

תאריך הגשה: _____.

ת.א. 21-

בבית משפט השלום

בבת-ים

כתב תביעה

התובעת:

ורד וייסלר, ת"ז 22851588
מרחוב חטיבה שבע 2, הוד השרון 4551245

באמצעות ב"כ עו"ד אריאל פרייברג
ו/או יגאל רסקין
מרחוב אבא הלל 7, רמת גן
טל': 03-7412358 פקס': 077-3180983
דוא"ל: frei.ariel@gmail.com

– נ ג ד –

הנתבעות:

1. ד"ר ילנה בניאמינסון, מספר רישיון 101298
מרחוב דרך האלון 143, קציר

2. ביונד קליניקס בע"מ, ח"פ 514367853
מרחוב הנדיב 71, הרצליה 4648583

מהות התביעה:

נזיקין – נזקי גוף

סכום התביעה:

אינו ניתן להערכה.

סכום אגרת

בית המשפט:

710 ₪ (לפי ס' 34 בתוספת 2 לתקנות בתי המשפט (אגרות), תשס"ז-2007).

תיקים קשורים:

לא קיים הליך נוסף בבית משפט או בבית דין, בקשר למסכת עובדתית דומה.



הזמנה לדין

הואיל והתובע הגיש כתב תביעה נגדך, המצורף בזאת, אתה מוזמן להגיש כתב הגנה בתוך 120 ימים מיום שהומצאה לך הזמנה זו.

לתשומת ליבך, אם לא תגיש כתב הגנה אזי לפי תקנה 130 לתקנות סדר הדין האזרחי, התשע"ט-2018 תהיה לתובעת הזכות לקבל פסק דין שלא בפניך.

א. תיאור תמציתי של בעלי הדין:

1. הנתבעת 1 הינה רופאת משפחה, אשר בכל הזמנים הרלוונטיים לתביעה זו עבדה אצל הנתבעת 2 כרופאה אשר מבצעת טיפולים פלסטיים וקוסמטיים כירורגיים ו/או פולשניים (להלן: "הרופאה")

2. הנתבעת 2 הינה חברה הרשומה כחוק בישראל העוסקת בתחום האסתטיקה ומבצעת טיפולים פלסטיים פולשניים ו/או כירורגיים (להלן: "ביונד/החברה").

3. התובעת, ילידת 27.7.67, טופלה ע"י הנתבעת 2, בין היתר, באמצעות הנתבעת 1.

ב. הסעד המבוקש:

4. התובעת, גריקאית ועוסקת בעיצוב תעשייתי בחברה גדולה העוסקת עם הגופים הגדולים במשק, ניוזקה כתוצאה מרשלנותן של הנתבעות בפניה, היא נזקקה לטיפולים רפואיים יקרים וכאובים ותיזקק להם גם בעתיד.

5. מחמת רשלנותן של הנתבעות חזותה של התובעת נפגעה, עבודתה נפגעה, נבצר ממנה להציג תכנים ולהשתתף בפגישות מקצועיות, היא נעדרה ממנה ממושכות, הוחלט להעבירה מתפקידה כמנהלת מחלקה ונגרמו לה הפסדי שכר.

6. מחמת רשלנותן של הנתבעות, בין היתר, מחמת הטיפולים הקשים שנאלצה לעבור וההנחיה להימנע מחשיפה לשמש, התקשתה התובעת בניחול משק ביתה, נזקקה לעזרת הזולת ותיזקק לה גם בעתיד.

7. התובעת נאלצה להוציא הוצאות בגין נסיעות לטיפולים רפואיים ותיזקק להוציא הוצאות דומות בעתיד.

8. להלן פירוט נזקי התובעת:

א. נזק מיוחד:

ה	185,000	(1) הפסדי השתכרות בעבר-
ה	20,000	(2) עזרת הזולת בעבר -
ה	35,000	(3) הוצאות רפואיות ופארה רפואיות-
ה	12,350	(4) הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעבר -

ב. נזק כללי:

כב' בית המשפט מתבקש לפסוק לתובעת פיצוי הולם בגין נזקה, בין היתר, בראשי הנזק הבאים:

(1) הפסדי השתכרות בעתיד, על-פי מידת מוגבלותה התפקודית של התובעת, או, לחילופין, בהתאם לשיעור נכותה הרפואית, לרבות הפסדים בתקופת הפנסיה.

(2) עזרת הזולת בעתיד.

(3) הוצאות רפואיות ופארה-רפואיות ונסיעות לטיפולים בעתיד.

(4) פיצוי בגין נזקיה הלא ממוניים של התובעת.

ג. תמצית העובדות הנחוצות לביסוסה של עילת התביעה:

9. בתאריך 3.5.19 פנתה התובעת לנתבעת 2 על מנת לקבל טיפול בוטקוס. התובעת נפגשה עם עובדת הנתבעת 2 בשם חגית, אשר המליצה לה על טיפולי בוטקוס בנוסף לטיפול למילוי קמטים באמצעות הזרקת חומצה. בהמשך נפגשה התובעת עם הנתבעת 1 אשר הציגה את עצמה כרופאה מומחית בתחום והניחה את דעתה כי המדובר הוא בטיפול פשוט, נטול סיכונים המבוצע באופן שכיח עד מאוד וכי יהיה בזה כדי להצער משמעותית את מראה פניה.

10. התובעת נענתה להצעה ורכשה תוכנית טיפולים בעלות של 10,940 ₪. ביום 23.9.19 בוצעה לתובעת הזרקת חומצה היאלורונית באזור הלחיים והאף, בסיום ההזרקת החל האזור לקבל גוון לבן ומשנשאלה השיבה הנתבעת 1 כי המדובר במהלך תקין של הטיפול, ביטלה את חששותיה של התובעת והזמינה אותה לביקורת בחלוף שבועיים (להלן: "הטיפול הרלשני").

רצ"ב טופס הסכמה ותכנית הטיפולים שרכשה התובעת מהנתבעת 2, מסומנים כנספח "1" ומהווים חלק בלתי נפרד מכתב התביעה.

11. למן יום הטיפול הרשלני ובימים שחלפו, סבלה התובעת מנפחות אזורית ונגעים באזור הנחיריים, כאבים עזים ועורה קיבל גוון סגול בשל כך פנתה התובעת למשרדי הנתבעת 2 שם קיבלה זריקה במטרה להמיס את החומצה והומלץ על טיפול בפרדינזון וניתן לה אישור מחלה החתום על ידי הנתבעת 1. התובעת פנתה לרופא משפחה ולאף אוזן וגרון אשר חששו כי המדובר הוא בנגע הרפס וטופלה בטיפול ייעודי להרפס ובסינטימיצין. יצויין כי לאורך כל התקופה הייתה התובעת בקשר עם הנתבעת 1 ועם אנה מטעמה של הנתבעת 2 וכשנשאלו האם יש צורך לפנות לרופא עור או לבית חולים השיבו בשלילה ונתנו לה ייעוץ טיפול רפואי רשלני באמצעות הווסטאפ (להלן: "המשך הטיפול הרלשני").

1. נטל השכנוע:

א. לתובעת לא היתה הידיעה ולא הייתה לה יכולת לדעת, מה היו הנסיבות שגרמו לנזק, וכי הנזק נגרם ע"י כלים, שיטות טיפול ואבחון שלנתבעות הייתה שליטה מלאה עליהם, ואירוע הנזק מתיישב יותר עם המסקנה שהנתבעות לא נקטו בזהירות סבירה מאשר עם המסקנה שנקטו בזהירות כזו, לפיכך על הנתבעות מוטל נטל הראיה שלא חבות הן בהתרשלות בנזק שנגרם לתובעת.

ב. לא זו אף זו, מאחר ומבחינת התובעת מתקיימת "עמימות עובדתית", הנתבעת 1 היא שביצעה בפועל את הטיפול שגרם לנזק, דהיינו לנתבעות הייתה שליטה מלאה בביצוע ההליך, ולפיכך מתקיימים 2 התנאים הראשונים להחלת העברת נטל הראיה לנתבעים.

ג. באשר להתקיימותו של התנאי השלישי, התובעת תטען כי אירוע המקרה שגרם לנזק "מתיישב יותר עם המסקנה שהנתבעות לא נקטו זהירות סבירה מאשר עם המסקנה שנקטו זהירות סבירה, וכי הנזק שנגרם נבע כתוצאה מרשלנותן של הנתבעות.

ד. לחלופין, אם יטענו הנתבעות כי הנזק שנגרם הינו תוצאה צפויה של ההליך שבוצע בתובעת, אזי עצם אופן ביצועו של ההליך על השלכותיו הקשות, מהווה רשלנות, בנוסף אי יידועה של התובעת במפורש בדבר הסיכונים הצפויים מהווה הפרה של זכותה לקבל החלטה חופשית ומוסכמת להמשך הטיפול בה, שכן בהעדרה של הסכמה מצידה של המטופלת יהא הנזק שנגרם תוצאה של תקיפה.

12. לחלופין, תטען התובעת, כי התאונה אירעה מחמת הפרת חובות חקוקות ע"י הנתבעות ו/או עקב התרשלנותן, אשר באו לידי ביטוי, בין היתר, במעשים ו/או במחדלים הבאים:

- א. העסיקו עובדים נעדרי הכשרה בתחום הרפואה הפלסטית ו/או רפואת עור.
- ב. העסיקו עובדים לא מיומנים ו/או לא מקצועיים.
- ג. ביצעו טיפול רפואי באופן רשלני שנעדר דיאגנוזה ופרוגנוזה ראויה.
- ד. סיפקו ייעוץ רפואי בהסתמך על הודעות טקסט ותמונות.
- ה. לא דאגו לפקח באופן הולם על דרך טיפולה של הנתבעת 1.
- ו. כשלו מלהכין את התובעת ולהסביר באופן ראוי הולם וסביר טרם ביצוע ההליך תופעות לוואי צפויות ו/או סיכונים ו/או סיבוכים אפשריים.
- ז. לא נהגו כלל בשיטות עבודה הנכונות והמקובלות כפי שנכתב בספרות המקצועית בתחום הרפואה הפלסטית.
- ח. נטלו על עצמם סיכון מקצועי בלתי סביר ובכך גרמו לנזק בלתי הפיך לתובעת.
- ט. סיכנו את חייה של התובעת ברשלנות וגרמו לה בשל טיפול רשלני, מסוכן ולא נכון ו/או לא מתאים לנזק מיותר, בלתי הפיך והכל כמתואר בכתב תביעה זה.
- י. לא נהגו כפי שרופא נכון ומקצועי היה נוהג בנסיבות העניין.
- יא. הפרו את חובת הזהירות המוגברת החלה עליהם כלפי התובעת.
- יב. הציגו מצג שווא כי הנתבעת 1 הינה רופאה מיומנת ומקצועית הכשירה לבצע את ההליך ולטפל בתוצאותיו.
- יג. לא הציגו לתובעת את הסיכונים הכרוכים בביצוע ההליך.
- יד. הפרו חובה שבחוק זכויות החולה בדבר מתן הסבר לחולה בדבר מהות הטיפול הרפואי והסיכונים הכרוכים בו וקבלת הסכמתה המפורשת בכתב ו/או בע"פ לטיפול בגופה, על סיכוניו הכרוכים בו.
- טו. לא קיבלו מהתובעת הסכמה מדעת כמשמעותה בחוק זכויות החולה, בין היתר בדבר המידע הרפואי הכרוך בטיפול המוצע, לרבות תופעות לוואי, כאב, אי נוחות, תיאור הטיפול



והתועלת הצפויה כמו גם הסיכונים והסיכויים של טיפול כגון זה המוצע ובכך מנעו מהתובעת להחליט אם להסכים ולקבל את הטיפול אם לאו.

טז. עוד תוסיף התובעת ותטען כי בהעדר הסכמה מדעת, עברה הנתבעת עבירה של תקיפה, כמשמעותה בחוק.

יז. נהגו בחוסר זהירות ו/או בחוסר אכפתיות.

יח. הציגו מצג "שווא" כאילו מקפידים על בריאות התובעת בהתאם לכל דין.

יט. הפרו חובות חקוקות בין היתר **חוק זכויות החולה, תשנ"ו-1996**.

13. עוולת "הפרת חובה חקוקה":

התובעת תטען כי הנתבעים כמי שאחראים על התובעת, הפרו חובות המוטלות עליהם על-פי חיקוקים אשר נועדו לטובתה ו/או להגנתה של התובעת וההפרות האמורות גרמו לתובעת נזק מסוגו ומטבעו שאליו התכוונו החיקוקים, בין היתר כדלקמן:

סעיפים 5, 6, 13, 14, 17 **לחוק זכויות החולה, תשנ"ו-1996**.

14. לאור החמרה במצבה, כמו גם, התגברות הכאבים מהם סבלה, תחושת לחץ בפניה, אטימות באוזן וכאב בעין ימין עד קושי בראיה, פנתה התובעת לרופאת עור אשר החליטה להפנותה למיון. התובעת פנתה לבית החולים איכילוב, בתל אביב, שם אושפזה ונבדקה ע"י פלסטיקאי אשר איבחן נמק על רקע פגיעה וסקולרית לאחרת הזרקת חומצה היאלורונית והמליץ על רחצה פעמיים ביום, נטילת בטאקורטון, המנעות מגורמים מזהמים עד להחלמה מלאה, המנעות מחשיפה לשמש במשך 6 חודשים וטיפול ע"י יריעות סיליקון. לאחר שבעה ימי אשפוז שוחררה התובעת לביתה.



15. התובעת המשיכה במעקב הרפואי במסגרת בית החולים איכילוב שם הוחלט להפנותה למרכז המשולב לאסתטיקה להתחלת טיפול דחוף בצלקת. התובעת טופלה במרכז בעלות של למעלה מ-25,000 ₪ שם בוצעו לה טיפולים שכללו הזרקות של חומר דמוי סחוס לצורך הרמת הצלקת השקועה.

רצ"ב תעודות רפואיות וקבלות חלקיות, מסומנים **כנספח 2** ומהווים חלק בלתי נפרד מכתב התביעה.

16. מחמת הטיפול הרשלני סובלת התובעת מצלקות המעטרות את אפה, מעור גס עם בליטות ושקעים, מירידה בדימוי העצמי, היא החלה לנחור, היא מתקשה בשינה רציפה ובהירדמות, סובלת מכאבים ועקצוץ באזור האף ובתוכו והיא תזדקק לטיפולים נוספים לאורך חיה.

17. ד"ר עמוס לויאב, מומחה בכיר בכירורגיה פלסטית, אשר בדק את התובעת מציין בפרק הבדיקה כדלקמן:

" עור האף מימין מחוספס ואיננו סדיר וחלק. צלקת אליפטית אופקית, שקועה מתחת לפני העור מכסה למעשה את כל האזור מעל כנף האף 1.5X2.5 ס"מ. הצלקת יורדת עד לגבול הנחיר. הקיר

החיצוני של הנחיר הפך דק יותר והסימטריה מול הנחיר משמאל אבדה. ממצאי הבדיקה תואמים את תלונות התובעת.
(ראה נספח צילומים)

18. בפרק הדיון והסיכום קובע ד"ר לויאב כדלקמן:

" הזרקה לפנים למילוי קמטים איננה פעולה פשוטה בה לוקחים מזרק ומזריקים. המטפל צריך לדעת את האנטומיה המסובכת של הפנים, מיקום השרירים, מיקום מעבר עצבי הפנים, מקום מעבר העורקים המזינים והוורידים המנקזים. יש לדעת את עומק ההזרקה, באיזה חומרים להשתמש ומה רמת הצמיגות הנחוצה לאזורים השונים.

בשנים האחרונות רופאים, ללא השכלה פורמאלית בדרמטולוגיה או בכירורגיה פלסטית, עוברים במקרה הטוב איזה קורס ברפואה אסתטית, ומתחילים להזריק חומרי מילוי ובוטוקס, לרוב ללא סיבוכים. אך לעיתים, כמו במקרה זה לאסונות ולעיתים עד לעיוורון.

התובעת הזרקה עם חומצה היאלורונית, קרוב לודאי הזרקה עמוקה בגבול האף והלחי. ההזרקה חדרה לסעיף של עורק הפנים שנקרא Lateral nasal artery - "עורק האף החיצון" וחסמה אותו. חיזוק לאבחנה של החסימה הוא הלבנה של אזור ההזרקה מיד לאחריה והתרבויות השליליות לחיידקים ווירוסים.

ד"ר ילנה בניאמינסון רופאת משפחה, הזריקה ברשלנות לעורק האף, לא אבחנה בתום ההזרקה כי יש חשד לחסימת העורק. לו אבחנה או לפחות חשדה בחסימה והזריקה היאלורונידז מיד בתום ההזרקה, קרוב לודאי שהנמק לא היה מתרחש. רק למחרת אחרי שהנמק כבר נוצר הזריקה היאלורונידז אך זה היה מאוחר מדי. היא חזרה והזריקה היאלורונידז במשך מספר ימים יחד עם טיפול שגוי בהרפס.



לסיכום

הזרקה רשלנית ואיחור באבחנה, על ידי רופאה ללא השכלה פורמאלית בתחום, הביאה לחסימה ונמק בקיר החיצוני של האף מימין, להצטלקות ונכות צמיתה. " (ההדגשות לא במקור – הח"מ).

19. לאור האמור קבע ד"ר לויאב את נכותה של התובעת כדלקמן:

לאור האמור לעיל, לתובעת 100% נכות זמנית מיום ההזרקה 23/09/2019 עד לשחרורה מהאשפוז בתאריך 13/10/2019, מתאריך זה 30% נכות זמנית עד לסגירת הפצעים בתאריך 12/11/2019. כל זאת עם נכות תעסוקתית מלאה.

בהתאם לתקנות הביטוח הלאומי, תש"ז – 1956 יש לקבוע לתובעת 10% נכות צמיתה בהתאם לתוספת – תקנה 11 (1984), מתואם לפרק תשיעי סעיף 75(2)ב' צלקות הפנים.
עקב הצורך להמשיך בטיפולים יקרים כל חייה יש להפעיל את תקנה 15 ולקבוע את נכותה הקבועה על 15%

רצ"ב חוות הדעת, מסומנת כנספח "3" ומהווה חלק בלתי נפרד מכתב התביעה.

20. התובעת מבקש לשמור על זכותה לבקש לתקן את כתב התביעה ולצרף חוות דעת פסיכיאטרית.

ד. העובדות המקנות סמכות לבית המשפט:

21. הנתבעות 1 – 2 חייבות לפצות את התובעת בגין אחריותן כמפורט לעיל.

22. כל הטענות בכתב תביעה זה נטענות במצטבר או לחילופין, הכל לפי תכנון והקשרן.

23. לבית משפט נכבד זה הסמכות לדון בתביעה על פי מהותה, ערכה ומקום ניהול עסקי הנתבעת 2.

אשר על כן, מתבקש כב' ביהמ"ש להזמין את הנתבעות לדין ולחייבן, ביחד ולחוד, לפצות את התובעת כמפורט לעיל, בצירוף ריבית חוקית מירבית והפרשי הצמדה מלאים מיום הגשת התביעה ועד לתשלום בפועל, ולרבות הוצאות המשפט, שכ"ט עו"ד ומע"מ.


אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ התובעת



תוכן הנספחים (עמוד 1 מתוך 1)

שם המסמך	עמוד
נספח 1: טופס הסכמה ופירוט תכנית טיפולים (עמודים 10 עד 18)	10
נספח 2: תעודות רפואיות וקבלות חלקיות (עמודים 20 עד 44)	20
נספח 3: חוות דעת דר לויאב (עמודים 46 עד 48)	46
נספח 4: נספח צילומים לחוות דעת רפואית (עמודים 50 עד 51)	50



נספח 1 :

טופס הסכמה ופירוט תכנית טיפולים

(עמודים 10 עד 18)

נספח 1 :

טופס הסכמה ופירוט תכנית טיפולים



(עמודים 10 עד 18)



פרטים אישיים

תאריך: 24/5/16 שם פרטי: רב שם משפחה: סול

2506-991330 טלפון 099.551540 ת.ת.

תאריך לידה 06/07/77 גיל 54 הופנית ע"י פוסטלום Face

WfredCaroli@gmail.com 5"XIT

כתובת: רחוב הסיני עיר ירושלים מדינת ישראל מצב משפחתי:

קופת חולים: (מכב) / כללית / לאומית / מאוחדת

בהריון / מניקה

טוב מאוד / טוב / בינוני

מצב בריאות כללי:

נִיתוּחִים וְאַשְׁפּוּזִים בְּעֵבֶר

ש"מ"ש קבוע בתרופות

אלרגיה ל-לידוקאין / אדרנלין: כן / לא

שימוש ב-רואקוטן בן / לא

האם את סובלת או סבלת בעבר מ: מחלות כרוניות / הרפס / סרטן / התעלפויות / דיכאון

האם עברת הזדקקות או טיפולים אסתטיים אחרים בעבר? לא/כן פרטי

מה מפריע לך במראך צוואר, יד, ישיבים נחמ

להלן סוגי הטיפולים המוצעים במרפאה אנא סמני את הטיפול שאת מעוניינת:

- טיפול בקמטי הבעה/בוטוקס
- מילוי קמטים וקמטוטים
- מילוי ועיצוב לחיים
- מילוי ועיצוב שפתיים
- מילוי שקעי האף
- מילוי שקעי העיניים
- טיפול בכתמי פיגמנטציה ובנמשים
- הצערת גב הידיים
- טיפול בהזעת יתר
- אחר

אני מאשרת את נכונות הפרטים שמסרתי ומתחייבת להודיע על כל שינוי.
הנני מאשרת קבלת דיוור בנושאים הקשורים ל-BEYOND.

חתימת הלקוחה

סיכום פגישת יעוץ ואבחון

שם היועצת

מחולל
קטורק מחולל
מחולל + מחולל
26/11/35



טופס הסכמה לביצוע טיפולים אסתטיים

1. בוטוליניום A (בוטוקס/דיספורט)

טיפול זה מיועד לשפר לתקופה מוגבלת את המראה של קמטי הבעה מסוימים בפנים ופועל ע"י החלשה של שרירים מסוימים (מיועד בעיקר לשימוש בחלק העליון של הפנים). הוסבר לי כי הזרקת בוטוליניום לשרירי העפעפיים והמצח עלולה לגרום לדמום מקומי באזור ההזרקה, שטף דם תת עורי, וכן לכאב או לתחושת "שריפה" מקומית וחולפת. כמו כן, הוסבר לי כי בעקבות הזרקת הבוטוליניום עלולה להתפתח חולשה מקומית באזור ההזרקה ובשל כך לצניחת עפעפיים. פגיעה חולפת זו, עשויה להמשך עד מספר חודשים. הובהר לי שלעיתים לאחר הזרקת הבוטוליניום עלולה להופיע תחושת מחלה כשפעת, חולשה, כאבי ראש ואף חום הנמשכים ימים ספורים. הוסבר לי ואני מבינה כי קיימת אפשרות שתוך מהלך ההזרקה או זמן קצר אחריה אחוש ברע כתגובה למתח וחרדה הקשורים בפעולה עצמה. הוסבר לי כי במידה וידוע לי על מחלת לב או מצב בו התרגשות יתר עלולה לפגוע בבריאותי, באחריותי לדווח על כך לפני ביצוע ההזרקה.

2. חומר מילוי מסוג חומצה היאלורונית

ידוע לי, כי ככלל, חומר המילוי יותר באזור המוזרק במשך כשנה, אולם היות והתגובות אצל אנשים שונים הן שונות הרי פרק הזמן הזה משתנה מאדם אחד למשנהו ואף באותו מטופל, התגובה שונה בזמנים שונים. הנני מסכימה/ה לביצוע הרדמה מקומית בהתאם לשיקול דעת הרופא. ידוע לי, כי ההזרקה יכולה לגרום לסיבוכים לרבות אסימטריה, אי השגת התוצאה המקוה, יצירת גושים, דימום, היפר פיגמנטציה וזיהום, וכן לגרום לתופעות לוואי בלתי רצויות, לרבות זיהומים, שטפי דם, דימום במקום ההזרקה, נפיחות, כאבים וכד'. אני מבינה/ה שעלולים להיות גם סיבוכים ותופעות לוואי נדירים יותר אשר בדרך כלל לא מתרחשים, ועל כן לא ביקשתי הסבר על תופעות אלה. אני מבינה/ה שלא ניתן להעריך במדויק את הכמות המיטבית להזרקה, וזו תעשה בהתאם לשיקול הרופא המבצע, בתאום עם המטופל. ידוע לי כי כל תוספת של חומר, כרוכה בתשלום נוסף.

3. טיפולים אסתטיים ככלל

אני החתום/ה מטה מבקש/ת לטפל בי על ידי הזרקת בוטוליניום A ו/או חומרי מילוי מסוג חומצה היאלורונית. אני מסכימה/ה לצילום תמונות של פניי או חלקי גוף אחרים לפני ואחרי הטיפול כמקובל ברפואה אסתטית וידוע לי שיעשה בהם שימוש לצרכים מדעיים, לתיעוד ולמעקב.

אני מצהירה/ה בזה שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה ובכתב על הזרקת בוטוליניום A ו/או חומצה היאלורונית כטיפול קוסמטי רפואי בפנים, על התוצאות המקוות, על הסיכונים ועל דרכי הטיפול התלפיות האפשריות לרבות הסיכונים והסיכונים בכל אחד מהליכים אלה. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הפעולה. כמו כן, יידעתי את הרופא המטפל בנוגע למצבי הבריאותי ולהיסטוריה הרפואית שלי.

הנני מצהירה/ה שהוסבר לי, ואני מבינה/ה שהרפואה אינה מדע מדויק ולא ניתן לצפות באופן מדויק את התוצאה הסופית של ההזרקה. היות ובני האדם אינם זהים מבחינת המבנה האנטומי ותכונות העור שלהם, התגובה להזרקה עלולה להיות שונה מאדם לאדם, ובהתאמה לכך תוצאות הטיפול תהיינה שונות מאדם לאדם. תגובה שונה אצל אנשים שונים עלולה להיות גם כתוצאה מלקיחת תרופות שונות. היות ומדובר כאן בגורמים שונים שאין לרופא שליטה מלאה עליהם התוצאות יכולות להיות שונות באנשים שונים. לכן אני מבינה/ה שלא ניתן לצפות בוודאות את תגובתי להזרקה. הוסבר לי כי לא ניתן למנוע לחלוטין סיבוכים ותוצאות לא רצויות. הובהר לי כי לא יניתן זיכוי כספי משום סוג, בשל סיבוך או תוצאה לא רצויה לאחר הטיפול, כמו כן, לא יכוסו כל נזק כספי או אחר שיגרם בקשר לטיפול כמו אובדן ימי עבודה, רכישת תרופות, נסיעות מיוחדות, אשפוז, ו/או כל נזק ישיר או עקיף שיגרם בהקשר ישיר או עקיף לתוצאות הטיפול אותו אעבור.

חתימתי מהווה אישור מתוך בחירה אישית ופניה שלי לביצוע הפעולה הנ"ל.

תאריך 3.5.19 שם המטופל/ת ו.י.ג. ת.ת. חתימת המטופל/ת ו.י.ג.

אני מאשר/ת כי הסברתי למטופל את כל האמור לעיל בפרוט הדרוש וכי היא חתם על ההסכמה לאחר ששוכנעתי כי הבין את

הסבריי במלואם. שם הרופא חתימת הרופא



תאריך 3/5/19

רכישת תוכנית טיפולים

(להלן הלקוחה) רוכשת תוכנית טיפולים אסתטיים מפואיים מאת חברת ביונד קליניקס בע"מ (להלן ביונד)

המלצת היועצת

קיסוסה אר

(1310)

2490

אזורים

הרכב תוכנית הטיפולים

בוטוקס

4

מזרקי מילוי

3

מזרקי מגה ליפט

מזרקי ויטל פנים

מזרקי צוואר

מזרקי מילוי רקות

מזרקי מילוי שקעי עיניים

מזרקי קו לסת

מזרקי סנטר

מזרקי פימה

מזרקי ספישל ליפט

מזרקי דקולטה

מזרקי ידיים

אחר

המלצות נוספות

שקע עיניים
צוואר
(ב) קיה אר

• הלקוחה זכאית לבצע הזרקות וטיפולים בהתאם למגבלות הרפואיות המוכתבות על ידי הרופא האחראי.

• לא ניתן להעביר את זכויות התוכנית לאדם אחר.

• עלות התוכנית מותנה ברכישת החבילה במלואה. שינוי בהרכבה יחייב שינוי במחיר ליחידה ע"פ מחירי מחירון.

• טיפולים שבוצעו ייחשבו כקבלת תמורה מלאה.

• הלקוחה נותנת בזאת את הסכמתה להשתמש בפרטיה לצורך קבלת עדכונים ודואר מטעם החברה.

• מקבל השירות והטיפול מביונד קליניקס ערב אישית לכספים בגין הזמנה זו והחשבוניות המונפקות.

• אין אנו מתחייבים להעלים ו/או ליישר קמטים באזור המטופל לחלוטין ולא להרים את עור הפנים באזור המטופל לחלוטין.

3/5/19

חתימת הלקוחה

2490

עלות התוכנית

פרטי הלקוחה:

099851588

ת.ד.

3/5/19

חתימת הלקוחה

3/5/19

שם הלקוחה

המאשרת את התוכן והחתימה.

ח

חתימת היועצת



שם המטופל/ת: 371
תאריך: 3/5/19

תוכנית טיפולים

נותר לזכות המטופלת:

סה"כ שדרוג		
מילוי רקות	+	=
טיפול שקעי עיניים	+	=
מזותרפיה	+	=
ספיישל ליפס	+	=
טיפול ידיים	+	=
טיפול קו לסת	+	=
טיפול סנטר	+	=

סה"כ שדרוג		
בוטוקס מתנה	1 + (4) =	5
מילוי	+	=
מגה-ליפט	+	=
סאבקין	+	=
ויטל פנים	+	=
טיפול צוואר	+	=
טיפול דקולטה	+	=
טיפול פימה	+	=

תאריך: 3/5/19

בוטוקס 1/2/3/4/5
מילוי 1/2/3/4/5/6/7/8/9
פנים

הרמת פנים | עצמות לחיים | קו הלסת
הרמת פנים | עצמות לחיים | קו הלסת

מחיר - (כולל טיפול) + מחיר
שקעי עיניים
צוואר

1/2/3/4/5	ויטל פנים
1/2/3/4	מגה-ליפט
1/2/3/4	סאבקין
1/2/3/4	טיפול צוואר
1/2/3/4	טיפול ידיים
1/2/3/4	טיפול דקולטה
1/2/3/4	טיפול קו לסת
1/2/3/4	טיפול שקעי עיניים
1/2/3/4/5	ספיישל ליפס
1/2/3/4/5/6/7	מילוי רקות
1/2/3/4	טיפול סנטר
1/2/3/4/6/5	טיפול פימה

ד"ר ילנה בירדאמינסון
מ.ר. 101298

חתימת רופאה:

ביקורת מעוד שבועיים / שלושה שבועות

נותר לזכות המטופלת לאחר טיפול:

מילוי רקות	_____
טיפול שקעי עיניים	_____
מזותרפיה	_____
ספיישל ליפס	_____
טיפול ידיים	_____
טיפול קו לסת	_____
טיפול סנטר	_____

בוטוקס	_____
מילוי	_____
מגה-ליפט	_____
סאבקין	_____
ויטל פנים	_____
טיפול צוואר	_____
טיפול דקולטה	_____

הסכת 1000 ש"ח



תאריך 23/9/9

רכישת תוכנית טיפולים

(להלן הלקוחה) רוכשת תוכנית טיפולים אסתטיים מפואיים מאת חברת ביונד קליניקס בע"מ (להלן ביונד) 27

חתימת לקוחה

הרכב תוכנית הטיפולים

המלצת יועצת

מחלת בן 6-12
מצבקים

37

אזורים

בוטוקס

19904 6

מזרקי מילוי

11,940

מזרקי מגה ליפט

מזרקי ויטל פנים

מזרקי צוואר

מזרקי מילוי רקות

מזרקי מילוי שקעי עיניים

מזרקי קו לסת

מזרקי סנטר

מזרקי פימה

מזרקי ספיישל ליפט

מזרקי דקולטה

מזרקי ידיים

אחר



- הלקוחה זכאית לבצע הזרקות וטיפולים בהתאם למגבלות הרפואיות המוכתבות על ידי הרופא האחראי.
- לא ניתן להעביר את זכויות התוכנית לאדם אחר.
- עלות התוכנית מותנה ברכישת החבילה במלואה. שינוי בהרכבה יחייב שינוי במחיר ליחידה ע"פ מחירי מחירון.
- טיפולים שבוצעו ייחשבו כקבלת תמורה מלאה.
- הלקוחה נותנת בזאת את הסכמתה להשתמש בפרטיה לצורך קבלת עדכונים ודואר מטעם החברה.
- מקבל השירות והטיפול מביונד קליניקס ערב אישית לכספים בגין הזמנה זו והחשבוניות המונפקות.
- אין אנו מתחייבים להעלים ו/או ליישר קמטים באזור המטופל לחלוטין ו/או להרים את עור הפנים באזור המטופל לחלוטין.

חתימת הלקוחה 27/9/10

עלות התוכנית 304736 = 10940

פרטי הלקוחה:

שם הלקוחה 27/9/10 חתימת הלקוחה 27/9/10 ת.ז. 999851588

חתימת היועצת המאשרת את התוכן והחתימה



שם המטופל/ת: 23/9/19
תאריך: 23/9/19
תוכנית טיפולים: 23/9/19
נותר לזכות המטופל/ת:

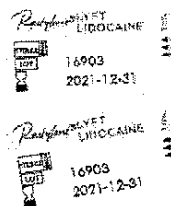
סה"כ	שדרוג	
מילוי רקות	+	=
טיפול שקעי עיניים	+	=
מזותרפיה	+	=
ספיישל ליפט	+	=
טיפול ידיים	+	=
טיפול קו לסת	+	=
טיפול סנטר	+	=

סה"כ	שדרוג	
בוטוקס	+	=
מילוי	+	=
מגה-ליפט	+	=
סאבקיו	+	=
ויטל פנים	+	=
טיפול צוואר	+	=
טיפול דקולטה	+	=
טיפול פימה	+	=

תאריך: 23/9/16

בוטוקס 1/2/3/4/5
מילוי 1/2/3/4/5/6/7/8/9
צדי העיניים | מצח | בין הגבות | הרמת גבות | קרקפת | סנטר | צוואר
פנים | NL | ML | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9
הרמת פנים | עצמות לחיים | הרמה | שקעי סנטר | מסגרת

ויטל פנים 1/2/3/4/5
מגה-ליפט 1/2/3/4
סאבקיו 1/2/3/4
טיפול צוואר 1/2/3/4
טיפול ידיים 1/2/3/4
טיפול דקולטה 1/2/3/4
טיפול קו לסת 1/2/3/4
טיפול שקעי עיניים 1/2/3/4
ספיישל ליפט 1/2/3/4/5
מילוי רקות 1/2/3/4/5/6/7
טיפול סנטר 1/2/3/4
טיפול פימה 1/2/3/4/6/5



ד"ר ילנה בינאמינא
מ.ר. 101298

חתימת רופאה:

ביקורת בעוד שבועיים / שלושה שבועות

נותר לזכות המטופל/ת לאחר טיפול:

מילוי רקות	_____
טיפול שקעי עיניים	_____
מזותרפיה	_____
ספיישל ליפט	_____
טיפול ידיים	_____
טיפול קו לסת	_____
טיפול סנטר	_____

בוטוקס	_____
מילוי	_____
מגה-ליפט	_____
סאבקיו	_____
ויטל פנים	_____
טיפול צוואר	_____
טיפול דקולטה	_____



שם המטופל/ת 301
תאריך 24/9/19

תוכנית טיפולים

נותר לזכות המטופלת:

סה"כ	שדרוג		סה"כ	שדרוג	
בוטוקס	2	+	מילוי	4	+
מילוי		+	מגה-ליפט		+
מגה-ליפט		+	סאבקין		+
סאבקין		+	ויטל פנים		+
ויטל פנים		+	טיפול צוואר		+
טיפול צוואר		+	טיפול דקולטה		+
טיפול דקולטה		+	טיפול פימה		+

תאריך 24/9/19

בוטוקס 1/2/3/4/5
מילוי 1/2/3/4/5/6/7/8/9
צידי העיניים | מצח | בין הגבות | הרמת גבות | קרקפת | סנטר | צוואר
NL | ML | בין הגבות | עצמות לחיים | הרמה | שקעי סנטר | מסגרת פנים

ויטל פנים 1/2/3/4/5

מגה-ליפט 1/2/3/4

סאבקין 1/2/3/4

טיפול צוואר 1/2/3/4

טיפול ידיים 1/2/3/4

טיפול דקולטה 1/2/3/4

טיפול קו לסת 1/2/3/4

טיפול שקעי עיניים 1/2/3/4

ספיישל ליפט 1/2/3/4/5

מילוי רקות 1/2/3/4/5/6/7

טיפול סנטר 1/2/3/4

טיפול פימה 1/2/3/4/6/5

עלנה האלף
פידו פנח רחמיאל
זמקין
הודק היסלורו גידי
300 מוכן

ד"ר ילנה בינאמינסון
ת.ד. 101295

חתימת רופאה:

ביקורת בעוד שבועיים / שלושה שבועות

נותר לזכות המטופלת לאחר טיפול:

מילוי רקות
טיפול שקעי עיניים
מזותרפיה
ספיישל ליפט
טיפול ידיים
טיפול קו לסת
טיפול סנטר

בוטוקס 2
מילוי 4
מגה-ליפט
סאבקין
ויטל פנים
טיפול צוואר
טיפול דקולטה



שם המטופל/ת: 93/1
תאריך: 2/10/19

תוכנית טיפולים

נותר לזכות המטופל/ת:

סה"כ	שדרוג	
מילוי רקות	+	=
טיפול שקעי עיניים	+	=
מזותרפיה	+	=
ספיישל ליפס	+	=
טיפול ידיים	+	=
טיפול קו לסת	+	=
טיפול סנטר	+	=

סה"כ	שדרוג	
בוטוקס	2	=
מילוי	4	=
מגה-ליפט	+	=
סאבקין	+	=
ויטל פנים	+	=
טיפול צוואר	+	=
טיפול דקולטה	+	=
טיפול פימה	+	=

תאריך: 2/10/19

בוטוקס 1/2/3/4/5
מילוי 1/2/3/4/5/6/7/8/9
צידי העיניים | מצח | בין הגבות | הרמת גבות | קרקפת | סנטר | צוואר
NL | ML | בין הגבות | עצמות לחיים | הרמה | שקעי סנטר | מסגרת פנים

ויטל פנים	1/2/3/4/5
מגה-ליפט	1/2/3/4
סאבקין	1/2/3/4
טיפול צוואר	1/2/3/4
טיפול ידיים	1/2/3/4
טיפול דקולטה	1/2/3/4
טיפול קו לסת	1/2/3/4
טיפול שקעי עיניים	1/2/3/4
ספיישל ליפס	1/2/3/4/5
מילוי רקות	1/2/3/4/5/6/7
טיפול סנטר	1/2/3/4
טיפול פימה	1/2/3/4/6/5

קיאזק עם איפון
טקו. עם קרנס באס
רפק השמחה
קומפלס משה
Syntomex
מגה-ליפט
101298

חתימת רופאה:

ביקורת בעוד שבועיים / שלושה שבועות

נותר לזכות המטופל/ת לאחר טיפול:

מילוי רקות	_____
טיפול שקעי עיניים	_____
מזותרפיה	_____
ספיישל ליפס	_____
טיפול ידיים	_____
טיפול קו לסת	_____
טיפול סנטר	_____

סיסא איפון
בין ימה למסבקים
מ. סנטר
אטק

בוטוקס	2
מילוי	4
מגה-ליפט	_____
סאבקין	_____
ויטל פנים	_____
טיפול צוואר	_____
טיפול דקולטה	_____

נספח 2 :

תעודות רפואיות וקבלות חלקיות

(עמודים 20 עד 44)

נספח 2 :

תעודות רפואיות וקבלות חלקיות



(עמודים 20 עד 44)

חובש מחלק סקסוי אב ייטו
מ.ר. 3. — < 8851588

מ 25/9/19 — 29/9/19



25/9/19

ד"ר ילנה בינאמינסון
מ.ר. 101298



מספר מזהה



107588

שם: דר' ליפשיץ רימב סופי

החום שירות: מומחית ברפואת המשפחה

כתובת: הרצל 6, הוד השרון

טלפון: 09-7726444

פקס: 09-7422522

קוד המערכת: 1444314

פרטי הובדק:

ת.ז.: 22851588

שם פרטי: נרד

שם משפחה: ויסלר ציון

טל.עבודה/נייד: 0506992338

טלפון: 0506992338

ת.ל.יד: 27/07/1967

ת.ל.יד:



0022851588

מיקוד: 4551245

חסימת שבע 2, הוד השרון

כתובת:

מחלקת רפואת המשפחה

מיון:

עיון:

החום שירות:

סוג היעוץ: רגיל

חלונות: ביקור חוזר מתאריך: 26/09/2019

בת 52, ג'3, גרפיקאית/בריאה בד"כ, ללא טיפול קבוע, ללא רג' אחר (אך נמנעת ממוקסיסין), חזרה לעשן החודש לאחר קשיים בחודש האחרון.
מחלות במשפחה: אב- סרטן השד בגיל 69
סקר- ממוגרפיה- 09.2019, במעקב כירורג שד.
קולונוסקופיה ב-2013 תקינה, בוצע בגין דמם רקטלי, תוצאות: נפיא וסרטן לחידוש.
אל וסת, ללא נטילת ויטמין D.

לפני 3 ימים ביצעה תרשומה חזקה של הוצעה היסטוריה של תסמונת לבאוליס. באותו היום לאחר מספר שעות נפוחה ושטפי דם על פני האף יורדים דיסטלית לשפתיים. (תוצאות: תסמונת) חזרה למכון בוצעה חזקה של חומרים ממיסים והומלץ על פרדניזון 20 מ"ג ל-7 ימים. הטיפול שיפר אך עדיין בדיוק. ב-2 אפסות מעל שפה עליונה מימין, ללא חום.
2.10.2019- במהלך החגים חלה החמרה, הופיעו נגעים יסוקוליים על פני טיפ האף ובהלק המידיאלי של האף, ללא עירוב העיניים, יש רושם לטשטוש ראייה בעין ימנית. תסמונת טיפוס (500 י"ל לבנוע, נוסדה מזה 3 ימים. מתארת כאבים בחצי הפנים באזור זה מקרינים לקרקפת.

ממצאים: ביקור חוזר מתאריך: 26/09/2019

במצב כללי טוב, ללא קוצר נשימה, ללא רג' אחר (אך נמנעת ממוקסיסין).
כעת הפנים וגם איפור, נראה שיש שטפי דם שיסתיים על פני טיפ האף, מלחה בנפוחות קלה.
חלל הפה- 2 אפסות עד 8 מ"מ באזור בוקלי עליון שפה עליונה
צוואר- לימפאדנופתיה צווארית לא רגישה דו"צ עד 0.5 ס"מ

היום- פנים- האף כעת מכוסה במשחה לבנה, לפי תמונות אחר-המה ועל פניה מספר וסיקולות ללא קרוסוטות, בוחר הימני במובט חיצוני רושם למספר וסיקולות על פני הבחיר.
בהלל הפה אפטה בשיפור.

- HEALTH ADVICE
- HERPES ZOSTER Suspected

מעשיות: לא

בניית ידועות:

- FAMILY HISTORY OF BREAST MALIGNANCY (11/2012)
- LIGAMENTAL DAMAGE (11/2013) lateral tear
- HIP PAIN (11/2013) lateral tear
- TOBACCO USE /DISORDER- IN REMISSION

מטרת ההפניה: בא בדיקתך, האם מערב עיניים? וכו'

02/10/2019

החתימה והחותמת של הרופא

החתימה והחותמת של המטופל

החתימה

יש להדפיס/לדפוס את הדף הזה

הדפסה: 02/10/2019 14:00:00

מ.ר גורם מפנה

שם: ד"ר קלנדרוב ניסים

תחום שירות: מומחה באף אוזן וגרון

כתובת: גרינבוים 41, תל אביב - יפו

טלפון: 03-7462200



027234

פרטי הנבדק:		שם משפחה: ויסלר ציון		שם פרטי: ורד		ת.ז.: 22851588	
ת.לידה: 27/07/1967		מין: ג		טלפון: 0506992338		טל.עבודה/נייד: 0506992338	
כתובת: חטיבה שבע 2, הוד השרון		מיקוד: 4551245					



0022851588

תמצית הביקור מתאריך 03/10/2019 בשעה 10:32

המלצות למטופל: המשך טיפול ב ZOVIRAX עד 5 ימים

SYNTHO על האף עוד שבוע

מעקב

יעוץ רופא עיניים

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

001212233001



מ.ר. גורם מפנה



0026662247



095485

שם: ד"ר ריץ נועה

תחום שירות: מומחית במחלות עור ומין

כתובת: שבזי 170, ראש העין

טלפון: 03-9115444

פקס: 03-7900890

קוד הפניה: 145028753

פרטי הנבדק:

שם פרטי: נרד	שם משפחה: ויסלר ציון	ת.ז.: 22851588
טלפון: 0506992338	מ.י.נ: 27/07/1967	ת.לידה: 27/07/1967
מיקוד: 4551245	חטיבה שבע 2, הוד השרון	כתובת: 0022851588

חדר מיון

בבדיקה שערכתי בתאריך: 06/10/2019 בשעה: 19:34 נמצא-

סוג מיון: מיון כללי

תלונות: בריאה בד"כ

לא יודעה רגישות כלשהי

תחילת בעיית העורית בסביבות ה-23/9/19 אז עברה הזרקת ח היאלורונט בקפלים נאזולאביאליים, בחלקם המדיאלי בלבד, ללא קירבה לנחיריים

מיד לאחר ההזרקת נפיחות והופעת גוון סגלגל כחלחל באף ונפיחות. מעולם לא סבלה מהרפס.

עם הופעת הנפיחות עברה זריקות של היאלורונידאז ככה"כ קומפרסים חמים.

פעמיים, לרבות בתוך רירת הפה, אז הופיעו אפטות ברירת הפה וזיקולות בקצה האף.

קיבלה טיפול מקומי בזובירקס

ממליצה על מריחה מקומית של בקטרובן ובדיקה במסגרת מיון עור.

• RASH

אבחנה:

- FAMILY HISTORY OF BREAST MALIGNANCY (12/2012)
- LIGAMENTAL DAMAGE (11/2013) laberal tear
- HIP PAIN (11/2013) laberal tear rt
- TOBACCO USE DISORDER- IN REMISSION (07/11/2018)

כניית ידועות:

מעשנות: לא

מופנה בדחיפות לחדר מיון לצורך:

חשד לשילוב הרפס זוסטר ומרכיב נמקי בקצה האף

הפינוי למיון: © בכוחות עצמו

** הפניה זו בתוקף 24 שעות מרגע הפקתה. **
תוקף הפניה זו לתאריך 07/10/2019 בשעה 19:34:30

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

06/10/2019

חתימה וחוקמת

נא לצרף מסמכים רלוונטיים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

תאריך

יש להציג העתק טופס זה, מכתב שחרור וחשבון חדר מיון בעת הפניה לסניף הקופה לקבלת התחייבות.

חבר מכבי

NOARITZ@GMAIL.COM



מ.ר גורם מפנה



0026662247



095485

שם: ד"ר ריץ גועה

תחום שירות: מומחית במחלות עור ומין

כתובת: שבזי 170, ראש העין

טלפון: 03-9115444

פקס: 03-7900890

קוד הפניה: 145028753

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 22851588

שם פרטי: ורד

שם משפחה: ויסלר ציון

טל.עבודה/נייד: 0506992338

טלפון: 0506992338

מין: נ

ת.לידה: 27/07/1967



0022851588

מיקוד 4551245

חטיבה שבע 2, הוד השרון

כתובת:

חדר מיון

בבדיקה שערכתי בתאריך: 06/10/2019 בשעה: 19:34 נמצא-

סוג מיון: מיון כללי

תלונות: בריאה בד"כ

לא יודעה רגישות כלשהי
תחילת בעייתת העורית בסביבות ה-23/9/19 אז עברה הזרקת ח היאלורונות בקפלים נאזולאביאליים, בחלקם המדיאלי בלבד, ללא
קירבה לנחיריים
מיד לאחר ההזרקת נפיתות והופעת גוון סגלגל כחלחל באף ונפיתות.
מעולם לא סבלה מהרפס.
עם הופעת הנפיתות עברה זריקות של היאלורונידאז ככה"נ. קומפרסים חמים.
פעמיים, לרבות בתוך רירית הפה, אז הופיעו אפטות ברירית הפה ווזיקולות בקצה האף.
קיבלה טיפול מקומי בזובירקס
ממליצה על מריחה מקומית של בקטרובן ובדיקה במסגרת מיון עור.

• RASH

אבחנה:

- FAMILY HISTORY OF BREAST MALIGNANCY (12/2012)
- LIGAMENTAL DAMAGE (11/2013) laberal tear
- HIP PAIN (11/2013) laberal tear rt
- TOBACCO USE DISORDER- IN REMISSION (07/11/2018)

בעיות ידועות:



מעשנת: לא

מופנה בדחיפות לחדר מיון לצורך:

חשד לשילוב הרפס זוסטר ומרכיב נמקי בקצה האף

הפינוי למיון: © בכוחות עצמו

** הפניה זו בתוקף 24 שעות מרגע הפקתה. **
תוקף הפניה זו לתאריך 07/10/2019 בשעה 19:34:30

נא להצטייד בכרטיס מגנטי

06/10/2019

חתימה וחנותמת

נא לצרף מסמכים רלוונטים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

תאריך

חבר מכבי יש להציג העתק טופס זה, מכתב שחרור וחשבון חדר מיון בעת הפניה
לסניף הקופה לקבלת התחייבות.



מערך עור

מנהל מערך: פרופ' שפרכר אלי מ.ר. 22463

שחרור רפואי

שם יחידה: מחלקת עור	מנהל/ת מחלקה: פרופ' שפרכר אלי מ.ר. 22463	אח/ות אחראית: ללי קורן
טלפון: 03-6973356	פקס: 03-6973165	דוא"ל:

שם משפחה: ויסלר ציון	שם פרטי: ורד כרמלה	ת.ז.: 22851588
תאריך לידה: 27/07/1967	גיל: 52	טלפון: 03-9614137
מין: נקבה	גורם מממן: מכבי	כתובת: חטיבה שבע 7 הוד השרון 4551250

נתוני ביקור - מספר מקרה: 12018696

תאריך קבלה למחלקה: 07/10/2019 מספר ימי אשפוז במחלקה: 7

תאריך קבלה למיון/לביה"ח: 07/10/2019 מספר ימי אשפוז בביה"ח: 7

תאריך שחרור: 13/10/2019 יעד השחרור:



אבחנות בשחרור

- OBSERVATION AND EVALUATION FOR OTHER SPECIFIED SUSP. CONDITIONS (V71.9)

בריאה בדרך כלל

תלונה עיקרית

תפרחת על פני האף

מחלה נוכחית

בת 52, גרושה +3, ילידת הארץ ממוצא רומני, גרה בהוד השרון, עובדת כמעצבת גראפית היסטוריה רפואית: בריאה בדרך כלל תרופות קבועות: א.מ.ל. רגישות או אלרגיה לתרופות: א.מ.ל. הרגלים: מעשנת לסירוגין לאורך חייה. כ-5 שנות חפיסה. אטופיה או מחלות עור אישיות או משפחתיות: א.מ.ל.

מחלה נוכחית:

זה שבועיים מתלוננת על תפרחת חדשה בפנים, לראשונה בחייה. תפרחת שבראשיתה דמתה לשטפי דם בעיקר על פני האף מצד ימין ומעט זלגה לקפל החוליבאלי. בהמשך מתארת הופעת שלפוחיות על פני התפרחת ובהמשך גם הפרשות צהובות. התפרחת מגרדת, כואבת, רגישה למגע. ללא תחושת חום או קור מקומיים.

מבחינת תסמינים סיסטמיים: מתלוננת על כאבים ותחושת לחץ בפנים ובראש מצד ימין, תחושת אטימות באוזן וכאב קל בעין ימין שחלף.

שוללת חום, ירידה במשקל או בתיאבון, הזעות לילה, שלשול או עצירות, שיעול, חלת, כאבי גרון.

מבחינת חשיפה חדשה טרם התפרחת: מספר שעות טרם הופעת התפרחת טופלה בהזרקות של חומצה הילארזנית (במכון יופי) בקפלים הנאזו-לאביאלים לראשונה בחייה. יום לאחר הופעת התפרחת טופלה ככל הנראה בהיאלורידאז (אך אין בידינו מכתב רשמי) לאיזורים רבים מסביב לאף ולפה, ולתוך החניכיים. טופלה בהזרקות הנ"ל באופן יומי במשך 3 ימים לפני הופעת הנגעים השלפוחתיים.

שוללת חבלה, עקיצה או מגע עם בעלי חיים, צמחייה חדשה, תחביבים חדשים, טיול בטבע בארץ או בחו"ל. התסמינים אינם מופיעים בקרב סובביה.

שם: ורד כרמלה ויסלר ציון	ת"ז: 22851588	מקרה: 12018696	מחלקה: מחלקת עור
--------------------------	---------------	----------------	------------------

טיפול ובירור טרם קבלתה:

#רופאת משפחה (סוף ספטמבר) - בבדיקתה 2 אפסות עד 8 מ"מ באזור בוקאלי עליון ושפה עליונה, ולימפאדנופתיה צווארית. טופלה תחילה בפרדניזון 20 מ"ג*1 השלימה סה"כ שבוע (עד 5 ימים טרם קבלתה) ובהמשך לאור חשד להרפס זוסטר טופלה ב ZOVIRAX פומי 800 מ"ג*5 ביום למשך שבוע (השלימה 3 ימים טרם קבלתה) - עם שיפור בפריחה. לציין כי טופלה מקומית SYNTHOMYCIN וב ZOVIRAX. כמו p במשככי כאבים: Rokacet plus + dexanmol

#רופא א"ג (תחילת אוקטובר) - בבדיקתו 2 נגעים וזיקולאריים במאורות האף ללא רושם לדלקת מסביב לנגעים. ללא ממצאים נוספים באוזניים ובגרונ. #רופאת עור בקהילה (יום טרם קבלתה) - הומלץ על טיפול מקומי של בקטרובן והפנתה למיון.

בקבלתה במיון:

מדדים חיוניים: ל"ד 140/79, דופק 74, ללא חום 36.9.

---מעבדה---

ספירת דם - Hb - 13.9, WBC - 9.8, PLT - 274. כימיה - תכליה תקינים, ללא הפרעות אלקטרוליטריות משמעותיות. CRP 1.5

תולדות עבר

בריאה בד"כ לא נוטלת תרופות

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

בדיקות וממצאים בעור

על רקע עור בריא, על פני האף בחלקו הדיסטלי בחצי הימני, תפרחת המורכבת מרובד אריתמי, עם גבול חד. על פניו מספר שלפוחיות בודדות, וגלדים זהובים. בנחיר האף רושם לרובד נוסף על פניו מספר שלפוחיות. ללא מעורבות רירית הפה. לימפה: לא נמושו בלוטות מוגדלות. ציפורנים: מחופות בלק.

בדיקה גופנית

נבדק: ק

בלוטות לימפה תקין לא נמושו בכל התחנות.

בית חזה וריאות תקין נשימה בועית שווה וטובה על פני שתי הריאות, ללא חרחורים, קריפיטציות או צפצופים.

לב כלי דם תקין קולות סדירים, תקינים, לא נשמעו קולות נוספים או אוושות.

בטן תקין רכה, לא רגישה, כבד או טחול לא נמושו מוגדלים, לא נמצאו סימני גירוי ציפקי, יע תקין

הרגלים

מעשן/ת: ק 10 סיגריות ליום מזה 1 חודשים, חזרה לעשן לאחר הפסקה שנה וחודשיים

אלכוהול: לא

סמים: לא

שינה: אינה תקינה, לא לוקחת דבר

רקע סוציאלי

בת 52, גרושה +3, ילידת הארץ ממוצא רומני, גרה בהוד השרון, עובדת כמעצבת גראפית

הוראות ופעולות

תאריך	שעה	קטגוריה	מדד	תוצאות והערות
13/10/2019	05:56	מדדים		
			חום	36.6
			דופק	66
			לחץ דם	111/60
12/10/2019	16:41	מדדים		
			חום	36.7
			דופק	76
			לחץ דם	130/74
12/10/2019	06:36	מדדים		
			חום	36.4

שם: דוד כרמלה ויסלר ציון	ת"ז: 22851588	מקרה: 12018696	מחלקה: מחלקת עור
--------------------------	---------------	----------------	------------------

דופק	60
לחץ דם	103/56
חום	36.6
דופק	59
לחץ דם	125/67
חום	36.6
דופק	57
לחץ דם	131/69

11/10/2019 16:21 מדדים

11/10/2019 05:38 מדדים

סיכום ודיון

בת 52, היסטוריה רפואית כמתואר בקבלתה.

אושפזה בשל תפירת על האף זה כשבועיים לאחר הזרקה מקומית של חומצה היאלרונית ל-NASOLABIAL FOLD. הרושם כי מדובר בתסחיף ל LATERAL NASAL ARTERY, עם חשד לזיהום משני.

במהלך אשפוז עברה בירור שכלל:

PCR להרפס - שלילי

מטוש חיידקי - ללא צמיחה

מטוש פטרייתי - תשובה טרם התקבלה במועד השחרור

מעבדה יציבה לאורך אשפוז:

המוגלובין 13, ללא לויקוציטוזיס 7.2, טסיות 223

אלקטרוליטים בנורמה, קריאטנין 0.7, אנזימי כבד תקינים, CRP 1

תפקודי תריס בנורמה



ביוץ פלסטיקאי:

ב 23.09.2019 עברה הזרקה של HA ל NLF דו"צ, לדבריה במועד ההזרקה הופעת איזור לבן באיזור ההזרקה מימין, מיד עם ההופעה בוצעה הזרקה של הילורנידז לאיזור ההזרקה. בהמשך הופעה איזור כחלחל הנמשך מאיזור ההזרקה, לשפה עיונה מימין, גשר האף והנחיר מימין ועד ל TIP של האף. שבוע לאחר מכן עקב הופעה של וזיקולות טופה באבחנה של הרפס בזובירקס פומי וסטראידים. כעת מאושפזת במחלקת עור, טופלה אנט.

בבדיקתה כעת-

אף- TIP האף פצע בממדים של 4*2 מ"מ דרגה 2 שטחית, בתהליך החלמה, ללא סמני זיהום, רושם מסביב לאיזור הנמשך מהטיפ ועד לנחיר מולל שעבר החלמה שניונית.

לסיכום-

טיפול המתאים לנמק ע"ר פגיעה וסקולרית לאחר הזרקת HA, רוב האיזור עבר החלמה שניונית, נותר מוקדם קטן שנמצא בתהליכי החלמה מתקדמים ללא סמני זיהום.

מאחר ומדובר באיזור של פצע קטן הרושם שטיפול בהילורנידז או תל לחץ בשלב זה לא יביאו לתועלת נוספת המלצות-

רחצה פעמיים ביום עם מים וסבון

משחת בטאקורטן G פעמיים ביום לאחר הרחצה

המנעות מגורמים מהמים עד להחלמה מלאה של הפצע

המנעות מחשיפה ישירה לשמש לאל קרם הגנה במשך 6 חודשים

לאחר החלמת הפצע טיפול לאיזור הצלקת ע"י יריעות סיליקון

ביוץ אג:

בבדיקתה:

במצב כללי טוב

בקצה האף איזור אדמומי גבשושי מימין, מעט דה סקומוציה של TIP

במישור בפנים האף - ללא פלוקטואציה, ללא אבצס, ללא הפרשה מוגלתית בחלל.

לסיכום - ללא מקום להתערבות אא"ג כעת.

הומלץ על ביקורת, כמפורט מטה.

בשאלה של טיפול בתא לחץ נועצנו עם מומחה בתחום, אשר התרשם כי לאור משך הזמן שעבר מאז ההזרקה, הרושם הוא כי לא תהיה תועלת רבה לטיפול. הנושא ישקל בשנית בעת ביקורת מרפאותינו.

שם: דוד כרמלה ויסלר ציון	ת"ז: 22851588	מקרה: 12018696	מחלקה: מחלקת עור
--------------------------	---------------	----------------	------------------

במהלך אשפוז טופלה ב- CEFAMEZINE במינון 2 גרם, 3 פעמים ביום למשך 2 יממות, אשר בהמשך הומר לטיפול ב- CEFORAL במינון 500 מ"ג, 4 ביום, למשך 3 יממות נוספות. במקביל, טופלה ב- CIPROFLOXACIN במינון 500 מ"ג, השלימה 6 מנות.

מקומית טופלה תחילה ב- GRNUFLEX אשר בהמשך הומר לטיפול במשחת THREOLONE. עם טיפול זה שיפור במראה התפרחת, וירידה הדרגתית של הבצקת. עם זאת, ביום שחזרה עדיין בצקת מרשימה באזור, וכן גלד דמי בקצה האף.

לסיכום, בת 53 אשר אושפזה בשל פגיעה וסקולרית באזור האף עם רושם לזיהום חיידקי משני לאחר הזרקה מקומית של חומצה הילארית כשבועיים טרם פנייתה למוסדנו. טופלה במהלך אשפוז אנטיביוטית וכן בסטרואידים מקומיים, עם הטבה חלקית. ללא מקום להתערבות נוספת לאור הזמן שחלף מאז ביצוע הפרוצדורה. משתחררת כעת לביתה במצב טוב, עם ההמלצות הבאות:

המלצות כלליות

המלצה: -המשך מעקב רופא מטפל. יש להצטייד במכתב זה
-ביקורת במרפאתנו, מצורף זימון למכתב זה, 28.10.19 בשעה 10:10. בניין סמי עופר קומה 6. יש להמציא טופס התחייבות ("טופס 17").

-המשך טיפול במשחת BETACORTEN G, פעמיים ביום לאזור הפצע, למשך 14 יום
-רחצה פעמיים ביום עם מים וסבון
-יש להימנע מגורמים מזהמים עד להחלמה מלאה של הפצע
-יש להימנע מחשיפה ישירה לשמש ללא קרם הגנה במשך 6 חודשים. מומלץ שימוש ב-SPF 50 ומעלה.
-ביקורת אף בקהילה בעוד כשבועיים
-בכל החמרה, לרבות החמרה במראה התפרחת או הכאב יש לפנות לעזרה רפואית דחופה

רפואה שלמה!
ד"ר שיר עזריאלנט
ד"ר שמיר גלר

הדרכת מטופל בשחרור

מומלצת הפסקת עישון

החולה הודרך לגבי תכנית הטיפול המתוכננת לו

לא ידוע שימוש בתרופות קבועות

תרופות מומלצות

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓	לאף			14 ימים	1 X 2 ביום	1 application	Topical	BETACORTEN-G OINTMENT (GENTAMICIN SULPHATE, BETAMETHASONE VALERATE)

תוצאות מעבדה

ערכי ייחוס	בשחרור	תאריך	בקבלה	תאריך	בדיקה
מיון-רוטינה					
ספירת דם					
ערכי ייחוס	בשחרור	תאריך	בקבלה	תאריך	בדיקה
4.0 - 11.0	7.2	10/10/19	9.8	07/10/19	WBC
35 - 45	38	10/10/19	42	07/10/19	HCT
80.0 - 96.0	91.8	10/10/19	91.9	07/10/19	MCV
26.0 - 34.0	31.2	10/10/19	30.6	07/10/19	MCH
31.0 - 37.0	34.0	10/10/19	33.2	07/10/19	MCHC
0.0 - 15.0	14.0	10/10/19	14.1	07/10/19	RDW
7.0 - 12.0	8.2	10/10/19	7.9	07/10/19	Mean platelet volume
40.0 - 75.0	54.2	10/10/19	57.7	07/10/19	Neutrophils %
20.0 - 40.0	36.3	10/10/19	33.8	07/10/19	Lymphocytes %
2.0 - 13.0	6.7	10/10/19	5.8	07/10/19	Mono%
0.0 - 6.0	2.3	10/10/19	1.8	07/10/19	Eosinophils %

שם: ורד כרמלה ויסלר ציון	ת"ז: 22851588	מקרה: 12018696	מחלקה: מחלקת עור
--------------------------	---------------	----------------	------------------

ערכי ייחוס	בשחרור	תאריך	בקבלה	תאריך	בדיקה
0.0 - 1.9	0.5	10/10/19	0.9	07/10/19	Basophils%
1.4 - 6.0	3.9	10/10/19	5.6	07/10/19	Neutrophils No.
1.2 - 3.0	2.6↑	10/10/19	3.3↑	07/10/19	Lymphocytes No.
0.0 - 1.3	0.5	10/10/19	0.6	07/10/19	Monocytes No.
0.0 - 0.4	0.2	10/10/19	0.2	07/10/19	Eosinophils No.
0.0 - 0.2	0.0	10/10/19	0.1	07/10/19	Basophils No.
	0.0	10/10/19	0.1	07/10/19	NRBC/100 WBC
11.7 - 15.5	13.0	10/10/19	13.9	07/10/19	Hemoglobin
		07/10/19		07/10/19	CBC -Blood count, complete automated, panel
3.8 - 5.1	4.2	10/10/19	4.5	07/10/19	RBC
150 - 450	223	10/10/19	274	07/10/19	Platelet, automated count

וירולוגיה וסרולוגיה

ערכי ייחוס	בשחרור	תאריך	בקבלה	תאריך	בדיקה
	Not detected	10/10/19	Not detected	10/10/19	Varicella zoster PCR
	Not detected	10/10/19	Not detected	10/10/19	Herpes simplex type 1 PCR
	Not detected	10/10/19	Not detected	10/10/19	Herpes simplex type 2 PCR

אנדוקרינולוגיה-דם

ערכי ייחוס	בשחרור	תאריך	בקבלה	תאריך	בדיקה
0.70 - 1.80	1.07	10/10/19	1.07	10/10/19	Thyroxine (T4), free - blood
0.40 - 4.70	1.78	10/10/19	1.78	10/10/19	Thyroid stimulating hormone (TSH) - blood

כימיה בדם

ערכי ייחוס	בשחרור	תאריך	בקבלה	תאריך	בדיקה
<5 - 25	9	10/10/19	9	07/10/19	Urea nitrogen (BUN) - blood
23.0 - 35.0	20.0↓	10/10/19	20.0↓	10/10/19	Globulin - blood
35.0 - 50.0	42.0	10/10/19	42.0	10/10/19	Albumin
<0.1 - 1.20	0.45	10/10/19	0.45	10/10/19	Bilirubin, total - blood
95 - 110	107	10/10/19	105	07/10/19	Chloride - blood
0.60 - 1.10	0.70	10/10/19	0.68	07/10/19	Creatinine
70 - 110	86	10/10/19	86	07/10/19	Glucose - blood
6 - 28	14	10/10/19	14	10/10/19	Gamma glutamyltransferase (GGT) - blood
208 - 378	306	10/10/19	306	10/10/19	Lactate dehydrogenase (LD) - blood
46.00 - 116.00	75.00	10/10/19	75.00	10/10/19	Alkaline Phosphatase - blood
3.50 - 5.30	4.56	10/10/19	4.61	07/10/19	Potassium - blood
64.0 - 83.0	62.0↓	10/10/19	62.0↓	10/10/19	Protein, total - blood
135.0 - 146.0	140.0	10/10/19	140.0	07/10/19	Sodium - blood
<7 - 40	18	10/10/19	18	10/10/19	Aspartate aminotransferase, AST (GOT) - blood
<8 - 35	18	10/10/19	18	10/10/19	Alanine amino transferase, ALT (GPT) - blood
<0.03 - 5.00	1.14	10/10/19	1.56	07/10/19	CRP (WIDE RANGE)

חתימת רופא

זמן חתימה	תפקיד	שם החותם
13/10/2019 13:31	רופא	עזריאלנט שיר מ.ר. 147786

שם רופא בכיר מאשר השחרור

השחרור אושר על ידי: ד"ר שמיר גלר

בכל פנייה למיון לאחר שחרור מאשפוז, עליך להצטייד בהתחייבות כספית או בתשלום כספי.

מ.ר גורם מפנה



0306665431



107588

שם: דר' ליפשיץ ריינוב סופי

תחום שירות: מומחית ברפואת המשפחה

כתובת: הרצל 6, הוד השרון

טלפון: 09-7726444

פקס: 09-7422522

קוד הפניה: 145789689

פרטי הנבדק:	שם משפחה: ויסלר ציון	שם פרטי: ורד	ת.ז.: 22851588
ת.לידה: 27/07/1967	מין: נ	טלפון: 0506992338	טל.עבודה/נייד: 0506992338
כתובת: חטיבה שבע 2, הוד השרון	מיקוד: 4551245		
0022851588			

מרפאות חוץ

מחלקה: עור ומין

אבחנה:

• RASH
NOSE

תלונות: בת 52, ג+3, גרפיקאית, בריאה בד"כ. ללא טיפול קבוע, ללא רגישות תרופתית (אך נמנעת ממוקסיפן), חזרה לעשן החודש לאור קשיים בחודש האחרון.
מחלות במשפחה- אם- סרטן השד בגיל 69
סקר- ממוגרפיה- 09.2019, במעקב כירורג שד.
קולונוסקופיה ב-2013 תקינה, בוצע בגין דמם רקטלי. תאמה תור לרפא גסטרו לחידוש.
אל זסט, ללא נטילת ויטמין D.

חזרה מאשפוז בעור באיכילוב, אושפזה ל-7 ימים, במהלך האשפוז- רושם לתסחיף בעורק לטרלי נאזלי עם חשד לזיהום משיני, בוצע בירור הרפס- שלילי, מטוש חיידקי שלילי, פיטריית לא חזר, נבדקה ע"י רופא פלסטיקאי ואא"ג. טופלה בצפמדין *
3, בהמשך צפול, בהמשך בציפרו, מקומית טופלה בגרנופלקס וסטרואדיים מקומיים עם הטבה חלקית
המלצות- ביקורת במרפאת עור ב-28.10.19, המשך טיפול בבטאקרונן G, רחצה פעמיים ביום, יש להמנע מגורמים מזהמים, לחשיפה ישירה לשמש, ביקורת אא"ג בקהילה"



בעיות ידועות:

- FAMILY HISTORY OF BREAST MALIGNANCY (12/2012)
- LIGAMENTAL DAMAGE (11/2013) laberal tear
- HIP PAIN (11/2013) laberal tear rt
- TOBACCO USE DISORDER- IN REMISSION (07/11/2018)

מטרת הפניה לייעוץ: המשך מעקב לאחר אשפוז, תודה.

16/10/2019

חתימה וחתימת הרופא

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

תאריך

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 16/10/2019 עד תאריך - 13/04/2020

לתשומת לבך: הפניה זו איננה מהווה התחייבות לבית החולים. עליך לקבל בנוסף טופס התחייבות. במידה ולא קיבלת מהרופא טופס התחייבות עליך לפנות עם ההפניה לסניף מכבי הקרוב למקום מגוריך להמשך טיפול.

ניתן לבקש התחייבות גם דרך האפליקציה.
ברצוננו להדגיש כי נותן השירות יקבע ע"י מכבי בעת אישור הבקשה.

דף 1

מ.ר. גורם מפנה



107588

שם: דר' ליפשיץ ריינוב סופי

תחום שירות: מומחית ברפואת המשפחה

כתובת: הרצל 6, הוד השרון

טלפון: 09-7726444

פקס: 09-7422522

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 22851588

שם פרטי: ורד

שם משפחה: ויסלר ציון

טל.עבודה/נייד: 0506992338

טלפון: 0506992338

מין: נ

ת.לידה: 27/07/1967

ת.לידה:



0022851588

מיקוד: 4551245

חטיבה שבע 2, הוד השרון

כתובת:

תמצית הביקור מתאריך 16/10/2019 בשעה 09:35

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

הפניות, אשורים ודפי מידע

שם/תיאור	מתאריך	עד תאריך	סוג	הפניה
מרפאות חוץ	25/09/2019	24/10/2019	אישור	אישור
אישור מחלה				

001219313351



מכבי שירותי בריאות

תאריך הדפסה: 16/10/2019

מ.ר גורם מפנה



107588

שם: דר' ליפשיץ ריינוב סופי

תחום שירות: מומחית ברפואת המשפחה

כתובת: הרצל 6, הוד השרון

טלפון: 09-7726444

פקס: 09-7422522

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 22851588

שם פרטי: ורד

שם משפחה: ויסלר ציון

טל.עבודה/נייד: 0506992338

טלפון: 0506992338

מין: נ 27/07/1967

ת.לידה:



0022851588

מיקוד 4551245

חטיבה שבע 2, הוד השרון

כתובת:

אישור מחלה

הגני לאשר כי הנ"ל חלה/תה, האבחנה מפורטת ברשומה הרפואית.

אינו/ה מסוגלת/ל לעבוד מיום: 25/09/2019 עד יום: 24/10/2019 סה"כ: 30 ימים.

16/10/2019

חתימה וחותמת הרופא

תאריך



מ.ר גורם מפנה

שם: דר' ליפשיץ ריינוב סופי

תחום שירות: מומחית ברפואת המשפחה

כתובת: הרצל 6, הוד השרון

טלפון: 09-7726444

פקס: 09-7422522

קוד הפניה: 145789689



030665431



107588

פרטי הנבדק:

שם משפחה: ויסלר ציון

שם פרטי: ורד

ת.ז.: 22851588

ת.לידה: 27/07/1967

מ.י.נ: 0506992338

טלפון: 0506992338

טל.עבודה/נייד: 0506992338

כתובת: חטיבה שבע 2, הוד השרון

מיקוד: 4551245

מיקוד: 4551245



0022851588

מרפאות חוץ

מחלקה: עור ומין

אבחנה:

• RASH
NOSE

תלונות: בת 52, ג3+, גרפיקאית, בריאה בד"כ. ללא טיפול קבוע, ללא רגישות תרופתית (אך נמנעת ממוקסיפן), חזרה לעשן החודש לאור קשיים בחודש האחרון.

מחלות במשפחה- אם- סרטן השד בגיל 69
סקר- ממוגרפיה- 09.2019, במעקב כירורג שד.
קולונוסקופיה ב2013 תקינה, בוצע בגין דמם רקטלי. תאמה תור לרופא גסטרו לחידוש.
אל וסת, ללא נטילת ויטמין D.

חזרה מאשפוז בעור באיכילוב, אושפזה ל7 ימים, במהלך האשפוז- רושם לתסחיף בעורק לטרלי נאזלי עם חשד לזיהום משני, בוצע בירור הרפס- שלילי, מטוש חיידקי שלילי, פיטריית לא חזר, נבדקה ע"י רופא פלסטיקאי וא"ג. טופלה בצפמיזין *
3, בהמשך צפזול, בהמשך בציפרו, מקומית טופלה בגרנופלקס וסטראדיים מקומיים עם הטבה חלקית
המלצות- ביקורת במרפאת עור ב28.10.19, המשך טיפול בבטאקרוטן G, רחצה פעמיים ביום, יש להמנע מגורמים מזהמים, אחשיפה ישירה לשמש, ביקורת א"ג בקהילה"

בעיות ידועות:

- FAMILY HISTORY OF BREAST MALIGNANCY (12/2012)
- LIGAMENTAL DAMAGE (11/2013) laberal tear
- HIP PAIN (11/2013) laberal tear rt
- TOBACCO USE DISORDER- IN REMISSION (07/11/2018)

מטרת הפניה לייעוץ: המשך מעקב לאחר אשפוז, תודה.

16/10/2019

חתימה וחזותמת הרופא

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

תאריך

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 16/10/2019 עד תאריך - 13/04/2020

לתשומת לבך: הפניה זו איננה מהווה התחייבות לבית החולים. עליך לקבל בנוסף טופס התחייבות. במידה ולא קיבלת מהרופא טופס התחייבות עליך לפנות עם ההפניה לסניף מכבי הקרוב למקום מגוריך להמשך טיפול.

ניתן לבקש התחייבות גם דרך האפליקציה.
ברצוננו להדגיש כי נותן השירות יקבע ע"י מכבי בעת אישור הבקשה.

דף 1

מ.ר. גורם מפנה



107588

שם: ד"ר ליפשיץ ריינוב סופי

תחום שירות: מומחית ברפואת המשפחה

כתובת: הרצל 6, חוד השרון

טלפון: 09-7726444

פקס: 09-7422522

פרטי המבקש:		שם משפחה: ויסלר ציון		שם פרטי: נירד		ת.ז.: 22851588	
ת.ל.יד: 27/07/1967		טלפון: 0506992338		סל.עבודה/נויד: 0506992338		מיקוד: 4551245	
כתובת: חטיבה שבע 2, חוד השרון		0022851588					

אישור מחלה

נני לומר כי הנ"ל חלה/תה, תוצאות ויפוטות ברשומות הרפואיות.

מ/ר ויסלר/ח' לעבוד: 25/09/2019 עד: 24/10/2019 סה"כ: 30 ימים

ד"ר ליפשיץ ריינוב סופי
מומחית ברפואת המשפחה
מ"ר 107588
חוד השרון

16/10/2019

תאריך



מ.ר גורם מפנה



027234

שם: ד"ר קלדרוב ניסים

תחום שירות: מומחה באף אוזן וגרון

כתובת: גרינבוים 41, תל אביב - יפו

טלפון: 03-7462200

פרטי הנבדק:		שם משפחה: ויסלר ציון		שם פרטי: נרד		ת.ז.: 22851588	
ת.לידה: 27/07/1967		מין: נ		טלפון: 0506992338		טל.עבודה/נייד: 0506992338	
כתובת: חטיבה שבע 2, הוד השרון		מיקוד: 4551245					



0022851588

תמצית הביקור מתאריך 17/10/2019 בשעה 10:05

המלצות למטופל: מעקב רופא עור ופלסטויקה
ביקור חוזר בעוד 3 חודש

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

001220035691



13.10.19	לכבוד
	ויסלר ציון ורד כרמלה
2285158-8	חטיבה שבע 7
00000000 מס' זימון:	הוד השרון, 4551250

א.ג.ל.

הנדון: זימון למרפאת עור ומין

מר/גב' ויסלר ציון ורד כרמלה 2285158-8 מוזמן/ת ביום שני 28/10/2019 לשעה 10:10 למרפאת עור ומין לטיפול מתקדם-א בבנין ע"ש סמי עופר קומה 6.

לביקורת	קוד שירות	תיאור שירות	כמות
	99242	בדיקת רופא עור ומין - ה	1

שעת הזימון הינה שעה משוערת ותיכון המתנה

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

לחשומת 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: 03-6974000 מס' פקס מרפאה: 074-7219805 דוא"ל מרפאה: der-clinic@tlvmc.gov.il	מס' טלפון מוטל: 03-9614137
-----------------	---	----------------------------

1. חולים לאחר אשפוז-יש להביא העתק דו"ח סיכום מחלה של האשפוז האחרון! 2. מטופל נכה, בעל תו חניה ממשרד התחבורה, זכאי לחניה חינם-בימי חול מהשעה 16:00 ועד 07:00 למחרת ובימי שישי מהשעה 07:00 ועד 13:00 בחניון סמי עופר ובשאר השעות בחניון ויימן. לקבלת הטבה, הצג/י תו נכה בתוקף בהגעה למרפאה. 3. במקרים בהם קיימת מוגבלות כלשהי העלולה לסכן את בטיחותך ולגרור לנפילה (במיוחד אם נפלת מספר פעמים החודש או אם אתה סובל מהפרעות ביציבות או נעזר במקל או הליכון), חובתך להגיע למרכז הרפואי עם מלווה. 4. המרפאה הינה בבי"ח ציבורי ועפ"י הנחיות משרד הבריאות, אין התחייבות לקבלה לרופא מקצועי ספציפי, הנותן שירות במרפאה. 5. המרכז הרפואי ת"א הינו בית חולים אוניברסיטאי ועל כן מתקיימת בו הוראת סטודנטים במהלך וכחלק מטיפול הרפואי בד, תוך שמירה על פרטיותך וכבודך. 6. להימנע מלהגיע לביה"ח עם חפצי ערך. 7. אפליקציית ניווט להולכי רגל בביה"ח! חפש "איכילוב" בחנות האפליקציות. מטופל מתחזק לגיל 18 צריך ליווי אפוסטרופוס. לתשומת לבך, במידה ויכצעו בדיקות וטיפולים שאינם מכוסים ע"י סופס התחייבות מהמבטח תחויב/י בתשלום או בהמצאת כיסוי נוסף מהמבטח עבור שירותים אלו.	הערות
--	-------

בברכה,

הנהלת מרפאות חוק

מתוך 1

עמוד 1

תאריך: 13.10.19

MAAYANAH :הודפס ע"י

מערך עור
מנהל מערך: פרופ' שפרבר אלי מ.ד. 22463

סיכום טיפול

שם יחידה: המרכז המשולב לאסתטיקה	מנהלת מחלקה: פרופ' שפרבר אלי מ.ד. 22463	אח/ות אחראית: נרד אוליד
טלפון: 03-6972424	פקס: 03-6974998	דוא"ל: shoshiz@tlvmc.gov.il

שם משפחה: ויסלר ציון	שם פרטי: נורד כרמלה	ת.ז: 22851588
תאריך לידה: 27/07/1967	גיל: 52	טלפון: 03-9614137
מין: נקבה		כתובת: חטיבה שבע 7 חוד השרון 4551250

נתוני ביקור - תאריך: 05/05/2020 שעה: 16:20 מספר ביקור: 38032337

אבחנות בביקור

- SCAR (709.2)

בריאה בדרך כלל

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

בדיקות וממצאים בעור

מוכרת לנו לאחר אישפוז במחלקת עור בגין צלקת דפורמטיבית משנית לאירוע חסימת דם לאחר הזרקת ח.ה. כעת צלקת משולבת אטרופית והיפרטרופית. מראה דפורמטיבי. הופנתה למרכז המשולב לאסתטיקה להתחלת טיפול דחוף בצלקת כדי להגיע לתוצאה האסתטית המיטבית.

פירוט טיפול

עברה הזרקת של חומצה היאלרונית לתיקון חוסר אחידות באף. מהלך הטיפול תקין.

המלצות בשחרור

לסיכום

נאמור, מטופלת הסובלת מצלקות ודיפורמציה באף בעקבות חסימת כלי דם לאחר הזרקת חומצה היאלרונית. המטופלת נזקקה למספר טיפולים לצורך תיקון הצלקות ודיפורמציה באף לרבות טיפולי לייזר CO2 והזרקות חומרי מילוי לרבות רדיאס וחומצה היאלרונית לתיקון החוסר אחידות באף. עם הטיפולים חל שיפור ניכר אך עדיין ניכר הצורך בהמשך הטיפולים לתיקון החוסר אחידות.

המלצות להמשך טיפול:

- נא להימנע מלגעת באזור הטיפול עד 4 שעות לאחריו. לאחר פרק זמן זה ניתן לשטוף את האזור בעדינות בעזרת סבון ומים הימנע/י ממריחת איפור על אזורי הטיפול עד יום לאחר הטיפול.
- עד לחלוף האדמומיות והנפוחות הראשוניים יש להימנע מחשיפת אזורי הטיפול למים חמים מדי, גקוזי או סאונה. כמו כן יש להימנע מחשיפה ישירה לשמש.
- אין לעסוק בפעילות גופנית והתעמלות מאומצת לפחות 24 שעות ממועד ההזרקת.
- במידת האפשר נמליץ לישון על הגב או על הצד (לא על הפנים).
- אין לבצע טיפול פנים או מסאג לפנים בשבועיים לאחר הטיפול.
- מומלץ לוודא כי לא מתוכננים אירועים חברתיים חשובים 7-10 ימים לאחר הטיפול.
- יש להימנע מנטילת אספירין, תרופות ממשפחת ibuprofen וויטמינים שונים למשך 5 ימים לאחר ההזרקת.

יש לפנות אלינו במידה באופן מידי אם הבחנת בשלפוחיות או פצעים בסמוך לאזור ההזרקת, אם קיים מל שינוי בצבע בעור (שאינו שטף דם) או אם קיימת נפיחות או כאב שאינם משתפרים או הולכים וגוברים באזורי הטיפול.



0022851588

גברת ויסלר ציון ורד

חטיבה שבע 2 הוד השרון

טלפון: 0506992338 טל סלולרי: 0506992338 Rp.

סה"כ: OP 1

שם התרופה: **Ont. mupirocin 20 mg/g**

שמות החלופות: ONT. MUPIROCIN-TEVA 2% 15GR <1 OP> [22715]
* ONT. BACTROBAN DERMAL 2% X 15GR <1 OP> [20699]

הוראות שימוש: למריחה 2 פעמים ביום, (בוקר 1, ערב 1) לתקופה של 7 ימים.

לא בפנקס התרופות של מכבי. על חשבון החבר בלבד.



* ההשתתפות העצמית תקבע בבית המרקחת על פי תוכנית הגביה המאושרת לקופה, ועל פי הנהלים שבתוקף ביום הניפוק



[מ.ס.]

065087

* בידיעתי ובאחריותי מורשה הרוקח/ת לנפק חלופה גנרית שאושרה ע"י הקופה אלא אם ציינתי אחרת.

ד"ר ריץ נועה
מומחית במחלות עור ומין
שבזי 170, ראש העין
מ.ר.: 95485 טל: 03-9115444



095485

ד"ר נועה ריץ
מומחית במחלות עור ומין
שבזי 170, ראש העין
מ.ר.: 95485 טל: 03-9115444

חתימה וחותמת הרופא

ת.הפקה: 06/10/2019

חובה להציג כרטיס מגנטי בבית מרקחת!

לידיעתך מרשם המופק עם חתימה דיגיטאלית יגופק בבית המרקחת רק אם הוא מופיע במאגר המרשמים הממוחשב, תאריך ניפוק תואם את המרשם, חותמת אלקטרונית מוטבעת. מרשם לא נוצל עדיין.

תאריך ושעת ההדפסה: 12:07 28/10/2019

חסוי רפואי

The State of Israel | Ministry of Health
Tel-Aviv Sourasky Medical Center
Affiliated to Tel-Aviv University
Sackler School of Medicine



רפואה חובילה ואנושית

MEDICAL EXCELLENCE AND COMPASSIONATE CARE

מדינת ישראל | משרד הבריאות
המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב

מערך עור

מנהל מערך: פרופ' שפרכר אלי מר. 22463

סיכום ביקור רפואי

שם יחידה: מרפאת עור	מנהל/ת מחלקה: פרופ' שפרכר אלי מר. 22463	אח/ות אחראית: זורד אוליד
טלפון: 03-6973585	פקס: 03-6973165	דוא"ל:

שם משפחה: ויסלר ציון	שם פרטי: זורד כרמלה	ת.ז.: 22851588
תאריך לידה: 27/07/1967	גיל: 52	טלפון: 03-9614137
מין: נקבה	גורם מממן: מכבי	כתובת: חטיבה שבע 7 הוד השרון 4551250

נתוני ביקור - תאריך: 28/10/2019 שעה: 12:04 מספר ביקור: 37504993

תלונה עיקרית

צלקת דפורמטיבית משנית לאירוע חסימת דם לאחר הזרקת ח.ה.

מחלה נוכחית

מוכרת לנו לאחר אישפוז (לפני שבוע). נא ראו סיכום אישפוז.
כעת צלקת משולבת אטרופית והיפרטרופית. מראה דפורמטיבי. מופנית למרכז המשולב לאסתטיקה להתחלת טיפול דחוף בצלקת כדי להגיע לתוצאה האסתטית המיטבית.

הרגלים

מעשן/ת: כ 10 סיגריות ליום מזה 1 חודשים, חזרה לעשן לאחר הפסקה שנה וחודשיים
אלכוהול: לא

סמים: לא

שינה: אינה תקינה, לא לוקחת דבר

לא ידוע שימוש בתרופות קבועות

לא ידועה רגישות לתרופות

סיקור כאב

המטופל/ת חש/ה כאב: לא

לא ידועה רגישות לחומרים

אבחנות בביקור

• SCAR (709.2)

לא ידוע על ניתוחים בעבר

בריאה בדרך כלל

חתימת רופא

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
ד"ר ארצי אופיר מר. 85502	רופא עור	28/10/2019 12:07

מנהל המרכז המשולב לאסתטיקה
ממלכת העור
חוזי 85502 מ.מ. 3494

מכתב נחתם ע"י: ד"ר ארצי אופיר מר. 85502

תאריך 14/12/2020

שם	ויסלר ורד	תיק	טל בבית
כתובת		ת.ז.	טל. סלולרי
ישוב			טל. בעבודה

כרטיס טיפול

תאריך	מחיר טיפול	מחיר חומר	מחיר	כמות	חומר	סוג	מיקום
07/11/19	210827	פרוטוקול טיפול צלקות אזור קטן-פר אינדיקציה	1	1,696.00	1	ג	11 דר אופיר ארצי
07/11/19	1.5	מילי רדיאס CC 1.5	1	3,148.00	1	ג	11 דר אופיר ארצי
07/11/19	דבט	ביקורת טיפול	1			ג	11 דר אופיר ארצי
07/11/19	צלם	צילום ויסיה	1			ג	11 דר אופיר ארצי
17/12/19	210827	פרוטוקול טיפול צלקות אזור קטן-פר אינדיקציה	1	1,696.00	1	ג	11 דר אופיר ארצי
17/12/19	דבט	ביקורת טיפול	1			ג	11 דר אופיר ארצי
17/12/19	0.8	מילי רדיאס 0.8CC	1	1,574.00	1	ג	11 דר אופיר ארצי
17/12/19	כללי	כללי נישאר חומר במיקרר 17.12.19	1			ג	11 דר אופיר ארצי
12/02/20	דבט	ביקורת טיפול	1			ג	11 דר אופיר ארצי
12/02/20	צלם	צילום ויסיה	1			ג	11 דר אופיר ארצי
12/02/20	210827	פרוטוקול טיפול צלקות אזור קטן-פר אינדיקציה	1	1,696.00	1	ג	11 דר אופיר ארצי
12/02/20	0.4	רדיאס-נקודתי	1	1,087.00	1	ג	11 דר אופיר ארצי
05/05/20	דבט	ביקורת טיפול	1			ג	11 דר אופיר ארצי
05/05/20	דמקנ	מילוי קמטים בחומר נספג (ח.ה) 1CC	1	1,900.00	1	ג	11 דר אופיר ארצי
05/05/20	כללי	כללי נישאר חומר במיקרר	1			ג	11 דר אופיר ארצי

סה"כ 12,797.00 ₪

ויצמן 6 תל אביב-יפו 6423906
טל: 03-6972424

דף מס 1 מתוך 1

ח.פ. 80007102

תאריך 7/11/2019

המרכז המשותף לאסתטיקה
מרכז רפואי ח"א
טל: 03-6972424

קבלה No. 14957 העתק

לכבוד

שם: וייסלר ורד
כתובת:

ת.ז: 22851588
טל: 0506992338

סיכום תשלום

מספר	תאריך	סכום	מספר חשבונית	מספר חשבונית	שם	מדינה
403.74	01/12/2019	תשלומים	5396	18001002	דיינרס	אשראי
403.66	01/01/2020	תשלומים	5396	18001002	דיינרס	אשראי
403.66	01/02/2020	תשלומים	5396	18001002	דיינרס	אשראי
403.66	01/03/2020	תשלומים	5396	18001002	דיינרס	אשראי
403.66	01/04/2020	תשלומים	5396	18001002	דיינרס	אשראי
403.66	01/05/2020	תשלומים	5396	18001002	דיינרס	אשראי
403.66	01/06/2020	תשלומים	5396	18001002	דיינרס	אשראי
403.66	01/07/2020	תשלומים	5396	18001002	דיינרס	אשראי
403.66	01/08/2020	תשלומים	5396	18001002	דיינרס	אשראי
403.66	01/09/2020	תשלומים	5396	18001002	דיינרס	אשראי
403.66	01/10/2020	תשלומים	5396	18001002	דיינרס	אשראי
403.66	01/11/2020	תשלומים	5396	18001002	דיינרס	אשראי

סה"כ שולם 4,844.00

עבור טיפול

חתימה
מס: 0506992338
א.ג. וייסלר ורד
מנהל מרכז רפואי ח"א

רופא/מטפל: 11 דר אופיר ארצי

ויצמן 6 תל אביב-יפו 6423906
טל: 03-6972424

דף מס 1 מתוך 1

ח.פ. 80007102

תאריך 2/02/2020

העתק No. 15775

קבלה

לכבוד

שם: וייסלר ורד

כתובת:

ת.ז. 22851588

טל: 0506992338

סיכום תשלום

מספר	תאריך	סכום	מספר חשבונית	מספר חשבונית	מספר חשבונית	מספר חשבונית
278.30	02/03/2020	תשלומים	3597	76001016	ויזה	אשראי
278.30	02/04/2020	תשלומים	3597	76001016	ויזה	אשראי
278.30	02/05/2020	תשלומים	3597	76001016	ויזה	אשראי
278.30	02/06/2020	תשלומים	3597	76001016	ויזה	אשראי
278.30	02/07/2020	תשלומים	3597	76001016	ויזה	אשראי
278.30	02/08/2020	תשלומים	3597	76001016	ויזה	אשראי
278.30	02/09/2020	תשלומים	3597	76001016	ויזה	אשראי
278.30	02/10/2020	תשלומים	3597	76001016	ויזה	אשראי
278.30	02/11/2020	תשלומים	3597	76001016	ויזה	אשראי
278.30	02/12/2020	תשלומים	3597	76001016	ויזה	אשראי

סה"כ שולם 2,783.00

סה"כ שולם

עבור טיפול

רופא/מטפל: 11 דר אופיר ארצי

חתימה:

המרכז המשולב לאסתטיקה
מרכז רפואי ת"א
טל: 03-6972424

המרכז המשולב לאסתטיקה

ויצמן 6 תל אביב-יפו 6423906

03-6972424 :70

דף מס 1 מתוך 1

580007102 9.п

05/05/2020 תאריך

העתק No. 16106

קבלה

לכבוד

שם: וייסלר ורד

22851588 ;T.N

0506992338 :70

כתובת:

סיכום תשלום

מס' חשבונית	מס' חשבונית	תאריך	סכום	מס' חשבונית	מס' חשבונית	מס' חשבונית	מס' חשבונית
237.50	תשלומים	02/06/2020	761	02001008	ישראל	ישראל	ישראל
237.50	תשלומים	02/07/2020	761	02001008	ישראל	ישראל	ישראל
237.50	תשלומים	02/08/2020	761	02001008	ישראל	ישראל	ישראל
237.50	תשלומים	02/09/2020	761	02001008	ישראל	ישראל	ישראל
237.50	תשלומים	02/10/2020	761	02001008	ישראל	ישראל	ישראל
237.50	תשלומים	02/11/2020	761	02001008	ישראל	ישראל	ישראל
237.50	תשלומים	02/12/2020	761	02001008	ישראל	ישראל	ישראל
237.50	תשלומים	02/01/2021	761	02001008	ישראל	ישראל	ישראל

1,900.00

סה"כ שולם

עבוד טיפול

רופא/מטפל: 11 דר אופיר ארצי

ה'תשנ"ח

המרכז המעובל לאסטרטגיה
קרית דפאי ד"א
03-6972424

נספח 3 :

חוות דעת דר לויאב

(עמודים 46 עד 48)

נספח 3 :

חוות דעת דר לויאב

(עמודים 46 עד 48)



ד"ר עמוס לויאב מנתח פלסטי*Amos Leviav M.D. Plastic Surgeon*

17/12/2020

חוות דעת רפואית

נתבקשתי ע"י עו"ד אריאל פרייברג לחוות את דעתי על מצבה הרפואי של ורד ויסלר ילידת 27/07/1967, ת.ז. 022851588 (להלן: "**התובעת**"). חוות הדעת משקפת את מצבה הרפואי, בעת הבדיקה שנערכה בתאריך 28/10/2020 במרפאתי בתל-אביב.

פרטי השכלתי

בוגר הפקולטה לרפואה אוניברסיטת תל-אביב 1978, מס' רישיון לעסוק ברפואה: 14139. התמחות כירורגיה כללית ב"ח איכילוב. התמחות כירורגיה פלסטית ב"ח הדסה ומרכז רפואי שיבא. מומחה לכירורגיה פלסטית 1984, מס' רישיון מומחה 08268. בוגר קורס רפואה ומשפט של כב' השופט אמנון כרמי. השתלמות רופא מומחה כירורגיה פלסטית וכוויות בית החולים האוניברסיטאי של מדינת וירג'יניה ארה"ב.

מעמד מקצועי

מנהל רפואי "כללית אסתטיקה". 2013 עד היום עד מומחה מטעם בתי המשפט בישראל. מנהל המחלקה לכירורגיה פלסטית ב"ח קפלן רחובות 1987-2013. חבר האיגודים הישראלי, והבין לאומי לכוויות (IBA, IBS). חבר האיגוד הבין לאומי לכירורגיה אסתטית (ISAPS). חבר האיגוד האמריקני לכירורגיה פלסטית (ASPS). סוקר (reviewer) כירורגיה פלסטית עיתון הרפואה. יו"ר האגוד הישראלי לכירורגיה פלסטית ואסתטית 2011-2013.

המסמכים שעמדו לרשותי

תיק רפואי ביונד קליניקס בע"מ (להלן: "**המכון**"). תיק רפואי מכבי שירותי בריאות. תיק רפואי מרכז רפואי סוראסקי (איכילוב) תל אביב.

מפרשת המקרה

התובעת קיבלה במכון מספר טיפולי בוטוקס החל מתאריך 3 מאי 2019. בתאריך 23/09/2019 לראשונה בחייה, קיבלה מד"ר ילנה בניאמינסון (רופאת משפחה), טיפול למילוי קמטים בעזרת חומצה היאלורונית, קרוב לודאי מסוג רסטילן ליפט.

בסיום ההזרקה, אזור ההזרקה מימין הפך לבן, זאת על פי מנהלת המכון ששאלה את הרופאה מדוע הלבין אזור ההזרקה מימין, הרופאה פטרה אותה שהכל תקין. במהלך הלילה כל הצד הימני של הפנים התנפח האף השפתיים והלחי הכאיבו מאוד. על גבי השפה העליונה, הלחי, ובעיקר צד הימני של האף הופיעו שלפוחיות קטנות ומפרישות.

רח' ויצמן 21 תל-אביב 6423920 טלפון: 6856555 פקס: 6851027
21 Weizmann St. Tel-Aviv Israel 6423920 Tel.: 6856555 Fax: 6851027
amosale@zahav.net.il

למחרת חזרה למכון שם קיבלה הזרקה של היאלורונידז זהו אנזים הממיס חומצה היאלורונית. הטיפול חזר על עצמו מספר ימים, ללא שיפור. על עור האף ובתוך הצד הפנימי של הנחיר הופיעו כיבים מפרישים אשר אובחנו כזיהום ויראלי ע"י הרפס והיא קיבלה אנטיביוטיקה וטיפול נגד הרפס.

הסגה הזאת נמשכה כשבועיים, שאלותיה החוזרות אם לפנות לרופא עור או למיון נענו שלא רואים בזה צורך ושהכול יחלים ויהיה בסדר.

אחרי שבועיים פנתה על דעת עצמה לרופא עור שאבחן אותה כסובלת מנמק, והפנה אותה לבי"ח איכילוב, שם אושפזה בתאריך 07/10/2019. בתרבויות מהפצע שבוצעו באיכילוב לא נמצאו חיידקים או הרפס. במהלך האשפוז, קיבלה אנטיביוטיקה לווריד למשך שבוע עד לתאריך 13/10/2019. לאחר השחרור המשיכה טיפול בפצעים בבית עד לסגירתם כעבור 4 שבועות. באזור הנמק נותרה צלקת שקועה ומעליה עור מגורגר עם נפיחויות ושקעים על כל הצד הימני של האף.

על מנת למזער את הנזק האסתטי מקבלת טיפול במרפאות החוץ באיכילוב בעלות של למעלה מ-25,000 ₪. הטיפול נעשה בעזרת הזרקה של רדיאס, חומר הדומה במבנה שלו לסחוס. הרדיאס נותן נפח לקיר האף ומרים מעט את הצלקת השקועה. החומר נספג לאיטו ומחייב טיפולים נוספים בהיקף של פעם פעמיים בשנה, טיפול שתזדקק לקבל עד סוף חייה. אין בנמצא טיפול דפיניטיבי שיפתור את הבעיה לצמיתות.

תלונות

מאף חלק ויפה למראה נותרה עם צלקות בתוך ומחוץ לאף, עור גס עם בליטות ושקעים אותו היא מתקשה להסתיר. לאחר שהחלימה והבצקת ירדה התחילה לנחור, מתעוררת באמצע הלילה ומתקשה לאחר מכן להירדם, מרגישה לעיתים קרובות דקירות ועקצוץ בתוך האף.

בדיקה

עור האף מימין מחוספס ואיננו סדיר וחלק. צלקת אליפטית אופקית, שקועה מתחת לפני העור מכסה למעשה את כל האזור מעל כנף האף 1.5X2.5 ס"מ. הצלקת יורדת עד לגבול הנחיר. הקיר החיצוני של הנחיר הפך דק יותר והסימטריה מול הנחיר משמאל אבדה. ממצאי הבדיקה תואמים את תלונות התובעת. (ראה נספח צילומים)

דיון

הזרקה לפנים למילוי קמטים איננה פעולה פשוטה בה לוקחים מזרק ומזריקים. המטפל צריך לדעת את האנטומיה המסובכת של הפנים, מיקום השרירים, מיקום מעבר עצבי הפנים, מקום מעבר העורקים המזינים והוורידים המנקזים. יש לדעת את עומק ההזרקה, באיזה חומרים להשתמש ומה רמת הצמיגות הנחוצה לאזורים השונים.

בשנים האחרונות רופאים, ללא השכלה פורמאלית בדרמטולוגיה או בכירורגיה פלסטית, עוברים במקרה הטוב איזה קורס ברפואה אסתטית, ומתחילים להזריק חומרי מילוי ובוטוקס, לרוב ללא סיבוכים. אך לעיתים, כמו במקרה זה לאסונות ולעיתים עד לעיוורון.

התובעת הוזרקה עם חומצה היאלורונית, קרוב לוודאי הזרקה עמוקה בגבול האף והלחי. ההזרקה חדרה לסעיף של עורק הפנים שנקרא Lateral nasal artery - "עורק האף החיצוני" וחסמה אותו. חיזוק לאבחנה של החסימה הוא הלבנה של אזור ההזרקה מיד לאחריה והתרבויות השליליות לחיידקים ווירוסים.

ד"ר ילנה בניאמינסון רופאת משפחה, הזריקה ברשלנות לעורק האף, לא אבחנה בתום ההזרקה כי יש חשד לחסימת העורק. לו אבחנה או לפחות חשדה בחסימה והזריקה היאלורונידז מיד בתום ההזרקה, קרוב לודאי שהנמק לא היה מתרחש. רק למחרת אחרי שהנמק כבר נוצר הזריקה היאלורונידז אך זה היה מאוחר מדי. היא חזרה והזריקה היאלורונידז במשך מספר ימים יחד עם טיפול שגוי בהרפס.

לסיכום

הזרקה רשלנית ואיחור באבחנה, על ידי רופאה ללא השכלה פורמאלית בתחום, הביאה לחסימה ונמק בקיר החיצוני של האף מימין, להצטלקות ונכות צמיתה.

מסקנות

לאור האמור לעיל, לתובעת 100% נכות זמנית מיום ההזרקה 23/09/2019 עד לשחרורה מהאשפוז בתאריך 13/10/2019, מתאריך זה 30% נכות זמנית עד לסגירת הפצעים בתאריך 12/11/2019. כל זאת עם נכות תעסוקתית מלאה.

בהתאם לתקנות הביטוח הלאומי, תשט"ז – 1956 יש לקבוע לתובעת 10% נכות צמיתה בהתאם לתוספת – תקנה 11 (1984), מתואם לפרק תשיעי סעיף 275(ב') צלקות הפנים. עקב הצורך להמשיך בטיפולים יקרים כל חייה יש להפעיל את תקנה 15 ולקבוע את נכותה הקבועה על 15%

חוות דעת זו ניתנת על-ידי, לשם הגשתה כראיה לבית המשפט, והריני מצהיר בזאת, כי ידוע לי היטב, שלעניין הוראות החוק הפלילי בדבר עדות שקר בשבועה בבית המשפט, דין תעודה זו כשהיא חתומה על-ידי, כדין עדות בשבועה שנתתי בבית המשפט.



ד"ר עמוס לויאב



נספח 4 :

נספח צילומים לחוות דעת רפואית

(עמודים 50 עד 51)

נספח 4 :

נספח צילומים לחוות דעת רפואית



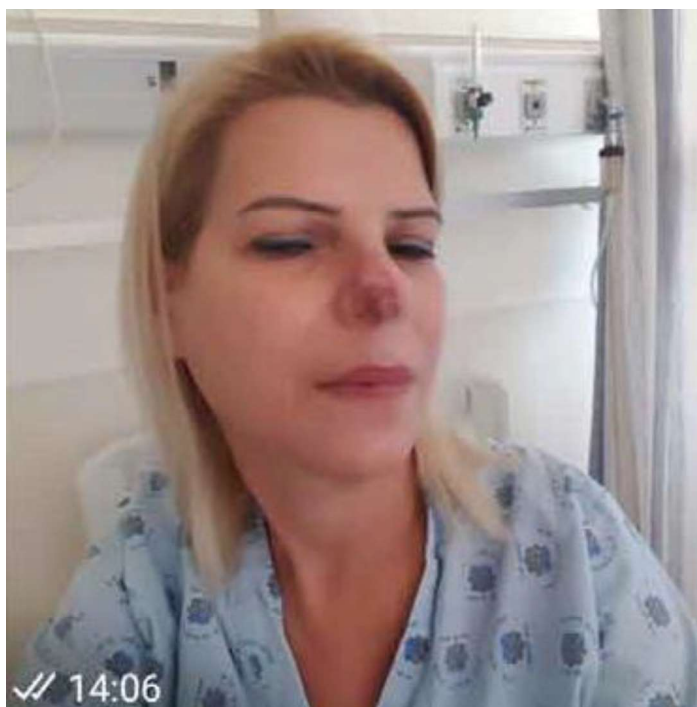
(עמודים 50 עד 51)

נספח צילומים ורד ויסלר

צילום 1 מצב האף לפני הטיפול



צילום 2 למחרת האשפוז באיכילוב



רח' ויצמן 21 תל-אביב 6423920 טלפון : 6856555 פקס : 6851027
21 Weizmann St. Tel-Aviv Israel 6423920 Tel.: 6856555 Fax: 6851027
amosale@zahav.net.il

צילום 3 הצלקת החסר והעיוות המצב היום



צילום 3 הנחיריים המצב היום



רח' ויצמן 21 תל-אביב 6423920 טלפון : 6856555 פקס : 6851027
21 Weizmann St. Tel-Aviv Israel 6423920 Tel.: 6856555 Fax: 6851027
amosale@zahav.net.il