת טיפול נוכחי ברוקסט
ניתן לבצע קומפרסים קרים להורדת בצקת
מעקב רפואי בעיסוק והתאמת סד הגנתי
מעקב מרפאת כף יד בעוד שבוע-לתיאום תור 086400737 להצטייד בהתחייבות מתאימה מקופת חולים
מעקב רופא מטפל
בכל החמרה לרבות אודם חום נפיחות הפרשה מוגלתית כאב בלתי נשלט - לפנות לטיפול רפואי

תרופות מומלצות להמשך טיפול

מרשם	הערות	יחידות לכיפוק	אריזות לכיפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓				7 ימים	1 X 3 ביום	1 cap	Oral	ROKAcet PLUS (PARACETAMOL, CAFFEINE, CODEINE PHOSPHATE)

רופא אחראי

רופא: ד"ר אבו פריח סופיאן מ.ר. 158605



חתימה:

נחתם ע"י: ד"ר אבו פריח סופיאן מ.ר. 158605

הופק ע"י דר' אבו פריח סופיאן 05/07/2026 22:26

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

שם משפחה: אלגרינאוי שם פרטי: מחמד כתובת: ת.ד. 1 רהט 8535701 טלפון: 0523749739 סוג דם: גורם מממן: כללית	תאריך לידה: 30/07/1992 תעודת זהות: 20433431-2 מין: זכר גיל: 33 שם האב: חסן	מנהל המלרד: דר' שניידר יבגני מ.ר. 26765 אחות אחראית מ"מ שושי הוטולד טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 20:13 05/07/2026 מספר ביקור: 2550055201 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL
---	---	--

אבחנה

Rec	M/P	S/P	עיקרי	תאריך	צד	קוד	אבחנה
						81600	FRACTURE OF FINGER(S)

תלונה עיקרית ומחלה נוכחית

כאבים באצבע

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

מדדים

תאריך ושעה	דופק	לחץ דם	סטורציה באוויר חדר	חום PO	VAS
20:46 05/07/2026	67	145/94	97	36.7	2

מהלך ודיון

נרשם ע"י דר' הלפרן דור מ.ר. 178470, מיון כיורגי

תאריך עדכון: 21:55 05/07/2026

דיווח / דיון: בן 33

15 יום לאחר חבל תאצבע עם שבר גליל דיסטלי פתוח בגינו אושפז לטיפול אנטיביוטי IV

מלין על כאבים חזקים

הוחל בקהילה טיפול באוגמנטין

מדדים במרמה ללא חום

בבדיקה קצה אצבע בעקתי ומסרטיבי ללא אודם משמעותי ללא הפרשה מוגלתית, לא כאוב בלחיצה

ללא סימני לימפאדניטיס או לימפאדניטיס

בצילום שבר ללא שינוי

לסיכום כעת ללא סימני זיהום חריף

זקוק לטיפול אנלגטי והתאמת סד הגנתי

נחבש עם פולידין בסד

המלצות פלסטיקה-

הופק ע"י דר' אבו פריח סופיאן 05/07/2026 22:26

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

מנהל המלר"ד: דר' שניידר יבגני מ.ר. 26765 אחות אחראית מ"מ שושי הומוולד טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 05/07/2026 20:13 מספר ביקור: 2550055201 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL	תאריך לידה: 30/07/1992 תעודת זהות: 20433431-2 מין: זכר גיל: 33 שם האב: חסן	שם משפחה: אלגרינאוי שם פרטי: מוחמד כתובת: ת.ד. 1 רהט 8535701 טלפון: 0523749739 סוג דם: גורם מממן: כללית
---	---	--

מסמכים כלולים

הופק ע"י דר' אבו פריח סופיאן 05/07/2026 22:26

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

שם משפחה: אלגרינאוי	תאריך לידה: 30/07/1992	מנהל המלרד"ד: דר' שניידר יבגני
שם פרטי: מחמד	תעודת זהות: 20433431-2	מ.ר. 26765
כתובת: ת.ד. 1	מין: זכר	אחות אחראית מ"מ שושי הונולד
רהט		טלפון: 08-6400345
8535701		פקס: 08-6400043
טלפון: 0523749739	גיל: 33	תאריך ביקור: 20:13 05/07/2026
סוג דם:	שם האב: חסן	מספר ביקור: 2550055201
גורם מממן: כללית		דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL

משככי כאבים- החלפת טיפול נוכחי ברוקסט
ניתן לבצע קומפרסים קרים להורדת בצקת
מעקב רפואי בעיסוק והתאמת סד הגנתי
מעקב מרפאת כף יד בעוד שבוע- לתיאום תור 086400737 להצטייד בהתייבות מתאימה מקופת חולים
מעקב רופא מטפל
בכל החמרה לרבות אודם חום נפיחות הפרשה מוגלתית כאב בלתי נשלט- לפנות לטיפול רפואי

המלצות

המלצה: המלצות פלסטיקה-
משככי כאבים- החלפת טיפול נוכחי ברוקסט
ניתן לבצע קומפרסים קרים להורדת בצקת
מעקב רפואי בעיסוק והתאמת סד הגנתי
מעקב מרפאת כף יד בעוד שבוע- לתיאום תור 086400737 להצטייד בהתייבות מתאימה מקופת חולים
מעקב רופא מטפל
בכל החמרה לרבות אודם חום נפיחות הפרשה מוגלתית כאב בלתי נשלט- לפנות לטיפול רפואי

תרופות מומלצות להמשך טיפול

מחש	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓				7 ימים	1 X 3 ביום	1 cap	Oral	ROKAcet PLUS (PARACETAMOL, CAFFEINE, CODEINE PHOSPHATE)

רופא אחראי

רופא: דר' אבו פריח סופיאן מ.ר. 158605



חתימה:

נחתם ע"י דר' אבו פריח סופיאן מ.ר. 158605



אכזב וסיקוק הנגה

ד"ר אחמד עיראקי
מומחה ברפואת כאב
32927
רח' רחה פריאר 9 מגדל M tower קומה 15, באר שבע
08-9129199
08-9129213

שם הרופא
התמחות
מספר רשיון
כתובת
טלפון
פקס

בדיקת רופא מס': 00036395 Physician Examination No.:

Date: 29/07/2026 תאריך:
Arrival Time: 11:41 שעת הגעה:

Name:	שם: אלגרינאו מחמד	ID No:	204334312	מס. זיהוי:
Address:				כתובת:
Tel: 052- 3749739	טלפון:	Sex: ז	Age: 34.00	גיל:
		Ordered by:		שם המזמין: כללית

Blood Pressure: 125/ 78 לחץ דם: Pulse: 78 דופק: Fever: P.O 36.5 חום: C°
Saturation: 98 סטורציה:

Nurse's Remarks:

הגיע בליווי המשפחה
סובל מכאבי יד שמאל
לא מקבל כדורים לדילול הדם

Complaints:

בן 33
RHD
ברקע בריא
22/06/2026 - בזמן עבודה נחבל באצבע 3 שמאל משולחן כבד אובחן שבר בגליל
דסטאלי
הגעה בעקבות כאבי אצבע 3 ימין
מטופל בפרקוסט 10 מג פעמיים ביום וזלדיאר

Drug Allergy: לא יודע

רגישויות:

Diagnosis: CLOSED FX OF 3RD FINGER LT

אבחנות רפואיות:

Recommendations:

פרקוסט 10 מג לפי צורך למשך חודש
כדור זלדיאר לפי צורך
כדור טרמדיקס 100 מג OD
להתחיל טיפול ב-GABAPENTIN 300 MG, כלומר כדור אחד לפני שינה למשך 3 ימים. לאחר 3 ימים ניתן להוסיף כדור נוסף בבוקר, במידה ולא מופיעות תופעות לוואי. לאחר 3 ימים ניתן להוסיף כדור בצהריים. בהמשך ניתן להוסיף בהדרגה, במרווחים של 3 ימים עד למינון מרבי של 900 מ"ג שלוש פעמים ביום.

המלצות:

הופנו/תה להמשך טיפול ל המשך מעקב רופא המשפחה במרפאה

Physician's Name:

שם הרופא: ד"ר אחמד עיראקי

Licence No.:

מס. רשיון: 32927

Signature:

חתימה וחותמת:

ד"ר אחמד עיראקי
מוקדם
רופא בריד
לילי איכילוב

*** ההפניה למיון תקפה ל- 24 שעות בלבד. *** מסמך זה ונספחיו מכילים מידע רפואי מוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות

במידה ותחול החמרה במצב, על החולה לפנות מידית למוקד בטל': 08-9129199

In case of medical status deterioration refer immediately to call center tel: 08-9129199



סורוקה
מרכז רפואי
אונברסיטאי
מרפאות
פלסטיקה

מקבוצת
כללית

סורוקה
מרכז רפואי אונברסיטאי
מרפאות פלסטיקה

28/07/2026 12:04 135827 מ.ר. גרינברג רוני מ.ר. הופק ע"י ד"ר גרינברג רוני מ.ר.

סיכום ביקור מרפאה כירורגית כף יד

כירורגיה פלסטית
פרופ' זילברשטיין אלדד יצחק :
מ.ר. 22493
מרפאה כירורגית כף יד
פרופ' קריגר ובל יעקב מ.ר. 20315 :
אח/אחות אחראיים: מירב צמח
מס' ביקור: 3732288201
טלפון: 08-6400737
פקס: 08-6768722

שם משפחה:	אלגרנאו	ת. לידה:	30/07/1992
שם פרטי:	מחמד	ת. זהות:	20433431-2
כתובת:	ת.ד. 1, רהט 8535701	מין:	זכר
טלפון:	0523749739	גיל:	33
סוג דם:		מרפאה:	
מחוז:		שם האב:	חסן
גורם מממן:	דרום		

תאריך הביקור: 28/07/2026 שעת ביקור: 11:55

אבחנות בביקור

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P	Rec
FRACTURE OF FINGER(S)	81600						

סיבת הפניה/תלונה/מחלה נוכחית

בן 33, בריא
בתאריך 22/6/26 נחבל ביד שמאל בעבודתו לאחר ששולחן ברזל נפל על כף ידו.
שבר גליל דיסטלי אצבע 3 שמאל עם מעורבות DIPJ

לאורך אשפוז טופל אנטיביוטי IVAB, אנלגטי לפי הצורך והונח בסד גבס מלט ע"י רפוי בעיסוק.
ללא אירועים חריגים לאורך אשפוזו.

בבדיקות היום -

נימון מדדים חיונים תקינים.
יד שמאל - חתך מרוטש בקצה אצבע 3 שמאל
יד ימין - חתך שטחי בבסיס אצבע 1
ויאבילי ללא עדות לסימני זיהום פעיל

היום כאוב מאוד עדיין
פצע מצרטיב מאוד
שימוש בסד ומתלה יד
ביקורת בעוד שבועיים

28/7/26

ביקורת

כאוב מאוד עדיין
חבוש עם פוליסט

לא חזר לפעילות
עדיין מאוד כאוב
נחל הפעלות אגרסיביות - רפוי בעיסוק !!

ביקורת בעוד חודש

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

תרופות מומלצות

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓	עלולה להתפתח תלות בתרופה. בשימוש מעל 7 ימים יש להתייעץ עם רופא המשפחה. שימו לב הטבליה מיועדת למציצה.			7 ימים	1 X 1 ביום	50 mg	Oral	TRAMADOL FLASH (tramadol HYDROCHLORIDE)
✓				14 ימים	1 X 1 ביום	1 unit	Topical	POLYMEM ROLL 10X61 CM (POLYMEM ROLL)



סורוקה
מרכז רפואי
אונברסיטאי
מרפאות
פלסטיקה

מקצוע
כללית



מרכז רפואי אונברסיטאי
מקצועות רפואיים

סיכום ביקור מרפאה כירורגית כף יד

כירורגיה פלסטית
פרופ' זילברשטיין אלדד יצחק מ.ר. 22493:
מרפאה כירורגית כף יד
פרופ' קריגר יובל יעקב מ.ר. 20315:
אח/אחות אחראיים: מירב צמח
מס' ביקור: 3732288201

שם משפחה:	אלגרינאוי	תאריך לידה:	30/07/1992
שם פרטי:	מתמד	ת. זהות:	20433431-2
סוג דם:		שם האב:	חסן

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה (10X61 CM)
------	-------	---------------	---------------	-----	--------	-------	----------	-------------------------

מסמכים נלווים				
ריווח פעולות:	כמות	פעולה	תאריך	נרשם ע"י
קוד שירות 70082	1	בדיקת רופא כירורגיה כף יד במרפאה	28/07/2026 12:03	ד"ר גרינברג רועי מ.ר. 135827
המשך טיפול	קוד פעולה	מועד המשך טיפול - תאריך	מועד המשך טיפול - בעוד כ: הערות	
פעולה			שבועות 4	70082
בדיקת רופא כירורגיה כף יד במרפאה				

חתימה: _____

נחתם ע"י: ד"ר גרינברג רועי מ.ר. 135827

המכתב הודפס על ידי ד"ר גרינברג רועי 28/07/2026 12:04

חסידי אישי

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות.



37410 טספר רשיון
08-6627222 טלפון
08-6627228 זקס
דחום מחוז

ד"ר יוסף אבו מטייר
מומחה לרפואת משפחה
שכונה 18, כיכר אלמלאם
רהט ב'

שם הרופא
תחום
כתובת
מרפאה

תאריך: 30/07/2026

תעודת רפואית נוספת לנפגע בעבודה

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	אלגרינאוי מחמד	מס דהות:	00204334312	גיל:	34.00	ז
ת. לידה:	30/07/1992	ישוב רהט	רחוב ת.ד. 1	טלפון נוסף:	52-3012203		
מס בית:	0	טלפון:	52-3749739				

תאריך תאונה: 22/06/2026

2 תאונות עבודה

סוג תאונה:

אבחנות

אבחנה
קוד
א.י.פ.י.
OPEN FRACTURE OF PHALANX OR PHALANGES OF HAND

הטיפול הנוכחי:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל:

⊙ איננה מסוגלת לעסוק בעבודתה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 01/08/2026	עד יום 20/09/2026 (בכלל)	סה"כ 51 ימים
30/07/2026	30/07/2026	

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

רהט ב'

ד"ר יוסף אבו מטייר, נבחנים דיגיטליים

חתימה וחוממת הרופא ו/או השירות הרפואי המוסמך

חותמת המרפאה

הזכות לגמלה נקבעת על ידי המוסד לביטוח הלאומי ואין התעודה מקנה זכות

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

תעודת רפואית נוספת לנפגע בעבודה

30/07/2026

חודפס ע"י ד"ר יוסף אבו מטייר

00204334312

אלגרינאוי מחמד



כירוקה
מרכז רפואי
אוניברסיטאי
מרפאות
פלסטיקה

מקבוצת
כללית



הופק ע"י ד"ר סמוליוק קריסטית מ.ר. 166136 03/09/2026 12:57

סיכום ביקור מרפאה כירורגית כף יד

כירורגיה פלסטית
פרופ' זילברשטיין אלדד יצחק :
מ.ר. 22493
מרפאה כירורגית כף יד
פרופ' קריגר יובל יעקב מ.ר. 20315 :
אח/אחות אחראיים: מירב צמח
מס' ביקור: 3747910001
טלפון: 08-6400737
פקס: 08-6768722

שם משפחה:	אלגרינאוי	ת. לידה:	30/07/1992
שם פרטי:	מחמד	ת. זהות:	20433431-2
כתובת:	ת.ד. 1, רהט 8535701	מין:	זכר
טלפון:	0523749739	גיל:	34
סוג דם:		מרפאה:	
מחוז:		שם האב:	חסן
גורם מממן:	דרום		

תאריך הביקור: 03/09/2026 שעת ביקור: 12:15

אבחנות בביקור

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקר	SP	MP	Rec
FRACTURE OF FINGER(S)	81600						

סיבת הפניה/תלונה/מחלה נוכחית

בן 33, בריא
בתאריך 22/6/26 נחבל ביד שמאל בעבודתו לאחר ששולחן ברזל נפל על כף ידו.
שבר גליל דיסטלי אצבע 3 שמאל עם מעורבות DIPJ

לאורך אשפוזו טופל אנטיביוטי IVAB, אנלגטית לפי הצורך וחונן בסד גבס מלט ע"י רפוי בעיסוק.
ללא אירועים חריגים לאורך אשפוזו.

בבדיקת היום -
נינוח, מדדים חיונים תקינים.
יד שמאל - חתך מרוטש בקצה אצבע 3 שמאל
יד ימין - חתך שטחי בבסיס אצבע 1
ויאביל ללא עדות לסימני זרזום פעיל

היום כאוב מאוד עדיין
פצע מצרטיבי מאוד
שימוש בסד ומתלה יד
ביקורת בעוד שבועיים

28/7/26

ביקורת

כאוב מאוד עדיין
חבוש עם פולימם

לא חזר לפעילות
עדיין מאוד כאוב
נחל הפעלות אגרסיות - רפוי בעיסוק !!

ביקורת בעוד חודש

03/09/26

בביקורת - אצבע 3 פצע בתהליך ריפוי, ציפורן ישן יציב, שחד בתהליך גדילה
מציג כאב ללא שיפור, גם כאבי לילה
הגבלה בתנועות אנטלגית
צילום - תהליך חיבור

המלצות:

1. נא לבצע CT כף יד שמאל (אצבע 3)
2. רפוי בעיסוק
3. ביקורת בעוד חודש עם תוצעות ב-CT

לא ידועה רגישות לתרופות



מספר רשיון 37410
מספר תעודת זהות 08-6627222
מספר תעודת זהות 08-6627228
מספר תעודת זהות 08-6627228
מספר תעודת זהות 08-6627228
מספר תעודת זהות 08-6627228

שם הרופא ד"ר יוסף אבו מטייר
תחום מומחה לרפואת משפחה
כתובת שכונה 18, כיכר אלסלאם
מספר רהט ב' 0
מספר רהט ב' 0
מספר רהט ב' 0

תאריך: 06/09/2026

הפניה לדימוס

שם המטופל:	אלגרינאוי מחמד	מס זהות:	00204334312	גיל:	34.01	מין:	ז
שם משפחה ופרטי:	אלגרינאוי מחמד	רחוב ת.ד.:	1	טלפון נוסף:	52-3012203	טלפון:	52-3749739
ת.לידה:	30/07/1992	שוב:	רהט	מס בית:	0	מס בית:	0

תאריך תאונה 22/06/2026

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה: 37433054511

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

מספר רשיון



7433



037433054511



0204334312



037410

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

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

לכבוד: CT כף יד שמאל

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78073	L1039 ט.מ. CT שורש יד	תיאור רפואי	שירות רפואי
			10404050

המטופל מתלונן על תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 26/08/2026:
לאחר אשפוז עקב חבלה באצבע 3 כף יד שמאל בזמן עבודה
אובחן שבר גליל דיסטלי באצבע
בוצעה תפירה
טופל אנטיביוטית
הונח סד גבס
30/06/2026
כאבים
נפוחות
01/07/2026
הביא 250
עדיין מתלונן על כאבים
בתאריך 07/07 מוזמן למרפאת כף יד
05/07/2026
כאבים עדים
09/07/2026
14/07/2026
לאחר ביקורת במרפאת כף יד
מוזמן בעוד שבועיים
16/07/2026
עדיין מתלונן על כאבים
מוזמן למרפאת כאב בתאריך 29/07
30/07/2026
לאחר ביקורת כף יד
הומלץ המשך ריפוי בעיסוק
לאחר ביקורת במרפאת כאב-הומלץ המשך טיפול פרקוסט 10 מג לפי צורך
לחודש, להתחיל טיפול ב גאבאבנטין
18/08/2026
עדיין מתלונן על כאבים
ממשיך ריפוי בעיסוק
26/08/2026
עדיין סובלת מכאבים

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לדימוס

06/09/2026

הודפס ע"י ד"ר יוסף אבו מטייר

00204334312

אלגרינאוי מחמד

06/09/2026

לאחר ביקורת אורטופד

סימנים חיוניים גובה 174 נמדד ב: 13/10/2024 משקל 106 נמדד ב: 13/10/2024 BMI 35.01

לחץ דם 81 / 147 נמדד ב: 16/02/2026

דופק 105 נמדד ב: 16/02/2026

eGFR 105.15 מתאריך: 13/01/2025

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

FVC (%) 75

אבחנה משוערת

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

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

תולדות עבר

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

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה

נחתם דיגיטלית

37410

ד"ר יוסף אבו מטייר

חתימה וחוקת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

בפניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על סמך הפניה זו, לאחר קביעת תור לטיפול, ניתן להסדיר את התשלום עבור השירות עד למועד התור באמצעות כרטיס אשראי באתר הכללית. לחילופין, ניתן להפיק ט17 במשרד מרפאת האם. רשימת ביה"ח של הכללית מפורסמת באתר הכללית (www.claalit.co.il).

דף 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לדימוס

06/09/2026

הודפס ע"י ד"ר יוסף אבו מטייר

00204334312

אלגרינאוי מחדד



שם הרופא	ד"ר יוסף אבו מטיר	מספר רישיון	37410
תחום	מומחה לרפואת משפחה	טלפון	08-6627222
כתובת	שכונה 18, ניכר אלסלאם	פקס	08-6627228
מרפאה	רהט ב'	מחוז	דרום

תאריך: 15/09/2026

הפניה לרפואה תעסוקתית

פרטי המטופל:	אלגרינאוי מחמד	מס זהות:	00204334312	גיל:	34.01	מין:	ז
שם משפחה ופרטי:	אלגרינאוי מחמד	רחוב:	תד. 1	טלפון גופי:	52-3012203	מספר רישיון:	00204334312
ת.ל.יד:	30/07/1992	ישוב:	רהט	טלפון:	52-3749739	מספר רישיון:	037410
מס בית:	0	מספר רישיון:	037410	מספר רישיון:	037410	מספר רישיון:	037410

22/06/2026

תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

37433054744

מספר הפניה

גורם שילוח

מספר הפניה

תד נבדק

מספר רישיון



7433



037433054744



0204334312



037410

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70302	K1898	בדיקת כושר עבודה	70302

שם החברה: מ.י. נונה

תפקיד: עובד מפעל ברוח

סוג העבודה: עובד מפעל

כתובת החברה: מוחשב רוקן

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

לחץ דם 147 / 81 16/02/2026

דופק 105 16/02/2026

eGFR 105.15 מתאריך 13/01/2025

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

אבחנה משוערת

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

קוד אפיין

7

דיון/תוכנית טיפולית ההפניות שהופקו ב 06/09/2026
הפניה לדימות - CT מ.ט. 78073 שורשיד
15/09/2026

בעיות פעילות

מגילוי	אפיין	בעיה
01/07/2012		LAP GASTRIC BANDING
01/01/2013		OVERWEIGHT (BMI < 30)
19/12/2021		VITAMIN D DEFICIENCY
01/01/2026		SMOKER
22/06/2026		OPEN FRACTURE OF PHALANX OR PHALANGES OF HAND

בעיות בעבר

מסיום	מגילוי	אפיין	בעיה
01/03/2007	01/03/2007		OBESITY (BMI > 30)

סה"כ 1

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לרפואה תעסוקתית

15/09/2026

הודפס ע"י ד"ר יוסף אבו מטיר

00204334312

אלגרינאוי מחמד



אכון כסא ושיקוק הנסה

שם הרופא: דר' יוסף אלקרנאוי
התמחות: מומחה ברפואת כאב
מספר רשיון: 32897
כתובת: רח' רחא מריאר 9 מגדלי M lower קומה 15, באר שבע
טלפון: 08-9129199
פקס: 08-9129213

בדיקת רופא מס': 00038420 Physician Examination No.:

Date: 15/09/2026 תאריך:
Arrival Time: 15:03 שעת הגעה:

Name:	שם: אלגרינאוי מחמד	ID No:	204334312
Address:	כתובת: רחא		
Tel: 052- 3749739	טלפון:	Sex: ז	Age: 34.01
Ordered by:		שם המזמין: כללית	

Blood Pressure: 134/ 86 לחץ דם: Pulse: 74 דופק: Fever: P.O 36.5 חום: C°
Saturation: 98 סטורציה:

Nurse's Remarks:

הערות אחות: הגיע בליווי המשפחה סובל מכאבי יד שמאל לא מקבל כדורים לחילול חדם

Complaints:

תלונות: בן 33 RHD בריקע בריא 22/06/2026 - בזמן עבודה נחבל באצבע 3 שמאל משולחן כבד אובחן שבר בגליל דיסטלי

הגיעה בעקבות כאבי אצבע 3 ימין מטופל בפרקוסט 10 מג פעמיים ביום וזלדיראר

ביקור חוזר תאריך 15/09/26 מעורב בתאונת עבודה בתאריך 22/06/26, נחבל כאצבע 3 משמאל, אובחן שבר בגליל דיסטלי מתקשה ביישור וכיווץ של האצבע, נעזר בסד, כעת טיפול בריפוי בעיסוק

Drug Allergy: לא יודע

רגישויות:

Physical Exam:

בדיקה גופנית: רגישות והגבלה בתנועות של אצבע 3 משמאל

Diagnosis:

CLOSED FX OF 3RD FINGER LT

אבחנות רפואיות:

Recommendations:

המשך טיפול כושר עבודה לחודש ימים

שם הרופא: ד"ר מיכאל יאיר
 תחום: רופא תעסוקתי
 מספר רשיון: 17229
 כתובת: רח' קלאחור 8, ב"ש. מיקוד: 84581
 טלפון: 08-8243222
 פקס: 08-8243238

מחוז: דרום מרפאה: תעסוקתית ב"ש

תאריך: 05/10/2026

פרטי העובד		אלגרינאו מחמד	
ת.ז.	30/07/1992	מס. זהות	00-20433431-2
שם האב	3012203 - 52	שם משפחה ושם פרטי	ת.ד. 1
ת.ל.ידה	3749739 - 52	מס. בית	0
טלפון נוסף		מס. בית	
נהג משאית + עבודה כללית		מ.י. גונה בע"מ	
מקצוע	מקום עבודה	מושב רגן	
כוננת מקום עבודה			
פרטי מעסיק			
כתובת מעסיק			

טופס סיכום בדיקה רפואית

לכבוד
 רופא משפחה
 אדון/גברת וכבוד/ה,

על סמך המסמכים שעמדו לרשותנו

בתור נהג משאית + עבודה כללית

לפי תוצאות ומסקנות הבדיקה הרפואית מיום 05/10/2026
 וגם לאחר עיון במסמכים הרפואיים העדכניים שהוצגו בפניי וכן הגדרה ופירוט דרישות התפקיד.
 נמצא כי הנ"ל:

לאחר שעיינתי במסמך הרפואי של היועץ הרפואי בעינינו הגעתי למסקנה
 לאור מצבו/ הבריאותי הנוכחי של הנבדק ללא ספק שאינו/ מסוגלת לשוב לעבודתו
 לפי מיטב שפוט המקצועי לא ניתן כיום לחתום את תקופת מוגבלותו.
 המשך חופש מחלה ע"פ המלצתו של הרופא המקצועי שמטפל בו/ה ושיקול דעתי
 של הרופא המשפחה.
 ביקורת לפי הצורך בכוף השיקום וליקראת חזרתו לעבודה



17229

ד"ר מיכאל יאיר

מס' רשיון

שם רופא

הופק ע"י פרופ' שניא עמירם מ.ר. 13867 11:47 05/10/2026

סיכום ביקור מרפאה כירורגית כף יד

כירורגיה פלסטית
פרופ' זילברשטיין אלדד יצחק :
מ.ר. 22493
מרפאה כירורגית כף יד
פרופ' קריגר יובל יעקב מ.ר. 20315 :
אח/אחות אחראיים: מירב צמח
מס' ביקור: 3758013601
טלפון: 08-6400737
פקס: 08-6768722

שם משפחה:	אלגריבאי	ת. לידה:	30/07/1992
שם פרטי:	מחמד	ת. זהות:	20433431-2
כתובת:	ת.ד. 1, רהט 8635701	מין:	זכר
טלפון:	0523749739	גיל:	34
סוג דם:		מדינה:	
מחוז:		שם האב:	חסן
זרע ממון:	דחם		

תאריך הביקור: 05/10/2026 שעת ביקור: 11:34

אבחנות בביקור

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקר	S/P	MP	Rec
FRACTURE OF FINGER(S)	81500						

סיבת הפניה/מחלה נוכחית

בן, 33 בריא
במאריך 22/6/26 נחבל ביד שמאל בעבודתו לאחר ששולחן ברזל נפל על כף ידו.
שבר גליל דיסטלי אצבע 3 שמאל עם מעורבות DIPJ
לאורך אשפוזו טופל אנטיביוטי IVAB, אנלגטיק לפי הצורך ונחנך בסד גבס מלט ע"י רופא בעיסוק.
ללא איחונים חריגים לאורך אשפוזו.
בבדיקת היום -
כוח, מידים חושים ותקנים.
יד שמאל - חתך מרוטש בקצה אצבע 3 שמאל
יד ימין - חתך שטחי בבסיס אצבע 1
ואכילי ללא עזרת לסימני דחום פעיל
היום כאוב מאוד עדין
פצע מצרטיבי מאוד
שימוש בסד ומתלה יד
ביקורת בעוד שבועיים
28/7/26
ביקורת
כאוב מאוד עדין
חבוש עם פוליסם
לא חזר לפעילות
עדין מאוד כאוב
נחל הפעלות אגרסיות - ריפוי בעיסוק !!
ביקורת בעוד חודש

03/09/26

ביקורת - אצבע 3 פצע בתהליך ריפוי, ציפורן ישן יציב, שחר בתהליך גדילה
מציג כאב ללא שיפור, גם כאבי לילה
הגבלה בתנועות אנטגיות
צילום - תהליך חיבור
המלצות:
1. בא לבצע CT כף יד שמאל (אצבע 3)
2. ריפוי בעיסוק
3. ביקורת בעוד חודש עם תוצאות CT
5.10.26 ב- CT שבר מרוסק גליל מרוחק אצבע 3
מתלוק על כאבים עדים באצבע מוגבל מאוד בתנועה

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לתוסמים

תרופות מומלצות

שם התרופה	אופן מתן	מינון	תדירות	משך	אזהרות לניסוק	יחידות לניסוק	הערות	מחש
TRAMADOL FLASH (tramadol)	Oral	50 mg	1 X 1 ביום	7 ימים			עלולה להתפתח תלות בתרופה. בשימוש מעל 7 ימים יש להתייעץ	✓

סיכום ביקור מרפאה כירורגית כף יד

כירורגיה פלסטית
פרופ' דילברשטיין אלדד יצחק מ.ר. 22493:
מרפאה כירורגית כף יד
פרופ' קריגר אבלי יעקב מ.ר. 20315:
אחראות אחראיים: מירב צמח
מס' ביקור: 3758013601

שם משפחה:	אלגרינאני	תאריך לידה:	30/07/1992
שם פרטי:	מחמד	ת. זהות:	20433431-2
סוג דם:		שם האב:	חסן

שם התרופה	אופן מתן	מינון	תדירות	משך	אריזות לטיפול	יחידות לטיפול	הערות	מרשם
HYDROCHLORIDE)							עם רופא המשפחה. שימו לב הטבלה מיועדת למציצה.	
POLYMEM ROLL 10X61 CM (POLYMEM ROLL 10X61 CM)	Topical	1 unit	1 X 1 יום	14 ימים				✓

דיווח פעולות:
קוד שירות: 70082
כמות: 1
פעולה: בדיקת רופא כירורגית כף יד במרפאה
תאריך: 11:43 05/10/2026
גרשם ע"י: פרופ' שגיא עמירם מ.ר. 13867

סיכום והמלצות

5.10.26 ממליץ על המשך טיפול במרפאת כאב
מומלץ פרקוסט (לדבריו עוזר לו בהמלצת מרפאת כאב)
המשך חופשת מחלה ל- שבועות נוספים

המשך טיפול

פעולה

קוד פעולה: מועד המשך טיפול - תאריך מועד המשך טיפול - בעוד כן הערות

70082 שבועות 6

בדיקת רופא כירורגית כף יד במרפאה

חתימה: 
פרופ' שגיא עמירם מ.ר. 13867

נחתם ע"י: פרופ' שגיא עמירם מ.ר. 13867 מ.ר. 13126

המכתב הודפס על ידי פרופ' שגיא עמירם 05/10/2026 11:47

הכסוי איננו חתום

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות.