

ARIEL FREIBERG, ADV
IGAL RASKIN, ADV

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד

Office@freiberg-law.com

7 ABA HILLEL ST (SILVER BUILDING)
RAMAT GAN, 5252204
Tel 03-7412358, Fax 077-3180983

רחוב אבא הלל 7 (בית סילבר)
רמת גן 5252204
טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

1/6/23

מ.ל.ב.

לכבוד
פרופ' אברהם גנאל
מרחוב סוקולוב 86 א'
רמת השרון 47237

פרופ' נכבד,

הנדון: ת.א. 13162-07-22 קלדרון נ' הפניקס חברה לביטוח בע"מ ואח'
תאונה מיום 13/4/2021

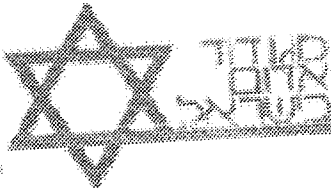
1. כב' מונה כמומחה רפואי בתחום האורתופדי לבדיקת מרשתי, התובעת באמצעות אפוסטרופסיה הטבעיים, אשר נפגעה בתאונת דרכים בתאריך 13.4.2021, ולקביעת נכותה הנובעת מן התאונה.
2. רצ"ב לעיון כב' התייעוד רפואי הרפואי בעניינה.
3. בהתאם להחלטת בית המשפט הנכבד, בשכר טרחת כב' תישא הנתבעת, הפניקס חברה לביטוח בע"מ.
4. אודה לכב' באם יודיעני מועד לבדיקת מרשתי.
5. את חוות הדעת מתבקש כב' להמציא לצדדים.


רכב רב ונתונה,

אריאל פרייברג, עו"ד

העתק:

עו"ד זהבה פלושניק
באמצעות דוא"ל



דו"ח רפואי (צוות ALS)

תאריך: 13/04/2021
ארוע: 2648

מספר טופס: 14448842

פרטים אישיים של המטופל:

ת.ז: 329484786

שם משפחה: קלדרון

שם פרטי: מיה

מין: נקבה

תאריך לידה: 18/04/2006

גיל: 14.1

כתובת: לפיד, הרי ירושלים, 41

מקור זיהוי: תעודה

קופת חולים: מכבי

נייד: 0534238133

כתובת האירוע כפי שנמסר ביומן מוקד: מודיעין מכבים רעות, צאלון, 1

פרטי אפוסטרופוס:

ת.ז: 32914772

שם פרטי: מיטל

שם משפחה: קלדרון-מיכאלי

טלפון: 0523755881

אנמנזה:

תלונה עיקרית: נסעת ברכב לאחר תאונת דרכים בה היו מעורבים 2 כלי רכב
מחלה נוכחית: בת 14, בריאה בדרך כלל. לאחר תאונת דרכים בה היו מעורבים 2 כלי, המטופלת הייתה נסעת ברכב שעמד בצידו הצד
לדברי האם רכב אחר פגע ברכבם.
בהגיענו למקום נמצאה ישובה בכיסא לצד הנהג.
בבדיקה, בהנחה מלאה, ללא סימני מצוקה נשימתית, בהאזנה לריאות כניסת אוויר טובה ושנוה דו צדדית, סטורציה באוויר חדר 99%, ללא
חיוורון או הזעה, במוניטור קצב סינוס, יציבה המודינמית, מתלוננת על כאבים באגן מצד ימין, טופלה בפנסטיל נאזלי, עם הקלה בכאב.
ללא סיפור בחילות/הקאות/סימני חבלת ראש/אובדן הכרה.
פונתה בליווי אימה שגם היא מטופלת לביהח אסף הרופא.

היסטוריה רפואית:

מחלות עבר: ללא מחלות רקע

מחלות זיהומיות: ללא מחלות מדבקות

תרופות: לא נוטל תרופות

רגישויות: לא ידוע על רגישויות

בדיקות כלליות

בדיקות	אמבולנס מס' 144 - בדיקה 1	אמבולנס מס' 144 - בדיקה 2	אמבולנס מס' 144 - בדיקה 3
הקאות	14.05	14.15	14.32
נשימות	ללא בחילות	ללא בחילות	ללא בחילות
קצב נשימה	נושם	נושם	נושם
דופק	22	16	16
דופק לדקה	סדיר	סדיר	סדיר
הכרה	92	88	90
עור ורידות	מלאה A	מלאה A	מלאה A
בטן	תקין	תקין	תקין
סרגל כאב	לא רגישה, רכה	לא רגישה, רכה	לא רגישה, רכה
משקל	7	6	5
בדיקות נירולוגיות	50		
פנים	חיוך סימטרי		
כח גס	תקין		
דיבור	תקין		
שקלול GCS	15	15	15
RTS	12	12	12

בדיקות עזר

בדיקות	אמבולנס מס' 144 - בדיקה 1	אמבולנס מס' 144 - בדיקה 2	אמבולנס מס' 144 - בדיקה 3
ריאה שמאלית	14.05	14.15	14.32
ריאה ימנית	נקי	נקי	נקי
SPO2 באוויר החדר	נקי	נקי	נקי
לחץ דם	99	99	99
קצב לב	121/86	125/65	124/67
אישונים שווים	N.S.R	N.S.R	N.S.R
אישון שמאלי	נ	נ	נ
אישון ימני	תקין	תקין	תקין
	תקין	תקין	תקין

אבחנה משוערת: חבלת אגן

טראומה:

ירך ימין: כאב, חבלה קלה

אמבולנס מס' 144 - בדיקה 1	אמבולנס מס' 144 - בדיקה 2	אמבולנס מס' 144 - בדיקה 3
14:05	14:15	14:32
בדיקות	בדיקות	בדיקות
טיפול שניתן	טיפול שניתן	טיפול שניתן
פעולות שנקטו	פעולות שנקטו	פעולות שנקטו
עירוי פריפרי	עירוי פריפרי	עירוי פריפרי
מס' נסיעות	מס' נסיעות	מס' נסיעות
2		

תרופות

אמבולנס מס' 144 - בדיקה 1	אמבולנס מס' 144 - בדיקה 2	אמבולנס מס' 144 - בדיקה 3
14:05	14:15	14:32
בדיקות	בדיקות	בדיקות
תרופות שניתנו	תרופות שניתנו	תרופות שניתנו
תרופה 1	תרופה 1	תרופה 1
מינון	מינון	מינון
דרך מתן	דרך מתן	דרך מתן
FENTANYL		
mcg 75.00		
IN		

סירוב פינוי



סודי רפואי

טלפון: 08-9779160

מעודכן ל: 19/04/21

מחלקה: אורת' ילדים

פקס: 08-9779161

שעה: 20:24

מנהל מח': דר. שטרית

סיכום ביניים - 11648826

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, תשנ"ו - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 ואין למסור אותו ו/או את תוכנו ו/או איזה פרט שהוא ממנו לכל אדם ו/או גוף אלא בהתאם להוראות בחוק. מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלו, מהווה עבירה.

מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא המטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי

קלדרון נוי

ז: 32948478-6 מין: נקבה ת. לידה: 18/04/06 גיל: 15 ש
1: 052-3755881 טל. 2: 08-9731743 שם האב: איציק יצחק שם האם: מיטל
מצב משפחתי: ר קופ"ח: מכבי איש קשר: קלדרון
איציק יצחק
כתובת: הרי ירושלים 41, לפיד, 7313300

נתוני אשפוז

קבלה לביה"ח: 13/04/21 קבלה למחלקה: 14/04/21 שעה: 01:12
סיכום ביניים מעודכן לתארי 17/04/21

אבחנות נוכחיות

835.00 - CLOSED DISLOCATION OF HIP, UNSPECIFIED SITE (RT)

רגישויות

לא ידוע

הרגלים

Behavior

אין הרגלים מיוחדים

תלונה עיקרית

כאבים במפרק ירך ימין לאחר תאונת דרכים

מחלה נוכחית

בת 15 שנים, בריאה ומחוסנת, התקבלה למיון בעקבות תאונת דרכים כשהרכב בו ישבה התנגש ברכב נוסע. ישבה לצד הנהג, לא הייתה חגורה. כריות אוויר נפתחו. בקבלתה למיון - הוכנסה לחדר הלם. הלינה על כאבים במפרק ירך ימין. בבדיקתה יציבה המודינמית ונשימתית.

בבדיקת אורתופד - שוכבת במיטה כאובה, מניעה צוואר בחופשיות לכל הכיוונים ללא סימני חבלה בעמו"ש, ללא רגישות מידליין או פראוורטברלית, רגל ימין מכופפת אנטלגית בגלל כאבים במפשעה ובמפרק הירך, ללא דהפורמציה או פגיעה עורית, ללא סימני חבלה בירך, רגישות במפרק הירך, במפשעה ובחלק מדיאלי פרוקסמלי של הירך, ללא רגישות בברך או קרסול, כח גס תקין, כאבים ביישור הירך, תחושה שמורה ללא חסר NV.

הוחלט על ביצוע CT - שם רושם לפריקת ירך. הוחלט על ביצוע רדוקציה. טרם זאת טופלה באוקסיקוד ואקמול.
לצורך ביצוע הפרוצדורה ולשם הפחתת הכאב והחרדה ניתן טיפול בקטמין תוך ורידי.
במהלך הפרוצדורה בוצע ניטור רציף של דופק, לחץ דם וריווי חמצן. לא נצפו ארועים חריגים במהלך הפרוצדורה והתאוששות.

במיון בוצעה תחת סדציה רדוקציה של מפרק הירך. בבדיקתו - רושם לחוסר יציבות בפלקציה בכ60 מעות. בשאר המנחים יציב.
בבדיקת הברך - המטומה לאטרלית קלה. טווח מלא. יציבות שמורה. ללא תפליט. הורכבה מתיחה עורית.

י.לום ביקורת - עמדה תקינה ל מפרק הירך שבר קיר אחורי באצטבולום.

בדיקה גופנית בקבלה

מצב כללי

מצב כללי טוב, בהכרה מלאה GCS 15, ללא קשיון עורף, מילוי קפילרי תקין, טורגור עור תקין, ללא מצוקה נשימתית. לוע תקין, נשימה בועית, קולות לב תקינים ללא אוושות, בטן רכה לא רגישה ללא הגדלת אברים ללא גושים, ללא פריחה בעור.

מדדים

תאריך בדיקה: 14/04/21 שעה: 02:51

בית חזה וריאות

כניסת אוויר שווה וטובה דו"צ

ל וכלי דם

דופק סדיר ללא אוושות

בטן

רכה לא רגישה ללא אורגנומגליה

שריר ושלד

כמתואר מעלה

מצורף נספח תוצאות מעבדה

סיכום ודיון

בת 15, רקע כמתואר.
התקבלה למחלקתנו לאחר פריקה אזורית של מפרק ירך ימין. לאחר שחזור סגור במיון, דווח ע"י הרופאים המטפלים במיון כי המפרק איננו יציב לאחר ההחזרה.

עברה MRI ביקורת: עמדה תקינה של ראש הירך באצטבולום.
מודגם פרגמנט גרמי חופשי פוסטריורי לראש הירך בתוך רקמות רכות, פרגמנט חופשי
זעיר סמוך לאספקט תחתון של האצטבולום.

טופלה במתיחה עורית לאורך האישפוז.

CT אגן 19.04.21: מפרק ירך ימין משוחזר, פרגמנט קיר אחורי בגודל מעל 30%, מספר
פרגמנטים קטנים תוך פרקיים.

הוחלט על רדוקציה פתוחה, פתיחה של המפרק וקיבוע של הפרגמנט. הוסברו פרטי
הניתוח למשפחה לרבות מהלך וסיכונים.
טופלה במהלך האישפוז במתיחה עורית וטיפול מניעתי בקלקסן.
בתאריך ה-19.04.21, המשפחה מעוניינת להעבירה לבית חולים אחר למנתח ספציפי בו
בחרו שיבצע את הפרוצדורה. הוסבר כי העברה יכולה לגרום לפריקה חוזרת עקב חוסר
יציבות. הוסברו כל הסיכונים בהעברה. הוריי הנערה חתמה על סירוב אישפוז ואשר
הבינה את ההשלכות.

וחררת להמשך טיפול בבית החולים שיבא לפי בקשתה עם ההמלצות הבאות:

המלצות

1. מעבר באמבולנס, עם מתיחה עורית לרגל ימין לכל אורך ההעברה.
2. המשך טיפול בבית החולים שיבא, לשם בחרו לעבור.

חתימה

רופא מאשר: דר. פרסיץ, יונתן

מספר רשיון: 135296

19/04/21 20:24

חתימה:

לזכויות שלכם מכל הגורמים חפשו בגוגל "כל זכות אחרי אשפוז" כל זכות זכותן לדעת, זכותן לקבל www.kolzchut.org.il	"קול הבריאות" 5400* לכל יחידות משרד הבריאות "כל הבריאות" המערכת לבדיקת זכויות: call.gov.il	משרד הבריאות נחיים בריאים יותר חטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים
--	--	--



**המרכז
 הרפואי
 שמיר**



סודי רפואי

נספח תוצאות מעבדה

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, תשנ"ו - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 ואין למסור אותו ו/או את תוכנו ו/או איזה פרט שהוא ממנו לכל אדם ו/או גוף אלא בהתאם להוראות בחוק. מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלו, מהווה עבירה.

מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא המטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי

קלדרון נויה

ת.ז: 32948478-6

מחלקה משחררת: אורת' ילדים

מקרה: 11648826

נכון לתאריך: 13/04/2021

ולשעה: 22:06:00

תאור	טווח הנורמה ביח'	ת. לקיחה ערך ראשון	ערך ראשון	תרשים ערך ראשון	ת. לקיחה ערך אחרון	ערך אחרון	תרשים ערך אחרון
------	------------------	--------------------	-----------	-----------------	--------------------	-----------	-----------------

תוצאות כימיה בדם

					13.04.21	>60	GFR (Glomerular filtration rate) estimated
					13.04.21	תקין	Hemolytic Index - blood
	280-300	13.04.21	284	[*.....]			Osmolality calculated - blood
		13.04.21				תקין	Icteric Index - blood
		13.04.21				תקין	Lipemic index - blood
	96-106	13.04.21	102	[....*....]			Chloride - blood
	0.57-0.87	13.04.21	0.68	[..*.....]			Creatinine - blood
	60-100	13.04.21	113 H	[.....]*			Glucose - quantitative - blood
	3.10-5.10	13.04.21	4.40	[....*....]			Potassium - blood
	135-145	13.04.21	136	[*.....]			Sodium - blood
	20.0-45.0	13.04.21	32.0	[...*.....]			Urea - blood

תאור	טווח הנורמה ביח'	ת.לקיחה ערך ראשון	ערך ראשון	תרשים ערך ראשון	ת.לקיחה ערך אחרון	ערך אחרון	תרשים ערך אחרון
------	------------------	----------------------	-----------	--------------------	----------------------	-----------	--------------------

תוצאות ספירת דם

	Leukocytes - blood	4.0-11.0	13.04.21	15.1 H	[*.....]		
	Hct (Hematocrit) - blood	35.0-47.0	13.04.21	35.9	[*.....]		
	MCV (Mean Corpuscular Volume) - blood	81.0-95.0	13.04.21	81.2	[*.....]		
	MCH (Mean corpuscular hemoglobin) - blood	26.0-32.0	13.04.21	26.6	[*.....]		
	MCHC (Mean Corpuscular Hemoglobin Concentration) - blood	32.0-36.0	13.04.21	32.8	[*.....]		
	RDW (Red cell Distribution Width) - blood	12.0-14.7	13.04.21	13.2	[..*.....]		
	MPV (Mean platelet volume) - blood	7.3-11.5	13.04.21	8.8	[..*.....]		
	Neutrophils % - blood		13.04.21	87.1			
	Lymphocytes % - blood		13.04.21	9.3			
	Monocytes % - blood		13.04.21	3.4			
	Basophils % - blood		13.04.21	0.2			
	Neutrophils No. - blood	2.0-7.7	13.04.21	13.2 H	[*.....]		
	Lymphocytes No. - blood	1.0-4.0	13.04.21	1.4	[*.....]		
	Monocytes No. - blood	0.2-1.2	13.04.21	0.5	[*.....]		
	Eosinophils No. - blood	0.0-0.7	13.04.21	0.0	[*.....]		
	Basophils No. - blood	0.0-0.2	13.04.21	0.0	[*.....]		
	Eosinophils - blood		13.04.21	0.0			
	Normoblasts % - blood		13.04.21	0.0			
	NRBC (Nucleated red blood cells) No. - blood		13.04.21	0.0			
	Hb (Hemoglobin) - blood	11.7-15.7	13.04.21	11.8	[*.....]		
	RBC - blood	3.8-5.2	13.04.21	4.4	[...*.....]		
	Platelets automated count - blood	140-450	13.04.21	336	[....*.....]		

תפקודי קרישה

	PT, INR - blood	0.80-1.20	13.04.21	1.13	[.....*.]		
	PT, seconds - blood	9.7-13.0	13.04.21	14.0 H	[*.....]		
	PTT - blood	23.0-36.0	13.04.21	27.2	[*.....]		
	PTT ratio - blood	0.77-1.25	13.04.21	0.91	[*.....]		



יודי רפואי

נספח תוצאות מעבדה

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, תשנ"ו - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 ואין למסור אותו ו/או את תוכנו ו/או איזה פרט שהוא ממנו לכל אדם ו/או גוף אלא בהתאם להוראות בחוק. מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלו, מהווה עבירה.

מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא המטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי

קלדרון נוייה

מקרה: 11648826

מחלקה משפחתית: אורת' ילדים

ת.ז: 32948478-6

ולשעה: 22:06:00

נכון לתאריך: 13/04/2021

תאור	טווח הנורמה ביח'	ת.לקיחה ערך ראשון	ערך ראשון	תרשים ערך ראשון	ת.לקיחה ערך אחרון	ערך אחרון	תרשים ערך אחרון
------	------------------	-------------------	-----------	-----------------	-------------------	-----------	-----------------

תוצאות כימיה בדם

					13.04.21	>60	GFR (Glomerular filtration rate) estimated
					13.04.21	תקין	Hemolytic Index - blood
	280-300	13.04.21	284	[*.....]	13.04.21	תקין	Osmolality calculated - blood
		13.04.21	תקין		13.04.21	תקין	Icteric Index - blood
		13.04.21	תקין		13.04.21	תקין	Lipemic index - blood
	96-106	13.04.21	102	[....*....]	13.04.21	תקין	Chloride - blood
	0.57-0.87	13.04.21	0.68	[..*.....]	13.04.21	תקין	Creatinine - blood
	60-100	13.04.21	113 H	[.....]*	13.04.21	תקין	Glucose, quantitative - blood
	3.10-5.10	13.04.21	4.40	[....*....]	13.04.21	תקין	Potassium - blood
	135-145	13.04.21	136	[*.....]	13.04.21	תקין	Sodium - blood
	20.0-45.0	13.04.21	32.0	[....*.....]	13.04.21	תקין	Urea - blood

תאור	טווח הנורמה ביח'י	ת.לקיחה ערך ראשון	ערך ראשון	תרשים ערך ראשון	ת.לקיחה ערך אחרון	ערך אחרון	תרשים ערך אחרון
------	-------------------	-------------------	-----------	-----------------	-------------------	-----------	-----------------

תוצאות ספירת דם

							Leukocytes - blood
							Hct (Hematocrit) - blood
							MCV (Mean Corpuscular Volume) - blood
							MCH (Mean corpuscular hemoglobin) - blood
							MCHC (Mean Corpuscular Hemoglobin Concentration) - blood
							RDW (Red cell Distribution Width) - blood
							MPV (Mean platelet volume) - blood
							Neutrophils % - blood
							Lymphocytes % - blood
							Monocytes % - blood
							Basophils % - blood
							Neutrophils No. - blood
							Lymphocytes No. - blood
							Monocytes No. - blood
							Eosinophils No. - blood
							Basophils No. - blood
							Eosinophils - blood
							Normoblasts % - blood
							NRBC (Nucleated red blood cells) No. - blood
							Hb (Hemoglobin) - blood
							RBC - blood
							Platelets automated count - blood

תפקודי קרישה

							PT, INR - blood
							PT, seconds - blood
							PTT - blood
							PTT ratio - blood

תאור	טווח הנורמה ביח'	ת.לקיחה ערך ראשון	ערך ראשון	תרשים ערך ראשון	ת.לקיחה ערך אחרון	ערך אחרון	תרשים ערך אחרון
------	------------------	-------------------	-----------	-----------------	-------------------	-----------	-----------------

תוצאות ספירת דם

				[.....]*	15.1 H	13.04.21	4.0-11.0	Leukocytes - blood
				[*.....]	35.9	13.04.21	35.0-47.0	Hct (Hematocrit) - blood
				[*.....]	81.2	13.04.21	81.0-95.0	MCV (Mean Corpuscular Volume) - blood
				[*.....]	26.6	13.04.21	26.0-32.0	MCH (Mean corpuscular hemoglobin) - blood
				[*.....]	32.8	13.04.21	32.0-36.0	MCHC (Mean Corpuscular Hemoglobin Concentration) - blood
				[...*.....]	13.2	13.04.21	12.0-14.7	RDW (Red cell Distribution Width) - blood
				[..*.....]	8.8	13.04.21	7.3-11.5	MPV (Mean platelet volume) - blood
					87.1	13.04.21		Neutrophils % - blood
					9.3	13.04.21		Lymphocytes % - blood
					3.4	13.04.21		Monocytes % - blood
					0.2	13.04.21		Basophils % - blood
				[.....]*	13.2 H	13.04.21	2.0-7.7	Neutrophils No. - blood
				[*.....]	1.4	13.04.21	1.0-4.0	Lymphocytes No. - blood
				[..*.....]	0.5	13.04.21	0.2-1.2	Monocytes No. - blood
				[*.....]	0.0	13.04.21	0.0-0.7	Eosinophils No. - blood
				[*.....]	0.0	13.04.21	0.0-0.2	Basophils No. - blood
					0.0	13.04.21		Eosinophils % - blood
					0.0	13.04.21		Normoblasts % - blood
					0.0	13.04.21		NRBC (Nucleated red blood cells) No. - blood
				[*.....]	11.8	13.04.21	11.7-15.7	Hb (Hemoglobin) - blood
				[...*.....]	4.4	13.04.21	3.8-5.2	RBC - blood
				[....*....]	336	13.04.21	140-450	Platelets automated count - blood

תפקודי קרישה

				[.....*..]	1.13	13.04.21	0.80-1.20	PT, INR - blood
				[.....]*	14.0 H	13.04.21	9.7-13.0	PT, seconds - blood
				[..*.....]	27.2	13.04.21	23.0-36.0	PTT - blood
				[..*.....]	0.91	13.04.21	0.77-1.25	PTT ratio - blood

08-9779610
המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא) צריפין, 7033001
מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש סקלר, אוניברסיטת ת"א

Shamir Medical Center (Assaf Harofeh) Zerifin, 7033001
Affiliated to Sackler Faculty of Medicine Tel-Aviv University
www.shamir.org



המרכז
הרפואי
שמיר



סודי רפואי

מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא המטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי

ממצאי בדיקה תהודה מגנטית MRI
טלפון: 08-9779610
פקס: 08-9779831

שם: קלדרון נוריה

ת.ז.: 32948478-6
טלפון: 052-3755881

כתובת: הרי ירושלים 41 לפיד 7313300
מקרה: 11648826
ורם מפנה: מכבי

גיל: 15 ש

מין: נ

יחידה ארגונית מזמינה: אורתופדיה פדיאטרית

בדיקות שבוצעו

תאריך אישור ביצוע	שעת אישור ביצוע	תיאור שירות
14/04/2021	11:35	MRI מפרק הירך, ללא חומר ניגוד

תולדות מחלה

לאחר פריקה טראומטית של מפרק הירך

שאלה לבירור

פרגמנטים חופשיים תוך וחוץ מפרקיים.

שם רנטגנאי

קציף זיוה

תיאור הבדיקה והמצאים

להלן ממצאי בדיקת MRI של פרקי ירכיים

הטכניקה: הבדיקה בוצעה בתהודות T2, T1 ו-PD עם דיכוי שומן במישורים השונים.

השוואה לבדיקת CT מ-13.04.21.

התוויה קלינית: מצב לאחר פריקה טראומטית של ירך ימין.
בשאלה של פרגמנטים גרמיים חופשיים.

ממצאים:

גרסה 01 עמוד: 1 מתוך 2

18/04/2021

עמדה תקינה של ראש הירך באצטבולום.
מודגם פרגמנט גרמי חופשי לניארי אחורית וקאודלית לראש הירך בתוך רקמות רכות ,
פרגמנט חופשי זעיר סמוך לאספקט תחתון של האצטבולום .
אין לזהות פרגמנט גרמי חופשי ודאי במרווח מפרקי .
נוזל יתר תוך פרקי .
נוזל באגן הקטן אקסטרה-פריטונאלי .
בשריר האובטורטור הפנימי מעובה עם אותות חריגים - ייתכן ומדובר בקרע אינטר-
סטיציאלי .

שם הרופא המפענח	מ.ר.ר	מ.ת.מ	תאריך פענוח	שעת פענוח
ד"ר. דיסין אסיה	33752	25588	14/04/2021	12:42

תאריך הקלדה: 14/04/2021



שם: ד"ר נחשון שזר
תחום שירות: אורטופדיה
כתובת: לה גאורדיה 60 תל אביב
טלפון: 03-7305901

פרטי הנבדק

ת.ז.: 329484786

שם פרטי: נויה

שם משפחה: קלדרון

ת.לידה: 18/04/2006 מין: נ

תשובת יועץ

בבדיקה שנעשתה ב: 18/04/2021

עקב: בת 15, תאונת דרכים = פגיעה חזיתית בתאריך 13/4/21.
הגיעה לאספ הרופא עם פריקת מפרק ירך ימין.
עברה החזרה סגורה ומטופלת כעת במתיחה. הוריה מדווחים שאין חסר נוירולוגי.
צילומים מראים רדוקציה קונגרוואנטית.
בצילומי ה CT לפני רדוקציה נראה פרגמנט שעלול להיות תוך מפרקי. לא נעשה CT לאחר רדוקציה.
נעשתה בדיקת MRI לאחר רדוקציה אבל בה אינו רואה פרגמנט תוך מפרקי אלא קיר אחורי קטן עם תזוזה

אבחנה:

• FRACTURE PELVIS CLOSED UNS Right
fracture dislocation rt hip

סיכום והמלצות: מהצילומים שאני רואה כעת, איני יכול להסיק חד משמעית לגבי הצורך בטיפול ניתוחי.
לדעתי יש צורך בבדיקת CT ברדוקציה, על מנת להשלים את התמונה.
לאחר ה CT ניתן יהיה להעריך לדעתי יותר טוב את הצורך בניתוח לעומת טיפול שמרני.
טיפול שמרני אינו מתיחה, אלא שמירה על פיסוק ושיבה גבוהה (כמו לאחר גישה אחורית)

18/04/2021

תאריך

ד"ר נחשון שזר
מומחה בכיר רפואת אורתופדיה
מ.ר. 20704
15022

The State of Israel
Ministry of Health
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University Sackler
School of Medicine
Tel-Hashomer 52621, Israel

מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר 52621, ישראל

בי"ח אדמונד ולילי ספרא לילדים
THE EDMOND AND LILY SAFRA CHILDREN'S HOSPITAL

כירורגית ילדים

טלפון: 03-5302444
פקס: 03-5305117

מנהל המחלקה: דר' שינהר דניאל מ.ר. 18523
אחות אחראית: מר יבגני יעקובובסקי

סכום מחלה

329484786 קלדרון ניה

בת: 15 ו-0 חודשים מספר קבלה: 2215555
תאריך אישפוז: 20/04/2021 06:00

כתובת: הרי ירושלים 41 לפיד . לפיד 7313300

תאריך שחרור בפועל

תאריך שחרור: 25/04/2021

אבחנות בקבלה

- Fracture of acetabulum (Right) (808.0)
posterior dislocation with fracture posterior wall

אבחנות בשחרור

- Fracture of acetabulum (Right) (808.0)
posterior dislocation with fracture posterior wall

סטטוס קורונה

סטטוס קורונה: שלילית

מחלות במשפחה

ASTHMA (נא)

ניתוחים

FRACTURE, ACETABULUM, CLOSED, CRIF/ORIF 272270
79.39 (Right) 20/04/2021

תלונה עקרית/סיבת האשפוז

פריקה אחורית מפרק ירך ימין בלוי שבר קיר אחורי

מחלה נוכחית

בת 15, שבר אצטבולום ימין לטיפול ניתוחי
בריא
ללא רגישות ידועה

13.4.21 - ת"ד - לאחר שנכנסה לרכבה של אמה בכסא ליד הנהג בשעה שהרכב עמד בצד הדרך, סטה רכב מנתיב נגדי ופגע בחזית רכבם בצד בו ישבה. המטופלת פונתה לאסה"ר שם אובחנה פריקת ירך ימין שעברה רדוקציה תחת סדציה. באשפוז הייתה במתיחה עורית וטופלה מניעתית בקלקסן. עברה להמשיך טיפול במוסדו בתאום עם ד"ר שזר.

בדיקה

ממצב כללי טוב
ללא סימני חבלה

במתיחה עורית. ללא רגישות במישוש הגפה, ללא תפליט בברך. שמורה NV דיסטלית.
מניעה צוואר לכל הכיוונים. ללא רגישות במישוש עמ"ש מותני, גבי, צווארי.
ללא רגישות במישוש עצמות הבריה, כלוב צלעות, בטן גפיים עליונות.
בדיקה נירולוגיה גסה תקינה.

CT פרקי ירכיים - פרגמנט קיר אחורי מעל 30% וכן פרגמנטים תוך מפרקיים

בי"ח אדמונד וילי ספרא לילדים
THE EDMOND AND LILY SAFRA CHILDREN'S HOSPITAL
סכום מחלה

329484786 קלדרון ניה

חסי רפואי

לא ידועה רגישות לתרופות
הוראות ומדדים

תאריך שעה קטגוריה
10:18 25/04/2021 מדדים

מדד תוצאות והערות

ווידוא הימצאות צמיד זיהוי צהוב
צמיד זיהוי
למניעת נפילות

09:03 25/04/2021 מדדים

09:02 25/04/2021 מדדים

סוג דיאטה ילד רגיל

דופק בוצע

סטורציה בוצע

כאב 0

כללי בוצע

הפרשות ספונטני

בדיקת תקינות דפנות המיטה, מעצורי מיטה, פעמון קריאה, תאורת לילה
יחידת המטופל

09:01 25/04/2021 מדדים

חום 36.7 P.O

חום בוצע

דופק 88

לחץ דם 97/60

סטורציה באויר 98

חדר

כאב 0

כאב 0

04:58 25/04/2021 מדדים

סיכום ודין

עברה את הניתוח הנל
מהלך ניתוחי ובתר ניתוח תקין
תרגלה פזיותרפיה במהלך האשפוז

בבדיקתה טרם שחרורה
פצע תקין

מדדים חיוניים תקינים
ללא חוסר NV דיסטלי

המגלובין 10

משתחררת עם ההמלצות הבאות

המלצות בשחרור

המלצה: נגד כאבים לפי הצורך

ביקורת מרפאת ד"ר שזר ביום חמישי שבוע הבא עם צילום ביקורת טרם כניסה למרפאה לפי טופס מצורף
לא מותרת דריכה על רגל ימין- פזיותרפיה בבית- הליכה ללא דריכה על רגל ימין
זקוקה להסעה באמבולנס

בי"ח אדמונד ולילי ספרא לילדים
THE EDMOND AND LILY SAFRA CHILDREN'S HOSPITAL
סכום מחלה

329484786 קלדרון ניה

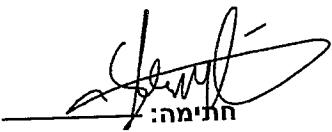
חסוי רפואי

החלפת חבישה באופן יומי לאחר רחצה עם מים וסבון
XARELTO לפי מרשם
בכל החמרה לפנות למיין
מנוחה חודשיים

תרופות להמשך טיפול

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓	תרופה בת סיכון!			2 שבועות	ביום 1 X 1	10 mg	P.O	XARELTO tab (RIVAROXABAN)

שם הרופא הבכיר האחראי על השחרור
רופא: דר' שינדלר עמוס מ.ר. 19216


חתימה:

Sharif Gara
25/04/2021 13:42:17
מקלט מסמך

נחתם ע"י: דר' גרה שריף מ.ר. 147693

אם במהלך הברור והטיפול בר נלקחה ממך ביופסיה עליך להתקשר למזכירות המחלקה לאחר 4 שבועות ממועד לקיחת הביופסיה,
על מנת לברר תשובת הפתולוגיה.

כל ביקור במלר"ד כרוך בתשלום או בטופס התחייבות מקופת חולים.

הצטרף לשיבא ישיר-כרטיס חכם לבריאות
להצטרפות חנים לשירותי שיבא אונליין פנה לצוות במחלקות השונות או במרפאות בבית החולים

זמן הדפסה: 13:42 25/04/2021

32948478-6
ת.ז. 2006
ק.ל. 19/04/21
ח.ח. 22-15555
א.ש.פ. 15555

טופס הוראת רופא לשימוש בתכשיר/התוויה שאינם רשומים בישראל למטופל פרטי/חמלה
(על פי תקנה 29 לתקנות הרוקחים [תכשירים], התשמ"ו-1986)

פ"י המטופל (ניתן להדביק מדבקה גדולה על גבי האזור המקווקו בלבד)

שם משפחה	שם פרטי	מספר תעודת זהות	משקל	גורם מממן
קלדרון	נויה	329484786	52 ק"ג	☐ קופת החולים ☐ חמלה מהחברה ☐ פרטי/תרומה ☐ בית החולים
תאריך לידה	מין	קופת החולים	הטיפול מיועד למתן	
18/04/2006	נקבה	בחר	☐ אמבולטורי ☒ אשפוזי במחלקה	

שיבא
תל השומר
עיר הבריאות של ישראל

חומר פעיל (באנגלית)	שם מסחרי	דרך מתן	חוזק/ריכוז (פולל יחידות)	שם היצרן	ארץ יצור
	XARELTO	PO	10 מג		

משטר המינון	מנה (כולל יחידות)	תדירות המתן	משך הטיפול ¹	כמות כוללת דרושה	טיפול משולב עם (לאותה התוויה) / העמסה
	1X1 ביום		30 ימים		

ההתוויה המבוקשת (באנגלית! חובה לצרף בדף נפרד סימוכין [ספרות, מאמרים, הסבר וכד'] כאשר התכשיר או ההתוויה אינם מאושרים באחת המדינות המפורטות בסעיף 6)

PREVENTION OF THROMBO EMBOLIC EVENT
הטיפול במטופל נועד למנוע אירועי דם - פנימיים

חמלה ☐	הניסוי נמצא בפאזה (בחר): I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ ומספרו	לבקשת חמלה (תתימת יו"ר ועדת הליסינג) חובה לצרף: (1)נספח חמלה, (2)מכתב מסכם המכיל היסטוריה רפואית, אבחנה, תגובה לאמצעים טיפוליים קודמים ותכנית טיפול ו(3)ספרות תומכת.
-------------------------------	--	---

הסכמה מדעת של המטופל

אני הח"מ מצהיר ומתחייב כדלקמן:
1. הטיפול בתכשיר הוא חיוני ולא קיים תכשיר חלופי הרשום ומשווק בישראל לאותה מטרה, או שהתכשיר החלופי המשווק אינו מתאים למטופל/לטיפול (ככל שנדרש לפי ההוראה הנוגעת לעניין בהודעה).
2. התועלת בשימוש בתכשיר עולה על הסיכון בו.
3. הסברתי למטופל את משמעות הטיפול בתכשיר/התוויה שאינם רשומים, והוא נתן בכתב, מרצונו החופשי, את הסכמתו מדעת לטיפול.
4. ההוראה לשימוש בתכשיר הנ"ל להתוויה המבוקשת הינה בהתאם לאחריות הרפואית.
5. כמו כן, אני מצהיר ומתחייב כדלקמן (סמן את המתאים):
5.1 ☐ התכשיר אינו רשום בפנקס התכשירים בישראל.
5.2 ☒ התכשיר רשום בפנקס התכשירים בישראל אך לא להתוויה המבוקשת (Off-label) או אצווה ראשונה.
ו. התכשיר רשום במשרד הבריאות של אחת המדינות המוכרות המפורטות להלן ומקובל בה להתוויה המבוקשת:
☐ מערב אירופה (EUA/UK), ☐ ארה"ב (FDA),
☐ קנדה, ☐ אוסטרליה, ☐ יפן.
ז. ידוע לי שאם התרופה אינה כלולה בסל הבריאות, אין הגוף המבטח מחויב במימונה.
ז. אני נותן את הסכמתי הנ"ל מרצוני החופשי וכי הבנתי את כל האמור לעיל.

הצהרת הרופא

קרבק משפחתית**	שם מלא	כתובת מגורים	תאריך	חתימה
	אליהו מילר	חפ"י ירושלים 032914111	22/4/21	

**במקרים בהם המטופל קטין, אינו כשיר, חולה נפש או מי שמוגנה לז' אפטרופוס (נא לצרף את האישור במידת הצורך)

שם מלא	מספר רישיון	טלפון לבירורים	תאריך	חתימה וחותמת
ד"ר ניר שר-לוריא	20423	0526666380	22/4/21	

(1)משך הטיפול לא יעלה על 180 ימים. (2)מסמך זה אינו מהווה אישור לשחרור התרופה מהמכס. (3)מסמך זה אינו מהווה אישור תקציבי והתרופה לא תסופק על חשבון בית החולים לחולים אמבולטוריים.

אישורי המוסד הרפואי

יו"ר ועדת הליסינג	הנהלת שירותי רוקחות	יו"ר ועדת תרופות	ההנהלה הרפואית של המוסד	משרד הבריאות	לשימוש פנימי
					התקבל בתאריך:
					אושר בתאריך:

The State of Israel
Ministry of Health
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University Sackler
School of Medicine
Tel-Hashomer 52621, Israel

מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר 52621, ישראל

בי"ח אדמונד ולילי ספרא לילדים
THE EDMOND AND LILY SAFRA CHILDREN'S HOSPITAL

כירורגית ילדים

טלפון: 03-5302444
פקס: 03-5305117

מנהל המחלקה: דר' שינהר דניאל מ.ר. 18523
אחות אחראית: מר יבגני יעקובובסקי

סכום מחלה

329484786 קלדרון נויה
בת: 15 ו-0 חודשים מספר קבלה: 2215555
תאריך אישפוז: 20/04/2021 06:00
כתובת: הרי ירושלים 41 לפיד . לפיד 7313300

תאריך שחרור בפועל

תאריך שחרור: 25/04/2021

אבחנות בקבלה

- Fracture of acetabulum (Right) (808.0)
posterior dislocation with fracture posterior wall

אבחנות בשחרור

- Fracture of acetabulum (Right) (808.0)
posterior dislocation with fracture posterior wall

סטטוס קורונה

סטטוס קורונה: שלילית

מחלות במשפחה

ASTHMA (נא)

ניתוחים

FRACTURE, ACETABULUM, CLOSED, CRIF/ORIF 272270
79.39 (Right) 20/04/2021

תלונה עקרית/סיבת האשפוז

פריקה אחורית מפרק ירך ימין בלוי שבר קיר אחורי

מחלה נוכחית

בת 15, שבר אצטבולום ימין לטיפול ניתוחי
בריאה
ללא רגישות ידועה

13.4.21 - ת"ד - לאחר שנכנסה לרכבה של אמה בכסא ליד הנהג בשעה שהרכב עמד בצד הדרך, סטה רכב מנתיב נגדי ופגע בחזית רכבם בצד בו ישבה. המטופלת פונתה לאסה"ר שם אובחנה פריקת ירך ימין שעברה רדוקציה תחת סדציה. באשפוז הייתה במתיחה עורית וטופלה מניעתית בקלקסן. עברה להמשך טיפול במוסדנו בתאום עם ד"ר שזר.

בדיקה

ממצב כללי טוב

ללא סימני חבלה

במתיחה עורית. ללא רגישות במישוש הגפה, ללא תפליט בברך. שמורה NV דיסטלית. מניעה צוואר לכל הכיוונים. ללא רגישות במישוש עמ"ש מותני, גבי, צווארי. ללא רגישות במישוש עצמות הבריח, כולב צלעות, בטן גפיים עליונות. בדיקה נוירולוגיה גסה תקינה.

CT פרקי ירכיים - פרגמנט קיר אחורי מעל 30% וכן פרגמנטים תוך מפרקיים

בי"ח אדמונד ולילי ספרא לילדים
THE EDMOND AND LILY SAFRA CHILDREN'S HOSPITAL

סכום מחלה

329484786 קלדרון נויה

*****חסוי רפואי*****

לא ידועה רגישות לתרופות
הוראות ומדדים

תאריך שעה קטגוריה
מדדים 10:18 25/04/2021

מדד תוצאות והערות

ווידוא הימצאות צמיד זיהוי צהוב
צמיד זיהוי למניעת נפילות

מדדים 09:03 25/04/2021

סוג דיאטה ילד רגיל

מדדים 09:02 25/04/2021

דופק בוצע

סטורציה בוצע

כאב 0

כללי בוצע

הפרשות ספונטני

בדיקת תקינות דפנות המיטה, מעצורי מיטה, פעמון קריאה, תאורת לילה
יחידת המטופל

מדדים 09:01 25/04/2021

חום 36.7 P.O

חום בוצע

דופק 88

לחץ דם 97/60

סטורציה באויר 98

חדר

כאב 0

מדדים 04:58 25/04/2021

כאב 0

סיכום ודיון

עברה את הניתוח הנל
מהלך ניתוחי ובתר ניתוח תקין
תרגלה פזיותרפיה במהלך האשפוז

בבדיקתה טרם שחררה

פצע תקין

מדדים חיוניים תקינים

ללא חוסר NV דיסטלי

המגלובין 10

משתחררת עם ההמלצות הבאות

המלצות בשחרור

המלצה: נגד כאבים לפי הצורך

ביקורת מרפאת ד"ר שזר ביום חמישי שבוע הבא עם צילום ביקורת טרם כניסה למרפאה לפי טופס מצורף
לא מותרת דריכה על רגל ימין- פזיותרפיה בבית- הליכה ללא דריכה על רגל ימין
זקוקה להסעה באמבולנס

32948478-6
ת.ז. 2006
מח. ילד
קבלה: 19/04/21
אשפ. 22-15555

שופט הוראת רופא לשימוש בתכשיר/התוויה רשומים בישראל למטופל פרטני/חמלה
(על פי תקנה 29 לתקנות הרוקחים [תכשירים], התשמ"ו-1986)

שם משפחה	שם פרטי	מספר תעודת זהות	משקל	גורם מממן
קלדרון	נויה	329484786	52 ק"ג	☐ קופת החולים ☐ חמלה מהחברה ☐ פרטי/תרומה ☐ בית החולים
תאריך לידה	מין	קופת החולים	הטיפול מיועד למתן	
18/04/2006	נקבה	בחר	☐ אמבולטורי ☒ אשפוז במחלקה	

חומר פעיל (באנגלית)	שם מסחרי	דרך מתן	חוזק/ריכוז (כולל יחידות)	שם היצרן	ארץ יצור
	XARELTO	PO	10 מ"ג		

משטר המינון	מנה (כולל יחידות)	תדירות המתן	משך הטיפול ¹	כמות כוללת דרושה	טיפול משולב עם (לאותה התוויה) / העמסה
	1X1 ביום		30 ימים		

ההתוויה המבוקשת (באנגלית): חובה לצרף בדף נפרד סימוכין [ספרות, מאמרים, הסבר וכד'] כאשר התכשיר או ההתוויה אינם מאושרים באחת המדינות המפורטות בסעיף 6

PREVENTION OF THROMBO EMBOLIC EVENT	
הניסוי נמצא בפאזה (בחר): ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ומספרו	

חמלה ☐	לבקשת חמלה (חתימת יו"ר ועדת הליסינקי) חובה לצרף: (1)נספח חמלה, (2)מכתב מסכם המכיל היסטוריה רפואית, אבחנה, תגובה לאמצעים טיפוליים קודמים ותכנית טיפול ו(3)ספרות תומכת.
-------------------------------	--

הסכמה מדעת של המטופל

- אני הח"מ מצהיר בזאת כי:
- הוסברה לי משמעות הביטוי "תכשיר רשום בישראל" (תכשיר שהוערך ע"י משרד הבריאות וקיבל אישור כמותר לשימוש בבני אדם במצבים מוגדרים) ואני מסכים/ה לקבל טיפול בתכשיר שאינו רשום בישראל או רשום בישראל בהתוויה אחרת (להלן: "הטיפול הניסיוני").
 - הוסבר לי ע"י הרופא החתום מטה כי מדובר בטיפול ניסיוני אשר:
☐ קיימים לגביו דיווחים בודדים בספרות הרפואית בהקשר להשפעתו על מחלתי
☐ ניתן במחלות אחרות והשפעתו על מחלתי עדיין אינה ברורה לחלוטין
☐ כבר מקובל ו/או רשום בחו"ל בארצות מסוימות, אך בארץ עדיין אינו רשום ועל כן נחשב טיפול ניסיוני.
 - הוסבר לי בעל-פה יתרונותיו האפשריים של התכשיר ובנוסף גם הסיכונים הקיימים בטיפול הניסיוני דלעיל.
 - נמסר לי כי אני חופשי לבחור לא לקבל את הטיפול הניסיוני ולהפסיק בכל עת את הטיפול הניסיוני, מבלי לפגוע בזכוני לקבל טיפול מקובל אחר, ככל שיהיה כזה.
 - נמסר לי כי מובטחת לי נכונות לענות לשאלות שיועלו על ידי וכן האפשרות להיוועץ בגורם נוסף (למשל רופא אחר, בני משפחה וכו') באשר לקבלת החלטה לקבל את הטיפול הניסיוני.
 - ידוע לי שאם התרופה אינה כלולה בסל הבריאות, אין הגוף המבטח מחויב במימונה.
 - אני נותן את הסכמתי הנ"ל מרצוני החופשי וכי הבנתי את כל האמור לעיל.

הצהרת הרופא

- אני הח"מ מצהיר ומתחייב כדלקמן:
- הטיפול בתכשיר הוא חיוני ולא קיים תכשיר חלופי הרשום ומשווק בישראל לאותה מטרה, או שהתכשיר החלופי המשווק אינו מתאים למטופל/לטיפול (ככל שנדרש לפי ההוראה הנוגעת לעניין בהודעה).
 - התועלת בשימוש בתכשיר עולה על הסיכון בו.
 - הסברתי למטופל את משמעות הטיפול בתכשיר/התוויה שאינם רשומים, והוא נתן בכתב, מרצונו החופשי, את הסכמתו מדעת לטיפול.
 - ההוראה לשימוש בתכשיר הנ"ל להתוויה המבוקשת הינה בהתאם לאחריותי הרפואית.
 - כמו כן, אני מצהיר ומתחייב כדלקמן (סמן את המתאים):
☐ 5.1 התכשיר אינו רשום בפנקס התכשירים בישראל.
☒ 5.2 התכשיר רשום בפנקס התכשירים בישראל אך לא להתוויה המבוקשת (Off-label) או אצווה ראשונה.
התכשיר רשום במשרד הבריאות של אחת המדינות המוכרות המפורטות להלן ומקובל בה להתוויה המבוקשת:
☐ מערב אירופה (UK/EMA), ☐ ארה"ב (FDA),
☐ קנדה, ☐ אוסטרליה, ☐ יפן.

שם מלא	קרב משפחתית**	כתובת מגורים	תאריך	חתימה
שם מלא		0329141414	22/4/21	

שם מלא	מספר רישיון	טלפון לבריורים	תאריך	חתימה וחותמת
ד"ר ניר שור-לוריא	20423	0526666380	22/4/21	

(1) משך הטיפול לא יעלה על 180 ימים. (2) מסמך זה אינו מהווה אישור לשחרור התרופה מהמס. (3) מסמך זה אינו מהווה אישור תקציבי והתרופה לא תסופק על חשבון בית החולים לחולים אמבולטוריים.

אישורי המוסד הרפואי

יו"ר ועדת הליסינקי הגהלת שירותי רוקחות יו"ר ועדת תרופות ההנהלה הרפואית של המוסד משרד הבריאות לשימוש פנימי

התקבל בתאריך:

אושר בתאריך:

מס' אישור קודם _____ מס' טופס _____ לאותה/ה מטופל / התוויה / תרופה

דר' פרחי דורית

רפואת ילדים

התמחויות:

מומחית ברפואת ילדים



019436

טלפון: 077-2299000

פקס: 077-2299099

כתובת: בית הרופאים-ערער 9 בית שמעון קביון עזריאלי, מודיעין (קניון מודיעין, בית שמעון קומה ג)

פרטי הנבדק:	שם משפחה: קלדרון	שם פרטי: נויה	ת.ז.: 329484786
ת.לידה: 18/04/2006	מין: נ	טלפון: 089731743	טל.עבודה/נייד: 0523755881
כתובת: הרי ירושלים 41, לפיד	מיקוד: 7313300		

אישור על מחלת הילד

אשר חלה/תה, האבחנה מפורטת ברשומה הרפואית.

וזקוק להשגחת אם/אב מיום: 14/04/2021 עד יום: 29/04/2021, סה"כ 16 ימים.

ד"ר פרחי דורית
רופאת ילדים
מחלקת ילדים
בית הרופאים-ערער 9
מודיעין

חתימה וחותמת הרופא

26/04/2021

תאריך



דר' פרחי דורית

רפואת ילדים

התמחויות:

מומחית ברפואת ילדים

קוד הפניה: 216509213

טלפון: 077-2299000

פקס: 077-2299099

כתובת: בית הרופאים-ערער 9 בית שמעון קניון עזריאלי, מודיעין (קניון מודיעין, בית שמעון קומה ג)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 329484786

שם פרטי: נויה

שם משפחה: קלדרון

טל.עבודה/נייד: 0523755881

089731743

טלפון:

מין: נ

ת.לידה: 18/04/2006



0329484786

מיקוד 7313300

הרי ירושלים 41, לפיד

כתובת:

טיפול רגשי ילדים☒ אין במצבו הרפואי של הילד סיבה שתמנע את הטיפול הרגשי.

יוזם הפניה: הורים

ק"ק רפואי: הפניה לצ' אגן שברה אגן בעקבות ת ד 13/04 נותחה לתיקון האצטבולום בשיבא
20/4

סיבת הפניה לטיפול רגשי: תאונת דרכים חזיתית עם שבר באגן ופריקה

תחום הבעיה:

☒ רגשי פרט תאונת דרכים אישפוז ממושך וניתוח

האם הילד מטופל במסגרת כל שהיא? לא

תחום טיפול מבוקש:

☒ רגשי☒ טיפול בהבעה ויצירה

הטיפול אינו כלול בסל הבריאות, ומותנה בקיום ביטוח משלים על פי תנאי הזכאות.

26/04/2021

תאריך

נא להצטייד בכרטיס מגנטי

חתימה וחותמת הרופא

נא לצרף מסמכים רלוונטים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

www.maccabi4u.co.il

מידע לגבי כללי הזכאות ונותני השירות ניתן למצוא באתר האינטרנט של מכבי

ואצל נציגי השירות במכבי ללא הפסקה- 3555*.



020704

מ.ר. גורם מפנה

שם: ד"ר נחשון שזר

תחום שירות: אורטופדיה

כתובת: לה גאורדיה 60 תל אביב

טלפון: 03-7305901

פרטי הנבדק

ת.ז.: 329484786

שם פרטי: נויה

שם משפחה: קלדרון

מין: נ

ת.לידה: 18/04/2006

ת.לידה:



0329484786

אישור ביקור

ביקור/ה ב: מרפאתי בתאריך: 03/05/2021 משעה: 16:00 עד שעה: 17:00

לצורך: ביקורת לאחר ניתוח באגן.

03/05/2021

תאריך

ד"ר נחשון שזר

מומחה בכיר בגייה אורטופדית
מ.ר. 20704 מ.ר. 15022

חתימה וחותמת הרופא



קוד הפניה: 000007248

שם: ד"ר נחשון שזר

תחום שירות: אורטופדיה

כתובת: לה גאורדיה 60 תל אביב

טלפון: 03-7305901

פרטי הנבדק

ת.ז.: 329484786

שם פרטי: ניה

שם משפחה: קלדרון

מין: נ

ת.לדה: 18/04/2006

אישור רפואי

תלונות:

03/05/2021

שבועיים מניתוח = ORIF שבר קיר אחורי אצטבולום ימין.
מרגישה טוב יחסית. צלקת תקינה.
ללא חסר ניורולוגי.
צילומים - עמדה תקינה, מתכות במקום.

ביקור חוזר מתאריך: 19/04/2021

ב CT נראה שבר קיר אחורי שגודלו משמעותי. הטיפול הרצוי לדעתי הינו ניתוחי - ORIF בגישה אחורית כמקובל.
ביקור חוזר מתאריך: 18/04/2021

בת 15, תאונת דרכים = פגיעה חזיתית בתאריך 13/4/21.
הגיעה לאספ הרופא עם פריקת מפרק ירך ימין.

עברה החזרה סגורה ומטופלת כעת במתיחה. הוריה מדווחים שאין חסר ניורולוגי.
צילומים מראים רדוקציה קונגרוואנטית.

בצילומי ה CT לפני רדוקציה נראה פרגמנט שעלול להיות תוך מפרקי. לא נעשה CT לאחר רדוקציה.
נעשתה בדיקת MRI לאחר רדוקציה אבל בה איני רואה פרגמנט תוך מפרקי אלא קיר אחורי קטן עם תזוזה

אבחנה:

• FRACTURE PELVIS CLOSED UNS Right
fracture dislocation rt hip
S/P ORIF

הערות:

לא יכולה להגיע לבית הספר חודש ימים מהניתוח.
שחרור מאמץ (שפורט) לחודשיים

רישום רפואי זה כפוף לתנאים שלהלן:

הנתונים אשר באישור זה מבוססים על הרישומים שבכרטיס הרפואי, על שמו של הנ"ל במרפאה. רישומים אלה בחלקם מידע שנמסר לרופא המטפל על ידי החולה ובחלקן תוצאות של בדיקות שנעשו על ידי רופאים.
קופת חולים, רופאה ועובדיה האחרים אינם אחראים לאמיתות העובדות שנרשמו לפנינו / או מפי הוריו או אפטרופוסיו של הנער/ה שעליו ניתן האישור הזה לפני או בעת הגשת הטיפול הרפואי, או הבדיקה הרפואית ע"י הרופא. כן אין הם אחראים אם ביקור או טיפול או בדיקה מסויימת לא מצאו את ביטויים ברישומים שבכרטיס הרפואי הנ"ל.

03/05/2021

ד"ר נחשון שזר
מומחה בכירורגיה אורתופדית
מ.ר. 20704 מ.ר.מ. 15022

תאריך



000007247

קוד הפניה:

שם: ד"ר נחשון שזר

תחום שירות: אורטופדיה

כתובת: לה גאורדיה 60 תל אביב

טלפון: 03-7305901

פרטי הנבדק

ת.ז.: 329484786

שם פרטי: נוי

שם משפחה: קלדרון

מין: נ

18/04/2006

ת.לידה:

תשובת יועץ

בבדיקה שנעשתה ב: 03/05/2021

עקב: 03/05/2021

שבועיים מניתוח = ORIF שבר קיר אחורי אצטבולום ימין.

מרגישה טוב יחסית. צלקת תקינה.

ללא חסר נוירולוגי.

צילומים - עמדה תקינה, מתכות במקום.

ביקור חוזר מתאריך: 19/04/2021

ב CT נראה שבר קיר אחורי שגודלו משמעותי. הטיפול הרצוי לדעתי הינו ניתוחי - ORIF בגישה אחורית כמקובל.

ביקור חוזר מתאריך: 18/04/2021

בת 15, תאונת דרכים = פגיעה חזיתית בתאריך 13/4/21.

הגיעה לאספ הרופא עם פריקת מפרק ירך ימין.

עברה החזרה סגורה ומטופלת כעת במתיחה. הוריה מדווחים שאין חסר נוירולוגי.

צילומים מראים רדוקציה קונגרוואנטית.

בצילומי ה CT לפני רדוקציה נראה פרגמנט שעלול להיות תוך מפרקי. לא נעשה CT לאחר רדוקציה.

נעשתה בדיקת MRI לאחר רדוקציה אבל בה איני רואה פרגמנט תוך מפרקי אלא קיר אחורי קטן עם תזוזה

אבחנה:

• FRACTURE PELVIS CLOSED UNS Right
fracture dislocation rt hip

סיכום והמלצות: פיזיותרפיה - החל מעוד שבוע - תחילת דריכה חלקית - להתחיל מ 25% של משקל הגוף ולהתקדם בהדרגה. לדריכה מלאה בהתאם לכאבים וליכולת.

החל מעוד שבועיים - עבודה על טווח תנועה של מפרק הירך
ביקורת עוד חודש

03/05/2021

תאריך

ד"ר נחשון שזר
מיומנה בכיר ומומחה אורטופדיה
מ.ר. גורם מפנה 20704
03/05/2021



0052364189



020704

מ.ר גורם מפנה

שם: ד"ר נחשון שזר

תחום שירות: אורטופדיה

כתובת: לה גאורדיה 60 תל אביב

טלפון: 03-7305901

קוד הפניה: 000007246

פרטי הנבדק

ת.ז.: 329484786

שם פרטי: נויה

שם משפחה: קלדרון

ת.לידה: 18/04/2006 מין: נ



0329484786

מכון רנטגן

תלונות:

03/05/2021

שבועיים מניתוח = ORIF שבר קיר אחורי אצטבולום ימין.
מרגישה טוב יחסית. צלקת תקינה.
ללא חסר נוירולוגי.
צילומים - עמדה תקינה, מתכות במקום.

ביקור חוזר מתאריך: 19/04/2021
ב CT נראה שבר קיר אחורי שגודלו משמעותי. הטיפול הרצוי לדעתי הינו ניתוחי - ORIF בגישה אחורית כמקובל.
ביקור חוזר מתאריך: 18/04/2021
בת 15, תאונת דרכים = פגיעה חזיתית בתאריך 13/4/21.
הגיעה לאספסוף הרופא עם פריקת מפרק ירך ימין.
עברה החזרה סגורה ומטופלת כעת במתיחה. הוריה מדווחים שאין חסר נוירולוגי.
צילומים מראים רדוקציה קונגרוואנטית.
בצילומי ה CT לפני רדוקציה נראה פרגמנט שעלול להיות תוך מפרקי. לא נעשה CT לאחר רדוקציה.
נעשתה בדיקת MRI לאחר רדוקציה אבל בה איני רואה פרגמנט תוך מפרקי אלא קיר אחורי קטן עם תזוזה

אבחנה:

• FRACTURE PELVIS CLOSED UNS Right
fracture dislocation rt hip

מעשנת: אין מידע

הריון: לא

הבדיקה הדרושה רנטגן

אגן ירכיים 1 צילום (AP שכיבה) - 2170

צילום אגן JUDET קוד - 2173

שאלה למבצע הבדיקה:

דחיפות הפענוח: רגיל

03/05/2021

תאריך

אם בידך בדיקות קודמות או צילומי רנטגן - אנא הבא אותם לבדיקה. יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.
תוקף ההפניה ל-90 יום, מתאריך - 03/05/2021 עד תאריך - 01/08/2021



מ.ר. גורם מפנה

020704

שם: ד"ר נחשון שזר
תחום שירות: אורטופדיה
כתובת: לה גאורדיה 60 תל אביב
טלפון: 03-7305901

פרטי הנבדק

שם משפחה: קלדרון	שם פרטי: ניה	ת.ז.: 329484786
ת.לידה: 18/04/2006	מין: נ	

0329484786

אישור ביקור

ביקור/ה ב: מרפאתי
לתצורך: ביקורת לאחר ניתוח באגן.
בתאריך: 03/05/2021 משעה: 16:00 עד שעה: 17:00

ד"ר נחשון שזר
מומחה בכירורגיה אורטופדית
מ.ר. 20704 מ.ר.מ. 15022

03/05/2021

תאריך

חתימה וחותמת הרופא



טלפון: 077-2299000

פקס: 077-2299099

כתובת: בית הרופאים-ערער 9 בית שמעון קניון עזריאלי, מודיעין

פרטי הנבדק:		שם משפחה: קלדרון		שם פרטי: <u>נויה</u>		ת.ז.: 329484786	
ת.לידה: 18/04/2006		מין: נ		טלפון: 089731743		טל.עבודה/נייד: 0523755881	
כתובת: 0329484786		הרי ירושלים 41, לפיד		מיקוד: 7313300			

סיכום ביקור עיניים

תאריך ביקור: 09/05/2021

שם רופא/ה: ד"ר רייך אהוד גיל: 15

רופא מפנה: ד"ר פרחי דורית

תלונות: לאחר תאונת דרכים לפני חודש. שבר באגן. רואה מאז התאונה מטושטש לרחוק מתארת FLOATERS

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

הרחבת אישונים



ממצאים: VA SGL BE 6/6

NO RAPD

CV מלא.

RE מקטע קדמי שקט ותקין ל"ק עמוקה ושקטה

עדשה זכה

LE מקטע קדמי שקט ותקין ל"ק עמוקה ושקטה

עדשה זכה

בהרחבה דיסקות תקינות 0.2/0.2 ללא פפילאדמה

זגוגית זכה ללא קרעים ברשתית ללא PVD.

אבחנות:

• NO ABNORMAL FINDING

טיפול	קוד	נקודות	X	ר
FUNDUS IN MYDRIASIS	5050	04.0	1	*
THREE MIRROR LENS TEST	5041	04.0	1	*

מוזמן למעקב: על פי צורך

מנתח ומעקב
רופא עיניים
ד"ר רייך אהוד

ד"ר פרחי דורית

רפואת ילדים

התמחויות:

מומחית ברפואת ילדים



019436

קוד הפניה: 220471050

טלפון: 077-2299000

פקס: 077-2299099

כתובת: בית הרופאים-ערער 9 בית שמעון קניון עזריאלי, מודיעין (קניון מודיעין, בית שמעון קומה ג)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 329484786

שם פרטי: נויה

שם משפחה: קלדרון

טל.עבודה/נייד: 0523755881

089731743

טלפון:

מין: נ

18/04/2006

ת.לידה:



מיקוד 7313300

הרי ירושלים 41, לפיד

כתובת:

0329484786

מכון

שם המכון: הידרוטראפיה

תלונות: הפניה לצאגן וכן להידרטראפיה

ממצאים: לא נבדקה

אבחנה:

• ROAD ACCIDENT

רגישויות: 16/12/2018 - לדבר' לא ידועה רגישות -

מעשנת/ אין מידע

הבדיקה הדרושה: הידרוטראפיה בעקבות שבר באגן על רקע תאונת דרכים חזיתית

נא להצטייד בכרטיס מגנטי

25/05/2021

תאריך

נא לצרף מסמכים רלוונטים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

חתימה וחזותמת הרופא

לזימון תור למכון הקרוב למקום מגוריך או למכון אחר המופיע בהפניה, עליך לפנות למרכז זימון תורים: 3555* או ל 1-700-50-53-53

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 25/05/2021 עד תאריך - 21/11/2021

דר' פרחי דורית

רפואת ילדים

התמחויות:

מומחית ברפואת ילדים



019436

קוד הפניה: 220470852

טלפון: 077-2299000

פקס: 077-2299099

כתובת: בית הרופאים-ערער 9 בית שמעון קניון עזריאלי, מודיעין (קניון מודיעין, בית שמעון קומה ג)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 329484786

שם פרטי: ניה

שם משפחה: קלדרון

טל.עבודה/נייד: 0523755881

089731743

טלפון:

מין: נ

18/04/2006

ת.לידה:



0329484786

מיקוד 7313300

הרי ירושלים 41, לפיד

כתובת:

מכון פיזיותרפיהזנות: הפניה לצ אגן וכן להידרוטראפיה
הפניה להידרוטראפיה

ממצאים: לא נבדקה

נבחנה:

• ROAD ACCIDENT

רגישויות: 16/12/2018 - לדבר'י לא ידועה רגישות -

מעש/ת: אין מידע

סיבת ההפניה: הפניה לטיפול בהידרוטראפיה

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 25/05/2021 עד תאריך - 21/11/2021

נא להגיע עם מסמכים רלוונטים

25/05/2021

תאריך

חתימה וחותמת

קביעת תור לטיפול ראשון -במוקד מכבי ללא הפסקה *3555. תורים לטיפול המשך ותור ראשון לטיפול בתחומים מיוחדים (לדוגמא- רצפת אגן, ניקוד לימפתי, טיפולי בית) יקבעו במכון הפיזיותרפיה. הטיפול כרוך בתשלום רבעוני, נא להגיע עם כרטיס מגנטי. זיידה והינך משלם במזומן יש להסדיר את התשלום במזכירות הסניף טרם הגעה לטיפול.



שם: ד"ר נחשון שזר
תחום שירות: אורטופדיה
כתובת: לה גאורדיה 60 תל אביב
טלפון: 03-7305901

פרטי הנבדק

שם פרטי: בניה	שם משפחה: קלדרון	ת.ל.י: 329484786
ת.לידה: 18/04/2006	מין: נ	0329484786

תשובת יועץ

בבדיקה שנעשתה ב: 08/06/2021

עקב: 08/06/2021 - קרוב לחודשיים. מרגישה טוב, ללא כאבים משמעותיים. מדי פעם. תנועתיות טובה.
צילומים - מפרק שמור.
צלכת קלואידי.

ביקור חוזר מתאריך: 03/05/2021
03/05/2021

שבועיים מניתוח = ORIF שבר קיר אחורי אצטבולום ימין.
מרגישה טוב יחסית. צלקת תקינה.
ללא חסר ניירולוגי.
צילומים - עמדה תקינה, מתכות במקום.

ביקור חוזר מתאריך: 19/04/2021
ב CT נראה שבר קיר אחורי שגודלו משמעותי. הטיפול הרצוי לדעתי הינו ניתוחי - ORIF בגישה אחורית כמקובל.
ביקור חוזר מתאריך: 18/04/2021
בת 15, תאונת דרכים = פגיעה חזיתית בתאריך 13/4/21.
הגיעה לאספסוף הרופא עם פריקת מפרק ירך ימין.
עברה החזרה סגורה ומטופלת כעת במתיחה. הוריה מדווחים שאין חסר ניירולוגי.
צילומים מראים רדוקציה קונגרוואנטית.
בצילומי ה CT לפני רדוקציה נראה פרגמנט שעלול להיות תוך מפרקי. לא נעשה CT לאחר רדוקציה.
נעשתה בדיקת MRI לאחר רדוקציה אבל בה איני רואה פרגמנט תוך מפרקי אלא קיר אחורי קטן עם תזוזה

אבחנה:

• FRACTURE PELVIS CLOSED UNS Right
fracture dislocation rt hip

סיכום והמלצות: מהלך תקין.
המשך פעילות בהתאם לרצון וליכולת.
המשך פיזיותרפיה והידרותרפיה

08/06/2021

תאריך

חתימה וחותמת הרופא

ד"ר נחשון שזר
מומחה בכירורגיה אורטופדית
מ.ר. 20704 מ.ר.מ. 15022

גיל: 15.3

נויה

חבר : 0 329484786 קלדרון

הודעות על זכאות לתור:

ללא ערך
ללא ערך
ללא ערך
ללא ערך
ללא ערך

ללא ערך
ללא ערך
ללא ערך
ללא ערך

רשימת תורים

שעה	מקצוע/ סוג מכון	רופא/ מכון	שעה	תאריך	יום
בפועל	סטט. זימון	נקדימון אורן	10:40	15/08/21	א
	פיזיותרפיה	טלפונים		רגיל....	
	08-8618999			ביקור רגיל	
	*3555				
	מרפאת אחיו	ח.קרונה 1	9:40	19/07/21	ב
	בוצע זמון			רגיל....	
	*3555			חיסון קורונה	
	פיזיותרפיה	אליצור איריס	17:00	14/07/21	ד
	08-8618999	טלפונים		ק-מטפל..	
	*3555			פיזיותרפיה-קבוצה (חודשי)	
	פיזיותרפיה	אליצור איריס	17:00	7/07/21	ד
	08-8618999	טלפונים		ק-מטפל..	
	*3555			פיזיותרפיה-קבוצה (חודשי)	
	פיזיותרפיה	אליצור איריס	17:00	30/06/21	ד
	08-8618999	טלפונים		ק-מטפל..	
	*3555			פיזיותרפיה-קבוצה (חודשי)	
	פיזיותרפיה	אליצור איריס	17:00	28/06/21	ב
	08-8618999	טלפונים		ק-מטפל..	
	*3555			פיזיותרפיה-קבוצה (חודשי)	
17:07	בוצע בקור				
	מרפאת אחיו	ח.קרונה 1	18:08	28/06/21	ב
	בוצע בקור			תור דחוף	
	*3555			חיסון קורונה	
	מרפאת אחיו	ח.קרונה 3	16:45	24/06/21	ה
	ח.לא הגיע			רגיל....	
	*3555			חיסון קורונה	
	פיזיותרפיה	אליצור איריס	17:00	23/06/21	ד
	08-8618999	טלפונים		ק-מטפל..	
	*3555			פיזיותרפיה-קבוצה (חודשי)	
17:15	בוצע בקור				
	פיזיותרפיה	נקדימון אורן	14:30	22/06/21	ג
	08-8618999	טלפונים		רגיל....	
	*3555			ביקור רגיל	
	פיזיותרפיה	אליצור איריס	17:00	21/06/21	ב
	08-8618999	טלפונים		ק-מטפל..	
	*3555			פיזיותרפיה-קבוצה (חודשי)	
	ח.לא הגיע				

שעה	מקצוע/	תאריך	יום	סוג ביקור	שעה	רופא/ מכון	סוג מכון	סטט. זימון	שעה בפועל
ב	ק-מטפל ..	14/06/21	17:00	פזיותרפיה-קבוצה (חודשי)	אליצור איריס	פזיותרפיה	08-8618999	ח.לא הגיע	
						טלפונים	*3555		
ב	ק-מטפל ..	7/06/21	17:00	פזיותרפיה-קבוצה (חודשי)	גילה יעל	פזיותרפיה	08-8618999	ח.לא הגיע	
						טלפונים	*3555		
ד	ק-מטפל ..	2/06/21	17:00	פזיותרפיה-קבוצה (חודשי)	אליצור איריס	פזיותרפיה	08-8618999	בוצע בקור	17:01
						טלפונים	*3555		
ה	ק-מטפל ..	27/05/21	8:10	פזיותרפיה-קבוצה (חודשי)	נקדימון אורן	פזיותרפיה	08-8618999	ח.לא הגיע	
						טלפונים	*3555		
ה	רגיל	20/05/21	13:00	בדיקה דחופה-פזיותרפיה	נקדימון אורן	פזיותרפיה	08-8618999	בוצע בקור	13:18
						טלפונים	*3555		
ב	רגיל	30/11/20	9:10	בדיקת קורונה (COVID-19)	תא קורונה 2	שרותי מעבד	ח.לא הגיע		
							*3555		

*** סוף הדו"ח ***



015266

ד"ר זיו רוני

עור ומין

התמחויות:

מומחה במחלות עור ומין

טלפון: 077-2299000

פקס: 077-2299099

כתובת: בית הרופאים-ערער 9 בית שמעון קניון עזריאלי, מודיעין (קניון מודיעין, בית שמעון קומה ג)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 329484786

שם פרטי: נויה

שם משפחה: קלדרון

טל.עבודה/נייד: 0523755881

089731743

טלפון:

מין: נ

18/04/2006

ת.לידה:



0329484786

מיקוד 7313300

הרי ירושלים 41, לפיד

כתובת:

אישור רפואי

מיועד ל: ריפוי בעיסוק

נלוות:

סיפור של תאונת דרכים, לאחר ניתוח, צלקת שמשנתנה

ממצאים:

על ירך ימנית/ עכוז מימין צלקת קלואידית גדולה

אבחנה:

• KELOID SCAR

רגישויות:

16/12/2018 - לדבר' לא ידועה רגישות -

הערות:

טיפול עם יריעת סיליקון

רישום רפואי זה כפוף לתנאים שלהלן:

הנתונים אשר באישור זה מבוססים על הרישומים שבכרטיס הרפואי, על שמו של הנ"ל במרפאה. רישומים אלה בחלקם מידע שנמסר לרופא המטפל על ידי החולה ובחלקן תוצאות של בדיקות שנעשו על ידי רופאים. קופת חולים, רופאה ועובדיה האחרים אינם אחראים לאמיתות העובדות שנרשמו לפנינו / או מפי הוריו או אפוטרופוסיו של הנער/ ה שעליו ניתן האישור הזה לפני או בעת הגשת הטיפול הרפואי, או הבדיקה הרפואית ע"י הרופא. כן אין הם אחראים אם ביקור או טיפול או בדיקה מסויימת לא מצאו את ביטויים ברישומים שבכרטיס הרפואי הנ"ל.

08/11/2021

תאריך

ד"ר זיו רוני
מחלות עור ומין
מ.ר.מ. 11597
חתימת מחלת הרופא
מ.ר.מ. 11597

תאריך: 08/11/2021

מ.ר גורם מפנה



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
14/11/2021

ד"ר זיו רוני
עור ומין

התמחויות:

מומחה במחלות עור ומין

טלפון: 077-2299000

פקס: 077-2299099

כתובת: בית הרופאים-ערער 9 בית שמעון קניון עזריאלי, מודיעין (קניון מודיעין, בית שמעון קומה ג)

פרטי הנבדק:	שם משפחה: קלדרון	שם פרטי: נויה	ת.ז.: 329484786
ת.לידה: 18/04/2006	מין: נ	טלפון: 089731743	טל.עבודה/נייד: 0523755881
כתובת: הרי ירושלים 41, לפיד	מיקוד: 7313300		

אישור רפואי

מיועד ל: ריפוי בעיסוק

תלונות:

סיפור של תאונת דרכים, לאחר ניתוח, צלקת שמשתנה

ממצאים:

על ירך ימנית / עכוז מימין צלקת קלואידית גדולה

אבחנה:

• KELOID SCAR

רגישויות:

16/12/2018 - לדבריי לא ידועה רגישות -

הערות:

טיפול עם יריעת סיליקון

רישום רפואי זה כפוף לתנאים שלהלן:

הנתונים אשר באישור זה מבוססים על הרישומים שבכרטיס הרפואי, על שמו של הנ"ל במרפאה. רישומים אלה בחלקם מידע שנמסר לרופא המטפל על ידי החולה ובחלקן תוצאות של בדיקות שנעשו על ידי רופאים. קופת חולים, רופאיה ועובדיה האחרים אינם אחראים לאמיתות העובדות שנרשמו לפניו / או מפי הוריו או אפוסטרופוסיו של הנער/ ה שעליו ניתן האישור הזה לפני או בעת הגשת הטיפול הרפואי, או הבדיקה הרפואית ע"י הרופא. כן אין הם אחראים אם ביקור או טיפול או בדיקה מסוימת לא מצאו את ביטויים ברישומים שבכרטיס הרפואי הנ"ל.

08/11/2021

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

רישום ביקורים

מספר ביקור: 00184708263

גיל: 15.6

שם רופא/ה: ד"ר זיו רוני

תחום הטיפול: עור ומין

תלונות/סיבת הפניה: סיפור של תאונת דרכים , לאחר ניתוח

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאים: על ירך ימנית / עכוז מימין צלקת קלואידית גדולה

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			KELOID SCAR

סוג האישור	קוד	מתאריך	עד תאריך
אישור רפואי	C00003		

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0267400

ד"ר זיו רוני
מומחה למחלות עור ומין
מ.ר. 15266 מ.ר.מ. 11547

בקשה לדימות

סוג הבדיקה: M.R.I

מספר פנייה: 7373902

פנתח הבקשה: פרופ' גבעון אורי

07/11/2021

תאריך פתיחת הבקשה:

נבחר יעוץ: חייב

פרטי הרופא

מס' רשיון: 017210

שם הרופא: פרופ' גבעון אורי

ת.ז. רופא: 65265936

טלפון: 08-9268118

מקצוע: אורתופדיה

פרטי הפניה

מקור הבקשה: הפניה מרופא

תלונות:

שבר באצטבולום מימין, נותחה בשיבא לדברי ההורים. כאבים בירך ימין מאחור.

ממצאים:

ללא כאבים בהנעת מפרק ירך ימין, גירוי שורשי מימין. כוח שרירים תקין, תחושה תקינה, החזרים גידיים תקינים ושווים.

אבחנה:

• SCIATIC PAIN

רגישויות:

16/12/2018 - לדברי' לא ידועה רגישות -

שאלה	תשובה
הריון	לא / לא ידוע
קלסטרופוביה	לא / לא ידוע
קוצב לב	לא
שתלים מתכתיים / רסיסים בגוף / עין / אוזן	כן, קיבוע אצטבולום מימין

תאריך: 23/12/2020

creatinine: 0.65

eGFR: אין מידע

שאלה לרדיולוג/פרוטוקול ביצוע הבדיקה:

דיסק?

/

תשובת מרכז דימות

הבדיקה הדרושה	סטטוס	שם הרופא היועץ	תאריך	כמות
MRI עמוד שדרה מותני	מומלץ	ד"ר פרט לייטל-מומחה	14/11/2021	1

סטטוס מומלץ: ☒ התחייבות: 211130186
(לכל הבדיקות)

בית חולים: אסותא-רמת החיל תל אביב

מכון: (M.R.I) תהודה מגנטית

רחוב ומספר: 20 הברזל

עיר ומיקוד: 69710

טלפון: 03-7644444

הסטוריה:

תיאור	תאריך	סטטוס
בהמתנה	07/11/2021	
אושרה	14/11/2021	

סטטוס ההפנייה: אושרה

נשלחה תשובה בתאריך: 14/11/2021

קוד החזרה: 0

מעקב לאחר הפנייה

סטטוס למערכת התחייבויות

תאריך	שעה	תוצאה
07/11/2021	18:10:22	OK
14/11/2021	17:21:00	OK

תאריך: 15/11/2021

מכבי שירותי בריאות

מ.ר. גורם מפנה



017210

פרופ' גבעון אורי

כירורגיה אורתופדית | אורתופדיה ילדים

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 08-9268118

פקס: 08-9268117

כתובת: רח' קיפודן 18, מודיעין

פרטי הנבדק:	שם משפחה: קלדרון	שם פרטי: נויה	ת.ז.: 329484786
ת.לידה: 18/04/2006	מין: נ	טלפון: 089731743	טל.עבודה/נייד: 0523755881
כתובת: הרי ירושלים 41, לפיד	מיקוד: 7313300		

0329484786

תמצית הביקור מתאריך 15/11/2021 בשעה 15:46

תאריך הביקור: 15/11/2021

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

הפניות, אשורים ודפי מידע

שם / תיאור	מתאריך	עד תאריך
סוג		
אישור		
תשובת יועץ		

001854472391

פרופ' אורי גבעון
מומחה לכירורגיה אורתופדית
ואורתופדיה של ילדים
מ.ר. 17210 מת.מ. 14401

MRI מכון

הנדון: קלדרון, נוי, ת.ז. 329484786 תאריך לידה: 18/04/2006

דר' נכבד/ה,
הבדיקה בוצעה בתאריך: 06/12/2021

MRI עמוד שדרה מותני:
התוויה: בירור כאבי גב תחתון. בשאלה של פתולוגיה דיסקלית.
טכניקה: בוצעו סריקות של עמוד שדרה במישורים אקסיאלי, סג'טלי בשקלול T1, T2, כולל דיכו' שומן.

ממצאים:
לא זוהתה פתולוגיה גרמית.
מודגם בלט דיסק אחורי מינימלי בגובה L4-L5. בלט דיסק ופריצה זעירה מרכזית בגובה L5-S1.
ללא היצרות התעלה הספ'ילית הגרמית, לחץ על השק הדורלי או על השורשים העצביים. קונוס נמצא בגובה D12-L1 - תקין.
ללא ממצא עוגן.
תעלת השדרה סגורה מאחור בצורה תקינה..

לסיכום:
ממצאים דיסקליים כמתואר, ללא עדות ללחץ על השק הדורלי או על השורשים העצביים.

בברכה,
פרופ' סימנובסקי נטליה
מומחית לרדיולוגיה אבחנתית
מ ר 21879

מסמך זה נחתם אלקטרונית

נבדק נכבד,
קריאת המידע הרפואי המצורף ללא ליווי של הרופא המטפל עלולה לגרום להבנת הכתוב באופן שגוי או חלקי. אנא פנה לרופא המטפל אשר יסביר לך את משמעות תוצאות הבדיקה.
במידת הצורך, בירורים ושאלות בנוגע לפענוח יופנו לרופא הרדיולוג באסוטה, על ידי הרופא המפנה בלבד.
בכל נושא אחר,
אנא פנה למוקד אסוטה בטלפון 03-7644444

רופא נכבד,
רופאי מכון הדימות באסוטה עומדים לשירותך בכל הנוגע לפענוח זה בטלפון 03-7645272 בימים א'-ה' בין השעות 08:00-18:00
כמו כן ניתן לפנות באמצעות:
דוא"ל DimutCenter@assuta.co.il
פקס 03-7645229
המענה יינתן לפניית של רופאים בלבד!

מסמך זה נחתם אלקטרונית
רופאי מכבי יכולים לצפות בצילומים בקליקס ע"י בחירה ב מכבי צפיה בצילומי רנטגן בתפריט העליון

תאריך: 13/12/2021

מ.ר גורם מפנה



101489

מכבי שירותי בריאות

העתק טופס
ריפוי בעיסוק
13/12/2021

פינסקי מאשה

ריפוי בעיסוק

קוד הפניה: 248407767

טלפון: 08-8618999

פקס: 073-2132694

כתובת: לב העיר 16, מודיעין-מכבים-רעות (בית אלעזר קומה 5, קניון עזריאלי).

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: קלדרון	שם פרטי: נויה
ת.ז.: 329484786	ת.ל.י: 18/04/2006
מסל. עבודה/נייד: 0523755881	טלפון: 089731743
מיקוד: 7313300	הרי ירושלים 41, לפיד
כתובת: 0329484786	

הפניה לאביזר / ציוד רפואי

במכביפארם ניתן לרכוש אביזרים באופן דיגיטלי ללא נייר (באמצעות כרטיס חבר)

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

סוג מוצר: מדף

תחום: ציוד עזר

שם אביזר	מאזנים	סך הכל יחידות	קוד אביזר	קוד ספק	נמכר במכביפארם
URISIL MED P-596 5x30	2	2	56887		כן

תוקף הפניה 30 יום, עד תאריך 12/01/2022

13/12/2021

תאריך



טרם פנייה לספק/רכישה, עליך לבדוק זכאותך לקבלת האביזר. מידע לגבי כללי הזכאות להשתתפות השב"נ (בטוח משלים) ניתן למצוא באתר האינטרנט של מכבי <http://www.maccabi4u.co.il/14534-he/Maccabi.aspx>

באם האביזר הומלץ עקב תאונת עבודה, יש לפנות אל סניף מכבי לקבלת אישור מראש, טרם הרכישה

במכביפארם ניתן לרכוש אביזרים באופן דיגיטלי ללא נייר (באמצעות כרטיס חבר)



017210

קוד הפניה: 250492136

טלפון: 08-9268118

פקס: 08-9268117

כתובת: רח' קיפודן 18, מודיעין

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 329484786

שם פרטי: ניה

שם משפחה: קלדרון

טל.עבודה/נייד: 0523755881

089731743

טלפון:

מין: ג

ת.לידה: 18/04/2006



מיקוד 7313300

הרי ירושלים 41, לפיד

כתובת:

0329484786

מכון פיזיותרפיה

תלונות: בביקור בתאריך 07/11/2021 בשעה 18:00:57

שבר באצטבולום מימין, נותחה בשיבא לדברי ההורים. כאבים בירך ימין מאחור.

בביקור בתאריך 15/11/2021 בשעה 15:46:34 - בקשת סיכום ביקור.

בביקור בתאריך 06/12/2021 בשעה 15:06:34 - בבדיקת MRI ע"ש מותני מראים בלטי דיסק L4-S1 עם בקע זעיר L5-S1, ללא לחץ על השק וללא עגינה.

בביקור בתאריך 27/12/2021 בשעה 16:38:09 - פחות כאבים.

ממצאים: בביקור בתאריך 07/11/2021 בשעה 18:00:57

ללא כאבים בהנעת מפרק ירך ימין, גירוי שורשי מימין. כוח שרירים תקין, תחושה תקינה, החזרים גידיים תקינים ושונים.

בביקור בתאריך 27/12/2021 בשעה 16:38:09 - כאבים בגב תחתון ומעל ירך ימין.

אבחנה:

• PAIN LEG

רגישויות: 16/12/2018 - לדברי לא ידועה רגישות -

מעשנת: אין מידע

סיבת ההפניה: לטיפול

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 27/12/2021 עד תאריך - 25/06/2022

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

27/12/2021

תאריך

פרופ' אורי גבעון
מומחה לכירורגיה אורתופדית
אורתופדיה של ילדים
מ.ר. גורם מפנה: 14401

חתימה וחותמת

קביעת תור לטיפול ראשון -במוקד מכבי ללא הפסקה *3555. תורים לטיפול המשך ותור ראשון לטיפול בתחומים מיוחדים (לדוגמא- רצפת אגן, ניקוד לימפתי, טיפולי בית) יקבעו במכון הפיזיותרפיה. הטיפול כרוך בתשלום רבעוני, נא להגיע עם כרטיס מגנטי. במידה והינך משלם במזומן יש להסדיר את התשלום במזכירות הסניף טרם הגעה לטיפול.