

7 ABA HILLEL ST, RAMAT GAN

רחוב אבא הלל 7 רמת גן (בית סילבר)

Tel 03-7412358, Fax 077-3180983

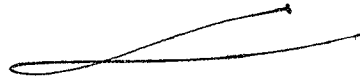
טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

מ.ל.ב

22.6.23

1.5.23

- תצפית -



לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
ענף נפגעי עבודה – סניף רמת גן
באמצעות פקס

א.ג.נ.,

הנדון: שרון חזן, ת.ז. 024847832
תאונה מיום: 6/10/21

1. מצ"ב טופס תביעה לקביעת דרגת נכות בצירוף תיעוד רפואי.

2. לעיונכם וטיפולכם המסור בזימון מרשי לועדה אודה.


בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד

עמוד 1 מתוך 5

24847832

נא למלא מספר תעודת זהות

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)									
מס' זהות / דרכון									
סוג המסמך דפים									

הותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



תביעה לקביעת דרגת נכות
מעבודה ולתשלום גמלת
נכות מעבודה

1

פרטי התובע

שם משפחה

שם פרטי

מספר זהות

ס"ב

024847832

תאריך לידה

01031970

שנה חודש יום

מספר אישי בצה"ל

עיסוק

שכיר

זכר

מתנדב

נקבה

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב/תא דואר

מס' בית

דירה

יישוב

מיקוד

טלפון קווי

טלפון נייד

דואר אלקטרוני:

@

אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – אנא השלם את הפרטים הבאים:

שם משפחה של איש קשר

שם פרטי של איש קשר

מס' זהות של איש קשר

ס"ב

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

אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט (SMS), דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)

רחוב/תא דואר

מס' בית

כניסה

דירה

יישוב

מיקוד

2

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה

06102021

פרטים על הפגיעה

בשתי יתאונת צרכים

3

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

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

שם מקום העבודה / העסק / הגוף השולח לפעולת ההתנדבות		טלפון	
חירת חס			
רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה
המקצוע ערב הפגיעה:			

3א

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות		טלפון קווי	
צה"ל ☐			
שב"ס ☐		טלפון נייד	
משטרה ☐			
אחר ☐			
רחוב/תא דואר	מס' בית	יישוב	מיקוד
תאריך כניסה לשירות קבע _____ תאריך סיום השירות בקבע _____			
האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה? כן ☐ לא ☐			
אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, אנא צרף העתק ממכתב הדחייה.			

4

פרטי הטיפול הרפואי

האם נזקקת לאשפוז עקב הפגיעה? ☐ לא ☒ כן, פרט <u>מיכאל רותם למיר</u>		
שם בית החולים	תקופת אשפוז	
האם נעשו לך בדיקות עקב הפגיעה (צילומי רנטגן, CT, MRI וכד')? כן ☐ לא ☐		
שם המוסד הרפואי שבו נעשו הבדיקות וכתובתו		
אם יש בידך צילומים או תוצאות בדיקות, נא לצרפם לטופס התביעה.		
אני מבוטח בקופ"ח <u>מ.ה.</u>		
ציין בטבלה שלהלן את שמות הרופאים שטיפלו בך או עדיין מטפלים בך:		
שם הרופא	תחום מומחיות	כתובת המרפאה
	הצנ	

5

המגבלות שיש לך עקב הפגיעה שבגינן אתה תובע גמלה

המסמך או התיעוד הרפואי הקשור למגבלה שציינת

המגבלות או הכאבים שמרם אתה סובל

ידי

כאבים והזלזל דתקופה יבואר
הקרה הכאבים ואני חלואה
כאבים והזלזל דתקופה יבואר

זורך רגשכי כאבים, קול' דרציו חלואה יבואר קול' רבלי

האם סבלת בעבר ממחלה או כאבים באיברים שנפגעו שצוינו על ידך לעיל?

☐ לא ☐ כן, פרט ממה סבלת, ממת, יש לצרף מסמכים רפואיים:

6

חזרה לעבודה

האם חזרת לעבודה לאחר הפגיעה?

☐ כן - חזרתי לאותה העבודה ☐ כן - חזרתי לעבודה אחרת. פרט

שם המעביד וכתובתו

תאריך החזרה לעבודה

☐ לא חזרתי לעבודה - ציין את הסיבה

לידיעתך, לצורך הטיפול בתביעה אנו נפנה למעסיקיך לפי הצורך, לקבלת נתוני הכנסותיך

אם הנך מתנגד לכך עליך לסמן את ההצהרה הבאה

☐ אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטאלי (ממוחשב) של הכנסותיי.

ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי.

7

שליטה בשפה העברית

☐ אני לא שולט בשפה העברית. אני דובר

☐ אגיע לוועדה עם מלווה דובר עברית

☐ לא אגיע לוועדה עם מלווה דובר עברית

8

פרטים על תשלומים

האם אתה מקבל או זכאי לתשלום או תגמול ממשרד הביטחון?

☐ לא ☐ כן - ציין את סוג התשלום

האם הגשת או שאתה מתכוון להגיש תביעה לפיצויי נזיקין בגין המקרה?

☐ לא ☐ כן - ציין את שם הנתבע

9

סיוע וייצוג בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☐ כן

הגוף המייצג או המסייע: ☒ עורך דין ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוונת ☐ בית חולים ☐ עמותה

☐ אחר

אם אתה מיוצג ע"י עורך דין יש לבקש מעורך הדין להזין ייפוי כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס, יש לשלוח אלינו טופס בל/73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

טלפון
037412358

כתובת
אכא כול, ד, יבואר

שם גורם מסייע
חזר איתן בייט

10

פרטי חשבון הבנק של התובע

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

שמות בעלי החשבון

שם הבנק	שם הסניף/כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

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

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

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

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

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

תאריך _____ חתימת מקבל הגמלה x _____ חתימת השותפים לחשבון x

11

הצהרה

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

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

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

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות עליו להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

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

☐ אני מסכים לוועדה בוודאו צ'אט

תאריך 1.5.23 חתימת התובע x

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

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: נכות מעבודה

פרטים אישיים

1

תאריך הפגיעה
שנה חודש יום
2023 02 06

מספר זהות/דרכון

024847832

קוד גמלה

11

שם פרטי

שרי

שם משפחה

חל

חבר בקופת חולים

☒ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר

הצהרה

2

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית שלי ומבקש בזאת למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותי.

חתימת המבוטח *

1.5.23

תאריך

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

<u>02447832</u>	<u>150</u>	<u>178</u>	<u>150</u>
שם האב	שם משפחה	שם פרטי	שם מ/שפחה
<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
טלפון	מיקוד	עיר	מס'
<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הבטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור ל- _____ (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהלן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א – 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופת-החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.

למרות האמור לעיל לא יחול כתב ויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: _____
או על המידע המפורט להלן: _____

חלק ב' חלק קופ"ח: 111 סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____
רופאים: _____ מכונים, מעבדות: _____
1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

מס' אישי בצה"ל: _____ שם קופ"ח קודמת: _____

במקרה של קטין: שם האם _____ ת.ז. _____ שם האב _____ ת.ז. _____

תאריך: 1/7/22 עד לחתימה ומס' תע"מ: 62254 חתימה: X 

מס' רשיון: 62254

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, _____ / 5n 11e
ת.ז. מס' _____ 2447832
מרחוב _____
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או _____ להיות באי כוחי במשפט של
נגד _____ בענין תאונת דרכים מיום _____ 6/10/21
מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל
הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לחתום על ו/או לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרזת פשיטת רגל, או פרוק גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות והנובעות מהענין הנ"ל.
3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
5. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
6. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
7. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
8. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הנ"ל, לרבות הוצאות בימ"ש ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
9. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
10. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
11. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
12. להופיע בשמי וליצגני בפני רושם הקרקעות, במשרדי ספרי אחוזה, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עיסקה המוכרת ע"י החוק וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבלו עפ"י דין.
13. ליצגני ולהופיע בשמי בפני רשם החברות, רשם השותפויות, רשם העמותות ורשם האגודות השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי, לטפל ברישומי או במחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.

14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

15. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, לפטרם ולמנות אחרים במקומם ולנהל את עניני הנ"ל לפי ראות עיניו ובכלל לעשות את כל הצעדים שימצא לנכון ומועיל בקשר עם המשפט או עם עניני הנ"ל, והנני מאשר את מעשיו או מעשי ממלאי המקום בתוקף יפוי כח זה מראש.

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 1 לחודש 2 שנה 22

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל מרזוק
עמ' 175
מס' רישום: 32254
עורך דין




סודי רפואי

טלפון: 08-9779911/22/24

מעודכן ל: 00:49, 07/10/21

אחות אחראית: גרנובסקי

מנהל מח': דר. טרוצקי

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה - 11734372

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

חזן שרון

ת.ז.: 2484783-2	מין: זכר	ת.לידה: 01/03/1970	גיל: 51 ש
טל: 054-6120701	טל: 054-6120701	טל: 3-6024108	שם האם: עליזה
מצב משפחתי: נ + 3	קופ"ח: כללית	סוג מבקר: אזרח	שם האב: משה
כתובת: טופז 20, אור יהודה, 6040541			

נתוני ביקור במיון

סיבת קבלה: ת. דרכים עבודה	גורם מפנה: פניה עצמית	מבטח: חזן שרון, 2484783-2
תאריך קליטה במיון: 06/10/21	שעה: 19:50	
תאריך קליטה בב"ח: 06/10/21	שעה: 19:50	

אבחנות נוכחיות

E929.0- LATE EFFECTS OF MOTOR VEHICLE ACCIDENT
724.5 - BACKACHE, UNSPECIFIED

רגישויות

לא ידוע

דיון וסיכום הקבלה

בן 51 בריא
לדבריו, בדרך חזרה מהעבודה, היה מעורב היום בתאונת דרכים כנהג. מנגנון אחורי. ללא פתיחת כריות אוויר. ללא איבוד הכרה. יצא בכוחות עצמה מהרכב. ללא איבוד שליטה על סוגרים. כעת מלין על כאב צוואר וגב תחתון.

בבדיקה - הליכה בתבנית תקינה, תנועות צוואר מלאות עם כאב בסוף תנועה, ללא רגישות ע"פ חוליות צוואריות, ישנה רגישות פרהוורטברלית ורקמה רכה סביב הצוואר.
כח תחושה ומוטוריקה שמורים ב 4 גפיים, עומד על עקבים ואצבעות.
כיפוף ויישור גב מלאים, ללא רגישות גרמית ע"פ עמ"ש טוראקלי, רגישות גרמית ע"פ עמ"ש מתני ורקמה רכה סביב החזרי פיקה תקינים, SLR שלילי דו"צ, ללא חסר NV דיסטלי בגפיים.

בצילומי עמ"ש צווארי ומותני- ללא עדות לשבר או פריקה

לסיכום - תאונת דרכים במנגנון "הצלפת שוט" ללא ממצא חריף
הוסבר לחולה על האבחנה ועל המשך הטיפול

מצב המטופל בשחרור ממיון

תכנית טיפול והמלצות להמשך

המלצות:

- מנוחה יומיים
- שיכור כאב לפי הצורך עם אקמול או אופטלגין ג' עד 3 פעמים ביום לפי הצורך
- בהחמרה בכאב, חסר תחושת או מוטורי או כל החמרה אחרת, יש לפנות לרופא
- קומפרסים חמים לצוואר/גב
- המשך מעקב רופא מטפל
- בהמשכות הכאב מעל לשבוע יש לפנות לאורתופד בקופ"ח.

חופשת מחלה: 2 ימים

שחרר בליווי _____

חתימה

רופא מאשר: דר. לוי, אלמוג

חתימה: _____

מספר רשיון: 39265

00:49 07/10/21

מרכז רפואי שער אסף הרופא
מחלקת אורתופדיה
מ.ר. 11734372



המרכז
הרפואי
שמיר



תאריך הדפסה: 07.10.21

מחלקה לרפואה דחופה

חיוב לביקור שמספרו: 11734372
מטבע: ILS

לכבוד: חזן שרון ת.ז.: 2484783-2
רחוב /מס: טופז 20
עיר /מיקוד: 6040541 אור יהודה
טלפון: 054-6120701

מספר ביקור: 11734372 תאריך קבלה: 06.10.21 יח' מיון: רמי-אורט
הפניה מרופא: לא

קוד שירות תאור	כ"מ	מחיר	כיסוי %	הנחה	סה"כ
99283 ביקור במיון, תשלום גלובלי	1	989.00	100.00	0.00	989.00
L0962 בדיקה קלינית במיון	1	0.00	100.00	0.00	0.00
L0964 אגרת מיון	1	0.00	100.00	0.00	0.00
72040 צילום עמוד שדרה צוארי, קדמי-אחורי	1	0.00	100.00	0.00	0.00
72040 צילום עמוד שדרה צוארי, צדי	1	0.00	100.00	0.00	0.00
72040 צילום דנס, מצומצם, דרך הפה	1	0.00	100.00	0.00	0.00
72100 צילום עמוד שדרה מותני, קדמי-אחורי	1	0.00	100.00	0.00	0.00
סה"כ:					989.00

חשבון ביניים

התחייבות

אני הח"מ: חזן שרון
ת.ז.: 2484783-2 שכתובתי: 6040541 אור יהודה טופז 20
טלפון: 054-6120701 מקום עבודה:
טלפון בעבודה:

מתחייב/ת בזה לשלם לביה"ח את החשבון הנ"ל תוך 14 יום ממועד קבלת החשבון ו/או להמציא התחייבות מתאימה.

שם חולה/משלם חלופי: חזן שרון
חתימת המתחייב/ת

בכבוד רב

ריבה רוזנטל



ט.ל.ח

עמוד: 1 מתוך 1

RIVAR

ד"ר אלה קלימינסקי
רפואת משפחה
29858
חיים ברלב, 10
03-7350400
03-7350401

רופא
רשיון
נת
יון
c

תאריך 07/10/2021

מחוז: דן-פ"ת

צאה: מוזה סביון - רופאים עצמאיים - אור יהודה

הפניה למכון פיזיותרפיה
(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל	חזן שרון	שם משפחה ושם פרטי	טופז	אור יהודה	ישוב
00-02484783-2	מס זהות	51.07	גיל	20	מס בית
01/03/1970	ת. לידה	54	טלפון	6120701	טלפון נוסף
3	שם האב	5338323	טלפון	54	משה
06/10/2021	תאריך תאונה	2	תאונת עבודה	2	סוג תאונה

גורם שולח
5758

מספר הפניה
035758121222

35758121222
תז נבדק
24847832

מספר הפניה:
רשיון רופא
029858

לכבוד: פיזיותרפיה

שירות שנבחר	קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי
80015	80015	97001	פיזיותרפיה אבחון ובניית תכנית טיפול - מבוגרים

CONTUSION BACK AND BUTTOCKS

אבחנה משוערת
תלונות / סיבת הפניה
בדרך חזרה הביתה היה מעורב בת.ד. אותו נכנס מאחור. היה חגור.
חבלות בגב תחתון וצוואר.
ביקר בחדר מיון

סימנים חיוניים:
גובה 188 14/05/2019 משקל 103 14/05/2019 bmi 29.14
לחץ דם 114 / 74 25/08/2021
דופק 85 14/05/2019 סדיר

25/07/2021 מתאריך 106.49 eGFR

NYHA: 1 עדין ב 11/08/2019

בעיות פעילות	איפיון	מ. גילוי
HYPERCHOLESTEROLEMIA	mild	01/05/2006
SMOKER		01/01/1991
ACCIDENT/INJURY, NOS		01/04/2013
knee trauma		01/04/2013

ד"ר קלימינסקי-אור יהודה
מומחית רפואה פנימית
מנהלת מרפאת גורא

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות
הודפס ע"י ד"ר אלה קלימינסקי
00-02484783-2

הפניה למכון פיזיותרפיה

7 ה.ר.

תולדי עבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
25/08/2021	01/01/1991		SMOKER HEAVY
25/08/2021	01/01/1991		SMOKER

תרופות קבועות

ב...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	טבליות	1	LIPITOR 20MG TAB 20MG
ביום	1	טבליות	1	CIPRALEX TAB 10MG 28 10mg

ממצאים קליניים היום מלין על כאבי גב תחתון וצוואר והגבלה בתמועות. ביקר בחדר מיון

ד"ר אלה קלימינסקי

29858

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

7 ה.ר. 7

הפניה למכון פיזיותרפיה

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 2 מ 2

00-02484783-2 הודפס ע"י ד"ר אלה קלימינסקי

חזן שרון

תאריך 11/10/2021

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי

פרטי המטופל					
חזן שרון	00-02484783-2	51.07	ז	01/03/1970	משה
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
טופז	מס בית	טלפון	טלפון נוסף	אור יהודה	ישוב
רחוב	20	54	3	5338323	טלפון נוסף

תאריך תאונה: 06/10/2021

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

אבחנות		
קוד	אפיון	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS
9223		CONTUSION BACK AND BUTTOCKS
9249	neck	CONTUSION

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל

איננה מסוגלת לעסוק בעבודתה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 07/10/2021 עד יום 09/10/2021 (בכלל) סה"כ 3 ימים

11/10/2021
תאריך מתן התעודה

11/10/2021
ת. הבדיקה

ד"ר אלה קלימינסקי

חתימה וחזותית הרופא של השרות הרפואי המוסמך

חזותית המרפאה

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

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

הפניה לפיזיותרפיה

(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הן בכפוף לסל השירותים)

תאריך: 30/11/2021

פרטי המטופל:

שם משפחה וכרטיס:

חזן שרון

ת.ל.ד. 01/03/1970

מס' בית:

20

שם האב: משה

טלפון 54-6120701

מס' זהות: 00024847832

גיל:

51.09

ז

ישוב: אור יהודה

רחוב: סופר

טלפון נוסף: 3-5338323

מספר הפניה:

31914000922

רשיון רפא



121495

תז נבחל



24847832

מספר הפניה



031914000922

גורם שולח



1914

שירותי שכתוב

תאור רפואי

97001 פיזיותרפיה אבחון ובניית תכנית טיפול מבוגרים

80015

שירות רפואי

80015

אבחנה משוערת

PAIN FINGER

המטופל סובל מ כאבים באצבע 3 כף יד שמאל קצה האצבע

ללא הבלה

טחח מודש

טסה NSAIDS ללא הטבה

בעיות פעילות

HYPERCHOLESTEROLEMIA
SMOKER
ACCIDENT/INJURY: NOS
knee trauma

mild

01/05/2005

01/07/1991

01/04/2013

01/04/2013

תולדות עבר

SMOKER HEAVY
SMOKER

01/01/1991

25/08/2021

תרופות קבועות

שם התרופה	א. הגשה	כמות	פעמים	י
LIPITOR 20MG TAB 20MG 1	1 טבליות			ביום
CIPRALEX TAB 10MG 28 10mg 1	1 טבליות			ביום

ממצאים קליניים: ללא נפיחות או אדום אין פלג או פרוחיות
תסעות אצבע תקינות אין סימני טנוסוביטיס קלינית
US- הודגם טנוסוביטיס פלקסורי קל

מטרת הבדיקה: טיפול מקומי לכף יד שמאל
לאצבע 3

121495

ד"ר זיו אסא

מספר רשיון

שם הרופא

כ"ס רפואי אינ

1-121495

ד"ר זיו אסא

ת.ד. 1-39857

מחלקת אורטופדיה

חתומה ומתחת הרופא

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

תאריך: 23/01/2022

סיכום טיפול

פרטי המטופל		חזן שרון	
שם משפחה ושם פרטי	00-02484783-2	מס זהות	מס' הפניה: 210492769
שם האב	01/03/1970	ת. לידה	מספר זיהוי הפניה: 35758121222
שם האב	51.11	גיל	תאריך הפניה: 07/10/2021
טלפון נוסף: 5338323 - 3	54	טלפון	סוג הביקורים לסדרה: 1 תאונת דרכים
טלפון	6120701	טלפון	לכבוד הרופא המטפל/מקצועי: ד"ר אלה קלימינסקי
אור יהודה	20 /	מס בית	מרפאה: מרפאת נוה סביון
ישוב	רחוב	טופז	מקצוע: רופא כללי

מס' הפניה: 210492769 מספר זיהוי הפניה: 35758121222
 תאריך הפניה: 07/10/2021
 סוג הביקורים לסדרה: 1 תאונת דרכים
 לכבוד הרופא המטפל/מקצועי: ד"ר אלה קלימינסקי
 מרפאה: מרפאת נוה סביון
 מקצוע: רופא כללי

אבחנה בהפניה:

צד	קוד	אבחנה
		CONTUSION BACK AND BUTTOCKS

אבחנה לטיפול:

צד	קוד	אבחנה
ימין	8470	WHIPLASH INJURY

תאריך תחילת טיפול: 10/10/2021 תאריך סיום טיפול: 23/01/2022

מס' ביקורים בפועל: 11 פרטי: 11

מס' אי הופעות לטיפול: 3

רשימת כל הטיפולים:

כמות	טיפול
1	אבחון ראשון- בדיקה של פיזיותרפיסט
13	טיפול עם מכשיר זרמים
11	טיפול ב-Hot Pack
11	טיפול ברקמה רכה
10	מוביליזציות ותרגילים פסיביים
1	הדרכה לתרגול בבית
4	הערכה מחדש- בדיקה
1	חבישה/taping/קינזיותרפיה
3	תרגול כללי

ביום

דיוג בעת סגירת הסידרה	דיוג בעת פתיחת הסידרה	צד	איבר
7	7	דו צדדי	צוואר

הערכת מטפל: 3-ללא שינוי

הערות: הנ"ל התקבל למכון עקב כאבים בצוואר ובגב לאחר שהיה מעורבת בתאונת דרכים ב-10-21-6 בזמן עבודתו בבדיקתו כאבים של 7/10 בצוואר ובגב, מטופל קבל סידרת טיפולים להורדת כאב וחיזוק שרירים, בנוסף לטיפול ב TENS+ HP

היום ממשיך לתלונן על כאב של 7/10 VAS בצוואר ובגב, עקב פלטו במצבו, הוחלט על סיום טיפול בשלב זה מטופל זקוק להמשך תרגול עצמי בבית (קבל דף תרגול) הומלץ לחזור לרופא מטפל להערכה נוספת לאזן כאב סיום טיפול

המטופל ביקר במכון בתאריכים:
23/01/2022
09/01/2022
26/12/2021
22/12/2021
15/12/2021
08/12/2021
14/11/2021
07/11/2021
25/10/2021
17/10/2021
10/10/2021

מס' 0092855-50
מס' 0092855-50
מס' 0092855-50
מס' 0092855-50
מס' 0092855-50
מס' 0092855-50
מס' 0092855-50
מס' 0092855-50
מס' 0092855-50
מס' 0092855-50

חתימה וחותמת

מוסא פריד מנסור

שם מטפל

תוצאות בדיקת אלקטרומיוגרפיה - E.M.G.

שם נבדק/ת: חזן, שרון, כתובת: אור יהודה, טופז, תאריך בדיקה: 16/12/2021, בדיקה קודמת: לא
גיל: 51/9, ת.ז.: 024847832, טלפון: 054-6120701, גורם מפנה: דן-פתח תקוה
מין: ז, רופא מפנה/מטפל: ד"ר אסא זיו, שם מדפיסה: דגנית טליה.

בדיקת עצבים

SAP (msec)		AMP of SNAP (mV)		F.WAVE (msec)		SPEED (m/sec)		AMP of CMAP (mV)		MOTOR LATENCY (msec)		עצב
שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	
4.5	4.7	26.0	21.0			54.0	57.0	4.2	4.6	3.0	2.7	מדיאנוס Median
3.9	5.3	17.0	37.0							2.5	2.0	אולנאריס Ulnaris
						53.0	55.0	2.8	3.5			מותחת למרפק
						39.0	51.0	2.7	3.6			מעל המרפק

בדיקת שרירים

צורת פוטנציאלים		גיוס		פעולה ספונטנית		שריר	שורש
שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין		
תקין	תקין	מלא	מלא	אין	אין	Deltoid	C5-C6
תקין	תקין	מלא	מלא	אין	אין	Brachioradialis	C5-C6
תקין	תקין	מלא	מלא	אין	אין	Extensor Digitorum	C7

סיכום: קיימת עדות ל- CTS סנסורית קלה, דו-צדדית.
קיימת עדות ללכידה אולנארית בינונית משמאל.
הולכות עצביות תקינות.
בבדיקת מחט ללא עדות לרדיקולופטיה שורשית.

נמסרה תשובה לנבדק/ת עם סיום הבדיקה.

בברכה,

ד"ר מוחמד עבד אל חלים
מ.ר 154342

דו"ח זה מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות. המוסרו שלא כדין עובר עבירה.
יש להעביר תוצאות בדיקה זו בהקדם אל הרופא/ה המפנה.

עמוד 1 מתוך 1

הפניה לדימות

פרטי המטופל	חזן שרון
שם משפחה ושם פרטי	שם האב
00-02484783-2	מס' זהות
52.01	גיל
ז	מין
01/03/1970	ת. לידה
משה	שם האב
שם משפחה ושם פרטי	שם האב
אור יהודה	אור יהודה
טופז	רחוב
20	מס' בית
54 - 6120701	טלפון
3 - 5338323	טלפון נוסף

תאריך תאונה 06/10/2021

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה ישירה: 35856012680

גורם שולח



5856

מספר הפניה



035856012680

תז נבדק



24847832

רשיון רופא



136738

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

לכבוד: CT עמ"ש צוארי

שירות שנבחר		קוד	קוד
שירות	רפואי	שירות	משה"ב
10304010	תיאור רפואי	78073	L1039 ט.מ. CT עמוד שדרה צוארי

המטופל מתלונן על בן 52, בריא ברקעיה מעורבת בתאונת דרכים במהלך עבודתו בתאריך הנזכר לעיל.

מישהו נכנס ברכבו מאחור.
מאז כאבי צוואר וכאבי גב תחתון
נבדק ע"י אורתופד, טופל בפזיורטפיה ללא הטבה (12 טיפולים)
עדיין כאוב, כרגע מקרין ליד ימין.

ממצאים עיקריים
הליכה תקינה ללא צליעה
רגישות צווארית ומותנית.
הגבלה בתנועות הגב, כח גס שמור דו"צ
תחושה שמורה
הופמן שלילי
ללא חסור ווסקלרי

אבחנה משוערת	אבחנה	קוד	איפיון
ACCIDENT/INJURY; NOS	BACKACHE	A80	7245

בעיות פעילות

מגילוי	איפיון	בעיה
01/05/2006	mild	HYPERCHOLESTEROLEMIA
01/01/1991		SMOKER
01/04/2013		ACCIDENT/INJURY; NOS
01/04/2013		knee trauma

תולדות עבר

מסיום	מגילוי	איפיון	בעיה
25/08/2021	01/01/1991		SMOKER HEAVY
25/08/2021	01/01/1991		SMOKER

רש"מ 9821981
לשירות אסול
לשירות טלפון ל"ל
חתימה וחומת הרופא

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה

136738

ד"ר מחמוד חלאיקה

מספר רשיון

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

סניף מור מגדל המאה ת"א
היחידה לטומוגרפיה ממוחשבת (C.T.)
טלפון: 03 - 7760100

תאריך הדפסה: 6 אפריל, 2022

תוצאות בדיקת C.T.

שם נבדק/ת: חזן, שרון
תאריך בדיקה: 28/03/2022
כתובת: אור יהודה, טופז, 0020
054 - 6120701 - 6120701 : טלפון
גורם מפנה: דן-פתח תקוה
מדפיסה: לב
רופא מפנה/מטפל: ד"ר חלאיקה מחמוד

לכבוד
הרופא המטפל

ד"ר נכבד,

להלן ממצאי סריקה טומוגרפית ממוחשבת של עמוד שידרה צוארי בגבהים C1-D1:

הבדיקה נעשתה בחתכים אקסיליים, בחלונות רקמה וכה ובחלונות עצם.

סיבת ההפניה: כאבים אחרי תאונה.

C1-C2-C3-C4-C5 : תקינים.
C5-C6 : פורמינל סטנזיס דו-צדדית.
C6-C7 : בלט דיסק אחורי מרכזי.
C7-D1 : תקין.

בסיכום:
לחץ בי-לטרלי על השורשים בגובה C5-C6 .
אפשרות של לחץ על השק התקאלי בגובה C6-C7.
לא הודגם שבר.

בברכה,

פרופ' אליעזר אברהמי
מומחה לרדיולוגיה אבחנתית
מ.ר. 8955 מ.ר.מ. 6568

לנבדק/ת- יש להעביר את תוצאות הבדיקה בהקדם אל הרופא/ה המפנה/המטפל/ת לצורך המשך טיפול ומעקב.
יש להביא בדיקות קודמות להשוואה בכל פניה לביצוע בדיקה חדשה.

דו"ח זה מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות. המוסרו שלא כדין עובר עבירה.

עמוד 1 מתוך 1

25/04/2022 תאריך

הפניה לפיזיותרפיה (כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל					
חזן שרון	00-02484783-2	52.02	ז	01/03/1970	משה
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
טופז	20	54	5338323	3	טלפון נוסף
אור יהודה	ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	

06/10/2021 תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה: 35856013041

גורם שולח



5856

מספר הפניה



035856013041

תז נבדק



24847832

רשיון רופא



136738

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
80015	97001	פיזיותרפיה אבחון ובניית תכנית טיפול - מבוגרים	80015

CERVICALGIA

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 22/03/2022:
בן 52, בריא ברקעיה מעורבת בתאונת דרכים במהלך עבודתו בתאריך הנזכר לעיל.
מישהו נכנס ברכבו מאחור.
מאז כאבי צוואר וכאבי גב תחתון
נבדק ע"י אורתופד, טופל בפזיותרפיה ללא הטבה (12 טיפולים)
עדיין כאוב, כרגע מקרין ליד ימין.
25/04/2022
חזר לביקורת לאחר השלמת CT עמוד שדרה צווארי
מדווח על שיפור קל ביותר עם כדורים, וחזרת כאב מיד לאחר הפסקתן.

בעיות פעילות

מ.גילוי	אפיין	בעיה
01/05/2006	mild	HYPERCHOLESTEROLEMIA
01/01/1991		SMOKER
01/04/2013		ACCIDENT/INJURY; NOS
01/04/2013		knee trauma

תולדות עבר

מ.סיום	מ.גילוי	אפיין	בעיה
25/08/2021	01/01/1991		SMOKER HEAVY
25/08/2021	01/01/1991		SMOKER

7 ה.ר.ו

הפניה לפיזיותרפיה

דף 1 מ 2 ***המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות***

00-02484783-2 הודפס ע"י ד"ר מחמוד חלאיקה

חזן שרון

תרופות קבועות

תרופות	כמות	א. הגשה	פעמים	ב...
LIPITOR 20MG TAB 20MG	1	1 טבליות	1	ביום
CIPRALEX TAB 10MG 28 10mg	1	1 טבליות	1	ביום

ממצאים קליניים
בדיקה גופנית מתאריך 22/03/2022:
הליכה תקינה ללא צליעה
רגישות צווארית ומותנית.
הגבלה בתנועות הגב, כח גס שמור דו"צ
תחושה שמורה
הופמן שלילי
ללא חסור ווסקלרי
25/04/2022
בדיקתו ללא שינוי

136738
ד"ר מחמוד חלאיקה
רופא

136738

ד"ר מחמוד חלאיקה

חתימה וחוקתמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

ס.ה.ר 7

דף 2 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לפיזיותרפיה

הודפס ע"י ד"ר מחמוד חלאיקה 00-02484783-2

חזן שרון

25/04/2022 תאריך

הפניה לרפואה יועצות

פרטי המטופל					
חזן שרון	00-02484783-2	52.02	ז	01/03/1970	משה
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
אור יהודה	טופז	20		54 -6120701	3 - 5338323
ישוב	רחוב	מס בית		טלפון	טלפון נוסף

06/10/2021 תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה ישירה: 35856013042

גורם שולח



5856

מספר הפניה



035856013042

תז נבדק



24847832

מספר רשיון



136738

לכבוד: מרפאת כאב

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70005	99242	בדיקה רפואית - כאב	70090

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 22/03/2022:
בן 52, בריא ברקעיה מעורבת בתאונת דרכים במהלך עבודתו בתאריך הנזכר לעיל.
מישהו נכנס ברכבו מאחור.
מאז כאב צוואר וכאבי גב תחתון
נבדק ע"י אורתופד, טופל בפזיורטפיה ללא הטבה (12 טיפולים)
עדיין כאב, כרגע מקרין ליד ימין.
25/04/2022
חזר לביקורת לאחר השלמת CT עמוד שדרה צווארי
מדווח על שיפור קל ביותר עם כדורים, וחזרת כאב מייד לאחר הפסקתן.

136738
מספר רשיון
136738
מספר רשיון

ממצאים בבדיקה

בדיקה גופנית מתאריך 22/03/2022:
הליכה תקינה ללא צליעה
רגישות צווארית ומותנית.
הגבלה בתנועות הגב, כח גס שמור דו"צ
תחושה שמורה
הופמן שלילי
ללא חסור ווסקלרי
25/04/2022
בדיקתו ללא שינוי

תאריך: 19/07/2022

הפניה כללית - נוסח חופשי

פרטי המטופל:	
שם משפחה ופרטי:	חזן שרון
ת.לידה:	01/03/1970
מס בית:	20
מס זהות:	00024847832
רחוב:	טופז
טלפון נוסף:	3- 5338323
גיל:	52.05
מין:	ז

סוג תאונה	2 תאונת עבודה	תאריך תאונה	06/10/2021
מספר רשיון	תז נבדק	מספר הפניה	גורם שולח
025770	24847832	035768003553	5768

לכבוד: מכון - EMG לידיים.

אבחנה משוערת

קוד	אפיין	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS
7245		BACKACHE
7231		CERVICALGIA

תלונות

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 22/03/2022:
בן 52, בריא ברקעיה מעורבת בתאונת דרכים במהלך עבודתו בתאריך הנזכר לעיל.

מישהו נכנס ברכבו מאחור.
מאז כאבי צוואר וכאבי גב תחתון
נבדק ע"י אורתופד, טופל בפזיורטפיה ללא הטבה (12 טיפולים)
עדיין כאוב, כרגע מקרין ליד ימין.
25/04/2022

חזר לביקורת לאחר השלמת CT עמוד שדרה צווארי
מדווח על שיפור קל ביותר עם כדורים, וחזרת כאב מיד לאחר הפסקתן.
19/07/2022: ליד הארץ, בריא, ג - 189, מ - 104, ימני דוטמיננטי, עשן חצי חפיסה ביום. עובד שטח בח' חשמל. עדיין כאב לאורך יד ימין וחולשה בה ונמול גם ביד שמאל. ללא שמטית חפצים או הערה משינה. ללא הטבה עם נוגדי דלקת. ב 26.03.22 - הצרות פורמינה ב C 5-6 דו"צ ובלט דיסק ב C 6-7

ממצאים בבדיקה

בדיקה גופנית מתאריך 22/03/2022:
הליכה תקינה ללא צליעה
רגישות צווארית ומותנית.
הגבלה בתנועות הגב, כח גס שמור דו"צ
תחושה שמורה
הופמן שלילי
ללא חסור ווסקלרי
25/04/2022
בדיקתו ללא שינוי
19/07/2022: רגישות עורפית תחתונה, יותר מימין ולפי C 5-6, יותר מימין, פאלן וטינל שליליים לתעלות השרש.

דיון/תוכנית טיפולית

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 22/03/2022:
מומלץ טיפול בנוגדי דלקת
CT עמ"ש צווארי
מעקב אחרי הדמיה
הפניות שהופקו ב 22/03/2022:
הפניה לדימות - 78073-ט.מ. CT עמוד שדרה צו
25/04/2022
יופנה למרפאת כאב ופזיורטפיה
ההפניות שהופקו ב 25/04/2022:
הפניה לפזיורטפיה - 80015-פזיורטפיה אבחון וב, הפניה לרפואה יועצת -

היסטוריה רפואית- בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/05/2006	mild	HYPERCHOLESTEROLEMIA
01/01/1991		SMOKER
01/04/2013		ACCIDENT/INJURY; NOS
01/04/2013		knee trauma

היסטוריה רפואית- בעיות בעבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
25/08/2021	01/01/1991		SMOKER HEAVY
25/08/2021	01/01/1991		SMOKER

תרופות קבועות

שם...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופה
ביום	1	טבליות	LIPITOR 20MG TAB 20MG 1	
ביום	1	טבליות	CIPRALEX TAB 10MG 28 10mg 1	

ד"ר זאב אשכול
 אורטופד מומחה
 מר 07722

25770

ד"ר זאב אשכול

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

תאריך: 06/09/2022

הפניה לדימות

פרטי המטופל:

שם משפחה ופרטי: **חזן שרון**
 מס זהות: **00024847832**
 גיל: **52.06** מין: **ז**
 ת.לידה: **01/03/1970**
 ישוב: **אור יהודה**
 טלפון: **54-6120701**
 מס בית: **20**
 טלפון נוסף: **3-5338323**
 טופז

06/10/2021

תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

35011010014

מספר הפניה ישירה:

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

רשיון רופא



5011



035011010014



24847832



105572

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

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

לכבוד: צילום כף יד שמאל

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78016	73140	צילום אצבע יד שמאל	10401006
78105	73120	צילום כף יד שמאל	10401011

המטופל מתלונן על בן 52, עצמאי וצלול, לא ידועה רגישות לתרופות שולל מדללי דם

ברקע:

SMOKER

OSA

S/P WHIPLASH INJURY 10/2021

ביקור ראשון:

בתאריך 6.10.21 תאונת דרכים במנגנון צליפת שוט בה נחבל בעמוד שדרה צווארי וגב תחתון.

מאז החלו כאבים בצוואר והגב התחתון שהתמתנו לאחר פיזיותרפיה אינטנסיבית של חודשיים.

בהמשך כאב עז נירופטי שורף/דוקר זרמי חשמל באצבע 3 כף יד שמאל חלק דיסטלי, הכאב מחמיר לסרוגין, או מחמיר במגע ישיר או שנחבט באצבעו VAS 10 לעיתים כאב סומטי באמה ימנית

יעוצי מומחים:

אורתופד- ארקוקסיה, פיזיותרפיה

הדמיות:

CT עמ"ש צווארי- בלט דיסק C6-C7 פורמינל סטנזיס C5-C6 דו"צ
 EMG לידיים- CTS קל דו צדדי, לכידה אולטרית בנונית משמאל, ללא עדות לרדיקולופטיה

טיפול תרופתי/אחר:

ארקוקסיה, רוקסט-ללא הטבה

ציפרלקס

פיזיותרפיה (פרפין לכף יד)

ד"ר ראובני אלון מנשה

מ. 105572

מומחה מדרגה 3515

מומחה מדרגה לשיכוד כאב 36320

סימנים חיוניים	גובה	188	נמדד ב: 14/05/2019	משקל	103	נמדד ב: 14/05/2019	BMI	29.14
----------------	------	-----	--------------------	------	-----	--------------------	-----	-------

תוצאות בדיקת אלקטרומויגרפיה - E.M.G.

שם נבדק/ת: חזן, שרון, כתובת: אור יהודה, טופז, תאריך בדיקה: 16/12/2021, בדיקה קודמת: לא
ת.ז.: 024847832, טלפון: 054-6120701, גורם מפנה: דן-פתח תקוה, רופא מפנה/מטפל: ד"ר אסא זיו, שם מדפיסה: דגנית טליה.
גיל: 51/9, מין: ?

בדיקת עצבים

SAP (msec)		AMP of SNAP (mV)		F.WAVE (msec)		SPEED (m/sec)		AMP of CMAP (mV)		MOTOR LATENCY (msec)		עצב
שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	
4.5	4.7	26.0	21.0			54.0	57.0	4.2	4.6	3.0	2.7	מדיאנוס Median
3.9	5.3	17.0	37.0							2.5	2.0	אולנאריס Ulnaris
						53.0	55.0	2.8	3.5			מתחת למרפק
						39.0	51.0	2.7	3.6			מעל המרפק

בדיקת שרירים

שורש		שריר		פעולה ספונטנית		גיוס		צורת פוטנציאלים	
				ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל
C5-C6	Deltoid	אין	אין	מלא	מלא	תקין	תקין	תקין	תקין
C5-C6	Brachioradialis	אין	אין	מלא	מלא	תקין	תקין	תקין	תקין
C7	Extensor Digitorum	אין	אין	מלא	מלא	תקין	תקין	תקין	תקין

סיכום: קיימת עדות ל- CTS סנסורית קלה, דו-צדדית.
קיימת עדות ללכידה אולנאריס בינונית משמאל.
הולכות עצביות תקינות.
בבדיקת מחס ללא עדות לרדיקולופטיה שורשית.

נמסרה תשובה לנבדק/ת עם סיום הבדיקה.

בברכה,

ד"ר מוחמד עבד אל חלים
מ.ר. 154342

דו"ח זה מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות. המוסרו שלא כדין עובר עבירה.
יש להעביר תוצאות בדיקה זו בהקדם אל הרופא/ה המפנה.

עמוד 1 מתוך 1

תאריך: 04/09/2022

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל:	
שם משפחה ופרטי:	חזן שרון
מס זהות:	00024847832
גיל:	52.06
ת.לידה:	01/03/1970
מס בית:	20
ישוב:	אור יהודה
טלפון:	54-6120701
רחוב:	טופז
טלפון נוסף:	3-5338323

תאריך תאונה 06/10/2021

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה ישירה: 35758002737

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

מספר רשיון



5758



035758002737



24847832



029858

לכבוד: כיורג

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70018	L9260	בדיקה רפואית - כיורגיה	70018

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 11/10/2021:
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 07/10/2021:
בדרך חזרה הביתה היה מעורב בת.ד. אותו נכנס מאחור. היה חגור.
חבלות בגב תחתון וצוואר.
ביקר בחדר מיון
11/10/2021:
הנפקת חופשת מחלה
04/09/2022:
מלין על כאבים באצבע III בכף יד שמאל.
לחץ על עצב אולנרי

סימנים חיוניים:

גובה 188 14/05/2019 משקל 103 14/05/2019 bmi 29.14
לחץ דם 114 / 74 25/08/2021

דופק 85 14/05/2019 סדיר

NYHA: 1 עודכן ב 11/08/2019

eGFR 106.49 מתאריך 25/07/2021

FEV1/FVC 0.78 27/02/2022 עודכן ב 94 (%)FVC 27/02/2022 עודכן ב 89 (%)FEV1

ממצאים בבדיקה

ממצאים מתאריך 11/10/2021:
ממצאים מתאריך 07/10/2021:
היום מלין על כאבי גב תחתון וצוואר והגבלה בתמועות.
ביקר בחדר מיון
11/10/2021:
04/09/2022:

אבחנה משוערת

קוד	אבחנה	איפיון
A80	ACCIDENT/INJURY; NOS	
9223	CONTUSION BACK AND BUTTOCKS	
9249	CONTUSION	neck
356	NEUROPATHY PERIPHERAL	

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/05/2006	mild	HYPERCHOLESTEROLEMIA
01/01/1991		SMOKER
01/04/2013		ACCIDENT/INJURY; NOS
01/04/2013		knee trauma

בעיות בעבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
25/08/2021	01/01/1991		SMOKER HEAVY
25/08/2021	01/01/1991		SMOKER

תרופות קבועות

שם	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	טבליות	LIPITOR 20MG TAB 20MG 1	
ביום	1	טבליות	CIPRALEX TAB 10MG 28 10mg 1	

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

29858

ד"ר אלה קלימינסקי

שם הרופא	מספר רשיון	חתימה וחוקת 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 בי"ח
 מפורסמת באתר הכללית

תאריך: 04/09/2022

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	חזן שרון	מס זהות:	00024847832	גיל:	52.06	מין:	ז
ת.לידה:	01/03/1970	ישוב:	אור יהודה	רחוב:	טופז			
מס בית:	20	טלפון:	54- 6120701	טלפון נוסף:	3- 5338323			

06/10/2021 תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה ישירה: 35758002736

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

מספר רשיון



5758



035758002736



24847832



029858

לכבוד: **נירולוג**

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70023	L9270	בדיקה רפואית - נירולוגיה	70023

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 11/10/2021
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 07/10/2021
בדרך חזרה הביתה היה מעורב בת.ד. אותו נכנס מאחור. היה חגור.
חבלות בגב תחתון וצוואר.
ביקר בחדר מיון
11/10/2021
הנפקת חופשת מחלה
04/09/2022
מלין על כאבים באצבע III בכף יד שמאל.
לחץ על עצב אולנרי

סימנים חיוניים: גובה 188 14/05/2019 משקל 103 14/05/2019 bmi 29.14

לחץ דם 114 / 74 25/08/2021

דופק 85 14/05/2019 סדיר

NYHA: 1 עודכן ב 11/08/2019

eGFR 106.49 מתאריך 25/07/2021

FEV1 (%) 89 עודכן ב 27/02/2022 FVC (%) 94 עודכן ב 27/02/2022 FEV1/FVC 0.78

ממצאים בבדיקה

ממצאים מתאריך 11/10/2021
ממצאים מתאריך 07/10/2021
היום מלין על כאבי גב תחתון וצוואר והגבלה בתמועות.
ביקר בחדר מיון
11/10/2021
04/09/2022

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS
9223		CONTUSION BACK AND BUTTOCKS
9249	neck	CONTUSION
356		NEUROPATHY PERIPHERAL

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/05/2006	mild	HYPERCHOLESTEROLEMIA
01/01/1991		SMOKER
01/04/2013		ACCIDENT/INJURY; NOS
01/04/2013		knee trauma

בעיות בעבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
25/08/2021	01/01/1991		SMOKER HEAVY
25/08/2021	01/01/1991		SMOKER

תרופות קבועות

..ב	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	טבליות	LIPITOR 20MG TAB 20MG 1	
ביום	1	טבליות	CIPRALEX TAB 10MG 28 10mg 1	

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

שם הרופא	מספר רשיון	חתימה וחותמת הרופא
ד"ר אלה קלימינסקי	29858	

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

תאריך: 04/09/2022

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל:

שם משפחה ופרטי: **חזן שרון** מס זהות: **00024847832** גיל: **52.06** מין: **ז**
 ת.ל.ידה: **01/03/1970** ישוב: **אור יהודה** רחוב: **טופז**
 מס בית: **20** טלפון: **54-6120701** טלפון נוסף: **3-5338323**

06/10/2021

תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה ישירה: 35758002738

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

מספר רשיון



5758



035758002738



24847832



029858

לכבוד: **מרפאת כאב**

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70005	99242	בדיקה רפואית - כאב	70090

הריני מפנה את המטופל הנל להתייעצות בשל

תלונות

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 11/10/2021
 תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 07/10/2021
 בדרך חזרה הביתה היה מעורב בת.ד. אותו נכנס מאחור. היה חגור.
 חבלות בגב תחתון וצוואר.
 ביקר בחדר מיון
 11/10/2021
 הנפקת חופשת מחלה
 04/09/2022
 מלין על כאבים באצבע III בכף יד שמאל.
 לחץ על עצב אולנרי

סימנים חיוניים: גובה 188 14/05/2019 משקל 103 14/05/2019 bmi 29.14

לחץ דם 74 / 114 25/08/2021

דופק 85 14/05/2019 סדיר

NYHA: 1 עודכן ב 11/08/2019

eGFR 106.49 מתאריך 25/07/2021

FEV1 (%) 89 עודכן ב 27/02/2022 FVC (%) 94 עודכן ב 27/02/2022 FEV1/FVC 0.78

ממצאים בבדיקה

ממצאים מתאריך 11/10/2021
 ממצאים מתאריך 07/10/2021
 היום מלין על כאבי גב תחתון וצוואר והגבלה בתמועות.
 ביקר בחדר מיון
 11/10/2021
 04/09/2022

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS
9223		CONTUSION BACK AND BUTTOCKS
9249	neck	CONTUSION
356		NEUROPATHY PERIPHERAL

בעיות פעילות

מגילוי	איפיון	בעיה
01/05/2006	mild	HYPERCHOLESTEROLEMIA
01/01/1991		SMOKER
01/04/2013		ACCIDENT/INJURY; NOS
01/04/2013		knee trauma

בעיות בעבר

מסיום	מגילוי	איפיון	בעיה
25/08/2021	01/01/1991		SMOKER HEAVY
25/08/2021	01/01/1991		SMOKER

תרופות קבועות

שם	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	טבליות	LIPITOR 20MG TAB 20MG 1	
ביום	1	טבליות	CIPRALEX TAB 10MG 28 10mg 1	

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

29858

ד"ר אלה קלימינסקי

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

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

ממצאים עיקריים
ללא רגישות על פני חוליות עמוד שדרה צווארי, הגבלה ברוטציה, ללא כאב בלחץ על עצב אולנרי בתעלה קוביטלית.
במישור חלק דיסטלי אצבע 3 יד שמאל כאבים נירופטים עזים ביותר והיפראלגזיה

אבחנה משוערת

קוד	אבחנה	איפיון
L11	WRIST SYMPTOMS/COMPLAINTS	
356	NEUROPATHY PERIPHERAL	LEFT WRIST 3 FI

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/05/2006	mild	HYPERCHOLESTEROLEMIA
01/01/1991		SMOKER
01/04/2013		ACCIDENT/INJURY; NOS
01/04/2013		knee trauma

תולדות עבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
25/08/2021	01/01/1991		SMOKER HEAVY
25/08/2021	01/01/1991		SMOKER

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה

105572

ד"ר אלון מנשה ראובני

חתימה וחוקת הרופא

מספר רשיון

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 בי"ח מפורסמת באתר הכללית

ד"ר ראובני אלון מנשה
מ.ג. 105572
מוקדחה בהרשמה 3515
מומחה בנפואה לשיכור כאב 36320

תאריך: 06/09/2022

הפניה לדימות

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	חזן שרון	מס זהות:	00024847832	גיל:	52.06	מין:	ז
ת.לידה:	01/03/1970	ישוב:	אור יהודה	טופז	רחוב:	טלפון נוסף:	3-5338323	
מס בית:	20	טלפון:	54-6120701					

תאריך תאונה 06/10/2021

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה ישירה: 35011010015

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

רשיון רופא



5011



035011010015



24847832



105572

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.
נשים בלבד!

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

לכבוד: אולטרסאונד כף יד שמאל (אצבע 3 חלק דיסטלי)

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78003	US .o.s L1028	כף יד שמאל	10405022

המטופל מתלונן על בן 52, עצמאי וצלול, לא ידועה רגישות לתרופות שולל מדללי דם

ברקע:

SMOKER

OSA

S/P WHIPLASH INJURY 10/2021

ביקור ראשון:

בתאריך 6.10.21 תאונת דרכים במנגנון צליפת שוט בה נחבל בעמוד שדרה

צווארי וגב תחתון,

מאז החלו כאבים בצוואר והגב התחתון שהתמתנו לאחר פיזיותרפיה

אינטנסיבית של חודשיים.

בהמשך כאב עז נירופטי שורף/דוקר זרמי חשמל באצבע 3 כף יד שמאל חלק

דיסטלי, הכאב מחמיר לסרוגין, או מחמיר במגע ישיר או שנחבט באצבעו VAS 10

לעיתים כאב סומטי באמה ימנית

יעוצי מומחים:

אורתופד- ארקוקסיה, פיזיותרפיה

הדמיות:

CT עמ"ש צווארי- בלט דיסק C6-C7 פורמינל סטנזיס C5-C6 דו"צ

EMG לידיים- CTS קל דו צדדי, לכידה אולטרית בנונית משמאל, ללא עדות

לרדיקולופטיה

טיפול תרופתי/אחר:

ארקוקסיה, רוקסט-ללא הטבה

ציפרלקס

פיזיותרפיה (פרפין לכף יד)

ד"ר ראובני אלון מנשה
מ.ר. 105572
מומחה ברמת 3515
מומחה ברפואת לשיכוד כאב 36320

סימנים חיוניים	גובה	188	נמדד ב: 14/05/2019	משקל	103	נמדד ב: 14/05/2019	BMI	29.14
לחץ דם	114 / 74	נמדד ב: 25/08/2021						

דופק 85 נמדד ב: 14/05/2019 סדיר
 NYHA: 1 עודכן ב: 11/08/2019
 FEV1 (%) 89 עודכן ב: 27/02/2022
 FEV1/FVC 0.78
 eGFR 106.49 מתאריך: 25/07/2021
 FVC (%) 94 עודכן ב: 27/02/2022

ממצאים עיקריים
 ללא רגישות על פני חוליות עמוד שדרה צווארי, הגבלה ברוטציה, ללא כאב בלחץ על עצב אולנרי בתעלה קוביטלית.
 במישוש חלק דיסטלי אצבע 3 יד שמאל כאבים נירופטים עזים ביותר והיפראלגזיה

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
L11		WRIST SYMPTOMS/COMPLAINTS
356	LEFT WRIST 3 FI	NEUROPATHY PERIPHERAL

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/05/2006	mild	HYPERCHOLESTEROLEMIA
01/01/1991		SMOKER
01/04/2013		ACCIDENT/INJURY; NOS
01/04/2013		knee trauma

תולדות עבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
25/08/2021	01/01/1991		SMOKER HEAVY
25/08/2021	01/01/1991		SMOKER

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה

ד"ר אלון מנשה ראובני 105572

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

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

ד"ר ראובני אלון מנשה
 מ.ר. 105572
 מומחה בהרדמה 3515
 מומחה ברפואה לשיכור סוג 36320

תאריך: 06/09/2022

סיכום יעוץ

פרטי המטופל:	
שם משפחה ופרטי:	חזן שרון
מס זהות:	00024847832
גיל:	52.06 מין: ז
ת.לידה:	01/03/1970
מס בית:	20
טלפון:	54-6120701
טלפון נוסף:	3-5338323
רחוב:	טופז

תאריך תאונה 06/10/2021

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

לכבוד: ד"ר קלימינסקי א

תלונות: בן 52, עצמאי וצלול, לא ידועה רגישות לתרופות שולל מדללי דם

ברקע:

SMOKER

OSA

S/P WHIPLASH INJURY 10/2021

ביקור ראשון:

בתאריך 6.10.21 תאונת דרכים במנגנון עליפת שוט בה נחבל בעמוד שדרה

צווארי וגב תחתון,

מאז החלו כאבים בצוואר והגב התחתון שהתמתנו לאחר פיזיותרפיה

אינטנסיבית של חודשיים.

בהמשך כאב עז נירופטי שורף/דוקר זרמי חשמל באצבע 3 כף יד שמאל חלק

דיסטלי, הכאב מחמיר לסרוגין, או מחמיר במגע ישיר או שנחבט באצבעו VAS 10

לעיתים כאב סומטי באמה ימנית

יעוצי מומחים:

אורתופד- ארקוקסיה, פיזיותרפיה

הדמיות:

CT עמ"ש צווארי- בלט דיסק C6-C7 פורמינל סטנודיס C5-C6 דו"צ

EMG לידיים- CTS קל דו צדדי, לכידה אולנרית בנונית משמאל, ללא עדות

לרדיקולופטיה

טיפול תרופתי/אחר:

ארקוקסיה, רוקסט-ללא הטבה

ציפרלקס

פיזיותרפיה (פרפין לכף יד)

ממצאים: ללא רגישות על פני חוליות עמוד שדרה צווארי, הגבלה ברוטציה, ללא כאב בלחץ

על עצב אולנרי בתעלה קוביטלית.

במישור חלק דיסטלי אצבע 3 יד שמאל כאבים נירופטים עזים ביותר

והיפראלגזיה

אבחנות

מועד גילוי	אפיין	אבחנה
		WRIST SYMPTOMS/COMPLAINTS
		NEUROPATHY PERIPHERAL
	LEFT WRIST 3 FI	

תוכנית אבחנתית

הפניות	פרטי ההפניה	קוד	סטטוס
הפניה לדימות	78016-צילום אצבע יד שמאל	H3	הודפס
הפניה לדימות	78003-א.א. US כף יד שמאל	H3	הודפס

תרופות בביקור

P	M	עד	ח	ק	נ	OP	סה"כ	משך D	פ	יחידה	הגשה	מנה	תרופה
1	PD		0	ר	N	אריזה	1	30	D	3 להשתמש	GEL		NERVO3 GEL 50 GR CF
1	PD		0	ר	N	יחידה	60	30	D	2 כמוסות	CAP	1	LYRICA 75MG (56) <>> CAP 75MG

ת. אישור	טיפול מחזורי	עין	תרופה
03/09/2032			LYRICA 75MG (56) <>< CAP 75MG

סיכום והמלצות: 1: צילום כף יד שמאל
2: אולטרסאונד כף יד שמאל (אצבע 3 חלק דיסטלי)
NERVO GEL 1*1-3/D:3
T.LYRICA 75 MG1/D:4 לילה ניתן לעלות מינון ל75 מ"ג*2 ליממה
5: יעוץ מומחה כף יד
6: גנירולוג

בברכה,

ד"ר אלון מנשה ראובני	105572	חתימה וחותמת הרופא
שם הרופא	מספר רשיון	

ד"ר ראובני אלון מנשה
מס' 105572
מומחה בהרדמה 3515
מומחה ברפואה לשיכך כאב 36320

תאריך: 14/10/2022

הפניה כללית - נוסח חופשי

פרטי המטופל:		שם משפחה ופרטי:	
מס זהות:	00024847832	חזן שרון	
גיל:	52.07	ת.לידה:	01/03/1970
מין:	ז	מס בית:	20
טופז		ישו:	אור יהודה
טלפון נוסף:	3- 5338323	טלפון:	54- 6120701

גורם שולח



5758

מספר הפניה



035758003834

תז נבדק



24847832

מספר רשיון



029858

לכבוד: מוקד רפואי
כאבי גב לדריקת וולטרן

אבחנה משוערת

קוד	7242	אפיון	אבחנה
			LOW BACK PAIN

תלונות: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 13/10/2022

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 06/10/2022

כאבי גב עם הקרנה לימין.

כאבים מזה 4 ימים.

בנוסף נפוחות קלה בעפעף תחתון - עקיצה? אלרגיה. אי נוחות בעין שמאל

13/10/2022

ללא שיפור לאחר נטילת ARCOXIA.

מבקש זריקת וולטרן

14/10/2022

ללא שיפור לאחר זריקת וולטרן

סימנים חיוניים	גובה	188	14/05/2019	משקל	103	14/05/2019	bmi	29.14
----------------	------	-----	------------	------	-----	------------	-----	-------

לחץ דם 114 / 74 25/08/2021

דופק 85 14/05/2019 סדיר

NYHA: 1 עודכן ב 11/08/2019

eGFR 106.49 מתאריך 25/07/2021

FEV1 (%) 89 עודכן ב 27/02/2022 FVC (%) 94 עודכן ב 27/02/2022 FEV1/FVC 0.78

ממצאים בבדיקה: ממצאים מתאריך 13/10/2022

ממצאים מתאריך 06/10/2022

הגבלה בתנועות.

13/10/2022

14/10/2022

היסטוריה רפואית- בעיות פעילות

מ.גילוי	01/05/2006	איפיון	בעיה
			HYPERCHOLESTEROLEMIA
	01/01/1991		SMOKER
	01/04/2013		ACCIDENT/INJURY; NOS
	01/04/2013		knee trauma

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
25/08/2021	01/01/1991		SMOKER HEAVY
25/08/2021	01/01/1991		SMOKER

תרופות קבועות

תרופה	כמות	א. הגשה	פעמים	ב...
LIPITOR 20MG TAB 20MG 1		1 טבליות		ביום
CIPRALEX TAB 10MG 28 10mg 1		1 טבליות		ביום

29858

ד"ר אלה קלימינסקי

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

משמרת: 1-רגילה

קוד: 013163

מטפל: מוסא פריד מנסור

שקלול ביקור: 3 ביקור מורכב

תרגום נתוני צלמית: כאב ב- כתף וצוואר צד ימין-אחורי
 כאב ב- כתף וצוואר צד שמאל- אחורי
 כאב ב- כתף וצוואר צד ימין-אחורי
 כאב ב- מרכז הגו
 כאב ב- זרוע ימין-אחורי
 כאב ב- אמה ימין-אחורי

פולים שבוצעו:

הערה	קוד	טיפול
	80070	תרגול כללי
	80102	טיפול עם מכשיר זרמים
	80072	מוביליזציות ותרגילים פסיביים
	80305	טיפול ברקמה רכה
	80100	הערכה מחדש- בדיקה

הערות: 15/01/2023 מדווח על הקלה בכאב בצוואר
 כיום כאב של VAS 5/10 בזמן מאמץ
 טווחים אקטיבי : צוואר וכתפיים בגדר נורמה לכל כיוונים

01/01/2023

התקבל לאבחון

קבל הדרכה לתרגול עצמי, יחזור להערכה נוספת בעד שבוע

מטרות הטיפול:

תאריך	השגת המטרה	מטרות הטיפול
01/01/2023		להיות מסוגל לרים משא מעל 5ק"ג עם פחות כאב
01/01/2023		להיות מסוגל לעמוד מעל רבע שעה

פרטי-העידכון

ת.עידכון: 22/01/2023 שם מעדכן הגיליון: מוסא פריד מנסור

שם מכון: מכון פיזיותרפיה קנאור

לשימוש פנימי

ביקור ללא כרטיס

18:00:52 05/02/2023

רישום ביקורים

!

מס' הפניה: 230497302

אבחנה לטיפול:

צד	קוד אבחנה	אבחנה
דו צדדי	7231	PAIN NECK CERVICALGIA

תאריך ביקור: 05/02/2023

ת.תאונה: 06/10/2021

סוג ביקור: 2 תאונת עבודה

מהות הביקור: רגיל

מס' ביקורים: 5

מס ביקור: 230403002

תחום טיפול: אורטופדיה

משמרת: 1-רגילה

קוד: 013163

מטפל: מוסא פריד מנסור

שקלול ביקור: 3 ביקור מורכב

תרגום נתוני צלמית: כאב ב- כתף וצוואר צד ימין-אחורי
 כאב ב- כתף וצוואר צד שמאל- אחורי
 כאב ב- כתף וצוואר צד ימין-אחורי
 כאב ב- מרכז הגו
 כאב ב- זרוע ימין-אחורי
 כאב ב- אמה ימין-אחורי

פולים שבוצעו:

הערה	קוד	טיפול
	80070	תרגול כללי
	80102	טיפול עם מכשיר זרמים
	80072	מוביליזציות ותרגילים פסיביים
	80305	טיפול ברקמה רכה

הערות: 15/01/2023 מדווח על הקלה בכאב בצוואר

כיום כאב של VAS 5/10 בזמן מאמץ

טווחים אקטיבי: צוואר וכתפיים בגדר נורמה לכל כיוונים

01/01/2023

התקבל לאבחון

קבל הדרכה לתרגול עצמי, יחזור להערכה נוספת בעד שבוע

מטרות הטיפול:

תאריך	השגת המטרה	מטרות הטיפול
01/01/2023		להיות מסוגל לריים משא מעל 5ק"ג עם פחות כאב
01/01/2023		להיות מסוגל לעמוד מעל רבע שעה

ת.עידכון: 05/02/2023 שם מעדכן הגיליון: מוסא פריד מנסור

שם מכון: מכון פיזיותרפיה קנאור

לשימוש פנימי

ביקור ללא כרטיס

18:01:50 05/02/2023

רישום ביקורים

מס' הפניה: 220497167 !

אבחנה לטיפול:

אבחנה	קוד אבחנה	צד
HAND_FINGER SYMPT./COMPLAINTS	L12	שמאל

תאריך ביקור: 05/02/2023

סוג ביקור: 2 תאונת עבודה ת.תאונה: 06/10/2021

מהות הביקור: רגיל

מס' ביקורים: 6

מס ביקור: 230403003

תחום טיפול: אורטופדיה

משמרת: 1-רגילה

מטפל: מוסא פריד מנסור קוד: 013163

שקלול ביקור: 3 ביקור מורכב

תרגום נתוני צלמית: כאב ב- כף יד שמאל-חזית
 כאב ב- כף יד שמאל-חזית
 כאב ב- כף יד שמאל-חזית

פולים שבוצעו:

הערה	קוד	טיפול
	80070	תרגול כללי
	80077	טיפול בפרפין
	80096	טיפול בשיקום תפקודי

הערות: 01/01/2023 מדווח על הקלה לאחר טיפול קודם

מטרות הטיפול:

תאריך	השגת המטרה	מטרות הטיפול
18/12/2022		להיות מסוגל לרים דברים מעל 3ק"ג
18/12/2022		להיות מסוגלת לפתוח בקבוק או צנצנת ללא כאב

פרטי העידכון

ת.עידכון: 05/02/2023 שם מעדכן הגיליון: מוסא פריד מנסור

שם מכון: מכון פיזיותרפיה קנאור

לשימוש פנימי

ביקור ללא כרטיס

18:10:01 12/02/2023

רישום ביקורים

מס' הפניה: 220497167 !

אבחנה לטיפול:

אבחנה	קוד אבחנה	צד
HAND_FINGER SYMPT./COMPLAINTS	L12	שמאל

תאריך ביקור: 12/02/2023

סוג ביקור: 2 תאונת עבודה ת.תאונה: 06/10/2021

מהות הביקור: רגיל

מס' ביקורים: 7

מס ביקור: 230403292

תחום טיפול: אורטופדיה

משמרת: 1-רגילה

מטפל: מוסא פריד מנסור קוד: 013163

שקלול ביקור: 3 ביקור מורכב

תרגום נתוני צלמית: כאב ב- כף יד שמאל-חזית
 כאב ב- כף יד שמאל-חזית
 כאב ב- כף יד שמאל-חזית

פולים שבוצעו:

הערה	קוד	טיפול
	80070	תרגול כללי
	80077	טיפול גרפיקין
	80096	טיפול בשיקום תפקודי
	80309	הדרכה לתרגול רבית

הערות: 01/01/2023 מדווח על הקלה לאחר טיפול קודם

מטרות הטיפול:

מטרות הטיפול	השגת המטרה	תאריך
להיות מסוגל לרים דברים מעל 3"ק"ג		18/12/2022
להיות מסוגלת לפתוח בקבוק או צננת ללא כאב		18/12/2022

פרטי העידכון

ת.עידכון: 12/02/2023 שם מעדכן הגיליון: מוסא פריד מנסור

שם מכון: מכון פיזיותרפיה קנאור

לשימוש פנימי

ביקור ללא כרטיס

18:10:53 12/02/2023

רישום ביקורים

מס' הפניה: 230497302 !

אבחנה לטיפול:

צד	קוד אבחנה	אבחנה
צד ימני	7231	PAIN NECK CERVICALGIA

תאריך ביקור: 12/02/2023

סוג ביקור: 2 תאונת עבודה ת.תאונה: 06/10/2021

מהות הביקור: רגיל

מס' ביקורים: 6

מס ביקור: 230403293

תחום טיפול: אורטופדיה

משמרת: 1-רגילה

מטפל: מוסא פריד מנסור קוד: 013163

שקלול ביקור: 3 ביקור מורכב

תרגום נתוני צלמית: כאב ב- כתף וצוואר צד ימין-אחורי
 כאב ב- כתף וצוואר צד שמאל- אחורי
 כאב ב- כתף וצוואר צד ימין-אחורי
 כאב ב- מרכז הגו
 כאב ב- זרוע ימין-אחורי
 כאב ב- אמה ימין-אחורי

פולים שבוצעו:

הערה	קוד	טיפול
	80070	תרגול כללי
	80102	טיפול עם מכשיר זרמים
	80072	מוביליזציות וותרגילים פסיביים
	80305	טיפול ברקמה רכה
	80309	הדרכה לתרגול בבית

הערות: 12/02/2023 האבה חלקית
נקבע תור לסיום והערכה

15/01/2023 מדווח על הקלה בכאב בצוואר
כיום כאב של VAS 5/10 בזמן מאמץ
טווחים אקטיבי: צוואר וכתפיים בגדר נורמה לכל כיוונים

01/01/2023
התקבל לאבחון
קבל הדרכה לתרגול עצמי, יחזור להערכה נוספת בעד שבוע

מטרות הטיפול:

תאריך	השגת המטרה	מטרות הטיפול
01/01/2023		להיות מסוגל לרים משא מעל 5ק"ג עם פחות כאב
01/01/2023		להיות מסוגל לעמוד מעל רבע שעה

פרטי העידכון

ת.עידכון: 12/02/2023 שם מעדכן הגיליון: מוסא פריד מנסור

שם מכון: מכון פיזיותרפיה קנאור

לשימוש פנימי

ביקור ללא כרטיס

18:10:52 19/02/2023

רישום ביקורים

!

מס' הפניה: 230497302

אבחנה לטיפול:

אבחנה	קוד אבחנה	צד
PAIN NECK CERVICALGIA	7231	דו צדדי

תאריך ביקור: 19/02/2023

ת.תאונה: 06/10/2021

סוג ביקור: 2 תאונת עבודה

מהות הביקור: רגיל

מס' ביקורים: 7

מס ביקור: 230403645

תחום טיפול: אורטופדיה

משמרת: 1-רגילה

מטפל: מוסא פריד מנסור

קוד: 013163

שקלול ביקור: 3 ביקור מורכב

תרגום נתוני צלמית: כאב ב- כתף וצוואר צד ימין-אחורי
 כאב ב- כתף וצוואר צד שמאל- אחורי
 כאב ב- כתף וצוואר צד ימין-אחורי
 כאב ב- מרכז הגו
 כאב ב- זרוע ימין-אחורי
 כאב ב- אמה ימין-אחורי

פולים שבוצעו:

הערה	קוד	טיפול
	80100	הערכה מחדש- בדיקה
	80070	תרגול כללי
	80102	טיפול עם מכשיר זרמים
	80072	מוביליזציות ותרגילים פסיביים
	80305	טיפול ברקמה רכה
	80309	הדרכה לתרגול בבית

הערות: 12/02/2023 האבה חלקית
 נקבע תור לסיום והערכה

15/01/2023 מדווח על הקלה בכאב בצוואר
 כיום כאב של VAS 5/10 בזמן מאמץ
 טווחים אקטיבי : צוואר וכתפיים בגדר נורמה לכל כיוונים

01/01/2023
 התקבל לאבחון
 קבל הדרכה לתרגול עצמי , יחזור להערכה נוספת בעד שבוע

הערכת מטפל: 2-שיפור חלקי

מטרות הטיפול:

תאריך	השגת המטרה	מטרות הטיפול
01/01/2023		להיות מסוגל לרים משא מעל 5ק"ג עם פחות כאב
01/01/2023		להיות מסוגל לעמוד מעל רבע שעה

סיבת הפסקת טיפול: 02-סיום עקב פלטו במצב

סגירת סידרה: כן

פרטי העידכון

ת.עידכון: 19/02/2023 שם מעדכן הגיליון: מוסא פריד מנסור

שם מכון: מכון פיזיותרפיה קנאור

לשימוש פנימי

ביקור ללא כרטיס

18:11:07 19/02/2023

רישום ביקורים

!

מס' הפניה: 220497167

אבחנה לטיפול:

אבחנה	קוד אבחנה	צד
HAND_FINGER SYMPT./COMPLAINTS	L12	שמאל

תאריך ביקור: 19/02/2023

סוג ביקור: 2 תאונת עבודה ת.תאונה: 06/10/2021

מהות הביקור: רגיל

מס' ביקורים: 8

מס ביקור: 230403646

תחום טיפול: אורטופדיה

משמרת: 1-רגילה

מטפל: מוסא פריד מנסור קוד: 013163

שקלול ביקור: 3 ביקור מורכב

תרגום נתוני צלמית: כאב ב- כף יד שמאל-חזית
 כאב ב- כף יד שמאל-חזית
 כאב ב- כף יד שמאל-חזית

פולים שבוצעו:

הערה	קוד	טיפול
	80070	תרגול כללי
	80077	טיפול בפרפון
	80096	טיפול בשיקום תפקודי
	80309	הדרכה לתרגול בבית

הערות: 01/01/2023 מדווח על הקלה לאחר טיפול קודם

הערכת מטפל: 2-שיפור חלקי

מטרות הטיפול:

תאריך	השגת המטרה	מטרות הטיפול
18/12/2022		להיות מסוגל לרים דברים מעל 3 ק"ג
18/12/2022		להיות מסוגל לפתוח בקבוק או צנצנת ללא כאב

סיבת הפסקת טיפול: 02-סיום עקב פלטו במצב

סגירת סידרה: כן

פרטי-העידכון

ת.עידכון: 19/02/2023 שם מעדכן הגיליון: מוסא פריד מנסור

שם מכון: מכון פיזיותרפיה קנאור

לשימוש פנימי

ביקור ללא כרטיס

18:36:08 14/11/2021

שאלון תפקודי-גב תחתון (OSWESTRY)

שאלון תפקודי גב תחתון - Modified Oswestry

!

מס' הפניה: 210492769

תאריך ביצוע: 14/11/2021

משמרת: 1-רגילה

תחום טיפול: אורטופדיה

עוצמת כאב:

הכאב הוא קשה אך אני מסתדר/ת מבלי לצרוך משככי כאבים

טיפול אישי (רחצה/לבוש):

אני מסוגל/ת לדאוג לעצמי באופן רגיל מבלי לגרום להחרפה בכאבים

הרמה:

אני מסוגל/ת להרים משאות כבדים; אך זה גורם להחרפה בכאבים

הליכה:

הכאב מונע ממני ללכת יותר מ- 1.6 ק"מ

ישיבה:

הכאב מונע ממני לשבת יותר מ- 10 דקות

עמידה:

הכאב מונע ממני לעמוד יותר משעה

שינה:

אני יכול/ה לישון היטב רק בעקבות שימוש במשככי כאבים

חיי חברה:

הכאב מונע ממני להשתתף בפעילויות אנרגטיות יותר (כמו ספורט וריקוד)

נסיעה:

אני יכול/ה לנסוע לכל מקום; אך הדבר גורם להחרפה בכאבי

תעסוקה/ משק בית:

אני מסוגלת/ל לבצע את רוב חובות משק ביתי / עבודתי; אך כאב מונע ממני לבצע פעילויות פיזיות קשות יותר (כמו הרמה; שאיבת אבק)

רמת המוגבלות: 30 %

פרטי העידכון

ת.עידכון: 14/11/2021 שם מעדכן הגיליון: מוסא פריד מנסור

שם מכון: מכון פיזיותרפיה קנאור

18:45:02 08/12/2021

שאלון תפקודי-גב תחתון (OSWESTRY)

שאלון תפקודי גב תחתון - Modified Oswestry

!

מס' הפניה: 210492769

תאריך ביצוע: 08/12/2021

משמרת: 1-רגילה

תחום טיפול: אורטופדיה

עוצמת כאב:

משככי כאבים מספקים לי הקלה מלאה מכאב

טיפול אישי (רחצה/לבוש):

אני מסוגלת/ל לדאוג לעצמי באופן רגיל; אך הדבר מגביר את כאבי

הרמה:

אני מסוגלת/ל להרים משאות כבדים; אך זה גורם החרפה בכאבים

הליכה:

הכאב מונע ממני ללכת יותר מ- 1.6 ק"מ

ישיבה:

אני יכולה/ל לשבת רק על הכסא המועדף עליי ככל שארצה

עמידה:

אני מסוגלת/ל לעמוד ככל שארצה; אך הדבר מגביר את כאבי

שינה:

גם כאשר אני נוטלת/ל תרופות; אני ישן/ה פחות מ- 6 שעות

חיי חברה:

חיי החברה שלי רגילים; אך הם מגבירים את רמת הכאב

נסיעה:

אני יכולה/ל לנסוע לכל מקום; אך הדבר גורם להחרפה בכאבי

תעסוקה/ משק בית:

פעילויות רגילות של משק הבית / עבודה; מגבירות את כאבי; אך אני עדיין מסוגלת/ל לבצע את כל שנדרש ממני

רמת המוגבלות: 24 %

פרטי העידכון

ת.עידכון: 08/12/2021 שם מעדכן הגיליון: מוסא פריד מנסור

שם מכון: מכון פיזיותרפיה קנאור

18:06:12 22/01/2023

שאלון תפקוד צווארי (NDI)

שאלון תפקוד צווארי (NDI)

!

מס' הפניה: 230497302

תאריך ביצוע: 22/01/2023

משמרת: 1-רגילה

תחום טיפול: אורטופדיה

עוצמת הכאב:

הכאב בעצמה בינונית כרגע

טיפול אישי (רחצה, לבוש):

אני מסוגל לדאוג לעצמי כרגיל אך הדבר גורם להחמרה בכאבי

הרמה:

אני מסוגל להרים משאות כבדים אך זה מחמיר את הכאב

קריאה:

אני יכול לקרוא כמה שארצה עם כאב קל בצווארי

כאב ראש:

אין לי כאבי ראש בכלל

ריכוז:

כשאני רוצה אני מסוגל להתרכז באופן מלא ללא קושי

עבודה:

אני יכול לבצע רק את עבודתי השגרתית אך לא מעבר לכך

נהיגה:

אני יכול לנהוג ברכבי כמה שארצה עם כאב קל בצווארי

שינה:

שנתי מופרעת במעט (פחות משעה ללא שינה)

שעות הפנאי:

אני מסוגל לעסוק בכל פעולות הפנאי שלי; עם מעט כאבים בצווארי

ציון: 18

פרטי העידכון

ת.עדכון: 22/01/2023 שם מעדכן הגיליון: מוסא פריד מנסור

שם מכון: מכון פיזיותרפיה קנאור

שאלון תפקוד צווארי (NDI)

!

מס' הפניה: 230497302

תאריך ביצוע: 19/02/2023

משמרת: 1-רגילה

תחום טיפול: אורטופדיה

עוצמת הכאב:

הכאב בעצמה בינונית כרגע

טיפול אישי (רחצה, לבוש):

אני מסוגל לדאוג לעצמי כרגיל מבלי להחמיר את הכאבים

הרמה:

אני מסוגל להרים משאות כבדים מבלי להחמיר את הכאב

קריאה:

אני יכול לקרוא כמה שארצה ללא כאב בצווארי

כאב ראש:

אין לי כאבי ראש בכלל

ריכוז:

כשאני רוצה אני מסוגל להתרכז באופן מלא ללא קושי

עבודה:

אני יכול לעבוד ככל שאני רוצה

נהיגה:

אני יכול לנהוג ברכבי כמה שארצה עם כאב קל בצווארי

שינה:

שנתי מופרעת במעט (פחות משעה ללא שינה)

שעות הפנאי:

אני מסוגל לעסוק בכל פעולות הפנאי שלי; עם מעט כאבים בצווארי

ציון: 10

פרטי-העידכון

ת.עדכון: 19/02/2023 שם מעדכן הגיליון: מוסא פריד מנסור

שם מכון: מכון פיזיותרפיה קנאור

18:40:39 15/12/2021

שאלון תפקודי - גף עליון (QUICK DASH)

שאלון תפקודי - גף עליון - Quick DASH

!

מס' הפניה: 210493557

תאריך ביצוע: 15/12/2021

משמרת: 1-רגילה

תחום טיפול: אורטופדיה

אנא דרג/י את יכולתך לבצע את הפעילויות הבאות בשבוע האחרון

פתיחת צנצנת חדשה או עם סגירה מהודקת:

ללא קושי

ביצוע עבודות בית קשות (למשל רחיצת קירות, שטיפת רצפות):

ללא קושי

נשיאת שקית קניות או תיק מזוודה (תיק ג'יימס בונד):

ללא קושי

רחיצת גבך:

ללא קושי

שימוש בסכין לחיתוך אוכל:

ללא קושי

פעילויות פנאי בהן את/ה סופג/ת כח כלשהו דרך זרועך, כתפך או ירך
(למשל מטקות, טניס, גולף, עבודה עם פטיש וכדומה):

קושי בינוני

במהלך השבוע האחרון עד כמה הפריעה הבעיה בזרועך, בכתפך, או בידך
בפעילויות החברתיות הרגילות עם המשפחה, החברים, השכנים או קבוצות?
כלל לאבמהלך השבוע האחרון האם היית מוגבל/ת בעבודתך או בפעילויות יומיומיות אחרות
כתוצאה מהבעיה בזרועך, בכתפך או בידך?
כלל לא מוגבלאנא דרג/י את חומרת הסימפטומים הבאים בשבוע האחרוןכאב בזרוע, בכתף או ביד:
מעטעיקצוצים (סיכות ומחטים) בזרועך, בכתפך או בידך:
כלל לאבמהלך השבוע האחרון כמה קשה היה לך לישון בגלל הבעיה בזרועך, בכתפך או בידך?
קושי קל

ציון סופי: 9

פרטי-העידכון

ת.עידכון: 15/12/2021 שם מעדכן הגיליון: מוסא פריד מנסור

שם מכון: מכון פיזיותרפיה קנאור

17:59:57 18/12/2022

שאלון תפקודי - גף עליון (QUICK DASH)

שאלון תפקודי גף עליון - Quick DASH

מס' הפניה: 220497167

תאריך ביצוע: 18/12/2022

משמרת: 1-רגילה

תחום טיפול: אורטופדיה

אנא דרג/י את יכולתך לבצע את הפעילויות הבאות בשבוע האחרון

פתיחת צנצנת חדשה או עם סגירה מהודקת:

קושי קל

ביצוע עבודות בית קשות (למשל רחיצת קירות, שטיפת רצפות):

קושי בינוני

נשיאת שקית קניות או תיק מזוודה (תיק ג'יימס בונד):

קושי קל

רחיצת גבך:

קושי חמור

שימוש בסכין לחיתוך אוכל:

קושי בינוני

פעילויות פנאי בהן את/ה סופג/ת כח כלשהו דרך זרועך, כתפך או ירך

(למשל מטקות, טניס, גולף, עבודה עם פטיש וכדומה):

קושי בינוני

במהלך השבוע האחרון עד כמה הפריעה הבעיה בזרועך, בכתפך, או בידך
בפעילויות החברתיות הרגילות עם המשפחה, החברים, השכנים או קבוצות?
במידה בינוניתבמהלך השבוע האחרון האם היית מוגבל/ת בעבודתך או בפעילויות יומיומיות אחרות
כתוצאה מהבעיה בזרועך, בכתפך או בידך?
מוגבל במידה בינוניתאנא דרג/י את חומרת הסימפטומים הבאים בשבוע האחרון

כאב בזרוע, בכתף או ביד:

מעט

עיקצוצים (סיכות ומחטים) בזרועך, בכתפך או בידך:

מעט

במהלך השבוע האחרון כמה קשה היה לך לישון בגלל הבעיה בזרועך, בכתפך או בידך?
קושי קל

ציון סופי: 41

פרטי העידכון

ת.עידכון: 18/12/2022 שם מעדכן הגיליון: מוסא פריד מנסור

שם מכון: מכון פיזיותרפיה קנאור

18:04:39 22/01/2023

שאלון תפקודי - גף עליון (QUICK DASH)

שאלון תפקודי גף עליון - Quick DASH

!

מס' הפניה: 220497167

תאריך ביצוע: 22/01/2023

משמרת: 1-רגילה

תחום טיפול: אורטופדיה

אנא דרג/י את יכולתך לבצע את הפעילויות הבאות בשבוע האחרון

פתיחת צנצנת חדשה או עם סגירה מהודקת:

קושי קל

ביצוע עבודות בית קשות (למשל רחיצת קירות, שטיפת רצפות):

ללא קושי

נשיאת שקית קניות או תיק מזוודה (תיק ג'יימס בונד):

ללא קושי

רחיצת גבך:

קושי קל

שימוש בסכין לחיתוך אוכל:

קושי קל

פעילויות פנאי בהן את/ה סופג/ת כח כלשהו דרך זרועך, כתפך או ידך

(למשל מטקות, טניס, גולף, עבודה עם פטיש וכדומה):

קושי קל

במהלך השבוע האחרון עד כמה הפריעה הבעיה בזרועך, בכתפך, או בידך
בפעילויות החברתיות הרגילות עם המשפחה, החברים, השכנים או קבוצות?
במידה מעטה

במהלך השבוע האחרון האם היית מוגבל/ת בעבודתך או בפעילויות יומיומיות אחרות
כתוצאה מהבעיה בזרועך, בכתפך או בידך?

כלל לא מוגבל

אנא דרג/י את חומרת הסימפטומים הבאים בשבוע האחרוןכאב בזרוע, בכתף או ביד:
כלל לאעיקצוצים (סיכות ומחטים) בזרועך, בכתפך או בידך:
מעטבמהלך השבוע האחרון כמה קשה היה לך לישון בגלל הבעיה בזרועך, בכתפך או בידך?
קושי קל

ציון סופי: 16

פרטי העידכון

ת.עידכון: 22/01/2023 שם מעדכן הגיליון: מוסא פריד מנסור

שם מכון: מכון פיזיותרפיה קנאור

16:58:58 10/10/2021

בדיקות אובייקטיביות

מס' הפניה: 210492769

תאריך ביצוע: 10/10/2021

משמרת: 1-רגילה

תחום טיפול: אורטופדיה

פרוט: רגישות למישוש PV CX RT
ROM עמש"צ כאב בתנועות ROT RT, SF LT**פרטי העידכון**

ת.עידכון: 10/10/2021 שם מעדכן הגיליון: אזוגי רונן

שם מכון: מכון פיזיותרפיה קנאור

18:38:33 15/12/2021

בדיקות אובייקטיביות

מס' הפניה: 210493557

תאריך ביצוע: 15/12/2021

משמרת: 1-רגילה

תחום טיפול: אורטופדיה

תרגום נתוני צלמית: כאב ב- כף יד שמאל-חזית
כאב ב- כף יד שמאל-אחורי

פרוט: לאל ניפחות או ממצא פתלוגי באצבעות
תנועת כיפוף אצבעות מלאה
קפנג'י 5
תנועות מרפק תקינות
כח גס: "-* שמור 5/5 בסגירת אגרוף
תחושה: תקינה

פרטי העידכון

ת.עידכון: 15/12/2021 שם מעדכן הגיליון: מוסא פריד מנסור
שם מכון: מכון פיזיותרפיה קנאור

17:04:20 08/08/2022

בדיקות אובייקטיביות

מס' הפניה: 220496057

אבחנה לטיפול:

אבחנה	קוד אבחנה	צד
HAND_FINGER SYMPT./COMPLAINTS	1.12	יד צדדי

תאריך ביצוע: 08/08/2022

משמרת: 1-רגילה

תחום טיפול: אורטופדיה

פרוט: צוואר- טווחים מלאים ללא כאב ללא הקרנה למרפק או האצבע.
אצבע 3 יד ימין- כאב חזק בלחיצה בקצה.
מרפק ימין - רגישות במגע.
כאב בEX, F טווחים מלאים

פרטי העידכון

ת.עידכון: 08/08/2022 שם מעדכן הגיליון: ענבר כרוב
שם מכון: מכון פיזיותרפיה קנאור

17:55:23 18/12/2022

בדיקות אובייקטיביות

מס' הפניה: 220497167

תאריך ביצוע: 18/12/2022

משמרת: 1-רגילה

תחום טיפול: אורטופדיה

תרגום נתוני צלמית: כאב ב- כף יד שמאל-חזית
כאב ב- כף יד שמאל-חזית
כאב ב- כף יד שמאל-חזית

פרוט: ללא ניפחות או ממצא
תנועת כיפוף אצבעות מלאה
קפג'י 5
תנועות מרפק תקינות
כח גס :-
יד שמאל +3/5 , ימין + 4/5

פרטי-העידכון

ת.עידכון: 18/12/2022 שם מעדכן הגיליון: מוסא פריד מנסור
שם מכון: מכון פיזיותרפיה קנאור

18:25:32 01/01/2023

בדיקות אובייקטיביות

מס' הפניה: 230497302

תאריך ביצוע: 01/01/2023

משמרת: 1-רגילה

תחום טיפול: אורטופדיה

תרגום נתוני צלמית: כאב ב- כתף וצוואר צד ימין-אחורי
כאב ב- כתף וצוואר צד שמאל- אחורי
כאב ב- כתף וצוואר צד ימין-אחורי
כאב ב- מרכז הגו
כאב ב- זרוע ימין-אחורי
כאב ב- אמה ימין-אחורי

פרוט: הסתכלות :-
קיפוט

כתפיים במנח אנטיריורי
טווחי תנועה :- צוואר :- הגבלה ב 30% בתנועות ROT דו צדדי
הגבלה ב 30% בתנועת SIDE FLEX דו צדדי
כיפוף וישור בגדר נורמה
כתף ימין/שמאל :- טווחים תקינים
HBB :- מגיע בדו"צ עד L1

מישוש :-
רגישות מעל טראפז עליון בדו"צ ובעורף צווארי
נוקשות מעל כל חליות עמ"ש צווארי

פרטי-העידכון

ת.עידכון: 01/01/2023 שם מעדכן הגיליון: מוסא פריד מנסור
שם מכון: מכון פיזיותרפיה קנאור

18:09:00 19/02/2023

גליון תאונות

002

תאריך תאונה 06/10/2021 סוג תאונה: תאונת עבודה

000	001-000	גורם מעדכן תאונה שם מוסד מעדכן מספר תאונה בארץ/בחול
	0	
	פתוח	מצב תיק:
000		

18:09:02 19/02/2023

גליון תאונות

002	25/03/2013	סוג תאונה: תאונת עבודה	תאריך תאונה
000	001-000	גורם מעדכן תאונה שם מוסד מעדכן מספר תאונה בארץ/בחול	
	0		
	סגור	מצב תיק:	
000			

18:09:04 19/02/2023

גליון תאונות

002	28/10/2012	סוג תאונה: תאונת עבודה	תאריך תאונה
000	001-000	גורם מעדכן תאונה שם מוסד מעדכן מספר תאונה בארץ/בחול	
	0		
	פתוח	מצב תיק:	
000			
	כ	קיום טופס ב.ל. 250	
	כ	מתג הכרה בביטוח לאומי	

18:09:06 19/02/2023

גליון תאונות

002	05/03/2000	סוג תאונה: תאונת עבודה	תאריך תאונה
000	001-000	גורם מעדכן תאונה שם מוסד מעדכן מספר תאונה בארץ/בחול	
	0		
	פתוח	מצב תיק:	

000

מתג הכרה בביטוח לאומי כ

18:09:08 19/02/2023

גליון תאונות

001

תאריך תאונה 05/03/2000 סוג תאונה: תאונת דרכים

גורם מעדכן תאונה 001-000
שם מוסד מעדכן
מספר תאונה 0
בארץ /בחול
אישור משטרה כ
מצב תיק: סגור

000

תאריך 19/02/2023

סיכום טיפול

פרטי המטופל					
חזן שרון	00-02484783-2	53.00	ז	01/03/1970	משה
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
אור יהודה	טופז	20 /		54 -6120701	3 - 5338323
ישוב	רחוב	מס בית		טלפון	טלפון נוסף

מס' הפניה במכון הפיזיותרפיה: 220497167 מספר זיהוי הפניה: 35758003331

תאריך הפניה: 22/09/2022

סוג הביקורים לסדרה: 2 תאונת עבודה

לכבוד הרופא המטפל/מקצועי: ד"ר אלה קלימינסקי רשיון רופא: 29858

מרפאה: מרפאת נוה שביון

מקצוע: רופא כללי

אבחנה בהפניה:

צד	קוד	איפיון	אבחנה
			TENOSYNOVITIS FINGER

אבחנה לטיפול:

צד	קוד	אבחנה
שמאל	L12	HAND_FINGER SYMPT./COMPLAINTS

תאריך תחילת טיפול: 18/12/2022 תאריך סיום טיפול: 12/02/2023

מס' ביקורים בפועל: 8 פרטני: 8

מס' אי הופעות לטיפול: 0

רשימת כל הטיפולים:

כמות	טיפול
1	אבחון ראשון- בדיקה של פיזיותרפיסט
4	הדרכה לתרגול בבית
8	תרגול כללי
8	טיפול בפרפין
1	מוביליזציות ותרגילים פסיביים
5	טיפול בשיקום תפקודי
1	הערכה מחדש- בדיקה

כאבים:

איבר	צד	דרוג בעת פתיחת הסידרה	דרוג בעת סגירת הסידרה
אצבע כף יד מס' 3	שמאל	8	6

הערכת מטפל: 2-שיפור חלקי

הערות: מטופל לאחר ת.ד 6-10-21 במהלך נהיגה ברכבו בפקק תנועה, פגיעה ע"י רכב מאחור.

מאז סובל מכאבים ביד שמאל באצבע 3
 מטופל קבל סידרת טיפולים ל 8 מפגשים
 כיום ממשיך לתלונן על כאבים של 6/10 באצבע
 בשלב זה מטופל זקוק להמשך תרגול עצמי בבית, קבל הדרכה לתרגול עצמי בבית
 הומלץ לחזור לרופא מטפל להערכה נוספת לאזן כאב
 סיום טיפול

המטופל ביקר במכון בתאריכים:
 19/02/2023
 12/02/2023
 05/02/2023
 22/01/2023
 15/01/2023
 08/01/2023
 01/01/2023
 18/12/2022

מוסא פריד מנסור

שם מטפל

חתימה וחותמת

תאריך 23/01/2022

סיכום טיפול

פרטי-המטופל

חזן שרון	שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ז' מין	ת. לידה	משה
00-02484783-2	51.11	2	54	6120701	3	5338323
אור יהודה	טופז	20 /	טלפון	טלפון	שם האב	שם האב
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון	שם האב	שם האב

מס' הפניה במכון הפיזיותרפיה: 210492769 מספר זיהוי הפניה: 35758121222

תאריך הפניה: 07/10/2021

סוג הביקורים לסדרה: 1 תאונת דרכים ת. תאונה: 06/10/2021

לכבוד הרופא המטפל/מקצועי: ד"ר אלה קלימינסקי רשיון רופא: 29858

מרפאה: מרפאת נוה סביון

מקצוע: רופא כללי

אבחנה בהפניה:

צד	קוד	איפיון	אבחנה
			CONTUSION BACK AND BUTTOCKS

אבחנה לטיפול:

צד	קוד	אבחנה
ימין	8470	WHIPLASH INJURY

תאריך תחילת טיפול: 10/10/2021 תאריך סיום טיפול: 23/01/2022

מס' ביקורים בפועל: 11 פרטני: 11

מס' אי הופעות לטיפול: 3

רשימת כל הטיפולים:

כמות	טיפול
1	אבחון ראשון- בדיקה של פיזיותרפיסט
13	טיפול עם מכשיר זרמים
11	טיפול ב-Hot Pack
11	טיפול ברקמה רכה
10	מוביליזציות ותרגילים פסיביים
1	הדרכה לתרגול בבית
4	הערכה מחדש- בדיקה
1	חבישה/taping/קינזיוטיפ
3	תרגול כללי

כאבים:

איבר	צד	דרוג בעת פתיחת הסידרה	דרוג בעת סגירת הסידרה
צוואר	דו צדדי	7	7

הערכת מטפל: 3-ללא שינוי

הערות: הנ"ל התקבל למכון עקב כאבים בצוואר ובגב לאחר שהיה מעורבת בתאונת דרכים ב 6-10-21 בזמן עבודתו .
 בבדיקתו כאבים של 7/10 בצוואר ובגב ,
 מטופל קבל סידרת טיפולים להורדת כאב וחיזוק שרירים , בנסוף לטיפול ב TENS+ HP
 היום ממשיך לתלונן על כאב של 7/10 VAS בצוואר ובגב ,
 עקב פלטו במצבו , הוחלט על סיום טיפול
 בשלב זה מטופל זקוק להמשך תרגול עצמי בבית (קבל דף תרגול)
 הומלץ לחזור לרופא מטפל להערכה נוספת לאזן כאב
 סיום טיפול

המטופל ביקר במכון בתאריכים:
 23/01/2022
 09/01/2022
 26/12/2021
 22/12/2021
 15/12/2021
 08/12/2021
 14/11/2021
 07/11/2021
 25/10/2021
 17/10/2021
 10/10/2021

מוסא פריד מנסור

שם מטפל

חתימה וחותמת

תאריך 19/02/2023

סיכום טיפול

פרטי המטופל					
חזן שרון	00-02484783-2	53.00	ז	01/03/1970	משה
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
אור יהודה	טופז	20 /	54	6120701	3 - 5338323
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון נוסף

מס' הפניה במכון הפיזיותרפיה: 230497302 מספר זיהוי הפניה: 35758006286

תאריך הפניה: 21/12/2022

סוג הביקורים לסדרה: 2 תאונת עבודה

לכבוד הרופא המטפל/מקצועי: ד"ר אלה קלימינסקי רשיון רופא: 29858

מרפאה: מרפאת נוה סביון

מקצוע: רופא כללי

אבחנה בהפניה:

צד	קוד	איפיון	אבחנה
			CERVICALGIA

אבחנה לטיפול:

צד	קוד	אבחנה
דו צדדי	7231	PAIN NECK CERVICALGIA

תאריך תחילת טיפול: 01/01/2023 תאריך סיום טיפול: 12/02/2023

מס' ביקורים בפועל: 7 פרטני: 7

מס' אי הופעות לטיפול: 0

רשימת כל הטיפולים:

כמות	טיפול
1	אבחון ראשון- בדיקה של פיזיותרפיסט
4	הדרכה לתרגול בבית
7	תרגול כללי
7	טיפול עם מכשיר זרמים
6	מוביליזציות ותרגילים פסיביים
5	טיפול ברקמה רכה
2	הערכה מחדש- בדיקה

כאבים:

אִיבֵר	צֵד	דְּרוֹג בַּעַת פְּתִיחַת הַסִּידְרָה	דְּרוֹג בַּעַת סִגִּירַת הַסִּידְרָה
צוּאָר	דּוּ צֻדִי	7	7

הערכת מטפל: 2-שיפור חלקי

הערות: טופל לאחר ת.ד 6-10-21 במהלך נהיגה ברכבו בפקק תנועה, פגיעה ע"י רכב מאחור. מאז מתלונן על כאב ועמש"צ שמקרין ליד ימין בחלק דורסאלי עד שכי', מטופל קבל סידרת טיפולים להורדת כאב וחיזוק שרירים כיום ממשיך לתלונן על כאבים בצוואר ובמיוחד ביד בשלב זה מטופל זקוק להמשך תרגול צעמי בבית קבל דף תרגול הומלץ לחזור לרופא מטפל להערכה נוספת לאזן כאב סיום טיפול

המטופל ביקר במכון בתאריכים:

19/02/2023

12/02/2023

05/02/2023

22/01/2023

15/01/2023

08/01/2023

01/01/2023

מוסא פריד מנסור

שם מטפל

חתימה וחותמת

תאריך 23/01/2022

סיכום טיפול

פרטי המטופל

פרטי המטופל					
חזן שרון		00-02484783-2		ז	01/03/1970
שם משפחה ושם פרטי		מס זהות		גיל	משה
				מין	שם האב
אור יהודה		20 /		54 -6120701	
טופז		מס בית		5338323 - 3	
רחוב		טלפון		טלפון נוסף	
ישוב					

מס' הפניה במכון הפיזיותרפיה: 210493557 מספר זיהוי הפניה: 31914000922

תאריך הפניה: 30/11/2021

סוג הביקורים לסדרה: 0 ביקור רגיל

לכבוד הרופא המטפל/מקצועי: ד"ר זיו אסא

מרפאה: מרפאת אלון יועצת

מקצוע: אורטופדיה

אבחנה בהפניה:

צד	קוד	איפיון	אבחנה
	7295		PAIN FINGER

אבחנה לטיפול:

אבחנה	קוד	צד
HAND_FINGER SYMPT./COMPLAINTS	L12	שמאל

תאריך תחילת טיפול: 15/12/2021 תאריך סיום טיפול: 23/01/2022

מס' ביקורים בפועל: 5 פרטני: 5

מס' אי הופעות לטיפול: 0

רשימת כל הטיפולים:

כמות	טיפול
1	אבחון ראשון- בדיקה של פיזיותרפיסט
1	הדרכה לתרגול בבית
3	תרגול כללי
5	טיפול בפרפין
1	הדרכה וייעוץ (לאורח חיים בריא)
1	מוביליזציות ותרגילים פסיביים

סיבת סיום טיפול: 01-סיום טיפול

דף 1 מ 2

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

סיכום טיפול

23/01/2022

00-02484783-2 הודפס ע"י מוסא פריד מנסור

חזן שרון

העמק 27/01/2023

כאבים:

דירוג בעת סגירת הסידרה	דירוג בעת פתיחת הסידרה	צד	איבר
2	5	שמאל	אחר - אצבעות 3-4

הערכת מטפל: 2-שיפור חלקי

המטופל ביקר במכון בתאריכים:
23/01/2022
09/01/2022
26/12/2021
22/12/2021
15/12/2021

מוסא פריד מנסור

שם מטפל

חתימה וחותמת

תאריך: 22/09/2022

הפניה למכון פיזיותרפיה

(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	חזן שרון	מס זהות: 00024847832	גיל: 52.07	מין: ז
ת.לידה: 01/03/1970	ישוב: אור יהודה	רחוב: טופז	טלפון נוסף: 3-5338323	מס בית: 20	טלפון: 54-6120701

תאריך תאונה 06/10/2021

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה: 35758003331

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

רשיון רופא



5758

035758003331

24847832

029858

לכבוד: פיזיותרפיה

שירות שנבחר

שירות רפואי
80015

תיאור רפואי

קוד שירות קוד משה"ב

97001 פיזיותרפיה אבחון ובניית תכנית טיפול - מבוגרים

80015

TENOSYNOVITIS FINGER

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 04/09/2022

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 11/10/2021

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 07/10/2021

בדרך חזרה הביתה היה מעורב בת.ד. אותו נכנס מאחור. היה חגור.

חבלות בגב תחתון וצוואר.

ביקר בחדר מיון

11/10/2021

הנפקת חופשת מחלה

04/09/2022

מלין על כאבים באצבע III בכף יד שמאל.

לחץ על עצב אולנרי

22/09/2022

ביקר אצל אורטופד

tenosynovitis

CTS

מומלץ על פיזיותרפיה

גובה 188 14/05/2019 משקל 103 14/05/2019 bmi 29.14

לחץ דם 114 / 74 25/08/2021

דופק 85 14/05/2019 סדיר

NYHA: 1 עודכן ב 11/08/2019

eGFR 106.49 מתאריך 25/07/2021

FEV1/FVC 0.78 עודכן ב 27/02/2022 FVC (%) 94 עודכן ב 27/02/2022 FEV1 (%) 89 עודכן ב 27/02/2022

בעיות פעילות

בעיה
HYPERCHOLESTEROLEMIA
SMOKER
ACCIDENT/INJURY; NOS
knee trauma

איפיון
mild

מ.גילוי
01/05/2006
01/01/1991
01/04/2013
01/04/2013

תולדות עבר

בעיה
SMOKER HEAVY
SMOKER

מ.גילוי
01/01/1991 25/08/2021
01/01/1991 25/08/2021

תרופות קבועות

ס.ה.ר 7

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה למכון פיזיותרפיה

22/09/2022

הודפס ע"י ד"ר אלה קלימינסקי

00024847832

חזן שרון

תרופות

כמות

א. הגשה

פעמים

...

LIPITOR 20MG TAB 20MG 1

1 טבליות

ביום

CIPRALEX TAB 10MG 28 10mg 1

1 טבליות

ביום

ממצאים מתאריך 04/09/2022

ממצאים קליניים

ממצאים מתאריך 11/10/2021

ממצאים מתאריך 07/10/2021

היום מלין על כאבי גב תחתון וצוואר והגבלה בתמועות.

ביקר בחדר מיון

11/10/2021

04/09/2022

22/09/2022

29858

ד"ר אלה קלימינסקי

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

ס.ה.ר 7

דף 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה למכון פיזיותרפיה

22/09/2022

הודפס ע"י ד"ר אלה קלימינסקי

00024847832

חזן שרון

תאריך: 21/12/2022

הפניה למכון פיזיותרפיה
(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:	
שם משפחה ופרטי:	חזן שרון
ת.לידה:	01/03/1970
מס בית:	20
מס זהות:	00024847832
רחוב:	טופז
טלפון נוסף:	3- 5338323
ישוב:	אור יהודה
טלפון:	54- 6120701
גיל:	52.10 מין: ז

תאריך תאונה 06/10/2021

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה: 35758006286

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

רשיון רופא



5758



035758006286



24847832



029858

לכבוד: פיזיותרפיה

שירות שנבחר

שירות רפואי

תיאור רפואי

קוד שירות קוד משה"ב

80015

97001 פיזיותרפיה אבחון ובניית תכנית טיפול

80015

CERVICALGIA

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 12/12/2022

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 22/09/2022

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 04/09/2022

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 11/10/2021

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 07/10/2021

בדרך חזרה הביתה היה מעורב בת.ד. אותו נכנס מאחור. היה חגור.

חבלות בגב תחתון וצוואר.

ביקר בחדר מיון

11/10/2021

הנפקת חופשת מחלה

04/09/2022

מלין על כאבים באצבע III בכף יד שמאל.

לחץ על עצב אולנרי

22/09/2022

ביקר אצל אורטופד

tenosynovitis

CTS

מומלץ על פיזיותרפיה

12/12/2022

כאבי צוואר. כאבי ראש. קושי בלשון. כאבים ביד ימין.

EMG - CTS דו"צ

אין פגיעה שורשי.

21/12/2022

סימנים חיוניים:

גובה 188 14/05/2019 משקל 103 14/05/2019 bmi 29.14

לחץ דם 114 / 74 25/08/2021

דופק 85 14/05/2019 סדיר

NYHA: 1 עודכן ב 11/08/2019

eGFR 100.19 מתאריך 31/10/2022

FEV1 (%) 89 עודכן ב 27/02/2022 FVC (%) 94 עודכן ב 27/02/2022 FEV1/FVC 0.78

בעיות פעילות

HYPERCHOLESTEROLEMIA

SMOKER

ACCIDENT/INJURY; NOS

בעיה



mild

איפיון

מגילוי

01/05/2006

01/01/1991

01/04/2013

ס.ה.ר 7

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה למכון פיזיותרפיה

21/12/2022

הודפס ע"י ד"ר אלה קלימינסקי

00024847832

חזן שרון

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/04/2013		knee trauma
06/10/2021		CONTUSION BACK AND BUTTOCKS
06/10/2021	neck	CONTUSION
06/10/2021		NEUROPATHY PERIPHERAL
06/10/2021		ULNAR NEUROPATHY
06/10/2021		TENOSYNOVITIS FINGER

תולדות עבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
25/08/2021	01/01/1991		SMOKER HEAVY
25/08/2021	01/01/1991		SMOKER

תרופות קבועות

ב...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	טבליות	1	LIPITOR 20MG TAB 20MG
ביום	1	טבליות	1	CIPRALEX TAB 10MG 28 10mg
ממצאים קליניים				
ממצאים מתאריך 12/12/2022:				
ממצאים מתאריך 22/09/2022:				
ממצאים מתאריך 04/09/2022:				
ממצאים מתאריך 11/10/2021:				
ממצאים מתאריך 07/10/2021:				
היום מלין על כאבי גב תחתון וצוואר והגבלה בתמועות.				
ביקר בחדר מיון				
11/10/2021:				
04/09/2022:				
22/09/2022:				
12/12/2022:				
21/12/2022:				

29858

ד"ר אלה קלימינסקי

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

ס.ה.ר 7

דף 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה למכון פיזיותרפיה

21/12/2022

הודפס ע"י ד"ר אלה קלימינסקי

00024847832

חזן שרון

הדפסת תיק מטופל - חלקי הודפס ע"י אפרת כוכב

פרטים אישיים

נתוני זכאות

זכאות כ 01 - זכאי

מס. זהות: 00-02484783-2

שייכות/הצמדה: ניתן להצמי

פרטים כלליים

שם משפחה: חזן

שם פרטי: שרון

שם האב: משה

שם האם: עליזה

תאריך לידה: 01/03/1970

גיל: 53.04

מין: ז

ארץ לידה: ישראל

מקצוע: חברת חשמל

כתובת

עיר:

אור יהודה

2400

טלפון בית:

6120701

54-

רחוב:

טופז

טלפון נוסף:

5338323

3-

מס' בית:

20

מיקוד: 60405

רופא מטפל

שם:

ד"ר קלימינסקי א

רשיון רופא: 29858

מרפאת אם:

מרפאת נוה סביון

5758

נתונים מנהליים

מקור נתונים:	מרשם	מצב זהוי:	0
ת. עדכון כתובת:	11/09/2013	סטטוס אימות:	Y
ת. הצטרפות למרפאה:	23/11/2003	קוד הצמדה:	1
ת. עדכון טלפון:	09/05/2023	הרשאה לחיוב חשבון-אחר:	כ אמצעי תשלום: 2
ת. הצטרפות לרופא:	24/01/2013	ת. עדכון טלפון:	09/05/2023
ת.ז. ראש משפחה:	2484783	קוד מחוז:	4
גורם מבטח:	0	מספר דרכון:	00-02484783-2
סוג ביטוח (ביטוח משלים):	2	הסכם מיוחד	0 סוג חבר 0 סוג פטור מגביה 0
דגל תקינות	6	מתג אינטרנט:	כ
		ת. הצטרפות לביטוח:	01/03/2002

07/09/2022 15:34:51

רישום ביקורים

פרטים כללים

גיל המטופל: 52.06

תאריך ביקור: 07/09/2022

סוג ביקור: 0 ביקור רגיל

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: בן 52, החולה מתלונן על כאבים והפרעות תחושה או זרמים בכף יד שמאל. הומלץ שימוש ב-LYRICA.

ברקע:

1. לפי דברו לפני שנה עבר ת.דרכים במנגנון צליפת שוט. נבדק במיון. בדיקה תקינה שוחרר במצב יציב.

2. במעקב אורתופדי ומרפאת כאב.

3. בדיקות דם לכימיה, ספירה, TSH ו-B12 תקינות. עבר בדיקת CT עמ"ש צווארי-בגדר נורמה ב-03.2022. בדיקת NCV בידיים-CTS דו צדדי (בבדיקת מחט תקינה בידיים) ב-12.2021.

4. אין אלרגיה לתרופות.

ממצאים ותוכנית אבחנתית

- בדיקה גופנית: 1. הכרה מלאה; קוגניציה שמורה; אישונים R=L; קונברגנציה תקינה; אין סימני פטוזיס; שדות ראייה תקינות; תנועות עיניים בלי הגבלה; דיפלופיה או ניסטגמוס; פנים סימטריות; דיבור ובליעה תקינות. החזרים ערים ושווים בארבע גפיים; כוח גס תקין; תגובה פלנטרית פלקסורית דו צדדי. תחושה תקינה. אין סימני דיסמטריה בגפיים. בעמידה והליכה יציב.
- בבדיקת ידיים: החזרים R=L; כולל ביחצפס; טריצפס וברכיוורדיאליס. אין סימני אטרופית שרירים. כוח גס תקין דו צדדי כולל; INFRASPINATUS; DRELTOLD; BICEPS; BRACHIALIS; EXTENSOR DIGITORUM COMMUNIS; EXTENSOR POLLICIS; FDI; ADM; TRICEPS; APB, PRONATOR TERES דו צדדי. תחושה תקינה בפיזור מדיאני. כיפוף כפות ידיים עד 90 מעלות במשך דקה ללא כאבים או הפרעות תחושה.
- ברגליים אין סימני חולשה דיסטלית או פרוקסימלית דו צדדי. אין סימני נזירופטיה.
- הליכה תקינה.

אבחנה

איפיון

קוד

PAIN HAND

7295

דיון/תוכנית טיפולית: החולה עם תלונות על כאבים והפרעות תחושה חולפים בפיזור מדיאני. בבדיקה אין סימני

פגיעת מוח, חוט שידרה צווארי או גבי, אין סימני פגיעה בפלקסוס ברכיאל, אין סימני פגיעה עצבית. עבר בדיקת NCV-חשודה ל CTS דו צדדי (תחושת בלבד).
לסיכום:
1. יש לציין שבדיקת NCV יותר רגישה בהשוואה עם בדיקת רופא באבחנה CTS. לאור זה זקוק למעקב קליני אצל אותופד כף יד.
2. להמשיך טיפול ב LYRICA.
3. ביקורת בעוד חצי שנה אצל נירולוג.

הפניות	פרטי ההפניה	קוד סטטוס
הפניה לרפואה יועצת	70017-אורתופדיה כף יד	H1 הודפס

פעולות	קוד	כמות
152 פתיחת תיק	152	1

סיכום

מבנה סיכומי יועץ

סוג סיכום	סטטוס	סיווג חשיבות
סיכום ביקור	הודפס ונשלח לרופא מטפל ראשוני אליו משויך המטופל	רגילה

הסיכום ישלח אוטומטית

פרטי עדכון

תאריך עדכון:	07/09/2022	שם מרפאה:	מרפאת אשדוד סיטי מקצועית
רופא מעדכן:	ד"ר קונסטנטין סילנטייב	קוד מרפאה:	3085
מס רשיון:	28721	קוד מחוז:	07

לשימוש פנימי

032/01/032/01/01

מבנה שירותים של הפניות

מזהה אישור
מסר

ב