

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

7.6.23

מ.ל.ב.

לכבוד
ד"ר יהונתן סבר
מרחוב הלפר 2
בת ים 59323
ד"ר נכבד,

הנדון: ת"א 22-07-29221 מתן ירחי נ' יוסף חיים מור ואח'
תאונה מיום 25/10/2019

1. כב' מונה בהחלטת כב' בית המשפט כמומחה רפואי בתחום הפסיכיאטריה לבדיקת מרשי, אשר נפגע בתאונת דרכים מיום 25.10.2019, ולקביעת נכותו הנובעת מן התאונה.
2. רצ"ב לעיון כב' התייעוד רפואי הרפואי בנוגע למרשי.
3. בהתאם להחלטת כב' בית המשפט, בשכר טרחת כב' תישא הנתבעת 2, קרנית, באמצעות משרד עורכי דין אילן חגי
4. את חוות הדעת מתבקש כב' להמציא לבית המשפט ולשני הצדדים.


בכבוד רב ורחמים,

אריאל פרייברג, עו"ד

העתקים:
עו"ד אילן חגי; עו"ד ליאת גורדון
באמצעות דוא"ל

The E. Wolfson
Medical Center



המרכז הרפואי
ע"ש א.וולפסון

ת.ד. 5 חולון 58100, ISRAEL, 58100
טל: 972-3-5028211, פקס: 972-3-5036408

סודי רפואי

טלפון: 03-5028517

מעודכן ל: 30/10/19

מחלקה: אורט' ילדים

פקס: 03-5028774

שעה: 08:29

מנהל מח': דר. זינגר

סיכום אשפוז - 11133382

המידע הכללי 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. מטרת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלו, מהווה עבירה.

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

ירחי מתן

ת.ז: 22012931-6 מין: זכר ת.לידה: 01/01/11 גיל: 8 ש
טל: 050-7766364 שם האב: טימור מצב משפחתי: ר קופ"ח: כללית
איש קשר: ירחי
כתובת: התזמורת 38, ראשון לציון, 7556208

נתוני אשפוז

קבלה לביה"ח: 25/10/19 קבלה למחלקה: 25/10/19 שעה: 15:23
המטופל משתחרר לביתו תאריך שחרור: 30/10/19

אבחנות נוכחיות

823.20 - CLOSED FRACTURE OF SHAFT OF TIBIA (LT)

פרוצדורות

79.16.01 - CLOSED REDUCTION INTER FIX (NAIL) TIBIA/
27/10/19

רגישויות

לא ידוע

תלונה עיקרית

חבלה לשוק שמאל

מחלה נוכחית

בן 9, בריא בד"כ
ביום קבלתו מעורב בת.ד. כהולך רגל נגד אופנוע
נחבל בשוק שמאל. ללא תלונות נוספות.

בבדיקתו: הגישונו במישוש ודפורמציה מינימלית מעל שוקן שמאל. ללא חסר NV
 יתר תחנות ג"ת דו"צ ואגן במפ
 מניע צוואר בחופשיות ובטווחים מלאים
 ג"ע דו"צ במפ. בוצע FAST וצילום חזה ללא ממצאים חריגים.
 במיון הונח סד גבס ארוך אנלגטי
 בצילום: שבר מידשאפט טיביה בתזוזה
 הוסבר לאם על הממצאים ועל התוכנית הטיפולית
 הבינה היטב והסכימה.
 מתאשפז להמשך מעקב ובהמשך טיפול ניתוחי.

תאריך בדיקה: 25/10/19 שעה: 16:27

מצורף נספח תוצאות מעבדה

בדיקות דימות

25/10/19 16:22 צילום בית החזה, קדמי-אחורי, בשכיבה
 סרעפות בעמדה תקינה.
 ללא עדות לממצא ריאתי או פלוריאל.
 לב בגדר הנורמה.

25/10/19 15:30 US אברי הבטן העליונה

FAST.US

אין עדות לנוזל חופשי בחלל הבטן, בחלל הפלוריאל או הפריקרדיאל.

מהלך האשפוז

נותח תחת הרדמה כללית בתאריך 27.10.2019 ובוצע שחזור סגור וקיבוע על ידי שני
 מסמרים גמישים מסוג ננסי. התקבלה עמדה טובה ויציבה.
 מהלך פוסט ניתוחי תקין, ללא חום, ללא סימני תסמונת מדור.
 משמחרר במצב כללי טוב עם ההמלצות הבאות:

המלצות

איסור דריכה על שמאל עם תמיכת קביים / כסא גלגלים
 משככי כאבים לפי הצורך
 זקוק להשגחה הורים צמודה למשך חודש
 לימוד ביתי
 ביקורת מרפאת אורטופדית ילדים בעוד 4 שבועות - נסיר גבס ונבצע צילום עדכני
 בכל החמרה או בעיה יש לחזור לבדיקתינו

חתימה

מספר רשיון: 88090

רופא מאשר: דר. שור, לואיס

חתימה:

08:29 30/10/19

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

ירחי מתן

ת.ז: 22012931-6

מקרה: 11133382

מחלקה משחררת: אורט' ילדים

נכון לתאריך: 25/10/2019 ולשעה: 14:57:00

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

בדיקות כימיה בדם

				285	25.10.19	275-295	Osmolality calculated - blood
				74	25.10.19	28-100	Amylase - blood
				0.51	25.10.19	0.30-1.10	Bilirubin, total - blood
				0.71	25.10.19	0.00-0.87	Creatinine - blood
				110.0 H	25.10.19	60.0-100.0	Glucose, quantitative - blood
				14	25.10.19	0-31	Lipase - blood
				183	25.10.19	86-315	Alkaline phosphatase - blood
				3.93	25.10.19	3.50-5.10	Potassium - blood
				137.4	25.10.19	136.0-145.0	Sodium - blood
				41	25.10.19	0-44	AST (GOT) Aspartate aminotransferase - blood
				20	25.10.19	0-41	ALT (GPT) Alanine amino transferase - blood
				25	25.10.19	15-36	Urea - blood

בדיקות קרישה

				28.6	25.10.19	17.0-35.0	PTT, LAC sensitive reagent - blood
				1.10	25.10.19	0.90-1.40	PT, INR - blood
				11.5	25.10.19	11.0-13.5	PT, seconds - blood
				191 L	25.10.19	200-400	Fibrinogen - blood

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

ספירת דם

	Leukocytes - blood	6.0-15.0	25.10.19	5.9 L	*[.....]		
	Hct (Hematocrit) - blood	36.0-44.0	25.10.19	37.2	[*.....]		
	MCV (Mean Corpuscular Volume) - blood	77.0-101.0	25.10.19	88.1	[...*.....]		
	MCH (Mean corpuscular hemoglobin) - blood	26.0-32.0	25.10.19	29.6	[....*....]		
	MCHC (Mean Corpuscular Hemoglobin Concentration) - blood	30.0-37.0	25.10.19	33.6	[...*.....]		
	RDW (Red cell Distribution Width) - blood	12.1-16.2	25.10.19	12.8	[*.....]		
	MPV (Mean platelet volume) - blood	6.5-10.0	25.10.19	8.7	[....*....]		
	Neutrophils % - blood	28.0-32.0	25.10.19	45.5 H	[.....]*		
	Lymphocytes % - blood	55.0-61.0	25.10.19	45.1 L	*[.....]		
	Monocytes % - blood	5.0-10.0	25.10.19	5.3	[*.....]		
	Eosinophils %, film - blood	2.0-6.0	25.10.19	3.3	[.*.....]		
	Basophils % - blood	0.0-1.0	25.10.19	0.8	[.....*..]		
	Neutrophils No. - blood	1.5-8.5	25.10.19	2.7	[*.....]		
	Lymphocytes No. - blood	4.0-10.5	25.10.19	2.7 L	*[.....]		
	Monocytes No. - blood	0.4-0.7	25.10.19	0.3 L	*[.....]		
	Eosinophils No. - blood	0.1-0.6	25.10.19	0.2	[.*.....]		
	Basophils No. - blood	0.0-0.5	25.10.19	0.0	[*.....]		
	Normoblasts - blood	0.0-0.6	25.10.19	0.1	[*.....]		
	NRBC (Nucleated red blood cells) No. - blood	0.0-0.0	25.10.19	0.0	[..*.....]		
	Hb (Hemoglobin) - blood	11.0-13.0	25.10.19	12.5	[.....*..]		
	RBC - blood	3.6-5.0	25.10.19	4.2	[..*.....]		
	Platelets automated count - blood	150-450	25.10.19	240	[.*.....]		

תאריך
31/10/2019
17:09

הפניה כללית

פרטי המטופל	00-22012931-6	8.10	ז	01/01/2011	טימור
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת. לידה	שם האב
ראשון לציון	התזמורת	38 / 8		50 -7766364	3 - 6519961
ישוב	רחוב	מס בית		טלפון	טלפון נוסף

מספר הפניה ישירה: 35421036818

גורם שולח



5421

מספר הפניה



035421036818

תז נבדק



0220129316

מספר רשיון



026144

לכבוד: יעוץ פסיכיאטר בהקדם האפשרי

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
74054	L0770	מנוי אבחוני ילד ונוער בריאות הנפש	74054

אבחנה משוערת

קוד	אפיין	אבחנה
	It	CLOSED FRACTURE OF SHAFT OF TIBIA
		CLOSED REDACTION INTER FIX (NAIL) TIBIA
7		OBSERVATION - PATIENT UNDER OBSERVATION

תלונות: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 30/10/2019:

לפני 3 ימים

היה מעורב בת.ד. כהולך רגל נגד אופנוע נחבל בשוק שמאל

עבר ניתוח

מומץ משקל כאבי כאבים

31/10/2019

סובל מחרדות

!!

סימנים חיוניים: גובה 126 04/09/2018 משקל 26 04/09/2018 bmi 16.38

לחץ דם 98 /50 04/09/2018

דופק 83 04/09/2018

12/09/2019 מתאריך 150.68 eGFR

דף 1 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה כללית

31/10/2019

הודפס ע"י ד"ר אנה אורלובסקי

00-22012931-6

ירחי מתן

דיון/תוכנית טיפולית: ההפניות שהופקו ב 30/10/2019:
הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה בבית - יח
31/10/2019

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
27/06/2017		ATTENTION DEFICIT DISORDER WITH HYPERACTIVITY

תרופות קבועות

ב...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	כמוסות	1	FOCALIN XR 29/M CAP 10MG 100 10MG
ביום	1	טבליות	1	METHYLPHENIDATE HCL TAB 10MG 10MG

חתימה וחותמת הרופא

26144

מספר רשיון

ד"ר אנה אורלובסקי

שם הרופא

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

פניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת ביה"ח
מפורסמת באתר הכללית

תאריך 10/11/2019

אישור על מחלת הילד

פרטי המטופל

ירחי מתן		שם משפחה ושם פרטי		מס זהות		גיל	ז	ת.לידה	01/01/2011	טימור
ראשון לציון	התזמורת	שם המשפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ז	ת.לידה	טימור	שם האב	שם האב	שם האב
ישוב	רחוב	38 / 8	מס בית	טלפון	50	7766364	3	6519961	טלפון נוסף	טלפון נוסף

דורש טיפול והשגחה ביתית *

מתאריך 27/10/2019 עד תאריך 30/11/2019

עד בכלל

ד"ר אנה אורלובסקי

שם הרופא

נחתם דיגיטלית

26144

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות
דף 1 מ 1
10/11/2019
00-22012931-6
הודפס ע"י ד"ר אנה אורלובסקי

אישור על מחלת הילד

ירחי מתן

תאריך: 19/11/2019

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל					
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ז	01/01/2011	טימור
00-22012931-6	8.10	מין	ת.לידה	שם האב	ראשון לצי
38 / 8	50	7766364	50	6519961 - 3	התזמורת
מס בית	טלפון	טלפון	טלפון	טלפון נוסף	רחוב

מספר הפניה ישירה: 32018746500

גורם שולח



2018

מספר הפניה



032018746500

תז נבדק



0220129316

מספר רשיון



014392

לכבוד: קפלן עור
לטיפולך

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70035	L9274	בדיקת רופא עור	70035

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות גוף

אבחנה משוערת

קוד	אפיון	אבחנה
709		VITILIGO

בעיות פעילות

מ.גילוי	אפיון	בעיה
27/06/2017		ATTENTION DEFICIT DISORDER WITH HYPERACTIVITY
25/10/2019	It	CLOSED FRACTURE OF SHAFT OF TIBIA
25/10/2019		CLOSED REDACTION INTER FIX (NAIL) TIBIA

תרופות קבועות

ב...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	כמוסות	1	FOCALIN XR 29/M CAP 10MG 100 10MG
ביום	1	טבליות	1	METHYLPHENIDATE HCL TAB 10MG 10MG
ביום	1	טבליות	1	DEXTROAMPHETAMINE; AMPHETAMINE 20

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לרפואה יועצת

19/11/2019

00-22012931-6 הודפס ע"י ד"ר מאיר רונן

ירחי מתן



גודה לך על חוות דעתך והמלצתך

14392

ד"ר מאיר רונן

מספר רשיון

שם הרופא

חתימה וחותמת הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.
פניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת ביה"ח
מפורסמת באתר הכללית

סודי רפואי

מעודכן ל: 25/11/19

שעה: 12:10

מחלקה: מ.אורטו.ילד

מנהל מח': דר. זינגר

סיכום ביקור - 31219608

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, התשנ"ו - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - תשמ"א - 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

ירחי מתן

ת.ז: 22012931-6 מין: ז ת.לידה: 01/01/11 גיל: 8 ש
טל: 050-7766364 שם האב: טימור מצב משפחתי: ר קופ"ח: כללית
איש קשר: ירחי
כתובת: התזמורת 38, ראשון לציון, 7556208

נתוני ביקור

קבלה למחלקה: 25/11/19 שעה: 10:19

פרטי קהילה

מרפאה: שרותי בריאות

אבחנות נוכחיות

823.20 -CLOSED FRACTURE OF SHAFT OF TIBIA
-LT

רגישויות: לא ידוע

תלונה עיקרית: חבלה לשוק שמאל

מחלה נוכחית: 30.10.2019 מהלך אשפוז

=====

בן 9, בריא בד"כ

ביום קבלתו מעורב בת.ד. כהולך רגל נגד אופנוע

נחבל בשוק שמאל. ללא תלונות נוספות.

בבדיקתו: רגישות במישוש ודפורמציה מינימלית מעל שוק

שמאל. ללא חסר NV

יתר תחנות ג"ת דו"צ ואגן במפ

מניע צוואר בחופשיות ובטווחים מלאים

ג"ע דו"צ במפ. בוצע FAST וצילום חזה ללא ממצאים

חריגים. במיון הונח סד גבס ארוך אנלגטי.

12:11

Ministry of Health

**The E. Wolfson
Medical Center**



משרד הבריאות

**המרכז הרפואי
ע"ש א. ולמסון**

מדינת חור

קבלת מטופל - מרפאה אורטופדית

ירחי מתן
 טימוד
 מ.ז.ז.
 מ.אורטו.ילד
 מ.אורטו.ילד
 מקרה:
 8-
 22012931-6
 25.11.19
 31219608



7.7. 1957

הוראת

[illegible]

אומדן והתערבות סיעודית: זיהוי מטופל: ☐ אימות פרטים, ענידת ידון: כן / לא
מלפני:

אומדן והתערבות סיעודית: _____
 קרבה: _____
 טלפון: _____
 נמען למסירת מידע: שם- _____

סימנים חיוניים: לחץ דם: _____ דופק: _____ חום: _____
אומדן כאב: שעה: _____ (VAS / FACE / FLACC) עוצמה (0-10): _____
מיקום הכאב: _____

אומדן השפעה: שעה: _____ (VAS / FACE / FLACC) עוצמה (0-10): _____

התערבות סיעודית: ☐ זקוק לעזרה ☐ הליכון ☐ כסא גלגלים ☐ מרותק למיטה

אומדן שלמות העור: הערכת מצב הפצע: נקי □ דלקת □ זיחום □ אחר: _____

הדרכת מטופל: שפת דיבור: עברית □ ערבית □ רוסית □ אמרונית □
מצב קוגניטיבי ורגשי: □ בהכרה כן/ לא □ מתמצא בזמן ובמקום כן/ לא □ רגוע □ אי שקט □ חרדה □

מגבלה פיזית: □ לקות ראייה □ לקות שמיעה □ מגבלת שפה פרט:

שיטת הדרכה: ☐ שיחה ☐ חומר כתוב ☐ הדגמה ☐ הנגשה לסוגיות ☐ אחר

נושאי הדרכה: ☐ טיפול תרופתי ☐ מניעת כאבים ☐ מניעת נפילות ☐ הוצאת תפרים ☐ הוצאת תחבושת ☐

רמת"ח / מחלקת

נושאי הדרכה: □ טיפול תרופתי □ מניעת כאבים □ מניעת פגיעות □

לקראת פעולה / ניתוח □ שימוש באמצעי עזר □ זכויות המטופל □ מעקב בקהילה / בביה"ח

הדרכה ניתנה ל: ☐ מטופל ☐ בן משפחה ☐ מטפל ☐ אפוסטרופוס: שם: _____

שחרור: □ הביתה □ למלר"ד □ למחלקה □ למוסד אחר

שחור: ☐ הביתה ☐ למלר"ד ☐ למחלקה ☐ כמוס' אחר

תאריך: _____ שעה: _____ שם האחות: _____ חתימה וחותמת: _____

הזמנה לבדיקת דימות

☐ ראשונה
☐ חוזרת
☐ בטכון
☐ במחלקה

אדית וולפסון - חולון - המחלקה לנידונות

משרד חברות - מרכז

ירחי מתן
 טימור
 22012931-6
 25.11.19
 מ.אורטו.ילד
 מ.אורטו.ילד
 31219608
 מקרה:
 מ.ר. וולפסון

שם משפחה
 שם חאב
 מסי גליון מיון

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

שנת לידה

לנשים בגיל הפוריות:
 מועד וסת אחרון:
 חתימת האישה:
 () הבדיקה חייבת להתבצע
 () הבדיקה ניתנת לדהיה לעשרת
 חודשים הראשונים שלאחר
 המחזור.
 שם חתימה וחתימת הרופא

רגישות

() לא רגיש
 () רגישות ליד
 () רגישות לתרופות

תפקודי כליות

UREA:
 CREAT:

הצילום יכול להתבצע:

() בעמידה
 () בשכיבה

אופן העברה למכון:

☐ מתחלף
☐ כסא גלגלים
☐ אלונקה
☐ מיטה

לנשים בגיל הפוריות

הצילום בוצע -
 () בימים הראשונים למחזור
 () במועד אחר.
 () עם כיסוי עופרת לאנן

שם וחתימה של הטכנאי המבצע

חבדיקת חדרושות

מחלקה/מכון/יחידה

תאריך החזמנה

חתימת הרופא המומין

חתימת הרופא המומין

השימוש בסרטים (°)

תאריך	סוג	טכנאי	חדר	C.T.	קמרה	ממו	U.E.	צנטור	43/35	35/35	30/40	24/30	18/24

תקנים

פקולקלים

הערות

לשמן את הדרוש ב - *

(°) לשימוש המחלקה לדימות בלבד.

60-1340-3

2501

ג.ד

25/11/2019 תאריך

הפניה כללית - נוסח חופשי

פרטי המטופל		00-22012931-6		8.10		ז		01/01/2011		טימור	
שם משפחה ושם פרטי		מס זהות		גיל		מין		ת. לידה		שם האב	
התזמורת		38 / 8		7766364		50		-6519961		3	
ראשון לציון		מס בית		טלפון		טלפון נוסף					
רחוב											

גורם שולח



5401

מספר הפניה



035401085821

תז נבדק



0220129316

מספר רשיון



026144

לכבוד: מרפאה PTSD

אבחנה משוערת

קוד	אפיון	אבחנה
It		CLOSED FRACTURE OF SHAFT OF TIBIA
		CLOSED REDACTION INTER FIX (NAIL) TIBIA
7		OBSERVATION - PATIENT UNDER OBSERVATION

תלונות

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 31/10/2019:

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 30/10/2019:

לפני 3 ימים

היה מעורב בת.ד. כהולך רגל נגד אופנוע נחבל בשוק שמאל

עבר ניתוח

מומץ משכך כאבי כאבים

31/10/2019

סובל מחרדות

25/11/2019

אמא מבקשת לפנות למרפאת פוסט טראומה להמשך טיפול בילד

סימנים חיוניים גובה 126 04/09/2018 משקל 26 04/09/2018 bmi 16.38

לחץ דם 98 /50 04/09/2018

דופק 83 04/09/2018

12/09/2019 מתאריך 150.68 eGFR

דיון/תוכנית טיפולית

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 31/10/2019:

ההפניות שהופקו ב 30/10/2019:

הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה בבית - יח

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 1 מ 2

25/11/2019

00-22012931-6 הודפס ע"י ד"ר אנה אורלובסקי

הפניה כללית - נוסח חופשי

ירחי מתן

31/10/2019
ההפניות שהופקו ב 31/10/2019
טופס הפניה כללי - 74054-מנוי אבחוני ילד ונו
25/11/2019

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מגילוי	איפיון	בעיה
27/06/2017		ATTENTION DEFICIT DISORDER WITH HYPERACTIVITY
25/10/2019	It	CLOSED FRACTURE OF SHAFT OF TIBIA
25/10/2019		CLOSED REDACTION INTER FIX (NAIL) TIBIA

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופה
ביום	1	כמוסות	1	FOCALIN XR 29/M CAP 10MG 100 10MG
ביום	1	טבליות	1	METHYLPHENIDATE HCL TAB 10MG 10MG
ביום	1	טבליות	1	DEXTROAMPHETAMINE; AMPHETAMINE 20

ד"ר אנה אורלובסקי

26144

מספר רשיון

25/11/2019 תאריך

הפניה כללית - נוסח חופשי

פרטי המטופל

טמור	01/01/2011	ז	8.10	00-22012931-6	ירחי מתן
שם האב	ת. לידה	מין	גיל	מס זהות	שם משפחה ושם פרטי
3	50	7-766364	38 / 8	התזמורת	ראשון לציון
טלפון נוסף	טלפון	מס בית	רחוב		ישוב

גורם שולח



5401

מספר הפניה



035401085821

תז נבדק



0220129316

מספר רשיון



026144

לכבוד: מרפאה PTSD

אבחנה משוערת

קוד	אפיון	אבחנה
	lt	CLOSED FRACTURE OF SHAFT OF TIBIA
		CLOSED REDACTION INTER FIX (NAIL) TIBIA
7		OBSERVATION - PATIENT UNDER OBSERVATION

תלונות

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 31/10/2019:
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 30/10/2019:
לפני 3 ימים
היה מעורב בת. ד. כהולך רגל נגד אופנוע נחבל בשוק שמאל
עבר ניתוח
מומץ משכך כאבי כאבים
31/10/2019
סובל מחרדות
25/11/2019
אמא מבקשת לפנות למרפאת פוסט טראומה להמשך טיפול בילד

סימנים חיוניים גובה 126 04/09/2018 משקל 26 bmi 04/09/2018 16.38

לחץ דם 98 /50 04/09/2018

דופק 83 04/09/2018

12/09/2019 מתאריך 150.68 eGFR

דיון/תוכנית טיפולית

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 31/10/2019:
ההפניות שהופקו ב 30/10/2019:
הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה בבית - יח

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 1 מ 2

25/11/2019 00-22012931-6 הודפס ע"י ד"ר אנה אורלובסקי

הפניה כללית - נוסח חופשי

ירחי מתן

31/10/2019
ההפניות שהופקו ב 31/10/2019:
טופס הפניה כללי - 74054-מנוי אבחוני ילד ונו
25/11/2019

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
27/06/2017		ATTENTION DEFICIT DISORDER WITH HYPERACTIVITY
25/10/2019	lt	CLOSED FRACTURE OF SHAFT OF TIBIA
25/10/2019		CLOSED REDACTION INTER FIX (NAIL) TIBIA

תרופות קבועות

ב...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופה
ביום	1	כמוסות	1	FOCALIN XR 29/M CAP 10MG 100 10MG
ביום	1	טבליות	1	METHYLPHENIDATE HCL TAB 10MG 10MG
ביום	1	טבליות	1	DEXTROAMPHETAMINE; AMPHETAMINE 20

ד"ר אנה אורלובסקי

26144

מספר רשיון

הפניה כללית - נוסח חופשי
ירחי מתן

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות
דף 2 מ 2
00-22012931-6 הודפס ע"י ד"ר אנה אורלובסקי
25/11/2019



סודי רפואי

טלפון: 08-9779150

מעודכן ל: 26/11/19

מחלקה: מרפ. ילדים ב

פקס: 08-9779156

שעה: 10:27

מנהל מח': דר. רייזלר

סיכום ביקור - 32756967

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

ירחי מתן

ת.ז: 22012931-6 מין: זכר ת.לידה: 01/01/11 גיל: 8 ש
טל: 050-7766364 שם האב: טימור מצב משפחתי: ר קופ"ח: כללית
איש קשר: קולייב טימור
כתובת: התזמורת 38, ראשון לציון, 7556208

נתוני ביקור

קבלה למחלקה: 26/11/19 שעה: 10:24

אבחנות נוכחיות

448.1 - **NAEVUS, NON-NEOPLASTIC**

רגישויות

לא ידוע

מחלה נוכחית

בן 9 שנים. מלווה באימו

כתם בהיר מולד על גב תחתון. נאמר בעבר שמדובר בויטיליגו. לא נלקחה ביופסיה (אין מסמכים).

בשנים הראשונות הכתם גדל פרופורציונית לגדילתו.

בשבועיים האחרונים יש גדילה מעבר וכן הופעה של נגעים נוספים.

לפני חודש היה מעורב בתאונת דרכים כהולך רגל ושר את רגלו. היו שפופים שטחיים בצד שמאל של הגוף.

תולדות עבר

בריא בד"כ.
ללא אישפוזים
מחוסן כפי גילו
ללא אלרגיות

תולדות משפחה

ללא מחלות עור במשפחה
לסבתא סרטן עור כלשהוא בעשור הרביעי לחיים.
ללא מחלות אוטואימוניות במשפחה.

בדיקה גופנית בקבלה**מצב כללי**

עור - כתם בעל מראה גיאוגרפי במותן שמאל. בעל שוליים חדיים משוננים.
היפופיגמנטרי.
כתמים נוספים היפופיגמנטריים בגו ובזרועות, נראים פוסטטראומטיים/דלקתיים.

מדדים**לא קיים נספח תוצאות מעבדה****סיכום ודיון**

מתן מציג שתי פתולוגיות בביקור היום:
1. נגע מולד היפופיגמנטרי בעל שוליים גיאוגרפיים חדים - מתאים לנבוס היפופיג-
מנטרי מולד
2. נגעים היפופיגמנטריים בצורות שונות שהופיעו החודש, לאחר התאונה וככל הנראה
מדובר בהיפופיגמנטיציה לאחר לסרציות.
הוסבר לאם ולמתן על התהליכים.
אין צורך בבירור נוסף. הנגעים צולמו לשם מעקב.
אין מדובר בויטיליגו

המלצות

1. מעקב מרפאת עור ילדים במידת הצורך
2. במידה וימצאו מסמכים קודמים, יביאו לעיוני

חתימה

רופא מאשר: דר. פרידנטל, אילן

26/11/19 10:45

מספר רשיון: 81261

חתימה: **ד"ר אילן פרידנטל**
מומחה ברפואת ילדים
מ.ר. 81261 מ.ר.מ. 29764

לכבוד,
ירחי מתן (שם האב: טימור)
התזמורת 38/8
ראשון לציון 7556208

מרכז שניידר לטיפול בילדים המרפאה לרפואה פסיכיאטרית

מיקום: קומה-3

טלפון: 03-9253616 | פקס: 03-9253864 | דוא"ל: psycare@clalit.org.il

ת.ז. 0022012931

ק. שלום רב,

הנך מוזמן למרפאה פסיכולוגית

חמישי, כ"ו בטבת תש"פ, 23/01/2020, בשעה 10:00.

שעת הבדיקה משוערת וייתכנו עיכובים.

ט. להבא לפגישה

פגישתכם תתקיים
ברפואה פסיכולוגית
רח' מוטה גור 7 פ"ת
בניין C קומה 4

הורים יקרים,

כבודי נבחרת ליוני ה' תש"פ
קיימת מצוקת חנייה
בתנאי המבוקש של
מרכז שניידר לטיפול בילדים.

אנא היערכותכם מראש
חברות זמן יציאה,
תחבורה ציבורית או
מציאת פתרונות חניה
נוחים בקרבת מקום.

הודעה זו נשלחה
לשירות הטיפול
החולה מרגע שנמסר
לרפואת ילדים

1. מכתב הפניה מהרפוא המטפל בביקור ראשון וכל חומר רפואי רלוונטי אחר.

2. תעודת זהות של אחד ההורים עם הספח בו רשום הילד/ה המטופל/ת

3. התחייבות עבור מנוי בהתאם לבקשת המרפאה (קוד משהב"ר ----).

אבחוני קוד
L0770

הערות

1. נעשה כל מאמץ מצידנו על - מנת לקבלכם במועד אליו זומנתם אולם ייתכנו עיכובים.

2. על קטין להגיע בליווי הורה/אפוטרופוס.

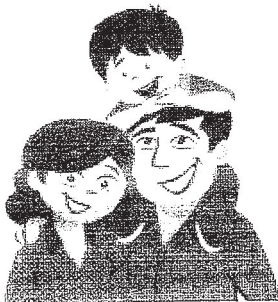
3. במידה ואין באפשרותכם להגיע, אנא הודיעו למזכירות המרפאה בטלפון שמספרו: 03-9253616 או במייל psycare@clalit.org.il

בברכת בריאות שלמה,
צוות המרפאה

C פס א -

אבחוני קוד
L0770

לפגישה זו חובה לפעיל בריאות, מלאכה,
ב הורים וחג ב הילד/ה !



טל': 03-5552634
פקס: 03-5552780

משרד הבריאות, מרכז לבריאות הנפש, אברבנאל
מסונף לביה"ס לרפואה ע"ש טאקלר אוניברסיטת תל-אביב
מרפאת ילדים ונוער - "ניצנים"
מנהלת המרפאה: ד"ר לריסה קורצמן



בתאריך:
08/12/2019

בקשת טופס 17

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, התשנ"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 החוק. מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלה, מהווה עבירה.
מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא המטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי.



זכר, גיל בקבלתו: 8, ת.לידה: 01/01/2011

22012931-6 ירחי מתן

התומרת 38, ראשון לציון 7556208, שם תאב: טימור, ארץ לידה: ישראל

08/12/2019, כללית

כללית

קופת חולים

הנדון: בקשת טופס 17 עבור טיפול פסיכולוגי/ פסיכיאטרי

ירחי מתן

המטופל/ת

22012931-6

ת.ז.

פנה למרכז לבריאות הנפש לשם קבלת טיפול.

אבחנה

F900 DISTURBANCE OF ACTIVITY & ATTENTION
F93 EMOTIONAL DISORDERS WITH ONSET SPECIFIC TO CHILDHOOD

רושם להפרעת חרדה עם תסמינים דכאוניים. זקוק לטיפול פרטני ובהמשך שקילת טיפול תרופתי

מטרת הטיפול

נבקשם להפיק למטופל טופס 17 לשם קבלת טיפול במסגרת טיפול

מינוי לטיפול קצר ילדים - קוד משרד הבריאות L0772

בסיום מימוש התחייבות זו נפנה, במידת הצורך, לקבלת התחייבות נוספת בצמוד לדו"ח רפואי.
**נא לשלוח את ההתחייבות המאושרת למספר פקס 03-5552780

בתודה מראש,

חתום ע"י:

מנהלת ילדים ונוער ניצנים
המרכז הרפואי לבריאות הנפש ע"ש טאקלר אוניברסיטת תל-אביב
רחי קקילי 15 בתי-ים
טלפון: 03-5552634
פקס: 03-5552780

רופא אלכס שנירוביץ
מס.רשיון: 111749
1-111749
ב"ר ת"ת

מחלקה: מ.אורטו.ילד
מנהל מח': דר. זינגר
סודי רפואי
מעודכן ל: 16/12/19
שעה: 10:13

סיכום ביקור - 31231670

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, התשנ"ו - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - תשמ"א - 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

ירחי מתן
ת.ז: 22012931-6 מין: ז
ת.לידה: 01/01/11 גיל: 8 ש
טל: 050-7766364 שם האב: טימור מצב משפחתי: ר קופ"ח: כללית
איש קשר: ירחי
כתובת: התזמורת 38, ראשון לציון, 7556208

נתוני ביקור
קבלה למחלקה: 16/12/19 שעה: 08:54

פרטי קהילה
מרפאה: שרותי בריאות

אבחנות נוכחיות
823.20 -CLOSED FRACTURE OF SHAFT OF TIBIA
-LT

רגישויות: לא ידוע
תלונה עיקרית: חבלה לשוק שמאל
מחלה נוכחית: 30.10.2019 מהלך אשפוז
=====

בן 9, בריא בד"כ
ביום קבלתו מעורב בת.ד. כהולך רגל נגד אופנוע
נחבל בשוק שמאל. ללא תלונות נוספות.
בבדיקתו: רגישות במישוש ודפורמציה מינימלית מעל שוק
שמאל. ללא חסר NV
יתר תחנות ג"ת דו"צ ואגן במפ
מניע צוואר בחופשיות ובטווחים מלאים
ג"ע דו"צ במפ. בוצע FAST וצילום חזה ללא ממצאים
חריגים. במיון הונח סד גבס ארוך אנלגטי.

בצילום: שבר מידשאפט טיביה בתזוזה
הוסבר לאם על הממצאים ועל התוכנית הטיפולית. הבינה היטב
והסכימה.

מתאשפו להמשך מעקב ובהמשך טיפול ניתוחי.
נותח תחת הרדמה כללית בתאריך 27.10.2019 ובוצע שחזור סגור
וקיבוע על ידי שני מסמרים גמישים מסוג ננסי. התקבלה עמדה
טובה ויציבה. מהלך
פוסט ניתוחי תקין, ללא חום, ללא סימני תסמונת מדור.

25.11.2019 ביקורת מרפאה

=====

מרגיש טוב, פצעים תקינים, ללא חסר NV או גידי, ללא
סימני תסמונת מדור
צילום ביקורת - עמדה טובה עם סימני חיבור ראשוניים.

16.12.2019 ביקורת מרפאה

=====

כעת חודש וחצי לאחר השבר.
מרגיש טוב, אין כאבים. בבדיקתו - ציר תקין, ללא עיוות
ללא רגישות במגע ללא חסר NV
צילום מהיום - שבר מחובר בעמדה טובה

בדיקה גופנית

מדדים ת. בדיקה: 25/11/19 שעה: 12:07

לחץ דם: משקל: דופק:

גובה: נשימות: סטורציה:

חום פה: חום רקטלי: חום אחר:

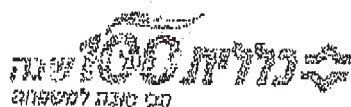
BMI: GCS: BSA:

תכנית טיפול ומעקב: פיזיותרפיה בדחיפות במסגרת קופ"ח - מותרת התחלת דריכה
חלקית עם תמיכת קביים למשך שלושה שבועות לאחר מכן
מותרת דריכה לפי יכולת שבועיים
נוספים

ביקורת כאן בעוד חודש וחצי
משככי כאבים לפי הצורך

חתימה

רופא מאשר: דר. שניר, לזאס רשיון: 88090 חתימה: _____
10:13 16/12/19



התאריך 18/12/2019
הודפס על ידי קובובסקי

ד"ר לודמילה יעקובובסקי
ילדים
36067
התזמורת 30 ראשון לציון
03-9511229
03-9511453

שם הרופא
תחום
מספר רשיון
כתובת
טלפון
פקס
מרפאה: גוזה אשלים - ראשון לציון

מחוז: מרכז

18/12/2019 תאריך

אישור על מחלת הילד

פרטי המטופל		00-22012931-6		8.11		ז		01/01/2011		טימור	
ירחי מתן		מס זהות		גיל		מין		ת. לידה		שם האב	
שם משפחה ושם פרטי		מס זהות		גיל		מין		ת. לידה		שם האב	
התזמורת		מס בית		38 / 8		50		7766364		6519961 - 3	
ראשון לציון		מס בית		38 / 8		50		7766364		6519961 - 3	
ישוב		מס בית		38 / 8		50		7766364		6519961 - 3	

מתאריך 01/12/2019 עד תאריך 31/12/2019 ועד בכלל

נחתם דיגיטלית

36067

ד"ר לודמילה יעקובובסקי

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכלליות

דף 1 מ 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

אישור על מחלת הילד

18/12/2019 הודפס על ידי קובובסקי 00-22012931-6

ירחי מתן

07/01/2020 תאריך
13:50

הפניה כללית

פרטי המטופל		יחסי מין		00-22012931-6		9.00		ז		01/01/2011		טימור	
שם משפחה ושם פרטי		מס זכות		גיל		מין		ת. לידה		שם האב		שם האב	
התזמורת		מס בית		38 / 8		7766364		50		6519961		3	
ראשון לציון		מס בית		38 / 8		7766364		50		6519961		3	
ישוב		מס בית		38 / 8		7766364		50		6519961		3	
רחוב		מס בית		38 / 8		7766364		50		6519961		3	

מספר הפניה: 35401087222
מספר רשיון: 026144
תז נבדק: 0220129316
מספר הפניה: 035401087222
גורם שולח: 5401

שירות	קוד	קוד	שירות
רפואי	80076	97113	פיזיותרפיה/שיקום פרטני בבריכה הידרותרפיה
80076			

אבחנה משוערת	איפיון	קוד
FILL OUT FORMS		1

תלבוזת: עדיין לא הולך יציב, עדיין קושי לעמוד על רגל לאחר תאונת דרכים

סימנים חיוניים: גובה 126 04/09/2018 משקל 26 04/09/2018 bmi 16.38

לחץ דם 98 / 50 04/09/2018

דופק 83 04/09/2018

12/09/2019 מתאריך 150.68 eGFR

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות	מ. גילוי	איפיון	בעיה
ATTENTION DEFICIT DISORDER WITH HYPERACTIVITY	27/06/2017		
CLOSED FRACTURE OF SHAFT OF TIBIA	25/10/2019	It	
CLOSED REDACTION INTER FIX (NAIL) TIBIA	25/10/2019		

ס.ה.ר. 6

הפניה כללית
יחסי מין
המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות
07/01/2020 הודפס ע"י ד"ר אנה אורלובסקי
00-22012931-6

תרופות קבועות			
א. הגשה	כמות	פ.עמים	ב. ...
1	1	1	ביום
1	1	1	ביום
1	1	1	ביום

תורפות
 FOCALIN-XR 29/M³ CAP 10MG-100, 10MG
 METHYLPHENIDATE HCL TAB 10MG 10MG
 DEXTROAMPHETAMINE; AMPHETAMINE 20

חתימה וחותמת הרופא

26144

מספר רשיון

ד"ר אנה אורלובסקי

שם הרופא

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

ס.ה.ר. 6

דף 2 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה כללית

07/01/2020

הודפס ע"י ד"ר אנה אורלובסקי 00-22012931-6

ירחי מתן

נולית 100 שנה
תמי נוכח למשפחה

הענק 09/01/2020
הענק הודפס ע"י עמור בלדמן

ד"ר אנה אורלובסקי
מומחית ברפואת ילדים
26144
חברון 4 - רמת גן
03-6716800
03-6716801

שם הרופא
תחום
מספר רשיון
כתובת
טלפון
פקס
מרפאה: חברון-מרכז בריאות הילד - רמת גן

07/01/2020 תאריך

אישור בריאות

פרטי המטופל					
י"ר חי מתן		שם משפחה ושם פרטי		מס זהות	
00-22012931-6		גיל		9.00 ז' מין	
ת. לידה		01/01/2011		טימור	
שם האב		38 / 8		50 -7766364	
התזמורת		מס בית		טלפון	
רחוב		3		6519961 -	
ראשון לציון		טלפון נוסף		50	
ישוב		טלפון		7766364	

על סמך התיק הרפואי

נמצאו הממצאים הבאים:

ילד לא מתנייד לבד וזקוק לעזרה של אמא(אחרי תאונת דרכים)

נחתם דיגיטלית

חתימה וחתימת הרופא

26144

מספר רשיון

ד"ר אנה אורלובסקי

שם הרופא

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית

דף 1 מ 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

07/01/2020

הודפס ע"י ד"ר אנה אורלובסקי 00-22012931-6

אישור בריאות

י"ר חי מתן

מחלקה: מ. אורטו. ילד
מנהל מח': דר. זינגר
סודי רפואי
מעודכן ל: 03/02/20
שעה: 09:12

סיכום ביקור - 31259819

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, התשנ"ו - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - תשמ"א - 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

ירחי מתן

ת.ז: 22012931-6 מין: ז
ת.לידה: 01/01/11 גיל: 9 ש
טל: 050-7766364 שם האב: טימור מצב משפחתי: ר קופ"ח: כללית
איש קשר: ירחי
כתובת: התזמורת 38, ראשון לציון, 7556208

נתוני ביקור

קבלה למחלקה: 03/02/20 שעה: 08:57

פרטי קהילה

מרפאה: שרותי בריאות

אבחנות נוכחיות

823.20 -CLOSED FRACTURE OF SHAFT OF TIBIA
-LT

רגישויות: לא ידוע

תלונה עיקרית: חבלה לשוק שמאל

מחלה נוכחית: 30.10.2019 מהלך אשפוז

=====

בן 9, בריא בד"כ

ביום קבלתו מעורב בת.ד. כהולך רגל נגד אופנוע. נחבל בשוק שמאל. ללא תלונות נוספות.

בבדיקתו: רגישות במישוש ודפורמציה מינימלית מעל שוק שמאל. ללא חסר NV

יתר תחנות ג"ת דו"צ ואגן במפ

מניע צוואר בחופשיות ובטווחים מלאים

ג"ע דו"צ במפ. בוצע FAST וצילום חזה ללא ממצאים חריגים. במיון הונח סד גבס ארוך אנלגטי.

בצילום: שבר מידשאפט טיביה בתזוזה
הוסבר לאם על הממצאים ועל התוכנית הטיפולית. הבינה היטב
והסכימה.

מתאשפז להמשך מעקב ובהמשך טיפול ניתוחי.
נותח תחת הרדמה כללית בתאריך 27.10.2019 ובוצע שחזור סגור
וקיבוע על ידי שני מסמרים גמישים מסוג ננסי. התקבלה עמדה
טובה ויציבה. מהלך
פוסט ניתוחי תקין, ללא חום, ללא סימני תסמונת מדור.

25.11.2019 ביקורת מרפאה

=====

מרגיש טוב, פצעים תקינים, ללא חסר NV או גידי, ללא
סימני תסמונת מדור
צילום ביקורת - עמדה טובה עם סימני חיבור ראשוניים.

16.12.2019 ביקורת מרפאה

=====

כעת חודש וחצי לאחר השבר.
מרגיש טוב, אין כאבים. בבדיקתו - ציר תקין, ללא עיוות
ללא רגישות במגע ללא חסר NV
צילום מהיום - שבר מחובר בעמדה טובה.

3.2.2020 ביקורת מרפאה

=====

כעת 3 חודשים לאחר הניתוח. מרגיש טוב אין כאבים. מבצע
פיזיותרפיה והדרותרפיה.
בבדיקתו - מתהלך עם צליעה קלה, רגליים עם ציר תקין, אין
רגישות במישוש, ברך וקרסול טווחים מלאים, אין בלט של
חומרה, ללא חסר NV

בדיקה גופנית

מדדים ת. בדיקה: 25/11/19	שעה: 12:07
לחץ דם:	משקל:
גובה:	נשימות:
חום פה:	חום רקטלי:
BMI:	GCS:
	BSA:

תכנית טיפול ומעקב: מותרת חזרה לפעילות מלאה בצורה הדרגתית
ביקורת כאן בעוד 4 חודשים לצורך תכנון הוצאת קיבוע
אין מניעה אורטופדית לצאת לטיפול שנתי

חתימה

רופא מאשר: דר. שור, לואיס רשיון: 88090 חתימה: _____
09:12 03/02/20

ד"ר לואיס שור
מומחה בדיקת רנטגן
מס' 22013

Dror OVADIA, MD

Orthopaedic Surgeon
Spine Surgeon
Pediatric Orthopaedics

Clinic: Top Ichilov, Weizman center (20th fl)
14 Weizman St., Tel-Aviv 64239
Tel: 972--777779222 Fax: 972--777779221

ד"ר דרור עובדיה

אורתופד מנתח
מחלות עמוד השדרה
אורתופדיה פדיאטרית

מרפאה: טופ איכילוב, מרכז וייצמן (קומה 20)
רח' וייצמן 14, תל-אביב 64239
טל: 077-7779222 פקס: 077-7779221

שם משפחה:	שם פרטי:	מין:	ת.ז:	ת. לידה:
ירחי	מתן	ז	220129316	01/01/2011
כתובת:	עיר:	מיקוד:	טלפון:	טלפון נייד:
התזמורת 38	ראשון לציון			050-7766364
ילד במשפחה:	הריון:	לידה:	התפתחות:	
1/2	תקין	רגילה	תקינה	

מחלות רקע: ADHD מטופל עם רטלין

ניתוחים בעבר:

מחלה נוכחית: ב- 25/10/19 היה מעורב בת"ד כהולך רגל כאשר נפגע ע"י אופנוע ונחבל בשוק שמאל. פונה לבי"ח וולפסון, שם אובחן כסובל משבר של טיביה שמאל. נותח והשבר קובע עם 2 מסמרי ננסי + גבס למשך כחודש. מהלך ניתוחי ובתר ניתוחי ללא סיבוכים. כיוון שהילד עדיין הולך עם צליעה, ללא כאבים, פנו לצורך בדיקה עדכנית וקבלת חוות דעת נוספת.

01/03/2020

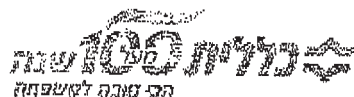
ממצאים בבדיקה: הולך עם צליעה קלה לא אנטלגית על רגל שמאל. קיים הבדל ניכר בקוטר הן של הירכיים והן של הסובכים עקב אטרופיה יחסית של השרירים ברגל שמאל. יציבות הברך תקינה. נמוש ראש אחד המסמרים בצד המדיאלי פרוקסימלי של הטיביה. אין חסר נוירולוגי כלשהו. אין תנועה פתולוגית בעצמות ואין רגישות למגע או לחץ על השוק. אורך רגליים שווה. ציר אורך הגפיים פיזיולוגי וסימטרי.

אבחנה: s/p MVA , closed fracture of Lt. Tibia

s/p closed reduction & internal fixation with FIN's

המלצות: כדי לאפשר הערכה מלאה של המצב יש לבצע צילום רנטגן עדכני של שוק שמאל A-P+Lateral ולהציגו בפניי.

ד"ר דרור עובדיה
אורתופד מנתח
מ.ר. 25431 מ.ר.ת. 7756



שם הרופא: ד"ר ואדים אבלין
 תחום: מומחה ברפואת ילדים
 מספר רשיון: 27335
 כתובת: התחמנות 30 ראשון לציון
 טלפון: 03-9511229
 פקס: 03-9511453

מחוז:מרכז מרפאה:מזרז אשלים - ראשון לציון

תאריך: 03/03/2020

הפניה לדימות

פרטי המטופל					
00-22012931-6	9.02	2	01/01/2011	טימור	ירחי מתן
מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב	שם משפחה ושם פרטי
38 / 8			50	6519961 - 3	התחמנות
מס בית			טלפון	טלפון נוסף	ראשון לציון
					ישוב

מספר הפניה ישירה: 35421039657

גורם שולח



5421

מספר הפניה



035421039657

תז גבדק



0220129316

רשיון רופא



027335

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

לנשים בלבד!
 אם הינן בהריון או במצב של אפשרות להריון, חובה עליך ליידע את הרופא המפנה לבדיקה ואת הצוות המבצע במכון הרנטגן והדימות.
 נשים בעלות מתחור חודשי מתבקשות להזמין תור לבדיקה ב 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

לכבוד: מכון רנטגן

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78228	73690	צילום שוק שמאל	10401071

המטופל מתלונן על בקשה לצילום אורטופד

סימנים חיוניים גובה 126 נמדד ב: 04/09/2018 משקל 26 נמדד ב: 04/09/2018 BMI 16.38

לחץ דם 98 /50 נמדד ב: 04/09/2018

דופק 83 נמדד ב: 04/09/2018

12/09/2019 מתאריך 150.68 eGFR

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
1		FILL OUT FORMS

בעיות פעילות

דף 1 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לדימות

03/03/2020

הודפס ע"י ד"ר ואדים אבלין 00-22012931-6

ירחי מתן

בעיה	איפיון	תאריך
ATTENTION DEFICIT DISORDER WITH HYPERACTIVITY		27/06/2017
CLOSED FRACTURE OF SHAFT OF TIBIA	It	25/10/2019
CLOSED REDACTION INTER FIX (NAIL) TIBIA		25/10/2019

הערות: ביקורת

12/09/2019 מתאריך CREATININE: 0.66

27335

ד"ר ואדים אבלין

מספר רשיון

שם הרופא

הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה והשם המלא.
פניה לטיפול באחד מבתי"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס ח
מפורסמת באתר הכללית



דף 2 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לדימוז

03/03/2020

00-22012931-6 גודפס ע"י ד"ר ואדים אבלין

ירחי מתן

להלן התורים המשוייכים לחולה זה מ - 26/02/2020									
26/02/2020	ד	16	אחהצ	16:40	חוזר עמית גרין	ראשל"צ-פינסק	ה פיזיותרפי		
12/03/2020	ה	16	לפנהצ	13:20	חוזר עמית גרין	ראשל"צ-פינסק	ה פיזיותרפי		
17/03/2020	ג	9	לפנהצ	13:00	חוזר עמית גרין	ראשל"צ-פינסק	ה פיזיותרפי		

זכאות: 01
ת"ז: 6 - 22012931
כתובת: ראשון לציון
מקצוע: פיזיותרפיה
גיל: 9.01 ש'

זכאי פלטינום
שם: משפחה ירחי
התזמורת
רופא/מרפאה
סוג פרטני

פרטי מתן
טלפון: 050-7766364
נוסף: 003-6519961
מתאריך זמן יום תור

חודש: ל

ת.ד.1

(PF3) צא
(F9) הצג תור בקבוצה
(F10) תדפיס
>Delete) בחר תור לביטול

סודי רפואי
מחלקה: מ.אורטו.ילד
מעודכן ל: 20/05/20
שעה: 10:00
מנהל מח': דר. זינגר

סיכום ביקור - 31302686

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, התשנ"ו - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - תשמ"א - 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

ירחי מתן

ת.ז: 22012931-6 מין: ז
ת.לידה: 01/01/11 גיל: 9 ש
טל: 050-7766364 שם האב: טימור מצב משפחתי: ר קופ"ח: כללית
איש קשר: ירחי
כתובת: התזמורת 38, ראשון לציון, 7556208

נתוני ביקור

קבלה למחלקה: 20/05/20 שעה: 09:28

פרטי קהילה

מרפאה: שרותי בריאות

אבחנות עבר

823.20 -CLOSED FRACTURE OF SHAFT OF TIBIA
-LT

פעולות עבר

79.16 -CLOSED REDUCTION OF FRACTURE OF TIBIA AND FIBULA WITH
INTERNAL FIXATION

רגישויות: לא ידוע

מחלה נוכחית: 30.10.2019 מהלך אשפוז

=====

בן 9, בריא בד"כ
ביום קבלתו מעורב בת.ד. כחולך רגל נגד אופנוע. נחבל בשוק
שמאל. ללא תלונות נוספות.
בבדיקתו: רגישות במישוש ודפורמציה מינימלית מעל שוק
שמאל. ללא חסר NV

יתר תחנות ג"ת דו"צ ואגן במפ
מניע צוואר בחופשיות ובטוחים מלאים
ג"ע דו"צ במפ. בוצע FAST וצילום חזה ללא ממצאים
חריגים. במיון הונח סד גבס ארוך אנלגטי.
בצילום: שבר מידשאפט טיביה בתזוזה
הוסבר לאם על הממצאים ועל התוכנית הטיפולית. הבינה היטב
והסכימה.

מתאשפו להמשך מעקב ובהמשך טיפול ניתוחי.
נותח תחת הרדמה כללית בתאריך 27.10.2019 ובוצע שחזור סגור
וקיבוע על ידי שני מסמרים גמישים מסוג ננסי. התקבלה עמדה
טובה ויציבה. מהלך
פוסט ניתוחי תקין, ללא חום, ללא סימני תסמונת מדור.

25.11.2019 ביקורת מרפאה

=====

מרגיש טוב, פצעים תקינים, ללא חסר NV או גידי, ללא
סימני תסמונת מדור
צילום ביקורת - עמדה טובה עם סימני חיבור ראשוניים.

16.12.2019 ביקורת מרפאה

=====

כעת חודש וחצי לאחר השבר.
מרגיש טוב, אין כאבים. בבדיקתו - ציר תקין, ללא עיוות
ללא רגישות במגע ללא חסר NV
צילום מהיום - שבר מחובר בעמדה טובה.

3.2.2020 ביקורת מרפאה

=====

כעת 3 חודשים לאחר הניתוח. מרגיש טוב אין כאבים. מבצע
פיזיותרפיה והדרותרפיה.
בבדיקתו - מתהלך עם צליעה קלה, רגליים עם ציר תקין, אין
רגישות במישוש, ברך וקרסול טווחים מלאים, אין בלט של
חומרה, ללא חסר NV

20.5.2020 ביקורת מרפאה

=====

כעת 7 חודשים לאחר הניתוח. מרגיש טוב אין כאבים, יש
צליעה כניידות מהירה.
בבדיקתו - ציר תקין, צלקות תקינות, טוחח מלא בברך
וקרסול, מתהלך עם צליעה עדינה

בדיקה גופנית

מדדים ת. בדיקה: 20/05/20 שעה: 09:53

לחץ דם: משקל:

דופק:

LOUISS

10:01

20/05/20

3

עמוד: 2 מתוך 3

גרסה 01



תאריך 09.06.20



לכבוד: ירחי מתן

התזמורת 38

ראשון לציון 7556208

הזמנה לניתוח אמבולטורי

אורטופדיה ילדים

דר. זינגר מנחם

טלפון: 03-5028517, פקס: 03-5028774

מר/גב' ירחי מתן 22012931-6

עליך להגיע ללטרם ניתוח ב-12.8.20 וחצי טופס 17

תאריך הניתוח: 16/08/20 ביום ראשון בשעה 09:30

הנך מוזמן/ת לניתוח C7860 הוצאת קיבוע מעצם, למעט פנים/כף יד/כף רגל, באשפוז י

REMOVAL OF EXTERNAL FIXATION

לצורך בדיקה לפני ניתוח עליך להגיע ל- מר/גב' ירחי בתאריך 12/8/20 שעה 09:30
נא להביא עמך לניתוח:

(1) תעודת זהות.

(2) הזמנה זו + סיכום ביקור + כל חומר רפואי רלוונטי.

(3) הבא/י אתך את רשימת התרופות באם הנך נוטל/ת תרופות כלשהן.

(4) טופס התחייבות (17) מתאים מקופת החולים.

**** לתשומת לבך ****

לקראת הניתוח, יש לבצע את הבדיקות הבאות בקופת החולים:

~~ספירת דם, סוכר, אוריא, אלקטרוליטים, תפקודי קרישה, תפקודי כבד, א.ק.ג.
צילום חזה (כולל פיענוח), שתן כללית.~~

בדיקות נוספות []:

מועמד לניתוח מעל גיל 18 מומלץ להגיע עם מלווה בוגר.

מועמד לניתוח עד גיל 18 יש להגיע בליווי הורה או אפוטרופוס חוקי.

הנך מתבקש/ת לא להביא חפצי ערך או סכומי כסף גדולים לביה"ח, ביה"ח אינו אחראי על אובדן או גניבה.

מועד ושעת הניתוח עשויים להשתנות בשל ניתוחים דחופים או עומס בלתי מתוכנן בחדרי הניתוח.

אנו מודים לך על סבלנותך ומאחלים לך בהצלחה ובריאות שלמה.

במידה ואין ביכולתך להגיע נבקשך להודיע לנו בהקדם.

בברכה,

דר. זינגר מנחם

אורטופדיה ילדים

ירחי מתן
סימור
מ.א. : 22012931-6
מ.אורטו.ילד : 12.08.20
מ.אורטו.ילד :
מקרה : 31352902



מ.ר. וולפסון

משרד הבריאות
המרכז הרפואי ע"ש אדית וולפסון
The Edith Wolfson Medical Center
חזיר ניתוח



טופס הסכמה לניתוח

שם החולה:

תז

שם האב

שם פרטי

שם משפחה

לאחר שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר

ס' ניר

שם פרטי

שם משפחה

הס' קינר

הס' קינר

הס' קינר

על הצורך בביצוע ניתוח על הסיכונים הסבירים ועל דרכי הטיפול והלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, לרבות על התוצאות המקורות, על הסיכונים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה, והבדיקות והטיפולים הכרוכים בכך, אני נותן בזה את הסכמתי לביצוע הניתוח כאמור לעיל בבית החולים (להלן-הניתוח העיקרי).

הוסבר לי ואני מבין כי קיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנות או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות אן במלואם, אך משמעותם הובהרה לי, לפיכך אני מסכים/ה גם לאותם הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות ניתוחים שלדעת רופאי בתי החולים יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי. הסכמתי ניתנת, כמו כן, הרדמה, בין כללית ובין מקומית, אם ובמידה שיהיה צורך בכך בהתאם לשיקול דעתם של הרופאים המטפלים, למעט

(לא לציין פרטים ואם ייחיד-לא לציין "אין")

אני יודעת/ומסכים/ה לכך שהניתוח וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנוהלים ולהוראות של בית-החולים, וכי לא הובטה לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת בבית החולים בכפוף לחוק, וכי האחראי לניתוח יהיה**

שם הרופא

חתימת החולה

שעה

תאריך

12/8/20

שם האפוסטרופוס

חתימות האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

אני מאשר כי הסברתי בע"פ לחולה/לאפוסטרופוס של החולה* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא חתם על הסכמה בפני, לאחר ששוכנעתי כי הבין את הסברי במלואם.

מס' רישיון

שם הרופא וחתימה

ד"ר מנחם זלמן
מנהל היחידה לאורפולוגיה כללית
מרכז רפואי ע"ש אדית וולפסון
מ.ר. : 22423

*מחק את המיותר **למלא במקרה של חולה פרטי
מ. בר 29

☐ בוצע סימון איבר ניתוח, חתימה:

☐ בוצע אישור סימון איבר ניתוח ע"י רופא המשתתף בניתוח, חתימה:

The E. Wolfson
Medical Center



המרכז הרפואי
ע"ש א. וולפסון

ת.ד. 5 חולון 58100, ISRAEL, 58100
טל: 972-3-5028211, פקס: 972-3-5036408

כ"ו

09.06.20



22012931-6

לכבוד

ירחי מתן

התזמורת 38

ראשון לציון, 7556208

א.ג.נ.

הנדון: זימון למרפאה אורטופדיה ילדים

מר/גב' ירחי מתן 22012931-6 מוזמן/ת ביום רביעי 12/08/2020 לשעה ~~11:00~~ ^{9:30} למרפאה אורטופדיה ילדים לד"ר זינגר מנ במרפאות קומת קרקע דלפק ראשי.

לבדיקות	קוד שירות	תיאור שירות	כמות
	L9249	בדיקת רופא אורתופד ילדים - א	1

שעת הזימון הינה שעה משוערת ותיתכן המתנה

• תעודה מזהה עם תמונה (עבור ילד ת.ז של ההורה כולל ספח). • הפניה רפואית וכל מסמך רפואי, כולל תוצאות בדיקות וצילומים. • התחייבות כספית (טופס 17) או אמצעי תשלום אחר. • חיילים מתבקשים להביא אסמכתא תקציבית. • במקרה של תאונת דרכים, יש להביא התחייבות מקופות חולים.	אנא הקפד להביא
---	----------------------

לתשומת ליבך: ללא סידור כספי ותעודה מזהה לא נוכל לקבלך

הזמנה זו היא בתוקף לתאריך זה בלבד, במידה ואין באפשרותך להגיע, אנא הודיענו בהקדם האפשרי.

פרטי התקשרות	מס' טלפון מרפאה: 03-5028111 מס' פקס מרפאה: 03-5028475	מס' טלפון מטופל: 050-7766364
-----------------	--	------------------------------

הערות	ניתן לפנות למוקד זימון תורים דרך אתר האינטרנט של ביה"ח www.wolfson.org.il הכניסה לרופא לפי שעת הזימון ולא לפי שעת ההגעה! לתשומת לבך, במידה ויבצעו בדיקות וטיפולים שאינם מכוסים על ידי טופס ההתחייבות מהמבטח תחויב/י בתשלום או בהמצאת כיסוי נוסף מהמבטח עבור שירותים אלו. מטופל מתחת לגיל 18 צריך ליווי אפוטרופוס
-------	--

בברכה,

הנהלת מרפאות חוץ

זימון אסרוך נעלה לתאריך 12.8.20



307530992



220129316

שירותי בריאות כללית

-העתק-

חסוי/אישי

תאריך: 04/08/20

מחוז מנפק: 007 מרכז

מרפאה מנפקת: 5421 מרפאת נוה אשלים

גורם מממן: 007 מרכז

אל : 223 וולפטון - 33100 אורתופדיה לקביעת תור: 03-5028211

אישור לאשפוז יום

מס': 307530992

המבוטח : 0022012931-6 ירחי מתן

רופא מפנה : 26144 אורלובסקי אנה

סיבת הפניה : הופנה ע"י רופא

הפניה לצורך : טיפול באשפוז יום

רופא מטפל : 26144 אורלובסקי אנה

קוד שירות תאור

מספר ימים	קוד משה"ב
1	C7860

58209 הוצאת קיבוע מעצם למעט פנים/כף יד/רגל באשפוז י.ב.

תאריך זימון: 18/06/20 האישור בתוקף עד לתאריך: 18/12/20

פלדמן עומר

שם הפקיד/מנהל אדמי' במרפאה חתימה וחתימות

נופק ללא תשלום: פטור

לתשומת לב בית החולים/המכון !

להלן תנאי האישור להפניה:

* האישור משמש התחייבות חקופה למימון אך ורק של השירותים הרפואיים הרשומים בטופס זה והכוללים "בסל שירותים" כמשמעו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994.

* טופס ההתחייבות יכובד, בתנאי שהמטופל מבטוח בשירותי בריאות כללית במעמד מתן השירות אצל נותן השירותים.

* שירותי בריאות כללית לא תישא בכל אופן שהוא בעלות חלקית או מלאה של שירות רפואי אחר או שונה, לרבות שירות רפואי כלשהו שינתן במסגרת שר"פ.

* התשלום מותנה בשליחת מכתב/סיכום רפואי חתום ע"י רופא בית החולים, אל רופא המשפחה של המבוטח.

* אספקת תרופות באישפוז יום ועלות בדיקות חלה על בית החולים בלבד.

* טופס זה מיועד למס' ביקור/ים הרשום לעיל.

* תוקף הפנייה זו הוא עד לתאריך הרשום לעיל ושירותי בריאות כללית לא תהא חייבת לשאת בהוצאות בגין שירותים רפואיים שיינתנו למבוטח מעבר לתאריך זה, כל עוד לא הסכימה בכתב להארכת תוקפה.

* על בית החולים/המכון לצרף לטופס הזמנתם לביקור (ראשון/חוזר) של בית החולים/המכון מכתב רפואי ממפרט את מצב המטופל והטיפול/בדיקות הנדרשים בביקור אליו הוזמן.

* התחייבות זו לא תשמש למימון שירות אשר סופק בשר"פ, למעט אם נתקבל לכך אישור מראש על ידי כללית מושלם.

* התחייבות זאת תכובד בכפוף להוראות כל דין והסכם וכנגד שירותים שיינתנו על פי דין.

* תוקפו של טופס זה מותנה בכך שההתחייבות לא תשמש למימון שירותים אשר סופקו למבוטח בתוספת תשלום עבור בחירת רופא או מנתח - בין אם תוספת התשלום שולמה ע"י המטופל באופן אישי ובין אם במימון צד ג' כלשהוא, לרבות חברת ביטוח.

* במידה ונותן השירות בוחר ליתן את השירותים נשוא ההתחייבות על ידי תאגיד בריאות, תוקפה של ההתחייבות זאת מותנה וכפוף לכך שהשירותים יינתנו בהתאם ועל פי תקנות יסודות התקציב (כללים לפעולת תאגיד בריאות), התשס"ב - 2001.

בשעה: _____

הוזמן תור לתאריך: ____/____/____

טו-17



טופס הסכמה: להרדמה ANESTHESIA

סוגי ההרדמה (אלחוש) המקובלים הם כללית, אזורית, מקומית או שילוב בין השיטות. ההרדמה מקומית נעשית ע"י הכירורג או ע"י מבצע אחר של הפרוצדורה אשר יחתים את המטופל על טופס הסכמה נפרד.

הרדמה כללית מתבצעת על ידי הזרקת תכשירים למערכת הדם/או החדרת תכשירים למערכת הנשימה באמצעות צינור קנה (טובוס) ו/או מסכה. התכשירים גורמים לירידה ברמת ההכרה, להרפיית השרירים ולהורדת תחושת הכאב. קצב ההתעוררות מההרדמה תלוי בגורמים שונים הקשורים בסוג הניתוח, בהרדמה ובמצבו הכללי של החולה.

הרדמה אזורית מתבצעת על ידי הזרקת תכשירים סביב עצבים וגורמת לאלחוש של אזור מסוים בגוף. דוגמאות להרדמה אזורית הן הרדמה אפידוראלית והרדמה ספינאלית, בהן מוזרק חומר הרדמה מקומית לחלל סביב חוט השדרה (בגב).
הרדמה מקומית מתבצעת על ידי הזרקת חומר הרדמה מקומית לאזור הניתוח.

יתכן שילוב של שיטות הרדמה שונות לדוגמה: אזורית עם כללית, כללית עם מקומית ושילובים אחרים. החולה ימסור למרדים מידע על מחלותיו, רגישות לתרופות, חומרים ובזון, ותגובות להרדמות קודמות, כולל סיבוכים במידה והתרחשו. אצל אישה בהריון, יתכן מעבר של חומרי הרדמה לעובר ויתכן במקרים נדירים, תופעות לוואי וסיבוכים נדירים לעובר או להמשך ההיריון.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה על הצורך בהרדמה לשם ביצוע הניתוח המתוכנן.

הוסבר לי ואני מסכים/ה לכך שעל בסיס האומנה, הבדיקה הגופנית, בדיקות המעבדה וסוג הניתוח, מתוכנן לנתח אותי בהרדמה:

נא סמן ב-X את סוג ההרדמה שנבחר לחולה:	נא סמן ב-X את האלטרנטיבות האפשריות להרדמה המתוכננת:
☒ הרדמה כללית	☒ הרדמה כללית
☐ הרדמה כללית + הרדמה אזורית	☐ הרדמה כללית + הרדמה אזורית
☐ הרדמה כללית או סדציה (ששטוש) + הרדמה מקומית	☐ הרדמה כללית או סדציה (ששטוש) + הרדמה מקומית
☐ הרדמה אזורית	☐ הרדמה אזורית

תועלתו האלטרנטיבות להרדמה המתוכננת: אני מאשר/ת בזאת שהוסברו לי התועלות של סוג ההרדמה שהוצע לי והוסבר לי כי בהתאם לשיקולי הדעת של המרדים והמנתח קיימת אפשרות לשינוי סוג ההרדמה ו/או שילוב סוגי הרדמה שונים ו/או מעבר לסוג הרדמה אחר.

סיבוכים וסיבוכים אפשריים בהרדמה: הוסברו לי הסיכונים הכרוכים בהרדמה עקב מחלות הרקע שלי. הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הרדמה כללית לרבות נזק לשיניים ולקנה הנשימה כתוצאה מהחדרת המכשור הנחוץ להרדמה. במקרים נדירים ייתכן סיבוכים קשים לרבות תגובה אלרגית חריפה, תסמונת החום הממאיר, הפרעות בתפקודי כבד ו/או בתפקוד מערכות חיוניות אחרות. במקרים נדירים ביותר יתכן מוות מסיבוכים אלה. הוסברו לי גם תופעות הלוואי לאחר הרדמה אזורית לרבות תחושת אי נוחות ולחץ באזור ההזרקה. לאחר סיום ההרדמה האזורית ימשכו העדר התחושה וההגבלה בתנועה עד כדי שיתוקים חולפים. הוסברו לי גם הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות זיהום מקומי ו/או התפתחות מורסה ושטף דם מקומי (המטומה). הרדמה ספינאלית/אפידוראלית מלוות לעיתים בכאבי גב וקיימת אפשרות לדליפת נוזל השדרה ו/או חדירת המחט לעטיפת חוט השדרה שעלולים לגרום לכאבי ראש חזים ו/או ממושכים. תופעות אלה דורשות טיפול. במקרים נדירים תיתכן פגיעה קבועה בעצבי הכפיים ותפקוד בכיס השתן.
טיפול לאחר הניתוח: הוסבר לי שאקבל תרופות לשיכוך כאבים, כולל אופיאטים ו/או תרופות אחרות על פי סרגל כאב ושיתכנו תופעות לוואי לאחר הניתוח כגון בחילות והקאות או סיבוכים אחרים שיטופלו מיידית ביחידת התאוששות.

אני נותן/ת בזאת הסכמתי לביצוע הרדמה למעט:

הוסבר לי שיתכן כישלון בביצוע הרדמה, עקב מגבלות במבנה האנטומי שלי, שאת חלקן לא ניתן לצפות מראש. כישלון בביצוע ההרדמה עלול לחייב לעיתים מתן טיפולים להבטחת הפעילות של מערכות חיוניות ועד ביצוע פעולות לצורך הצלת חיים. הובהר לי כי במקרה זה יונח שלא יבוצע הניתוח המתוכנן. אני יודעת/על/אני מסכים/ה שההרדמה על צורותיה השונות תעשה בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד, וכי לא הובהר לי שתעשה כולה או חלקה בידי אדם מסוים ובלבד שתעשה באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

חתימת החולה _____
שעה _____
תאריך 12.8.20 _____
חתימת האופטורפוס (במקרה של פסק דין, קסין או חולה נפש) _____
שם האופטורפוס (קירבה) 09176607 _____
1.0 ג' 1 _____

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למרדים/ה לאופטורפוס של החולה את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפניי לאחר ששוכנעתי כי ההחלטה הייתה ברורה במלואם.

מספר רישיון _____
חתימת הרופא/ה _____

09.06.20

לכבוד



ירחי נתן

התזמורת 38

ראשון לציון, 7556208

א.ג.נ.

הנדון: זימון למרפאה אורטופדיה ילדים

מר/גב' ירחי נתן 22012931-6 מוזמן/ת ביום רביעי 12/08/2020 לשעה 9:30 ~~11:00~~ למרפאה אורטופדיה ילדים לד"ר זינגר מנ במרפאות קומת קרקע דלפק ראשי.

לבריכות	קוד שירות	תיאור שירות	כמות
	L9249	בדיקת רופא אורתופד ילדים - א	1

שעת הזימון הינה שעה משוערת ותיתכן המתנה

• תעודה מזהה עם תמונה (עבור ילד ת.ז של ההורה כולל ספח). • הפניה רפואית וכל מסמך רפואי, כולל תוצאות בדיקות וצילומים. • התחייבות כספית (טופס 17) או אמצעי תשלום אחר. • חייילים מתבקשים להביא אסמכתא תקציבית. • במקרה של תאונת דרכים, יש להביא התחייבות מקופות חולים.	אנא הקפד להביא
---	----------------

לתשומת ליבך: ללא סידור כספי ותעודה מזהה לא נוכל לקבלך

הזמנה זו היא כתוקף לתאריך זה בלבד, במידה ואין באפשרותך להגיע, אנא הודיענו בהקדם האפשרי.

מס' טלפון מרפאה: 03-5028111	מס' טלפון מטופל: 050-7766364	פרטי התקשרות
מס' פקס מרפאה: 03-5028475		

ניתן לפנות למוקד זימון תורים דרך אתר האינטרנט של ביה"ח www.wolfson.org.il הכניסה לרופא לפי שעת הזימון ולא לפי שעת ההגעה! לתשומת לבך, במידה ויבצעו בדיקות וטיפולים שאינם מכוסים על ידי טופס ההחייבות מהמבטח תחויב/י בתשלום או בהמצאת כיסוי נוסף מהמבטח עבור שירותים אלו. מטופל מתחת לגיל 18 צריך ליווי אפוטרופוס	הערות
---	-------

בברכה,

הנהלת מרפאות חוץ



Tel: 972 3 5028211 | Fax: 972 3 5034408 | 62 Halohamim St., Holon, 5822012 | wolfson.org.il | 5822012, חולון, 03-5034408 | פקס: 03-5034408 | טל: 03-5028211

סודי רפואי

טלפון: 03-5028517

מעודכן ל: 16/08/20

מחלקה: אורט' ילדים

פקס: 03-5028774

שעה: 14:25

מנהל מח': דר. זינגר

סיכום אשפוז - 11227651

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. מטרת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלו, מהווה עבירה.

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

ירחי מתן

ת.ז: 22012931-6 מין: זכר ת.לידה: 01/01/11 גיל: 9 ש
טל: 050-7766364 שם האב: טימור מצב משפחתי: ר קופ"ח: כללית
איש קשר: ירחי
כתובת: התזמורת 38/8, ראשון לציון, 7556208

נתוני אשפוז

קבלה לביה"ח: 16/08/20 קבלה למחלקה: 16/08/20 שעה: 10:03
המטופל משתחרר לביתו תאריך שחרור: 16/08/20

אבחנות נוכחיות

823.20 - CLOSED FRACTURE OF SHAFT OF TIBIA (LT)

פרוצדורות

97.88 - REMOVAL OF EXTERNAL FIXATION (LT)

16/08/20

רגישויות

לא ידוע

מחלה נוכחית

30.10.2019 מהלך אשפוז

ביום קבלתו מעורב בת.ד. כהולך רגל נגד אופנוע. נחבל בשוק שמאל. ללא תלונות נוספות.

בדיקתו: רגישות במישוש ודפורמציה מינימלית מעל שוק שמאל. ללא חסר NV יתר תחנות ג"ת דו"צ ואגן במפ

LUDMILAYA 16:01:14 16/08/2020 2 מתוך 1 עמוד: 01 גרסה

מניע צוואר בחופשיות ובטוחים מלאים
ג"ע דו"צ במפ. בוצע FAST וצילום חזה ללא ממצאים חריגים. במיון הונח סד גבס ארוך
אנלגטי.

בצילום: שבר מידשאפט טיביה בתזוזה
הוסבר לאם על הממצאים ועל התוכנית הטיפולית. הבינה היטב והסכימה.
מתאשפז להמשך מעקב ובהמשך טיפול ניתוחי.
נותח תחת הרדמה כללית בתאריך 27.10.2019 ובוצע שחזור סגור וקיבוע על ידי שני
מסמרים גמישים מסוג ננסי. התקבלה עמדה טובה ויציבה. מהלך פוסט ניתוחי תקין,
ללא חום, ללא סימני תסמונת מדור.

כעת התקבל לצורך הוצאת המקבעים הפנימיים.

לא קיים נספח תוצאות מעבדה

מהלך האשפוז

בן 9 כ-10 חודשים לאחר קיבוע שבר מידשאפט טיביה משמאל ע"י שני מסמרי ננסי, כעת
התקבל לצורך הוצאת המסמרים.
בשל כך עבר בתאריך 16/08/2020 תחת הרדמה כללית ניתוח להוצאת המסמרים במהלך
ניתוחי תקין.
מעבר לכך, מהלך אשפוז תקין, ללא עליות חום, ללא קיפוח המודינמי או נשימתי.
משתחרר במצב כללי טוב עם ההמלצות:

המלצות

הליכה ודריכה לפי יכולת
משככי כאבים לפי צורך ומשקל
להימנע מפעילות ספורטיבית למשך חודש
ביקורת מרפאתנו בעוד 10 ימים
בכל החמרה לפנות לבדיקת רופא מטפל זמין

חתימה

רופא מאשר: דר. זינגר, מנחם

מספר רשיון: 32225

14:25 16/08/20

חתימה:

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

THE EDITH WOLFSON
University Medical Center



המרכז הרפואי
ע"ש אדית וולפסון

Tel: 972 3 5028211 | Fax: 972 3 5036408 | 62 Halohamim St., Holon, 5822012 | wolfson.org.il | 5822012, חולון, 03-5036408 | פקס: 03-5028211 | טל: 03-5028211

18.08.20



22012931-6

לכבוד

ירחי מתן

התזמורת 38/8

ראשון לציון, 7556208

א.ג.נ,

הנדון: זימון למרפאה אורטופדיה ילדים

מר/גב' ירחי מתן 22012931-6 מוזמן/ת ביום רביעי 26/08/2020 לשעה 11:30 למרפאה אורטופדיה ילדים לד"ר זינגר מנ במרפאות קומת קרקע דלפק ראשי.

לבדיקות	קוד שירות	תיאור שירות	כמות
	L9249	בדיקת רופא אורתופד ילדים - א	1

שעת הזימון הינה שעה משוערת ותיתכן המתנה

אנא הקפד להביא	• תעודה מזהה עם תמונה (עבור ילד ת.ז של ההורה כולל ספח). • הפניה רפואית וכל מסמך רפואי, כולל תוצאות בדיקות וצילומים. • התחייבות כספית (טופס 17) או אמצעי תשלום אחר. • חייילים מתבקשים להביא אסמכתא תקציבית. • במקרה של תאונת דרכים, יש להביא התחייבות מקופות חולים.
----------------------	--

לתשומת ליבך: ללא סידור כספי ותעודה מזהה לא נוכל לקבלך

הזמנה זו היא בתוקף לתאריך זה בלבד, במידה ואין באפשרותך להגיע, אנא הודיענו בהקדם האפשרי.

פרטי התקשרות	מס' טלפון מרפאה: 03-5028111 מס' פקס מרפאה: 03-5028475	מס' טלפון מטופל: 050-7766364
-----------------	---	------------------------------

הערות	ניתן לפנות למוקד זימון תורים דרך אתר האינטרנט של ביה"ח www.wolfson.org.il הכניסה לרופא לפי שעת הזימון ולא לפי שעת ההגעה! לתשומת לבך, במידה ויבצעו בדיקות וטיפולים שאינם מכוסים על ידי טופס ההתחייבות מהמבטח תחויב/י בתשלום או בהמצאת כיסוי נוסף מהמבטח עבור שירותים אלו. מטופל מתחת לגיל 18 צריך ליווי אפוסטרופוס
-------	---

בברכה,

הנהלת מרפאות חוץ





סודי רפואי

מיוחד ל: 26/08/20

מחלקה: מ.אורטו.ילד

שעה: 11:23

מנהל מח': דר. זינגר

סיכום ביקור - 31360781

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, התשנ"ו - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - תשמ"א - 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

ירחי מתן

ת.ז: 22012931-6 מין: ז ת.לידה: 01/01/11 גיל: 9 ש
טל: 050-7766364 שם האב: טימור מצב משפחתי: ר קופ"ח: כללית
איש קשר: ירחי
כתובת: התזמורת 38/8, ראשון לציון, 7556208

נתוני ביקור

קבלה למחלקה: 26/08/20 שעה: 10:54

פרטי קהילה

מרפאה: שרותי בריאות

אבחנות עבר

823.20 -CLOSED FRACTURE OF SHAFT OF TIBIA
-LT

פעולות עבר

79.16 -CLOSED REDUCTION OF FRACTURE OF TIBIA AND FIBULA WITH
INTERNAL FIXATION

רגישויות: לא ידוע

מחלה נוכחית: 30.10.2019 מהלך אשפוז

=====

ביום קבלתו מעורב בת.ד. כהולך רגל נגד אופנוע. נחבל בשוק שמאל. ללא תלונות נוספות.

בבדיקתו: רגישות במישוש ודפורמציה מינימלית מעל שוק שמאל. ללא חסר NV

יתר תחנות ג"ת דו"צ ואגן במפ

התנתק 26/11/2020
חולק העתק הודפס ע"י שילה טרקידדה
נעמי שמר 15, 03-7471200
03-7471201
ד"ר (רופא) רולן מכלין
אורטופד
36760
מחוז: ת"א

שם הרופא
תחום
מספר רשיון
כתובת
טלפון
פקס
מרפאה: מרפאה יועצת חולין

24/11/2020 תאריך

סיכום ביקור

פרטי-המטופל					
00-22012931-6	9.10	ז	01/01/2011	טימור	ירחי מתן
מס זהות	גיל	מין	ת. לידה	שם האב	שם משפחה ושם פרטי
38 / 8			50	6519961 - 3	התדמורת
מס בית	רחוב	טלפון	טלפון	טלפון נוסף	ראשון לציון
					ישוב

25/10/2019 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

שלום רב,

תאריך הביקור: 24/11/2020
סוג ביקור: 1 תאונת דרכים
מהות הביקור: רגיל

בדיקה גופנית:
לראשונה בבדיקת. בליווי האם. מצב לאחר MVA. לפני כשנה עבר CRIF BY FLEXIBLE NAIL שבר בשפט טיביה שמאלת, הוצאת קבוע לאחר 10 חודשים. נסיון לחזור לספורט מתלווה בכאבים ברגל, כאב במאמץ בלבד. לאחר שהפסיק להתאמן - כאבים חלפו. כיום - ללא כאבים. במצב כללי טוב. מתחלך חופשי. אורך גפיים תחתונות שווה דו"צ. צלקות ניתוחיות תקינות. טווח תנועות בברך, קרסול - מלא, ללא כאבים. במימוש - ללא כאבים. ללא קיפוח NV פריפרי או גיד, ללא דלדול שרירים בגפה. צילום ביקורת - עמדה מקובלת, שבר מחובר.

קוד	איפיון	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS
E813		ROAD ACCIDENT
8230	LT S/P CRIF	FRACTURE TIBIA

סיכום והמלצות: משככי כאבים לפי הצורך.
המשך מעקב רופא משפחה מטפל.
אין מניעה לחזור להתאמן.

בברכה,

ד"ר (רופא) רולן מכלין 36760
שם הרופא
מס' רשיון
חתימה וחותמת הרופא

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות
00-22012931-6 הודפס ע"י ד"ר (רופא) רולן מכלין
24/11/2020 דף 1 מ 1

סיכום ביקור
ירחי מתן

24/11/2020 תאריך

סיכום ביקור

פרטי-המטופל					
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	9.10	ז	01/01/2011	טימור
שם	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
ראשון לציני	התחמורת	38 / 8		50 -7766364	6519961 - 3
ישוב	רחוב	מס בית		טלפון	טלפון נוסף

25/10/2019 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

שלום רב,

תאריך הביקור: 24/11/2020

תאריך תאונה: 25/10/2019

סוג ביקור: 1 תאונת דרכים

מהות הביקור: רגיל

בדיקה גופנית:

לראשונה בבדיקתי. בליווי האם. מצב לאחר MVA. לפני כשנה עבר CRIF BY FLEXIBLE NAIL שבר בשפט טיביה שמאלית, הוצאת קבוע לאחר 10 חודשים. נסיון לחזור לספורט מתלווה בכאבים ברגל, כאב במאמץ בלבד. לאחר שהפסיק להתאמן - כאבים חלפו. כיום - ללא כאבים. במצב כללי טוב. מתהלך חופשי. אורך גפיים תחתונות שווה דו"צ. צלקות ניתוחיות תקינות. טווח תנועות בברך, קרסול - מלא, ללא כאבים. במישוש - ללא כאבים. ללא קיפוח NV פריפרי או גיד, ללא דלדול שרירים בגפה. צילום ביקורת - עמדה מקובלת, שבר מחובר.

קוד	אפיין	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS
E813		ROAD ACCIDENT
8230	LT S/P CRIF	FRACTURE TIBIA

סיכום והמלצות: משככי כאבים לפי הצורך.
המשך מעקב רופא משפחה מטפל.
אין מניעה לחזור להתאמן.

בברכה,

ד"ר (רופא) רולן מכלין 36760

חתימה וחותמת הרופא

מס' רשיון

שם הרופא

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 1 מ 1

סיכום ביקור

ירחי מתן

00-22012931-6 הודפס ע"י ד"ר (רופא) רולן מכלין 24/11/2020



הנדון: אישור ביקור במרפאה / מכון / אשפוז יום

מר/גב': ירחי מתן ת.ז: 22012931-6

ביקר במרפאות החוץ של בית החולים

ביום: יום שני בתאריך: 14/06/21

משעה: 10:18 עד שעה:

הגיע בליווי: ד"ר' ש. ח'י' - ת.ז. מלווה: 31566052

בברכה,

הנהלת מרפאות חוץ

המרכז הרפואי ע"ש א. וולפסון
מרפאות חוץ
טל: 03-5028400 פקס: 03-5028118



סודי רפואי
מחלקה: מ.אורטו.ילד
מעודכן ל: 14/06/21
מנהל מח': דר. זינגר
שעה: 10:51

סיכום ביקור - 31568533

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, התשנ"ו - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - תשמ"א - 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

ירחי מתן

ת.ז: 22012931-6 מ.י: ז
ת.לידה: 01/01/11 גיל: 10 ש
טל: 050-7766364 שם האב: טימור מצב משפחתי: ר קופ"ח: כללית
איש קשר: ירחי
כתובת: התזמורת 38/8, ראשון לציון, 7556208

נתוני ביקור

קבלה למחלקה: 14/06/21 שעה: 10:18

רגישויות: לא ידוע

מחלה נוכחית: ב- 25/10/19 נפגע בת.ד. ושבר שוק שמאל. נותח ועבר מסמור תוך לשדי שהוצא ב- 8/20
עדיין לעיתים תחושת שריפה וצליעה בריצה.
בבדיקה גפיים תקינות, אורך שווה, ציר שמור בכל המישורים, טווחים מלאים, ללא חסר נוירוסקולרי וקופץ היטב.

בדיקה גופנית

מדדים ת. בדיקה: 14/06/21	שעה: 10:51
לחץ דם:	משקל:
גובה:	נשימות:
חום פה:	חום רקטלי:
BMI:	GCS:
	BSA:

סיכום ודיון הקבלה: הוסבר על תוצאה מצוינת
תכנית טיפול ומעקב: פעילות רגילה לגילו
מעקב בקופ"ח

חתימה

רופא מאשר: דר. זינגר, מנחם
רשיון: 32225
חתימה:

11:01 14/06/21

מנהל המחלקה
מר. מ.ר. 32225
ד"ר מנחם זינגר
מרכז רפואי וולפסון
22423



ADHD CLINIC

המרפאה לאבחון הפרעות קשב ריכוז ולמידה

טלפון: 03-6947654, פקס: 03-6947602

מקרה: 41093098
אמבולט : קש47 / קשב וריכוז
מ.ז. : 22012931-6 שם: ירחי מתן
כתובת: התזמורת 38 ראשון לציון
אב :
סוג : אזור : טל: 050-7766364 ת.לידה: 01.01.11
ג.מממן: מ.ש. פרטי מס' התחייבות:
יומן : לקוח למידה 2
ת.קבלה 12:57 30.01.22
מפעיל: RINAI

צוות המרפאה:

פרופ' יעל לייטנר – מנהלת המרפאה
ד"ר מיכאל רוטשטיין – רופא בכיר
מירי מור – אחות אחראית
אורית פרידמן – עו"ס
אסתי בן סימון – מתאמת

הנדון : ירחי מתן, ת.ז. 220129316, בן 10 שנים.

א.ג.נ:

מתן מוכר לי מגיל צעיר בגלל קשיים רגשיים והפרעת קשב. נראה לאחרונה במרפאה בתאריך ספטמבר 19.
חודש אחר כך נפצע בתאונת דרכים, ומאז, לדיברי האם, יש החמרה ברמת החרדות וחשש ללכת לבית הספר לבד, לחצות כביש לבד וכו'. נמצא במעקב פסיכיאטרי ומטופל כיום ברספרדל ובריטלין קצר 10 מ"ג פעמיים ביום (לאחר שכמה תרופות אחרות לא התאימו). מלווה בכיתה ע"י סייעת. מקבל טיפול רגשי רק בבית הספר. למעשה תיפקודו האקדמי חלקי והוא לומד בתווך הסייעת בעיקר. במפגש היום אני מתרשמת מקשיים רגשיים- התנהגותיים, חוסר בשלות רגשית, וקושי בהתאמת ההתנהגות לסיטואציה. להערכתה הקושי המרכזי הוא רגשי.
אני ממליצה לשקול מסגרת חינוכית בה יקבל תמיכה רגשית, וכ"כ פנייה למרפאה לבריאות הנפש כדי לקבל שם טיפול רגשי סדיר, תוך הדרכה לאם.
ימשיך בטיפול תרופתי ללא שינוי בינתיים.
מוזמן למעקב בסיום שנה"ל.

בברכה,
פרופ' לייטנר



ד"ר סרגיי זילדמן

רופא עור

34911

יחודה לייב פינסקר 31, ראשון לציון

03-9681888

03-9681842

מחוז: מרכז

מרפאה: פינסקר - מרכז מקצועי - ראשון לציון

שם הרופא

תחום

מספר רשיון

כתובת

טלפון

פקס

03/03/2022 תאריך

סיכום ביקור

פרטי המטופל		ירחי מתן	
שם	שם משפחה ושם פרטי	מס דוחות	מס דוחות
00-22012931-6	11.02	ז	01/01/2011
טלפון נוסף	שם האב	שם האב	שם האב
3	6519961	50	766364
טלפון	טלפון	מס בית	מס בית
38 / 8	התדמורת	רחוב	רחוב

שלום רב,

תאריך הביקור

סוג ביקור:

מהות הביקור:

תלונות/סיבת הפניה:

03/03/2022

0 ביקור רגיל

רגיל

סובל מ-VITILIGO שנים

נגעים עור גב וחזה

אחרי תדמורת פריחה התפשט

טופל HYDROAGISTEN

ממליץ על טיפול PROTOPIC לחודשיים לפחות - ביקורת עוד חודשיים-3

חודשיים

אבחנה

קוד	אפיון	אבחנה
7090		VITILIGO

תרופות בביקור

P	M	ע	ח	ק	N	OP	סה"כ	משך	ס	יחידה	הגשה	מנה	תרופה
1	P					אריזה	1	30	D	2	יחידות	1	PROTOPIC OINT 0,1% 30 GR

תאונה	גר"ן	ת. אישור	טיפול מחזורי	עין	תרופה
					PROTOPIC OINT 0,1% 30 GR

בברכה,

34911

ד"ר סרגיי זילדמן

חתימה וחותמת הרופא

מס' רשיון

שם הרופא

דף 1 מ 1
03/03/2022

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות
00-22012931-6 הודפס ע"י ד"ר סרגיי זילדמן

סיכום ביקור
ירחי מתן

תאריך: 12/01/2023 18:27

הפניה כללית

פרטי המטופל:
שם משפחה ופרטי: **ירחי מתן**
מס זהות: **00220129316**
גיל: **12.00** מין: **ז**
ת.לידה: **01/01/2011**
מס בית: **8 / 38**
רחוב: **התזמורת**
טלפון נוסף: **3-6519961**
ראשון לציון: **50-7766364**
טלפון: **50-7766364**

מספר הפניה ישירה: **35421004797**

גורם שולח



5421

מספר הפניה



035421004797

תז נבדק



0220129316

מספר רשיון



026144

לכבוד: מרפאת PTSD שניידר

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
74054	L0770	מנוי אבחוני ילד ונוער בריאות הנפש	74054

אבחנה משוערת:

קוד	איפיון	אבחנה
30981		POST TRAUMATIC STRESS DISORDER - PTSD
		susp

תלונות: עבר תאונת דרכים ב-2019

מאז סובל מחרדות

מתעורר בלילות

נבדק בעבר ע"פ פסיכיאטר - היה חשד ל-PTSD

סימנים חיוניים: **גובה** 126 04/09/2018 **משקל** 26 04/09/2018 **bmi** 16.38

לחץ דם 98 / 50 04/09/2018

דופק 83 04/09/2018

eGFR 150.68 **מתאריך** 12/09/2019

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
27/06/2017		ATTENTION DEFICIT DISORDER WITH HYPERACTIVITY
25/10/2019	lt	CLOSED FRACTURE OF SHAFT OF TIBIA
25/10/2019		CLOSED REDACTION INTER FIX (NAIL) TIBIA
25/10/2019		ACCIDENT/INJURY; NOS

תרופות קבועות

...ב	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	טבליות	1	METHYLPHENIDATE HCL TAB 10MG 10MG
ביום	1	ML	1	RISPOND SOL 1MG/1ML
ביום	0	יחידות		RISPOND SOL 1MG/1CC

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.
פניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת בי"ח
מפורסמת באתר הכללית

תאריך 14.2.23

מתן ירחי ת.ז. 220129316

בן 12, תלמיד כיתה ו' בבית ספר אשלים- כיתה רגילה, בכיתה ז' עובר לחינוך מיוחד.

הורים גרושים בקשר חלקי עם אביו.

אמא שרית בת 45 אפטרופה בלעדית

רקע:

הריון תקין, לידה תקינה, צלח את כל אבני הדרך בצורה טובה ובזמן, ללא בעיות גופניות, התחיל מסגרת כיתה א' בגיל 7 היו קשיי הסתגלות האם הייתה מגיעה עמו לבית ספר באופן יומיומי, נכון עד היום.

עבר פסיכיאטרי: אובחן ב-ADHD סביב 2017 ע"י דר לייטנר, נעשו מספר ניסיונות לטיפול בהפרעת הקשב וריכוז בתכשירים שונים אך ללא הצלחה. לפני כשנה אובחן עם ODD – הוחל טיפול תרופתי בריספונד. ברקע ידוע גם על לקויות למידה.

סיבת הפניה: לפני כש-3.5 שנים (2019) עבר תאונת דרכים קשה- כאשר חצה את הכביש כהולך רגל ונפגע מאופנוע, הייתה פגיעה ממשית ברגל נאלץ לעבור 2 ניתוחים עם קיבועים שנתיים טיפולי פיזיותרפיה. כחלק מהטיפול האם מוסיפה טופל על ידי שחיה טיפולית.

מתן מתאר כי מאז התאונה חרד יותר באופן כללי, נמנע להגיע לאיזור התאונה, בשיחה מתקשה לשחרר את אירועי הת.ד. מדווח על סיוטים שקשורים לתאונה שעבר, נבהל מחלומות אלו, מדווח מצד האם ומצידו כי מאז התאונה אלים יותר חסר סבלנות ולא רגוע, נרדם אך ורק בעזרת כדור 'ריספונד', מתקשה להישאר לבד בבית או בחוץ כאשר נעזר בליווי אחותו בת ה-11. האם מוסיפה כי מאז התאונה למתן יש סיעת צמודה אשר עוזרת למתן בחרדות ובאלימות. כמו כן מתקשה עם רעשים של מנוע של אופנוע כאשר בעבר פחד היה כללי יותר ופחד מכל רעש של כלי ממונע. נמנע לעבור את הכביש לבד בגילו הנוכחי גם במעבר חציה ותמיד ידרוש עזרה בחציה מצד אמו או אחותו. מפחד לישון לבד כי חושש לחלום על הת.ד.

מתארים אירוע טראומטי נוסף בו אביו, תקף פיזית את בן זוגה הנוכחי של האם עד לאשפוזו של הבן זוג בבית חולים כאשר כל זה נעשה לעיני מתן ואחותו.

סטטוס:

ניראה כפי גילו, לבוש בצורה הולמת, יוצר קשר עין לפרקים, מצב רוח ירוד, אפקט מדוכדך, שקט פסיכומטרי, מהלך החשיבה- תקין. בתוכן-ללא מחשבות שווא, עסוק סביב אירועים טראומטיים מעברו, דרוך, נמנע מתאר קושי להישאר לבד, התקפי אלימות, פלשבקים מתאונת הדרכים מציג תכנים דיכאוניים, ללא הפרעות בתפיסה. בהכרה מלאה התמצאות תקינה בכל המובנים. בוחן המציאות ושיפוט בעת הבדיקה שמורים, ללא מחשבות אובדניות.

שולל שימוש בסמים ואלכוהול.

אבחנות:**F431-POSTTRAUMATIC STRESS DIS.****F90- ADHD****F913- OPPOSITIONAL DEFIANT DIS**

סיכום: בן 12 עם הרקע כמתואר. פנו לבדיקה פסיכיאטרית בליווי לאחר החמרה במצבו הנפשי בעקבות ת.ד דרכים שעבר לפני כשלוש שנים. בבדיקתו ומתיאורי האנמנזה ניתן להתרשם כי עונה להפרעת בתר-חבלתית מלווה בירידה במצב רוח ותסמינים חרדתיים. ללא עדות לתוכן פסיכוטי. ללא מחשבות אובדניות או רצון לפגיעה עצמית

המלצות:

1. להתחיל טיפול תרופתי ב LUSTRAL 25 מ"ג למשך 5 ימים ולעלות באופן הדרגתי את המינון ל 50 מ"ג פעם ביום
2. המשך טיפול תרופתי כמומלץ ב'ריספונד'
3. טרם התחלת הטיפול יש צורך לבצע בדיקות דם מקיפות במסגרת הקהילה כולל אקג
4. פרט לטיפול התרופתי יש צורך בטיפול רגשי- עם דגש על עבודה קוגניטיבית התנהגותית-CBT
5. הדרכת הורים.
6. ניתנו הסברים לגבי תופעות הלוואי של הטיפול התרופתי כולל ה BLACK BOX
7. המשך מעקב פסיכיאטרי סדיר.
8. במידה ויש החמרה יש לפנות לגורם רפואי זמין.

בברכה,

ד"ר חפז-מורט ארתור
מומחה בפסיכיאטריה
של ילד והמתבגר
מ.ר. 1123357 מ.ר.מ 43656

דר חפז מורט ארתור

מ.ר. 1-123357, מ.ר.מ 43656