

מדינת ישראל
משרד הבריאות
לשכת הבריאות המחוזית תל אביב

State of Israel
Ministry of Health
Tel Aviv District Health Office

מדינת ישראל
משרד הבריאות
לשכת הבריאות המחוזית תל אביב

תאריך: 09/08/2020

אל: משרד הרישוי, משרד התחבורה

אישור לפטור מאגרת רישוי ולתו חניה למוגבל בניידות

בתוקף סמכותי לפי תקנה 1 לתקנות התעבורה התשכ"א-1961, אני מאשר בזאת כי
אביזר יעקב ת.ז. 51932937
הינו/ה מוגבל/ת בניידות, הזקוק/ה לרכב כאמצעי תנועה בגלל רגליו/ה הנכות.

פרופ' זור מור
מומחה בבריאות הציבור
מ.ר. 31302 מ.ר. 25330
לשכת בריאות תל אביב

הרופא הממשלתי

המוגבלות נקבעה בהתאם לרשימת הליקויים בתוספת א' להסכם הניידות בין משרד הבריאות
לבין המוסד לביטוח לאומי, התשל"ז - 1977.

Ha'arba'ah St 12
P.O.B. 20301, Tel-Aviv 61203
Tel 03-5684664 Fax 03-5634843

רח' הארבעה 12
ת.ד. 20301, תל-אביב 61203
פקס 03-5684664 טל 03-5634843

מדינת ישראל / לשכת הבריאות המחוזית תל אביב

10/8/20

תאריך:

שם לב:

הבקשה לבדיקה רפואית אינה תביעה לגמלת נידות.
אם תרכוש רכב חדש לפני קבלת האישור להלוואה עומדת - לא תשולם לך הלוואה עומדת בעבורו.

לכבוד

אבינוחור יעקב ת.ז. 51932937

הרב מימון 16/26, בת-ים 5962629

51932937

מספר זהות

הנדון: הודעה על ממצאי הבדיקה הרפואית

לאור הבדיקה הרפואית מיום 30/07/2020 לענין מוגבלות בניידות הגיעה הוועדה למסקנה:

סוג הליקוי נכלל ברשימת הליקויים בסעיף 10 7 10 ונקבע אחוז ליקוי של 40 %

לצמיתות ☒ כן ☐ לא תחילה מתאריך ☐ לא ניתן לקבוע תחילה.

אתה מרותק ☒ לא ☐ כן ☐ לא

אתה זקוק לכיסא גלגלים ומשתמש בו ☒ לא ☐ כן ☐ לא

אתה מסוגל ללכת רק בעזרת מכשירים ארוכים על שתי גפיק התחנות

סוג הליקוי אינו נכלל ברשימת הליקויים המוכים לענין גמלת נידות.

מצורף העתק מדוח הוועדה הרפואית (הפרוטוקול). העתק יישלח למוסד לביטוח לאומי סניף: _____

לידיעתך:

זכותך לערער על החלטת הוועדה הרפואית המצורפת בתוך 60 יום מקבלת ההודעה זו. עליך לשלוח את הערר בכתב אל:

מזכירות הוועדה לעררים, היחידה לגמלת נידות, המרכז הרפואי ע"ש חיים שיבא, ביתן 67 תל השומר, מיקוד 52621.

עליך לציין במכתב הערר את שמך המלא, מס' ת"ז שלך, כתובתך המדויקת וכן את שם לשכת הבריאות שבת נבדקת ואת תאריך הבדיקה.

אם החלטת לערער על הקביעה הרפואית המצורפת, מוצע לך להגיש תביעה לגמלת נידות, רק לאחר שוועדת העררים תבדוק אותך ותקבל את החלטתה.

לתשומת ליבך, המוסד לביטוח לאומי רשאי גם הוא לערער על החלטת הוועדה הרפואית, בתוך 60 יום מקבלת ההודעה על החלטת הוועדה הרפואית, או בתוך 60 יום מקבלת תביעה לגמלת נידות.

~~ד"ר אודי קלינר~~

בכבוד רב,

לשכת הבריאות מחוז ת"א
הארבעה 12
תל-אביב 6473912

מ.ר. 31302 מ.ר. מ. 25330
לשכת בריאות תל-אביב
מ.ר. 31302 מ.ר. מ. 25330
מוסדה בבריאות הציבור

חתימת הרופא המוסמך וחזמתו

הנחיות המוסד לביטוח לאומי לנבדק:

א. אם לפי הבדיקה הרפואית סוג מוגבלותך נכלל ברשימת הליקויים, ייתכן, שאתה זכאי להטבות בניידות מהמוסד לביטוח לאומי. כדי שנוכל לבדוק את זכאותך להטבות אלה, עליך להגיש תביעה לגמלת נידות בטופס תביעה לגמלת נידות בל/8200, שאפשר להוריד גם מאתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il, כפוף לתנאי שלהלן:

את התביעה יש להגיש בסניף המוסד לביטוח לאומי באזור מגוריך או לחילופין לשלוח בדואר. חובה לצרף אליה את המסמכים המפורטים בגוף התביעה.

ב. אם תגיש למוסד לביטוח לאומי תביעה בתוך חודשיים מהיום שבו בשלחה אליך החלטת הוועדה הרפואית המחוזית או הוועדה הרפואית לעררים (הקובעת לך מוגבלות בניידות עפ"י הרשימה המופיעה בעמודים 4-5) - אתה עשוי להיות זכאי לקצבת נידות מיום הגשת הבקשה לבדיקה רפואית בלשכת הבריאות המחוזית, אם בתקופה זו מתקיימים כך גם כל תנאי הזכאות האחרים.

ג. אם מלאו לך 67 שנים לפחות ולא קיבלת הטבות בניידות לפני הגיעך לגיל זה, עליך להגיש תביעה לגמלת נידות למוסד לביטוח לאומי בתוך חודשיים מהיום, שבו קיבלת את החלטת הוועדה הרפואית או הוועדה הרפואית לעררים. אם לא תעשה כן - לא תהיה זכאי לקבלת הטבות בניידות.

לשאלות ולבידורים יש לפנות למוסד לביטוח לאומי בטלפון *6050 או לטלפון 04-8812345.

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך מיועד לנשים ולגברים כאחד

בל/ 8221 (08.2012)

מס' ת.ז:	7	5193293	שם משפחה	אמיליה	שם פרטי	יצק
----------	---	---------	----------	--------	---------	-----

ס.ב.

פרוטוקול הועדה הרפואית

תאריך הגשת הבקשה	13.5.20	תאריך ישיבת הוועדה	30.7.20	תאריך משלוח	10/8/20
------------------	---------	--------------------	---------	-------------	---------

1. פרטים אישיים:

ת. לידה:	11.7.53	מין:	ז	טל:	בית	נייד	0528906370
כתובת:	רחוב	מרחב אילון	מס בית	16/26	ישוב	בת ים	מיקוד

- הנבדקת זוהה/תה על פי תעודה מזהה: ☒ כן ☐ לא
- נוכחות הנבדק: נוכח ☒ סיכום ללא נוכחות ☐ לא נוכח
- ועדה עם צפייה בוידאו: כן ☐ לא ☐ תאריך הצילום:
- הגורם המפנה: התובע ☒ המליל ☐ בית המשפט ☐
- סוג פניה: ראשונה ☐ חוזרת ☒ החמרה ☐

2. ועדות ניידות קודמות:

תאריך	סוג ועדה (עזר/מחוזית)	סעיף מוגבלות בניידות	אחוז מוגבלות בניידות
17.9.17	מחוזית	לא נכלל	

3. מסמכים רפואיים שעמדו בפני הוועדה:

3.1 כללי

מס.	תאריך המסמך	שם המוסד או הרופא נותן המסמך	מס.	תאריך המסמך	שם המוסד או הרופא נותן המסמך
1.	26.4.20	מכבי	7.		
2.	27.4.20	מכון סרי	8.		
3.			9.		
4.			10.		
5.			11.		
6.			12.		

- הומצא אישור רופא / פיזיותרפיסט המאשר את הצורך בשימוש בכסא גלגלים ☐ כן ☒ לא
- הומצא קבלה המאשרת רכישת כסא גלגלים ע"ש הנבדק או הומצא אישור על השכרת כסא גלגלים ע"ש הנבדק, מלפני 6 חודשים לפחות ☐ כן ☒ לא
- תאריך רכישה / השכרה

מס' ת.ו.	7	5193293	שם משפחה	אביאלה	שם פרטי	יעקב
----------	---	---------	----------	--------	---------	------

ס"ב

4. תלונות ותולדות המחלה או הפגיעה (כולל תאריכים):

בן 63, סובל מחוסר יציבות ואכזבים נוראיים. הרגליים צקק נוראיים סכרתיות. ידוע על מחלת כלי דם כריסרית.

האם משתמש בכסא גלגלים: כן ☐ לא ☒

5. ממצאי הבדיקה הרפואית:

א. כללי (כולל תיאור החליכה, השימוש במכשירי עזר או תיאור תותבת ותמיכה)

הליכה מהוססת, צעדים לא יציבים קטנים ובמרכזיים. מצב כבדות וצל חסוס 3, נתמך במקל הליכה, אוחז אותו ביד שמאל. הליצ עם צו"ד אריאל סרייבר.

האם מדוות שמשמש בכסא גלגלים: כן ☐ לא ☒

ב. צפייה בוידאו

האם הנבדק זיהה עצמו בוידאו: כן ☐ לא ☐

ג. בדיקה אורתופדית

1. תנועות המפרקים: (פרט במעלות את טווח התנועה בשני הצדדים גם אם הפגיעה בצד אחד בלבד).

שאל	מפרקי הקרסוליים	ימין
	כיפוף פלנטרי	
	כיפוף דורולי	
	אינברסיה (וארוס)	
	אברסיה (ואלגוס)	
	קשיון בתנועה	

שאל	מפרקי הברכיים	ימין
	כיפוף בישיבה	
	ישור בעמידה	
	אי יציבות:	
	קדמית	
	אחורית	
	צדדית חיצונית	
	צדדית פנימית	
	סימן מגירה	
	קשיון בזוית	
	קשיון בישור	

שאל	מפרקי הירכיים	ימין
	כיפוף	
	ישור	
	סיבוב פנימי	
	סיבוב חיצוני	
	אבדוקציה	
	אדוקציה	
	קשיון	
	כווצה כיפופית	

2. החלפת מיפרקים

שאל	מפרקי הירכיים	ימין	שאל	מפרקי הברכיים	ימין	שאל	מפרקי הקרסוליים	ימין
	תאריך החלפה אחרונה			תאריך החלפה אחרונה			תאריך החלפה אחרונה	
	מס' החלפות			מס' החלפות			מס' החלפות	
כן ☐ לא ☐	כן ☐ לא ☐	כן ☐ לא ☐	כן ☐ לא ☐	כן ☐ לא ☐	כן ☐ לא ☐	כן ☐ לא ☐	כן ☐ לא ☐	כן ☐ לא ☐

מס' ת.ז.	7	5193293	שם משפחה	אפילותר	שם פרטי	יצק
----------	---	---------	----------	---------	---------	-----

סב

3. קטיעות (בכל צד יש לרשום את תאריך הקטיעה)

ימין	גובה הקטיעה	שאל	שימוש בפרותוח: אם לא פרט מה הסיבה
	אצבעות (פרט איזה בכל)		
	קטיעה חלקית של כף רגל		כן ☐ לא ☐
	דיסארטיקולציה, קרסול		כן ☐ לא ☐
	מתחת לברך		כן ☐ לא ☐
	זרד הברך		כן ☐ לא ☐
	מעל הברך		כן ☐ לא ☐
	דיסארטיקולציה, מפרק הירך		כן ☐ לא ☐

4. אורד גפה (מ-ASIS עד הפטישון הפנימי)

גפה שמאלית:

גפה ימנית:

5. צילומי רנטגן ובדיקות אחרות

5.2 א) ציין איזו בדיקה/צילום: EMG, CT, MRI וכו' ותאריך ביצוע.

הערה: לגבי מפרק מדומה יש לפרט באיזה עצם ובאיזה צד.

EMG - 27.4.20: סולני וירוסים אקסונליים סנסו-מוטורית, קרוב לוודאי על רקע סכרת.

כן ☐ לא ☐

5.3 ב) האם יש מפרק מדומה?

כן ☐ לא ☐

5.3 ג) האם קיימת נקיעה?

6. סיכום ממצאי הבדיקה האורתופדית:

ד. בדיקה נוירולוגית

ד.1. בדיקת שרירים: (כח גס בסולם 0-5)

ימין	השריר	שנאל
5/5	Ileopsoas	5/5
5/5	Quadriceps	5/5
5/5	Gluteus max.	5/5
5/5	Tibialis ant.	5/5
5/5	Gastrocnemius	5/5
5/5	Exten. H. long.	5/5
5/5	Peronei	5/5

ספסטייות: כן ☐ לא ☒

מס' ת.ז.	7	5193293	שם משפחה	אבינא	שם פרטי	יעקב
----------	---	---------	----------	-------	---------	------

סב
ד. תפקודים סרבליים:

הליכת Tandem עקב בצד אגודל

הליכה בעיניים עצומות

מבחן עקב-כרד

מבחן אצבע-אף

ד. 3. סיכום ממצאי הבדיקה הנוירולוגית:

ההליכה לא צנוחה רגלים ולא ארכים שמצותי של אסקסיה.
דיאלוז שריים מידים ורועם לדיאלוז קל של שריים השוקיים, טנוס מאור. הפרעה במבחן
רואגרס וקושי ניכר בהליכת טנדם (בתמיכת הוודק).

ה. בדיקת כלי דם:

שםאל	דפקים	ימין
	A. Femoralis	
	A. Poplitea	
	A. Tibialis Post	
	A. Dorsalis Pedis	

שםאל	כללי	ימין
	צבע	
	חום	
	שינויים טרופיים	

ממכון

מתאריך

ה. 3. בדיקת דופלר

שםאל	בדיקת דופלר	ימין
	אינדקס במנוחה	
	אינדקס במאמץ (מבחן או Reactive Hyperemia/Tip Toeing)	
	אחוז שינוי לאחר מאמץ	
	Pulse Volume Recording (מ"מ)	
	Pulsatility Index (מ"מ)	
	גל דופלר בכף הרגל (מונופוזי/ביפוזי טריפוזי)	

ה. 4. ממצאי בדיקת כלי דם:

מס' ת.ז.:	7	5193293	שם משפחה	אמיליה	שם פרטי	יצק
-----------	---	---------	----------	--------	---------	-----

ב.ס

ה. החלטות הועדה

1.1 כללי

סוגל מסלולי נורמטיבי סכרתי עם אפלה פניידות הנופצת מהכרעה פסיווי האסקל.

2.1 מוגבלות בניידות:

א. נכלל ברשימה: כן ☒ לא ☐

ב. אם נכלל ברשימה:

סעיף מוגבלות בניידות	חלקי	מותאם	אחוז מוגבלות	לצמיתות	לא לצמיתות		תאריך תחילת והנמקה
					יציב	זמני	
k 7 k	כן ☐ לא ☒	כן ☐ לא ☒	40	כן ☒ לא ☐			
	כן ☐ לא ☐	כן ☐ לא ☐		כן ☐ לא ☐			
	כן ☐ לא ☐	כן ☐ לא ☐		כן ☐ לא ☐			
סה"כ אחוז מוגבלות			40				

ג. לא ניתן לסיכום, נמק:

מס' ת.ז.:	7	5193293	שם משפחה	אמיליה	שם פרטי	יעקב
-----------	---	---------	----------	--------	---------	------

ס.ב

3.1. כסא גלגלים ומכשירים אורתופדיים:

המוגבל בניידות זקוק לכסא גלגלים/עגלת ילדים ומשתמש בו: כן ☐ לא ☒ תחילת ההודקקות

המוגבל בניידות מרותק לצמימות לכסא גלגלים/עגלת ילדים/מיטה: כן ☐ לא ☒ תחילת ההודקקות

המוגבל בניידות מסוגל ללכת רק בעזרת מכשירים ארוכים על שתי גפיו התחתונות: כן ☐ לא ☒

4.1. אם ההחלטה שונה מהחלטות קודמות, נמק:

חל שיפור
חלה החמרה
ממצאים שונים
אחר

הערה: ניתן לסמן יותר מאפשרות אחת

חברי הועדה	שם	מומחיות	חתימה
יו"ר:	פרופ' מור	בריאות הציבור	חתום במקור
מומחה:	ד"ר חרמוש	אורטופדיה	חתום במקור
מומחה:	ד"ר טייטלר	נירולוגיה	חתום במקור
מזכירה:	איריס		חתום במקור