בבית משפט השלום
ברחובות

ת.א. 20/

התובעת: **אילנה אנדריאנוב , ת.ז. 346000672**
מרחוב חרות 22, רמת גן

באמצעות ב"כ עו"ד אריאל פרייברג

מרחוב אבא הלל 7, רמת גן
טל': 7412358 - 03, פקס: 077-3180983

- נ ג ד -

הנתבעת: **קרנית, קרן לפיצוי נפגעי תאונות דרכים**
מדרך מנחם בגין 23, תל אביב 66182

מהות התביעה: נזיקין - נזקי גוף,
לפי חוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים,
התשל"ה – 1975.

סכום התביעה: אינו ניתן להערכה – עד גובה סמכות בית המשפט

כתב תביעה

1. הנתבעת הינה קרן סטטוטורית שתפקידה לפצות נפגעי תאונות דרכים ואחראית לפיצוי התובעת מכ"ח סעיף 12 לחוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים.

2. ביום 27.1.19 רכבה התובעת על אופניה בדרכה לעבודה. בסביבות השעה 10:00 או בסמוך לכך, בדרך מנחם בגין בתל אביב, נפגעה התובעת מאוטובוס והיא נפלה ונחבלה (להלן: "**התאונה**").

3. יצויין כי נהג האוטובוס עצר לסייע אך לא השאיר לתובעת את פרטיו. התובעת פנתה הן באמצעות המשטרה, עירייה וגופים רלוונטיים נוספים והן באמצעות המדיה החברתית במטרה לאתר את זהות הרכב הפוגע אך פניותיה אלה לא נשאו פרי.

רצ"ב אישור משטרה, מסומן "**1**" ומהווה חלק בלתי נפרד מכתב התביעה.

4. לאחר התאונה טופלה התובעת בבית החולים איכילוב, בתל אביב, שם אובחנו חבלות לאורך זרוע ימין, בשורש כף יד ימין ובמרפק ימין. בדיקת הדמיה אשר כוונה לכף יד ימין הדגימה שבר אלכסוני במסרק אצבעות 4 – 5 עם תזוזה. התובעת שוחררה לביתה כשידה נתונה במתלה ובסד גבס בהמלצה להמשך מעקב רפואי בשאלה לניתוח, נטילת משככי כאבים ומנוחה.

רצ"ב דו"ח שחרור רפואי, מסומן "**2 - 6**" ומהווה חלק בלתי נפרד מכתב התביעה.

5. התובעת הופנתה לביצוע בדיקת CT אשר הדגימה כדלקמן: "קו שבר בחלקו הדיסטלי של המסרק הרביעי – שבר אלכסוני באספקט הדורסלי של העצם הנמשך עד מעט מעל המשטח הפרקי. בנוסף נראה שבר המתחיל ממרכז המטאקרפוס

החמישי ונמשך דיסטלית לאיזור חלקה המקורב יותר של העצם ללא מעורבות משטח מפרקי". לאחר התייעצות הוחלט על המשך טיפול שמרני, יד מורמת, המשך מעקב רפואי במרפאת כף יד ומנוחה ממושכת.

רצ"ב תעודות מסומנות "**7** – **10**" ומהוות חלק בלתי נפרד מכתב התביעה.

6. התובעת המשיכה במעקב הרפואי במסגרת מרפאות החוץ של בית החולים. התובעת התלוננה על תחושה של רדימות באצבעותיה ונמצא כי הגבס בהיפראקסטנציה מוגברת, הגבס הוחלף והוחלט על גיבוס לחודש נוסף. כן, הופנתה התובעת לביצוע טיפולי פיזיותרפיה וריפוי בעיסוק, כמו גם מנוחה בת חודשיים נוספים.

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "**11** – **16**" ומהוות חלק בלתי נפרד מכתב התביעה.

7. התובעת ביצעה טיפולי פיזיותרפיה וריפוי בעיסוק, אך המשיכה לסבול מרדימות באצבעות 4-5 והוחלט להפנותה להמשך מעקב רפואי וביצוע בדיקת EMG.

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "**17** – **37**" ומהוות חלק בלתי נפרד מכתב התביעה.

8. בעקבות התאונה פנתה התובעת בתביעה לתשלום דמי פגיעה והכרה בתאונה כתאונת עבודה, התאונה הוכרה כתאונת עבודה. בהמשך פנתה התובעת בתביעה לקביעת דרגת נכות למוסד לביטוח לאומי.

9. ועדה רפואית אשר בדקה את התובעת ביום 1.1.20 קבעה נכויות זמניות כדלקמן:

א. 30% מיום 29.4.19 ועד ליום 31.8.19.
ב. 20% מיום 1.9.19 ועד ליום 31.12.19.
ג. 10% מיום 1.1.20 ועד ליום 31.3.20.

10. ועדה רפואית אשר התכנסה ביום 11.3.20 קבעה את נכותה של התובעת בשיעור של 10% לצמיתות לפי סעיף ליקוי 35(1)ב, וזאת, החל מיום 1.4.20.

רצ"ב אישור הכרה, פרוטוקולי הועדות הרפואיות והחלטותיהן, מסומנים "**38** – **48**" ומהווים חלק בלתי נפרד מכתב התביעה.

11. מאז התאונה סובלת התובעת מכאבים ומהגבלה בתנועות זרוע וכף יד ימין, מהירדמות באצבעות וחולשה, מקושי בביצוע תפקודים ידניים, מקושי בהרמה ובאחיזת חפצים, קושי בביצוע פעולות הדורשות תנועות ידיים עדינות, מכאבים עזים, קושי בהירדמות ובשינה רציפה והטיפולים בה צפויים להימשך גם בעתיד.

12. התובעת מעצבת גרפית בעיסוקה, עבודה הכרוכה מעצם טיבה וטבעה בביצוע פעולות ידניות עדינות ומדוייקות, מחמת התאונה ותוצאותיה מתקשה התובעת בביצוע עבודתה, נזקקת להפוגות ממושכות במהלכה ונגרמו לה הפסדי שכר.

13. מחמת התאונה ותוצאותיה, ובשים לב לאופי פגיעתה, מתקשה התובעת בהתניידות באמצעות אופניים והיא נזקקת להוצאות מוגברות בגין הסעות מיוחדות ומוניות והיא תיזקק להם גם בעתיד.

14. מאז התאונה מוגבלת התובעת בביצוע פעולות יומיומיות שונות ובניהול משק ביתה, נזקקת לעזרת הזולת ותיזקק לה גם בעתיד.

15. <u>להלן פירוט נזקי התובעת</u>:

א. <u>נזק מיוחד</u>:

1) הפסדי השתכרות בעבר -	₪ 135,000
2) עזרת הזולת בעבר -	₪ 22,000
3) הוצאות רפואיות ופארא רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר -	₪ 6,500
4) הוצאות בגין נסיעות וניידות -	₪ 18,350

ב. <u>נזק כללי</u>:

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

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

(2) עזרת הזולת בעתיד.

(3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעתיד.

(4) פיצוי בגין נזקיה הלא ממוניים של התובעת.

16. הנתבעת חייבת לפצות את התובעת מכוח חובתה החוקית כמפורט לעיל.

17. כל הטענות בכתב תביעה זה נטענות במצטבר או לחילופין, הכל לפי תכנן והקשרן.

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

19. אשר על כן, מתבקש בית המשפט הנכבד להזמין את הנתבעת לדין ולחייבה לפצות את התובעת כמפורט לעיל, בצירוף ריבית חוקית מרבית והפרשי הצמדה מלאים מיום הגשת התביעה ועד לתשלום בפועל, ולרבות הוצאות המשפט, שכ"ט עו"ד ומע"מ.

אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ התובעת

1

משטרת ישראל

טופס מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים

יחידה	יחידת בוחנים מחוז תא	מספר תיק פלא	2019 / 43457
תאריך	28/01/2019 כ"ב שבט תשע"ט 11:00	סיווג תיק	ת.ד. כללי
מס' תיק מסוף	0 - 2019 - 1456 - 2008	מס' מסמך בתיק	ב
טלפון	03-6802222	פקס	03-6803607
כתובת	אמץ 2 , תל אביב	מייל	bohanim.telaviv@police.gov.il
נושא המסמך			

לכל המעוניין

1. תאריך התאונה: 27/01/2019 בשעה 10:00

2. מקום התאונה: תל אביב -יפו. רחוב דרך בגין בכביש עירוני

הערות מקום:

3.פרטי כלי הרכב והמעורבים:

פרטי הרכב:

מספר רכב	סוג רכב	תוצר רכב
ללא מספר	(אופניים (במערכת ת.ד	

חברת ביטוח	מספר פוליסה	סוג לוחית
אין ביטוח		אחר

מעורבים ברכב:

	שיוך המעורב	ת.ז	שם	שנת לידה
1)	נהג			

כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה

פרטי הרכב:

מספר רכב	סוג רכב	תוצר רכב
ללא מספר	אוטובוס צבורי	

חברת ביטוח	מספר פוליסה	סוג לוחית
לא הוצג		ישראלית

מעורבים ברכב:

	שיוך המעורב	ת.ז	שם	שנת לידה
1)	נהג	346000672	אילנה אנדריאנוב	19/09/1993

כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
רמת גן, חרות 22	הדסה עירוני - איכילוב	

4. פרטי הולכי רגל:

5. כמות נפגעים: 1 מצב התיק: בחקירה מתאריך: 28/01/2019

פרטי המטפל בתיק

מ"א	שם משפחה	שם פרטי
957464	לוי	נועם

פרטי השוטר המוסר

מ"א	דרגה	שם משפחה	שם פרטי
957464	רסב	לוי	נועם

משטרת ישראל
29 -01- 2019
חקירות יפו

The State of Israel | Ministry of Health
Tel-Aviv Sorasky Medical Center
Affiliated to Tel-Aviv University
SacklerSchool of Medicine

רפואה מובילה ואנושית
MEDICAL EXCELLENCE AND COMPASSIONATE CARE

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

שחרור רפואי

שם יחידה : מיון אורתופדי	**מנהל/ת מחלקה :** פרופ' הלפרן פנחס מ.ר.16786	**אח/ות אחראי/ת :** נטע גלעם נגרי
טלפון : 03-6973232	**פקס :** 03-6973652	**דוא"ל :**

שם משפחה : אנדריאנוב	**שם פרטי :** אילנה	**ת.ז. :** 346000672
תאריך לידה : 19/09/1993	**גיל :** 25	**טלפון :** 054-5931113
מין : נקבה	**גורם מממן :** ללא קופ"ח	**כתובת :** חרות 22 רמת גן 5254130

נתוני ביקור - תאריך ושעת קבלה: 27/01/2019 10:42 מספר מקרה: 11843700

סיום טיפול במלר``ד :שחרור

מועבר למחלקה — שעת הודעה למחלקה

מקבל ההודעה במחלקה — שעת העברה למחלקה

תלונה עיקרית

רוכבת אופניים שמדרסה ע"י אורטבוס
חבלת יד ימין
לא מחוסנת נגד טטנוס

מצב טוב
יציבה המודיננמי,נירולוגי,נשימתי
נפיחות ורגישות-כף יד ושורש כף יד,אמה ומרפק ימין כולל שיפשוף עור בכף יד-קיבלה טוקסויד

לבדיקה מיון אורטופדי

אבחנות במיון

- ACCIDENT – BICYCLIST (E819.6)
- SHOULDER AND UPPER ARM INJURY (Right) (959.2)

לא ידועה רגישות לתרופות

יעוצים

מבקש היעוץ: דר' דרמן אלכסנדר מ.ר.25790

מועד הבקשה: 27/01/2019 11:07

מופנה אל מחלקה: **מיון אורתופדי**

תאריך ביקור מתוכנן: 27/01/2019

הגדרת הבעיה: ת.אופניים
חבלת יד ימין

נרשם ע"י ח'טיב סלאח

בת 25 ,בריאה בד"כ, ללא רגישות ידועות לתרופות
מחוסנת לטטנוס.
יד ימין דומננטית

ביום קבלתה הייתה מעורבת בתאונת דרכים בתור רוכבת אופניים מול אוטובוס, פגע בה מהצד

ונפלה על יד ימין. שוללת חבלת ראש או חבלות נוספות.

בבדיקתה-
נפיחות שפשופים והמטומה באצבעות 4+5 יד ימין, נפיחות בדורסום כף היד אספקט אולנרי.
הגבלה אנטלגית בניסיון כיפוף ויישור אקטיבי ב-MCPJ ו- PIPJ ,כיפוף ויישור מלא פסיבית.
רגישות במישוש מסרק 4+5 ,רגישות גליל מקורב וPIPJ אצבע 5.
ללא סיזורינג
ללא רגישות או הגבלה בשאר האצבעות
ללא רגישות גרמית בשורש כף היד, טווחי תנועה מלאים
תחושה שמורה מילוי קפלרי תקין.

בצילום- שבר אלכסוני מסרק אצבע 4+5 עם תזוזה

במיון- הושמה בסד גבס ULNAR GUTTER ב- INTRINSIC PLUS.
הוזמן CT כף יד ימין להערכת הצורך בניתוח

בצילום ביקורת ללא שינוי
פרטיה יועברו ליח כף יד להחלטה על המשך הטיפול
המלצות בשחרור
הוצג לדר בן שבת

חתימה: _____

מדדים

מוניטור

תאריך ושעה	לחץ דם	דופק
10:52 27/01/2019	125 / 82	83

מדדים סדציה

תאריך ושעה	לחץ דם	דופק	סטורציה באויר חדר
10:52 27/01/2019	125 / 82	83	100

מדדים

תאריך ושעה	לחץ דם	דופק	סטורציה באויר חדר
10:52 27/01/2019	125 / 82	83	100

בדיקות דם שכיחות

תאריך ושעה	רוטינה	תפקודי קרישה
12:43 27/01/2019	בוצע	בוצע

ביצוע תרופות

צורת מינון ומינון	תאריך ושעה	תזמון מהוראה	תרופה	
1000 mg	27/01/2019 10:52 **דקל דניאל**	Once	OPTALGIN DRP 500 MG/ML 1000 mg	P.O
0.5 ml	27/01/2019 11:28 **כהנא יהונתן**	Once	BOOSTRIX (DTP vaccine) 0.5 ml	I.M
TAB 1000 mg	27/01/2019 11:28 **כהנא יהונתן**	Once	ACAMOL TAB 500MG TAB 1000 mg	P.O

סיכום

XXX

המלצות כלליות

המלצה: דיקה אורטופד מיון-המלצות במכתבו המצורף:
שיכוך כאב לפי הצורך.
יד במתלה.
בהחמרה לפנות לרופא .
אין להרטיב את הגבס.
אם זקוקה לטיפול ניתוחי ◆ תור ייקבע בהקדם על ידי יחידת כף יד.
חופשת מחלה: 14 ימים.

4

שם: אילנה אנדריאנוב	ת"ז: 346000672	מקרה :	מחלקה: מיון אורתופדי

חתימת אח\ות משחרר\ת

זמן חתימה	תפקיד	שם החותם
27/01/2019 13:56	אח/ות משחרר/ת	לשם סמדר מ.ר.9412

רופא\ה משחרר\ת

זמן חתימה	תפקיד	שם החותם
27/01/2019 11:06	רופא/ה משחרר	דר' דרמן אלכסנדר מ.ר.25790

המשך מעקב רופא מטפל לפי הצורך, בכל החמרה יש לפנות לרופא בהקדם

בפנייה חוזרת למיון או בפנותך למרפאה אליה הוזמנת, עליך להצטייד בהתחייבות כספית או בתשלום כספי.

5

המרכז הרפואי ת"א ע"ש סוראסקי

המחלקה לרדיולוגיה אבחנתית-הדמיה

בי"ח: _____

הזמנה לבדיקות במערך ההדמיה

1. מס' ת"ז _____
2. שם משפחה _____
3. שם פרטי _____
4. תאריך לידה _____
5. מס' אישי _____
6. שם האב _____
7. תאריך קבלה _____
8. גורם מפנה _____
9. חדש / חוזר _____

אנדריאנוב אילנה
סרגיי 25
מ.ז.: 34600067-2
מיון אמבולטו 27.01.19
מיון אמבולטו
מקרה: 11843700
מרכז רפואי ת"א

☐ בידוד מגע
☐ סכנת נפילה
☐ בהריון
☐ **חמצו:**
מסכה / משקפיים
ריכוז _____

בצוע הבדיקה: במחלקה הרנטגנית / במיטת החולה

החולה: ☐ מתהלך ☐ בכסא גלגלים ☐ באלונקה ☐ במיטה ☐ _____

פרטים קליניים: RA

הבדיקה הדרושה: כל יק + שורש +
אמה + מרפק

רגישות ל: _____

תאריך _____ חתימת הרפא _____

שימוש בסרטים : 13/18 : 18/24 : 24/30 : 30/40 : 35/35 : 30/90 :

שם הטכנאי המבצע _____

סרטים מקולקלים : 13/18 : 18/24 : 24/30 : 30/40 : 35/35 : 30/90 :

תאריך בצוע הבדיקה _____

מק"ט - 450414586

6

המרכז הרפואי ת"א ע"ש סוראסקי

המחלקה לרדיולוגיה אבחנתית-הדמיה

בע"ח: _____

הזמנה לבדיקות במערך ההדמיה

1. מס' ת"ז _____
2. שם משפחה _____
3. שם פרטי _____
4. תאריך לידה _____
5. מס' אישי _____
6. שם האב _____
7. תאריך קבלה _____
8. גורם מפנה _____
9. חדש / חוזר _____

אנדריאנוב אילנה
סרג'י 25
מ.ז. 34600067-2
מיון אמבולט 27.01.19
מיון אמבולט
מקרה 11843700
מרכז רפואי ת"א

חוראות הרנטגנולוג _____

בצוע הבדיקה: במחלקה הרנטגנית / במיטת החולה

החולה: ☐ מתהלך ☐ בכסא גלגלים ☐ באלונקה ☐ במיטה ☐ _____

פרטים קליניים: _____

☐ בידוד מגע
☐ סכנת נפילה
☐ בהריון
☐ חמצן
מסכה / משקפיים
ריכוז _____

[illegible] AP+LAT

הבדיקה הדרושה: _____

רגישות ל: _____

תאריך _____

חתימת הרופא: מרת"א דר' חטיב סלאח - סאדר לרפואה

שימוש בסרטים: 13/18 ; 18/24 ; 24/30 ; 30/40 ; 35/35 ; 30/90 ; _____

שם הטכנאי המבצע _____

סרטים מקולקלים: 13/18 ; 18/24 ; 24/30 ; 30/40 ; 35/35 ; 30/90 ; _____

תאריך בצוע הבדיקה _____

מק"ט - 450414586

7

The State of Israel | Ministry of Health
Tel-Aviv Sorasky Medical Center
Affiliated to Tel-Aviv University
SacklerSchool of Medicine

רפואה מובילה ואנושית
MEDICAL EXCELLENCE AND COMPASSIONATE CARE

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

שחרור רפואי

שם יחידה : מיון אורתופדי	**מנהל/ת מחלקה :** פרופ' הלפרן פנחס מ.ר.16786	**אח/ות אחראי/ת :** נטע גלעם נגרי
טלפון : 03-6973232	**פקס :** 03-6973652	**דוא"ל :**

שם משפחה : אנדריאנוב	**שם פרטי :** אילנה	**ת.ז. :** 346000672
תאריך לידה : 19/09/1993	**גיל :** 25	**טלפון :** 054-5931113
מין : נקבה	**גורם מממן :** ללא קופ"ח	**כתובת :** חרות 22-פרטי רמת גן 5254130

נתוני ביקור - תאריך ושעת קבלה: 30/01/2019 12:03 מספר מקרה: 11846035

סיום טיפול במלר``ד :שחרור

מועבר למחלקה — שעת הודעה למחלקה

מקבל ההודעה במחלקה — שעת העברה למחלקה

תלונה עיקרית

כאבים באצבעות

אבחנות במיון

- **CLOSED FRACTURE OF METACARPAL BONE(S) SITE UNSPECIFIED** (Right) (815.00)

מחלה נוכחית

בת 25 ,בריאה בד"כ
לא נוטל תרופות באופן קבוע

27/01/2019 -רוכבת אופניים שמדרסה ע"י אורטבוס חבלת יד ימין, בצילום שבר אלכסוני מסרק אצבע 4+5 עם תזוזה , הושמה בסד גבס Ulnar Gutter ב Intrinsic plus. בצילום ביקורת ללא שינוי . (לדברי המטופלת ללא צורך בניתוח).

CT- כף יד נראה קו שבר בחלקו הדיסטלי של המסרק הרביעי. השבר הינו שבר אלכסוניבאספקט הדורסלי של העצם ונמשך עד מעט מעל המשטח הפרקי אך אין רואימעורבות מפרקית ברורה.בנוסף נראה שבר המתחיל ממרכז המטאקרפוס החמישי ונמשך דיסטלית לאיזור
חלקה המקורב יותר של העצם ללא מעורבות משטח מפרקי.אין רואים שברים בעצמות הקרפליות.אין רואים שברים ברדיוס הדיסטלי ובאולנה הדיסטלית.רושם למנח מעט נמוך של האולנה.מעט הסננה בהיקף הרקמות הרכות בכף היד.סד גבס.

פרטיה הועברו ליח' כף יד - הוחלט על המשך מעקב, טיפול שמרני

יום טרם קבלתה , אצבעות רדומות וכאבים ונפיחות באצבעות ללא שיפור תחת משככי כאבים.

30.1.19 - בבדיקה במיון לאחר הסרת סד - המטומה ונפיחות יד ימין
ללא סיזורינג
צילומי ביקורת - בהתייעצות עם ד'ר אטלן - שבר MC5 - מתאים להמשך טיפול שמרני

משוחררת בהמלצות הבאות:

לא ידועה רגישות לתרופות

מדדים

מוניטור

תאריך ושעה	לחץ דם	דופק
12:14 30/01/2019	126 / 75	71

שם: אילנה אנדריאנוב	ת"ז: 346000672	מקרה :	מחלקה: מיון אורתופדי

8

מדדים סדציה

תאריך ושעה	לחץ דם	דופק
12:14 30/01/2019	126 / 75	71

מדדים

תאריך ושעה	לחץ דם	דופק
12:14 30/01/2019	126 / 75	71

ביצוע תרופות

צורת מינון ומינון	תאריך ושעה	תזמון מהוראה	תרופה	
1000 mg	30/01/2019 12:14 כהן חן	Once	OPTALGIN DRP 500 MG/ML 1000 mg	P.O

סיכום

המלצות כלליות

המלצה: נגד כאבים
מעקב רופא מטפל
יד מורמת
מעקב מרפאת כף יד עוד שבועיים במוסדנו (036974000) או בקופ"ח
בכל החרמה לשוב למיון

חופשת מחלה: 6 שבועות.

הדרכה סיעודית בשחרור

המטופל הודרך לשחרור בהתאם להמלצות הרופא

חתימת אח\ות משחרר\ת

זמן חתימה	תפקיד	שם החותם
30/01/2019 14:09	אח/ות משחרר/ת	פרץ אליהו

רופא\ה משחרר\ת

זמן חתימה	תפקיד	שם החותם
30/01/2019 14:08	רופא/ה משחרר	שרמן חגי מ.ר.114787

המשך מעקב רופא מטפל לפי הצורך, בכל החמרה יש לפנות לרופא בהקדם

בפנייה חוזרת למיון או בפנותך למרפאה אליה הוזמנת, עליך להצטייד בהתחייבות כספית או בתשלום כספי.

9

המרכז הרפואי ת"א ע"ש סוראסקי

המחלקה לרדיולוגיה אבחנתית-הדמיה

בי"ח: _____

הזמנה לבדיקות במערך ההדמיה

1. מס' ת"ז _____
2. שם משפחה _____
3. שם פרטי _____
4. תאריך לידה _____
5. מס' אישי _____
6. שם האב _____
7. תאריך קבלה _____
8. גורם מפנה _____
9. חדש / חוזר _____

אנדריאנוב אילנה
סרג"י 25
מ.ז.: 34600067-2
מיון אורטופד 30.01.19
מיון אורטופד
מקרה: 11846035
מרכז רפואי ת"א

חוראות הרנטגנ

☐ בידוד מגע
☐ סכנת נפילה
☐ בהריון
☐ חמצון
מסכה / משקפיים
ריכוז _____

בצוע הבדיקה: במחלקה הרנטגנית / במיטת החולה

החולה: ☐ מתהלך ☐ בכסא גלגלים ☐ באלונקה ☐ במיטה ☐ _____

פרטים קליניים: _____

בילוה על יפינין

הבדיקה הדרושה: _____

AP+LAT

רגישות ל: _____

תאריך _____

חתימת הרופא

מרת"א
דר' רבאב נעאמנה
סטאז'רית לרפואה

שימוש בסרטים : 13/18 : 18/24 : 24/30 : 30/40 : 35/35 : 30/90 :

שם הטכנאי המבצע _____

סרטים מקולקלים : 13/18 : 18/24 : 24/30 : 30/40 : 35/35 : 30/90 :

תאריך בצוע הבדיקה _____

מק"ט - 450414586

10

המרכז הרפואי ת"א ע"ש סוראסקי

המחלקה לרדיולוגיה אבחנתית-הדמיה

בי"ח: _____

הזמנה לבדיקות במערך ההדמיה

אנדריאנוב אילנה
סרג"י 25
מ.ז.: 34600067-2
מיון אורטופד 30.01.19
מיון אורטופד
מקרה: 11846035
מרכז רפואי ת"א

1. מס' ת"ז _____
2. שם משפחה _____
3. שם פרטי _____
4. תאריך לידה _____
5. מס' אישי _____
6. שם האב _____
7. תאריך קבלה _____
8. גורם מפנה _____
9. חדש / חוזר _____

הוראות הרנטגנולוג _____

בצוע הבדיקה: במחלקה הרנטגנית / במיטת החולה

החולה: ☐ מתהלך ☐ בכסא גלגלים ☐ באלונקה ☐ במיטה ☐ _____

פרטים קליניים: _____

☐ בידוד מגע
☐ סכנת נפילה
☐ בהריון
☐ חמצן:
מסכה / משקפיים
ריכוז _____

הבדיקה הדרושה: _____

רגישות ל: _____

תאריך _____ חתימת הרופא _____

RN נהן
224127 ל"ס

שימוש בסרטים: 13/18 : 18/24 : 24/30 : 30/40 : 35/35 : 30/90 :

שם הטכנאי המבצע _____

סרטים מקולקלים: 13/18 : 18/24 : 24/30 : 30/40 : 35/35 : 30/90 :

תאריך בצוע הבדיקה _____

מק"ט - 450414586

בוצע

11

The State of Israel | Ministry of Health
Tel-Aviv Sorasky Medical Center
Affiliated to Tel-Aviv University
SacklerSchool of Medicine

רפואה מובילה ואנושית
MEDICAL EXCELLENCE AND COMPASSIONATE CARE

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

סיכום ביקור רפואי

שם יחידה: מרפאה אורתופדית	**מנהל המרפאה:** פרופ'סלעי משה מ.ר.12797	**אח/ות אחראי/ת:**
טלפון: 03-6974000	**פקס:**	**דוא"ל:**

שם משפחה: אנדריאנוב	**שם פרטי: אילנה**	**ת.ז.: 346000672**
תאריך לידה: 19/09/1993	**גיל:** 25	**טלפון:** 054-5931113
מין: נקבה	**גורם מממן:** ללא קופ"ח	**כתובת:** חרות 22-פרטי רמת גן 5254130

נתוני ביקור - תאריך: **06/02/2019** שעה: **08:24** מספר ביקור: **36752674**

לא ידועה רגישות לתרופות

סיקור כאב

המטופל/ת חש/ה כאב: כן

המטופל מופנה לרופא המטפל בקהילה להמשך טיפול בכאב

סיכום ודיון

הנ"ל לאחר שברים במסרקים 4+5 מימין 27.1.19
הגיעה לביקורת
הגבס בהיפראקסטנציה מוגברת, מדווחת על רדימות אצבעות
הגבס הוחלף
קלינית- ללא רושם לרוטציה
בצילום- עמדה מתקבלת
המלצות:
המשך גיבוס חודש נוסף
משככי כאבים לפי הצורך
בקורת עוד חודש להסרת הגבס
נא לשריין תור לפיזיותרפיה וריפוי בעיסוק סמוך לאחר הבקורת
חופשת מחלה חודשיים נוספים

הפניה לניתוח

מופנה לניתוח: לא

מכתב נחתם ע"י: **דר' רוזנבלט ישי מ.ר.31413** **חתימה:** _____

12

THE STATE OF ISRAEL
MINSTRY OF HEALTH
TEL AVIV SOURASKY MEDICAL CENTER
Affilated to Tel-Aviv University
Sackler Faculty of Medicine
Municipality of Tel-Aviv-Yafo
6 Weizmann St. , Tel-Aviv 6423906
Tel: 03-6974444

המרכז הרפואי תל-אביב
ע"ש סוראסקי
רפואה מובילה ואנושית
www.tasmc.org.il

מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש סקלאר
באוניברסיטת תל-אביב
עיריית תל-אביב-יפו
רח' ויצמן 6, תל-אביב 6423906
טל: 03-6974444

06.02.2019

לכבוד
אנדריאנוב אילנה
חרות 22-פרטי
רמת גן 5254130

א.ג.נ.,

הנדון: זימון למרפאה אורטופדית כף יד

מר/גב' **אנדריאנוב אילנה 34600067-2** מוזמן/ת ביום יום רביעי **06.03.2019**
לשעה **11:45** ל-מרפאה אורטופדית כף יד **בבנין סוראסקי קומת קרקע אגף ג**

לבדיקות: כמות
L9249 בדיקת רופא אורתופד - ב 1
שעת הזימון הינה שעה משוערת ותיתכן המתנה
אנא הקפד/י להביא: הפניה רפואית וכל מסמך רפואי, כולל תוצאות בדיקות וצילומים
התחייבות כספית (טופס 17) או אמצעי תשלום אחר
חיילים מתבקשים להביא אסמכתא תקציבית
במקרה של תאונת דרכים, יש להביא התחייבות מקופת חולים
תעודה מזהה

לתשומת לבך: **ללא סידור כספי לא נוכל לקבלך**
הזמנה זו הינה בתוקף לתאריך זה בלבד
טלפונים לברורים: **טלפון מס': 03-6974000**
פקס' מס': 03-6973740
במידה ואין באפשרותך להגיע, נא הודיענו בהקדם האפשרי

הערות:
ניתן לקבל את שירותי המרפאה באמצעות תשלום.לדוגמא,תעריף בדיקת רופא 283ש"ח
1.מטופל נכה,בעל תו חניה ממשרד התחבורה,זכאי לחניה חינם-בימי חול מהשעה 16:00 ועד 07:00 למחרת ובימי שישי מהשעה 07:00 ועד 13:00 בחניון סמי עופר ובשאר השעות בחניון וייצמן.לקבלת הטבה,הצג/י תו נכה בתוקף בהגעה למרפאה
2.במקרים בהם קיימת מוגבלות כלשהיא העלולה לסכן את בטיחותך ולגרום לנפילה (במיוחד אם נפלת מספר פעמים החודש או אם אתה סובל מהפרעות ביציבות או נעזר במקל או הליכון), חובתך להגיע למרכז הרפואי עם מלווה.
3.המרפאה הינה בבי"ח ציבורי ועפ"י הנחיות משרד הבריאות, אין התחייבות לקבלה לרופא מקצועי ספציפי, הנותן שירות במרפאה.
4.המרכז הרפואי ת"א הינו בית חולים אוניברסיטאי ועל כן מתקיימת בו הוראת סטודנטים במהלך וכחלק מהטיפול הרפואי בך, תוך שמירה על פרטיותך וכבודך.
5.להימנע מלהגיע לביה"ח עם חפצי ערך.
6.אפליקציית ניווט להולכי רגל בבית החולים! נלווה אותך בהנחיות קוליות וכתובות משער בית החלים ועד ליעד הרצוי. חפש "איכילוב" בחנות האפליקציות.
מטופל מתחת לגיל 18 צריך ליווי אפוטרופוס.
לתשומת לבך,במידה ויבצעו בדיקות וטיפולים שאינם מכוסים ע"י טופס התחיבות מהמבטח תחויב/י בתשלום או בהמצאת כיסוי נוסף מהמבטח עבור שירותים אלו.
לידיעתך: קיים חוב בסך ILS 664.00 בגין שירותים שקבלת במוסדנו
במידה והסדרת את חובך נא לראות הודעה זאת כמבוטלת

בברכה,
הנהלת מרפאות חוץ

(MICHALM1)

13

תאריך ושעת ההדפסה: 06/03/2019 13:33
חסוי רפואי

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

רפואה חובילה וחמושית
MEDICAL EXCELLENCE AND COMPASSIONATE CARE

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

סיכום ביקור רפואי

שם יחידה: מרפאה אורתופדית	מנהל המרפאה: פרופ' סלעי משה מ.ר.12797	אח/זת אחר א/ת:
טלפון: 03-6974000	פקס:	דוא"ל:

שם משפחה: אנדריאנוב	שם פרטי: אילנה	ת.ז.: 346000672
תאריך לידה: 19/09/1993	גיל: 25	טלפון: 054-5931113
מין: נקבה	גורם מממן: ללא קופ"ח	כתובת: חרות 22-פרטי רמת גן 5254130

נתוני ביקור - תאריך: **06/03/2019** שעה: **11:45** מספר ביקור: **36841591**

לא ידועה רגישות לתרופות

סיקור כאב

המטופל/ת חש/ה כאב: לא

סיכום ודיון

הנ"ל לאחר שברים במסרקים 4+5 מימין 27.1.19
הגיעה לביקורת
הגבס בהיפראקסטנציה מוגברת. מדווחת על רדימות אצבעות
הגבס הוחלף
קלינית- ללא רושם לרוטציה
בצילום- עמדה מתקבלת

6.3.19

בבדיקה:
ללא סיזרינג רגישות מסרקים
מניעה אצבעות נוקשות אצבע 5
פסיבית מגיעה כמעט למלא עם כאב
שמור ה VN

בצלום סימני איחוי לא מלאים

המלצות:
נא להתחיל פיזיותרפיה וריפוי בעיסוק הפעלה אקטיבית ואקטיבית נעזרת עד כאב
חופשת מחלה חודשיים
אין לבצע מאמצים עם היד
ביקורת בעוד חודש וחצי

הפניה לניתוח

מופנה לניתוח: לא

מכתב נותם ע"י: **דר' איזנברג גלעד מ.ר.1117611**

ד"ר איזנברג גלעד
מרדים
מומחה לכירורגיה של היד
המחלקה לכירורגיה אורתופדית
מרכז רפואי תל אביב

https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox/WhctKJVJkwNjLVhssGPvJNVFLQdNbmMlfDbgnRKRJrGMTHHjNTwpmpWvGLhqbLDHbzQNqHV?projec... 1/1

14

THE STATE OF ISRAEL
MINSTRY OF HEALTH
TEL AVIV SOURASKY MEDICAL CENTER
Affiliated to Tel-Aviv University
Sackler Faculty of Medicine
Municipality of Tel-Aviv-Yafo
6 Weizmann St., Tel-Aviv 6423906
Tel: 03-6974444

המרכז הרפואי תל-אביב
ע"ש סוראסקי
רפואה מובילה ואנושית
www.tasmc.org.il

מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש סקלאר
באוניברסיטת תל-אביב
עיריית תל-אביב-יפו
רח' ויצמן 6, תל-אביב 6423906
טל: 03-6974444

06.03.2019

לכבוד
אנדריאנוב אילנה
חרות 22-פרטי
רמת גן 5254130

א.ג.נ.,

הנדון: זימון למרפאה אורטופדית כף יד

מר/גב' אנדריאנוב אילנה 34600067-2 מוזמן/ת ביום יום רביעי 17.04.2019
לשעה 11:35 ל-מרפאה אורטופדית כף יד בבנין סוראסקי קומת קרקע אגף ג

לבדיקות: כמות
L9249 בדיקת רופא אורתופד - ב 1
שעת הזימון הינה שעה משוערת ותיתכן המתנה
אנא הקפד/י להביא: הפניה רפואית וכל מסמך רפואי, כולל תוצאות בדיקות וצילומים
התחייבות כספית (טופס 17) או אמצעי תשלום אחר
חיילים מתבקשים להביא אסמכתא תקציבית
במקרה של תאונת דרכים, יש להביא התחייבות מקופת חולים
תעודה מזהה

לתשומת לבך: ללא סידור כספי לא נוכל לקבלך
הזמנה זו הינה בתוקף לתאריך זה בלבד
טלפונים לברורים: טלפון מס': 03-6974000
פקס' מס': 03-6973740
במידה ואין באפשרותך להגיע, נא הודיענו בהקדם האפשרי

הערות:
ניתן לקבל את שירותי המרפאה באמצעות תשלום.לדוגמא,תעריף בדיקת רופא 283ש"ח
1.מטופל נכה,בעל תו חניה ממשרד התחבורה,זכאי לחניה חינם-בימי חול מהשעה 16:00 ועד 07:00 למחרת ובימי שישי מהשעה 07:00 ועד 13:00 בחניון סמי עופר ובשאר השעות בחניון וייצמן.לקבלת הטבה,הצג/י תו נכה בתוקף בהגעה למרפאה
2.במקרים בהם קיימת מוגבלות כלשהיא העלולה לסכן את בטיחותך ולגרום לנפילה (במיוחד אם נפלת מספר פעמים החודש או אם אתה סובל מהפרעות ביציבות או נעזר במקל או הליכון), חובתך להגיע למרכז הרפואי עם מלווה.
3.המרפאה הינה בבי"ח ציבורי ועפ"י הנחיות משרד הבריאות, אין התחייבות לקבלה לרופא מקצועי ספציפי, הנותן שירות במרפאה.
4.המרכז הרפואי ת"א הינו בית חולים אוניברסיטאי ועל כן מתקיימת בו הוראת סטודנטים במהלך וכחלק מהטיפול הרפואי בך, תוך שמירה על פרטיותך וכבודך.
5.להימנע מלהגיע לביה"ח עם חפצי ערך.
6.אפליקציית ניווט להולכי רגל בבית החולים! נלווה אותך בהנחיות קוליות וכתובות משער בית החלים ועד ליעד הרצוי. חפש "איכילוב" בחנות האפליקציות.
מטופל מתחת לגיל 18 צריך ליווי אפוטרופוס.
לתשומת לבך,במידה ויבצעו בדיקות וטיפולים שאינם מכוסים ע"י טופס התחיבות מהמבטח תחויב/י בתשלום או בהמצאת כיסוי נוסף מהמבטח עבור שירותים אלו.

בברכה,
הנהלת מרפאות חוץ

(TATIANAM)

3/24/2019 IMG_0002.jpg

15

כללית 100 שנה
הכי טובה למשפחה

תחום רפואת משפחה
מספר רשיון 27363
כתובת דרך אבא הלל, 77
טלפון 03-7535300
מרפאה:מערב מחוז:דן פ"ת

תאריך 19/03/2019

תעודה רפואית נוספת לנפגע בעבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי

פרטי המטופל

שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
אנדריאנוב אילנה	00-34600067-2	25.06	נ	19/09/1993	סרגיי

ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון נוסף
		0	54 - 5931113	

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה תאריך תאונה: 27/01/2019

שם הרופא המטפל: דר' גורביץ'

אבחנות

קוד	איפיון	אבחנה
		CONTUSION OF RT HAND
		CLOSED FRACTURE METACARPAL BONES 4-5
U80		INJURIES

הטיפול הנוכחי:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל

☑ אינו/ה מסוגל/ת לעסוק בעבודתו/ה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 07/03/2019 עד יום 05/05/2019 (בכלל) סה"כ 60 ימים

תאריך מתן התעודה	ת. הבדיקה
19/03/2019	19/03/2019

ד"ר אירינה גורביץ'

חותמת המרפאה חתימה וחותמת הרופא של השרות הרפואי המוסמך

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

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

3/24/2019 IMG_0005.jpg

16

המרכז הרפואי ת"א ע"ש סוראסקי

הזמנה לצילום / בדיקה בחטיבת ההדמיה

כל השדות שדות חובה!

ההזמנה מופנית

- ☐ רנטגן כללי (כולל שיקוף - IVP) ☐ ממוגרפיה
- ☐ CT ☐ אנגיוגרפיה
- ☐ US ☐ MRI טופס נפרד

שם החולה: _____ מדבקה גדולה
תעודת זהות: _____
שם רופא מפנה: _____
חתימה וחותמת: _____ טלפון: _____

26
3-000067-2
אליכל אנדרי
17.04.19
36865783

חלק א' ימולא בכל הזמנה

☐ דחוף (תוך 24 שעות) ☐ לא דחוף

מקום הבצוע: ☐ במ[illegible] ☐ במחלקת האשפוז (ניידת)

מצב החולה ושינוע

מצב נשימתי	מצב הכרה	אופן העברה למכון	מסוגל לעמוד	זיהום פעיל	הריון
☐ ללא אמצעי עזר	☐ הכרה מלאה	☐ הליכה	☐ כן	☐ לא ידוע	☐ כן
☐ מסכת חמצן +בלון	☐ הכרה חלקית	☐ כסא גלגלים	☐ לא	☐ שחפת	☐ לא
☐ מונשם	☐ חסר הכרה	☐ מיטה		☐ MRSA	☐ לא ברור
				☐ אחר איזה?	

פרטים קליניים

ממצאים ואבחנות (כולל בדיקות הדמיה רלבנטיות): _____

כליה ימין 2x

השאלה לרדיולוג: _____

הבדיקה הדרושה: _____

חתימה וחותמת: _____ טלפון / ביפר: _____ תאריך: _____

חלק ב' ימולא בהזמנת הבדיקות המצוינות

CT עם ח. ניגוד, IVP, אנגיוגרפיה

תיפקודי כליה: BUN - _____ או CREATININE _____

האם ביצע בעבר CT עם ח. ניגוד, IVP, אנגיוגרפיה?	☐ כן	☐ לא
האם פיתח תגובה (*)?	☐ כן	☐ לא
אסטמה?	☐ כן	☐ לא
אלרגיה או רגישות לתרופות (*)?	☐ כן	☐ לא
סכרת מטופלת בגלוקופאז'?	☐ כן	☐ לא

* אם כן איזו ובמה מתבטאת? _____

פעולות פולשניות

PT (sec.)	
PTT (sec.)	
INR	
Plt. (/MCRL)	
Hg (gr/dL)	

הערות: חולה המוזמן ל- CT, IVP, או אנגיוגרפיה חייב להגיע עם גישה ורידית!
בהזמנת פעולה פולשנית בחולה מונשם או חסר הכרה חובה להוריד עם טופס הסכמה חתום על ידי אפוטרופוס או 3 רופאים בכירים.

חלק ג' - לשימוש מכון ההדמיה

תאריך קבלת ההזמנה: שעה:

סרטים	13/18	18/24	24/30	35/43	810	ליזר	אחר
תקינים							
מקולקלים							

ח. נגוד _____ כמות: _____ רופא: _____
סוג הבדיקה / מספר הבדיקות: _____
תאריך: _____ רנטגנאי: _____ חתימה: _____

הערות הרדיולוג:
דחיפות הביצוע: _____
הוראות ביצוע: _____

מקייט-6520413409

שם מטפל ברזילי טלי
תחום מנהלת המכון
כתובת מכון פיזיותרפיה זבוטנסקי ר"ג
טלפון
פקס
מרפאה:מכון פיזיותרפיה זבוטינסקי מחוז:דן-פ"ת

כללית 100 שנה
הכי טובה למשפחה

17

תאריך 08/04/2019

סיכום טיפול

פרטי המטופל

אנדריאנוב אילנה	00-34600067-2	25.06	נ	19/09/1993	סרגיי
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב

רמת גן	חרות	/ 22	54 -5931113	
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון נוסף

מס' הפניה במכון הפיזיותרפיה: 190503812 מספר זיהוי הפניה: 33224161603

תאריך הפניה: 03/03/2019

סוג הביקורים לסדרה: 2 תאונת עבודה

לכבוד הרופא המטפל/מקצועי: ד"ר אירינה גורביץ' רשיון רופא: 27363

מרפאה: מרפאת מערב

מקצוע: רופא כללי

אבחנה בהפניה:

צד	קוד	איפיון	אבחנה
ימין			closed fracture metacrpal bones 4-5

אבחנה לטיפול:

צד	קוד	אבחנה
ימין	8150	FRACTURE METACARPALS CLOSED

תאריך תחילת טיפול: 10/03/2019 תאריך סיום טיפול: 08/04/2019

מס' ביקורים בפועל: פרטני: 5

מס' אי הופעות לטיפול: 0

רשימת כל הטיפולים:

טיפול	כמות
אבחון ראשון- בדיקה של פיזיותרפיסט	1
הדרכה וייעוץ (לאורח חיים בריא)	2
הדרכה לתרגול בבית	2

סיבת סיום טיפול: 01-סיום טיפול

18

כאבים:

איבר	צד	דרוג בעת פתיחת הסידרה	דרוג בעת סגירת הסידרה
לא רלוונטי			

הערכת מטפל: 1-שיפור מלא

הערות להערכת המטפל: תאריכי טיפול: 14.03. 18.03. 25.03.

הערות: תלונה על הרדמות כפות ידיים בשינה -נשלחה לברור

המטופל ביקר במכון בתאריכים: 08/04/2019
10/03/2019

ברזילי טלי

שם מטפל

חתימה וחותמת

19

תאריך ושעת ההדפסה: 12:49 17/04/2019
חסוי רפואי

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

רפואה מוגבלה וחמלה
MEDICAL EXCELLENCE AND COMPASSIONATE CARE

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

סיכום ביקור רפואי

שם יחידה: מרפאה אורתופדית	מנהל המרפאה: פרופ'סלעי משה מ.ר.12797	אח/ות אחרא/ית:
טלפון: 03-6974000	פקס:	דוא"ל:

שם משפחה: אנדריאנוב	שם פרטי: אילנה	ת.ז.: 346000672
תאריך לידה: 19/09/1993	גיל: 25	טלפון: 054-5931113
מין: נקבה	גורם ממון: כללית	כתובת: חרות 22-פרטי רמת גן 5254130

נתוני ביקור - תאריך: **17/04/2019** שעה: **11:35** מספר ביקור: **36966783**

לא ידועה רגישות לתרופות

סיקור כאב

המטופל/ת חש/ה כאב: לא

סיכום ודיון

הנ"ל לאחר שברים במסרקים 4+5 מימין 27.1.19
הגיעה לביקורת
הגבס בהיפראקסטנציה מוגברת, מדווחת על רדימות אצבעות
הגבס הוחלף
קלינית- ללא רושם לרוטציה
בצילום- עמדה מתקבלת

6.3.19

בבדיקה:
ללא סיזרינג רגישות מסרקים
מניעה אצבעות נוקשות אצבע 5
פסיבית מגיעה כמעט למלא עם כאב
שמור ה VN

בצלום סימני איחוי לא מלאים

17.4.19
מתלוננת על רדימות בכפות ידיים דוז יותר מימין
אצבעות 1-5 לעיתים מקרינים עד המרפק
קיבלה זימון לEMG

בבדיקה:
ללא סיזרינג
טווח אקטיבי מלא
ללא רגישות מסרקים
שמורה NV

בצילום איחוי מלא של מסרק 4 מסרק 5 איחוי כמעט מלא

המלצות:
המשך עבודה על חיזוק ושימור טווחי תנועה

10

סוד רפואי

שם: אילנה אנדריאנוב	ת"ז: 346000672	מקרה:	מחלקה: מרפאה אורתופדית

חופשת מחלה חודשיים
ביקורת בעוד חודשיים

הפניה לניתוח

מופנה לניתוח: לא

מכתב נחתם ע"י: **דר' איזנברג גלעד מ.ר.1117611** **חתימה:** _____

21

כללית 100 שנה
הכי טובת למשפחה

שם הרופא	ד"ר פנחס סגל
תחום	אורתופד מומחה ומנהל מרפאה
מספר רשיון	84237
כתובת	הרצל 34, רמת גן
טלפון	03-6752800
פקס	03-6752801

מרפאה:הרצל - מרכז לרפואה יועצת - רמת גן מחוז:דן-פ"ת

טופס בקשה

תאריך 19/05/2019

פרטי המטופל

אנדריאנוב אילנה	00-34600067-2	25.08	ג	19/09/1993	סרגיי
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב

רמת גן	חרות	22	54 -5931113	
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון נוסף

מספר רשיון	תז נבדק	גורם שולח
084237	0346000672	2021

לכבוד: EMG גפיים עליונות

אבחנה משוערת

קוד	אפיון	אבחנה
7		OBSERVATION - PATIENT UNDER OBSERVATION
		mild bil cts

תלונות מצב לאחר שבר מסרקים 4-5 כף יד ימין בחודש ינואר, לאחר מכן טופלה בפיזיוטרפיה.
מציינת ארועים של נימול באצבעות כפות הידיים דו"צ.
EMG הדגים CTS קל דו"צ

ממצאים בבדיקה כפות ידיים ללא דילדול שרירים, טינל קרפלי שלילי, טינל גויון שלילי, טינל קוביטלי שלילי.
פאלן לא ברור לאור תלונות על ירידה בתחושה אצבע 5.
עמש"צ: ללא רגישות למישוש, ללא כאבים או הגבלה בתנועות, תחושה וכוח גס שמורים בידיים שווים דו,צ.

מטרת ההפניה: EMG גפיים עליונות כולל בשאלה של רדיקולופטיה לאור קליניקה אשר אינה תואמת ל CTS

ד"ר פנחס סגל 84237
מספר רשיון

22

כללית 100 מעל שנה
הכי טובה למשפחה

שם הרופא	ד"ר פנחס סגל
תחום	אורתופד מומחה ומנהל מרפאה
מספר רשיון	84237
כתובת	הרצל 34, רמת גן
טלפון	03-6752800
פקס	03-6752801

מרפאה:הרצל - מרכז לרפואה יועצת - רמת גן מחוז:דן-פ"ת

תאריך 25/06/2019

הפניה לדימות

פרטי המטופל

אנדריאנוב אילנה	00-34600067-2	25.09	נ	19/09/1993	סרגיי
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב

רמת גן	חרות	22	54 - 5931113	
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון נוסף

מספר הפניה: 32021346024

רשיון רופא	תז נבדק	מספר הפניה	גורם שולח
084237	0346000672	032021346024	2021

ביום הבדיקה, נא לפנות למשרד מכון הרנטגן והדימות כ - 15 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה.
נא להגיע עם טופס ההפניה, מסמכים רלוונטים וצילומים קודמים.
לנשים בלבד!
אם היגך בהריון או במצב של אפשרות להריון, חובה עליך ליידע את הרופא המפנה לבדיקה ואת הצוות המבצע במכון הרנטגן והדימות.
נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין תור לבדיקה ב 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

לכבוד: מכון דימות

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78073	L1039	ט.מ. CT גפה עליונה	10404005

החולה מתלונן על
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 19/05/2019:
מצב לאחר שבר מסרקים 4-5 כף יד ימין בחודש ינואר, לאחר מכן טופלה בפיזיוטרפיה.
מציינת ארועים של גימול באצבעות כפות הידיים דו"צ.
EMG הדגים CTS קל דו"צ
25/06/2019:
נבדקה מאפרת כף יד איכילוב הומלץ CT כף יד בשאלה של איחוי השברים וריפוי בעיסוק.
תשובת EMG חוזר הדגים רדיקולופטיה צוארית כרונית C4-5 C8-D1.

ממצאים עיקריים
בדיקה גופנית מתאריך 19/05/2019
כפות ידיים ללא דילדול שרירים, טינל קרפלי שלילי, טינל גוון שלילי, טינל קוביטלי שלילי.
פאלן לא ברור לאור תלונות על ירידה בתחושה אצבע 5.
עמש"צ: ללא רגישות למישוש. ללא כאבים או הגבלה בתנועות, תחושה וכוח גס שמורים בידיים שווים דו,צ.
25/06/2019:
ללא שינוי.

ס.ה.ר. 2

23

אבחנה משוערת			
קוד	איפיון	אבחנה	
7		OBSERVATION - PATIENT UNDER OBSERVATION mild bil cts susp cervicalgia	

דיון/תוכנית טיפולית

ההפניות שהופקו ב 19/05/2019:
טופס בקשה
25/06/2019:

מטרת הבדיקה: **מכוון כף יד ימין בשאלה של איחוי השברים?**

CREATININE: 0.72 מתאריך 11/03/2019

ד"ר פנחס סגל	84237	
שם הרופא	מספר רשיון	חתימה וחותמת הרופא

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

24

תאריך ושעת ההדפסה: 19/06/2019 11:45
חוסי רפואי

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

רפואה מובילה ואנושית
MEDICAL EXCELLENCE AND COMPASSIONATE CARE

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

סיכום ביקור רפואי

שם יחידה: מרפאה אורתופדית	מנהל המרפאה: פרופ' סלעי משה מ.ר.12797	אח/מת אחראי/ת:
טלפון: 03-6974000	פקס:	דוא"ל:

שם משפחה: אנדריאנוב	שם פרטי: אילנה	ת.ז.: 346000672
תאריך לידה: 19/09/1993	גיל: 25	טלפון: 054-5931113
מין: נקבה	גורם מזמן: כללית	כתובת: חרות 22 פרחי רמת גן 5254130

נתוני ביקור - תאריך: **19/06/2019** שעה: **10:27** מספר ביקור: **37142274**

לא ידועה רגישות לתרופות

סיקור כאב

המטופל/ת חש/ה כאב: לא

סיכום ודיון

הנ"ל לאחר שברים במסרקים 4+5 מימין 27.1.19
הגיעה לביקורת
הגבס בהיפראקסטנציה מוגברת, מדווחת על רדימות אצבעות
הגבס הוחלף
קלינית- ללא רושם לרוטציה
בצילום- עמדה מתקבלת

6.3.19

בבדיקה:
ללא סיזרינג רגישות מסרקים
מניעה אצבעות נוקשות אצבע 5
פסיבית מגיעה כמעט למלא עם כאב
שמור ה VN

בצלום סימני איחוי לא מלאים

17.4.19
מתלוננת על רדימות בכפות ידיים דוצ יותר מימין
אצבעות 1-5 לעיתים מקרינים עד המרפק
קיבלה זימון לEMG

בבדיקה:
ללא סיזרינג
טווח אקטיבי מלא
ללא רגישות מסרקים
שמורה NV

בצילום איחוי מלא של מסרק 4 מסרק 5 איחוי כמעט מלא

19.6.19
מתלוננת על כאבים לסירוגין

25

THE STATE OF ISRAEL
MINSTRY OF HEALTH
TEL AVIV SOURASKY MEDICAL CENTER
Affiliated to Tel-Aviv University
Sackler Faculty of Medicine
Municipality of Tel-Aviv-Yafo
6 Weizmann St. , Tel-Aviv 6423906
Tel: 03-6974444

המרכז הרפואי תל-אביב
ע"ש סוראסקי
רפואה טובילה ואנושית
www.tasmc.org.il

מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש סקלאר
באוניברסיטת תל-אביב
עיריית תל-אביב-יפו
רח' ויצמן 6, תל-אביב 6423906
טל: 03-6974444

19.06.2019

לכבוד
אנדריאנוב אילנה
חרות 22-פרטי
רמת גן 5254130

א.ג.נ.,

הנדון: זימון למרפאה אורטופדית כף יד

מר/גב' **אנדריאנוב אילנה 34600067-2** מוזמן/ת ביום יום רביעי **21.08.2019**
לשעה **10:35** ל-מרפאה אורטופדית כף יד **בבנין סוראסקי קומת קרקע אגף ג**

כמות
לבדיקות:
L9249 בדיקת רופא אורתופד - ב 1
שעת הזימון הינה שעה משוערת ותיתכן המתנה
אנא הקפד/י להביא: הפניה רפואית וכל מסמך רפואי, כולל תוצאות בדיקות וצילומים
התחייבות כספית (טופס 17) או אמצעי תשלום אחר
חיילים מתבקשים להביא אסמכתא תקציבית
במקרה של תאונת דרכים, יש להביא התחייבות מקופת חולים
תעודה מזהה

לתשומת לבך: **ללא סידור כספי לא נוכל לקבלך**
הזמנה זו הינה בתוקף לתאריך זה בלבד
טלפונים לברורים: **טלפון מס':** 03-6974000
פקס' מס': 074-7219810
במידה ואין באפשרותך להגיע, נא הודיענו בהקדם האפשרי

הערות:
ניתן לקבל את שירותי המרפאה באמצעות תשלום.לדוגמא,תעריף בדיקת רופא 283ש"ח
1.מטופל נכה,בעל תו חניה ממשרד התחבורה,זכאי לחניה חינם-בימי חול מהשעה 07:00 ועד 16:00 למחרת ובימי שישי מהשעה 07:00 ועד 13:00 בחניון סמי עופר ובשאר השעות בחניון וייצמן.לקבלת הטבה,הצג/י תו נכה בתוקף בהגעה למרפאה
2.במקרים בהם קיימת מוגבלות כלשהיא העלולה לסכן את בטיחותך ולגרום לנפילה (במיוחד אם נפלת מספר פעמים החודש או אם אתה סובל מהפרעות ביציבות או נעזר במקל או הליכון), חובתך להגיע למרכז הרפואי עם מלווה.
3.המרפאה הינה בבי"ח ציבורי ועפ"י הנחיות משרד הבריאות, אין התחייבות לקבלה לרופא מקצועי ספציפי, הנותן שירות במרפאה.
4.המרכז הרפואי ת"א הינו בית חולים אוניברסיטאי ועל כן מתקיימת בו הוראת סטודנטים במהלך וכחלק מהטיפול הרפואי בך, תוך שמירה על פרטיותך וכבודך.
5.להימנע מלהגיע לביה"ח עם חפצי ערך.
6.אפליקציית ניווט להולכי רגל בבית החולים! נלווה אותך בהנחיות קוליות וכתובות משער בית החלים ועד ליעד הרצוי. חפש "איכילוב" בחנות האפליקציות.
7.ניתן לפנות בדואר אלקטרוני בכתובת ort-c@tlvmc.gov.il
מטופל מתחת לגיל 18 צריך ליווי אפוטרופוס.
לתשומת לבך,במידה ויבצעו בדיקות וטיפולים שאינם מכוסים ע"י טופס התחיבות מהמבטח תחויב/י בתשלום או בהמצאת כיסוי נוסף מהמבטח עבור שירותים אלו.

בברכה,
הנהלת מרפאות חוץ

(MICHALM1)

26

מור
רפואה מתקדמת בשבילך

סניף מור ראשון לציון היחידה לאלקטרומיוגרפיה
טל: 03 - 9596500

תוצאות בדיקת אלקטרומיוגרפיה - E.M.G.

שם נבדק/ת : אנדריאנוב , אילנה ת.ז.: 346000672 גיל: 25/9 מין: נ
כתובת : רמת גן , חרות 0022 טלפון: 054 - 5931113 054 - 5931113
תאריך בדיקה: 20/06/2019 גורם מפנה: דן- פתח תקוה רופא מפנה/מטפל: תמיר לביה ליפ
בדיקה קודמת: כן / לא שם מדפיסה: חן

בדיקת שרירים

שורש	שריר	פעולה ספונטנית		גיוס		צורת פוטנציאלים	
		ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל
C5-C6	Deltoid	שקט	שקט	מלא	מלא	תקין	תקין
C4-C5	Superaspainatus	שקט	שקט	מלא	ירוד	גדולות, בחלקן פוליפזיות	פוליפזיות, בחלקן גדולות
C8-T1	Dorsal Interossei	שקט	שקט	ירוד	מלא	פוליפזיות	תקין
C7	Extensor Digitorum	שקט	שקט	מלא	מלא	תקין	תקין

סיכום: בבדיקת מחט נצפו סימני נזק נוירוגני כרוני ב- Superaspainatus דו"צ ו- Dorsal Interossei מימין , סביר להניח משני לבעיה שורשית C4-C5, C8-T1 דרושה קורלציה הדמייתית.

נמסרה תשובה לנבדק/ת עם סיום הבדיקה.

חתימה וחותמת הרופא/ה
:
ד"ר סופיה קלימוביצקי
מ.ר. 26173

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

סניף ראשי - ז'בוטינסקי 7, ת"ד 938, בני ברק 5110802 טל: 03-5772555 פקס: 03-5772636 דוא"ל: crm@mor.org.il

Emg_ALL

27

שם: אילנה אנדריאנוב | ת"ז: 346000672 | מקרה: | מחלקה: מרפאה אורתופדית

שדי רפואי

בכף יד ימין מליים בנימול אצבעות 1-5 דוצ

בבדיקה:
דורקן שלילי טינל חיובי
פאלן חיובי
טווח אקטיבית מלא ללא סיזרינג
שמורה NV
טינל חיובי במרפק מבחן מרפק שלילי
ללא דילדול

-EMG
ימין ML 4.1 AMP 9.1
שמאל ML 4.1 AMP 9.8
ימין CV 45\54
שמאל CV 58\48

המלצות:
CT כף יד ימין- בשאלה של חיבור שברים
ריפוי בעיסוק בקופח- עיסויים אמבטיות פראפין המשך הפעלה
ביקורת בעוד חודשיים

הפניה לניתוח

מופנה לניתוח: לא

מכתב נרתם ע"י: **דר' איזנברג גלעד מ.ר.1117611** חתימה: _____

21

כללית 100 שנה
הכי טובה למשפחה

שם הרופא: ד"ר פנחס סגל
מחוז: אורתופד מומחה ומנהל מרפאה
מספר רשיון: 84237
כתובת: הרצל 34, רמת גן
טלפון: 03-6752800
פקס: 03-6752801
מרפאה:הרצל - מרכז לרפואה יועצת - רמת גן מחוז:דן-פ"ת

תאריך 25/06/2019

טופס בקשה

פרטי המטופל

שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
אנדריאנוב אילנה	00-34600067-2	25.09	נ	19/09/1993	סרגיי

ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון נוסף
רמת גן	חרות	22	54 -5931113	

מספר רשיון 084237
תז נבדק 0346000672
גורם שולח 2021

לכבוד: ריפוי בעיסוק

אבחנה משוערת

קוד	אפיון	אבחנה
	7	OBSERVATION - PATIENT UNDER OBSERVATION
		mild bil cts
		susp cervicalgia

תלונות תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 19/05/2019:
מצב לאחר שבר מסרקים 4-5 כף יד ימין בחודש ינואר, לאחר מכן טופלה בפיזיוטרפיה.
מציינת ארועים של נימול באצבעות כפות הידיים דו"צ.
EMG הדגים CTS קל דו"צ
:25/06/2019
נבדקה מאפרת כף יד איכילוב הומלץ CT כף יד בשאלה של איחוי השברים וריפוי בעיסוק.
תשובת EMG חוזר הדגים רדיקולופטיה צוארית כרונית C4-5 C8-D1.

ממצאים בבדיקה בדיקה גופנית מתאריך 19/05/2019:
כפות ידיים ללא דילדול שרירים, טינל קרפלי שלילי, טינל גוין שלילי, טינל קוביטלי שלילי.
פאלן לא ברור לאור תלונות על ירידה בתחושה אצבע 5.
עמש"צ: ללא רגישות למישוש, ללא כאבים או הגבלה בתנועות, תחושה וכוח גס שמורים בידיים שווים דו.צ.
:25/06/2019
ללא שינוי.

דיון/תוכנית טיפולית ההפניות שהופקו ב 19/05/2019:
טופס בקשה
:25/06/2019

29

מטרת ההפניה: לבקשת מומחה כף יד להפעלה כולל פארפין

ד"ר פנחס סגל

84237
מספר רשיון

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

טופס בקשה

אנדריאנוב אילנה

00-34600067-2 הודפס ע"י ד"ר פנחס סגל

25/06/2019

30

מור
רפואה מתקדמת בשבילך

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

תאריך הדפסה: 31 יולי, 2019

תוצאות בדיקת C.T.

שם נבדק/ת : אנדריאנוב , אילנה **ת.ז.** : 346000672

תאריך בדיקה 11/07/2019

כתובת : רמת גן , חרות 0022 **טלפון** : 054 - 5931113 054 - 5931113

גורם מפנה : דן-פתח תקוה **רופא מפנה/מטפל**: סגל פנחס

מדפיסה : **אק**

לכבוד
הרופא המטפל

ד"ר נכבד,

להלן ממצאי סריקה טומוגרפית ממוחשבת של כף יד ימין:

סיבת ההפניה: מעקב לאחר שבר.

מודגמים שברים ישנים במסרקים 4 ו-5 מימין.
על פי הזמן שעבר מהשבר (במכתב ההפניה בחודש ינואר 2019)- מדובר באיחוי חלקי של השבר.
ככל הנראה מדובר במליוניון (MALUNION), אשר בולט יותר במסרק 5 מאשר במסרק 4- להמשך בירור אורטופדי.
פרט לכך, ללא שברים בולטים.
עצמות שורש כף יד והעצמות הקרפליות במראה תקין, ללא שבר או סימני AVN.

לסיכום:
MALUNION **במסרקים 4 ו-5 כמתואר- להמשך בירור אורטופדי.**

בתודה עבור הפניית הנבדק/ת
ובברכה,

דר' מקסים סקסונוב
מומחה לרדיולוגיה אבחנתית
מ.ר. 113884 מ.ר.מ 34362

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.

סניף ראשי - ז'בוטינסקי 7, ת"ד 938, בני ברק 5110802 טל: 03-5772555 פקס: 03-5772636 דוא"ל: crm@mor.org.il

Bnb_Ct.dot

31

כללית 100 שנה
הכי טובה למשפחה

שם הרופא	ד"ר (רופא) אורן רודיק
תחום	אורתופדיה
מספר רשיון	96864
כתובת	אבן גבירול, 124
טלפון	03-7622300
פקס	03-7622304

מרפאה:מגדל המאה - מרכז מקצועי - תל אביב מחוז:ת"א

הפניה כללית

תאריך 01/09/2019 14:47

פרטי המטופל

אנדריאנוב אילנה	00-34600067-2	25.11	ג	19/09/1993	סרגיי
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב

רמת גן	חרות	22	54 -5931113	
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון נוסף

מספר הפניה ישירה: 33288085398

מספר רשיון	תז נבדק	מספר הפניה	גורם שולח
096864	0346000672	033288085398	3288

לכבוד: EMG

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
56016	95861	אלקטרומיוגרפיה EMG	56016

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
7		OBSERVATION - PATIENT UNDER OBSERVATION
		mild bil cts
		susp cervicalgia

תלונות: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 25/06/2019:
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 19/05/2019:
מצב לאחר שבר מסרקים 4-5 כף יד ימין בחודש ינואר, לאחר מכן טופלה בפיזיוטרפיה.
מציינת ארועים של נימול באצבעות כפות הידיים דו"צ.
EMG הדגים CTS קל דו"צ
25/06/2019:
נבדקה מאפרת כף יד איכילוב הומלץ CT כף יד בשאלה של איתוי השברים וריפוי בעיסוק.
תשובת EMG חוזר הדגים רדיקולופטיה צוארית כרונית C4-5 C8-D1.
01/09/2019:
שבר סמסרק 4+5 כף יד ימין ב 01/2019, טופלה בסד גבס למשך חודש וחצי.
ממשיכה לסבול מכאבים , בעיקר באיזור מסרק 5. הכאב בהפעלת עומס.
נימול כפות ידיים ודו"צ מאותה תקופה, כולל את כל אצבעות כף היד,
מופיע לאורך כל שעות היממה בעיקר בזמן כיפוף מרפק.

32

ממצאים בבדיקה

בדיקה גופנית מתאריך 25/06/2019:
בדיקה גופנית מתאריך 19/05/2019:
כפות ידיים ללא דילדול שרירים, טינל קרפלי שלילי, טינל גוון שלילי, טינל קוביטלי שלילי.
פאלן לא ברור לאור תלונות על ירידה בתחושה אצבע 5.
עמש"צ: ללא רגישות למישוש, ללא כאבים או הגבלה בתנועות, תחושה וכוח גס שמורים בידיים שווים ד,צ.
25/06/2019:
ללא שינוי.
01/09/2019:

דיון/תוכנית טיפולית

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 25/06/2019:
ההפניות שהופקו ב 19/05/2019:
טופס בקשה
25/06/2019:
ההפניות שהופקו ב 25/06/2019:
הפניה לדימות - 78073-ט.מ. CT גפה עליונה , טופס בקשה - לבקשת מומחה
כף יד להפעלה כולל
01/09/2019:
המשך שימוש בסדי לילה שורש יד
ביקורת 3 חודשים עם EMG חדש

מטרת ההפניה: סד ליישור מרפק , סד מנוחה לשעות הלילה דוצ

שם הרופא	מספר רשיון	חתימה וחותמת הרופא
ד"ר (רופא) אורן רודיק	96864	

33

כללית 100 שנה
הכי טובה להשפחה

שם הרופא ד"ר (רופא) אורן רודיק
תחום אורתופדיה
מספר רשיון 96864
כתובת אבן גבירול, 124
טלפון 03-7622300
פקס 03-7622304
מרפאה:מגדל המאה - מרכז מקצועי - תל אביב מחוז:ת"א

תאריך 01/09/2019
14:48

הפניה כללית

פרטי המטופל

אנדריאנוב אילנה	00-34600067-2	25.11	נ	19/09/1993	סרגיי
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב

רמת גן	חרות	22	54 -5931113	
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון נוסף

מספר הפניה: 33288085399

מספר רשיון	תז נבדק	מספר הפניה	גורם שולח
096864	0346000672	033288085399	3288

לכבוד: ריפוי בעיסוק

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
81001	97003	ריפוי בעיסוק אבחון ובניית תכנית טיפול - מבוגרים	81001

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
7		OBSERVATION - PATIENT UNDER OBSERVATION
		mild bil cts
		susp cervicalgia

תלונות: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 25/06/2019:
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 19/05/2019:
מצב לאחר שבר מסרקים 4-5 כף יד ימין בחודש ינואר, לאחר מכן טופלה בפיזיוטרפיה.
מציינת ארועים של נימול באצבעות כפות הידיים דו"צ.
EMG הדגים CTS קל דו"צ
25/06/2019:
נבדקה מאפרת כף יד איכילוב הומלץ CT כף יד בשאלה של איחוי השברים וריפוי בעיסוק.
תשובת EMG חוזר הדגים רדיקולופטיה צוארית כרונית C4-5 C8-D1.
01/09/2019:
שבר סמסרק 4+5 כף יד ימין ב 01/2019, טופלה בסד גבס למשך חודש וחצי.
ממשיכה לסבול מכאבים , בעיקר באיזור מסרק 5. הכאב בהפעלת עומס.
נימול כפות ידיים ודו"צ מאותה תקופה, כולל את כל אצבעות כף היד,
מופיע לאורך כל שעות היממה בעיקר בזמן כיפוף מרפק.

ס.ה.ר. 7

34

בבדיקה - ספולינג תקין.
טינל שלילי קוביטלי,
שורש יד - טינל חיובי שמאל, שלילי ימין , דורקן שלילי דוצ, פאלן חיובי דו"צ,
ללא דלדול, כח גס תקין, כף יד ימין - תנועת אצבעות תקינה, ללא סיזרינג.
השלימה CT כף יד - רושם לחיבור של השברים.
EMG 19.5.19
מדיאני ימין ML 4.1 SAP 3.8
מדאני שמאל ML 4.1 SAP 3.9
אולנריס 45 ימין CV 48

ממצאים בבדיקה: בדיקה גופנית מתאריך 25/06/2019:
בדיקה גופנית מתאריך 19/05/2019:
כפות ידיים ללא דילדול שרירים, טינל קרפלי שלילי, טינל גויון שלילי, טינל קוביטלי שלילי.
פאלן לא ברור לאור תלונות על ירידה בתחושה אצבע 5.
עמש"צ: ללא רגישות למישוש, ללא כאבים או הגבלה בתנועות, תחושה וכוח גס שמורים בידיים שווים דו,צ.
25/06/2019:
ללא שינוי.
01/09/2019:

דיון/תוכנית טיפולית: דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 25/06/2019:
ההפניות שהופקו ב 19/05/2019:
טופס בקשה
25/06/2019:
ההפניות שהופקו ב 25/06/2019:
הפניה לדימות - 78073-ט.מ. CT גפה עליונה , טופס בקשה - לבקשת מומחה
כף יד להפעלה כולל
01/09/2019:
המשך שימוש בסדי לילה שורש יד
ביקורת 3 חודשים עם EMG חדש

ד"ר (רופא) אורן רודיק	96864	
שם הרופא	**מספר רשיון**	**חתימה וחותמת הרופא**

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

35

כללית מגן 100 שנה
הכי טובה למשפחה

שם הרופא: ד"ר (רופא) אורן רודיק
תחום: אורתופדיה
מספר רשיון: 96864
כתובת: אבן גבירול, 124
טלפון: 03-7622300
פקס: 03-7622304
מרפאה: מגדל המאה - מרכז מקצועי - תל אביב מחוז: ת"א

תאריך 01/09/2019

הפניה כללית - נוסח חופשי

פרטי המטופל

שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
אנדריאנוב אילנה	00-34600067-2	25.11	נ	19/09/1993	סרגיי

ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון נוסף
רמת גן	חרות	22	54 -5931113	

מספר רשיון 096864
תז נבדק 0346000672
מספר הפניה 033288085400
גורם שולח 3288

לכבוד: חנות אורטופדית

אבחנה משוערת

קוד	אפיון	אבחנה
7		OBSERVATION - PATIENT UNDER OBSERVATION
		mild bil cts
		susp cervicalgia

תלונות

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 25/06/2019:
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 19/05/2019:
מצב לאחר שבר מסרקים 4-5 כף יד ימין בחודש ינואר, לאחר מכן טופלה בפיזיוטרפיה.
מציינת ארועים של נימול באצבעות כפות הידיים דו"צ.
EMG הדגים CTS קל דו"צ
25/06/2019:
נבדקה מאפרת כף יד איכילוב הומלץ CT כף יד בשאלה של איחוי השברים וריפוי בעיסוק.
תשובת EMG חוזר הדגים רדיקולופטיה צוארית כרונית C4-5 C8-D1.
01/09/2019:
שבר סמסרק 4+5 כף יד ימין ב 01/2019, טופלה בסד גבס למשך חודש וחצי.
ממשיכה לסבול מכאבים , בעיקר באיזור מסרק 5. הכאב בהפעלת עומס.
נימול כפות ידיים ודו"צ מאותה תקופה, כולל את כל אצבעות כף היד,
מופיע לאורך כל שעות היממה בעיקר בזמן כיפוף מרפק.
בבדיקה - ספולינג תקין.
טינל שלילי קוביטלי,
שורש יד - טינל חיובי שמאל, שלילי ימין , דורקן שלילי דוצ, פאלן חיובי דו"צ,
ללא דלדול, כח גס תקין, כף יד ימין - תנועת אצבעות תקינה, ללא סיזרינג.
השלימה CT כף יד - רושם לחיבור של השברים.
EMG 19.5.19
מדיאני ימין ML 4.1 SAP 3.8
מדאני שמאל ML 4.1 SAP 3.9
אולנריס 45 ימין 48 CV

9/2/2019 IMG_0001.jpg

36

בבדיקה - ספוליגג תקין.
טינל שלילי קוביטלי.
שורש יד - טינל חיובי שמאל, שלילי ימין , דורקן שלילי דוצ, פאלן חיובי דו"צ.
ללא דלדול, כח גס תקין, כף יד ימין - תנועת אצבעות תקינה, ללא סיזרינג.
השלימה CT כף יד - רושם לחיבור של השברים.
EMG 19.5.19
מדיאני ימין ML 4.1 SAP 3.8
מדאני שמאל ML 4.1 SAP 3.9
אולנריס 45 ימין 48 CV

ממצאים בבדיקה: בדיקה גופנית מתאריך 25/06/2019:
בדיקה גופנית מתאריך 19/05/2019:
כפות ידיים ללא דילדול שרירים, טינל קרפלי שלילי, טינל גוזן שלילי, טינל קוביטלי שלילי.
פאלן לא ברור לאור תלונות על ירידה בתחושה אצבע 5.
עמש"צ: ללא רגישות למישוש, ללא כאבים או הגבלה בתנועות, תחושה וכוח גס שמורים בידיים שווים דו.צ.
25/06/2019:
ללא שינוי.
01/09/2019:

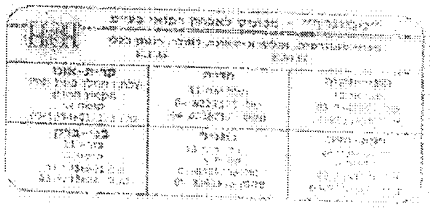
דיון/תוכנית טיפולית: דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 25/06/2019:
ההפניות שהופקו ב 19/05/2019:
טופס בקשה
25/06/2019:
ההפניות שהופקו ב 25/06/2019:
הפניה לדימות - 78073-ט.מ. CT גפה עליונה , טופס בקשה - לבקשת מומחה
כף יד להפעלה כולל
01/09/2019:
המשך שימוש בסדי לילה שורש יד
ביקורת 3 חודשים עם EMG חדש

ד"ר (רופא) אורן רודיק	96864	
שם הרופא	מספר רשיון	חתימה וחותמת הרופא

בעת דימון, 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

37



תאריך ביקור:04/03/2020
עיר/יישוב : תיק מס' : 2033307
מקלידה :דנילוב דמיטרי 09:55
גורם מבטח :ביטוח לאומי
רופא מפנה :רופא רמ"ד/ב.לאומי ר. רופא מפנה:1

שם משפחה :אנדריאנוב
שם פרטי :אילנה
מספר זהות :346000672
ת. לידה :19/09/1993 מין :נ

תוצאות צילומי כף יד AP + OBL ימין

עבור ספירלי ישן 5MC, יתכן גם 4MC..

רופא בודק : ד"ר דנילוב דמיטרי
רישיון רופא בודק : 89012

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

38

המוסד לביטוח לאומי

סניף: רמת גן
חשמונאים 15
רמת גן 5248284

דמי פגיעה

טל: 6050* או 04-8812345
פקס: 03-6720103
שעות מענה: א-ה 17:00-8:00
קבלת קהל: א,ג,ה 12:30-8:00
ב,ד 17:00-15:00

תיק: 346000672-60-01

לכבוד
אילנה אנדריאנוב
חרות 22
רמת גן 5254130

561-045-038

תיק: 346000672-60-01

ל' בשבט, תשע"ט
05 בפברואר 2019

מספר תיק:	34600067-2
תאריך פגיעה:	27/01/2019

גברת נכבדה,

<u>תביעתך לדמי פגיעה, תאונה מתאריך 27/01/2019</u>

הננו מאשרים כי הכרנו בפגיעה מתאריך 27/01/2019 כתאונת עבודה.

הפגימות שהוכרו כתוצאה מהתאונה:

חבלת כף יד ימין אצבעות 4+5, אמה ומרפק ימין

על פי המידע שבידינו את חברה בקופת חולים שירותי בריאות כללית .

לקבלת החזר הוצאות הריפוי בגין הפגיעה, יש לפנות עם אישור זה לקופת החולים.

הנני ליידע אותך כי הנך זכאית להגיש תביעה לקצבת נכות מעבודה, ככל שנגרמה נכות שכזו, בתוך 12 חודשים ממועד ההכרה בפגיעתך כתאונת עבודה (דהיינו מיום: 05/02/2019), ובאם לא תעשי כן במועד הנ"ל, הנך עלולה לקבל פיצוי מופחת מכוח הוראות סעיף 296 ו/או סעיף 107 לחוק הביטוח הלאומי.

בכבוד רב,
שיינר ליאת
פקיד תביעות
נפגעי עבודה

17677/ל

39

המוסד לביטוח לאומי

ועדות אשכול
נפגעי עבודה

לכבוד
אילנה אנדריאנוב

מספר זהות: 346000672
ט' טבת תש"פ
06 ינואר 2020

הנדון: החלטת הוועדה הרפואית

שלום,

כללי

1. במסגרת תביעתך לקצבת נכות מעבודה (תאריך פגיעה 27/01/2019) קבעה לך הוועדה הרפואית המסכמת מיום 01/01/2020 אחוזי נכות לפי הפירוט הבא:

התקופה	הנכות הרפואית
מ-29/04/2019 עד-31/08/2019	30.0 %
מ-01/09/2019 עד-31/12/2019	20.0 %
מ-01/01/2020 עד-31/03/2020	10.0 %

2. לנוחיותך מצורף העתק של פרוטוקול הוועדה הרפואית.
3. הטיפול בתביעתך הועבר לפקיד התביעות בנפגעי עבודה.
בסיום התהליך, ישלח אליך מכתב החלטה בנוגע לזכאותך.

לתשומת לבך

בתום תקופת הנכות הזמנית, ישלח לך זימון לוועדה נוספת.

אם אינך מסוגלת לעבוד בכל עבודה שהיא ואין לך הכנסה מעבודה או עסק, הינך רשאית להגיש תביעה להכיר בך כ"נכה נזקקת".

הכרה כ"נכה נזקקת" , עשויה לזכותך בהגדלת קצבת הנכות ל- 100%, לתקופה שלא תעלה על 4 חודשים. את התביעה הינך מתבקשת להגיש תוך 15 יום מקבלת הודעה זו על טופס שניתן להשיג בסניף מגוריך או באתר האינטרנט.

לשירותך

באתר האינטרנט
www.btl.gov.il

במוקד הטלפוני
6050* או 04-8812345
שעות מענה:
א-ה 8:00-17:00

בסניף ליד ביתך
סניף ראשי רמת גן, החשמונאים 15

פקס: 03-6751936

978-031387 (002369) 1/5 D1 Pb5fed8099731 J73962410/62409 Oniya

נכות מעבודה
תאריך הפגיעה - 27/01/2019

המוסד לביטוח לאומי

40

דו"ח ועדה רפואית

אילנה אנדריאנוב, מספר זהות 346000672

סניף המגורים	סניף הוועדה	מספר ועדה	תאריך הוועדה
סניף ראשי רמת גן	סניף ראשי רמת גן	NV-3656-3900	01/01/2020

שם:	מספר זהות:	תאריך לידה:	מגדר:	כתובת למשלוח דואר
אילנה אנדריאנוב	346000672	19/09/1993	נקבה	חרות 22, רמת גן 5254130

טלפון:
054-5931113

תאריך הפגיעה	תיאור הפגיעה
27/01/2019	**מעמד תעסוקתי:** שכיר **תיאור המקרה:** חבלה תאונת דרכים/חבלה מרכב-אוטובוס שיפשף אותה. **מהות המקרה:** חבלת כף יד ימין אצבעות 4+5, אמה ומרפק ימין.

תקופות שבהן אושרו דמי פגיעה

מתאריך	עד תאריך	פירוט
28/01/2019	28/04/2019	91 ימים

תקופות שבהן לא אושרו דמי פגיעה

מתאריך	עד תאריך	פירוט
29/04/2019	05/05/2019	תום תקופת אי הכושר-92'ס

התובע נכח בדיון	זהותו ופרטיו אומתו לפי תעודת זהות
עורך דין נכח בדיון	אריאל פרייברג, זהותו ופרטיו אומתו לפי תעודת זהות

משתתפי הוועדה

אריה זיו	כירורגיה אורטופדית
חיים בונן	מזכיר הישיבה

978-031389 (002369) 2/5 D1 Pb5fed8099731 J73962410/62409 Oniya
06.01.2020 ת.ר

אילנה אנדריאנוב, מס' זהות: 346000672 מס' ועדה: NV-3656-3900 תאריך: 01/01/2020

41

דברי התובע

פירוט הליקויים מפי התובע ובאי כוחו

לקוח	כאבים ביד מפריע לי בכל תחומי החיים מפריע לי לישון והכאבים בשבר שכאשר מפעילה לחץ יש כאבים חזקים יותר.
עורך דין	מדובר בשבר ביד ימין דומיננטית הייתה בחופשה ממושכת עבודה בגרפיקה מוגבלת עם היד המשיכה במעקב .בוצעה בדיקת סי טי הדגימה איחוי חלקי ממצא בולט במסרק 5.החלה לסיבול מהרדמות וחוסר תחושה של האצבעות מאז כאבים והגבלה באצבות וכף יד ימין.כאב בחילופי מזג אוויר ולאחר מאמץ.

מצב תעסוקתי לאחר הפגיעה

חזר לעבודה בתאריך: |
לא קיימת ירידה בהכנסות,

הצהרה

הצהרה של אילנה אנדריאנוב

- אני מאשרת כי הפרטים הרשומים מעלה הינם כפי שמסרתי לוועדה הרפואית
- אין הכרות קודמת/טיפול/קבלת חוות דעת חבר הוועדה: חיים בונן, אריה זיו
- אני מסכימה להיבדק על ידי חברי הוועדה

חתימה:

ממצאים

מסמכים

רשימת המסמכים המלאה שעמדה בפני הוועדה נמצאת בנספח

בדיקה

בצילום כף יד ימין מ 27.01.2019 שברים אלכסונים במסרקים 4.5.צילומי סי טי מאותו תאריך ממצאים דומים.
בבדיקה כף יד ימין . ללא עיוות קיצור קל של מסרק חמש. כפוף ופשיטת אצבעות מלאים . ללא שנויים דיסטרופים . ללא דלדול שרירים בכף היד . תחושה , כוח שרירים והחזר קפילרית שמורים . אינטרינסק פלוס . קרוב ופיסוק אצבעות שמורים .

978-031390 (002369) 2/5 D1 Pb5fed8099731 J73962410/62409 Oniya 06.01.2020 ת.ר

42

מסקנות

מצב לאחר שברים בעצמות המסרק 4-5 בכף יד ימין .
לא הוצג צילום עדכני . המצב עדיין זמני .
לוועדה הבאה צילום עדכני של כף יד ימין

אבחנות

אבחנה	איבר / צד	תקופה	דגשים
816 - (שבר באצבע או באצבעות (יד	ימין	27/01/2019	קשר סיבתי לפגימה שהוכרה

978-031391 (002369) 3/5 D1 Pb5fcd8099731 J73962410/62409 Oniya 06.01.2020 תכ

אילנה אנדריאנוב, מס' זהות: 346000672 מס' ועדה: NV-3656-3900 תאריך: 01/01/2020

43

החלטה

קביעת אחוזים רפואיים

תקופה	אבחנה	סעיף ליקוי	אחוז נכות	הערות
מ: 29/04/2019 עד:31/08/2019	שבר באצבע או באצבעות (יד)		30% זמני	
מ: 01/09/2019 עד:31/12/2019	שבר באצבע או באצבעות (יד)		20% זמני	
מ: 01/01/2020 עד:31/03/2020	שבר באצבע או באצבעות (יד)		10% זמני	

שקלול הנכות הרפואית

מתאריך	עד תאריך	מידת נכות	אחוז נכות משוקלל	שקלול למס הכנסה
29/04/2019	31/08/2019	זמני	30%	
01/09/2019	31/12/2019	זמני	20%	
01/01/2020	31/03/2020	זמני	10%	

978-031392 (002369) 3/5 D1 Pb5fed8099731 J73962410/62409 Oniya

ת.ר 06.01.2020

אילנה אנדריאנוב, מס' זהות: 346000672 מס' ועדה: NV-3656-3900 תאריך: 01/01/2020

44

הצהרה של: אריה זיו

אני מצהיר/ה בזאת כי

- לא נתתי לתובעת חוות דעת או אישורים רפואיים בקשר למצבו הרפואי
- איני הרופא המטפל של התובעת
- לא קיימת קרבה משפחתית/היכרות אישית ביני לבין התובעת
- לא קיימים קשרי עבודה או קשר עסקי עם בא כוח התובעת
- לא עמדה בפני חוות דעת ממנהל המחלקה/מנהל בית החולים בו אני עובד

מסמך זה חתום דיגיטאלית על-ידי:

שם: אריה זיו כירורגיה אורטופדית מספר רישיון: 15469

הצהרה של מזכיר הוועדה: חיים בונן

אני מצהיר/ה בזאת כי לא קיימת קרבה משפחתית או היכרות אישית ביני ובין התובעת ואיני נמצא/ת בניגוד עניינים על פי הכללים שקבע המוסד לביטוח לאומי.

מסמך זה חתום דיגיטאלית על-ידי:

שם: חיים בונן

978-031393 (002369) 4/5 D1 Pb5fed8099731 J73962410/62409 Oniya 06.01.2020 ת.ר

המוסד לביטוח לאומי

נכות מעבודה
תאריך הפגיעה - 27/01/2019

45

דו"ח ועדה רפואית לתום זמניות

אילנה אנדריאנוב, מספר זהות 346000672

סניף המגורים	סניף הוועדה	מספר ועדה	תאריך הוועדה
סניף ראשי רמת גן	סניף ראשי רמת גן	NV-4222-3900	11/03/2020

פרטים אישיים

שם:	מספר זהות:	תאריך לידה:	מגדר:	כתובת למשלוח דואר
אילנה אנדריאנוב	346000672	19/09/1993	נקבה	חרות 22, רמת גן 5254130

טלפון:
054-5931113

פרטי התביעה

תאריך הפגיעה	תיאור הפגיעה
27/01/2019	• **מעמד תעסוקתי:** שכיר **תיאור המקרה:** חבלה תאונת דרכים/חבלה מרכב-אוטובוס שיפשף אותה. **מהות המקרה:** חבלת כף יד ימין אצבעות 4+5, אמה ומרפק ימין.

תשלום דמי פגיעה

תקופות שבהן אושרו דמי פגיעה

מתאריך	עד תאריך	פירוט
28/01/2019	28/04/2019	91 ימים

תקופות שבהן לא אושרו דמי פגיעה

מתאריך	עד תאריך	פירוט
29/04/2019	05/05/2019	תום תקופת אי הכושר-ס'92

החלטה אחרונה מתאריך 01/01/2020

נכות רפואית	מתאריך	עד תאריך
30.0%	29/04/2019	31/08/2019
נכות רפואית	**מתאריך**	**עד תאריך**
20.0%	01/09/2019	31/12/2019
נכות רפואית	**מתאריך**	**עד תאריך**
10.0%	01/01/2020	31/03/2020

אילנה אנדריאנוב, מס' זהות: 346000672 מס' ועדה: NV-4222-3900 תאריך: 11/03/2020

46

נוכחות בדיון

התובע נכח בדיון	זהותו ופרטיו אומתו לפי תעודת זהות
עורך דין נכח בדיון	אריאל פרייברג, זהותו ופרטיו אומתו לפי תעודת זהות

משתתפי הוועדה

בוריס יוסף	כירורגיה אורטופדית
חיים בונן	מזכיר הישיבה

דברי התובע

פירוט הליקויים מפי התובע ובאי כוחו

לקוח	
עורך דין	אין שינוי עדיין מטופלת במסגרת פיזוטרפיה וריפוי בעיסוק. עובדת כמעצבת גרפית העבודה כרוכה בשימוש יד ימין הדומיננטית נזקקת להפוגה בגלל כאבים.הכאבים בעת הפעלת לחץ שימוש ביד וילופי מזג אוויר.מבקשים נכות צמיתה.

מצב תעסוקתי לאחר הפגיעה

החל עבודה חדשה בתאריך: |
לא קיימת ירידה בהכנסות,

הצהרה

הצהרה של אילנה אנדריאנוב

- אני מאשרת כי הפרטים הרשומים מעלה הינם כפי שמסרתי לוועדה הרפואית
- אין הכרות קודמת/טיפול/קבלת חוות דעת חבר הוועדה: חיים בונן, בוריס יוסף
- אני מסכימה להיבדק על ידי חברי הוועדה

חתימה:

אילנה אנדריאנוב, מס' זהות: 346000672 מס' ועדה: NV-4222-3900 תאריך: 11/03/2020

47

ממצאים

מסמכים

רשימת המסמכים המלאה שעמדה בפני הוועדה נמצאת בנספח

בדיקה

בבדיקה כף יד ימין ללא ניפיחות או עיוות עצמות תנועות אצבעות חופשיות מבצעת קמיצת אגרוף מלא ללא חוסר נוירוסקולרי ביד רגישות מעל מסרק 4.5 צילום ביקורת 04.03.2020 שבר אלכסון מסרק 4.5 עם חיבור וקיים קיצור של מסרק 5.

מסקנות

נכותה 5% לצמיתות.

אבחנות

אבחנות

אבחנה	איבר / צד	תקופה	דגשים
816 - (שבר באצבע או באצבעות (יד	ימין	27/01/2018	קיים קשר סיבתי

תקנה 15

הוועדה החליטה שאין להגדיל את אחוזי הנכות על פי תקנה 15

אין ירידה בשכר

אילנה אנדריאנוב, מס' זהות: 346000672 מס' ועדה: NV-4222-3900 תאריך: 11/03/2020

49

החלטה

קביעת אחוזים רפואיים

תקופה	אבחנה	סעיף ליקוי	אחוז נכות	הערות
מ: 01/04/2020	שבר באצבע או באצבעות (יד)	35(1)(ב) ארטריטיס רבמטואידית או ניוונית, השפעה קלה על כושר הפעולה הכללי או התנועות	10% צמית	- איבר:גפה עליונה - צד: ימין

שקלול הנכות הרפואית

מתאריך	עד תאריך	מידת נכות	אחוז נכות משוקלל	שקלול למס הכנסה
01/04/2020		צמית	10%	

- **מ- 01/04/2020 ואילך נקבעה לך נכות קבועה של 10%**

הצהרה של חברי הועדה

הצהרה של: בוריס יוסף

אני מצהיר/ה בזאת כי

- לא נתתי לתובעת חוות דעת או אישורים רפואיים בקשר למצבו הרפואי
- איני הרופא המטפל של התובעת
- לא קיימת קרבה משפחתית/היכרות אישית ביני לבין התובעת
- לא קיימים קשרי עבודה או קשר עסקי עם בא כוח התובעת
- לא עמדה בפני חוות דעת ממנהל המחלקה/מנהל בית החולים בו אני עובד

מסמך זה חתום דיגיטאלית על-ידי:

שם: בוריס יוסף כירורגיה אורטופדית מספר רישיון: 22835

הצהרה של מזכיר הוועדה: חיים בונן

אני מצהיר/ה בזאת כי לא קיימת קרבה משפחתית או היכרות אישית ביני ובין התובעת ואיני נמצא/ת בניגוד עניינים על פי הכללים שקבע המוסד לביטוח לאומי.

מסמך זה חתום דיגיטאלית על-ידי:

שם: חיים בונן

יפוי כח

אני הח"מ, אלנר אנדישנוק,
ת.ז. מס' 346000672, מרחוב חרות 22 רעת א,
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג להיות בא כוחי במשפט של _____ נגד _____ בענין תאונת דרכים מיום 27.1.19 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 ברישומו 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 27 לחודש 2 שנה 2019

חתימה: X אילנה

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל פרייברג
מס' רשיון: 62254
עורך-דין

אריאל פרייברג, עו"ד

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

אנדישניק	אילנה	346000672	
שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב

חרות	22	חתא		
רחוב	מס'	עיר	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 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: 27.2.19 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: אילנה X

(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

עו"ד אריאל פרייברג
מס' רשיון: 62254

ייפוי כח

הריני מייפה את כוחו של מתאים למקור אריאל פרייברג, עו"ד לקבל את המידע הרפואי המפורט לעיל

תאריך	שם פרטי ושם משפחה	חתימה

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

תצהיר

טופס 2

(תקנה 2)

אני החי"מ אלה אנדרשנוד בעל ת.ז. 346000672 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: 2011 הפגיעה: תפרים דרך ימין המוסד הרפואי: לא זוכרת

תאריך: - הפגיעה: - המוסד הרפואי: -

תאריך: - הפגיעה: - המוסד הרפואי: -

X אילנה

חתימה

אישור

אני החי"מ עו"ד אריאל פרייברג, מרחוב ~~יגאל אלון 65~~ אבא הלל 7, תל אביב מאשר בזה כי ביום 3.3.20 הופיע/ה בפני אלנה אנדרשנוד (המוכר/ת לי באופן אישי) שהזדהה/תה בתעודת זהות מס' 346000672 ולאחר שהזהרתיו/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