

תאריך חתימת המסמך: 27.6.22

התובעים: **1. נויה קלדרון, ת"ז 329484786**
ע"י אפוטרופוסיה הטבעיים איציק ומיטל קלדרון

2. איציק קלדרון, ת"ז 25612300

3 מיטל קלדרון, ת"ז 032914772
מרחוב הרי ירושלים 41, לפיד
באמצעות ב"כ עו"ד אריאל פרייברג (62254) ו/או יגאל
רסקין
מרחוב אבא הלל 7, רמת גן
טל': 7412358 - 03, פקס: 077-3180983
דוא"ל: frei.ariel@gmail.com

– נ ג ד –

הנתבעות: **1. מיטל קלדרון, ת"ז 032914772**

2. הפניקס, חברה לביטוח בע"מ ח.פ. 520023185
מרחוב דרך השלום 53, גבעתיים 5345433
דוא"ל: **infod@fnx.co.il**

כתב תביעה

סוג התביעה ונושאה: פלתי"ד

הסעדים המבוקשים: פיצויים בשל נזקי גוף בהתאם לסמכותו של בית משפט נכבד זה.

סכום האגרה: 726 ₪ (תקנה 34 לתוספת לתקנות בתי המשפט (אגרות), תשס"ז – 2007.

תיקים קשורים: לא קיימים תיקים קשורים.

הזמנה לדין (טופס 2 תקנה 10)

הואיל והתובעים הגישו למחוז שיפוט זה כתב תביעה נגדך, המצורף בזאת, את מוזמנת להגיש כתב הגנה בתוך 60 ימים מיום שהומצאה לך הזמנה זו.

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

(1) בעלי הדין :

1. התובעת 1, ילידת 18.4.2006, הייתה בכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו הנוסעת ברכב מס' 76-660-37 (להלן: "הרכב").
2. התובע 2, אבי הקטינה, התובעת 1, ומי שבין היתר היטיב את נזקי גופה.
3. התובעת 3, אמא של התובעת 1, הייתה בכל הזמנים הרלוונטיים לתביעה זו הנוהגת ו/או המשתמשת ברכב אשר ניזוקה בתאונה ובין היתר היטיבה את נזקי גופה של התובעת 1.
4. הנתבעת 2 הינה חברת ביטוח הפועלת כחוק בישראל, ובכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו ביטחה את השימוש ברכב על פי הוראות פקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש) תש"ל – 1970.
- רצ"ב אישור משטרה, תעודת ביטוח חובה ותמונות מזירת האירוע, מסומנים "כנספח 1" ומהווים חלק בלתי נפרד מכתב התביעה.

(2) פירוט הסעד המבוקש באופן תמציתי :

5. התובעות 1, 3 נפגעו בתאונת דרכים כהגדרתה בחוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים. התובע 2 היטיב את נזקי הקטינה. הנתבעת 2 ביטחה את השימוש ברכב בו אירעה התאונה בביטוח חובה ועל כן עותרים התובעים לפצותם בגין הנזקים שנגרמו להם בתאונה.

(3) תמצית העובדות הנחוצות לביסוסה של עילת התביעה ומתי נולדה :

6. בתאריך 13.4.2021, בשעה 14:00 או בסמוך לכך, בשדרות החשמונאים, במודיעין מכבים רעות, היה הרכב מעורב בתאונה חזיתית קשה עם רכב הנושא מספר רישוי 783-57-901 והתובעות 1, 3 נפגעו בגופן (להלן: "התאונה").

התובעת 1:

7. ממקום התאונה פונתה התובעת 1 באמצעות מד"א למרכז הרפואי שמיר, בצריפין, והוכנסה לחדר הלם כשהיא חבולה בחלקי גופה ובדגש על גפיה התחתונות. בדיקת CT שבוצעה לתובעת העלתה חשד לפריקת ירך ותחת סדציה אשר בוצעה ע"י מתן קטמין תוך ורידי בוצעה רדוקציה של מפרק הירך. בצילום ביקורת הודגם שבר קיר אחורי באצטבולום ודווח ע"י הרופאים המטפלים אודות חוסר יציבות של מפרק הירך.
8. בדיקת MRI ביקורת הדגימה עמדה תקינה של מפרק הירך ושברים באגן והוחלט על צורך בביצוע רדוקציה פתוחה עם פתיחה של המפרק וקיבוע של הפרגמנט. אולם, לא הייתה תמימות דעים בקרב הרופאים המטפלים בדבר הימשכותה של המתיחה העורית בטרם יבוצע הניתוח. כשלמעשה למן יום התאונה במשך 7 ימים התובעת במתיחה עורית מקובעת למיטתה על כל המשתמע מכך.

9. בעטיה של ההתנהלות וחוסר יכולת לקבל החלטה ברורה וחד משמעית לטובתה של הקטינה, החליטו הוריה לקבל חוות דעת נוספת ולאחר התייעצויות הוחלט להעבירה לבית החולים שיבא, בתל השומר. ביום 19.4.21 הועברה באמבולנס עם מתיחה עורית לכל אורך רגלה הימנית לבית החולים שיבא בתל השומר.
- רצ"ב תמונות התובעת 1 במתיחה עורית, מסומנות " **כנספח 2** " ומהוות חלק בלתי נפרד מכתב התביעה.
10. ד"ר נחשון שזר, מומחה בכירורגיה אורתופדית, עימו התייעצו הורי התובעת 1 המליץ על ביצוע בדיקות דימות נוספות בטרם יוחלט על הטיפול המתאים.
11. במהלך אשפוזו בבית החולים שיבא בתל השומר, נוכח שבר קיר אחורי משמעותי באצטבולוס בוצע לתובעת 1 ניתוח לקיבוע מפרק הירך, תחת הרדמה כללית, עם מסמר וברגים. לאחר מספר ימי אשפוז, בתאריך 25.4.2021 שוחררה התובעת 1 והוסעה לביתה באמצעות אמבולנס כשהיא אסורה בדריכה על רגלה הימנית עם המלצה לנטילת משככי כאבים, טיפול מונע קרישה, המשך מעקב רפואי ומנוחה בת חודשיים.
12. התובעת 1 המשיכה במעקב הרפואי והופנתה לביצוע טיפולי פיזיותרפיה, אשר בוצעו בביתה לצורך התחלת דריכה חלקית, שיפור טווחי הירך, המשך נטילת משככי כאבים ומנוחה.
13. התובעת אשר מאז התאונה החלה לסבול מהפרעות ראייה לרבות קושי בראיה למרחוק פנתה לטיפול רפואי ונבדקה ע"י רופא עיניים אשר שלל חשד לפגיעה חודרת והמליץ על המשך מעקב רפואי.
14. במסגרת המעקב הרפואי האורתופדי הופנתה התובעת לביצוע המשך טיפולי פיזיותרפיה לרבות טיפולי הידרותרפיה.
15. כן, בנוסף לכאבים ולהגבלה בתנועות האגן ומפרק הירך, לאחר התאונה ותוצאותיה החלה התובעת לסבול מכאבים והגבלה בתנועות הגב התחתון והופנתה לביצוע בדיקת הדמיה.
16. בדיקת MRI אשר כוונה לעמוד השדרה המותני הדגימה בלט דיסק מינימלי בגובה L5-L4 ובלט דיסק ופריצה זעירה מרכזית בגובה L5-S1. והיא הופנתה להמשך מעקב רפואי, טיפולי רפואה משלימה וריפוי בעיסוק.
17. כן, הופנתה לרופא עור לצורך קבלת טיפול רפואי בגין הצלקות והפגיעה במרקם העור מחמת הניתוח תולדת התאונה.
18. בעטיה של התאונה על תוצאותיה הקשות, אשר כללו, בין היתר, היעדר יכולת תנועה, וחוסר יכולת להשתלב בפעילויות חברתיות, החלה התובעת 1 לסבול ממצב רוח ירוד, חרדה, קשיי הירדמות, פגיעה בדימוי העצמי וחוסר שקט והיא נזקקת לקבלת טיפול פסיכולוגי.
- רצ"ב תעודות רפואיות ותמונות, מסומנות " **כנספח 3** " ומהוות חלק בלתי נפרד מכתב התביעה.

19. מאז התאונה סובלת התובעת 1 מכאבים והגבלה בתנועות האגן ומפרק ירך ימין, מכאבים והגבלה בתנועות הגב התחתון, מקושי בכיפוף והרמה, קושי בישיבה ממושכת, קושי במעברים וחוסר יציבות, קושי בהליכה ועמידה ממושכות, קושי בביצוע פעולות יום יומיות, מצלקת מכערת ורגישה למגע, ממצב רוח ירוד, מחרדה, מחוסר בטחון ותחושת דימוי עצמי ירוד, מכאבים בעת חילופי מזג אוויר, מקשיי הירדמות ושינה, היא נזקקת לקבלת טיפול רפואי ותיזקק לו גם בעתיד.
20. במועד התאונה הייתה התובעת 1 תלמידת כיתה ט' ספורטאית ורקדנית מקצועית. מחמת התאונה ותוצאותיה נעדרה מלימודיה, ציוניה נפגעו, ונבצר ממנה לקחת חלק בריקוד ובפעילויות ספורטיביות וחברתיות כפי שנהגה עובר לתאונה. כושרה נפגע משמעותית, נגרמו לה הפסדי שכר ויגרמו לה גם בעתיד.
21. מחמת התאונה ותוצאותיה נזקקה התובעת 1 לעזרה מוגברת ותיזקק לה גם בעתיד.
22. מחמת התאונה ותוצאותיה לא התאפשר לתובעת 1 להתנייד באמצעות קורקינט/אופניים, נגרמו לה להוריה הוצאות בגין נסיעות מיוחדות ומוניות והיא תיזדקק להוצאות אלה גם בעתיד.
- התובעת 3:**
23. לאחר התאונה טופלה התובעת 3 במרכז הרפואי שמיר, בצריפין, שם אובחנו חבלות בראש, בצוואר ובגב. נוכח סימן החגורה על צווארה ותלונותיה בגין כאבים, סחרחורות ובחילות הוחלט על ביצוע בדיקות הדמיה כוללות. משנשלל החשד לשברים ו/או פגיעה כירורגית חריפה שוחררה לביתה בהמלצה להמשך מעקב רפואי ומנוחה.
24. בתאריך 19.4.21 פנתה התובעת 3 למיון עקב כאבים ושטפי דם בפלג גופה התחתון. לאחר אשפוז קצר אשר כלל ביצוע בדיקות שוחררה התובעת לביתה בהמלצה לנטילת משככי כאבים, מנוחה בת 5 ימים, טיפולי פיזיותרפיה ומעקב רפואי אורתופדי.
- רצ"ב תמונות החבלות, מסומנות "כנספח 4" ומהוות חלק בלתי נפרד מכתב התביעה.
25. התובעת 3 אשר המשיכה לסבול מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב המשיכה במעקב הרפואי במסגרת הקילה והופנתה לביצוע טיפולי פיזיותרפיה וטיפול רפואי משלימה.
- רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "כנספח 5" ומהווה חלק בלתי נפרד מכתב התביעה.
26. מאז התאונה סובלת התובעת 3 מכאבים ומהגבלה בתנועות הצוואר והגב, מקשיים בהרמת משאות, מקושי בכיפוף, בישיבה, בעמידה ובהליכה ממושכות והטיפוליים בה צפויים להימשך גם בעתיד.
27. התובעת 3, אשת חינוך בעיסוקה, מחנכת כיתות י- יב', מורה ומלווה חינוכית, עבודה הכרוכה מעצם טיבה וטבעה בעמידה וישיבה ממושכות,

מתקשה מאז התאונה בביצוע עבודתה, נזקקת להפוגות ממושכות במהלכה, נבצר ממנה לתת שיעורי עזר וליווי חינוכי פרטי ונגרמו לה הפסדי שכר.

28. התובעת 3, מוגבלת מאז התאונה בביצוע פעולות יומיומיות שונות ובניהול משק ביתה וטיפול בילדיה, נזקקת לעזרת הזולת ותמשיך להיזקק לה גם בעתיד.

29. עקב מגבלותיה הנובעות מהתאונה נזקקת התובעת לשימוש מוגבר במוניות ולהסעות מיוחדות, ותיזקק לכך גם בעתיד.

התובע 2

30. התובע 2 הינו אבי הקטינה ונכון למועד התאונה ובסמוך לה בעלה של התובעת 3. התובע 2 עצמאי בעל חנות רהיטים ומי שבפועל מבצע את הפעילות העסקית בחנות.

31. לאחר התאונה ותוצאותיה נאלץ להיעדר מעבודתו ולשהות לצד מיטתן של בתו ואשתו בבית החולים וזאת לצד ניהול משק ביתו וטיפול בשני ילדיהם הנוספים.

32. מחמת התאונה ותוצאותיה נגרמו לתובע 2 הפסדי שכר, לקוחות נגרעו ממצבת לקוחותיו ונגרם נזק מתמשך לעסקו אשר משליך על הפסדיו לעתיד.

(4) פירוט העובדות המקנות סמכות לבית המשפט

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

חלק 3

34. **להלן פירוט נזקי התובעים:**

א. נזק מיוחד:

התובעת 1:

(1) עזרת הזולת בעבר – 40,000 ₪
(2) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר – 20,250 ₪
(3) הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעבר - 18,500 ₪

התובע 2:

(1) הפסדי השתכרות בעבר – 62,500 ₪
(2) הוצאות בגין נסיעות, הוצאות ריפוי והטבת נזקי התובעת 1 – 23,250 ₪

התובעת 3:

(1) הגריעה מכושר ההשתכרות בעבר- 26,850 ₪
(2) עזרת הזולת בעבר – 10,000 ₪
(3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר – 7,230 ₪
(4) הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעבר - 8,500 ₪
(5) הוצאות בגין נסיעות, הוצאות ריפוי והטבת נזקי התובעת 1 - 37,800 ₪

ב. נזק כללי:

כב' בית המשפט מתבקש לפסוק לתובעת 1, 3, פיצוי הולם בגין נזקה, בין היתר, בראשי הנזק הבאים:

(1) הפסדי השתכרות בעתיד, על-פי מידת מוגבלותן התפקודית של התובעות 1, 3 או, לחילופין, בהתאם לשיעור נכותן הרפואית, לרבות הפסדים בתקופת הפנסיה.

(2) הפסדי השתכרות התובע 2 בעתיד.

(3) עזרת הזולת בעתיד לתובעות.

(4) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעתיד לתובעות.

(5) שימוש מוגבר במוניות בעתיד לתובעות.

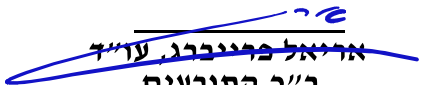
(6) פיצוי בגין נזקה הלא ממוניים של התובעות.

1. הנתבעת 2 חייבת לפצות את התובעים בהיותה מבטחת השימוש ברכב במועד התאונה.

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

3. 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 הנתבעת 2 לדיון, ולחייבה לפצות את התובעים, 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 פריינברג, עו"ד
ב"כ התובעים

תוכן הנספחים (עמוד 1 מתוך 1)

שם המסמך	עמוד
נספח 1: אישור משטרה-תעודות ביטוח חובה ותמונות - נספח 1 (עמודים 9 עד 13)	9
נספח 2: תמונות התובעת -1 מתיחה עורית - נספח 2 (עמודים 15 עד 15)	15
נספח 3: תעודות רפואיות ותמונות - נספח 3 (עמודים 17 עד 62)	17
נספח 4: תמונות החבלה - נספח 4 (עמודים 64 עד 65)	64
נספח 5: תעודות רפואיות - נספח 5 (עמודים 67 עד 101)	67
נספח 6: טופס 1 - מינוי מומחים-נויה - מספר תחומים- הפניקס (עמודים 103 עד 103)	103
נספח 7: טופס 1 - מינוי מומחים-מיטל - אורתופדי- הפניקס (עמודים 105 עד 105)	105
נספח 8: נחתמו נויה (עמודים 107 עד 110)	107
נספח 9: נחתמו מיטל (עמודים 112 עד 115)	112

נספח 1 :

אישור משטרה-תעודות ביטוח חובה
ותמונות - נספח 1

(עמודים 9 עד 13)



טופס מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים

יחידה שלוחת בוחנים שפלה מחוז מרכז
תאריך 27/04/2021 ט"ו אייר תשפ"א 11:20
מס' תיק מסוף 5 - 2021 - 2560 - 5208
טלפון 08-9371419
כתובת הרצל 206, רחובות
נושא המסמך
מספר תיק 344004 / 2021
פלא ת.ד.
סיווג תיק ת.ד.
מס' מסמך בתיק 08-9371580
פקס bohanim.shfela@police.gov.il
מייל

לכל המעוניין

1. תאריך התאונה: 13/04/2021 בשעה 14:00
2. מקום התאונה: מודיעין מכבים רעות שדרות החשמונאים בכביש עירוני הערות מקום: אחרי צומת דם המכבים
3. פרטי כלי הרכב והמעורבים:

מספר רכב	סוג רכב	פרטי הרכב:	תוצר רכב
78357901	פרטי נוסעים	מספר פוליסה 06-03-050971-20/1	וולבו ארה"ב
מנורה	חברת ביטוח	מעורבים ברכב:	סוג לוחית ישראלית
(1) שיוך המעורב נהג	ת.ז. 313029118	שם אלכסנדר גלפנד	שנת לידה 28/06/1982
כתובת ירושלים, מאיר וייס 9	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה	
(2) שיוך המעורב נוסע	ת.ז. 313029076	שם פאינה גלפנד	שנת לידה 07/03/1948
כתובת ירושלים, מאיר וייס 9	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה	
מספר רכב 7666037	פרטי נוסעים	מספר פוליסה	תוצר רכב
לא הוצג	חברת ביטוח	מעורבים ברכב:	סוג לוחית ישראלית
(1) שיוך המעורב נהג	ת.ז. 32914772	שם מיטל קלדרון-מיכאלי	שנת לידה 01/08/1978
כתובת לפיד, הרי ירושלים 41	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה	
(2) שיוך המעורב נוסע	ת.ז. 329484786	שם נויה קלדרון	שנת לידה 18/04/2006
כתובת לפיד, הרי ירושלים 41	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה	

4. פרטי הולכי רגל:

5. כמות נפגעים: 3

מצב התיק: בחקירה

מתאריך: 21/04/2021

פרטי המטפל בתיק

מ"א
970301

שמביק

שם משפחה

שם פרטי

איל

פרטי השוטר המוסר

מ"א
970301

דרגה

רסב

שמביק

שם משפחה

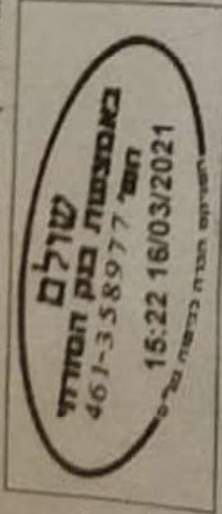
שם פרטי

איל

איל שמביק, רס"ב
מ.א 1-970301
בווין תנועה שפלה

תעודת ביטוח חובה
מקודת ביטוח רכב מנועי [בסח חדש], תש"ל-1970

המהווה חלק בלתי נפרד מהפוליסה לביטוח חובה



הפניקס

מס' אסמכתא

מס' זיהוי של בעל הפוליסה
(ת.ז. ח.פ. ח.צ.)
32914772

מס' הוסכן

שם הוסכן

מס' פוליסה

א.צמורות לביט 21-019-540-2305464 00

כתובת בעל הפוליסה

הרי ירושלים 41 לפיד 73133

שם בעל הפוליסה
קלדרון מיכאלי מיטל

שנת ייצור/מועד מס'

עלייה לכביש מסעים

סמל/טון

ציר/דגם

סוג הרכב

בהתאם לתישון

1+4

2016

1197

ניסאן קשקאי החד

M1 J11*U1430638

מס' רישוי

7666037

בחצות

28/02/2022

מועד פקיעת הביטוח

16/03/2021

אך לא לפני

תחילת הביטוח המועד שבו החתמה תעודה זו בחותמת הבנק.

תיאור הרכב לצורך ביטוח: רכב פרטי

בני אדם הראשים לנהוג ברכב:

רק בעל הפוליסה, בעל הרכב, המחזיק ברכב כדין וכל המשתמש ברכב בהיתור מן מהם

רשאים לנהוג ברכב. נהג ברכב מן שאינו רשאי לנהוג בו לפי האמור בסעיף זה, פטור

המבטח מתחבטו לפי פוליסה זו.

מטרת השימוש המותרת ברכב:

חבות המבטח הלה אך ורק אם בקלות מקרה הביטוח, הרכב שימש את המבטח לאחת או

יותר מהמטרות כמפורט בסעיפים שמעבר לדף שמספריהם נקובים בחלק א' 6(א)(1).

מטרות עיסוקיות שאינן כלולות:

כמפורט בסעיפים שמעבר לדף שמספריהם נקובים בחלק א' 6(א)(2), 6(א)(3), 6(א)(4).

שימושים ברכב שאינם מוכנים:

כמפורט בסעיפים שמעבר לדף שמספריהם נקובים בחלק א' 6(ב), 6(ג).

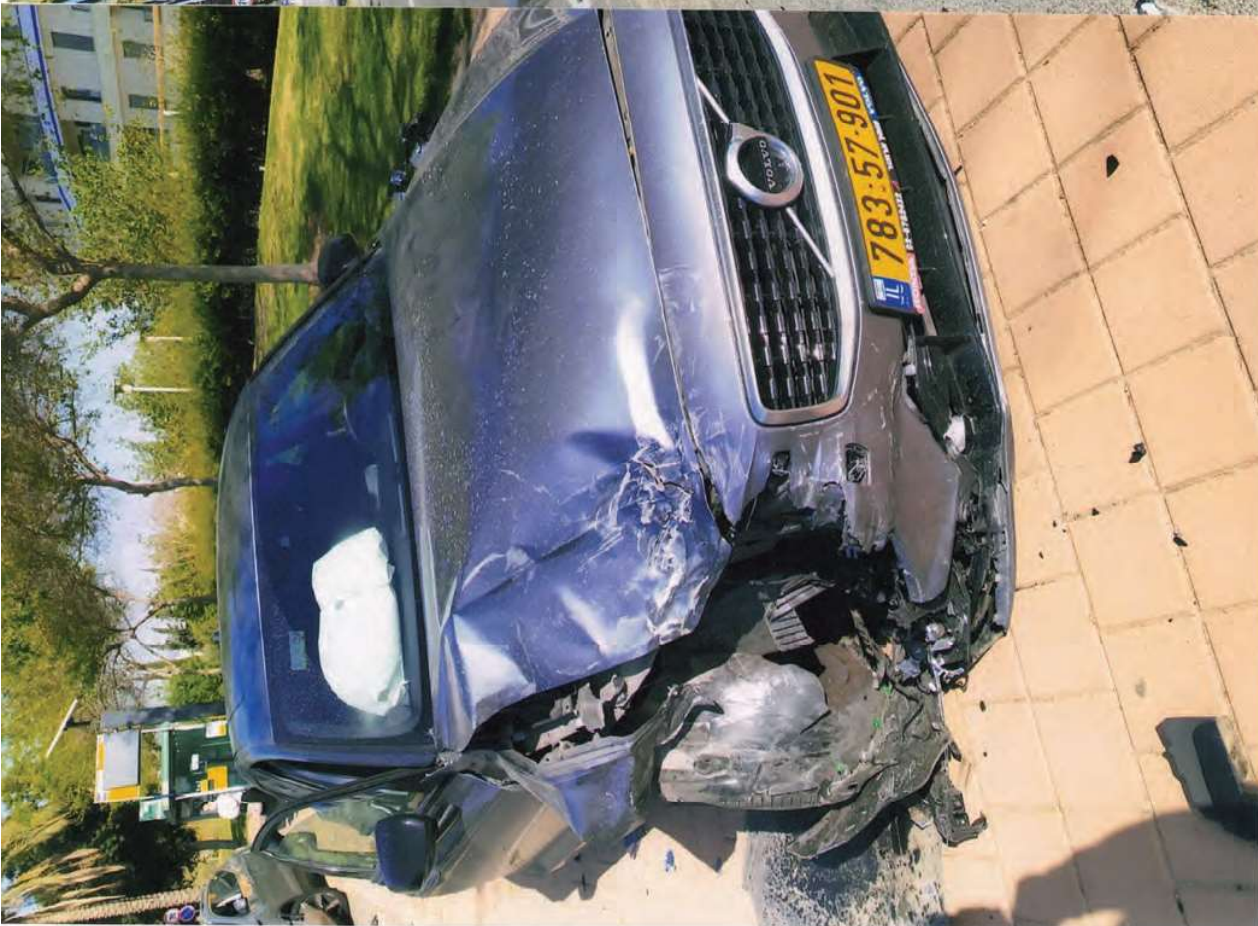
הרחבת לכיסוי הביטוח: אין הרחבות

#

אני (י) מאשר (ים) כי הפוליסה שתעודה זו
שייכת לה מוצאת לפי הנראות הפקודה
הפניקס חברה לביטוח בע"מ
דרך השלום 53 גבעתיים 53454

סה"כ
דמי ביטוח 927.00

0100000913-0002





נספח 2 :

תמונות התובעת 1- מתיחה עורית - נספח 2

(עמודים 15 עד 15)



נספח 3 :

תעודות רפואיות ותמונות - נספח 3

(עמודים 17 עד 62)

MAGEN
DAVID
ADOM
IN ISRAEL

144

דו"ח רפואי (צוות ALS)תאריך: 13/04/2021
ארוע: 2648

מספר טופס: 14448842

פרטים אישיים של המטופל:

ת.ז: 329484786

שם משפחה: קלדרון

שם פרטי: ניה

מין: נקבה

תאריך לידה: 18/04/2006

גיל: 14.1

כתובת: לפיד, הר הזיתים, 41

מקור זיהוי: תעודה

קופת חולים: מכבי

נייד: 0534238133

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

פרטי אפוסטרופוס:

ת.ז: 32914772

שם פרטי: מיטל

שם משפחה: קלדרון-מיכאלי

טלפון: 0523755881

אנמנזה:

תלונה עיקרית: נוסעת ברכב לאחר תאונת דרכים בה היו מעורבים 2 כלי רכב
מחלה נוכחית: בת 14, בריאה בדרך כלל. לאחר תאונת דרכים בה היו מעורבים 2 כלי, המטופלת הייתה נוסעת ברכב שעמד בצידו הצד
לדברי האם רכב אחר פגע ברכבם.
בהגיעו למקום נמצאה ישובה בכיסא לצד הנהג.
בבדיקה, בהכרה מלאה, ללא סימני מצוקה נשימתית, בהאזנה לריאות כניסת אוויר טובה ושווה דו צדדית, סטורציה באוויר חדר 99%, ללא
חיוורון או הזעה, במוניטור קצב סינוס, יציבה המודינמית, מתלוננת על כאבים באגן מצד ימין. טופלה בפנסטיל נאזלי, עם הקלה בכאב.
אישונים שווים מגיבים לאור, בטן רכה לא רגישה. ללא רגישות במישוש לאורך עמוד שדרה, מניעה ארבע גפיים. קובעה ללוח גב וצווארון.
ללא סיפור בחילות/הקאות/סימני חבלת ראש/אובדן הכרה.
פונתה בליווי אימה שגם היא מטופלת לביהח אסף הרופא.

היסטוריה רפואית:

מחלות עבר: ללא מחלות רקע

מחלות זיהומיות: ללא מחלות מדבקות

תרופות: לא נוטל תרופות

רגישויות: לא ידוע על רגישות

בדיקות כלליות

בדיקות	אמבולנס מס' 144 - בדיקה 1	אמבולנס מס' 144 - בדיקה 2	אמבולנס מס' 144 - בדיקה 3
הקאות	14:05	14:15	14:32
נשימות	ללא בחילות	ללא בחילות	ללא בחילות
קצב נשימה	נושם	נושם	נושם
דופק	22	16	16
דופק לזקה	סדיר	סדיר	סדיר
הכרה	92	88	90
עור וזריות	מלאה A	מלאה A	מלאה A
בטן	תקין	תקין	תקין
סרגל כאב	לא רגישה, רכה	לא רגישה, רכה	לא רגישה, רכה
משקל	7	6	5
בדיקות נירולוגיות	50		
פנים	חיוך סימטרי		
כח וגם	תקין		
דיבור	תקין		
שקלול GCS	15	15	15
RTS	12	12	12

בדיקות עזר

בדיקות	אמבולנס מס' 144 - בדיקה 1	אמבולנס מס' 144 - בדיקה 2	אמבולנס מס' 144 - בדיקה 3
ריאה שמאלית	14:05	14:15	14:32
ריאה ימנית	נקי	נקי	נקי
SPO2 באוויר החדר	נקי	נקי	נקי
לחץ דם	99	99	99
קצב לב	121/66	125/65	124/67
אישונים שווים	N.S.R	N.S.R	N.S.R
אישון שמאלי	כן	כן	כן
אישון ימני	תקין	תקין	תקין

אבחנה משוערת: חבלת אגן

טראומה:

ירך ימין: כאב, חבלה קלה

אמבולנס מס' 144 - בדיקה 1	אמבולנס מס' 144 - בדיקה 2	אמבולנס מס' 144 - בדיקה 3
14:05	14:15	14:32
לוח גב, צווארון, חיבור למוניטור	לוח גב, צווארון, חיבור למוניטור	לוח גב, צווארון, חיבור למוניטור
טיפול שניתן		
פעולות שנקטו		
עירוי פריפרי:	נכשל	
מס' נסיעות	2	

תרופות

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

סירוב פינוי

אומדורף 002-22 ט'ק"ט

12/18 - 12/18



סודי רפואי

טלפון: 08-9779160

מעודכן ל: 19/04/21

מחלקה: אורת' ילדים

פקס: 08-9779161

שעה: 20:24

מנהל מח': דר. שטרית

סיכום ביניים - 11648826

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

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

קלדרון נוי

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

נתוני אשפוז

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

אבחנות נוכחיות

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

רגישויות

לא ידוע

הרגלים

Behavior

אין הרגלים מיוחדים

תלונה עיקרית

כאבים במפרק ירך ימין לאחר תאונת דרכים

מחלה נוכחית

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

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

הוחלט על ביצוע CT- שם רושם לפריקת ירך. הוחלט על ביצוע רדוקציה. טרם זאת טופלה באוקסיקוד ואקמול.

לצורך ביצוע הפרוצדורה ולשם הפחתת הכאב והחרדה ניתן טיפול בקטמין תוך ורידי. במהלך הפרוצדורה בוצע ניטור רציף של דופק, לחץ דם וריווי חמצן. לא נצפו ארועים חריגים במהלך הפרוצדורה והתאוששות.

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

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

בדיקה גופנית בקבלה

מצב כללי

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

מדדים

תאריך בדיקה: 14/04/21

שעה: 02:51

בית חזה וריאות

כניסת אוויר שווה וטובה דו"צ

ל וכלי דם

דופק סדיר ללא אוושות

בטן

רכה לא רגישה ללא אורגנומגליה

שריר ושלד

כמתואר מעלה

מצורף נספח תוצאות מעבדה

סיכום ודיון

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

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

טופלה במתיחה עורית לאורך האישפוז.

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

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

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

המלצות

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

חתימה

מספר רשיון: 135296

רופא מאשר: דר. פרסיץ, יונתן

חתימה:

19/04/21 20:24

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



סודי רפואי

נספח תוצאות מעבדה

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

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

קלדרון נויה

ת.ז: 32948478-6 מחלקה משחררת: אורת' ילדים מקרה: 11648826
נכון לתאריך: 13/04/2021 ולשעה: 22:06:00

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

תוצאות כימיה בדם

GFR (Glomerular filtration rate) estimated	13.04.21	>60					
Hemolytic Index - blood	13.04.21	תקין					
Osmolality calculated - blood	13.04.21	284	[*.....]				
Icteric Index - blood	13.04.21	תקין					
Lipemic index - blood	13.04.21	תקין					
Chloride - blood	13.04.21	102	[....*...]				
Creatinine - blood	13.04.21	0.68	[..*.....]				
Glucose - quantitative - blood	13.04.21	113 H	[.....]*				
Potassium - blood	13.04.21	4.40	[....*...]				
Sodium - blood	13.04.21	136	[*.....]				
Urea - blood	13.04.21	32.0	[...*.....]				

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

תוצאות ספירת דם

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

תפקודי קרישה

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



המרכז
הרפואי
שמיר



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

טודי רפואי

נספח תוצאות מעבדה

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

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

קלדרון נוייה

ת.ז: 32948478-6 מחלקה משפחתית: אורת' ילדים מקרה: 11648826
נכון לתאריך: 13/04/2021 ולשעה: 22:06:00

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

תוצאות כימיה בדם

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

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

תוצאות ספירת דם

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

תפקודי קרישה

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

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

תוצאות ספירת דם

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

תפקודי קרישה

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

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

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



המרכז
הרפואי
שמיר



סודי רפואי

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

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

שם: קלדרון נוריה

ת.ז.: 32948478-6
טלפון: 052-3755881

כתובת: הרי ירושלים 41 לפיד 7313300
מקרה: 11648826

גיל: 15 ש

ורם מפנה: מכבי

חיון: 1

יחידה ארגונית מזמינה: אורתופדיה פדיאטרית

בדיקות שבוצעו

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

תולדות מחלה

לאחר פריקה טראומטית של מפרק הירך

שאלה לבירור

פרגמנטים חופשיים תוך וחץ מפרקים.

שם רנטגנאי

קציר זיוה

תיאור הבדיקה והמצאים

להלן ממצאי בדיקת MRI של פרקי ירכיים

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

השוואה לבדיקת CT מ-13.04.21.

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

ממצאים:

גרסה 01 עמוד: 1 מתוך 2

18/04/2021

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

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

תאריך הקלדה: 14/04/2021



מ.ר. גורם מפנה

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

פרטי הנבדק

ת.ז.: 329484786

שם פרטי: נויה

שם משפחה: קלדרון

ת.לידה: 18/04/2006 מין: נ



0329484786

תשובת יועץ

בבדיקה שנעשתה ב: 18/04/2021

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

אבחנה:

• FRACTURE PELVIS CLOSED UNS Right
 fracture dislocation rt hip

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

18/04/2021

תאריך

ד"ר נחשון שזר
 מומחה בכיר רפואת אורתופדיה
 מ.ר. 04.04.2018
 15022 מ.ר. מ.

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

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

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

כירורגית ילדים

טלפון: 03-5302444
פקס: 03-5305117

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

סכום מחלה

329484786 קלדרון ניה

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

תאריך שחרור בפועל

תאריך שחרור: 25/04/2021

אבחנות בקבלה

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

אבחנות בשחרור

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

סטטוס קורונה

סטטוס קורונה: שלילית

מחלות במשפחה

ASTHMA (נא)

ניתוחים

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

תלונה עקרית/סיבת האשפוז

פריקה אחורית מפרק ירך ימין בלוי שבר קיר אחורי

מחלה נוכחית

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

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

בדיקה

ממצב כללי טוב

ללא סימני חבלה

במתיחה עורית. ללא רגישות במישוש הגפה, ללא תפליט בברך. שמורה NV דיסטלית.

מניעה צוואר לכל הכיוונים. ללא רגישות במישוש עמ"ש מותני, גבי, צווארי.

ללא רגישות במישוש עצמות הבריח, כולב צלעות, בטן גפיים עליונות.

בדיקה נירולוגיה גסה תקינה.

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

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

329484786 קלדרון ניה

חשוי רפואי

לא ידועה רגישות לתרופות
 הוראות ומדדים

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

מדד תוצאות והערות

ווידוא הימצאות צמיד זיהוי צהוב
 צמיד זיהוי
 למניעת נפילות

מדדים 09:03 25/04/2021

מדדים 09:02 25/04/2021

סוג דיאטה ילד רגיל

דופק בוצע

סטורציה בוצע

כאב 0

כללי בוצע

הפרשות ספונטני

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

מדדים 09:01 25/04/2021

חום 36.7 P.O

חום בוצע

דופק 88

לחץ דם 97/60

סטורציה באויר 98

חדר

כאב 0

כאב 0

מדדים 04:58 25/04/2021

סיכום ודין

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

בבדיקתה טרם שחרורה
 פצע תקין

מדדים חיוניים תקינים
 ללא חוסר NV דיסטלי

המגלובין 10

משתחררת עם ההמלצות הבאות

המלצות בשחרור

המלצה: נגד כאבים לפי הצורך

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

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

329484786 קלדרון מיה

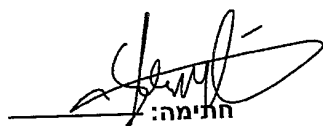
חסוי רפואי

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

תרופות להמשך טיפול

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

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


חתימה:

Sharif Gara
25/04/2021 13:42:17
DocuSign

נחתם ע"י: דר' גרה שריף מ.ר. 147693

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

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

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

זמן הדפסה: 13:42 25/04/2021

32948478-6 ת.ז.
 2006 לידת:
 01 חח:
 19/04/21 קבלת:
 22-15555 אשפ':

שיבא
 תל השומר
 עיר הבריאות של ישראל

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

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

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

פרטי התכשיר

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

משטר המינון

מנה (בולל יחידות)	תדירות המתן	משך הטיפול ¹	כמות כוללת דרושה	טיפול משולב עם (לאותה התוויה) / העמסה
1x1 ביום	30 ימים			

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

PREVENTION OF THROMBO EMBOLIC EVENT

הרופא המטפל חתום: *ד"ר משה חזקוני*

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

הצהרת הרופא

אני הח"מ מצהיר ומתחייב כדלקמן:

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

הסכמה מדעת של המטופל

אני הח"מ מצהיר בזאת כי:

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

הצהרת המטופל

קרב משפחתי **	שם מלא	כתובת מגורים	תאריך	חתימה
	ד"ר משה חזקוני	הפי יתלם 4	22/4/21	

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

פרטי הרופא

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

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

אישורי המוסד הרפואי

יו"ר ועדת הליסינקי: _____ הנהלת שירותי רוקחות: _____ יו"ר ועדת תרופות: _____ ההנהלה הרפואית של המוסד: _____ משרד הבריאות: _____ לשימש פנימי: _____ התקבל בתאריך: _____

אושר בתאריך: _____

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

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

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

כירורגית ילדים

טלפון: 03-5302444
פקס: 03-5305117

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

סכום מחלה

329484786 קלדרון ניה

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

תאריך שחרור בפועל

תאריך שחרור: 25/04/2021

אבחנות בקבלה

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

אבחנות בשחרור

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

סטטוס קורונה

סטטוס קורונה: שלילית

מחלות במשפחה

ASTHMA (אח)

ניתוחים

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

תלונה עקרית/סיבת האשפוז

פריקה אחורית מפרק ירך ימין בלוי שבר קיר אחורי

מחלה נוכחית

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

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

בבדיקה

ממצב כללי טוב

ללא סימני חבלה

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

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

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

329484786 קלדרון ניה

*****חסוי רפואי*****

לא ידועה רגישות לתרופות
הוראות ומדדים

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

מדד תוצאות והערות

ווידוא הימצאות צמיד זיהוי צהוב
צמיד זיהוי למניעת נפילות

מדדים 09:03 25/04/2021

סוג דיאטה ילד רגיל

מדדים 09:02 25/04/2021

דופק בוצע

סטורציה בוצע

כאב 0

כללי בוצע

הפרשות ספונטני

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

מדדים 09:01 25/04/2021

חום 36.7 P.O

חום בוצע

דופק 88

לחץ דם 97/60

סטורציה באויר 98

חדר

כאב 0

מדדים 04:58 25/04/2021

כאב 0

סיכום ודיון

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

בבדיקתה טרם שחרורה

פצע תקין

מדדים חיוניים תקינים

ללא חוסר NV דיסטלי

המגלובין 10

משתחררת עם ההמלצות הבאות

המלצות בשחרור

המלצה: נגד כאבים לפי הצורך

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

32948478-6
לידה: 2006
מח: 7201
קבלה: 19/04/21
22-5555

שיבא
תל השומר
עיר הבריאות של ישראל

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

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

פרטי התכשיר

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

משטר המינון

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

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

PREVENTION OF THROMBO EMBOLIC EVENT

☐ חמלה

הניסוי נמצא בפאזה (בחר):
I ☐ II ☐ III ☐ IV ומספר

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

הסכמה מדעת של המטופל

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

הצהרת הרופא

אני הח"מ מצהיר ומתחייב כדלקמן:

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

הצהרת המטופל

קרב משפחתי**	שם מלא	כתובת מגורים	תאריך	חתימה
	חיים מלא	חיים מלא	24/4/21	

** במקרים בהם המטופל קטין, אינו כשיר, חולה נפש או מי שמונה לראשון (לא לצרף את האישור במידת הצורך)

פרטי הרופא

שם מלא	מספר רישיון	טלפון לבירורים	תאריך	חתימה וחותמת
ד"ר ניר שר-לוריא	20423	0526666380	24/4/21	

ד"ר ניר שר-לוריא
מומחה למרפאות אורתופדיות
מ.ר. 20423 מ.ר. 15215

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

נישורי המוסד הרפואי

יו"ר ועדת הסינוניקה הנהלת שירותי רוקחות יו"ר ועדת תרופות ההנהלה הרפואית של המוסד משרד הבריאות לשימוש פנימי

התקבל בתאריך:

אושר בתאריך:

לאותו/ה מטופל / התוויה / תרופה

מס' אישור קודם

שימוש פנימי: מס' טופס



ד"ר פרחי דורית

רפואת ילדים

התמחויות:

מומחית ברפואת ילדים

טלפון: 077-2299000

פקס: 077-2299099

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

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

אישור על מחלת הילד

אשר חלה/תה, האבחנה מפורטת ברשומה הרפואית.

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

ד"ר פרחי דורית
רפואת ילדים
מחלקת ילדים
בית הרופאים-ערער 9
בית שמעון קניון עזריאלי
מודיעין

חתימה וחותמת הרופא

26/04/2021

תאריך

ד"ר פרחי דורית

רפואת ילדים

התמחויות:

מומחית ברפואת ילדים



019436

קוד הפניה: 216509213

טלפון: 077-2299000

פקס: 077-2299099

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

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

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

יוזם הפניה: הורים

יקע רפואי: הפניה לצאגן שברה אגן בעקבות תד 13/04 נותחה לתיקון האצטבולום
ב20/4
בשיבא

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

תחום הבעיה:

☒ רגשי פרט תאונת דרכים אישפוז ממושך וניתוח

האם הילד מטופל במסגרת כל שהיא? לא

תחום טיפול מבוקש:

☒ רגשי☒ טיפול בהבעה ויצירה

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

26/04/2021

תאריך

נא להצטייד בכרטיס מגנטי

חתימה וחותמת הרופא

נא לצרף מסמכים רלוונטים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

www.maccabi4u.co.il

מידע לגבי כללי הזכאות ונותני השירות ניתן למצוא באתר האינטרנט של מכבי
ואצל נציגי השירות במכבי ללא הפסקה- *3555.



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

פרטי הנבדק

שם משפחה: קלדרון	שם פרטי: בויא	ת.ז.: 329484786
ת.לידה: 18/04/2006	מין: נ	
		0329484786

אישור ביקור

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

03/05/2021

תאריך

ד"ר נחשון שזר
מומחה בכיר בגייה אורטופדית
מ.ר. 20704 מ.ר. 15022

חתימה וחותמת הרופא



מ.ר גורם מפנה

קוד הפניה: 000007248

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

פרטי הנבדק

ת.ז.: 329484786

שם פרטי: ניה

שם משפחה: קלדרון

ת.לידה: 18/04/2006 מין: נ



0329484786

אישור רפואי

תלונות:

03/05/2021

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

ביקור חוזר מתאריך: 19/04/2021

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

ביקור חוזר מתאריך: 18/04/2021

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

עברה החזרה סגורה ומטופלת כעת במתיחה. הוריה מדווחים שאין חסר נוירולוגי.
 צילומים מראים רדוקציה קונגרואנטית.

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

אבחנה:

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

הערות:

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

רישום רפואי זה כפוף לתנאים שלהלן:

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

03/05/2021

תאריך

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



020704

מ.ר גורם מפנה

שם: ד"ר נחשון שזר

תחום שירות: אורטופדיה

כתובת: לה גאורדיה 60 תל אביב

טלפון: 03-7305901

קוד הפניה: 000007247

פרטי הנבדק

ת.ז.: 329484786

שם פרטי: נוי

שם משפחה: קלדרון

ת.לידה: 18/04/2006 מין: נ



0329484786

תשובת יועץ

בבדיקה שנעשתה ב: 03/05/2021

עקב: 03/05/2021

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

ביקור חוזר מתאריך: 19/04/2021

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

ביקור חוזר מתאריך: 18/04/2021

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

הגיעה לאספ הרופא עם פריקת מפרק ירך ימין.

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

צילומים מראים רדוקציה קונגרוואנטית.

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

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

אבחנה:

• FRACTURE PELVIS CLOSED UNS Right
fracture dislocation rt hip

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

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

03/05/2021

תאריך

ד"ר נחשון שזר
מנחה בכיר ומומחה לרפואת אורטופדיה
מ.ר גורם מפנה 20700



020704

מ.ר. גורם מפנה

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

פרטי הנבדק

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

0329484786

אישור ביקור

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

לצורך: ביקורת לאחר ניתוח באגן.

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

03/05/2021

חתימה וחותמת הרופא

תאריך



037589

טלפון: 077-2299000

פקס: 077-2299099

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

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

סיכום ביקור עיניים

תאריך ביקור: 09/05/2021

שם רופא/ה: דר' רייך אהוד גיל: 15

רופא מפנה: דר' פרחי דורית

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

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

הרחבת אישונים

ממצאים: VA SGL BE 6/6

NO RAPD

CV מלא.

RE מקטע קדמי שקט ותקין ל"ק עמוקה ושקטה

עדשה זכה

LE מקטע קדמי שקט ותקין ל"ק עמוקה ושקטה

עדשה זכה

בהרחבה דיסקות תקינות 0.2/0.2 ללא פפילאדמה

זגוגית זכה ללא קרעים ברשתית ללא PVD.

אבחנות:

• NO ABNORMAL FINDING

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

מוזמן למעקב: על פי צורך

מ.ר. גורם מפנה
רופא עיניים
מנהל מרפאה

דר' פרחי דורית

רפואת ילדים

התמחויות:

מומחית ברפואת ילדים



019436

קוד הפניה: 220471050

טלפון: 077-2299000

פקס: 077-2299099

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

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

מכון

שם המכון: הידרוטראפיה

תלונות: הפניה לצאג וכן להידרטראפיה

ממצאים: לא ניבדקה

אבחנה:

• ROAD ACCIDENT

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

מעשנת: אין מידע

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

נא להצטייד בכרטיס מגנטי

25/05/2021

תאריך

נא לצרף מסמכים רלוונטים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

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

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

מרכז רפואי ע"ש א.ו.ל.מסין
מרכז רפואי ע"ש א.ו.ל.מסין
מרכז רפואי ע"ש א.ו.ל.מסין
מרכז רפואי ע"ש א.ו.ל.מסין
מרכז רפואי ע"ש א.ו.ל.מסין
מרכז רפואי ע"ש א.ו.ל.מסין
מרכז רפואי ע"ש א.ו.ל.מסין
מרכז רפואי ע"ש א.ו.ל.מסין
מרכז רפואי ע"ש א.ו.ל.מסין
מרכז רפואי ע"ש א.ו.ל.מסין

חתימה וחותמת הרופא



דר' פרחי דורית

רפואת ילדים

התמחויות:

מומחית ברפואת ילדים

קוד הפניה: 220470852

טלפון: 077-2299000

פקס: 077-2299099

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

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

מכון פיזיותרפיה

יזמות: הפניה לצ אגן וכן להידרוטראפיה
הפניה להידרוטראפיה

ממצאים: לא נבדקה

ובחנה:

• ROAD ACCIDENT

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

מעשנת: אין מידע

סיבת ההפניה: הפניה לטיפול בהידרוטראפיה

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

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

25/05/2021

תאריך

חתימה וחותמת

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



020704

מ.ר. גורם מפנה

שם: ד"ר נחשון שזר

תחום שירות: אורטופדיה

כתובת: לה גאורדיה 60 תל אביב

טלפון: 03-7305901

פרטי הנבדק

ת.ז.: 329484786

שם פרטי: בניה

שם משפחה: קלדרון

ת.לידה: 18/04/2006 מין: נ



0329484786

תשובת יועץ

בבדיקה שנעשתה ב: 08/06/2021

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

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

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

ביקור חוזר מתאריך: 19/04/2021
ב CT נראה שבר קיר אחורי שגודלו משמעותי. הטיפול הרצוי לדעתי הינו ניתוחי - ORIF בגישה אחורית כמקובל.

ביקור חוזר מתאריך: 18/04/2021
בת 15, תאונת דרכים = פגיעה חזיתית בתאריך 13/4/21. הגיעה לאספסוף הרופא עם פריקת מפרק ירך ימין. עברה החזרה סגורה ומטופלת כעת במתיחה. הוריה מדווחים שאין חסר ניירולוגי. צילומים מראים רדוקציה קונגרוואנטית.

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

• FRACTURE PELVIS CLOSED UNS Right
fracture dislocation rt hip

אבחנה:

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

08/06/2021

תאריך

חתימה וחותמת הרופא

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

גיל: 15.3

נויה

חבר : 329484786 0 קלדרון

הודעות על זכאות לתור:

ללא ערך
ללא ערך
ללא ערך
ללא ערך
ללא ערך

ללא ערך
ללא ערך
ללא ערך
ללא ערך

רשימת תורים

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

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

*** סוף הדו"ח ***



ד"ר זיו רוני

עור ומין

התמחויות:

מומחה במחלות עור ומין

טלפון: 077-2299000

פקס: 077-2299099

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

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

אישור רפואי

מיועד ל: ריפוי בעיסוק

תלונות:

סיפור של תאונת דרכים, לאחר ניתוח, צלקת שמשתנה

ממצאים:

על ירך ימנית/ עכוז מימין צלקת קלואידית גדולה

אבחנה:

• KELOID SCAR

רגישות:

16/12/2018 - לדברי לא ידועה רגישות -

הערות:

טיפול עם יריעת סיליקון

רישום רפואי זה כפוף לתנאים שלהלן:

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

08/11/2021

תאריך

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

תאריך: 08/11/2021

מ.ר. גורם מפנה



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
14/11/2021

ד"ר זיו רוני
עור ומין

התמחויות:
מומחה במחלות עור ומין

טלפון: 077-2299000

פקס: 077-2299099

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

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

אישור רפואי

מיועד ל: ריפוי בעיסוק

תלונות:

סיפור של תאונת דרכים, לאחר ניתוח, צלקת שמשנתנה

ממצאים:

על ירך ימנית/ עכוז מימין צלקת קלואידית גדולה

אבחנה:

• KELOID SCAR

רגישויות:

16/12/2018 - לדברי לא ידועה רגישות -

הערות:

טיפול עם יריעת סיליקון

רישום רפואי זה כפוף לתנאים שלהלן:

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

08/11/2021

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

רישום ביקורים

מספר ביקור: 00184708263

גיל: 15.6

שם רופא/ה: ד"ר זיו רוני

תחום הטיפול: עור ומין

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

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאים: על ירך ימנית / עכוז מימין צלקת קלואידית גדולה

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			KELOID SCAR

סוג האישור	קוד	מתאריך	עד תאריך
אישור רפואי	C00003		

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0267400

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

בקשה לדימות

סוג הבדיקה: M.R.I

מספר פנייה: 7373902

פנתח הבקשה: פרופ' גבעון אורי

07/11/2021

תאריך פתיחת הבקשה:

נבחר יעוץ: חייב

פרטי הרופא

מס' רשיון: 017210

שם הרופא: פרופ' גבעון אורי

ת.ז. רופא: 65265936

טלפון: 08-9268118

מקצוע: אורתופדיה

פרטי הפניה

מקור הבקשה: הפניה מרופא

תלונות:

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

ממצאים:

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

אבחנה:

• SCIATIC PAIN

רגישויות:

16/12/2018 - לדברי' לא ידועה רגישות -

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

תאריך: 23/12/2020

creatinine: 0.65

eGFR: אין מידע

שאלה לרדיולוג/פרוטוקול ביצוע הבדיקה:

דיסק?

/

תשובת מרכז דימות

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

סטטוס מומלץ: ☒ התחייבות: 211130186

(לכל הבדיקות)

בית חולים: אסותא-רמת החיל תל אביב

מכון: (M.R.I) תהודה מגנטית

רחוב ומספר: 20 הברזל

עיר ומיקוד: 69710

טלפון: 03-7644444

הסטוריה:

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

סטטוס ההפנייה: אושרה

קוד החזרה: 0 נשלחה תשובה בתאריך: 14/11/2021

מעקב לאחר הפנייה

סטטוס למערכת התחייבויות

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



017210

פרופ' גבעון אורי

כירורגיה אורתופדית | אורתופדיה ילדים

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 08-9268118

פקס: 08-9268117

כתובת: רח' קיפודן 18, מודיעין

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



0329484786

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

תאריך הביקור: 15/11/2021

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

הפניות, אשורים ודפי מידע

סוג	שם/תיאור	מתאריך	עד תאריך
אישור	תשובת יועץ		

001854472391

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

מכון MRI

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

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

MRI עמוד שדרה מותני:

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

ממצאים:

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

לסיכום:

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

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

מסמך זה נחתם אלקטרונית

נבדק נכבד,

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

רופא נכבד,

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

מסמך זה נחתם אלקטרונית

רופאי מכבי יכולים לצפות בצילומים בקליקס ע"י בחירה ב מַכְבִּי צפיה בצילומי רנטגן בתפריט העליון

תאריך: 13/12/2021

מ.ר גורם מפנה



101489

מכבי שירותי בריאות

העתק טופס
ריפוי בעיסוק
13/12/2021

פינסקי מאשה

ריפוי בעיסוק

קוד הפניה: 248407767

טלפון: 08-8618999

פקס: 073-2132694

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

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 329484786

שם פרטי: נויה

שם משפחה: קלדרון

טל.עבודה/נייד: 0523755881

089731743

טלפון:

מין: נ

18/04/2006

ת.לידה:



0329484786

הרי ירושלים 41, לפיד

כתובת:

מיקוד 7313300

הפניה לאביזר / ציוד רפואי

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

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

סוג מוצר: מדף

תחום: ציוד עזר

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

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

13/12/2021

תאריך

מכבי
ריפוי בעיסוק
בית אלעזר קומה 5
08-8618999

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

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

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



017210

קוד הפניה: 250492136

טלפון: 08-9268118

פקס: 08-9268117

כתובת: רח' קיפודן 18, מודיעין

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

מכון פיזיותרפיה

תלונות: בביקור בתאריך 07/11/2021 בשעה 18:00:57 שבר באצטבולום מימין, נותחה בשיבא לדברי ההורים. כאבים בירך ימין מאחור.

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

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

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

ממצאים: בביקור בתאריך 07/11/2021 בשעה 18:00:57 ללא כאבים בהנעת מפרק ירך ימין, גירוי שורשי מימין. כוח שרירים תקין, תחושה תקינה, החזרים גידים תקינים ושונים.

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

• PAIN LEG

אבחנה:

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

מעש/ת: אין מידע

סיבת ההפניה: לטיפולך

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

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

27/12/2021

תאריך

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

חתימה וחותמת

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

8.5.22

לכבוד

משפחת קלדרון

א.ג.נ.,

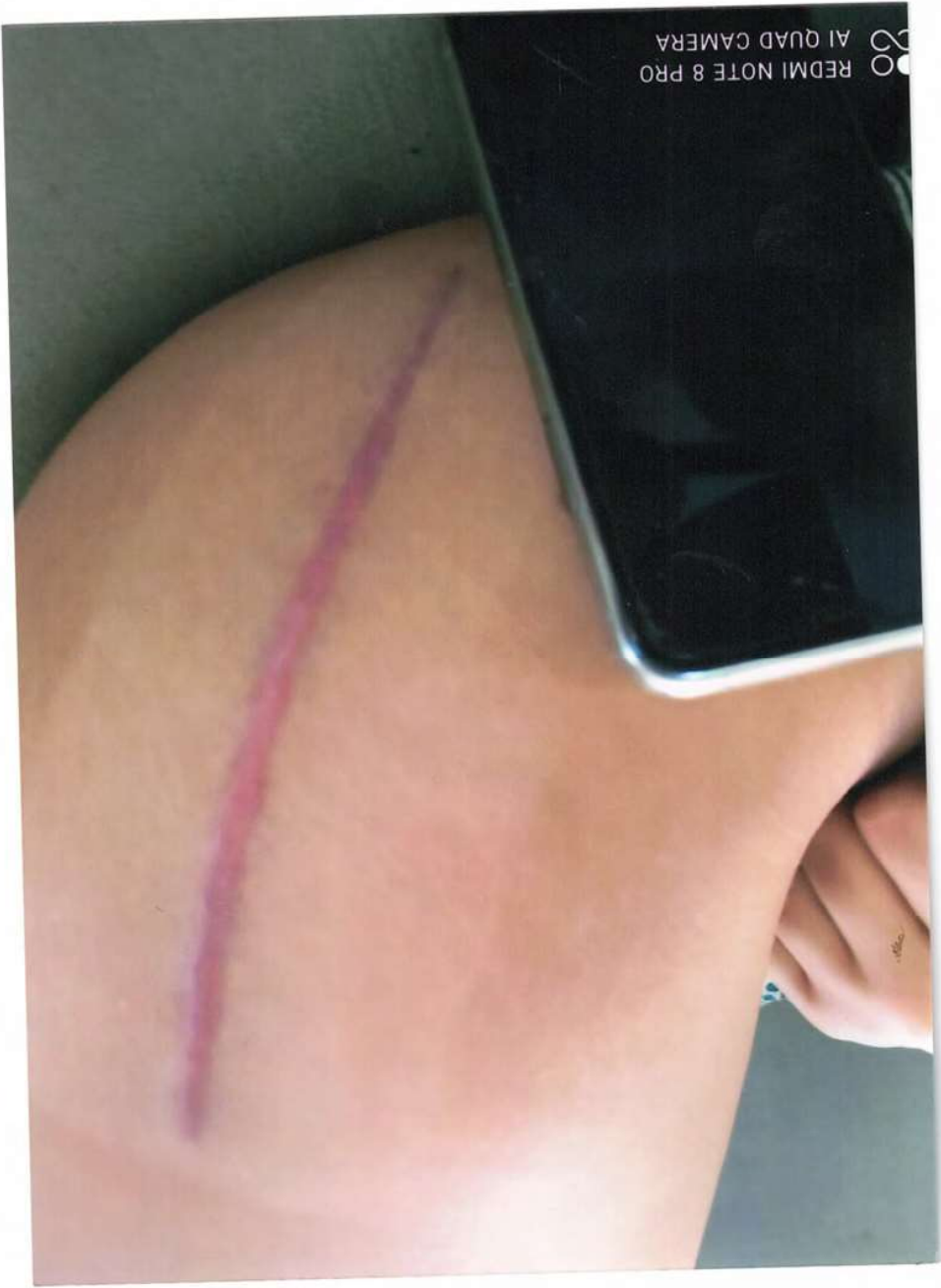
הרני לאשר כי אני פוגשת את נויה קלדרון, ת.ז. 329484786, החל מהתאריך ה- 26.9.21, מדי שבוע, לטיפול פסיכולוגי בעקבות תאונת דרכים שעברה באפריל 2021.

בברכה,


פסיכולוגית חינוכית מומחית מדריכה

מ.ר. 7549





נספח 4 :

תמונות החבלה - נספח 4

(עמודים 64 עד 65)





נספח 5 :

תעודות רפואיות - נספח 5

(עמודים 67 עד 101)



מחלקה לרפואה דחופה

המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא) 7033001

מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש סקל, אוניברסיטת ת"א

www.assafh.org 08-9779909 08-9779910/1

מנהל מלרד: ד"ר דניאל טרובקי
אח אחראי: מר גרגורי גרנובסקי

מ.ז. : 3291477-2 שם: קלדרון-מיכאלי מיטל
אב : אמנון כתובת: הרי ירושלים 41 לפיד
סוג : אזרח טל: 052-3755881 ת.לידה: 01.08.1978
קופ"ח: מכבי כסוי: חסר חוזר דחוף הפניה: כן
סיבה : תאונת דרכים
ת.קבלה: 13.04.21 14:44
מפעיל: HANAES



אסף הרופא



□ ממתינ □ לא ממתינ שעה _____ חתימה _____ גיל _____ משקל _____

סיבת הפנייה: פציעת חזה, כנראה כדור, הייתה חלודה
(הכנה היום יעין, כיום חלה בלחץ)



רקע רפואי

cardiomyopathy



רגישות לתרופות: □ לא ידוע □ כן, ראה פירוט בדף הוראות

שעה _____ חתימה _____ מחולל _____



ניידות	מצב העור	מצב הכרה	שימוש בעזרים	מצב רגשי	נשימה	הובא ע"י
□ עצמאי	□ חקין	□ A מלאה	□ משקפי ראייה	□ תקין	□ עצמונית	□ אמבולנס
□ מוגבל	□ פצע לחץ	□ V מגיב לקריאה	□ מכשיר שמיעה	□ אי שקט	□ קוצר נשימה	□ לבד/משפחה
□ מרותק	□ פריחה/בצקת	□ P מגיב לכאב	□ מקל/הליכון/כיסא	□ חרד	□ חמצן	□ מוסד
	□ שיפשוף/חתך	□ U חסר תגובה	□ אחר _____		□ מונשם	□ מלווה
שליטה על סוגרים: □ כן □ לא			טלפון _____		קרבת מלווה _____	

סיכון לפתח פצע לחץ □ כן □ לא

סיכון לנפילה: □ כן □ לא

□ הדרכה

התערבות

□ שינוי תנוחה שעה _____ חתימה _____

□ דפנות מיטה מורמות □ מעצורי מיטה סגורים □ בהשגחת מלווה

שעה _____ חתימה _____

□ הדרכה: מטופל/מלווה שעה _____ חתימה _____

			שעה	14:45
			לחץ דם	100/70
			דופק	73
			חום	36.7
			SAT%	98%
			עוצמת כאב	8
			סוכר	
			מילוי קפילרי	
			חתימה	

אומדן והדרכת מטופל ובני משפחתו

מוגבלות בקבלת הדרכה: □ כן □ לא

□ לקות ראייה □ לקות שמיעה □ שפה _____

□ אחר, פרט _____

הדרכת מטופל/מלווה בנושא _____

תהליך הטיפול במלרד/מניעת נפילות/פצע לחץ/בידוד

דף מידע: □ כן □ לא

חתימה	שעה	
		□ חמצן
		□ מוניטור

הפניה לצילום ע"י אח/ות: □ כן חתימה _____

שעה _____ חתימה _____

רופא/ה בודק/ת שעה _____ חתימה _____

מנהל/ת מקרה שעה _____ חתימה _____

סיקור כאב: □ כן □ לא

אמזן כאב: BPS □ PAINAD □ VAS □

OUCHER □ FLAAC □ BSPNI □

עוצמה 8 מיקום 8 יוון

תדירות: לסרוגין/קבוע

תרופה לכאב/חום שעה _____



המרכז
הרפואי
שמיר



טלפון: 08-9779911/24/22

סג' רפואי
מעודכן ל: 13/04/21, 22:41
אחות אחראית: גרנובסקי

מנהל מח': דר. טרזק

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה - 11648828

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

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

קלדרון-מיכאלי מיטל

ת.ז.: 2-3291477	מין: נקבה	ת.לידה: 01/08/1978	גיל: 42 ש
שם האב: אמנון	טל: 052-3755881	טל: 08-9731743	שם האם: זהבה
מצב משפחתי: נ + 3	קופ"ח: מכבי	סוג מבקר: אזרח	
כתובת: הרי ירושלים 41, לפיד, 7313300			

נתוני ביקור במיון

סיבת קבלה: תאונת דרכים
גורם מפנה: מדא מרשות ציבור
מבטח: קלדרון-מיכאלי מיטל, 2-3291477
תאריך קליטה במיון: 13/04/21 שעה: 14:44
תאריך קליטה בב"ח: 13/04/21 שעה: 14:44
זמן בדיקת רופא: 13/04/21, 15:32

אבחנות נוכחיות

338.11 - ACUTE PAIN DUE TO TRAUMA

רגישויות

לא ידוע

תלונה עיקרית

תאונת דרכים חזיתית ביום קבלתה.

בת 42, ברקע קרדיומיופתיה מטופלת ברמיפריל.
ביום קבלתה הייתה מעורבת בתאונת דרכים חזיתית כשישבה ברכב חונה בכביש עירוני ורכב אחר התנגש בה חזיתית.
הייתה חגורה, נפתחו כריות אוויר והתנפצו שמשות. שוללת אובדן הכרה, לא זוכרת חבלת ראש. לא היו הקאות או טשטוש ראייה, סובלת כעת מסחרחורות וכאבים בצוואר.

במלר"ד

מדדים: 107/78, דופק 76, סטורציה 98% באוויר החדר.

בדיקה:

בהכרה מלאה, נינוחה נשימתית.

נורולוגית- ללא חסר גס, ע"ק תקינים, כח גס ותחושה שמורים ב-4 גפיים
 צוואר- רגישות paravertebral בצוואר משמאל
 בית חזה- כניסת אוויר טובה ושווה דו"צ. סימן חגורה משמאל.
 לב- קולות לב סדירים.
 בטן- רכה, ללא רגישות.
 גפיים- חבלה באמה ימין.

בדיקות דימות

עמוד שדרה צוארי, עם חומר ניגוד CT	18:22	13/04/21
ראשומות, ללא חומר ניגוד CT	18:22	13/04/21

מוח ללא הזרקת חומר ניגודי CT בדיקת

התוויה קלינית: הייתה מעורבת בתאונת דרכים חזיתית. עם סימן חגורה
 על
 צוואר.

השוואה: אין

ממצאים:

חדרים, ציסטרנות חריצים תקינים.
 הפרדה בין הצפיפות החומר האפור והלבן תקינה.
 ללא עדות לבצקת, דימום, אפקט מסה סטית קו האמצע.
 לא הודגם שבר

התרשמות:

ללא עדות לדמם או ממצא תוך גולגולתי חדאחר

ע"ש צווארי CT להלן ממצאי בדיקת
 הבדיקה בוצעה בחתכים דקים ועוקבים כולל שחזורים למרווחים
 הדיסקליים

ממצאים:

ללא עדות לתמטים, תזוזות או שינויים הרסניים בחוליות
 ללא עדות למסות פרה או פרא ורטברליות
 תעלה ספינלית ברוחב תקין
 בהסתכלות ספציפית על המרווחים הדיסקליים
 בגדר הנורמה: C1-2 גובה
 בגדר הנורמה: C2-3 גובה
 בגדר הנורמה: C3-4 גובה
 בגדר הנורמה: C4-5 גובה
 בגדר הנורמה: C5-6 גובה
 בגדר הנורמה: C6-7 גובה
 בגדר הנורמה: C7-D1 גובה

התרשמות: לא הודגם שבר

מוח בפרוטוקול אנגיו

=====

: סריקת האנגיו

מוצא של עורקי הצוואר תקין

מבנה עורקי קרוטיס פנימי וחיצוני שמור

עורקי הוורטברליס במבנה שמור משני הצדדים

איוורור שמור של פסגות הריאות

אברי הצוואר שנכללו בבדיקה במנה שמור

בלוטת מגן במבנה ומרקם שמורים

לא הודגם שבר

לסיכום: ללא עדות לפגיעה בכלי דם צוואריים

חזה, בטן ואגן במיון, עם הזרקת חומר ני CT

18:22

13/04/21

סריקה טומוגרפית ממוחשבת של בית החזה ושל הבטן והאגן

סיבת הבדיקה: הייתה מעורבת בתאונת דרכים חזיתית. עם סימן חגורה

טכניקה

הבדיקה בוצעה לאחר הזרקת חומר ניגוד תוך ורידית

הבדיקה נעשתה בשני שלבים

סריקה עורקית של החזה, הבטן והאגן ולאחר מכן סריקה נוספת

בשלב הורדי של הבטן והאגן. הוזרק חומר ניגוד אניוני בכמות של 110

סמ"ק, במזרק אוטומטי בקצב של 4.0 סמ"ק לשנייה

בוצעו שחזורים מולטיפלנרים קורונליים וסגיליים

השוואה: אין

ממצאים

מבוא בית החזה תקין

כלי הדם הגדולים מודגמים בצורה תקינה

האאורטה החזית ברוחב תקין, עוברת האדרה תקינה

אין עדות להמטומה במיצר

הלב בגודל תקין

אין עדות לתפליט פריקרדיאלי

אין עדות לתפליט פלאורלי

אין עדות ללימפאדנופתיה מדיאסטינלית, הילרית או אקסילרית

הקנה ודרכי האוור הראשיות נראים תקינים

פרנכימת הריאות תקינה, ללא תסנין או חזה-אוור

ללא נזל או אוור חופשי בבטן או באגן

הכבד בגודל ובמרקם תקינים

מספר ממצאים היפודנטיים בכבד עוברים האדרה פריפרית נודולרית

הגדול בסגמנט 8 בקוטר 3.6 ס"מ

דרכי המרה החוץ והתוך כבדיות אין מורחבות

טחול בממדים ובמרקם תקינים. אין ממצאים בתוכו

לבלב בממדים ובמרקם תקינים. צינור הלב לב אינו מורחב.
 אדרנלים מודגמים בצורה תקינה.
 כליות בגודל, מבנה, ומנח תקינים, ללא אבנים או הידרונפרוזיס.
 האדרה טובה דו"צ.
 אין עדות ללימפאדנופתיה רטרופריטונאלית.
 לולאות המעי הדק ברוחב ובמהלך תקינים.
 האאורטה וכלי הדם הגדולים הבטניים ברוחב תקין.
 באגן אין לימפאדנופתיה.
 כיס השתן בעל דופנות סדירים.
 איברי האגן שמורים.
 המבנה הגרמי שמור, לא הודגם שבר.

לסיכום:

ללא עדות לממצא טראומתי בחזה בטן או אגן -
 ממצאים בכבד מתאימים להמנגיומות -

רקמות רכות בצוואר, עם חומר ניגוד CT

18:22

13/04/21

מוח ללא הזרקת חומר ניגודי CT בדיקת

התוויה קלינית: הייתה מעורבת בתאונת דרכים חזיתית. עם סימן חגורה
 על
 צוואר.

השוואה: אין

ממצאים:

חדרים, ציסטרנות חריצים תקינים.
 הפרדה בין הצפיפות החומר האפור והלבן תקינה.
 ללא עדות לבצקת, דימום, אפקט מסה סטית קו האמצע.
 לא הודגם שבר.

התרשמות:

ללא עדות לדמם או ממצא תוך גולגולתי חדאחר

ע"ש צווארי CT להלן ממצאי בדיקת
 הבדיקה בוצעה בחתכים דקים ועוקבים כולל שחזורים למרווחים
 הדיסקליים.

ממצאים:

ללא עדות לתמטם, תזוזות או שינויים הרסניים בחוליות.
 ללא עדות למסות פרה או פרא ורטברליות.
 תעלה ספינלית ברוחב תקין.
 בהסתכלות ספציפית על המרווחים הדיסקליים
 בגדר הנורמה: C1-2 גובה
 בגדר הנורמה: C2-3 גובה
 בגדר הנורמה: C3-4 גובה
 בגדר הנורמה: C4-5 גובה
 בגדר הנורמה: C5-6 גובה
 בגדר הנורמה: C6-7 גובה

בגדר הנורמה: C7-D1 גובה.

התרשמות: לא הודגם שבר

מוח בפרוטוקול אנגיו

=====

: סריקת האנגיו

. מוצא של עורקי הצוואר תקין

. מבנה עורקי קרוטיס פנימי וחיצוני שמור

. עורקי הוורטברליס במבנה שמור משני הצדדים

. איוורור שמור של פסגות הריאות

. אברי הצוואר שנכללו בבדיקה במנה שמור

. בלוטת מגן במבנה ומרקם שמורים

. לא הודגם שבר

לסיכום: ללא עדות לפגיעה בכלי דם צוואריים

אברי האגן, עם חומר ניגוד CT

18:22

13/04/21

בטן, עם חומר ניגוד CT

18:22

13/04/21

בית החזה, עם חומר ניגוד CT

18:22

13/04/21

סריקה טומוגרפית ממוחשבת של בית החזה ושל הבטן והאגן

. סיבת הבדיקה: הייתה מעורבת בתאונת דרכים חזיתית. עם סימן חגורה

טכניקה

. הבדיקה בוצעה לאחר הזרקת חומר ניגוד תוך ורידית

. הבדיקה נעשתה בשני שלבים

סריקה עורקית של החזה, הבטן והאגן ולאחר מכן סריקה נוספת

בשלב הורידית של הבטן והאגן. הוזרק חומר ניגוד אניוני בכמות של 110

סמ"ק, במזרק אוטומטי בקצב של 4.0 סמ"ק לשנייה

. בוצעו שחזורים מולטיפלנרים קורונליים וסגטליים

השוואה: אין

ממצאים

. מבוא בית החזה תקין

. כלי הדם הגדולים מודגמים בצורה תקינה

. האאורטה החזית ברוחב תקין, עוברת האדרה תקינה

. אין עדות להמטומה במיצר

. הלב בגודל תקין

. אין עדות לתפליט פריקרדיאלי

. אין עדות לתפליט פלאורלי

. אין עדות ללימפאדנופתיה מדיאסטינלית, הילרית או אקסילרית

. הקנה ודרכי האוויר הראשיות נראים תקינים

. פרנכימת הריאות תקינה, ללא תסנין או חזה-אוויר

ללא נוזל או אוויר חופשי בבטן או באגן.
 הכבד בגודל ובמרקם תקינים.
 מספר ממצאים היפודנסיים בכבד עוברים האדרה פריפרית נודולרית.
 הגדול בסגמנט 8 בקוטר 3.6 ס"מ.
 דרכי המרה החוץ והתוך כבדיות אין מורחבות.
 טחול בממדים ובמרקם תקינים. אין ממצאים בתוכו.
 לבלב בממדים ובמרקם תקינים. צינור הלב לב אינו מורחב.
 אדרנלים מודגמים בצורה תקינה.
 כליות בגודל, מבנה, ומנח תקינים, ללא אבנים או הידרונפרוזיס.
 האדרה טובה דו"צ.
 אין עדות ללימפאדנופתיה רטרופריטונאלית.
 לולאות המעי הדק ברוחב ובמהלך תקינים.
 האאורטה וכלי הדם הגדולים הבטניים ברוחב תקין.
 באגן אין לימפאדנופתיה.
 כיס השתן בעל דופנות סדירים.
 איברי האגן שמורים.
 המבנה הגרמי שמור, לא הודגם שבר.

לסיכום:

ללא עדות לממצא טראומתי בחזה בטן או אגן -
 ממצאים בכבד מתאימים להמנגיומות -

דין וסיכום הקבלה

סיטי חזה וצוואר - ללא ממצא אחר.
 יעוץ אורטופד - ראה מצורף.

טופלה במשככי כאבים.

לסיכום - ללא בעיה כירורגית חריפה.

משתחררת לביתה במצב כללי טוב עם ההמלצות הבאות -

מצב המטופל בשחרור ממיון

תכנית טיפול והמלצות להמשך

1. המשך מעקב רופא מטפל, המשך טיפול תרופתי קבוע.
2. משככי כאבים לפי הצורך.
3. שתייה מרובה.
4. המלצות לפי יעוץ אורטופד.
5. בכל מקרה של החמרה - כאבים עזים, הקאות מרובות וכו' - לפנות לבדיקת רופא.

שחרר בליווי _____

חתימה

רופא: גינזבורג, עמית

מספר רשיון:

חתימה: _____

22:42 13/04/21

מספר רשיון: 140604

רופא מאשר: דר. קירשטיין, אנה

חתימה: _____

22:42 13/04/21

מנהל מחלקה
גינזבורג, עמית
מ.ר. 3291477-2



סודי רפואי

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

תשובה זמנית

ממצאי בדיקה טומוגרפיה ממוחשבת מיון

פקס: 08-9779038

טלפון: 08-9779912

ת.ז.: 3291477-2

שם: קלדרון-מיכאלי מיטל

טלפון: 052-3755881

כתובת: הרי ירושלים 41 לפיד 7313300

מין: נ

גיל: 42 ש

מקרה: 11648828

גורם מפנה: מכבי

יחידה ארגונית מזמינה: מיון אורתופדי

גרסה זו הינה גרסה ראשונית שנכתבה ע"י רופא מתמחה. למסמך זו גרסה נוספת
במהלך 24 השעות הבאות.

חובה לברר תשובה סופית, ייתכנו שינויים !!!

בדיקות שבוצעו

תאריך אישור ביצוע	שעת אישור ביצוע	תיאור שירות
13/04/2021	18:22	CT חזה, בטן ואגן במיון, עם הזרקת חומר ני גוד
13/04/2021	18:22	CT בית החזה, עם חומר ניגוד
13/04/2021	18:22	CT אברי האגן, עם חומר ניגוד
13/04/2021	18:22	CT בטן, עם חומר ניגוד

תולדות מחלה

הייתה מעורבת בתאונת דרכים חזיתית. עם סימן חגורה.

שאלה לבירור

שבר? דימום?

תיאור הבדיקה והממצאים

סריקה טומוגרפית ממוחשבת של בית החזה ושל הבטן והאגן

13/04/2021

גרסה 01 עמוד: 1 מתוך 3

סיבת הבדיקה: הייתה מעורבת בתאונת דרכים חזיתית. עם סימן חגורה.

טכניקה:

הבדיקה בוצעה לאחר הזרקת חומר ניגוד תוך ורידית.
הבדיקה נעשתה בשני שלבים:
סריקה עורקית של החזה, הבטן והאגן ולאחר מכן סריקה נוספת
בשלב הורידי של הבטן והאגן. הוזרק חומר ניגוד אניוני בכמות של 110 סמ"ק,
במזרק אוטומטי בקצב של 4.0 סמ"ק לשנייה.
בוצעו שחזורים מולטיפלנרים קורונליים וסגיתליים.

השוואה: אין

ממצאים:

מבוא בית החזה תקין.
כלי הדם הגדולים מודגמים בצורה תקינה.
האאורטה החזית ברוחב תקין, עוברת האדרה תקינה.
אין עדות להמטומה במיצר.
הלב בגודל תקין.
אין עדות לתפליט פריקרדיאלי.
אין עדות לתפליט פלאורלי.
אין עדות ללימפאדנופתיה מדיאסטנילית, הילרית או אקסילרית.
הקנה ודרכי האוויר הראשיות נראים תקינים.
פרנכימת הריאות תקינה, ללא תסנין או חזה-אוויר.
ללא נוזל או אוויר חופשי בבטן או באגן.
הכבד בגודל ובמרקם תקינים.
מספר ממצאים היפודנטיים בכבד עוברים האדרה פריפרית נודולרית הגדול בסגמנט 8
בקוטר 3.6 ס"מ.
דרכי המרה החוש והתוך כבדיות אינן מורחבות.
טחול בממדים ובמרקם תקינים. אין ממצאים בתוכו.
לבלב בממדים ובמרקם תקינים. צינור הלב לב אינו מורחב.
אדרנלים מודגמים בצורה תקינה.
כליות בגודל, מבנה, ומנח תקינים, ללא אבנים או הידרונפרוזיס.
האדרה טובה דו"צ.
אין עדות ללימפאדנופתיה רטרופריטונאלית.
לולאות המעי הדק ברוחב ובמהלך תקינים.
האאורטה וכלי הדם הגדולים הבטניים ברוחב תקין.
באגן אין לימפאדנופתיה.
כיס השתן בעל דופנות סדירים.
איברי האגן שמורים.
המבנה הגרמי שמור, לא הודגם שבר.

לסיכום:

- ללא עדות לממצא טראומטי בחזה בטן או אגן
- ממצאים בכבד מתאימים להמנגיומות.

סודי רפואי ממצאי בדיקה טומוגרפיה ממוחשבת מיון - המשך
שם: קלדרון-מיכאלי מיטל ת.ז.: 3291477-2 מקרה: 11648828

שם הרופא המפענח	מ.ר.ר	מ.ת.מ	תאריך פענוח	שעת פענוח
דר. שישקין אולגה	150057		13/04/2021	20:59

תאריך הקלדה: 13/04/2021



סודי רפואי

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

תשובה זמנית

ממצאי בדיקה טומוגרפיה ממוחשבת מיון

טלפון: 08-9779038 פקס:

טלפון: 08-9779912

ת.ז.: 3291477-2
טלפון: 052-3755881

שם: קלדרון-מיכאלי מיטל

כתובת: הרי ירושלים 41 לפיד 7313300

מיון: נ

גיל: 42 ש

מקרה: 11648828

גורם מפנה: מכבי

יחידה ארגונית מזמינה: מיון אורתופדי

גרסה זו הינה גרסה ראשונית שנכתבה ע"י רופא מתמחה. למסמך זו גרסה נוספת
במהלך 24 השעות הבאות.

חובה לברר תשובה סופית, ייתכנו שינויים !!!

בדיקות שבוצעו

תאריך אישור ביצוע	שעת אישור ביצוע	תיאור שירות
13/04/2021	18:22	CT עמוד שדרה צוארי, עם חומר ניגוד
13/04/2021	18:22	CT ראש\מוח, ללא חומר ניגוד
13/04/2021	18:22	CT רקמות רכות בצוואר, עם חומר ניגוד

תולדות מחלה

הייתה מעורבת בתאונת דרכים חזיתית. עם סימן חגורה.

שאלה לבירור

שבר? דימום?

שם רנטגנאי

עבד אלהאדי לואי

תיאור הבדיקה והממצאים

13/04/2021

מחוד 3

גרסה 01 עמוד: 1

בדיקת CT מוח ללא הזרקת חומר ניגודי:

התוויה קלינית: הייתה מעורבת בתאונת דרכים חזיתית. עם סימן חגורה על צוואר.

השוואה: אין.

ממצאים:

חדרים, ציסטרנות פריצים תקינים.
הפרדה בין הצפיפות החומר האפור והלבן תקינה.
ללא עדות לבצקת, דימום, אפקט מסה סטית קו האמצע.
לא הודגם שבר.

התרשמות:

ללא עדות לדמם או ממצא תוך גולגולתי חדאחר.

להלן ממצאי בדיקת CT ע"ש צווארי:

הבדיקה בוצעה בחתכים דקים ועוקבים כולל שחזורים למרווחים הדיסקליים.

ממצאים:

ללא עדות לתמטים, תזוזות או שינויים הרסניים בחוליות.
ללא עדות למסות פרה או פרא ורטברליות.
תעלה ספינלית ברוחב תקין.
בהסתכלות ספציפית על המרווחים הדיסקליים:
גובה C1-2: בגדר הנורמה.
גובה C2-3: בגדר הנורמה.
גובה C3-4: בגדר הנורמה.
גובה C4-5: בגדר הנורמה.
גובה C5-6: בגדר הנורמה.
גובה C6-7: בגדר הנורמה.
גובה C7-D1: בגדר הנורמה.

התרשמות: לא הודגם שבר

מוח בפרוטוקול אנגיו

=====

סריקת האנגיו :

מוצא של עורקי הצוואר תקין.
מבנה עורקי קרוטיס פנימי וחיצוני שמור.
עורקי הוורטברליס במבנה שמור משני הצדדים.

איוורור שמור של פסגות הריאות.
אברי הצוואר שנכללו בבדיקה במנה שמור.
בלוטת מגן במבנה ומרקם שמורים.
לא הודגם שבר.

לסיכום : ללא עדות לפגיעה בכלי דם צוואריים

שם הרופא המפענח	מ.ר.ר	מ.ת.מ	תאריך פענוח	שעת פענוח
ד.ר. שישקין אולגה	150057		13/04/2021	20:39

תאריך הקלדה: 13/04/2021



המרכז
הרפואי
שמיר



סודי רפואי

מעודכן ל: 13/04/21

מחלקה מיעצת: אורתופדיה

שעה: 22:34

סיכום ייעוץ - יעוץ אורתופדיה

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

נתוני המטופל

שם: קלדרון-מיכאלי מיטל ת"ז: 3291477-2 מקרה: 11648828 גיל: 42 ש מין: נקבה
כתובת: הרי ירושלים 41, לפיד, 7313300
קופ"ח: מכבי

תאריך ייעוץ: 13/04/2021 שעת ייעוץ: 15:54

תאריך קבלה למחלקה: 13/04/2021

תאריך אשפוז: 13/04/2021

מחלקה רפואית מזמינה: מיון אורתופדי

מחלקה סיעודית מזמינה: מיון כירורגי

תאור השירות: יעוץ רופא מומחה באשפוז/במיון

תולדות מחלה

תאונת דרכים חזיתית. נפתחו כריות אוויר, יש סימן חגורה

שאלה מההזמנה

שבר?

תוכן הייעוץ

בת 42.

היתה טרם קבלתה מעורבת בת.ד.

רכב נבנס ברכבה כאשר היתה בעצירה.

עם פתיחת כריות אוויר.

היתה חגורה.

כעת כאבים בצוואר ובירכיים.

בבדיקתה - מתהלכת בחופשיות.

מניע צוואר בגטווח מלא עם כאב קל. רגישות מוסקולארית בצידי הצוואר. ללא רגישות עמש לכל אורכוטת. רגישות קלה בירכיים הפרוקסימאליים. ללא כאב בהנעת מפרקי

הירכיים. ללא רושם לרגישות גרמית.

כוחות ותחושה שמורים ב4 גפיים.

שוללת בריחת שתן או רדימות במשפעה.

CT ללא ממצא חריף בעמש ובאגן.

מלרד : מיון מהלכים / מיון אורתופד מקרה: 11651442
 מ.ז. : 3291477-2 שם: קלדרון-מיכאלי מיטל
 כתובת: הרי ירושלים 41 לפיד
 אב : אמנון
 סוג : אזרח
 טל: 052-3755881 ת.לידה: 01.08.1978
 כסוי: חסר חוזר דחוף הפניה: כן
 קופ"ח: מכבי
 סיבה : ת. דרכים חוזר
 ת.קבלה: 11.26 19.04.21
 מפעיל: ADIS

המרכז
 הרפואי
 שמיר



מחלקה לרפואה דחופה

המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא) 7033001
 מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש סקלר, אוניברסיטת ת"א
 08-9779910/1 08-9779909 www.assafh.org

מנהל מלר"ד: ד"ר דניאל טרזוקי
 אח אחראי: מר גרגורי גרנובסקי

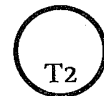


ממתין ☒ לא ממתין ☐ שעה 11:30 חתימה paul גיל משקל

סיבת הפנייה: 13/4 13/4 13/4 13/4
 ידון זיהוי
 רקע רפואי: Cardiomypathy



רגישות לתרופות: ☒ לא ידוע ☐ כן, ראה פירוט בדף הוראות



שעה חתימה מחולל

ניידות	מצב העור	מצב הכרה	שימוש בעזרים	מצב רגשי	נשימה	הובא ע"י
☒ עצמאי	☐ תקין	☒ A מלאה	☐ משקפי ראייה	☒ אתקין	☒ עצמונית	☐ אמבולנס
☐ מוגבל	☐ פצעי לחץ	☐ V מגיב לקריאה	☐ מכשיר שמיעה	☐ אי שקט	☐ קוצר נשימה	☒ לבד/משפחה
☐ מרותק	☐ פריחה/בצקת	☐ P מגיב לכאב	☐ מקל/הליכון/כיסא	☐ חרד	☐ חמצן	☐ מוסד
	☐ שיפשוף/חתך	☐ U חסר תגובה	☐ אחר		☐ מונשם	☐ מלווה
שליטה על סוגרים: ☒ כן ☐ לא				טלפון	קרבת מלווה	

סיכון לפתח פצע לחץ ☐ כן ☒ לא

סיכון לנפילה: ☐ כן ☒ לא

התערבות

דפנות מיטה מורמות ☐ מעצורי מיטה סגורים ☐ בהשגחת מלווה ☐
 הדרכה: מטופל/מלווה שעה חתימה

אומדן והדרכת מטופל ובני משפחתו

מוגבלות בקבלת הדרכה: ☐ כן ☒ לא

לקות ראייה ☐ לקות שמיעה ☐ שפה ☐

אחר, פרט

הדרכת מטופל/מלווה בנושא

תהליך הטיפול במלר"ד/מניעת נפילות/פצע לחץ/בידוד

דף מידע: ☐ כן ☒ לא

שעה	11:44
לחץ דם	106/50
דופק	74
חום	36.7
SAT%	
עוצמת כאב	
סוכר	
מילוי קפילרי	
חתימה	

סיקור כאב: ☐ כן ☒ לא

אמדן כאב: BPS ☐ PAINAD ☐ VAS ☐

OUCHER ☐ FLAAC ☐ BSPNI ☐

עוצמה 6 מיקום

תדירות: לסרוגין/קבוע

תרופה לכאב/חום שעה

חתימה	שעה	חמצן
		☐ מוניטור

הפניה לצילום ע"י אח/ות: ☐ כן ☒ חתימה

שעה 11:50 חתימה

רופא/ה בודק/ת שעה חתימה

מנהל/ת מקרה שעה חתימה

תכנית בירור

שעה	תכנית/הוראות	חתימת רופא/ה

דף הוראות

*רגישות ל

שעה	אופן מתן	תרופה/תמיסה	מינון	קצב	חתימת הרופא/ה	שעת ביצוע	חתימת אח/ות
חיסון			מס' אצוה				

אופן העברת המטופל: ☐ ברגל ☐ בכיסא ☐ במיטה ☐ בליווי רופא/ה ☐ בליווי אח/ות ☐ מזוודת ליווי ☐ חמצן ☐ מוניטור ☐ דפיברילטור
☒ שחרור ☐ אישפוז ☐ מוסד אחר _____ ☐ עזב על דעת עצמו ☐ חתם ☐ לא חתם
שם הרופא/ה _____ מס' רשיון _____ שעה _____ חתימה _____

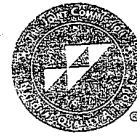
לרופא/ה המטפל/ת - יש לברר מצב חיסוני

תעודה זו ניתנה על ידי להגשה לבית המשפט והריני מצהיר בזה כי ידוע לי היטב שלעניין החוק הפלילי בדבר עדות שבועת שקר בשבועה בבית המשפט, דין תעודה זו כשהיא חתומה על ידי עדות בשבועה שנתתי לבית המשפט.

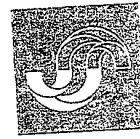
נא למסור סיכום זה לרופא/ה המטפל/ת

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

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



המרכז
הרפואי
שמיר



טלפון: 08-9779911/22/24

מס' רפואי
מעודכן ל: 12:07, 19/04/21
אותות אחראית: גרנובסקי

מנהל מח' דר. טרוצקי

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה - 11651442

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

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

קלדרון-מיכאלי מיטל

ת.ז.: 3291477-2	מין: נקבה	ת.לידה: 01/08/1978	גיל: 42 ש
שם האב: אמנון	טל: 052-3755881	טל: 08-9731743	שם האם: זהבה
מצב משפחתי: נ + 3	קופ"ח: מכבי	סוג מבקר: אזרח	
כתובת: הרי ירושלים 41, לפיד, 7313300			

נתוני ביקור במיון

סיבת קבלה: ת. דרכים חוזר	גורם מפנה: מכבי
תאריך קליטה במיון: 19/04/21	שעה: 11:26
תאריך קליטה בב"ח: 19/04/21	שעה: 11:26

אבחנות מוכחות

924.00 - CONTUSION OF THIGH (BL)

רגישות

לא ידוע

דין וסיכום הקבלה

בת 42, 13.04.21 הייתה מעורבת בת.ד. מנגנון קדמי צידי כאשר היתה בעצירה. עם פתיחת כריות אוויר. היתה חגורה.

בבדיקה במיון, ללא עדות לשברים
הושלם CT עמוד שדרה ואגן - ללא עדות לשברים

כעת הגיעה למיון לאחר שהופיעו המטומות באגן וירכיים, וכאבי גב תחתון
בנוסף מאז הארוע סובלת מכאבים בכתף ובשכם שמאל.
מאז הארוע שוללת אבדן הכרה או אבדן שליטה על סוגרים.

בבדיקתה - מתהלכת בחופשיות, ללא צליעה, טווחים מלאים בגב, ללא רגישות מישוש עמוד שדרה לכל אורכו, רגישות

גרסה: 01 עמוד 1 מתוך 2 19/04/2021 12:21 ERICK

רקמה רכה במותניים, עומדת על קצות אצבעות והעקבים, המטומות בשלבי ספיגה על גבי ירך מקורבת ימין ושמאל, רגישות במישוש על גבי 4 ראשי מקורב ימין, מעט כאבים ביישור הברך אך מנגנון יישור שמור ותקין, כוח גס קוואד מלא. כוח גס 5/5 ברגליים וסימטרי, תחושה שמורה וסימטרית, לוג'ול שלילי, SLR שלילי דו"צ, החזרי פיקה ואכילס הופקו סימטרים. ללא חסר NV.

TBCT - ללא עדות לשברים או פריקות.

משוחררת לביתה עם ההמלצות הבאות:

מצב המטופל בשחרור ממיון

תכנית טיפול והמלצות להמשך

- מנוחה 5 ימים, פעילות לפי יכולת.
- שיכוך כאב לפי הצורך עם אקמול או אופטלגין 1g עד 3 פעמים ביום לפי הצורך
- בהחמרה בכאב, חסר תחושה או מוטורי או כל החמרה אחרת, יש לפנות לרופא
- קומפרסים חמים לגב
- פיזיותרפיה
- המשך מעקב רופא מטפל
- בהמשכות הכאב מעל לשבוע יש לפנות לאורתופד בקופ"ח.

שוחרר בליווי _____

חתימה

רופא מאשר: קצ'קו, אריק

חתימה: _____

מרכז רפואי שמיר (אספירורופא) 152180

12:21 19/04/21



מרכז רפואי שמיר (אספירורופא)
ד"ר אריק קצקו
מחלקה אורתופדית
מ.ר 152180



סודי רפואי

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

ממצאי בדיקה טומוגרפיה ממוחשבת מיון
טלפון: 08-9779912 פקס: 08-9779038

ת.ז.: 3291477-2
טלפון: 052-3755881

שם: קלדרון-מיכאלי מיטל

כתובת: הרי ירושלים 41 לפיד 7313300

מין: נ

גיל: 42 ש

מקרה: 11648828

גורם מפנה: מכבי

יחידה ארגונית מזמינה: מיון אורתופדי

בדיקות שבוצעו

תיאור שירות	שעת אישור ביצוע	תאריך אישור ביצוע
CT עמוד שדרה צוארי, עם חומר ניגוד	18:22	13/04/2021
CT ראש\מוח, ללא חומר ניגוד	18:22	13/04/2021
CT רקמות רכות בצוואר, עם חומר ניגוד	18:22	13/04/2021

תולדות מחלה

הייתה מעורבת בתאונת דרכים חזיתית. עם סימן חגורה.

שאלה לבירור

שבר? דימום?

שם רנטגנאי

עבד אלהאדי לואי

תיאור הבדיקה והמצאים

בדיקת CT מוח ללא הזרקת חומר ניגודי:

התוויה קלינית: הייתה מעורבת בתאונת דרכים חזיתית. עם סימן חגורה על צוואר.

השוואה: אין.

ממצאים:

חדרים, ציסטרנות חריצים תקינים.
הפרדה בין הצפיפות תחומר האפור והלבן תקינה.
ללא עדות לבצקת, דימום, אפקט מסה סטית קו האמצע.
לא הודגם שבר.

התרשמות:
ללא עדות לדמם או ממצא תוך גולגולתי חדאחר.

להלן ממצאי בדיקת CT ע"ש צווארי:
הבדיקה בוצעה בחתכים דקים ועוקבים כולל שחזורים למרווחים הדיסקליים.

ממצאים:
ללא עדות לתמטים, תזוזות או שינויים הרסניים בחוליות.
ללא עדות למסות פרה או פרא ורטברליות.
תעלה ספינלית ברוחב תקין.
בהסתכלות ספציפית על המרווחים הדיסקליים:
גובה C1-2: בגדר הנורמה.
גובה C2-3: בגדר הנורמה.
גובה C3-4: בגדר הנורמה.
גובה C4-5: בגדר הנורמה.
גובה C5-6: בגדר הנורמה.
גובה C6-7: בגדר הנורמה.
גובה C7-D1: בגדר הנורמה.

התרשמות: לא הודגם שבר

מוח בפרוטוקול אנגיו

=====

סריקת האנגיו:
מוצא של עורקי הצואר תקין.
מבנה עורקי קרוטיס פנימי וחיצוני שמור.
עורקי הוורטברליס במבנה שמור משני הצדדים.

איוורור שמור של פסגות הריאות.
אברי הצוואר שנכללו בבדיקה במנה שמור.
בלוטת מגן במבנה ומרקם שמורים.
לא הודגם שבר.

לסיכום: ללא עדות לפגיעה בכלי דם צוואריים

כִּירוֹרְגִיָּה אֲרֵת־פִּדִית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

קוד הפניה: 217693844

טלפון: 077-2299000

077-2299099 :079

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

מכון פיזיותרפיה

תלונות: בת 42 בריאה לפני 21 יום עברה תד היתה במיון שחוררה סובלת מכאב גב תחתון ללא הקרנ הרגלים

ממצאים: בדיקה:

רגיושת לאורך הגב

כח גס תקין

תחושה תקינה

NV תקין

הולכת על עקבים וקצות אצבעות

• MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS

אבחנה:

בעיות ידועות:

- OSTEOPOROSIS
- CARDIOMYOPATHY PRIMARY IDIOPATHIC segmental echo 2002
- GLOMERULONEPHRITIS POSTSTREPTOCOCCAL (08/2009) hospit volfson hospital
- CELIAC DISEASE-GLUTEN SENSITIVE ENTEROPATHY tel hashomer dr yonash
- DYSPESIA (NON ULCER) (NON ULCER) (DD IBS) gastroscopy 11/03 normal Hel.Pilory negative
- POST STREPTOCOCCAL ARTHRITIS (11/2003)

תרופות קבועות:

CIPRALEX 10MG X 28 1X1X90
TRITACE 2.5MG X 28 1X1X84

מעשנת : לא

סיבת ההפניה: הערכה וטיפול

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 03/05/2021 עד תאריך - 30/10/2021

****נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים****

03/05/2021

חתימה וחותמת

תאריך

קביעת תור לטיפול ראשון -במוקד מכבי ללא הפסקה 3555*. תורים לטיפול המשך ותור ראשון לטיפול בתחומים מיוחדים (לדוגמא- רצפת אגן, ניקוד לימפתי, טיפולי בית) יקבעו במכון הפיזיותרפיה.

הטיפול כרוך בתשלום רבעוני, בא להגיע עם כרטיס מגנטי.

במידה והינך משלם במזומן יש להסדיר את התשלום במזכירות הסניף טרם הגעה לטיפול.

מס' הגעה לטיפול



דר' דני יניב

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

קוד הפניה: 217324169

טלפון: 07-2299000

פיקס: 07-2299009

כתובת: בית הרפואה-כרמל, קניון עזריאלי, מודיעין (קניון מודיעין, בית שמעון קומת 3)

פרטי הנבדק:		שם משפחה: דרור-מייזלי		ת.ז.: 32914772	
ת.ל.: 01/05/1972		מקום מגורים: 089731740		טל.עבודה/נייד: 0523755881	
כתובת: הרחוב ישראלי 41, דפוד		מיקוד: 7313300		0032914772	

מכון פיזיותרפיה

תלונות: לפני 3 שבועות תאונת דרכים חריפה בהגה הימנית. הכרתה לא איבדה. חרדה וזכרת פרטי ארוע הובהלה באמבולנס למיון בוצע CT מוח ועצמות ללא ממצא CT חזה בטן ואגן - ללא ממצא בבטן ואגן (המחיצות בעבר) CT רקמות רכות עם ח.ב צוואר - ללא ממצא יש כאבי גב תחתון ושכמה משימאל היו שטפי דם בגפיים ולצרצור ביד ימין

אבחנה:

- LOW BACK PAIN
- SHOULDER PAIN DUE TO SCAPULA

בעיות ידועות:

- OSTEOPOROSIS
- CARDIOMYOPATHY PRIMARY IDIOPATHIC segmental echo 2002
- GLOMERULONEPHRITIS POSTSTREPTOCOCCAL (08/2009) hospil wofson hospital
- CELIAC DISEASE-GLUTEN SENSITIVE ENTEROPATHY tel hashomer dryonash
- DYSPESIA (NON ULCER) (NON ULCER) (DD IBS) gastroscopy 11/03 normal Hel. Pityory negative
- POST STREPTOCOCCAL ARTHRITIS (11/2002)

תרופות קבועות:

CIPRALEX 10MG X 28 1X1X90
TRITACE 2.5MG X 28 1X1X84

מעש/ת: לא

סיבת ההפניה: אודה על חוות דעה

תוקף ההפניה: 176 ימי תאריך: 02/05/2021 עד תאריך: 02/05/2022

בא לידיע עם מסמכים רלוונטיים

02/05/2021

תאריך

חתימה וחולמת

קביעת תור לטיפול ראשון -במוקד הכבי ללא הפסקה 03/05/2021 וחוזים וטיפול המשך ותור ראשון לטיפול בתחומים מיוחדים (לדוגמא- רצפת אגן, ניקוד לימפת, מוסקל וכו') יקבעו במכון הפיזיותרפיה. הטיפול כרוך בתשלום רבעוני, בא להגיע עם תור לטיפול. במידה והינך משלם במזומן יש להסדיר את התשלום בתחילת הטיפול. טיפול נוסף לטיפול.

גיל: 42.9

שם רופא/ה: ד"ר פרידמן אילן

תחום הטיפול: כירורגיה אורתופדית

מספר ביקור: 35410

רופא מפנה: דר' דני יניב

תלונות: בת 42 בריאה לפני 21 יום עברה תד היתה במיון שחוררה סובלת מכאב גב תחתון ללא הקרנ הלרגלים

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאים: בדיקה:

רגישות לאורך הגב

כח גס תקין

תחושה תקינה

NV תקין

הולכת על עקבים וקצות אצבעות

דיון ואבחנה מבדלת: המלצות:

פזיותרפיה לגב ולשכם

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS

מכון פיזיותרפיה	בדיקות/הפניות	הערות
		בתוקף עד - 30/10/2021

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

הודפס בתאריך: 03/05/2021 18:31
הודפס ע"י: ד"ר פרידמן אילן
רישום מתאריך: 03/05/2021 18:27:34

מ.ר גורם מפנה

מסמך התום
דיגיטלי
cosign מוכיח

029213

ד"ר דני יניב

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

טלפון: 077-2299000

פקס: 077-2299099

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

פרטי הנבדק:		שם משפחה: קלדרון-מיכאלי		שם פרטי: מיטל		ת.ז.: 32914772	
ת.לידה: 01/08/1978		מין: נ		טלפון: 089731743		טל.עבודה/נייד: 0523755881	
כתובת: הרי ירושלים 41, לפיד		מיקוד: 7313300					

אישור בריאות

הנ"ל: הנ"ל אינו/ה יכול/ה לעסוק בפעילות גופנית עקב חבלה בין התאריכים
01/06/2021 ל 01/08/21

03/06/2021

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

הדפסת תיק מטופל - חלקי הודפס ע"י אסתר בקרמן

30/06/2021 13:51:36

גליון סדרה

סדרת טיפולים

מס' סדרה: 4 מס' ביקור: 5 גיל: 42.10 תחילת הטיפול: 30/06/2021 תאריך עדכון: 06/02/2022
שם פזיותרפיסט: נקדימון אורן שם מכון: מודיעין מכון פזיותרפיה
סיבת הפנייה: כללית/אורטופדית
גורם משלם: 5 תאונת דרכים מצב הסדרה: סגורה

פרטי סגירת סדרה

גורם משחרר: פזיותרפיסט יכולת חזרה לפעילות: כן
השגת מטרת הטיפול: המטרות הושגו במלואן
מידת שיתוף הפעולה: מרובה
התמדה בהגעה לטיפולים: ☒
התמדה בתרגול עצמי: ☒

☒ הפנית רופא מכבי

גורם מפנה: ד"ר פרידמן אילן התמחות: אורתופדיה

תאריך ההפניה: 03/05/2021

אבחנות רופא:

אבחנה
MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS

מאפ מאפ

הערה

ציון תפקודי FHS: 39 תאריך עדכון הציון: 30/06/2021 ציון תפקודי מנובא: 56

רמת כאב (בטווח של 0 עד 10): 9 תאריך עדכון הציון: 30/06/2021

פחד מחזרה לפעילות גופנית - Physical Fear Avoidance (בטווח של 0 עד 100): 19 תאריך עדכון הציון: 30/06/2021

אבחנת פזיותרפיסט:

אבחנת פזיותרפיסט: אבחנת מובילה תאריך: 30/06/2021
LOW BACK PAIN כן

מס' ביקורים שבועו: 5 מס' טיפולים שבועו: 17

30/06/2021 14:18:33

גליון ביקור

פרטי סדרה

מס' סדרה: 4 מס' ביקור: 5 תחילת הטיפול: 30/06/2021 תאריך עדכון: 06/02/2022
שם פזיותרפיסט: נקדימון אורן שם מכון: מודיעין מכון פזיותרפיה
סיבת הפנייה: כללית/אורטופדית
גורם משלם: 5 תאונת דרכים מצב הסדרה: סגורה
הפנית רופא מכבי
גורם מפנה: ד"ר פרידמן אילן התמחות: אורתופדיה
תאריך ההפניה: 03/05/2021

אבחנת רופא:

הערה	מאפ מאפ	אבחנה
		MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS

אבחנת פיזיותרפיסט:

אבחנה מובילה	תאריך	אבחנת פיזיותרפיסט
כן	30/06/2021	LOW BACK PAIN

מס' טיפולים שבוצעו: 17

מס' ביקורים שבוצעו: 5

פרטי ביקור

מס' ביקור: 1

שם המכון: מודיעין מכון פיזיותרפיה

שם פיזיותרפיסט: נקדימון אורן

סוג הביקור: 87 ססיה - קבלה/מורכב

תאריך ביצוע: 30/06/2021

גורם משלם: 5 תאונת דרכים

יעדי פיזיותרפיה:

מטרות	תאריך יעד	סטטוס	תאריך עדכון סטטוס	שם מטפל	סוג טיפול	תאריך יצירה
ללא כאב גב תחתון במעברים משיבה לעמידה			30/06/2021	נקדימון אורן	מקבצי מותני	30/06/2021
שיפור טווחי גב תחתון תוך חודש			30/06/2021	נקדימון אורן	מקבצי מותני	30/06/2021

ציון תפקודי FHS: 39

רמת כאב (בטווח של 0 עד 10): 9

פחד מחזרה לפעילות גופנית - Physical Fear Avoidance (בטווח של 0 עד 100): 19

טיפול נוכחי

טיפול	איזור	דקות טיפול	תאור/תגובה/הערות	ד	פרטי טיפול
EVALUATION INITIAL	ע"ש מותני + אגן	40		!	
EVALUATION TREATMENT TREATY	ע"ש מותני + אגן	1		!	
EDU SELF EXERCISE	ע"ש מותני + אגן	10	EIL+EIS+לומבר רול	!	
EDU PHYSICAL ACTIVITY	ע"ש מותני + אגן	10	הליכה	!	
ססיה - קבלה/מורכב				!	

! 0029703

05/08/2021 11:38:38

גלין ביקור

פרטי סדרה

מס' סדרה: 4	מס' ביקור: 5	תחילת הטיפול: 30/06/2021	תאריך עדכון: 06/02/2022
שם פיזיותרפיסט: נקדימון אורן	שם מכון: מודיעין מכון פיזיותרפיה	מס' סדרה: 4	מס' ביקור: 5
סיבת הפנייה: כללית/אורטופדית	גורם משלם: 5 תאונת דרכים	הפנית רופא מכבי	התמחות: אורתופדיה
גורם משלם: 5 תאונת דרכים	הפנית רופא מכבי	גורם מפנה: ד"ר פרידמן אילן	תאריך ההפניה: 03/05/2021

אבחנת רופא:

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS

אבחנת פיזיותרפיסט:

אבחנה מובילה	תאריך	אבחנת פיזיותרפיסט
כן	30/06/2021	LOW BACK PAIN

מס' ביקורים שבוצעו: 5

מס' טיפולים שבוצעו: 17

פרטי ביקור

מס' ביקור: 2

שם פיזיותרפיסט: נקדימון אורן

שם המכון: מודיעין מכון פיזיותרפיה

סוג הביקור: 81 ביקור רגיל

תאריך ביצוע: 05/08/2021

גורם משלם: 5 תאונת דרכים

יעדי פיזיותרפיה:

מטרות	תאריך יעד	סטטוס	תאריך עדכון סטטוס	שם מטפל	סוג טיפול	תאריך יצירה
ללא כאב גב תחתון במעברים משיבה לעמידה			30/06/2021	נקדימון אורן	מקבצי מותני	30/06/2021
שיפור טווחי גב תחתון תוך חודש			30/06/2021	נקדימון אורן	מקבצי מותני	30/06/2021

הערות טיפול קודם: ביום ראשון האחרון חזרה לשחות ולעשות אירובי באופן מתון, הכאב העיקרי בבוקר כשמתעוררת יש כאב גב תחתון וקושי בכיפוף נמצאת בתנועה רוב שעות היום לכן פחות מרגישה במהלך היום. בכפיפה וזרמת משקל עדיין חשה בסימפטומים. עדיין עם כאבים מקרינים מהשכמה ליד שמאל, תנועות של PUMPING ACTION בכף יד עוזר "לשחרר", עיסוי רפואי פעם בחודש במכבי לא פותר את ההקרנה בשכמה מרגישה סימפטומים קלים גם בישיבה. תרגלה פעם ביום.

טיפול קודם:

טיפול	איזור	דקות טיפול	תאור/תגובה/הערות	ד	פרטי טיפול
EVALUATION INITIAL	ע"ש מותני + אגן	40			
EVALUATION TREATMENT TREATY	ע"ש מותני + אגן	1			
EDU SELF EXERCISE	ע"ש מותני + אגן	10	EIL+EIS+לומבר רול		
EDU PHYSICAL ACTIVITY	ע"ש מותני + אגן	10	הליכה		
ססיה - קבלה/מורכב					

טיפול נוכחי

טיפול	איזור	דקות טיפול	תאור/תגובה/הערות	ד	פרטי טיפול
EVALUATION REASSESSMENT	ע"ש מותני + אגן	10			
Manual Therapy	ע"ש צווארי		1 ריטרקציה צווארית + OP		
THERAPEUTIC EXERCISE	כללי		בינפידבק - מראה לתרגול		
EDUCATION TECHNIQUES	כללי		EIL 5 לעמ"ש מתני EIS, ריטרקציה צווארית עם OP בעמידה ובישיבה		
			5 תרגול, מינון, מרכז כאב, שימוש במראה לבינפידבק		
ביקור רגיל					

הערות: FF - P גב תחתון בעת העלייה יש כאב
EIS - PNW

FF צווארי, E צווארי - לל"ש
 LTROT - סימפטום רלונטי בצוואר שמאל
 RTROT - לחץ קונטראלטרלי
 SFLT - מתיחה קונטרה + P רלונטי שמאל
 SFRT - לחץ קונטראלטרלי
 בזמן תרגול, התמרכזות של כאב. לל"ש לאחר תרגול
 בוצע ע"י סטודנט

! 0029703

14/09/2021 15:04:47

גליון ביקור

פרטי סדרה

מס' סדרה: 4 מס' ביקור: 5
 שם פזיותרפיסט: נקדימון אורן
 סיבת הפנייה: כללית/אורטופדיה
 גורם משלם: 5 תאונת דרכים
 הפנית רופא מכבי
 גורם מפנה: ד"ר פרידמן אילן
 תאריך ההפניה: 03/05/2021
 תחילת הטיפול: 30/06/2021
 שם מכון: מודיעין מכון פזיותרפיה
 מצב הסדרה: סגורה
 התמחות: אורתופדיה
 תאריך עדכון: 06/02/2022
 אבחנת רופא:

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS

אבחנת פזיותרפיסט:

אבחנה מובילה	תאריך	אבחנת פזיותרפיסט
כן	30/06/2021	LOW BACK PAIN

מס' ביקורים שבוצעו: 5 מס' טיפולים שבוצעו: 17

פרטי ביקור

מס' ביקור: 3
 שם פזיותרפיסט: נקדימון אורן
 סוג הביקור: 81 ביקור רגיל
 תאריך ביצוע: 14/09/2021
 גורם משלם: 5 תאונת דרכים
 שם המכון: מודיעין מכון פזיותרפיה
 יעדי פזיותרפיה:

מטרות	תאריך יעד	סטטוס	תאריך עדכון סטטוס	שם מטפל	סוג טיפול	תאריך יצירה
ללא כאב גב תחתון במעברים משיבה לעמידה			30/06/2021	נקדימון אורן	מקבצי מותני	30/06/2021
שיפור טווחי גב תחתון תוך חודש			30/06/2021	נקדימון אורן	מקבצי מותני	30/06/2021

הערות טיפול קודם: עדיין כאב גב בעיקר בעת כפיפות בטן

טיפול קודם:

טיפול	איזור	דקות טיפול	תאור/תגובה/הערות	ד	פרטי טיפול
EVALUATION REASSESSMENT	ע"ש מותני + אגן	10		!	
Manual Therapy	ע"ש צווארי		1 ריטקציה צווארית + OP ביופידבק - מראה לתרגול	!	

טיפול	איזור	דקות טיפול	תאור/תגובה/הערות	ד	פרטי טיפול
THERAPEUTIC EXERCISE	כללי		EIL 5 לעמ"ש מתני EIS, ריטרקציה צווארית עם OP בעמידה ובישיבה		
EDUCATION TECHNIQUES	כללי		5 תרגול, מינון, מרכז כאב, שימוש במראה לביופידבק		
ביקור רגיל					
טיפול נוכחי					

טיפול	איזור	דקות טיפול	תאור/תגובה/הערות	ד	פרטי טיפול
EVALUATION REASSESSMENT	ע"ש מותני + אגן	10			
EDUCATION TECHNIQUES	כללי		5 תרגול, מינון, מרכז כאב, שימוש במראה לביופידבק		
THERAPEUTIC EXERCISE	כללי		EIL 5 לעמ"ש מתני EIS, ריטרקציה צווארית עם +אקסטנציה OP בעמידה ובישיבה		
EDU PHYSICAL ACTIVITY	כללי		5 להשתדל לתרגל בטן רק סטטי ולא דינמי		
ביקור רגיל					
הערות: לא עשתה EIL אלא PUPY תיקנתי					

! 0029703

12/12/2021 10:43:48

גליון ביקור

פרטי סדרה

מס' סדרה: 4 | מס' ביקור: 5
שם פידיוטרפיסט: נקדימון אורן
סיבת הפנייה: כללית/אורתופדית
גורם משלם: 5 תאונת דרכים
הפנית רופא מכבי
גורם מפנה: ד"ר פרידמן אילן
תאריך ההפניה: 03/05/2021
אבחנת רופא:
תחילת הטיפול: 30/06/2021
שם מכון: מודיעין מכון פזיותרפיה
תאריך עדכון: 06/02/2022
מצב הסדרה: סגורה
התמחות: אורתופדיה

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS

אבחנת פידיוטרפיסט:

אבחנה מזבילה	תאריך	אבחנת פידיוטרפיסט
כ	30/06/2021	LOW BACK PAIN

מס' ביקורים שבוצעו: 5 | מס' טיפולים שבוצעו: 17

פרטי ביקור

מס' ביקור: 4
שם פידיוטרפיסט: נקדימון אורן
סוג הביקור: 81 ביקור רגיל
תאריך ביצוע: 12/12/2021
גורם משלם: 5 תאונת דרכים
שם המכון: מודיעין מכון פזיותרפיה

יעדי פיזיותרפיה:

מטרות	תאריך יעד	סטאטוס	תאריך עדכון סטטוס	שם מטפל	סוג טיפול	תאריך יצירה
ללא כאב גב תחתון במעברים משיבה לעמידה			30/06/2021	נקדימון אורן	מקבץ מותני	30/06/2021
שיפור טווחי גב תחתון תוך חודש			30/06/2021	נקדימון אורן	מקבץ מותני	30/06/2021

הערות טיפול קודם: מרגישה שיפור כאבים רגילים כעת לא מתאמנת עושה רפלקסולוגיה

טיפול קודם:

טיפול	איזור	דקות טיפול	תאור/תגובה/הערות	ד	פרטי טיפול
EVALUATION REASSESSMENT	ע"ש מותני + אגן	10		!	
EDUCATION TECHNIQUES	כללי		5 תרגול, מיון, מרכז כאב, שימוש במראה לבידוק	!	
THERAPEUTIC EXERCISE	כללי		5 EIL לעמ"ש מתני EIS, ריטרקציה צווארית עם +אקסטנציה OP בעמידה ובישיבה	!	
EDU PHYSICAL ACTIVITY	כללי		5 להשתדל לתרגל בטן רק סטטי ולא דינמי	!	
ביקור רגיל				!	

טיפול נוכחי

טיפול	איזור	דקות טיפול	תאור/תגובה/הערות	ד	פרטי טיפול
EVALUATION REASSESSMENT	כללי	15		!	
THERAPEUTIC EXERCISE	כללי		5 EIL לעמ"ש מתני EIS, ריטרקציה צווארית עם +אקסטנציה OP בעמידה ובישיבה	!	
Manual Therapy	ע"ש צווארי		15 ריטרקציה OP	!	
ביקור רגיל				!	

הערות: בבדיקה היום כאב קל בתנועות הצוואר ריטרקציה מרגישה סנטרליזם=ציה כאב צוואר ומרכז הגב

! 0029703

06/02/2022 08:38:32

גליון ביקור

פרטי סדרה

מס' סדרה: 4 מס' ביקור: 5
 שם פיזיותרפיסט: נקדימון אורן
 סיבת הפנייה: כללית/אורתופדית
 גורם משלם: 5 תאונת דרכים
 הפנית רופא מכבי
 גורם מפנה: ד"ר פרידמן אילן
 תאריך ההפנייה: 03/05/2021
 תאריך עדכון: 06/02/2022
 שם מכן: מודיעין מכן פיזיותרפיה
 תחילת הטיפול: 30/06/2021
 מצב הסדרה: סגורה
 התמחות: אורתופדיה
 אבחנת רופא:

הערה	מאפ	אבחנה
		MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS

הסטוריה:

לפני חודשיים וחצי עברה ת.ד רכב פגע ברכבה אושפזה בבית חולים עקב חבלות יש הטבה מאז שהחל כעת יש כאבים בגב תחתון ושכמה שמאל

סימפטומים:

מיקום הסימפטומים	ימין	שמאל	מרכז
בתחילת הופעתם			
ב-48 שעות אחרונות			

מיקום ואופי הבעיה:

כאב גב תחתון מרכזי ושכמה שמאל עם הקרנה ליד ימאל

תדירות הסימפטומים:

בא והולך,

פעולות ותנוחות שמגבירות סימפטומים:

ישיבה מחמיר אפילו מספר דקות
נהיגה ממושעת
עמידה ממושכת

פעולות ותנוחות שמקלות סימפטומים:

הליכה

התנהגות סימפטומים במהלך היום:

בלילה לא מעיר מהשינה
בבוקר יותר כאב גב

כללי

סוג הפעילות במהלך היום: משולב

פעילות גופנית: לא

שאלות מיוחדות: בריאות כללית: תקינה קרדיומיופטיה

דגלים אדומים:

דגל אדום	כן	לא	לא רלוונטי
היסטוריה של סרטן	X		
ירידה לא מתוכננת במשקל	X		
כאבי לילה	X		
חום/צמרמורות/הזעה לילית	X		
קושי בשליטה על סוגרים	X		
פרסטזיות אוקף	X		
קושי בבליעה	X		
טינטון	X		
הפרעות ראייה	X		
סחרחורות	X		
התעלפויות	X		

30/06/2021 14:00:35

בדיקה מקנזי מותני

גיליון בדיקה מקנזי מותני

סדרת טיפולים: 4

תאריך: 30/06/2021

הסתכלות

אבחנת פיזיותרפיסט:

אבחנה מובילה תאריך אבחנת פיזיותרפיסט
 ק 30/06/2021 LOW BACK PAIN

מס' ביקורים שבוצעו: 5 מס' טיפולים שבוצעו: 17

פרטי ביקור

מס' ביקור: 5

שם המכון: מודיעין מכון פיזיותרפיה

שם פיזיותרפיסט: נקדימון אורן

סוג הביקור: 81 ביקור רגיל

תאריך ביצוע: 06/02/2022

גורם משלם: 5 תאונת דרכים

יעדי פיזיותרפיה:

מטרות	תאריך יעד	סטטוס	תאריך עדכון סטטוס	שם מטפל	סוג טיפול	תאריך יצירה
ללא כאב גב תחתון במעברים משיבה לעמידה			30/06/2021	נקדימון אורן	מקבלי מותני	30/06/2021
שיפור טווחי גב תחתון תוך חודש			30/06/2021	נקדימון אורן	מקבלי מותני	30/06/2021

ציון תפקודי FHS : 75

הערות טיפול קודם: מרגישה שיפור במצב
 יש כאב בעיקר לאחר מאמץ ממושך

טיפול קודם:

טיפול	איזור	דקות טיפול	תאור/תגובה/הערות	ד	פרטי טיפול
EVALUATION REASSESSMENT	כללי	15		!	
THERAPEUTIC EXERCISE	כללי		EIL 5 לעמ"ש מתני EIS, ריטרקציה צווארית עם +אקסטנציה OP בעמידה ובישיבה	!	
Manual Therapy	ע"ש צוואר	15	ריטרקציה OP+	!	
ביקור רגיל				!	

טיפול נוכחי

טיפול	איזור	דקות טיפול	תאור/תגובה/הערות	ד	פרטי טיפול
EVALUATION REASSESSMENT	כללי	15		!	
THERAPEUTIC EXERCISE	כללי		EIL 5 לעמ"ש מתני EIS, ריטרקציה צווארית עם +אקסטנציה OP בעמידה ובישיבה	!	
ביקור רגיל				!	

הערות: בבדיקה היום תנועות גב תחתון
 ללא מגבלה מיוחדת
 צוואר כאב בסופי טווחים

! 0029703

קבלה כללית/ אורטופדית

30/06/2021 13:52:22

גיליון קבלה כללית אורטופדית

סדרת טיפולים: 4

משך הבעיה:

בעיה תת הרפה - בין 3 שבועות ל- 3 חודשים

יציבה:

מנח	טובה	סבירה	לא טובה
ישיבה			
עמידה			

הגבלה בטווחי התנועה

הגבלה בטווחי התנועה:

תנועה	הגבלה ניכרת	הגבלה מתונה	הגבלה קלה	ללא הגבלה	לא נבדק	כאב ימין	כאב שמאל	כאב מרכז
Flexion		X						
Extension		X						
Rt Side glide		X						
Lt Side glide		X						

בדיקת תנועות - סימפטומים בעמידה טרם בדיקה

אזור הסימפטומים בעמידה:

תנועה	סימפטומים בזמן הביצוע	ימין	שמאל	מרכז	סימפטומים לאחר הביצוע	שיפור בטווח	ירידה בטווח	ללא שינוי
FIS	increases			עמ"ש מותני	worse			
Rep								
FIS								
EIS								
Rep								
EIS								

בדיקת תנועות - סימפטומים בשכיבה טרם בדיקה

אזור הסימפטומים בשכיבה:

תנועה	סימפטומים בזמן הביצוע	ימין	שמאל	מרכז	סימפטומים לאחר הביצוע	שיפור בטווח	ירידה בטווח	ללא שינוי
FIL								
Rep								
FIL								
EIL								
Rep								
EIL								

בדיקת תנועות - סימפטומים טרם בדיקה במידת הצורך

אזור הסימפטומים-במידת הצורך:

תנועה	סימפטומים בזמן הביצוע	ימין	שמאל	מרכז	סימפטומים לאחר הביצוע	שיפור בטווח	ירידה בטווח	ללא שינוי
RT								
SGIS								
Rep								
RT								
SGIS								
LT								
SGIS								
Rep								
LT								
SGIS								

מטרות

יעדי פדיותרפיה:

מטרות	תאריך יעד	סטאטוס	תאריך עדכון סטטוס	שם מטפל	סוג טיפול	תאריך יצירה
ללא כאב גב תחתון במעברים משיבה לעמידה			30/06/2021	נקדימון אורן	מקבצי מותני	30/06/2021
שיפור טווחי גב תחתון תוך חודש			30/06/2021	נקדימון אורן	מקבצי מותני	30/06/2021

תוכנית טיפול:

תכנית מקבצי

נספח 6 :

טופס 1 - מינוי מומחים-נויה - מספר
תחומים- הפניקס

(עמודים 103 עד 103)

תקנות פיצויים לנפגעי תאונות דרכים (מומחים), התשמ"ו – 1986

טופס 1

(תקנה 2)

בקשה למינוי מומחים רפואיים

ת.א. 22/

בבית משפט השלום
בכפר-סבא

נויה קלדרון (קטינה) באמצעות הוריה - נ ג ד - הפניקס חברה לביטוח בע"מ

התובעת, נויה קלדרון, באמצעות אפוטרופסיה הטבעיים, מבקשת למנות מומחים בנושא הנכות הרפואית שלה ובנושא דרכי שיקומה בתחום האורטופדי, בתחום הכירורגיה הפלסטית בתחום רפואת העיניים, ובתחום הפסיכיאטרי לשם מתן חוות דעת.

התובעת מודיעה כי בעקבות תאונת הדרכים שבה נפגעה, טופלה במסגרת בית החולים שמיר, בצריפין, ובית החולים שיבא, בתל השומר, במסגרת טיפול פסיכילוגי ובמסגרת קופת החולים מכבי.

העתקי סיכום מחלת התובעת מתוך תיק המוסד הרפואי שבו היא מטופלת מצורפים לכתב התביעה.

כן, צורפו לכתב התביעה מסמכים רפואיים שנערכו לצורך הטיפול הרפואי שניתן לתובעת ושיש בהם ראיה על הנכות שהיא טוענת לה.


אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ התובעים

נספח 7 :

טופס 1 - מינוי מומחים-מיטל - אורתופדי-
הפניקס

(עמודים 105 עד 105)

תקנות פיצויים לנפגעי תאונות דרכים (מומחים), התשמ"ו – 1986

טופס 1

(תקנה 2)

בקשה למינוי מומחים רפואיים

ת.א. 22/

בבית משפט השלום
בכפר-סבא

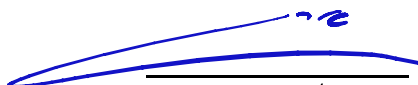
מיטל קלדרון - נגד - הפניקס חברה לביטוח בע"מ

התובעת, מיטל קלדרון, מבקשת למנות מומחים בנושא הנכות הרפואית שלה ובנושא דרכי שיקומה בתחום האורטופדי, לשם מתן חוות דעת.

התובעת מודיעה כי בעקבות תאונת הדרכים שבה נפגעה, טופלה במסגרת בית החולים שמיר, בצריפין, ובמסגרת קופת החולים מכבי.

העתקי סיכום מחלת התובעת מתוך תיק המוסד הרפואי שבו היא מטופלת מצורפים לכתב התביעה.

כן, צורפו לכתב התביעה מסמכים רפואיים שנערכו לצורך הטיפול הרפואי שניתן לתובעת ושיש בהם ראיה על הנכות שהיא טוענת לה.



אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ התובעת 3

נספח 8 :

נחתמו נויה

(עמודים 107 עד 110)

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם האב	שם פרטי	שם משפחה
329484786	נ.ר.	ק.ר.ר.
שם האב	שם פרטי	שם משפחה
טלפון	מיקוד	עיר
	מס'	רחוב

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיתו, עובדיה 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 הבריאות 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 הבריאות 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'

שם קופ"ח: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____

רופאים:	1.	2.	3.	4.
מכונים, מעבדות:	1.	2.	3.	4.

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

במקרה של קטין: שם האב _____ ת.י. _____ שם האב _____ ת.י. _____

תאריך: 1.6.22 עד לחתימה ומס' תעודת זהות: _____ חתימה: _____

(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

מס' דשיון: 52254

י פ ו י כ ה

אני הח"מ, ש"ס קל"ג קל"ג מס' 0329477; 25672300, מרחוב מ"ד, ל"ב
 ת.ז. מס' 25672300, מרחוב מ"ד, ל"ב
 ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או ל"ב להיות באי כוחי במשפט של
 נגד 13.4.21 בענין תאונת דרכים מיום 13.4.21
 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 רושם החברות, רושם השותפויות, רושם העמותות ורושם 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.

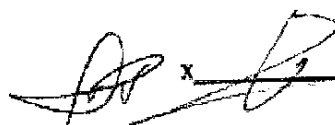
14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

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 0 שנה 22

חתימה: 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד מרסל מרנגולד
מס' הרישום 62254

תקנות פיצויים לנפגעי תאונות דרכים (מומחים), התשמ"ו – 1986

תצהיר

טופס 2

(תקנה 2)

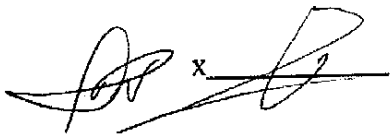
אני הח"מ 16/10/77 לירון בעל ת.ז. 329484786 התובע בתיק _____
בבית (ה) משפט _____ ב _____ לאחר שהוזהרתי כי עלי להצהיר את האמת וכי
אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן, מצהיר/ה בזאת כדלקמן:

1. להלן רשימת מחלות שהיו לי ושחייבו את אשפוזי במוסד רפואי:

תאריך:	_____	המחלה:	_____	המוסד הרפואי:	_____
תאריך:	_____	המחלה:	_____	המוסד הרפואי:	_____
תאריך:	_____	המחלה:	_____	המוסד הרפואי:	_____

2. להלן פרטים על תאונות שהיו לי (פרט לתאונה נשוא התביעה):

תאריך:	_____	הפגיעה:	_____	המוסד הרפואי:	_____
תאריך:	_____	הפגיעה:	_____	המוסד הרפואי:	_____
תאריך:	_____	הפגיעה:	_____	המוסד הרפואי:	_____



חתימה

אישור

אני הח"מ עו"ד אריאל פרייברג, מרחוב אבא הלל 7, רמת גן מאשר בזה כי ביום 1/6/22 הופיע
בפניי הק"מ ג'ק (המוכר/ת לי באופן אישי) שהזדהה/תה בתעודת זהות מס' 329484786 ולאחר
שהוזהרתי כי עליו להצהיר את האמת וכי אם לא יעשה כן יהא צפוי לעונשים הקבועים בחוק,
אישר את נכונות הצהרתו.

~~עו"ד אריאל פרייברג~~
~~מוסד רשמי~~
~~62254~~
~~חתימת עורך הדין~~

נספח 9 :

נחתמו מיטל

(עמודים 112 עד 115)

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, 16-7/11, מס' 032914772, מרחוב הר' יוסף יצחק, 706,
 ת.ז. 032914772, ממונה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או ל להיות באי כוחי במשפט של
 נגד בענין תאונת דרכים מיום 13.4.21
 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 חוגש יפוי הכח, בדרגה בה חוגש.
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 רושם החברות, רושם השותפויות, רושם העמותות ורושם 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. לנצל 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 ולסגות אחרים במקומם ולנהל את עניני הנ"ל לפי ראות עיניו ובכפוף 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 6 שנה 27

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל פרייברג
מס' רשיון: 62254
פירדון

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
קארין	של	032814772	
מס' זהות	מס'	מיקוד	טלפון
1000000000	2-01		

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי וא/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהן, עובדיהן וא/או מי מטעמן וא/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי וא/או לצבא הגנה לישראל וא/או למשרד הבטחון וא/או לכל עובד בתחום הסוציאלי וא/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 וא/או הסוציאלי וא/או מצבי בתחום הסיעודי וא/או השיקומי וא/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים וא/או כל רופא מרופאיהם וא/או כל עובד מעובדיהם וא/או כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים וא/או פסיכיאטריים וא/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי וא/או השיקומי וא/או הסוציאלי וא/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 וא/או למי מרופאיהם וא/או עובדיהם וא/או מי מטעמם וא/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 וא/או רופאיהם וא/או עובדיהם וא/או מי מטעמם וא/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'

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

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

תאריך: 2.6.22 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____ X

מס' רשיון: 62254

תקנות פיצויים לנפגעי תאונות דרכים (מומחים), התשמ"ו – 1986

תצהיר

טופס 2

(תקנה 2)

אני הח"מ שלמה קליין בעל ת.ז. 03294772 התובע בתיק _____
בבית (ה) משפט _____ ב _____ לאחר שהוזהרתי כי עלי להצהיר את האמת וכי
אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן, מצהיר/ה בזאת כדלקמן:

1. להלן רשימת מחלות שהיו לי ושחייבו את אשפוזי במוסד רפואי:

תאריך: _____ המחלה: _____ המוסד הרפואי: _____
תאריך: _____ המחלה: _____ המוסד הרפואי: _____
תאריך: _____ המחלה: _____ המוסד הרפואי: _____

2. להלן פרטים על תאונות שהיו לי (פרט לתאונה נשוא התביעה):

תאריך: _____ הפגיעה: _____ המוסד הרפואי: _____
תאריך: _____ הפגיעה: _____ המוסד הרפואי: _____
תאריך: _____ הפגיעה: _____ המוסד הרפואי: _____



חתימה

אישור

אני הח"מ עו"ד אריאל פרייברג, מרחוב אבא הלל 7, רמת גן מאשר בזה כי ביום 1/8/22 הופיע
בפני שלמה קליין (המוכר/ת לי באופן אישי) שהזדהה/תה בתעודת זהות מס' 03294772 ולאחר
שהוזהרתי כי עליו להצהיר את האמת וכי אם לא יעשה כן יהא צפוי לעונשים הקבועים בחוק,
אשר את נכונות הצהרתו.

עו"ד אריאל פרייברג
מס' רשמי: 624-
חתימת עורך הדין