

תאריך חתימת המסמך : 1.3.23

**1. אלעד מרציאנו, ת"ז 201388634 : התובעים**

**2. נטלי מרציאנו, ת"ז 204728166**  
שניהם הבנים 21, אור יהודה

ע"י ב"כ עו"ד אריאל פרייברג (מ"ר 62254)  
מרחי אבא הלל 7, רמת גן  
טל': 03-7412358, פקס: 077-3180983  
דוא"ל: [office@freiberg-law.com](mailto:office@freiberg-law.com)

– נ ג ד –

**1. אלעד מרציאנו, ת"ז 201388634 : הנתבעים**

**2. מגדל, חברה לביטוח בע"מ**  
מרחוב היצירה 2, קרית אריה, ת.ד. 3063  
פתח תקווה 4951228  
טל': 03-9201010 דוא"ל: [tiviothova@migdal.co.il](mailto:tiviothova@migdal.co.il)



### **כתב תביעה**

סוג התביעה ונושאה : פלג"ד

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

סכום האגרה : 763 ₪ (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, אתם מוזמנים להגיש כתב הגנה בתוך 60 ימים מיום שהומצאה לכם הזמנה זו.

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

## חלק 2:

### (1) בעלי הדין :

1. התובע 1, יליד 2.11.1989, היה בכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו הנוהג ו/או המשתמש ברכב הנושא מספר רישוי 76-106-65 (להלן: "הרכב").
  2. התובעת 2, ילידת 25.6.1992 הייתה בכל הזמנים הרלוונטיים לתביעה זו הנוסעת ברכב.
  3. 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, מסומן "כנספה 1".

### (2) פירוט הסעד המבוקש באופן תמציתי:

4. התובעים נפגעו בתאונת דרכים כהגדרתה בחוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים. הנתבעת 2 ביטחה את השימוש ברכב בו אירעה התאונה בביטוח חובה ועל כן עותרים התובעים לפצותם בגין הנזקים שנגרמו להם בתאונה.
5. מחמת מגבלותיהם הנובעות מהתאונה, מתקשים התובעים בביצוע עבודתם, נאלצו לצמצם את היקפה, נזקקים להפוגות ממושכות במהלכה ונגרמו להם הפסדי השתכרות.
6. התובעים מוגבלים מאז התאונה בביצוע פעולות יומיומיות שונות ובניהול משק ביתם, הם נזקקים לעזרת הזולת וימשיכו להיזקק לה גם בעתיד.
7. עקב מגבלותיהם הנובעות מהתאונה נזקקים התובעים לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות, ויזקקו לכך גם בעתיד.



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

8. בתאריך 12.9.21, בשעה 08:30 או בסמוך לכך, בשדרות אליהו סעדון, באור יהודה, היה הרכב הנהוג ע"י התובע 1 מעורב בתאונה עם רכב הנושא מספר רישוי 66-180-81 והתובעים נפגעו ונחבלו בגופם (להלן: "התאונה").

### התובע 1

9. לאחר התאונה טופל התובע 1 בבית החולים שיבא, בתל השומר, שם אובחנו חבלות בראש, בצוואר, בגב ובבטן המלוות בבחילות ותחושת נימול ברגל שמאל. לאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני וביצוע בדיקות הדמיה שוחרר התובע לביתו בהמלצה להמשך מעקב רפואי, נטילת משככי כאבים ומנוחה.
10. התובע אשר סבל מהתגברות הכאבים ובהגבלה בתנועות עמוד השדרה וכאבי ראש, פנה למוקד טרם לרפואה דחופה ולאחר מספר בדיקות שוחרר לביתו בהמלצה להמשך מעקב וטיפול תרופתי.

11. בחלוף כשבוע, נוכח החמרה נוספת בכאבים עד לכדי קושי בתפקוד טופל התובע במסגרת קופת החולים והוחלט להפנותו למיון. התובע טופל במסגרת בית החולים שיבא, ולאחר ביצוע בדיקות וטיפול לשיכוך כאב שוחרר עם המלצות לטיפול תרופתי נרקוטי לשיכוך כאב, מנוחה וביקורת אורתופד בקהילה.
12. התובע המשיך במעקב רפואי במסגרת קופת החולים הופנה לביצוע בדיקות הדמיה, הפניה לביצוע טיפולי פיזיותרפיה ומנוחה בהתאם לחומרת הכאב.
13. בדיקת CT שללה חשד לממצא אקוטי והתובע אשר המשיך לסבול מכאבים והגבלה בתנועות עמוד השדרה עם הקרנת הכאבים לגפיים, הופנה לביצוע בדיקות נוספות והמשך טיפול תרופתי ופיזיותרפי.
14. התובע ביצע סדרת טיפולי פיזיותרפיה אינטנסיביים ומשנותרו הכאבים וההגבלה בתנועות, כמצוות רופאיו, המשיך במעקב הרפואי והופנה, בין היתר, למרפאת כאב שם הוחלט על התחלת טיפול תרופתי והמלצה לביצוע פעילות גופנית.
15. התובע הופנה למכון לרפואת שיכוך כאב בבית החולים שיבא, שם אובחן כסובל מכאבים מוסקולוסקלטליים מפושטים לאחר ת"ד והוחלט על טיפול תרופתי נרקוטי לשיכוך כאב.
16. התובע המשיך במעקב הרפואי האורתופדי והופנה להמשך מעקב רפואי והמשך טיפול במסגרת הקהילה ובמסגרת מרפאות החוץ.
17. התובע נבדק ע"י פרופ' בוסקילה, מומחה לרפואה פנימית וראומטולוגיה, אשר איבחן כי התובע סובל מתסמונת הפיברומיאלגיה והפנה אותו לביצוע בדיקות דם, הפניה לטיפול פסיכיאטרי בשל רושם לדיכאון ריאקטיבי לכאב, ביצוע טיפולי הידרותרפיה, טאי צ'י וטיפול CBT והמשך מעקב ראומטולוגי.
- רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "כנספח 2".
18. מאז התאונה סובל התובע מכאבים מפושטים ומכאבים ומהגבלה בתנועות הצוואר, הגב והגפיים, מקושי בהליכה עמידה וישיבה ממושכות, מקושי בכיפוף והרמה, מעייפות כרונית, ממצב רוח ירוד, תנודות במצבו הרגשי, דכדוך, הימנעות חברתית, קשיי שינה, מקושי בביצוע תפקודים יומיומיים, והטיפוליים בו צפויים להימשך גם בעתיד.
19. התובע עצמאי בתחום השיפוצים והגמר, עבודה הכרוכה מעצם טיבה וטבעה במאמץ פיזי, מתקשה מאז התאונה ומחמת תוצאותיה בביצוע עבודתו, נאלץ לצמצם את היקפה, להיעזר בקבלנים חיצוניים, נזקק להפוגות במהלכה ונגרמו לו הפסדי שכר.
20. התובע מוגבל מאז התאונה בביצוע פעולות יומיומיות שונות ובניהול משק ביתו נזקק לעזרת הזולת וימשיך להיזקק לה גם בעתיד.
21. עקב מגבלותיו הנובעות מהתאונה נזקק התובע לשימוש מוגבר במוניות ולהסעות מיוחדות, ויזקק לכך גם בעתיד.



## התובעת 2:

22. לאחר התאונה טופלה התובעת בבית החולים שיבא, בתל השומר, שם אובחנו חבלות בראש, בצוואר ובגב. לאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני שוחררה התובעת 2 לביתה בהמלצה להמשך מעקב רפואי, נטילת משככי כאבים ומנוחה.
23. התובעת 2 המשיכה במעקב הרפואי במסגרת קופת החולים והוחלט להפנותה לביצוע טיפולי פיזיותרפיה, טיפולי רפואה משלימה ונטילת משככי כאבים.
24. התובעת ביצעה סדרת טיפולי פיזיותרפיה אינטנסיביים ונוכח הכאבים וההגבלה בתנועות הצוואר אשר נותרו חרף הטיפולים הופנתה להמשך מעקב רפואי, טיפולי פיזיותרפיה וביצוע בדיקות הדמיה.
25. בדיקת הדמיה אשר בוצעה לתובעת 2 וכוונה לעמוד השדרה הצווארי הדגימה פריצת דיסק אחורי בגובה C2-C3.
- רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "כנספח 3".
26. מאז התאונה סובלת התובעת מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב, מקושי בהליכה ישיבה ועמידה ממושכות, מקושי בריכוז, קושי בהליכה בשטחים שאינם מישוריים, מקושי בכיפוף והרמה והטיפולים בה צפויים להימשך גם בעתיד.
27. התובעת אשת חינוך בעיסוקה, מתקשה מאז התאונה ומחמת תוצאותיה בביצוע עבודתה, נאלצה לצמצם את היקפה, נזקקת להפוגות ממושכות במהלכה ונגרמו לה הפסדי שכר.
28. מאז התאונה ומחמת תוצאותיה מתקשה התובעת בניהול משק ביתה, נזקקת לעזרת הזולת ותיזקק לה גם בעתיד.
29. עקב מגבלותיה הנובעות מהתאונה נזקקת התובעת לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות ותיזקק לכך גם בעתיד.

## חלק 3

### להלן פירוט נזקי התובע 1:

#### א. נזק מיוחד:

- |                                               |           |
|-----------------------------------------------|-----------|
| (1) הפסדי השתכרות בעבר –                      | ₪ 130,500 |
| (2) עזרת הזולת בעבר –                         | ₪ 35,000  |
| (3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר –    | ₪ 26,000  |
| (4) הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעבר - | ₪ 9,500   |

#### ב. נזק כללי:

כב' בית המשפט מתבקש לפסוק לתובע 1 פיצוי הולם בגין נזקיו, בין היתר, בראשי הנזק הבאים:

- (1) הפסדי השתכרותה בעתיד, על-פי מידת מוגבלותו התפקודית של התובע, או לחילופין, בהתאם לשיעור נכותו הרפואית, לרבות הפסדים בתקופת הפנסיה.
- (2) עזרת הזולת בעתיד.
- (3) הוצאות רפואיות ופארה רפואיות ונסיעות לטיפולים בעתיד.
- (4) הוצאות ניידות מוגברות בעתיד.
- (5) פיצוי בגין נזקיו הלא ממוניים של התובע.

### 31. להלן פירוט נזקי התובעת 2 :

#### ג. נזק מיוחד :

- (1) הפסדי השתכרות בעבר – ₪ 55,500
- (2) עזרת הזולת בעבר – ₪ 13,000
- (3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר – ₪ 17,000
- (4) הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעבר - ₪ 8,000

#### ד. נזק כללי :

- כב' בית המשפט מתבקש לפסוק לתובעת פיצוי הולם בגין נזקה, בין היתר, בראשי הנזק הבאים :
- (1) הפסדי השתכרותה בעתיד, על-פי מידת מוגבלותה התפקודית של התובעת, או לחילופין, בהתאם לשיעור נכותה הרפואית, לרבות הפסדים בתקופת הפנסיה.
  - (2) עזרת הזולת בעתיד.
  - (3) הוצאות רפואיות ופארה רפואיות ונסיעות לטיפולים בעתיד.
  - (4) הוצאות ניידות מוגברות בעתיד.
  - (5) פיצוי בגין נזקה הלא ממוניים של התובעת.

### פירוט העובדות המקנות סמכות לבית המשפט :

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

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

אשר על כן, מתבקש כב' ביהמ"ש להזמין את הנתבעת 2 לדין 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 פרייברג, עו"ד  
ב"כ התובעים

## תוכן הנספחים (עמוד 1 מתוך 1)

| שם המסמך                                                                   | עמוד               |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| <a href="#">נספח 1: חבות</a> (עמודים 8 עד 14)                              | <a href="#">8</a>  |
| <a href="#">נספח 2: תעודות רפואיות תובע 1</a> (עמודים 16 עד 54)            | <a href="#">16</a> |
| <a href="#">נספח 3: תעודות רפואיות תובעת 2</a> (עמודים 56 עד 68)           | <a href="#">56</a> |
| <a href="#">נספח 4: טופס 1 - מינוי מומחים - התובע 1</a> (עמודים 70 עד 70)  | <a href="#">70</a> |
| <a href="#">נספח 5: טופס 1 - מינוי מומחים - התובעת 2</a> (עמודים 72 עד 72) | <a href="#">72</a> |
| <a href="#">נספח 6: יפוי כח וסר ותצהיר תאונות</a> (עמודים 74 עד 81)        | <a href="#">74</a> |



נספח 1 :

חבות

(עמודים 8 עד 14)



## טופס מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

### פרטים כלליים

|              |                      |           |               |              |                         |
|--------------|----------------------|-----------|---------------|--------------|-------------------------|
| יחידה        | יחידת בוחנים מחוז תא | מספר תיק  | 2021 / 683435 | מס' תיק מסוף | 6 - 2021 - 13992 - 2008 |
| תאריך        | 26/09/2021           | סיווג תיק | ת.ד. כללי     | מס' מסמך     | א                       |
| מס' תיק מסוף | 6                    | מס' מסמך  | א             | מס' מסמך     | א                       |
| טלפון        | 03-6802222           | פקס       | 03-6803607    | מס' מסמך     | א                       |
| כתובת        | אמץ 2, תל אביב       | מס' מסמך  | א             | מס' מסמך     | א                       |
| נושא המסמך   |                      | מס' מסמך  | א             | מס' מסמך     | א                       |

### לכל המעוניין

1. תאריך התאונה: 12/09/2021 בשעה 08:30
2. מקום התאונה: אור יהודה שדרות אליהו סעדון בכביש עירוני הערות מקום:
3. פרטי כלי הרכב והמעורבים:

| פרטי הרכב:             |           |                   |             |
|------------------------|-----------|-------------------|-------------|
| מספר רכב               | סוג רכב   | תוצר רכב          | מספר פוליסה |
| 7610665                | משא סגור  | מזדה תאילנד       | 25100914021 |
| חברת ביטוח             |           | מספר פוליסה       |             |
| מגדל                   |           | ישראלית           |             |
| מעורבים ברכב:          |           |                   |             |
| שיוך המעורב            | ת.ז.      | שם                | שנת לידה    |
| נהג                    | 201388634 | מאיר אלעד מרציאנו | 02/11/1989  |
| כתובת                  |           | קופ"ח / בית חולים |             |
| אור יהודה, שד הבנים 21 |           | שיבא - תל השומר   |             |
| מעורבים ברכב:          |           |                   |             |
| שיוך המעורב            | ת.ז.      | שם                | שנת לידה    |
| נוסע                   | 204728166 | נטלי מרציאנו      | 25/06/1992  |
| כתובת                  |           | קופ"ח / בית חולים |             |
| אור יהודה, שד הבנים 21 |           | שיבא - תל השומר   |             |

| פרטי הרכב:                            |             |                       |             |
|---------------------------------------|-------------|-----------------------|-------------|
| מספר רכב                              | סוג רכב     | תוצר רכב              | מספר פוליסה |
| 6618081                               | פרטי נוסעים | יונדאי קוריאה         |             |
| חברת ביטוח                            |             | מספר פוליסה           |             |
| לא הוצג                               |             | ישראלית               |             |
| מעורבים ברכב:                         |             |                       |             |
| שיוך המעורב                           | ת.ז.        | שם                    | שנת לידה    |
| בעל רכב                               | 510454333   | אלדן תחבורה בע"מ חברה | 23/12/1951  |
| כתובת                                 |             | קופ"ח / בית חולים     |             |
| קויפמן יחזקאל 6, תל אביב - יפו, 01298 |             | קופ"ח / בית חולים     |             |
| מעורבים ברכב:                         |             |                       |             |
| שיוך המעורב                           | ת.ז.        | שם                    | שנת לידה    |
| נהג                                   | 50943729    | כדורי ראובן           | 23/12/1951  |
| כתובת                                 |             | קופ"ח / בית חולים     |             |
| פתח תקווה, כץ מיכל לייב 77            |             | קופ"ח / בית חולים     |             |

4. פרטי הולכי רגל:

מתאריך: 26/09/2021

מצב התיק: בחקירה

5. כמות נפגעים: 2

### פרטי המטפל בתיק

| שם פרטי | שם משפחה | מ"א |
|---------|----------|-----|
|         |          |     |

|                  |                  |                               |
|------------------|------------------|-------------------------------|
| שם פרטי<br>תהל   | שם משפחה<br>אלבז | מ"א<br>1117902                |
| פרטי השוטר המוסר |                  |                               |
| שם פרטי<br>תהל   | שם משפחה<br>אלבז | דרגה<br>רסמ<br>מ"א<br>1117902 |



[illegible]



משרד הפנים  
وزارة الداخلية



מדינת ישראל  
دولة اسرائيل

תעודת זהות  
بطاقة هوية

שם המשפחה אסם הגללה  
מרציאנו

השם הפרטי אסם  
מאיר אלעד

תאריך הלידה 02.11.1989  
ה' בחשוון תש"ן

תאריך הנפקה 15.8.2019  
י"ד באב תשע"ט

2 0138863 4

בחוקה עד סארי המפעול חס  
א' באלול תשפ"ט  
12.08.2029

מספר הזהות 2 0138863 4  
رقم الهوية

|                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>השם הפרטי الاسم الشخصي<br/>מאיר אלעד</p> <p>שם האב اسم الاب<br/>יהודה</p> <p>שם הסב اسم الجد<br/>אלברט</p> <p>שם האם اسم الام<br/>אילנה</p> <p>מקום הלידה مكان الولادة<br/>ישראל</p> <p>המין الجنس<br/>זכר</p> | <p>שם המשפחה اسم العائلة<br/>מרציאנו</p> <p>מספר הזהות رقم الهوية<br/>2 0138863 4</p> |
| <p>קוד אבטחה<br/>01:21:12:44 00</p>                                                                                                                                                                               | <p>מספר הכרטיס رقم البطاقة<br/>008927577</p>                                          |

מעמד الوضع  
אזרחות ישראלית

762618 110266





רשיון נהיגה DRIVING LICENCE  
מדינת ישראל STATE OF ISRAEL



מרציאנו

1. MARCIANO

נטלי

2. NATALI

3. 25.06.1992

4. כ"ד בסיון התשנ"ב

4a. 04.10.2020

4b. 25.06.2030

4d. ID 204728166

5. 9685496

8166

8. נשד הבנים 21 אור יהודה



8166

חוגבל לרכב עם תיבת הילוכים אוטומטית

9. 8



קטגוריות כלי הרכב Categories of Vehicles

|   |    |                                                                                                                                                                         |      |
|---|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| A | A2 |                                                                                      |      |
|   | A1 |                                                                                      |      |
|   | A  |                                                                                      |      |
| B |    |   | 2013 |
| C | C1 |                                                                                      |      |
|   | C  |                                                                                      |      |

Restrictive Conditions of Use  
AUTOMATIC GEAR

IL 204728166

|   |    |                                                                                       |  |
|---|----|---------------------------------------------------------------------------------------|--|
| D | D  |  |  |
|   | D1 |  |  |
|   | D2 |  |  |
|   | D3 |  |  |
| E |    |  |  |
| 1 |    |  |  |

204728166

05/10/2020/1500



נספח 2 :

תעודות רפואיות תובע 1

(עמודים 16 עד 54)



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

### המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח  
אחראית: גב' אנגלרד הינדי  
מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי  
טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

### מכתב שחרור

201388634 מרציאנו אלעד

בן: 31

כתובת: שד הבנים 21 אור יהודה כניסה . אור יהודה 6026800  
מספר קבלה: 00680112092021  
תאריך ביקור: 12/09/2021 08:54

### אבחנות מסכמות

- Motor vehicle accident [MVA, road] (E825.9)

### ניתוחים בעבר

S/P OTHER (1) (04/10/2015)

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

אנמנזה סיעודית

סיבה עיקרית: תאונת דרכים

הערות: בן 31 מעורב בתאונת דרכים כנהג חגור, לדבריו רכב פגע ברכבו מאחור, לא נפתחו כריות אוויר.  
תלונות על כאבי צוואר גב בטן,  
בנוסף בחילות ותחושת נימול ברגל שמאל.

### סימנים חיוניים

| תאריך ושעה       | כאב | חום  | דופק | לחץ דם   | סטורציה<br>באוויר<br>חדר | תשובת<br>משטף<br>משטף<br>אנטיגן | ביצוע<br>בוצע |
|------------------|-----|------|------|----------|--------------------------|---------------------------------|---------------|
| 09:16 12/09/2021 | 3   |      |      |          |                          |                                 |               |
| 09:10 12/09/2021 |     |      |      |          |                          |                                 |               |
| 09:03 12/09/2021 |     | 36.8 | 103  | 133 / 90 | 97                       | שלילי                           | בוצע          |

### אנמנזה ובדיקה גופנית

דר' קייזר מתן מ.ר. 157639 10:02 12/09/2021  
בן 31 בריא בד"כ. ללא טיפול תרופתי קבוע. לא ידוע על רגישויות. לפני שעתיים ת"ד כנהג רכב מנגנון אחורי, רכב פגע באחור במהירות כ- 50 קמ"ש. ללא אובדן הכרה או חבלת ראש ישירה. שולל חבלה או כאבים בחזה. מלין כעת על סחרחורות, בחילות ללא הקאות, כאבי ראש אוקסיפיטלים. מלבד זאת, כאבי גב תחתון ובאזור הצוואר. דופק 100, לחצי דם שמורים. בבדיקה- ראש ללא סימני חבלה, בדיקה נירולוגית תקינה- כוח גס ותחושה שמורים, ע"ק בגדר הנורמה. מניעה ראש לכל הכיוונים, ללא רגישות על פני עמ"ש צווארי, רגישות פרורטברלית דו"צ בגב אמצעי- תחתון. חזה- ללא סימן חבלה או חגורה, רגישות על פני צלעות 10-11 משמאל. בהאזנה כניסת אויר טובה ושווה דו"צ. בטן ללא סימן חבלה וללא רגישות. עקב רגישות נשלים צל"ח מוכוון צלעות, ללא חבלת ראש ישירה אך סחרחורת משמעותית ובחילות- נשלים CT.

דר' קייזר מתן מ.ר. 157639 10:33 12/09/2021  
השלים צילום ללא עדות לPTX סיטי ראש תקין ללא ממצא חבלתי ישתחרר לביתו לאחר הסבר על הדגלים האדומים בגינם יש לשוב למיין לרבות טשטשוש ראיה חדש, הקאות מרובות מעל 2 ביממה, סימני צד

\*\*\*חשוי רפואי\*\*\*

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

### המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינן

אחראית: גב' אנגלרד הינדי

מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי

טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

במידה ומגיע נציג מטעמו של הנבדק יש להצטייד ביופיו כוח + ת.ז.

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

באם הגעת למלר"ד עקב תאונת עבודה, נא לגשת לפקידת הקבלה להחתמת הטופס עבור ביטוח לאומי

דע את זכויותיך! הנך זכאי לקצבה מהמוסד לביטוח לאומי בשלושת המצבים הבאים:

פגיעה כתוצאה מתאונה אישית, פגיעה כתוצאה מתאונת עבודה, אשפוז או מחלה מעל ל- 90 יום כשהינך מוגבל כתוצאה ממחלתך הקשורה לאשפוז זה.

מוצע שתבדוק את זכויותיך באתר האינטרנט של הביטוח הלאומי, באתר ניתן להוריד טופס תביעה לכל הקצבאות ולשלוח באמצעות האתר, בדואר או להגיש בסניף הביטוח הלאומי <http://www.btl.gov.il> בברכת בריאות שלמה



### תוצאות בדיקות א.ק.ג.

09:24 12/09/2021

Borderline Abnormal

Normal sinus rhythm

ST elevation, consider early repolarization

Borderline ECG

,When compared with ECG of 12-SEP-2021 09:23

No significant change was found

,SEP-2021 09:23-12

09:23 12/09/2021

Borderline Abnormal

Normal sinus rhythm

Possible Left atrial enlargement

Borderline ECG

No previous ECGs available

09:23 12/09/2021

Normal

Normal sinus rhythm

Early repolarization

Normal ECG

,When compared with ECG of 12-SEP-2021 09:23

No significant change was found

,SEP-2021 09:23-12

\*\*\*חסי רפואי\*\*\*

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

### המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינן

א.אחראית: גב' אנגלרד הינדי

מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי

טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

מוח 12/09/2021 CT

## שים לב! תשובה לא סופית!

פרטי הבדיקה- תאריך: 12/09/2021 מספר: 4015010555786

### CT מוח ללא חומר ניגוד

1



[  
סיבת הפנייה: בן 31 ת"ד מנגנון אחורי כעת מלין על סחרחורות ובחילות ללא הקאות. בדיקה נירולוגית  
סה"כ החמרה של סחרחורת בתנועות גלגל עיניים.  
הבדיקה בוצעה ללא הזרקת חומר ניגוד.  
בהשוואה לבדיקה מתאריך 02.02.2012 MRI

ממצאים:

ללא עדות לאוטם חד או לדימום תוך גולגולתי.  
ללא אפקט מסה או סטיית קו אמצע.  
חדרים, חריצים וציסטרנות תקינים.  
עיבוי רירית בסינוסים פרונטליים דו"צ. סינוסים פאראנזליים, תאי מסטואיד ואוזן תיכונה מאווררים.  
רקמות רכות ומבנה גרמי ללא ממצא.  
מעבר קרניוצרביקלי חופשי.  
גומה אחורית ללא ממצא מוקדי.

סיכום:

ללא עדות לממצא מוחי חד.

]

## שים לב! תשובה לא סופית!

מספר רשיון: 145891

פוענח על-ידי: ד"ר מריה שגב

# מכתב שחרור

201388634 מרציאנו אלעד

בן: 31

כתובת: שד הבנים 21 אור יהודה כניסה . אור יהודה 6026800

מספר קבלה: 00680112092021

תאריך ביקור: 12/09/2021 08:54

\*\*\*חסי רפואי\*\*\*

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

## המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח

א.אחריות: גב' אנגלרד הינדי

מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי

טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

תמצית תוצאה



רמת דחיפות:

מספר תמונות:

תמונות מפתח:

שם המפענח:

תוצאות מעבדה

| פרופיל       | בדיקה*                          | ערכי ייחוס | 12/09/21<br>09:50 | 12/09/21<br>09:45 |
|--------------|---------------------------------|------------|-------------------|-------------------|
| CBC          | REMARK                          |            |                   |                   |
| ביוכימיה בדם | Lipemia                         |            |                   | +                 |
| ביוכימיה בדם | Icterus                         |            |                   | Normal            |
| ביוכימיה בדם | Hemolysis                       |            |                   | Normal            |
| ביוכימיה בדם | Urea -Blood (mg/dl)             | 15-45      |                   | 27                |
| ביוכימיה בדם | Creatinine -Blood (mg/dl)       | 0.67-1.17  |                   | 0.85              |
| ביוכימיה בדם | Glucose -Blood (mg/dl)          | 70-100     |                   | 103↑              |
| ביוכימיה בדם | Potassium -Blood (meq/l)        | 3.5-5.2    |                   | 4.6               |
| ביוכימיה בדם | Sodium -Blood (meq/l)           | 136-148    |                   | 142               |
| ביוכימיה בדם | Chloride -Blood (meq/l)         | 98-110     |                   | 104               |
| ביוכימיה בדם | Calcium -Blood, total (mg/dl)   | 8.1-10.4   |                   | 9.9               |
| ביוכימיה בדם | Phosphorus -Blood (mg/dl)       | 2.0-4.0    |                   | 3.80              |
| ביוכימיה בדם | Uric acid -Blood (mg/dl)        | 3.5-7.2    |                   | 7.4↑              |
| ביוכימיה בדם | Bilirubin -Blood, total (mg/dl) | 0.1-1.1    |                   | 0.88              |
| ביוכימיה בדם | SGOT (AST) -Blood (IU/l)        | 7-40       |                   | 135↑              |
| ביוכימיה בדם | SGPT (ALT) -Blood (IU/l)        | 7-45       |                   | 400↑              |
| ביוכימיה בדם | LDH -Blood (IU/l)               | 100-260    |                   | 248               |

## מכתב שחרור

201388634 מרציאנו אלעד

בן: 31

כתובת: שד הבנים 21 אור יהודה כניסה . אור יהודה 6026800

מספר קבלה: 00680112092021

תאריך ביקור: 12/09/2021 08:54

\*\*\*חסוי רפואי\*\*\*

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

### המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח

אחראית: גב' אנגלרד הינדי

מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי

טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

| פרופיל       | בדיקה*                             | ערכי ייחוס | 12/09/21<br>09:50 | 12/09/21<br>09:45 |
|--------------|------------------------------------|------------|-------------------|-------------------|
| ביוכימיה בדם | Alkaline Phosphatase -Blood (IU/l) | 45-115     |                   | 76                |
| ביוכימיה בדם | gamma GT -Blood (IU/l)             | 10-49      |                   | 206↑              |
| ביוכימיה בדם | Protein -Blood, total (g/dl)       | 6.5-8.2    |                   | 7.7               |
| ביוכימיה בדם | Albumin -Blood (g/dl)              | 3.6-5.5    |                   | 4.9               |
| ביוכימיה בדם | Estimated Globulin -Blood (g/dl)   | 2.3-3.5    |                   | 2.70              |
| ביוכימיה בדם | Osmolality (calc.) (mOsm/KgH2O)    | 275-295    |                   | 294               |
| ביוכימיה בדם | Amylase -Blood (IU/l)              | 20-90      |                   | 69                |
| ביוכימיה בדם | Lipase, pancreatic (IU/l)          | 7-60       |                   | 36.7              |
| ביוכימיה בדם | CRP-Inflammatory (mg/l)            | 0-5        |                   | 4.73              |

\* תדפיס זה אינו כולל הערות עבור מדבקה או בדיקה

תשובה לבדיקת קורונה מתקבלת אצל רופא קופ"ח.



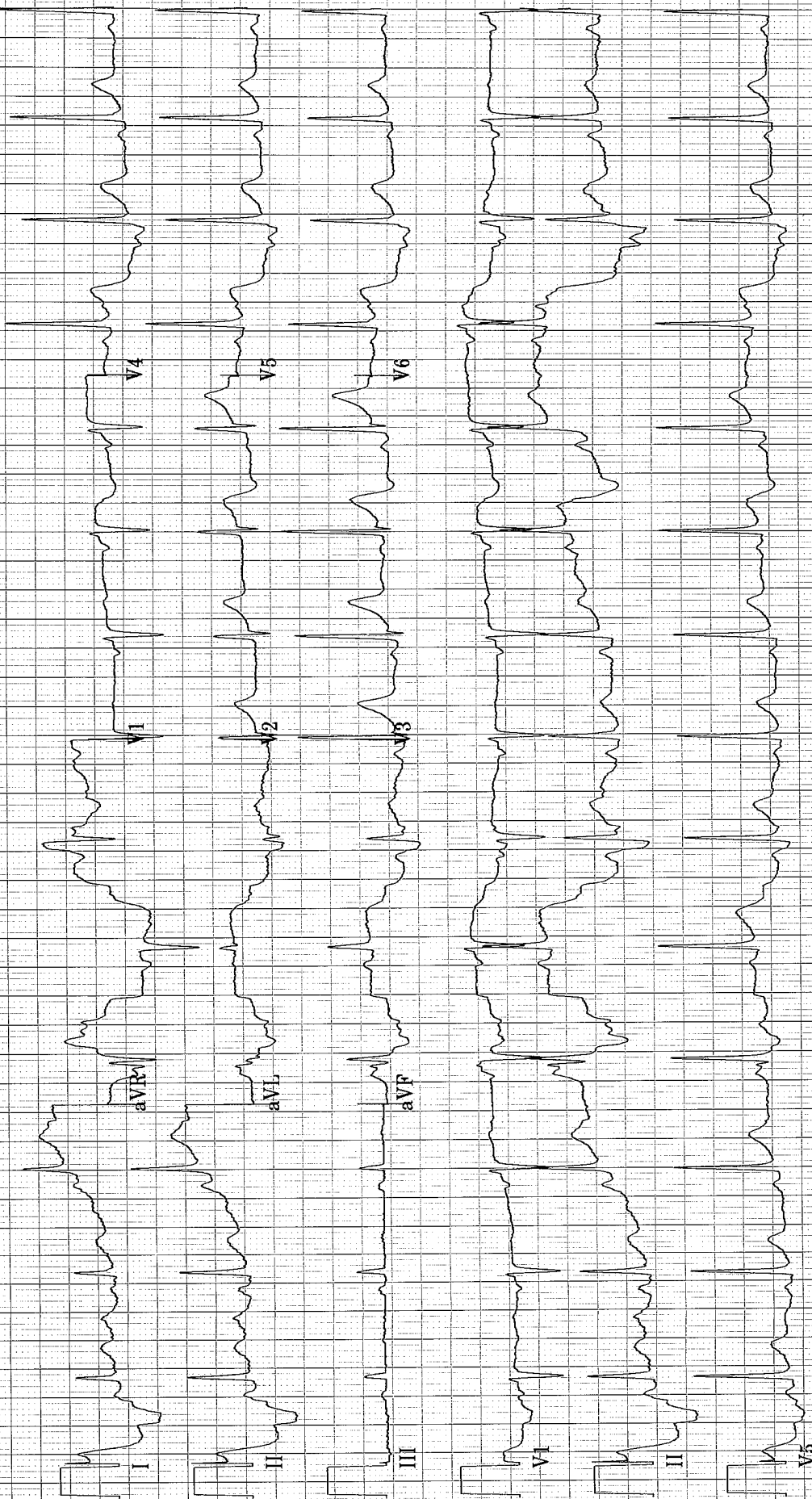
Male  
 Vent. rate 83 bpm  
 PR interval 132 ms  
 QRS duration 74 ms  
 QT/QTc 356/418 ms  
 P-R-T axes 62 51 36

Normal sinus rhythm  
 Early repolarization  
 Normal ECG

מ.י.ר. 55.918  
 20138863.4  
 תדעו! אלנו

ד"ר  
 מ.י.ר.  
 154235  
 מ.י.ר.

Unconfirmed



0.1 mV 4.75 mm/s 10.0 mm/mV 50Hz

4 bv 2.5s + 3 rhythm lds

MAC55 010Bsp2

012SL1v241 HD

טר"מ – איכילוב רפואה דחופה בקהילה בע"מ רחוב ז'בוטינסקי 160, בני ברק 51328 1599-520520  
פקס: 0722740627

צוות מרפאת טרם מאחל לך רפואה שלמה והחלמה מהירה!  
לשירותך בכל עת בטלפון: 1599-520-520  
www.terem.com

|                       |                    |                             |                      |                                          |
|-----------------------|--------------------|-----------------------------|----------------------|------------------------------------------|
| תלונה:<br>תאונת דרכים | תיק מס':<br>202122 | גליון שחרור Discharge Chart | ביקור מס':<br>941055 | תאריך ביקור<br>Date:<br>14:10 13/09/2021 |
|-----------------------|--------------------|-----------------------------|----------------------|------------------------------------------|

**במקרה של החמרה יש לחזור לבדיקה נוספת! אין להזניח סימנים של החמרה במחלה!**

|                                           |                                                    |                                                                          |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| הרופא המטפל במרפאת טרם<br>ד"ר. מוחמד בדיר | שם: Name: מאיר (אלעד) מרציאנו<br>תז: ID: 201388634 | נא לשתף את הרופא הקבוע שלך בסיכום הביקור לשם<br>מעקב תקין<br>קופה: כללית |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|

### סיכום הביקור:

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| <p><b>Diagnosis</b></p> <p><b>MVA</b></p> <p>Pulse: 95, O2sat: 98, BP: 127/82 (other vitals may be on scanned chart)</p> <p>Age: 31 years 10 months</p> <p>Injury/Pain Exam:</p> <p><b>SPINE</b> : Direct blow to back, Pain started LESS than an 1 hr, Pain is mild, Has Para-C-Spine pain, No Para-L-Spine pain, Has Midline C-Spine pain, Walking freely, ROM normal, Straight Leg raise abnormal, SL5(large toe dorsiflexion) Normal, SL4(knee extension) Normal, S1(foot planter flexion) normal, NOT Urinary retention, NOT Stool incontinence</p> <p>רסטוריה / אנמנזה רפואית:<br/>31 בריא</p> <p>יום טרם קבלתו היה מעורבת בתאונת דרכים כאשר רכב אחר נכנס ברכבו מאחור הייה חגור. כריות אוויר לא נפתחו הופנה לבית"ח שם עבר ברור שכלל CT ראש ללא ממצא מכוון</p> <p>כעת התקבל בשל כאבים בע"ש צווארי וכאבי ראש</p> <p>בדיקה גופנית:<br/>במצב כללי טוב, מדדים חיוניים תקינים<br/>קולות לב סדירים ללא אוושות<br/>ריאות כניסת אוויר שווה וטובה דו"צ, ללא צפצופים או חרחורים<br/>בטן רכה לא רגישה, ללא סימני גירוי צפקי<br/>גפיים ללא בצקות או סימני DVT<br/>בדיקה נוירולוגית- 15 GCS, מתמצאת 3*, דיבור תקין, עצבים קרניאלים תקינים, תפקודי מוחון תקינים, ללא חסר מוטורי או סינסורי.</p> <p>CORONA : NOT in quarantine, Vaccination NOT in the past Month, No Other breathing symptoms, Did Not Travel in the last 14 days, NO contact known positive, No fever over 38, Did NOT have Corona, No SOB, No cough, vaccinated twice</p> <p>מהלך ודיון:<br/>צילום ע"ש צווארי - ללא ממצא מכוון</p> <p>המלצות בשחרור<br/>משככי כאבים לפי המרשם<br/>מעקב רופא מטפל<br/>מעקב רופא אורטופד<br/>פיזיותרפיה<br/>יש לעיין גם בגליון הביקור הסרנק</p> <p>בדיקות שבוצעו במהלך הביקור (תוצאות נסרקו בתיק)</p> <p>צילומים שבוצעו:<br/>עמוד שדרה צווארי + דנס &lt;&lt;&lt;</p> | <p>אבחנה</p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|

Tests done (results scanned on actual chart)

Procedures & Treatments done at Visit

פרוצדורות וטיפולים שנגשו במהלך הביקור (כולל טיפול תרופתי):

Voltaren (Diclofenac Sodium) IM, 75 mg

Prescriptions

מרשמים שניתנו בסוף הטיפול:

Diclofenac Sodium (VOLTAREN, ABITREN, BETAREN) 100 mg tabs S.R. PO, 1 (One) tablet, 1 (One) TIMES PER DAY  
FOR 5 (Five) DAYS ; #5 (Five) tablet

המרשמים מצורפים לגיליון זה. לצורך רכישת התרופה/ות יש לגשת לבית המרקחת

Special instructions and recommendations on discharge

הנחיות מיוחדות והמלצות בשחרור

היית מעורב בתאונת דרכים ובבדיקתך במרפאת טרם לא נמצאו ממצאים מדאיגים. אולם חשוב לזכור שמצב זה עשוי להשתנות.  
יש ליטול את משככי הכאבים לפי המרשם המצורף.  
במקרים רבים, מופיעים ביום שלאחר התאונה כאב ושרירים תפוסים.  
יש לגשת לרופא המטפל בקופת חולים אם לא חל שיפור לאחר 3 ימים.  
יש לחזור למרפאת טרם בדחיפות במקרים הבאים:

- קושי בנשימה
- כאבי בטן
- כאבים בחזה
- כאב ראש חזק
- סחרחורת או בלבול
- תחושת נימול בידים או ברגליים

מעקב עם רופא מטפל בעוד 2 ימים

קובץ זה נחתם דיגיטלית על ידי דר. מוחמד בדיר מ.ר. 158592

מרפאת טרם מספקת שרותי רפואה דחופה. חלק בלתי נפרד מרפואה דחופה הינו מעקב מקצועי ואחראי לאחר השחרור מטרם. טרם אינה אחראית להשלכות של חוסר היענות המטופל להוראות הנ"ל. אם את/ה נתקל/ת בקושי בקביעת ביקורת כמומלץ, עליך להיבדק ע"י רופא המשפחה, או לחזור לטרם



בכל ביקור במרפאות טרם נא להביא כרטיס מגנטי של קופ"ח,  
תקציר מידע רפואי מקופ"ח כולל רשימת מחלות ותרופות עדכנית, אקג, תוצאות מעבדה אחרונות, מידע רלוונטי אחר.

מסמך זה מכיל מידע מוגן הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסרו שלא כדין עובר עבירה

19/09/2021 תאריך  
09:43

**הפניה למיון**

|                   |         |                   |              |
|-------------------|---------|-------------------|--------------|
| פרטי המטופל       |         | מרציאנו מאיר אלעד |              |
| שם משפחה ושם פרטי | מס זהות | ת. לידה           | שם האב       |
| 00-20138863-4     | 31.10   | 02/11/1989        | יהודה        |
| שד הבנים          | מס בית  | טלפון             | טלפון נוסף   |
| 21 / 3            | 53      | 2447443           | 54 - 6351708 |
| רחוב              | ישוב    |                   |              |

12/09/2021 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

מספר הפניה: 35255163292

מספר רשיון



**שירות שנבחר**

| קוד שירות | קוד משה"ב | תיאור רפואי | שירות רפואי |
|-----------|-----------|-------------|-------------|
| 70069     | 99283     | ביקור במיון | 70069       |

**אבחנה משוערת**

| קוד  | אבחנה                | איפיון |
|------|----------------------|--------|
| A80  | ACCIDENT/INJURY; NOS |        |
| 7840 | HEADACHE             |        |
| 7245 | BACKACHE             |        |

תלונות: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 14/09/2021  
בן 31 עם כאבים בגב, צוואר וראש, אחרי תאונת דרכים  
בבית חולים עשו בדיקות וצילומים, הכול היה תקין  
19/09/2021  
מבקש ללכת לבית חולים כי לא יכול לסבול הכאבים

סימנים חיוניים: גובה 170 26/08/2010 משקל 78 04/10/2015 bmi 26.99

לחץ דם 121 /72 25/03/2018

דופק 83 25/03/2018

16/08/2020 מתאריך 114.1 eGFR

מיון מרכזי - הולב קבלה: 19/09/21 10:13 מספר: 124

ת. ז: 20138863-4 שם: מרציאנו אלעד

אבא: יהודה כתובת: שד הבנים 21 אור יהודה

מיון זכר טל: 054-6351708 לידה: 02/11/1989

טיבה: מחלה מוסד: 221164 כללית חפניה: ק

אסמכתא: 1 חילול: מרציאנו אלעד

מפעיל: 35104 יחידה: 20138863-4 UCE9703

ממצאים בבדיקה: ממצאים מתאריך 14/09/2021  
ללא מימצא חריג בבדיקת גב וצוואר  
19/09/2021

ס.ה.ר. 1

הפניה למיון

מרציאנו מאיר אלעד

דף 1 מ 2

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

00-20138863-4 הודפס ע"י ד"ר סמואל בלומר בנשימול 19/09/2021

| מ.גילוי    | איפיון | בעיה     |
|------------|--------|----------|
| 01/02/2000 |        | ENURESIS |
| 01/01/2001 |        |          |

מחוז דרום  
04-1132  
120442  
ד"ר סמואל בלומר  
סוכנות ראשית  
טל. 052-5388555

120442

ד"ר סמואל בלומר בנשימול

חתימה וחתימת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

תוקף ההפניה למיון הינו עד לסוף יום למחרת ממועד הפקתה

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



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

## המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח  
א. אחראית: גב' אנגלרד הינדי  
מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי  
טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

## מכתב שחרור.

201388634 מרציאנו אלעד

בן: 31

כתובת: שד הבנים 21 אור יהודה כניסה . אור יהודה 6026800  
מספר קבלה: 01240119092021  
תאריך ביקור: 19/09/2021 10:13

## אבחנות מסכמות

- Motor vehicle accident [MVA, road] (E825.9)
- Whiplash injury to neck [trauma, cervical] (847.0)

## ניתוחים בעבר

S/P OTHER (1) (04/10/2015)

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

אנמנזה סיעודית

סיבה עיקרית: תאונת דרכים

הערות: לפני שבוע ת"ד, נהג ברכב חגור, נבדק ושוחרר.  
עדיין כאב בגב תחתון וצוואר

## סימנים חיוניים

| תאריך ושעה       | כאב | חום  | דופק | לחץ דם   | סטורציה |
|------------------|-----|------|------|----------|---------|
| 10:45 19/09/2021 | 4   |      |      |          |         |
| 10:22 19/09/2021 |     |      | 100  | 140 / 96 | 98      |
| 10:21 19/09/2021 |     | 37.3 |      |          |         |

## אנמנזה ובדיקה גופנית

ד"ר חדיג'ה אמיר מ.ר. 136217 13:17 19/09/2021  
בן 31 בריא בד"כ. ללא טיפול תרופתי קבוע. לא ידוע על רגישויות. 12/9 תד היום הגיע בשל החמרה בכאבי צוואר גוף כלליים ללא הפרעה סוגרית או חום בבדיקתו הליכה תקינה פ צוואר רגישות דיפוזית והגבלה, עמוש לכל אורכו רגישות דיפוזית, נירולוגיה תקינה לפי ASIA. בצילומים: ללא ממצא גרמי חריף. המלצות:

## המלצות

| תאריך ושעה | נושא | גרשם ע"י | פרטים |
|------------|------|----------|-------|
|------------|------|----------|-------|

\*\*\*חסוי רפואי\*\*\*

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

## המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח  
אחראית: גב' אנגלרד הינדי

מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי  
טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

ד"ר חדיג'ה אמיר מ.ר. 136217 מנוחה 5 ימים, משככי כאבים, צווארון גמיש, ביקורת אורטופד  
קופ"ח בעוד שבוע- לשקול CT עמו"ש צווארי באם כאבים ממשיכים

19/09/2021  
14:54

## תרופות מומלצות

| מרשם | הערות | יחידות<br>לניפוק | אריזות<br>לניפוק | משך        | תדירות      | מינון         | אופן<br>מתן | שם התרופה                                                                                                                       |
|------|-------|------------------|------------------|------------|-------------|---------------|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ✓    |       |                  |                  | 10<br>ימים | X 3<br>ביום | 1 tab/<br>cap | P.O         | ZALDIAR (TraMADol<br>37.5+PARACETAMOL 325<br>mg) (PARACETAMOL<br>[ACETAMINOPHEN], TraMADol<br>HCL, TraMADol<br>HCL+PARACETAMOL) |
| ✓    |       |                  |                  | 10<br>ימים | X 1<br>ביום | 600 mg        | P.O         | ETOPAN XL tab (ETODOLAC)                                                                                                        |
| ✓    |       |                  |                  | 10<br>ימים | X 3<br>ביום | 1000 mg       | P.O         | OPTALGIN oral sol<br>(DIPYRONE [METAMIZOLE])                                                                                    |

Amir Hadija  
19/09/2021 14:55:08

חתימת הרופא

נחתם ע"י: ד"ר חדיג'ה אמיר מ.ר. 136217

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

על פי הנחיות משרד הבריאות, בתום הביקור במחלקה לרפואה דחופה, המטופל יחזור להמשך טיפול אצל רופאו  
בקופת חולים.

במידה והופנית להמשך טיפול במרפאות החוץ או במכוני שיבא, קבע תור בטלפון 03-5305000.  
תוצאות בדיקות שבוצעו בשיבא יימסרו דרך "שיבא קונקט" או דרך הרופא המטפל בקהילה.  
להצטרפות חינם לשיבא קונקט יש לפנות לצוות פקידות הקבלה.  
תשובה לבדיקת קורונה מתקבלת אצל רופא קופ"ח.

לברור תשובת תרבות/יורולוגיה ניתן להתקשר בימים א-ה לטלפון- 035309159 ולשאיר הודעה במענה הקולי

\*\*\*חסי רפואי\*\*\*

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

### המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח

א.אחראית: גב' אנגלרד הינדי

מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי

טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

### אנחנו ניצור איתך קשר תוך 24 שעות

במידה ועברת בדיקת C.T, ניתן להזמין העתק של הבדיקה במכון הדימות בעלות של 52 ₪  
זמני הקבלה במכון הדימות, ימים א-ה בין השעות 08:00-14:30 או בטלפון 03-5302656  
במידה ומגיע נציג מטעמו של הנבדק יש להצטייד בייפוי כוח + ת.ז.

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

ניתן לשלוח את טופס ההתחייבות [ט.17] לפקס 03-5302113/7447 או במייל: [hovot@sheba.health.gov.il](mailto:hovot@sheba.health.gov.il)  
באם הגעת למלר"ד עקב תאונת עבודה, נא לגשת לפקידת הקבלה להחתמת הטופס עבור ביטוח לאומי



דע את זכויותיך! הנך זכאי לקצבה מהמוסד לביטוח לאומי בשלושת המצבים הבאים:

פגיעה כתוצאה מתאונה אישית, פגיעה כתוצאה מתאונת עבודה, אשפוז או מחלה מעל ל- 90 יום כשהינך מוגבל  
כתוצאה ממחלתך הקשורה לאשפוז זה.

מוצע שתבדוק את זכויותיך באתר האינטרנט של הביטוח הלאומי, באתר ניתן להוריד טופס תביעה לכל הקצבאות  
ולשלוח באמצעות האתר, בדואר או להגיש בסניף הביטוח הלאומי <http://www.btl.gov.il>  
בברכת בריאות שלמה

תאריך: 06/10/2021

## הפניה לדימות

|                   |               |                   |              |
|-------------------|---------------|-------------------|--------------|
| פרטי המטופל       |               | מרציאנו מאיר אלעד |              |
| שם משפחה ושם פרטי | מס זהות       | גיל               | ת. לידה      |
| שם יהודה          | 00-20138863-4 | 31.11             | 02/11/1989   |
| שד הבנים          | מס בית        | מין               | שם האב       |
| רחוב              | 21 / 3        | ז                 | 54 - 6351708 |
| אור יהודה         | מס בית        | מס בית            | טלפון נוסף   |
| ישוב              | רחוב          | מס בית            | טלפון        |
|                   |               | 53 - 2447443      | 54 - 6351708 |

תאריך תאונה: 12/09/2021

סוג תאונה: 1 תאונת דרכים

מספר הפניה ישירה: 32294018352

גורם שולח



2294

מספר הפניה



032294018352

תז נבדק



0201388634

רשיון רופא



145313

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

לנשים בלבד!

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

## שירות שנבחר

| קוד שירות | קוד משה"ב | תיאור רפואי                 | שירות רפואי |
|-----------|-----------|-----------------------------|-------------|
| 78073     | L1039     | CT עמוד שדרה צוארי          | 10304010    |
| 78073     | L1039     | CT עמוד שדרה גבי            | 10304015    |
| 78073     | L1039     | CT עמוד שדרה מותני + סקראלי | 10304017    |

המטופל מתלונן על

ת"ד

WHIPLASH INJURY

מתלונן על כאבי צוואר

שלא עוברים

+ כאבי גב תחתון

## אבחנה משוערת

| קוד  | אבחנה                    | איפיון |
|------|--------------------------|--------|
| 7231 | CERVICALGIA              |        |
| L02  | BACK SYMPTOMS/COMPLAINTS |        |

## בעיות פעילות

| מ.גילוי    | אבחנה    | איפיון |
|------------|----------|--------|
| 01/02/2000 | ENURESIS |        |
| 01/01/2001 | SMOKER   |        |

דף 1 מ 2

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

הפניה לדימות

06/10/2021

הודפס ע"י בנימין פדידא

00-20138863-4

מרציאנו מאיר אלעד

הערות:  
לשולל ממצא גרמי אקיוטי  
לשולל לחץ משמעותי בשורשי עצבים

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה

|            |              |
|------------|--------------|
| 145313     | בנימין פדידא |
| מספר רשיון | שם הרופא     |

חתימה וחוקת הרופא

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



06/10/2021 תאריך

## אישור מחלה

|                   |         |        |       |              |              |
|-------------------|---------|--------|-------|--------------|--------------|
| פרטי המטופל       |         |        |       |              |              |
| מרציאנו מאיר אלעד |         |        |       |              |              |
| שם משפחה ושם פרטי | מס זהות | גיל    | ז     | ת.ל.ידה      | יהודה        |
| שד הבנים          | מס בית  | 21 / 3 | טלפון | 53 - 2447443 | 54 - 6351708 |
| רחוב              | מס בית  | 21 / 3 | טלפון | 53 - 2447443 | 54 - 6351708 |
| אור יהודה         | רחוב    | מס בית | טלפון | 53 - 2447443 | 54 - 6351708 |
| ישוב              | רחוב    | מס בית | טלפון | 53 - 2447443 | 54 - 6351708 |

12/09/2021 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

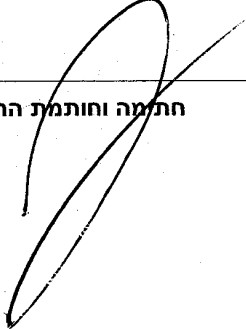
תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 1 תאונת דרכים

|        |       |        |                                               |
|--------|-------|--------|-----------------------------------------------|
| סובל מ | קוד   | איפיון | אבחנה                                         |
|        | 79989 |        | DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD |

מומלץ על מנוחה מתאריך 12/09/2021 עד תאריך 30/10/2021 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה 49

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

|                                                                                                         |                      |                          |                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <br>חתמה וחותמת הרופא | 145313<br>מספר רשיון | בנימין פדידא<br>שם הרופא |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|

06/10/2021 תאריך

**הפניה לפיזיותרפיה**  
(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

|                   |                   |                         |              |
|-------------------|-------------------|-------------------------|--------------|
| פרטי המטופל       |                   | מספר הפניה: 32294018353 |              |
| מספר זהות         | 00-20138863-4     | תאריך תאונה             | 12/09/2021   |
| שם משפחה ושם פרטי | מרציאנו מאיר אלעד | מספר הפניה              | 032294018353 |
| שם האב            | 54 - 6351708      | גורם שולח               | 2294         |
| ת.לידה            | 02/11/1989        | מספר הפניה              | 032294018353 |
| מין               | ז                 | תז נבדק                 | 0201388634   |
| גיל               | 31.11             | רשיון רופא              | 145313       |
| מס זהות           | 00-20138863-4     | קוד שירות               | 80074        |
| שד הבנים          | 21 / 3            | קוד משה"ב               | 97140        |
| רחוב              | 53 - 2447443      | קוד שירות               | 80074        |
| מס בית            | 54 - 6351708      | קוד שירות               | 80074        |
| טלפון             | 53 - 2447443      | קוד שירות               | 80074        |
| טלפון נוסף        | 54 - 6351708      | קוד שירות               | 80074        |

תאריך תאונה 12/09/2021

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

גורם שולח



2294

מספר הפניה



032294018353

תז נבדק



0201388634

רשיון רופא



145313

**שירות שנבחר**

| קוד שירות | קוד משה"ב | תיאור רפואי           | שירות רפואי |
|-----------|-----------|-----------------------|-------------|
| 80074     | 97140     | טיפול פיזיותרפי פרטני | 80074       |

BACK SYMPTOMS/COMPLAINTS

בחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה  
ת"ד  
WHIPLASH INJURY  
מתלונן על כאבי צוואר  
שלא עוברים  
+ כאבי גב תחתון

**בעיות פעילות**

| מגילוי     | אפיזון | בעיה     |
|------------|--------|----------|
| 01/02/2000 |        | ENURESIS |
| 01/01/2001 |        | SMOKER   |

מטרת הבדיקה: טיפול בכאבי ע"ש בכל האורכו

בדחוף  
תודה

חתימה וחותמת הרופא

145313

מספר רשיון

בנימין פדידא

שם הרופא

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

7 ה.ר.0

דף 1 מ 1

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

הפניה לפיזיותרפיה

הודפס ע"י בנימין פדידא 00-20138863-4

מרציאנו מאיר אלעד

קריאת המידע הרפואי המצורף ללא ליווי של הרופא המטפל  
עשויה לגרום להבנת הכתוב באופן לא נכון או לא מלא. לכן  
מומלץ לקרוא את המידע יחד עם הרופא המטפל, אשר  
יסביר אותו, ואת המשמעות שלו לבריאותך, כולל אפשרויות  
טיפול.  
מומלץ להעביר עותק של כל המידע הרפואי לרופא המטפל.

לכבוד:

שם המטופל: מרציאנו אלעד

ת.ז: 201388634

ELAD MARCIANO

טל' ראשון: 003-5339964  
טל' שני: 054-6351708

תאריך לידה: 02/11/1989  
מין: זכר

כתובת: שד הבנים 21 אור יהודה  
אור יהודה 6026800

פרטי הבדיקה - תאריך: 21/10/2021 מספר: 4015010615179

**CT עמוד שדרה צוארי, ללא חומר ניגוד**



סיבת ההפניה: בן 31 עם כאבי צוואר. לבירור.

הבדיקה בוצעה ללא הזרקת חומר ניגוד.

ממצאים:

לורדוזיס צווארי שמור.

המרווחים הבין-חולייתיים תקינים.

ללא עדות לתמט או תזוזה.

רקמות רכות פאראוורטברליות תקינות.

פסגות הריאות תקינות.

תעלה ספינלית ברוחב תקין.

לסיכום: הבדיקה בגדר הנורמה.

מספר רשיון: 153067 תאריך אשרור: 22/10/2021

אושר על-ידי: ד"ר מייקל וולף

טלפון לבירורים: 03-5302378

מומלץ לבקר באתר אינטרנט של מכון הדימות "שיבא" בכתובת: <http://www.imaging.sheba.co.il>

תאריך 13/01/2022

## הפניה לרפואה יועצת

| פרטי המטופל       |               |         |            |            |             |
|-------------------|---------------|---------|------------|------------|-------------|
| מספר רשיון        | 00-20138863-4 | ת. לידה | 02/11/1989 | שם האב     | יהודה       |
| שם משפחה ושם פרטי | מס זהות       | גיל     | 32.02      | מין        | ז           |
| שד הבנים          | 21 / 3        | טלפון   | 2447443    | טלפון נוסף | 54 -6351708 |
| אור יהודה         | רחוב          | מס בית  | 21         | ישוב       |             |

מספר הפניה ישירה: 35255167099

|           |              |            |            |
|-----------|--------------|------------|------------|
| גורם שולח | מספר הפניה   | תז נבדק    | מספר רשיון |
| 5255      | 035255167099 | 0201388634 | 120442     |

## שירות שנבחר

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

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות בן 32 עם כאבים בגב תחתון

סימנים חיוניים: גובה 170 26/08/2010 משקל 78 04/10/2015 bmi 26.99

לחץ דם 121 /72 25/03/2018

דופק 83 25/03/2018

16/08/2020 מתאריך 114.1 eGFR

## אבחנה משוערת

| קוד  | אבחנה         | איפיון |
|------|---------------|--------|
| 7242 | LOW BACK PAIN |        |

## בעיות פעילות

| מ. גילוי   | איפיון | בעיה     |
|------------|--------|----------|
| 01/02/2000 |        | ENURESIS |
| 01/01/2001 |        | SMOKER   |

תאריך 02/03/2022

## הפניה לדימות

| פרטי המטופל   |        |       |              |              | מרציאנו מאיר אלעד |           |
|---------------|--------|-------|--------------|--------------|-------------------|-----------|
| 00-20138863-4 | 32.04  | ז     | 02/11/1989   | יהודה        | שם משפחה ושם פרטי | מס זהות   |
|               | גיל    | מין   | ת.לידה       | שם האב       |                   |           |
| 21 / 3        | מס בית | טלפון | 53 - 2447443 | 54 - 6351708 | שד הבנים          | אור יהודה |
|               |        |       |              | טלפון נוסף   | רחוב              | ישוב      |

תאריך תאונה 12/09/2021

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

מספר הפניה ישירה: 32294020034

גורם שולח  
2294

מספר הפניה  
032294020034

תז נבדק  
0201388634

רשיון רופא  
145313

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

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

## שירות שנבחר

| קוד שירות | קוד משה"ב | תיאור רפואי        | שירות רפואי |
|-----------|-----------|--------------------|-------------|
| 73699     | 78320     | מיפוי עצמות- SPECT | 21207040    |
| 56016     | 95861     | אלקטרומוגרפיה EMG  | 56016       |

המטופל מתלונן על תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 28/02/2022

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 06/10/2021 ת"ד

WHIPLASH INJURY

מתלונן על כאבי צוואר

שלא עוברים

+ כאבי גב תחתון

28/02/2022

ללא שיפור קליני

02/03/2022

ממצאים עיקריים בדיקה גופנית מתאריך 28/02/2022

בדיקה גופנית מתאריך 06/10/2021

לפי בירור קליני

כאבים דיפוזיים של ע"ש צוארי

ש בכל האזורים

ללא טריגר ללא חסר כוח גס ידיים או רגליים

28/02/2022

02/03/2022

**אבחנה משוערת**

| אבחנה                    | איפיון | קוד  |
|--------------------------|--------|------|
| CERVICALGIA              |        | 7251 |
| BACK SYMPTOMS/COMPLAINTS |        | L02  |
| ACCIDENT/INJURY; NOS     |        | A80  |

**דיון/תוכנית טיפולית**

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 28/02/2022:  
 ההפניות שהופקו ב 06/10/2021:  
 הפניה לדימות - 78073-ט.מ. CT עמוד שדרה צו , הפניה לפיזיותרפיה -  
 80074-טיפול פיזיותרפי פרט  
 28/02/2022:  
 ביקורת חוזרת עם תוצאות הדיקת CT  
 02/03/2022

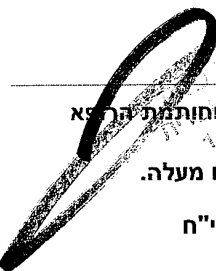
**בעיות פעילות**

| מגילוי     | איפיון | בעיה     |
|------------|--------|----------|
| 01/02/2000 |        | ENURESIS |
| 01/01/2001 |        | SMOKER   |

**הערות:**

1/ מיפוי עצמות / בירור כאבים דיפוזיים של ע"ש אחרי ת"ד / לשלול פגיעה איוקטית  
 2/ EMG NCV ידיים / בירור paresthesias של הידיים

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה

  
 חתומה וחותמת הרפא

145313

בנימין פדידא

מספר רשיון

שם הרופא

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

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



תאריך: 13/04/2022

## סיכום טיפול

| פרטי המטופל       |                   |            |              |        |              |
|-------------------|-------------------|------------|--------------|--------|--------------|
| מס' זהות          | 00-20138863-4     | גיל        | 32.05        | ז      | 02/11/1989   |
| שם משפחה ושם פרטי | מרציאנו מאיר אלעד | שם האב     | יהודה        | ת.לידה | 53 - 2447443 |
| שד הבנים          | 21 / 3            | טלפון נוסף | 54 - 6351708 | טלפון  | 53 - 2447443 |
| אור יהודה ישוב    | רחוב              | מס בית     | 21 / 3       | טלפון  | 53 - 2447443 |

מס' הפניה במכון הפיזיותרפיה: 210492805 מספר זיהוי הפניה: 32294018353

תאריך הפניה: 06/10/2021

סוג הביקורים לסדרה: 1 תאונת דרכים

לכבוד הרופא המטפל/מקצועי: בנימין פדידא

מרפאה: רופאים עצמאיים גבעת שמואל

מקצוע: אורטופדיה

אבחנה בהפניה:

| צד   | קוד | איפיון | אבחנה                    |
|------|-----|--------|--------------------------|
| מרכז |     |        | BACK SYMPTOMS/COMPLAINTS |



אבחנה לטיפול:

| צד   | קוד  | אבחנה         |
|------|------|---------------|
| מרכז | 7242 | LOW BACK PAIN |

תאריך תחילת טיפול: 11/10/2021 תאריך סיום טיפול: 13/04/2022

מס' ביקורים בפועל: 12 פרטני: 7 קבוצתי: 5

מס' אי הופעות לטיפול: 0

רשימת כל הטיפולים:

| כמות | טיפול                             |
|------|-----------------------------------|
| 1    | אבחון ראשון- בדיקה של פיזיותרפיסט |
| 1    | הדרכה וייעוץ (לאורח חיים בריא)    |
| 3    | הדרכה לתרגול בבית                 |
| 2    | טיפול ב-TENS                      |
| 2    | תרגול כללי                        |
| 2    | תרגילי חיזוק                      |
| 3    | הערכה מחדש- בדיקה                 |
| 5    | קבוצת רביע תחתון                  |
| 2    | קבוצת גב                          |

כאבים:

| איבר     | צד   | דרוג בעת פתיחת הסידרה | דרוג בעת סגירת הסידרה |
|----------|------|-----------------------|-----------------------|
| גב תחתון | מרכז | 8                     | 8                     |
| צוואר    | מרכז | 8                     | 8                     |
| גב עליון | מרכז | 8                     | 8                     |

הערכת מטפל: 4-החמרה במצב

הערות: כאב בגב ובצוואר. קושי להתכופף.  
לדבריו הכאב התעצם.  
הודרך לתרגל.

המטופל ביקר במכון בתאריכים:  
13/04/2022  
30/03/2022  
30/03/2022  
02/03/2022  
23/02/2022  
16/02/2022  
09/02/2022  
02/02/2022  
30/01/2022  
17/11/2021  
08/11/2021  
11/10/2021

מחזור  
ענבר כר  
מ.י. 489  
פזיזות/פיזיותרפיה

חתימה וחותמת

10140019

מספר רשיון

מקסים קיט

שם מטפל



מס' זהות: 0201388634  
טל' נייד: 0532447443  
טל' בבית: 0546351708

לכבוד:  
אלעד מרציאנו  
שד הבנים 21, דירה 3, אור יהודה  
אור יהודה  
6026800

## הזמנה למרכז למדעי המוח - EMG

### הנך מוזמן/ת ל-EMG

ביום רביעי 27/04/22 בשעה 15:55

**מיקומנו:** מרפאות חוץ ומכונים, מגדל אשפוז, קומה 1.  
דרכי הגעה: 1. לחנות בחניון רב קומות. מקניון הצומת (קומה 4) לצאת בפרוזדור שמתחיל במרכז סלקום. לעבור את שני המסועים המסן נמצא בצד ימין. 2. לובי מרכזי לפנות שמאלה לכיוון מרפאות חוץ. לפנות ימינה ליד עגלת קפה ומיד שמאלה למעליות. לעלות לקומה 1 ולפנות שמאלה למרכז למדעי המוח.

**חניה:** חניון מרכזי. ניתן לרשום ב-"waze" חניון מרכזי ב"ח שיבא תל השומר".  
**הנחיות לביקור:**

- חובה להגיע עם מזהה עם תמונה (תעודת זהות כולל ספח עבור ילד/רישיון נהיגה/דרכון).
- יש להביא התחייבות כספית (טופס 17) מגורם מבטח לפי קודי הבדיקה המפורטים להלן:

| קוד בדיקה | תיאור                         |
|-----------|-------------------------------|
| 95872     | אלקטרומיוגרפיה ממוחשבת כמותית |
| 95900     | בדיקת מוליכות העצב (NCT)      |



במידה ומגיע/י ללא התחייבות מתאימה תוכל/י לקבל שירות תמורת תשלום או על ידי השארת פיקדון (עד 1,500 ש"ח) ל-21 יום.

### המבטח אינו חייב לממן את השירות בדיעבד

- חיילים - יש להצטייד באסמכתא תקציבית בתוקף, לא יתקבל פיקדון או תשלום.
- יש להביא מסמכים רפואיים, מכתב הפניה ורשימה מסודרת של התרופות, מכתב שחרור ממחלקה ותוצאות בדיקו מעודכנות.
- צילומי רנטגן קודמים - במידה ויש, דיסק CT ו/או MRI. את הדיסק יש להטמיע במכון דימות במידה ו-CT או MRI לא בוצעו במסגרת בית חולים.

### לתשומת ליבך:

- ניתן להגיע עם מלווה אחד בלבד.
- יש להגיע עם מסיכה כירורגית ולעטות אותה במהלך כל זמן שהייה בבית החולים.
- יש להימנע מהגעה אם הנך בבידוד בית או אם הנך סובל מאחד מהתסמינים הבאים:  
חום גבוה מעל 38 מעלות, שיעול, קשיי נשימה, כאבי גרון, כאבי ראש/שרירים חריפים.
- זמן שהייה במרפאה הינו כשלוש שעות. למען קיצור שהייתך, אנא הימנע מלהקדים.

### לבירורים

אם מסיבה כלשהי נמנע ממך להגיע לבדיקה, נבקשך להודיע מבעוד מועד לטל': 03-5305000 או 534\* מכל סלולרי בימים א'-ה' בין השעות 08:00-16:00.

פרטי המרפאה - שעות פעילות: 08:00-15:00 בימים א'-ה', טל': 03-5305293, מייל: [Neurology.Mirp@sheba.health.gov.il](mailto:Neurology.Mirp@sheba.health.gov.il).

בנוסף, ניתן לפנות אלינו בצ"ט באתר האינטרנט [WWW.SHEBA.CO.IL](http://WWW.SHEBA.CO.IL), ב-Whats app, להודעת SMS למספר 03-5303604 או בפייסבוק שלנו.

בברכת רפואה שלמה  
מרכז למדעי המוח - EMG  
המרכז הרפואי שיבא  
נקבע על ידי: כחלון דבורה  
15:15 13/03/2022



304488510



201388634

## שירותי בריאות כללית

## -העתק-

תאריך: 25/04/22

מחוז מנפק : 004 דן פתח-תקוה

מרפאה מנפקת : 5255 מרפאת גורדון

גורם מממן : 004 דן פתח-תקוה

אל : שיבא - 46400 רפואה גרעינית - איזוטופים לקביעת תור : 03-5303030

## אישור לטיפולים אמבולטוריים

מס': 304488510

המבוטח : 0020138863-4 מרציאנו מאיר אלעד

רופא מטפל : 120442 בלומר בנשימול סמואל

רופא מפנה : 145313 פדידא בנימין

סיבת הפניה : הופנה ע"י רופא

הפניה לצורך :

| קוד שירות | קוד תאור הטיפול/בדיקה       | קוד משה"ב | כמות |
|-----------|-----------------------------|-----------|------|
| 73699     | מיפוי עצם ו ואו מפרק, SPECT | 78320     | 1    |

תאריך זימון : 24/04/22 האישור בתוקף עד לתאריך : 24/10/22

מיכאלי אור

שם הפקיד/מנהל אדמ' במרפאה

נופק ללא תשלום : תאונות דרכים

כל שטופס ההתחייבות לא ימומש, אגא פנה למרפאה לשם קבלת החזר דמי ההשתתפות העצמית

לתשומת לב בית החולים/המכון !

להלן תנאי האישור להפניה :

\* האישור משמש התחייבות הקופה למימון אך ורק של השירותים הרפואיים הרשומים בטופס זה והכלולים "בסל שירותים"

כמשמעו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994.

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

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

\* טופס זה מיועד למספר פעולה/ות ביקור/ים כמצוין לעיל.

\* על בית החולים/המכון לצרף לטופס הזמנתם לביקור (ראשון/חוזר), מכתב רפואי המפרט את מצב המטופל והטיפול/בדיקות הנדרשים

בביקור אליו הזמן.

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

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

\* תוקפו של טופס זה מותנה בכך שההתחייבות לא תשמש למימון שירותים אשר סופקו למבוטח בתוספת תשלום עבור בחירת רופא

או מנתח - בין אם תוספת התשלום שולמה ע"י המטופל באופן אישי ובין אם במימון צד ג' כלשהוא, לרבות חברת ביטוח.

\* במידה ונותן השירות בוחר ליתן את השירותים נשוא ההתחייבות על ידי תאגיד בריאות, תוקפה של התחייבות זאת מותנה וכפוף

לכך שהשירותים יינתנו בהתאם ועל פי תקנות יסודות התקציב (כללים לפעולת תאגיד בריאות), התשס"ב - 2001.

בשעה \_\_\_\_:

הוזמן תור לתאריך \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ט'-17

תאריך: 08/05/2022

## סיכום ביקור

|              |                 |          |             |             |             |       |          |
|--------------|-----------------|----------|-------------|-------------|-------------|-------|----------|
| פרטי המטופל: | שם משפחה ופרטי: | מס זהות: | 00201388634 | גיל:        | 32.06       | מין:  | ז        |
| ת.לידה:      | 02/11/1989      | שם האב:  | יהודה       | ישוב:       | אור יהודה   | רחוב: | שד הבנים |
| מס בית:      | 3 / 21          | טלפון:   | 53- 2447443 | טלפון נוסף: | 54- 6351708 |       |          |

תאריך תאונה: 12/09/2021

סוג תאונה: 1 תאונת דרכים

שלום רב,

תאריך ביקור: 08/05/2022

סוג ביקור: 1 תאונת דרכים

תאריך תאונה: 12/09/2021

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: בן 32, בריא.  
טיפול קבוע - ללא  
ללא רגישויות  
ללא מדללי דם

תאונת דרכים כנהג, פגיעה במנגנון אחורי. שיחרור ללא צורך באישפוז. נבדק  
מספר פעמים ע"י אורטופד - ללא פחת ניורולוגי.  
כעת מלין על כאבים שורפים בצוואר "ולכל אורך הגב".  
מצוין נימול ורדימות בידים (ללא פיזור ניורואנטומי ברור).  
גורם מחמיר - עבודה  
גורם מקל - ללא גורם מקל  
כאב מעיר משינה.  
בירור עד כה:  
CT עמו"ש צווארי - במ"פ  
EMG - לדבריו תקין  
ללא דגלים אדומים באנמנזה.

טיפול עד כה:  
פיזיותרפיה הפעלתית 12 מפגשים - אינו מסייע לדבריו.

אנלגטיקה - אינו יודע במה טופל.

אבחנות בביקור

| קוד  | אפיון | אבחנה                    |
|------|-------|--------------------------|
| 7242 |       | LOW BACK PAIN            |
| A80  |       | ACCIDENT/INJURY; NOS     |
| 3382 |       | CHRONIC PAIN             |
| 7291 |       | MYOFASCIAL PAIN SYNDROME |

סיכום והמלצות:

כאב כרוני, מכאני, ככה"נ מיופציאלי בעיקרו. ללא ממצא בבדיקות לרבות CT ו EMG.

בדיקה גופנית תקינה וללא פחת ניורולוגי כלל.

הוסברו אופציות טיפוליות לרבות שמרני ופולשני.  
אין מקום להתערבות פולשנית.

1. סימבלטה - נא להתחיל טיפול בסימבלטה במינון 30מ"ג. לאחר שבוע יש להעלות ל60מ"ג באופן קבוע.
2. פעילות גופנית - הוסברה החשיבות בפעילות גופנית לחיזוק מייצבי עמו"ש כגון הליכה, אליפטי, שחיה, טאי צ'י, יוגה. לפחות 3 פעמים בשבוע, לפחות 30 דק כל פעם

תאריך: 08/05/2022

## סיכום ביקור

|              |                 |                   |             |             |             |       |          |   |
|--------------|-----------------|-------------------|-------------|-------------|-------------|-------|----------|---|
| פרטי המטופל: | שם משפחה ופרטי: | מריצאנו מאיר אלעד | מס זהות:    | 00201388634 | גיל:        | 32.06 | מין:     | ז |
| ת.לידה:      | 02/11/1989      | שם האב:           | יהודה       | ישוב:       | אור יהודה   | רחוב: | שד הבנים |   |
| מס בית:      | 3 / 21          | טלפון:            | 53- 2447443 | טלפון נוסף: | 54- 6351708 |       |          |   |

סוג תאונה 1 תאונת דרכים תאריך תאונה 12/09/2021

שלום רב,

תאריך ביקור: 08/05/2022

סוג ביקור: 1 תאונת דרכים

תאריך תאונה: 12/09/2021

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: בן 32, בריא.

טיפול קבוע - ללא  
ללא רגישויות  
ללא מדללי דם

תאונת דרכים כנהג, פגיעה במנגנון אחורי. שיחרור ללא צורך באישפוז. נבדק מספר פעמים ע"י אורטופד - ללא פחת ניורולוגי. כעת מלין על כאבים שורפים בצוואר "ולכל אורך הגב". מציין נימול ורדימות בידיים (ללא פיזור ניורואנטומי ברור). גורם מחמיר - עבודה גורם מקל - ללא גורם מקל כאב מעיר משינה. ברור עד כה: CT עמו"ש צווארי - במ"פ EMG - לדבריו תקין ללא דגלים אדומים באנמנזה.

טיפול עד כה: פיזיותרפיה הפעלתית 12 מפגשים - אינו מסייע לדבריו.

אנלגטיקה - אינו יודע במה טופל.

## אבחנות בביקור

| קוד  | אבחנה                    |
|------|--------------------------|
| 7242 | LOW BACK PAIN            |
| A80  | ACCIDENT/INJURY; NOS     |
| 3382 | CHRONIC PAIN             |
| 7291 | MYOFASCIAL PAIN SYNDROME |

## סיכום והמלצות:

כאב כרוני, מכאני, ככה"נ מיופציאלי בעיקרו. ללא ממצא בבדיקות לרבות CT ו EMG.

בדיקה גופנית תקינה וללא פחת ניורולוגי כלל.

הוסברו אופציות טיפוליות לרבות שמרני ופולשני. אין מקום להתערבות פולשנית.

1. סימבלטה - נא להתחיל טיפול בסימבלטה במינון 30מ"ג. לאחר שבוע יש להעלות ל60מ"ג באופן קבוע.
2. פעילות גופנית - הוסברה החשיבות בפעילות גופנית לחיזוק מייצבי עמו"ש כגון הליכה, אליפטי, שחיה, טאי צ', יוגה. לפחות 3 פעמים בשבוע, לפחות 30 דק כל פעם

בברכה,

טל הראל

120383

שם הרופא

מס' רישיון

חתימה וחתימת הרופא

המרכז הרפואי ע"ש חיים שיבא - תל השומר  
מזכיר הרפואה  
מ.ר. 120383 מ.ר.מ. 35606 מ.ר.מ. 39716  
טל הראל



סיכום ביקור

מרציאנו מאיר אלעד

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

דף 2

08/05/2022

ס"ע"י טל הראל - 43

00201388634

תאריך: 29/07/2022

## הפניה לדימות

|                   |                   |                        |          |            |
|-------------------|-------------------|------------------------|----------|------------|
| פרטי המטופל:      | שם משפחה ופרטי:   | מספר זהות:             | גיל:     | תאריך:     |
| מרציאנו מאיר אלעד | 02/11/1989        | 00201388634            | 32.09    | 29/07/2022 |
| ת.לידה:           | ישוב:             | רחוב:                  | שד הבנים |            |
| מס בית: 3 / 21    | טלפון: 54-6351708 | טלפון נוסף: 54-6351708 |          |            |

סוג תאונה 1 תאונת דרכים תאריך תאונה 12/09/2021

מספר הפניה ישירה: 35255004748

|            |            |              |           |
|------------|------------|--------------|-----------|
| רשיון רופא | תז נבדק    | מספר הפניה   | גורם שולח |
| 120442     | 0201388634 | 035255004748 | 5255      |

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

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

## שירות שנבחר

| קוד שירות | קוד משה"ב                             | תיאור רפואי | שירות רפואי |
|-----------|---------------------------------------|-------------|-------------|
| 78073     | L1039 ט.מ. CT עמוד שדרה מותני + סקאלי |             | 10304017    |

סימנים חיוניים גובה 170 נמדד ב: 26/08/2010 משקל 78 נמדד ב: 04/10/2015 BMI 26.99  
לחץ דם 121 / 72 נמדד ב: 25/03/2018  
דופק 83 נמדד ב: 25/03/2018

16/08/2020 מתאריך: 114.1 eGFR

## אבחנה משוערת

| קוד  | אבחנה                |
|------|----------------------|
| A80  | ACCIDENT/INJURY; NOS |
| 7840 | HEADACHE             |
| 7245 | BACKACHE             |
| 7242 | LOW BACK PAIN        |

## בעיות פעילות

| מ.גילוי    | אבחנה                |
|------------|----------------------|
| 01/02/2000 | ENURESIS             |
| 01/01/2001 | SMOKER               |
| 12/09/2021 | ACCIDENT/INJURY; NOS |
| 12/09/2021 | LOW BACK PAIN        |
| 19/07/2022 | CHRONIC PAIN         |

## תולדות עבר

| מ.סיום     | מ.גילוי    | אבחנה  |
|------------|------------|--------|
| 19/07/2022 | 01/01/2001 | SMOKER |
| 19/07/2022 | 01/01/2001 | SMOKER |
| 19/07/2022 | 01/01/2001 | SMOKER |

הפניה לדימות \*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

מרציאנו מאיר אלעד 00201388634 הדופק ע"י ד"ר סמואל בלומר בנשימול 29/07/2022

| שם הרופא                                                                                                                                                                                                   | מספר רשיון | חתימה וחותמת הרופא |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------------|
| <p>בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.</p> <p>פניה לטיפול באחד מבניה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת בי"ח מפורסמת באתר הכללית</p> |            |                    |



תאריך: 03/08/2022

## הפניה לרפואה יועצת

|                 |                   |
|-----------------|-------------------|
| פרטי המטופל:    |                   |
| שם משפחה ופרטי: | מרציאנו מאיר אלעד |
| ת.לידה:         | 02/11/1989        |
| מס בית:         | 3 / 21            |
| מס זהות:        | 00201388634       |
| רחוב:           | שד הבנים          |
| טלפון נוסף:     | 54-6351708        |
| גיל:            | 32.09             |
| מין:            | ז                 |

12/09/2021

תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

מספר הפניה ישירה: 32294000434

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

מספר רשיון



2294



032294000434



0201388634



145313

## שירות שנבחר

| שירות רפואי | תיאור רפואי             | קוד שירות | קוד משה"ב |
|-------------|-------------------------|-----------|-----------|
| 70090       | בדיקה רפואית - כאב      | 70005     | 99242     |
| 6010172     | בדיקה אורתופד עמוד שדרה | 70017     | 99249     |

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 02/03/2022

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 28/02/2022

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 06/10/2021

ת"ד

WHIPLASH INJURY

מתלונן על כאבי צוואר

שלא עוברים

+ כאבי גב תחתון

28/02/2022

ללא שיפור קליני

02/03/2022

03/08/2022

המשך כאבי גב תחתון

תחושת נפיחות באזור עצם הזנב

מגובלות תנועות

קיבל ייעות של מרפאת כאבים 05/2022 / הומלץ על טיפול תרופתי + משככי

כאבים

ממצאים בבדיקה

בדיקה גופנית מתאריך 02/03/2022

בדיקה גופנית מתאריך 28/02/2022

בדיקה גופנית מתאריך 06/10/2021

לפי בירור קליני

כאבים דיפוזיים של ע"ש צווארי

ש בכל האזרח

ללא טריגר ללא חסר כוח גס ידיים או רגליים

28/02/2022

02/03/2022

03/08/2022

ללא שינויים

אבחנה משוערת

| קוד  | אפיין | אבחנה       |
|------|-------|-------------|
| 7231 |       | CERVICALGIA |

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

## המכון לרפואת שיכון כאב

טלפון: 03-5304576  
פקס: 03-5302346  
דוא"ל: [Mirp.pain@sheba.gov.il](mailto:Mirp.pain@sheba.gov.il)

מנהל המרפאה: דר' גור אריה איתי מ.ר. 22487  
אח אחראי: מר דניאל פוליאקוב

### סיכום ביקור

201388634 מרציאנו אלעד  
בן: 32 מספר קבלה: 21634363 כתובת: שד הבנים 21 אור יהודה אור יהודה 6026800  
תאריך ביקור: 08/09/2022 11:20

#### תלונה עקרית

כאבים מוסקולוסקלטליים ממושטים.

#### מחלה נוכחית

בן 32, עוסק בשיפוצים.  
לפני כשנה לדבריו ת"ד במנגנון צליפה.  
מאז סובל מכאבים ממושטים עמ"ש צווארי וגבי. נמלולים באזור ידיים ורגליים.  
פיזור שאינו דרמטומלי. החל טיפול במדרסים.  
שינה מופרעת.  
נבדק בקהילה ע"ד ד"ר הראל - הומלץ על התחלת טיפול בסימבולטה.  
ניסה והגיע ל 60 מ"ג. ללא הטבה משמעותית.  
CT עמ"ש לומברי - למעט סקוליוזיס קלה ללא ממצא מסביר.  
אורטופד המליץ על בדיקת ראומטולוג.



#### הוראות

#### סיכום ביקור

כאבים מוסקולוסקלטליים ממושטים לאחר ת"ד.

#### ניתוחים בעבר

S/P OTHER (1) (04/10/2015)

#### לא ידועה רגישות לתרופות

#### לא ידועה רגישות לחומרים

#### המלצות

המלצה: נא להתחיל טיפול בליריקה יש להתחיל מ 75 מ"ג פעם ביום לשבוע ימים. אם אין תופעות לוואי לעלות ל 75 מ"ג פעמיים ביום לשבוע ימים. אם אין תופעות לוואי לעלות למינון קבוע של 150 מ"ג פעמיים ביום. אם יש תופעות לוואי קלות ניתן לעלות במינון לאט יותר. אם יש הקלה לפני הגעה למינון היעד אין צורך לעלות עוד, ויש להמשיך במינון האחרון היעיל. אם ישנן תופעות לוואי משמעותיות (מעבר לעייפות וסחרחורת קלות) יש להפסיק את הטיפול.

#### מדלי דם

מוזמן לפעולה: לא

כתובת דוד בן גוריון 22, פינת רח' ביאליק 2 גבעת שמואל

מרפאה רופאים עצמאיים - גבעת שמואל מחוז דן-פ"ת

תאריך: 03/08/2022

**הפניה לרפואה יועצת**

|                 |                   |
|-----------------|-------------------|
| פרטי המטופל:    |                   |
| שם משפחה ופרטי: | מרציאנו מאיר אלעד |
| ת.לידה:         | 02/11/1989        |
| מס בית:         | 3 / 21            |
| טלפון:          | 54-6351708        |
| מס זהות:        | 00201388634       |
| גיל:            | 32.09 מין: ז      |
| רחוב:           | שד הבנים          |
| טלפון נוסף:     | 54-6351708        |

תאריך תאונה 12/09/2021

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

מספר הפניה ישירה: 32294000434

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

מספר רשיון



2294



032294000434



0201388634



145313

**שירות שנבחר**

| קוד שירות | קוד משה"ב | תיאור רפואי             | שירות רפואי |
|-----------|-----------|-------------------------|-------------|
| 70005     | 99242     | בדיקה רפואית - כאב      | 70090       |
| 70017     | L9249     | בדיקה אורתופד עמוד שדרה | 6010172     |

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

**תלונות**

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 02/03/2022:  
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 28/02/2022:  
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 06/10/2021:

ת"ד

WHIPLASH INJURY

מתלונן על כאבי צוואר

שלא עוברים

+ כאבי גב תחתון

28/02/2022:

ללא שיפור קליני

02/03/2022:

03/08/2022:

המשך כאבי גב תחתון

תחושת נפיחות באזור עצם הזנב

מגובלות תנועות

קיבל ייעוץ של מרפאת כאבים 05/2022 / הומלץ על טיפול תרופתי + משככי כאבים

**ממצאים בבדיקה**

בדיקה גופנית מתאריך 02/03/2022:

בדיקה גופנית מתאריך 28/02/2022:

בדיקה גופנית מתאריך 06/10/2021:

לפי בירור קליני

כאבים דיפוזיים של ע"ש צווארי

ש בכל האזורים

ללא טריגר ללא חסר כוח גס ידיים או רגליים

28/02/2022:

02/03/2022:

03/08/2022:

ללא שינויים

**אבחנה משוערת**

| קוד  | אבחנה       | איפיון |
|------|-------------|--------|
| 7231 | CERVICALGIA |        |

דף 1

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

הפניה לרפואה יועצת

03/08/2022

הודפס ע"י בנימין פדידא

00201388634

מרציאנו מאיר אלעד

| קוד | איפיון | אבחנה                    |
|-----|--------|--------------------------|
| L02 |        | BACK SYMPTOMS/COMPLAINTS |
| A80 |        | ACCIDENT/INJURY; NOS     |

דיון/תוכנית טיפולית:

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 02/03/2022:  
 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 28/02/2022:  
 ההפניות שהופקו ב 06/10/2021:  
 הפניה לדימות - 78073-ט.מ. CT עמוד שדרה צו , הפניה לפיזיותרפיה - 80074-  
 טיפול פיזיותרפי פרטנ  
 28/02/2022:  
 ביקורת חוזרת עם תוצאות הדיקת CT  
 02/03/2022:  
 בירור מיפוי עצמות + EMG ידיים  
 ההפניות שהופקו ב 02/03/2022:  
 הפניה לדימות - 73699-מיפוי עצמות- SPECT  
 03/08/2022:

#### בעיות פעילות

| מ.גילוי    | איפיון | בעיה                 |
|------------|--------|----------------------|
| 01/02/2000 |        | ENURESIS             |
| 01/01/2001 |        | SMOKER               |
| 12/09/2021 |        | ACCIDENT/INJURY; NOS |
| 12/09/2021 |        | LOW BACK PAIN        |
| 19/07/2022 |        | CHRONIC PAIN         |

#### בעיות בעבר

| מ.סיום     | מ.גילוי    | איפיון | בעיה   |
|------------|------------|--------|--------|
| 19/07/2022 | 01/01/2001 |        | SMOKER |
| 19/07/2022 | 01/01/2001 |        | SMOKER |
| 19/07/2022 | 01/01/2001 |        | SMOKER |

#### תרופות קבועות

| ...  | פעמים | א. הגשה | כמות                       | תרופות |
|------|-------|---------|----------------------------|--------|
| ביום | 1     | טבליות  | DULOXETINE TAB 60MG 60MG 1 |        |



הערות: תודה על חוות דעת שלכם לגבי המשך הטיפול בכאבי גב

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

בנימין פדידא

145313

חתימה וחוממת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

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

תוצאות בדיקת C.T.

שם נבדק/ת: מרציאנו, מאיר אלעד  
תאריך בדיקה: 01/08/2022  
כתובת: אור יהודה, שד הבנים 21  
גורם מפנה: דן-פתח תקוה  
מדפיסה: לע  
ת.ז.: 201388634  
טלפון: 054 - 6351708  
רופא מפנה/מטפל: ד"ר בלומר בנשימול סמוא

לכבוד  
הרופא המטפל

ד"ר נכבד,

להלן ממצאי סריקה טומוגרפית ממוחשבת של עמוד שידרה מותני-סקרלי מגובה D12 עד הסקרום כולל:

סיבת ההפניה: כאב גב תחתון.

הבדיקה בוצעה בחתכים אקסיליים בחלונות רקמה רכה ובחלונות עצם + שיחזורים.

א. לפי הפלנר: מודגמת עמדה לורדוטית תקינה.

ב. בחתכים אקסיליים:

בגובה L1-L2: מיבנה גרמי תקין.  
רוחב תקין של תעלת השידרה והפורמינות.  
אין עדות לבלט דיסק.

בגובה L2-L3: מיבנה גרמי תקין.  
רוחב תקין של תעלת השידרה והפורמינות.  
אין עדות לבלט דיסק.

בגובה L3-L4: מיבנה גרמי תקין.  
רוחב תקין של תעלת השידרה והפורמינות.  
אין עדות לבלט דיסק.

בגובה L4-L5: מיבנה גרמי תקין.  
רוחב תקין של תעלת השידרה והפורמינות.  
אין עדות לבלט דיסק.

בגובה L5-S1: מיבנה גרמי תקין.  
רוחב תקין של תעלת השידרה והפורמינות.  
אין עדות לבלט דיסק.

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

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

עמוד 1 מתוך 2

סניף מור בני ברק  
היחידה לטומוגרפיה ממוחשבת (C.T.)  
טלפון: 03 - 5772555

תאריך הדפסה: 8 אוגוסט, 2022

תוצאות בדיקת C.T.

ת.ז. : 201388634

, מאיר אלעד

שם נבדק/ת : מרציאנו

תאריך בדיקה 01/08/2022

בסיכום:

ללא ממצא חריג.  
לציין: סקוליוזיס קלה.  
לא הודגם ממצא חבלתי.

בברכה,

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



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

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

עמוד 2 מתוך 2

לכבוד: הרופא הראשי -  
הנדון: מאר / רכס / אלס  
מס' ת.ז.: 201 388 634  
תאריך: 26/10/22

דן 33, הוב למתקן אלס דין  
גאון - צדין אלס ש.פ.  
דבאר פו - בדין דל פל  
עיון, שנים אל למתקן דין  
רכס / רכס / רכס  
בדין אל - אל - אל  
ש.פ. - רכס - רכס

Tender points  
המאן הפל - רכס  
Fibromyalgia

אל - רכס - רכס  
אל - רכס - רכס  
אל - רכס - רכס  
אל - רכס - רכס

בברכה,  
פרופ' דן בוסקילה

- 2 -

## הבדון:

מס' ת.ז.:

- 

בברכה,



לכבוד \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

-3-

הנדון: \_\_\_\_\_

מס' ת.ז.: \_\_\_\_\_

⑧ הא'כא - אהא - אהא

⑨ באשן אהא - אהא



*[Large handwritten signature]*

פרופ' דן בוסקילה  
 מומחה לרפואה פנימית  
 וראומטולוגיה

בברכה,  
 פרופ' דן בוסקילה

נספח 3 :

תעודות רפואיות תובעת 2

(עמודים 56 עד 68)



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

### המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח  
א.אחראית: גב' אנגלרד הינדי  
מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי  
טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

### מכתב שחרור

204728166 מרציאנו נטלי

בת: 29

כתובת: שד הבנים 21 אור יהודה . אור יהודה 6026832

מספר קבלה: 00710112092021

תאריך ביקור: 12/09/2021 08:56

### אבחנות מסכמות

- Motor vehicle accident [MVA, road] (E825.9)

### בריאה בדרך כלל

לא ידוע על ניתוחים בעבר

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

לא ידוע שימוש בתרופות קבועות

### אנמנזה סיעודית

סיבה עיקרית: תאונת דרכים

הערות: בת 29 מעורבת בתאונת דרכים ישבה ליד הנהג, לדבריה רכב פגע ברכבם

מאחור, לא נפתחו כריות אוויר,

תלונות על כאבי גב ובטן, בחילות, חולשה

ברקע: בריאה.

### סימנים חיוניים

| תאריך ושעה       | כאב | חום | דופק | לחץ דם   | סטורציה באויר חדר |
|------------------|-----|-----|------|----------|-------------------|
| 09:22 12/09/2021 | 4   |     |      |          |                   |
| 09:13 12/09/2021 |     | 37  | 83   | 127 / 80 | 98                |

### אנמנזה ובדיקה גופנית

דר' קייזר מתן מ.ר. 157639 10:12 12/09/2021

בת 29 בריאה בד"כ. ללא טיפול תרופתי קבוע. ללא רגישות לתרופות או מאכלים ללא רקע ניתוחי לפני שעתיים ת"ד ברכב כנוסעת יושבת ליד הנהג, מנגנון אחורי, רכב פגע מאחור במהירות כ- 50 קמ"ש. ללא אובדן הכרה או חבלת ראש ישירה. שולל חבלה או כאבים בחזה או בטן, יצא מהרכב בכוחות עצמה, פנתה למיין באופן עצמאי מצינת אירוע בודד של הקאה לאחר סחרורות שחלפה, ללא טשטוש ראייה, ללא חוסרי תחושה כעת מלינה על כאבי בראש והגב בבדיקה ראש ללא סימני חבלה חיצוניים נירולוגיה גסה תקינה- ללא חוסרים בעצבים קרניאלים, תחושה שמורה בכל הפיזורים, כוח גס שמור בכל התחתונת, תפקודי מוחון תקינים ללא חבלתו בבית חזה בטן אגן יציב, ללא רגישות בעמוד שדרה לכל אורכו, לציין רגישות פאראורטבראלית מימין בעמוד שדרה צווארי ומותי מניעה 4 גפיים תאונת דרכים בקינמנטיקה קלה ללא חבלת ראש ישירה ללא דגלים אדומים בסיפור אנטנסטי או בבדיקה גופנית אינה זקוק השלב זה להדמייה מתקדמת במסגרת המיין לפי קאנידיאן סקור תשתחרר לביתה לאחר שהוסברו הדגלים האדומים בגינם יש לשוב למיין לרבות הקאות מרובות, טשטוש ריאה חדש, נפילה של חפצים וסימפטומים נירולוגים תקינים

\*\*\*חטוי רפואי\*\*\*

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

### המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח

א.אחראית: גב' אנגלרד הינדי

מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי

טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

| הערה                                                     | ערכי ייחוס | יחידת מידה              | תוצאה | תאריך בדיקה    |                             |
|----------------------------------------------------------|------------|-------------------------|-------|----------------|-----------------------------|
| תחום יחוס לנבדקים בצום בלבד                              | 8.1-10.4   | mg/dl                   | 10.0  | 12/09/21 09:45 | Calcium -Blood, total       |
| תחום יחוס לנבדקים בצום בלבד                              | 2.0-4.0    | mg/dl                   | 3.30  | 12/09/21 09:45 | Phosphorus -Blood           |
| תתכן ירידה של כשלושים אחוז אם בוצע בסמוך לנטילת אופטלגין | 2.6-6.0    | mg/dl                   | 3.6   | 12/09/21 09:45 | Uric acid -Blood            |
|                                                          | 0.1-1.1    | mg/dl                   | 0.94  | 12/09/21 09:45 | Bilirubin -Blood, total     |
|                                                          | 7-40       | IU/l                    | 19    | 12/09/21 09:45 | SGOT (AST) -Blood           |
|                                                          | 7-45       | IU/l                    | 9     | 12/09/21 09:45 | SGPT (ALT) -Blood           |
|                                                          | 100-260    | IU/l                    | 123   | 12/09/21 09:45 | LDH -Blood                  |
|                                                          | 45-115     | IU/l                    | 73    | 12/09/21 09:45 | Alkaline Phosphatase -Blood |
|                                                          | 7-39       | IU/l                    | 14    | 12/09/21 09:45 | gamma GT -Blood             |
|                                                          | 6.5-8.2    | g/dl                    | 7.6   | 12/09/21 09:45 | Protein -Blood, total       |
|                                                          | 3.6-5.5    | g/dl                    | 4.4   | 12/09/21 09:45 | Albumin -Blood              |
|                                                          | 2.3-3.5    | g/dl                    | 3.20  | 12/09/21 09:45 | Estimated Globulin -Blood   |
|                                                          | 275-295    | mOsm/KgH <sub>2</sub> O | 294   | 12/09/21 09:45 | Osmolality (calc.)          |
|                                                          | 20-90      | IU/l                    | 92 ↑  | 12/09/21 09:45 | Amylase -Blood              |
| תתכן ירידה של כשלושים אחוז אם בוצע בסמוך לנטילת אופטלגין | 7-60       | IU/l                    | 14.4  | 12/09/21 09:45 | Lipase, pancreatic          |
|                                                          | 0-5        | mg/l                    | 0.84  | 12/09/21 09:45 | CRP-Inflammatory            |

### בדיקות הריון

| הערה                      | ערכי ייחוס | יחידת מידה | תוצאה | תאריך בדיקה    |                    |
|---------------------------|------------|------------|-------|----------------|--------------------|
| מבוצע במעבדה העל אוטומטית | 5          | IU/l       | <0.5  | 12/09/21 09:45 | Beta HCG Screening |

תשובה לבדיקת קורונה מתקבלת אצל רופא קופ"ח.

\*\*\*חשוי רפואי\*\*\*

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

## המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח

א.אחראית: גב' אנגלרד הינדי

מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי

טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

## המלצות

| תאריך ושעה          | נושא | נרשם ע"י                  | פרטים                                                                                                                                             |
|---------------------|------|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 12/09/2021<br>10:27 |      | דר' קייזר מתן מ.ר. 157639 | המשך מעקב רופא מטפל וטיפול תרופתי קבוע<br>משככי כאבים לפי הצורך ולפי מינוני מקובלים<br>בכל מקרה של החמרה יש לפנות לקבלת טיפול רפואי<br>3 ימי מחלה |



## טיפול תרופתי במלרד

| צורת מינון ומינון | תאריך ושעה                          | תזמון מהוראה | תרופה                              | P.O |
|-------------------|-------------------------------------|--------------|------------------------------------|-----|
| oral sol 1000 mg  | 12/09/2021 09:24<br>מימון משה אורלי | Once         | OPTALGIN oral sol oral sol 1000 mg |     |

Hila Mairi

12/09/2021 10:27:34

חתימה:

מקלט מסמך

נחתם ע"י: דר' קייזר מתן מ.ר. 157639

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

על פי הנחיות משרד הבריאות, בתום הביקור במחלקה לרפואה דחופה, המטופל יחזור להמשך טיפול אצל רופא בקופת חולים.

במידה והופנית להמשך טיפול במרפאות החוץ או במכוני שיבא, קבע תור בטלפון 03-5305000. תוצאות בדיקות שבוצעו בשיבא "מסרו דרך" שיבא קונקט" או דרך הרופא המטפל בקהילה. להצטרפות חינום לשיבא קונקט יש לפנות לצוות פקידות הקבלה. תשובה לבדיקת קורונה מתקבלת אצל רופא קופ"ח.

06/10/2021 תאריך

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

|                   |               |        |       |            |            |
|-------------------|---------------|--------|-------|------------|------------|
| פרטי המטופל       |               |        |       |            |            |
| מספר נטלי         | 00-20472816-6 | נ      | 29.03 | 25/06/1992 | ישראל      |
| שם משפחה ושם פרטי | מס זהות       | גיל    | מין   | ת. לידה    | שם האב     |
| שד הבנים          | 21 / 3        | מס בית | 54    | 2081232    | 54         |
| אור יהודה         | רחוב          | מס בית | טלפון | טלפון      | טלפון נוסף |

**מספר הפניה: 35207190865**

גורם שולח



5207

מספר הפניה



035207190865

תז נבדק



0204728166

רשיון רופא



021164

**שירות שנבחר**

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

WHIPLASH INJURY

הבחנה משוערת



**תלונות / סיבת הפניה**

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 13/09/2021:  
לאחר ביקור במיון אתמול עקב תאונת דרכים - מנגנון תאונה אחורית, במיון ללא ממצא חריג שוחררה עם טיפול אנלגטי ומנוחה בבית, כעת מבקשת מרשם למשככי כאבים.  
הוזמנה למרפאה  
06/10/2021  
מאז תאונה כאבי צוואר וגב עליון וגב אמצעי  
ROKACET PLUS ללא הטבה

**סימנים חיוניים:** גובה 154 26/05/2020 משקל 57 26/05/2020 bmi 24.03

לחץ דם 100 / 60 26/05/2020

דופק 70 26/05/2020

eGFR 131.18 מתאריך 13/03/2012

**בעיות פעילות**

| מ. גילוי   | איפיון | בעיה                                   |
|------------|--------|----------------------------------------|
| 04/08/2021 |        | COVID-19 coronavirus home care         |
| 15/08/2021 |        | COVID-19 coronavirus recovered patient |

**רגישויות**

7 ה.ר. 0

**הפניה למכון פיזיותרפיה**

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

דף 1 מ 2

הודפס ע"י ד"ר פימה גורן 00-20472816-6

מרציאנו נטלי

06/10/2021 תאריך

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

|                   |               |              |              |
|-------------------|---------------|--------------|--------------|
| פרטי המטופל       |               | מרציאנו נטלי |              |
| שם משפחה ושם פרטי | 00-20472816-6 | נ            | 29.03        |
| מס זהות           | גיל           | מין          | ת. לידה      |
| שד הבנים          | 21 / 3        | 54           | 25/06/1992   |
| רחוב              | מס בית        | טלפון        | ישראל        |
| אור יהודה         | 54            | טלפון נוסף   | שם האב       |
| ישוב              | 54            |              | 2081232 - 54 |

**מספר הפניה:** 35207190865  
**רשיון רופא:** 021164  
**תז נבדק:** 0204728166  
**מספר הפניה:** 035207190865  
**גורם שולח:** 5207

| שירות      | קוד   | קוד שירות | תיאור רפואי |
|------------|-------|-----------|-------------|
| פיזיותרפיה | 97001 | 80015     | מבוגרים     |
| רפואי      |       |           | 80015       |

WHIPLASH INJURY



**תלונות / סיבת הפניה:** תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 13/09/2021:  
 לאחר ביקור במיון אתמול עקב תאונת דרכים -מנגנון תאונה אחורית, במיון ללא ממצא חריג שוחררה עם טיפול אנלגטי ומנוחה בבית, כעת מבקשת מרשם למשככי כאבים.  
 הזמנה למרפאה  
 06/10/2021  
 מאז תאונה כאבי צוואר וגב עליון וגב אמצעי  
 ROKACET PLUS ללא הטבה

**סימנים חיוניים:** גובה 154 26/05/2020 משקל 57 26/05/2020 bmi 24.03  
 לחץ דם 100 / 60 26/05/2020  
 דופק 70 26/05/2020

13/03/2012 מתאריך 131.18 eGFR

| בעיות פעילות | איפיון | בעיה                                   |
|--------------|--------|----------------------------------------|
| מ.גילוי      |        | COVID-19 coronavirus home care         |
| 04/08/2021   |        | COVID-19 coronavirus recovered patient |
| 15/08/2021   |        |                                        |

רגישויות

ס.ה.ר 7

תאריך: 13/04/2022

## סיכום טיפול

| פרטי המטופל   |       |       |            |               | מרציאנו נטלי      |           |
|---------------|-------|-------|------------|---------------|-------------------|-----------|
| 00-20472816-6 | 29.09 | נ     | 25/06/1992 | ישראל         | שם משפחה ושם פרטי | מס זהות   |
|               | גיל   | מין   | ת. לידה    | שם האב        | שד הבנים          | אור יהודה |
| 21 / 3        |       |       | 54         | 050 - 6276749 | רחוב              | ישוב      |
| מס בית        | טלפון | טלפון | טלפון      | טלפון         |                   |           |

מס' הפניה במכון הפיזיותרפיה: 210492804 מספר זיהוי הפניה: 35207190865

תאריך הפניה: 06/10/2021

סוג הביקורים לסדרה: 1 תאונת דרכים

לכבוד הרופא המטפל/מקצועי: ד"ר פימה גורן רשיון רופא: 21164

מרפאה: מרפאת גיורא

מקצוע: רופא כללי

אבחנה בהפניה:

| צד   | קוד | איפיון | אבחנה           |
|------|-----|--------|-----------------|
| מרכז |     |        | WHIPLASH INJURY |



אבחנה לטיפול:

| צד   | קוד  | אבחנה           |
|------|------|-----------------|
| מרכז | 8470 | WHIPLASH INJURY |

תאריך תחילת טיפול: 11/10/2021 תאריך סיום טיפול: 13/04/2022

מס' ביקורים בפועל: 12 פרטני: 7 קבוצתי: 5

מס' אי הופעות לטיפול: 0

רשימת כל הטיפולים:

| כמות | טיפול                              |
|------|------------------------------------|
| 1    | אבחון ראשוני- בדיקה של פיזיותרפיסט |
| 1    | הדרכה וייעוץ (לאורח חיים בריא)     |
| 3    | הדרכה לתרגול בבית                  |
| 4    | תרגול כללי                         |
| 2    | טיפול ב-TENS                       |
| 3    | הערכה מחדש- בדיקה                  |
| 5    | קבוצת רביע תחתון                   |
| 2    | קבוצת גב                           |

כאבים:

| איבר  | צד   | דרוג בעת פתיחת הסידרה | דרוג בעת סגירת הסידרה |
|-------|------|-----------------------|-----------------------|
| צוואר | מרכז | 7                     | 7                     |

הערכת מטפל: 2-שיפור חלקי

הערות: קושי להתכופף, כאב וצוואר כואבים.  
הודרכה לתרגל וללכת.

המטופל ביקר במכון בתאריכים:  
 13/04/2022  
 30/03/2022  
 30/03/2022  
 02/03/2022  
 23/02/2022  
 16/02/2022  
 09/02/2022  
 02/02/2022  
 30/01/2022  
 17/11/2021  
 08/11/2021  
 11/10/2021

כלנית מרחב רגוב  
 ענבר כרוב  
 מ.ח. 00488  
 מיומורפיסט  
 מיומורפיסט

10140019

חתימה וחותמת

מספר רשיון

מקסים קיט

שם מטפל



מס' זהות: 0204728166  
טל' ניד: 0542081232  
טל' בבית: 0542081232

לכבוד:  
נטלי מרציאנו  
שד הבנים 21, דירה 3, אור יהודה  
אור יהודה  
6026832

### הזמנה למכון לרפואת שיכור כאב

הנך מוזמן/ת לד"ר שם-טוב ליאור

ביום שני 12/09/22 בשעה 08:40

מיקומנו: מרפאות חוץ ומכונים, מגדל אשפוז, קומה 1.  
חניה: חניון מרכזי, ניתן לרשום waze "חניון מרכזי ב"ח שיבא תל השומר".

### הנחיות לביקור:

- חובה להגיע עם מזהה עם תמונה (תעודת זהות כולל ספח עבור ילד/רישיון נהיגה/דרכון).
- יש להביא התחייבות כספית (טופס 17) מגורם מבטח לפי קודי הבדיקה המפורטים להלן:

| קוד בדיקה | תיאור                                |
|-----------|--------------------------------------|
| 99242     | בדיקת רופא מומחה                     |
| 64400     | הזרקת חומר הרדמה לעצב, כגון לידוקאין |

• במידה ותגיע/י ללא התחייבות מתאימה תוכל/י לקבל שירות תמורת תשלום או על ידי השארת פיקדון (עד 1,000 ש"ל ל-21 יום).

### המבטח אינו חייב לממן את השירות בדיעבד

- חיילים - יש להצטייד באסמכתא תקציבית בתוקף, לא יתקבל פיקדון או תשלום.
- יש להביא מסמכים רפואיים עדכניים כולל רשימת תרופות וצילומי רנטגן מפוענחים.

### לתשומת ליבך:

- חובה להגיע עם מלווה.
- במידה והמטופל אינו כשיר- חובה כי יהיה מלווה ע"י אפוטרופוס/ מיופה כח כדין שיציג צו מינוי לאפוטרופוס, או ייפוי כח מתמשך.
- יש להגיע עם מסיכה כירורגית ולעטות אותה במהלך כל זמן השהייה בבית החולים.
- יש להימנע מהגעה אם הנך בבידוד בית או אם הנך סובל מאחד מהתסמינים הבאים:  
חום גבוה מעל 38 מעלות, שיעול, קשיי נשימה, כאבי גרון, כאבי ראש/שרירים חריפים.
- זמן שהייה במכון הינו עד שלוש שעות, למען קיצור שהייתך אנא הימנע מלהקדים.

### לברורים

אם מסיבה כלשהי נמנע ממך להגיע לבדיקה, נבקשך להודיע מבעוד מועד לטל': 03-5303106 בימים א-ה' בין השעות 08:00-17:00 או במייל [mirp.pain@sheba.gov.il](mailto:mirp.pain@sheba.gov.il).  
בנוסף, ניתן לפנות אלינו בצ"ט באתר האינטרנט [WWW.SHEBA.CO.IL](http://WWW.SHEBA.CO.IL), ב-Whats app, למספר 03-5305000, בהודעת SMS למספר 03-5303604 או בפייסבוק שלנו.

בברכת רפואה שלמה  
ביקור רופא-מרפאת כאב  
המרכז הרפואי שיבא  
נקבע על ידי: שמש מעיין  
10:52 08/09/2022

תאריך: 03/08/2022

**הפניה לדימויות**

|                 |             |                 |            |                   |            |
|-----------------|-------------|-----------------|------------|-------------------|------------|
| פרטי המטופל:    |             | שם משפחה ופרטי: |            | מספר הפניה ישירה: |            |
| שם משפחה ופרטי: | מספר זהות:  | ת.לידה:         | מסבית:     | מספר הפניה ישירה: |            |
| 25/06/1992      | 00204728166 | 3               | 21         | 32294000435       |            |
| אור יהודה       | רחוב:       | שד הבנים        | טלפון:     | 54-2081232        |            |
| טלפון:          | 54-2081232  | טלפון:          | 54-2081232 | טלפון:            | 54-2081232 |

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

רשיון רופא



2294



032294000435



0204728166



145313

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

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

**שירות שנבחר**

| קוד שירות | קוד משה"ב                     | תיאור רפואי | שירות רפואי |
|-----------|-------------------------------|-------------|-------------|
| 78073     | L1039 ט.מ. CT עמוד שדרה צוארי | 5           | 10304010    |
| 70005     | 99242 בדיקה רפואית - כאב      |             | 70090       |

**המטופל מתלונן על**  
כאבים כרוניים של הצוואר  
התחילו לפני כחודש

בריאה בדר"כ

ללא שיפור ע"י רפואה משלימה

WHIPLASH INJURY / מצינת סיפור של ת"ד לפני כ- 10 חודשים

**אבחנה משוערת**

| קוד  | אבחנה       |
|------|-------------|
| 7231 | CERVICALGIA |

**בעיות פעילות**

| מ.גילוי    | אבחנה                |
|------------|----------------------|
| 14/11/2021 | VITAMIN D DEFICIENCY |

**רגישויות ו/או תופעות לוואי**

| רגישות ל                | תגובה    | נמסר ע"י |
|-------------------------|----------|----------|
| לא ידועה רגישות לתרופות | בן משפחה | בן משפחה |

**תולדות עבר**

| מ.סיום     | מ.גילוי    | אבחנה                                  |
|------------|------------|----------------------------------------|
| 15/08/2021 | 04/08/2021 | COVID-19 coronavirus home care         |
| 15/08/2021 | 15/08/2021 | COVID-19 coronavirus recovered patient |

תאריך: 03/08/2022

**הפניה לפיזיותרפיה**

(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הן בכפוף לסל השירותים)

|                     |                            |
|---------------------|----------------------------|
| <b>פרטי המטופל:</b> |                            |
| שם משפחה ופרטי:     | <b>מרציאנו נטלי</b>        |
| מס זהות:            | <b>00204728166</b>         |
| גיל:                | <b>30.01</b> מין: <b>נ</b> |
| ת.לידה:             | <b>25/06/1992</b>          |
| ישוב:               | <b>אור יהודה</b>           |
| רחוב:               | <b>שד הבנים</b>            |
| טלפון:              | <b>54- 2081232</b>         |
| מס בית:             | <b>21 / 3</b>              |

**מספר הפניה: 32294000436**

גורם שולח



2294

מספר הפניה



032294000436

תז נבדק



0204728166

רשיון רופא



145313

**שירות שנבחר**

| קוד שירות | קוד משה"ב | תיאור רפואי          | שירות רפואי |
|-----------|-----------|----------------------|-------------|
| 80074     | 97140     | טיפול פיזיותרפי פרטי | 80074       |

CERVICALGIA

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה כאבים כרוניים של הצוואר

התחילו לפני כחודש

בריאה בדר"כ

לא שיפור ע"י רפואה משלימה

מציינת סיפור של ת"ד לפני 10 חודשים / WHIPLASH INJURY

**בעיות פעילות**

| מ.גילוי    | אפיזון | בעיה                 |
|------------|--------|----------------------|
| 14/11/2021 |        | VITAMIN D DEFICIENCY |

**תולדות עבר**

| מ.סיום     | מ.גילוי    | אפיזון | בעיה                                   |
|------------|------------|--------|----------------------------------------|
| 15/08/2021 | 04/08/2021 |        | COVID-19 coronavirus home care         |
| 15/08/2021 | 15/08/2021 |        | COVID-19 coronavirus recovered patient |

**רגישויות ו/או תופעות לוואי**

| רגישות ל                | תגובה | נמסר ע"י |
|-------------------------|-------|----------|
| לא ידועה רגישות לתרופות |       | בן משפחה |

**תרופות קבועות**

| ...ב | פעמים | א. הגשה | כמות                                   | תרופות |
|------|-------|---------|----------------------------------------|--------|
| ביום | 1     | טיפות   | VITAMIN D3 D.H DRP 400U 15ML 400UNIT 4 |        |

**מטרת הבדיקה: טיפול בכאבי צוואר**

| שם הרופא     | מספר רשיון |
|--------------|------------|
| בנימין פדידא | 145313     |

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

ד"ר בנימין פדידא  
כירורג אורתופדיה  
מ.ר. 145313

הערות: CT ע"ש צווארי / בירור במני גרמי - לשלול סימני לחץ במריכבים עצביים

חוות דעת של מרפאת כאבים בהמשך

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה

145313

בנימין פדידא

ד"ר בנמין פדידא  
כירורגיה אורו-טופית  
מ.ר. 145313

חתימה וחומת ג' הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

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



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

## המכון לרפואת שיכור כאב

טלפון: 03-5304576  
פקס: 03-5302346  
דוא"ל: [Mirp.pain@sheba.gov.il](mailto:Mirp.pain@sheba.gov.il)

מנהל המרפאה: דר' גור אריה איתי מ.ר. 22487  
אח אחראי: מר דניאל פוליאקוב

### סיכום ביקור

204728166 מרציאנו נטלי  
בת: 30 מספר קבלה: 21634332 כתובת: שד הבנים 21 אור יהודה אור יהודה 6026832  
תאריך ביקור: 10:20 08/09/2022

#### תלונה עקרית

כאבי צוואר שכמות

#### מחלה נוכחית

בת 30, אשת חינוך.

מתקשה בעמידה ממושכת. מופלת ברפואה משלימה מה מספר חודשים. ללא הטבה.

טיפול תרופתי לכאב: ארקוקסיה לפי הצורך.

כאבים התחילו לפני שנה. מתארת כאבים באזור צוואר ושכמות דו"צ.

פיזיותרפיה - ביצעה, ללא הטבה.

ביצעה CT עמ"ש צווארי - בקע דיסקלי קטן C2-3.

הייתה תאונה לדבריה לפני כשנה. מנגנון צליפה.

ברקע - בריאה בד"כ.

ללא טיפול תרופתי קבוע.

אלרגיות - שוללת.

רגישות דיפוזית באזור זוקפי הצוואר והטרפזים דו"צ.

#### הוראות

בריאה בדרך כלל

לא ידוע על ניתוחים בעבר

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

לא ידוע על מחלות במשפחה

לא ידוע שימוש בתרופות קבועות

#### המלצות

המלצה: בבצע סדרה של 3 הזרקות לנקודות הדק.

המשך רפואה משלימה

#### מדללי דם

מזמן לפעולה: לא

המרכז הרפואי ע"ש שיבא תה"ש  
ד"ר לאור אשם-טוב  
מומחה בחדרמה  
מתמחה ברפואת שיכור כאב  
מ.ר. 121479 מ.ר. 37616



סניף מור בני ברק  
היחידה לטומוגרפיה ממוחשבת (C.T.)  
טלפון: 03 - 5772555

תאריך הדפסה: 31 אוגוסט, 2022

תוצאות בדיקת C.T.

שם נבדק/ת: מרציאנו, נטלי  
תאריך בדיקה: 15/08/2022  
כתובת: אור יהודה, שד הבנים 0021  
054 - 2081232 - 2081232 - 2081232 - 2081232  
גורם מפנה: דן-פתח תקוה  
מדפיסה: רא

רופא מפנה/מטפל: פדידא בנימין

לכבוד  
הרופא המטפל  
ד"ר נכבד,

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

גובה של החוליות שמור.  
עמדה לורדוטית תקינה.  
מבנה גרמי ללא ממצא פתולוגי.  
רקמות רכות פארא ורטבלריות תקינות.

בגובה C1-C2: דנס בעמדה תקינה. מרווח אטלנטו דנטלי שמור. תעלת השידרה בקוטר תקין.

בגובה C2-C3: לבק דיסקי אחורי מרכזי קטן. נאורופורמינות ותעלת השידרה בקוטר תקין.

בגובה C3-C4: אין עדות לבק דיסקי. נאורופורמינות ותעלת השידרה בקוטר תקין.

בגובה C4-C5: אין עדות לבק דיסקי. היצרות פורמינה נאורלית שמאלית במידה קלה. תעלת השידרה בקוטר תקין.

בגובה C5-C6: אין עדות לבק דיסקי. נאורופורמינות ותעלת השידרה בקוטר תקין.

בגובה C6-C7: אין עדות לבק דיסקי. נאורופורמינות ותעלת השידרה בקוטר תקין.

בגובה C7-D1: אין עדות לבק דיסקי. נאורופורמינות ותעלת השידרה בקוטר תקין.  
בברכה,

ד"ר אלונה אפטר  
מומחית לרדיולוגיה אבחנתית  
מ.ר. 98584 מ.ר.מ. 3301

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

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

עמוד 1 מתוך 1

נספח 4 :

טופס 1 - מינוי מומחים - התובע 1

(עמודים 70 עד 70)



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

טופס 1

(תקנה 2)

**בקשה למינוי מומחים רפואיים**

ת.א. 23/

בבית משפט השלום

בכפר סבא

אלעד מרציאנו - נ ג ד - מגדל חברה לביטוח בע"מ

התובע, אלעד מרציאנו, מבקש למנות מומחים בנושא הנכות הרפואית שלו ובנושא דרכי שיקומו בתחום האורתופדי, בתחום הנוירולוגי בתחום רפואת הכאב ובתחום הפסיכיאטרי לשם מתן חוות דעת.

התובע מודיע כי בעקבות תאונת הדרכים שבה נפגע, טופל במסגרת בית החולים שיבא, בתל השומר ובמסגרת קופת החולים כללית.

העתקי סיכום מחלת התובע מתוך תיק המוסד הרפואי שבו הוא מטופל מצורפים לכתב התביעה.

כן, צורפו לכתב התביעה מסמכים רפואיים שנערכו לצורך הטיפול הרפואי שניתן לתובע ושיש בהם ראיה על הנכות שהוא טוען לה.



**אריאל פרייברג, עו"ד**  
**ב"כ התובע**

נספח 5 :

טופס 1 - מינוי מומחים - התובעת 2

(עמודים 72 עד 72)



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

טופס 1

(תקנה 2)

**בקשה למינוי מומחים רפואיים**

ת.א. 23/

בבית משפט השלום  
בכפר סבא

נטלי מרציאנו - נ ג ד - מגדל חברה לביטוח בע"מ

התובעת, נטלי מרציאנו, מבקשת למנות מומחים בנושא הנכות הרפואית שלה ובנושא דרכי שיקומה בתחום האורתופדי לשם מתן חוות דעת.

התובעת מודיעה כי בעקבות תאונת הדרכים שבה נפגעה, טופלה במסגרת בית החולים שיבא, בתל השומר ובמסגרת קופת החולים כללית.

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

נספח 6 :

יפוי כח וסר ותצהיר תאונות

(עמודים 74 עד 81)



**טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית**

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

מלכטון שם משפחה מ/א/ר/א/ר שם פרטי 201388634 תעודת זהות יחלפה שם האב  
מנס רחוב 21/3 מס' א/ר/ח/א/ר עיר 0546351708 מיקוד טלפון

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הבטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור ל- \_\_\_\_\_ (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבראותי 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 הבראותי 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 האם \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ שם האב \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_  
 תאריך: 1.3.23 עד לחתימה ומס' תעודת זהות: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_  
 מס' רשיון: 62254

## י פ ו י כ ח

אני הח"מ, מאיר אביאל מס' 201388634, מרחוב \_\_\_\_\_, 12.9.21  
ת.ז. מס' \_\_\_\_\_, מרחוב \_\_\_\_\_, להיות באי כוחי במשפט של  
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או \_\_\_\_\_ בענין תאונת דרכים מיום \_\_\_\_\_  
מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל  
הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

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



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

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

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

### ולראיה באתי על החתום

היום 1 לחודש 3 שנה 2023

חתימה: X 



הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל פריינברג

מס' רשיון: 62254

עורך-דין

## י פ ו י כ ח

אני הח"מ, 16/10/2017, מרחוב ד"ר 21 אל קרית,  
ת.ז. מס' 204728186,  
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או להיות באי כוחי במשפט של  
נגד 12.9.21 בענין תאונת דרכים מיום 12.9.21  
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 הכרות 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. 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 3 שנה 2023

חתימה: X 



הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד מייאק פריינברג

מס' רשיון: 62254

עורך-דין

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

**תצהיר**

טופס 2

(תקנה 2)

אני הח"מ אלר מרצ בעל ת.ז. 201388634 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: \_\_\_\_\_

X אלר  
חתימה

**אישור**

אני הח"מ עו"ד מרצ מרחוב אבא הלל 7, רמת גן, מאשר בזה כי ביום 1.3.23  
הופיעה בפני אלר מרצ (המוכר/ת לי באופן אישי) שהודה/תה בתעודת זהות מס'  
201388634 ולאחר שהוזהרתי/יה כי עליו/יה להצהיר את האמת וכי אם לא יעשה/  
תעשה כן יהא/תהא צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק, אישר/ה את נכונות תצהירו/ה.

חתימת עורך הדין

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

### תצהיר

טופס 2

(תקנה 2)

אני הח"מ נ.ל. מרמז בעל ת.ז. 204721166 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: | _____ |

x ל.ל.  
חתימה

### אישור

אני הח"מ עו"ד ל.ל. מרמז, מרחוב אבא הלל 7, רמת גן, מאשר בזה כי ביום 1.3.23  
הופיע/ה בפני נ.ל. מרמז (המוכר/ת לי באופן אישי) שהזדהה/תה בתעודת זהות מס'  
204721166 ולאחר שהוזהרתי/יה כי עליו/יה להצהיר את האמת וכי אם לא יעשה/  
תעשה כן יהא/תהא צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק, אישר/ה את נכונות תצהירו/ה.

\_\_\_\_\_  
חתימת עורך הדין

## טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

|                                                       |                      |                                |       |       |
|-------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------------|-------|-------|
| חלק א'<br>אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו) |                      |                                |       |       |
| שם משפחה<br><u>1/1032</u>                             | שם פרטי<br><u>16</u> | תעודת זהות<br><u>204721966</u> |       |       |
| רחוב<br><u>7/10</u>                                   | מס'<br><u>21/3</u>   | עיר<br><u>יב' 99</u>           | מיקוד | טלפון |

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

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

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

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

למרות האמור לעיל לא יחול כתב וויתור 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: \_\_\_\_\_  
במקרה של קטין: שם האם \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ שם האב \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_  
תאריך: 1.3.23 עד לחתימה ומס' ת.ז. 62254 חתימה: X