

7 ABA HILLEL ST, RAMAT GAN

רחוב אבא הלל 7 רמת גן (בית סילבר)

Tel 03-7412358 , Fax 077-3180983

טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

מ.ל.ב.

31.3.22

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי – סניף יפו

א.ג.נ.,

הנדון : עדי עובד, ת.ז. 201170610
תאונה מיום 4.11.21

1. מצ"ב טופס תביעה לקביעת דרגת נכות.
 2. מצ"ב תיעוד רפואי.
 3. לעיונכם וטיפולכם המסור בתביעת מרשי אודה.
- *מצ"ב יפוי כח וטופס וס"ר חתומים ע"י מרשי.


בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד

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

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



תביעה לקביעת דרגת נכות
מעבודה ולתשלום גמלת
נכות מעבודה

1

פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
עזרי	ערי	20170610
מין	מספר אישי בצה"ל	תאריך לידה
זכר ☒		שנה חודש יום
נקה ☐		
עיסוק		
שכיר ☒		
מתנדב ☐		
עצמאי ☐		

נכות (הרשומה במשרד הפנים)

מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב/תא דואר
5958501	בת ים			ה/21	היילנד
דואר אלקטרוני:		טלפון נייד		טלפון קווי	
@					

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

שם משפחה של איש קשר	שם פרטי של איש קשר	מס' זהות של איש קשר ס"ב

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

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)

מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב/תא דואר

2

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה	פרטים על הפגיעה
04/11/2021	בהלן בירוקה יחידת ונהלית
שנה חודש יום	

3

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

שם מקום העבודה / העסק / הגוף השולח לפעולת ההתנדבות						שם, טלפון וכתובת מקום העבודה עצמאי - שם, טלפון וכתובת העסק מתנדב - שם הגוף השולח לפעולת ההתנדבות					
רחוב/תא דואר						מס' בית					
כניסה						דירה					
יישוב						מיקוד					
המקצוע ערב הפגיעה:											

3א

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

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

4

פרטי הטיפול הרפואי

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

5

המגבלות שיש לך עקב הפגיעה שבגינן אתה תובע גמלה

המסמך או התיעוד הרפואי הקשור למגבלה שציינת

המגבלות או הכאבים שמהם אתה סובל

77

כאבים והזלזלה בגופי זרועות ימין
חירב, דפאן, חולב, קל-הירידה
כאבים, חוסר חיות, כאבים, וזלזלה
בגופי ימין וזלזלה, חולב, קל-הירידה.

האם סבלת בעבר ממגבלות או כאבים דומים לאלה שציינת בטבלה למעלה?

☐ לא ☐ כן, פרט:

6

חזרה לעבודה

האם חזרת לעבודה לאחר הפגיעה?

☒ כן - חזרתי לאותה העבודה **כן - תקשי ריחוי**

☐ כן - חזרתי לעבודה אחרת. פרט

שם המעביד וכתובתו

תאריך החזרה לעבודה

☐ לא חזרתי לעבודה - ציין את הסיבה

לידיעתך, לצורך הטיפול בתביעה אנו נפנה למעסיקיך לפי הצורך, לקבלת נתוני הכנסותיך
אם הנך מתנגד לכך עליך לסמן את ההצהרה הבאה

☐ אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטלי (ממוחשב) של הכנסותיי.
ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי.

7

שליטה בשפה העברית

☐ אני לא שולט בשפה העברית. אני דובר

☐ אגיע לוועדה עם מלווה דובר עברית

☐ לא אגיע לוועדה עם מלווה דובר עברית

8

פרטים על תשלומים

האם אתה מקבל או זכאי לתשלום או תגמול ממשד הביטחון?

☐ לא ☐ כן - ציין את סוג התשלום מס' תיק באגף השיקום

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

☐ לא ☐ כן - ציין את שם הנתבע

9

סיוע וייצוג בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☒ כן

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

☐ אחר

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

טלפון

03-7412358

כתובת

אכסא בלל ד, י

שם גורם מסייע

ד"ר אהרון כהן

10

פרטי חשבון הבנק של התובע

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

שמות בעלי החשבון

ד"ר יצחק

מספר חשבון

מס' סניף

שם הסניף/כתובתו

שם הבנק

260219

33 יבנה

הסקוט

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

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

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

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

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

תאריך 31.3.22 חתימת מקבל הגמלה x חתימת השותפים לחשבון x

11

הצהרה

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

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

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

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

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

☐ אני מסכים לוועדה בוידאו צ'אט

תאריך 31.3.22 חתימת התובע x

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

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: נכות מעבודה

פרטים אישיים

1

תאריך הפגיעה 04.11.2021 שנה חודש יום	מספר זהות/דרכון 201170610	קוד גמלה 11
שם פרטי דני	שם משפחה דור	
חבר בקופת חולים ☒ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר _____		

הצהרה

2

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

תאריך 31.1.22 חתימת המבוטח * _____

0

מיון : ר"ד מהלכים / מיון פנימי
מ.ז. : 0-20117061 שם: עובד עדי
אב : יוסף יצחק כתובת: רבינוביץ' 1/21 בת ים
סוג : אזרח : טל: 054-2212103 ת.לידה: 03.05.1990
קופ"ח: כללית כסוי: חסר חוזר דחוף הפניה: כן
סיבה : מחלה
ת.קבלה: 04.11.21 17:38
מפעיל: SAHARB

המרכז הרפואי האוניברסיטאי
ע"ש אדית וולפסון



Department of Emergency Medicine

מחלקה לרפואה דחופה

גישויות לתרופות

י.צ.א. 14

ביוקור חוזר
שמות
מחלקה
BIO HAZZARD

סיבת הפניה: מחלות רקע ותרופות
כאבים, נפישה, חום, גודש

מ.ז.א. מיון

חתימה וחותמת

בובע"י
מזב הכרה
נשימה
מזב עור
מזב רגשי
ניידות
שימוש בעזרים
סיכון לנפילה
לא
כן
הדרכה
דפנות מיטה מורמות
מעצורי מיטה
מלאה
מבולבלת
מעורפלת
חוסר הכרה
עצמונית
קוצר נשימה
מונשם
חמצן
תקין
פצע/לחץ/יש/אין
פריחה/בצקות
שיפשוף/חתך
תקין
אי שקט
חרד
אחר*

שם המלווה קירבה טלפון

אומדן כאב ע"פ: PS BPS VAS									
שם וחותמת אחות	עוצמה	מיקום כאב	אופי כאב	DEX GCS	סטורציה	חום	דופק	לחץ דם	שעה
[Signature]	0	-	עמום / חד / שורף לוחץ / ממוקד / מקרין	R.A. O ₂	100	36.7	55	124	19:40
			עמום / חד / שורף לוחץ / ממוקד / מקרין						
			עמום / חד / שורף לוחץ / ממוקד / מקרין						
[Signature]	0	-	עמום / חד / שורף לוחץ / ממוקד / מקרין	R.A. O ₂	99	38	58	122	23:04
			עמום / חד / שורף לוחץ / ממוקד / מקרין						
			עמום / חד / שורף לוחץ / ממוקד / מקרין						
[Signature]	0	-	עמום / חד / שורף לוחץ / ממוקד / מקרין	R.A. O ₂	99	38	58	122	23:04
			עמום / חד / שורף לוחץ / ממוקד / מקרין						
			עמום / חד / שורף לוחץ / ממוקד / מקרין						

בדיקת דם/ הכנסת ווגנפולן

ST ☐ T.D. ☐

כימיה ☐ ת.כבד ☐

ת.קרישה ☐ D-DIMER ☐

טרופונין ☐ CPK ☐

גלים ☐ CRP ☐

ליפאז ☐ עמילאז ☐

ר.תרופות ☐ ר.אלכוהול ☐

ת.דם ☐ לקטט ☐

שתן כללי ☐ שתן HCG-β ☐

תרכיב שתן ☐ חיובי / שלילי ☐

שעה

חתימה וחותמת אחות

שעה רופא מנהל מקרה

שעה

עודה זו ניתנה ע"י להגשתה כראייה לבית המשפט והריני להצהיר בזאת כי ידוע לי היטב שלעניין החוק הפלילי בדבר יו"ת שקר בשבועה בבית המשפט, דין תעודה זו כשהיא חתומה על ידי כדן עדות בשבועה שנתתי בבית משפט.

14' 30

וטופל

שלב עד
20117061-0
11376363
31 72
מי-מהלך ז

תולדות עבר

תרופות קבועות

בדיקה גופנית / נירולוגית

אק"ג

תכנית טיפול:

דימות: ☐ צילום ☐ CT ☐ US ☐ אחר ☐ ☐ ליווי רפואי

תשובת הדמיה

בדיקה חוזרת וסיכום כללי

אבחנות

994.8

☐ מצורפת רשומה רפואית מודפסת

המלצות להמשך בירור וטיפול תרופתי

אשפוז למחלקה: ☐ מיטת ☐ כיסא גלגלים ☐ חמצן ☐ ליווי רפואי

שיחרור: חופש מחלה ☐ ימים. ביקורת תפריס בעוד ☐ ימים. הוצאת תפריס בעוד ☐ ימים. בדיקות מעבדה מצורפות

עזב על דעת עצמו/חתם / לא חתם. תאריך: שעה: ☐ חתמה וחותרמת הרופא

תאריך: שעת אשפוז / שיחרור: ☐ חתמה וחותרמת הרופא

שחרור סעודי: ☐ הוצאת וונפולין ☐ בקרת סימנים חיוניים ☐ אומדן כאב בשחרור ☐ אחר: ☐ הדרכה לשחרור: ☐ לקיחת אנלגטיקה לפי הצורך ☐ התלפת חבישה בקופ"ח ☐ לקיחת טיפול אנטיביוטי ☐ המשיך מעקב רפואי ☐ ביצוע הדמיה בקופ"ח ☐ תזונה ושתייה מתאימה ☐ ניתן דף הדרכה למטופל ☐ חתמה וחותרמת האחות המשחררת

23:07

שעה:

23:07

עובד עדי
מ.ד.
20117061-0
11376363
מי-מהלך ז' גל' 31

רגישויות לתרופות

14' 3' 01

שעה	אופן מתן	הוראה רפואית	קצב סיהול	חתימת הרופא	שעת ביצוע ההוראה / חתימת וחותמת האחות
		1. סוכר / סוכר + כינור 2. סוכר + כינור 3. סוכר + כינור 4. סוכר + כינור 5. סוכר + כינור 6. סוכר + כינור 7. סוכר + כינור 8. סוכר + כינור 9. סוכר + כינור 10. סוכר + כינור 11. סוכר + כינור 12. סוכר + כינור 13. סוכר + כינור 14. סוכר + כינור 15. סוכר + כינור 16. סוכר + כינור 17. סוכר + כינור 18. סוכר + כינור 19. סוכר + כינור 20. סוכר + כינור 21. סוכר + כינור 22. סוכר + כינור 23. סוכר + כינור 24. סוכר + כינור 25. סוכר + כינור 26. סוכר + כינור 27. סוכר + כינור 28. סוכר + כינור 29. סוכר + כינור 30. סוכר + כינור 31. סוכר + כינור 32. סוכר + כינור 33. סוכר + כינור 34. סוכר + כינור 35. סוכר + כינור 36. סוכר + כינור 37. סוכר + כינור 38. סוכר + כינור 39. סוכר + כינור 40. סוכר + כינור 41. סוכר + כינור 42. סוכר + כינור 43. סוכר + כינור 44. סוכר + כינור 45. סוכר + כינור 46. סוכר + כינור 47. סוכר + כינור 48. סוכר + כינור 49. סוכר + כינור 50. סוכר + כינור 51. סוכר + כינור 52. סוכר + כינור 53. סוכר + כינור 54. סוכר + כינור 55. סוכר + כינור 56. סוכר + כינור 57. סוכר + כינור 58. סוכר + כינור 59. סוכר + כינור 60. סוכר + כינור 61. סוכר + כינור 62. סוכר + כינור 63. סוכר + כינור 64. סוכר + כינור 65. סוכר + כינור 66. סוכר + כינור 67. סוכר + כינור 68. סוכר + כינור 69. סוכר + כינור 70. סוכר + כינור 71. סוכר + כינור 72. סוכר + כינור 73. סוכר + כינור 74. סוכר + כינור 75. סוכר + כינור 76. סוכר + כינור 77. סוכר + כינור 78. סוכר + כינור 79. סוכר + כינור 80. סוכר + כינור 81. סוכר + כינור 82. סוכר + כינור 83. סוכר + כינור 84. סוכר + כינור 85. סוכר + כינור 86. סוכר + כינור 87. סוכר + כינור 88. סוכר + כינור 89. סוכר + כינור 90. סוכר + כינור 91. סוכר + כינור 92. סוכר + כינור 93. סוכר + כינור 94. סוכר + כינור 95. סוכר + כינור 96. סוכר + כינור 97. סוכר + כינור 98. סוכר + כינור 99. סוכר + כינור 100. סוכר + כינור			

גלי אבו מעק
מ.ר. 222261

ה מורמות
זה

שעה

19:40

23:00

בנסת וונפלון

- ST ☐
- ת.כבד ☐
- D-DIMER ☐
- CPK ☐
- CRP ☐
- עמילאז ☐
- ר.אלכוהול ☐
- לקט ☐
- שתן HCG ☐
- חיובי / שלי ☐

שעה

חתימת
וחותמת
אחות

שעה	קטטר שתן (שארית)	תוכן זנדה	נקז	חתימת וחותמת האחות



סודי רפואי

מעודכן ל: 04/11/21, 23:02

מנהל מח': דר. שופן

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה - 11376363

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

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

עובד עדי

ת.ז.: 20117061-0	מין: זכר	ת.לידה: 03/05/1990	גיל: 31 ש
שם האב: יוסף יצחק	טל: 054-2212103	טל: 03-5520046	שם האם: שרה
מצב משפחתי: ר	קופ"ח: כללית	סוג מבקר: אזרח	
כתובת: רבינוביץ' 1/21, בת ים, 5958501			

נתוני ביקור במיון

סיבת קבלה: מחלה	גורם מפנה: כללית	מבטח: עובד עדי,	20117061-0
תאריך קליטה במיון: 04/11/21	שעה: 17:38		
תאריך קליטה בבי"ח: 04/11/21	שעה: 17:38		
זמן בדיקת רופא: 04/11/21, 20:21			

אבחנות בנכחיות

994.8 - ELECTROCUTION AND NONFATAL EFFECTS OF ELECTRIC CURRENT FOREARM BURNING

אבחנות כרוניות

708.5 - CHOLINERGIC URTICARIA
PHYSICAL INDUCIBLE URTICARIA AND DERMOGRAPHISM

רגישויות

לא ידוע

הרגלים

Smoking

גראס רפואי

תלונה עיקרית

בן 31,
סובל מכאבי ברכיים,
לאחר קריעת רצועה אחורית בברך ימין
תרופות קבועות- גראס רפואי
בעת עבודתו ב- 15:00 לערך נגע בכבל חשמלי, אמה ימין,

			2.4	10 ^{<SUP>3} </SUP>/	1.5-4.0	Lympho No	ספירת דם
			0.4	10 ^{<SUP>3} </SUP>/	0.2-0.8	Mono No	ספירת דם
			0.1	10 ^{<SUP>3} </SUP>/	0.0-0.4	Eos No	ספירת דם
			0.0	10 ^{<SUP>3} </SUP>/	0.0-0.1	Baso No	ספירת דם
			0.1	%	0.0-0.6	NRBC %	ספירת דם
			85.9	mg/dl	70.0-110.0	Glucose - B	בדיקות כימיה בדם
			30	mg/dl	18-50	Urea - B	בדיקות כימיה בדם
			139.8	mmol/l	136.0-145.0	Sodium - B	בדיקות כימיה בדם
			4.33	mmol/l	3.50-5.10	Potassium - B	בדיקות כימיה בדם
			100	mmol/l	98-107	Chloride - B	בדיקות כימיה בדם
			289	mosm/ kgh2o	275-295	Osmolality calcul-B	בדיקות כימיה בדם
			0.92	mg/dl	0.67-1.17	Creatinine - B	בדיקות כימיה בדם
			185.0	u/l	0.0-190.0	CK total - B	בדיקות כימיה בדם
			<0.1	mg/dl	0.00-0.50	CRP - B	בדיקות חלבונים ספציפיים בדם
			0.0	10 ^{<sup>3} </sup>/	0.0-0.0	NRBC (Nucleated red blood cell	ספירת דם
			<3	ng/l	14-	Troponin T - blood	בדיקות מיוחדות בדם
			97	ml/ (min.1.73m	60-90	GFR estimated	Without Title

בדיקות דימות

04/11/21 21:33 צילום בית החזה, צדי
04/11/21 21:33 צילום בית החזה, אחורי-קדמי

סרעפת - בעמדה תקינה.
פלגורה - זוויות קוסטופרניות חופשיות
שדות הריאה - ללא עדות לתסנין או גודש
שערי ריאות - אינם מוגדלים
צל המדיאסטינום - אינו מורחב
צל הלב - אינו מורחב

בעת האפיזודה מלווה בחולשה כללית ותחושת פלפיטציות ,
ומלין על כאב באמה ימין וירידה בתחושה באצבעות היד .
נעשתה הערכה ב- 17:00 ע"י דר' ירם מוזס, כירורג ,
התרשם מכוויה ממכת חשמל באמה ימין -דרגה 2, טיפול משחה מקומית.
נשלל: שינוי במצב ההכרה, תעוקת חזה, קוצר נשימה, הפרעת ראייה, חולשה בפלג גוף.

בדיקה גופנית

מצב כללי: מצב כללי טוב, בהכרה מלאה, מתמצא בזמן ובמקום, נינוח נשימתית, ללא סימני התייבשות.
עור וריריות: אמה ימין - כוויה דרגה 1-2

בית חזה ונשימה: בית חזה סימטרי. כניסת אוויר טובה שווה ודו צדדית ללא צפצופים ללא קרפיטציות.
לב וכלי דם: קולות לב סדירים ללא אוושות. ללא קולות נוספים. ללא סימני גודש ורידי צוואר.
בטן: רכה ואינה רגישה

שלד, פרקים, גפיים: אמה ימין חבושה עם פד סטרילי מודבק
ללא סימני איסכמייה
ללא הגבלה בהנעת הגפיים
אין הגבלה בהנעת האצבעות
עצבים: בהכרה מלאה, כוח גס שמור,

בדיקות מעבדה

קבוצה	תיאור	טווח	יח'	ראשון	אחרון	חריג מינימלי	חריג מקסימלי
ספירת דם	WBC	4.0-10.0	10^{10}	8.3			
ספירת דם	RBC	4.4-6.0	10^{10}	4.7			
ספירת דם	HGB	13.5-17.5	G/DL	14.7			
ספירת דם	HCT	38.0-52.0	%	40.8			
ספירת דם	MCV	80.0-100.0	FL.	87.7			
ספירת דם	MCH	26.0-32.0	PG	31.6			
ספירת דם	MCHC	30.0-37.0	G/DL	36.0			
ספירת דם	RDW - SD	12.1-16.2	%	12.2			
ספירת דם	PLT	150-450	10^{10}	202			
ספירת דם	MPV	6.5-10.0	FL.	9.5			
ספירת דם	Neutro %	42.0-72.0	%	63.8			
ספירת דם	Lympho %	20.0-45.0	%	29.2			
ספירת דם	Monocytes %	2.0-10.0	%	5.2			
ספירת דם	Eos %	0.0-6.0	%	1.3			
ספירת דם	Baso %	0.0-1.0	%	0.5			
ספירת דם	Neutro No	1.5-7.5	10^{10}	5.3			

דין וסיכום הקבלה

בן 31,
סובל מכאבי ברכיים,
לאחר קריעת רצועה אחורית בברך ימין
תרופות קבועות- גראס רפואי.
טופל בטוקסואיד לפני כחודש.
בעת עבודתו ב- 15:00 לערך נגע בכבל חשמלי, אמה ימין,
בעת האפיזודה מלווה בחולשה כללית ותחושת פלפיטציות,
ומלין על כאב באמה ימין וירידה בתחושה באצבעות היד.
נעשתה הערכה ב- 17:00 ע"י דר' ירם מוזס, כיורוג,
התרשם מכוויה ממכת חשמל באמה ימין-דרגה 2, טיפול משחה מקומית.
נשלל: שינוי במצב ההכרה, תעוקת חזה, קוצר נשימה, הפרעת ראייה, חולשה בפלג גוף.
בקבלתו נינוח ללא טכיקרדיה או טכיפניאה.
סטורציה-100 באוויר חדר
חום-36.7 דופק-55 לדקה סדיר לד-124/78
בהכרה מלאה, ללא סימני צד
לב קולות סדירים.
אמה ימין חבישה עם פד שהודבק.
במהלך שהותו במיון טופל בליטר STD+אקאמול 1גרם במתן IV עם שיפור ניכר בסימפטומים.
טרם שחרורו הערכת כיורוג, דר' דוידוב,
ובעת בדיקתו
אכן מדובר בכוויה דרגה 1-2,
והמליץ חבישה עם סילברול.
בדיקות עזר:
אקג- סינוס
ST/T ללא שינויים איסכמיים
PR תקין QRS - תקין.
צ.חזה- ללא ממצא חריף.
מעבדה:
טרופונין- תקין
CK - תקין
גלוקוז, תפקודי כליה, נתרן, אשלגן- תקינים
ללא לאוקוציטוזיס
CRP אינו מוגבר.
לסיכום
מדובר בכוויה דרגה 1-2 באמה ימין- בשל מכת חשמל, ללא סיבוכים קארדיאליים או נוירולוגיים.

מצב המטופל בשחרור ממיון

טרם שחרורו מתהלך במיון וחש בטוב.
ולמעשה במהלך שהותו במיון מ- 17:30 לערך ועד לשחרורו ללא תעוקת חזה, פלפיטציות או חסר נוירולוגי.

תכנית טיפול והמלצות להמשך

-מעקב רופא מטפל
-מעקב חום

-מנוחה לפחות 4-5 ימים.

- המשך טיפול מקומי בסילברול במשך 10 ימים.

-החמרה במצבו, חום גבוה,

החמרה בכוויה לפנות לשירות רפואי זמין.

בברכה,

החלטות רפואיות:

תאריך	שעה	סוג החלטה	יעד/מוסד העברה	רופא
04/11/2021	23:00	שחרור		חנ.דסאו

שחרר בליווי

חתימה

רופא מאשר: דר. דסאו, חנן

חתימה:

מספר רשיון:

23:02 04/11/21

המרכז הרפואי ע"ש א. וולפסון
 ד"ר חנן דסאו
 רופא בכיר מח' פנימית ד'



2310602



201170610

שירותי בריאות כללית

חסוי/אישי

-מקור

תאריך: 07/11/21

מחוז מנפק : 002 ת"א יפו
 מרפאה מנפקת : 3063 בימ"ק בת ימון
 גורם מממן : 002 ת"א יפו

אל : 223 וולפסון לקביעת תור : 03-5028211

אישור הפניה לחדר מיון
 מס': 302310602

המבוטח : 0020117061-0 עובד עדי
 רופא מפנה : 29477 באאזוב מננה
 הפניה לצורך : ביקור בחדר מיון
 הסיבה : תאונת עבודה

תאריך זימון: 04/11/21 האישור בתוקף עד לתאריך: 04/11/21

חי אלה

שם הפקיד/מנהל אדם' במרפאה חתימה וחותמת

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.

* שירותי בריאות כללית לא תישא בכל אופן שהוא בעלות חלקית או מלאה של שירות רפואי אחר או שונה, לרבות שירות רפואי כלשהו שינתן במסגרת ש"פ.

* טופס זה מיועד לביקור אחד בלבד.

* תוקף הפנייה זו הוא עד לתאריך הרשום לעיל, ושירותי בריאות כללית לא תחא חייבת לשאת בהוצאת בגין שירותים רפואיים שיינתנו למבוטח מעבר לתאריך זה, כל עוד לא הסכימה בכתב להארכת תוקפה.

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

הוזמן תור לתאריך _____/_____/_____
 בשעה _____:

ט"ז-17

תאריך 07/11/2021

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי

פרטי המטופל					
עובד עדי	00-20117061-0	31.06	ז	03/05/1990	יוסף יצחק
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת. לידה	שם האב
רבינוביץ'	1 / 21	54	2212103	5520046	3
רחוב	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון	טלפון
בית ים	בית	בית	בית	בית	בית
ישוב	ישוב	ישוב	ישוב	ישוב	ישוב

תאריך תאונה: 04/11/2021

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

אבחנות		
קוד	אבחנה	אבחנה
9948	ELECTRIC BURN	rt forearm

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל

☒ איננה מסוגלת לעסוק בעבודתה/ ואף לא בעבודה אחרת

מיום 04/11/2021 עד יום 13/11/2021 (בכלל) סה"כ 10 ימים

07/11/2021

07/11/2021

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

ד"ר יורם מוזס

חתימה וחותמת הרופא של השרות הרפואי המוסמך

חותמת המרפאה

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

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד



הזמנה

שם הלקוח: עדי עובד
מועד הביקור: 11/11/21 יום ה' ז' כסלו תשפ"ב
שם הרופא: רופא ב"ח 1
מרפאה: בתימון - המרכז לרפואה יועצת - בת ים
כתובת: הרב ניסנבאום 33, בת ים
אוטובוסים: אגד 2/א, 11, 83, 84, 85, דן 142, 6
הנחיות: אם אין באפשרותך להגיע, אנא בטל/י את התור לפחות יום אחד לפני המועד שלו.

מדובר בקבוצת רופאים שמגיעים מבתי חולים לא ניתן לדעת את שמו של הרופא
 הרופא/ה מטפלים בילדים אך אינם מומחים לילדים. במידה והילד/ה הופנו "למומחה לילדים" יש להפנותו למרפאת האם.
 יש להביא צילומים או תוצאות C.T/ M.R.I קודמים.
 * יש להגיע לתור עם כרטיס מגנטי.
 * הביקור כרוך בתשלום אגרה רבעונית אותה ניתן לשלם במזומן או בהרשאת חיוב.
 * עובדים זרים-נדרשים להגיע עם כרטיס בטוח של כללית.

תאריך הדפסה: 07/11/2021 12:16:00

תאריך: 07/11/2021

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל

שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ז	ת. לידה	יוסף יצחק
00-20117061-0	31.06	ר	03/05/1990	שם האב	
רבינוביץ'	1 / 21	מס בית	54	2212103	5520046 - 3
רחוב			טלפון	טלפון	טלפון נוסף

תאריך תאונה: 04/11/2021

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

מספר הפניה ישירה: 33063148698

גורם שולח



3063

מספר הפניה



033063148698

תז נבדק



0201170610

מספר רשיון



018525

לכבוד: אורטופד

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70017	L9249	בדיקה רפואית - אורתופדיה	70017

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 04/11/2021:
נכווה ממכת חשמל באמה ימין כעת חש שלא בטוב
07/11/2021

ממצאים בבדיקה: בדיקה גופנית מתאריך 04/11/2021:
כוויה דרגה 2 יד ימין
07/11/2021

אבחנה משוערת

קוד	אפיין	אבחנה
9948		ELECTRIC BURN
		rt forearm

דיון/תוכנית טיפולית: דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 04/11/2021:
חבישה עם סילברול
ההפניות שהופקו ב 04/11/2021:
הפניה למיון - 70069-ביקור במיון
07/11/2021

הפניה לרפואה יועצת

עובד עדי

דף 1 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

07/11/2021

הודפס ע"י ד"ר יורם מזוס

00-20117061-0

תאריך 07/11/2021

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי

פרטי המטופל					
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ז	ת. לידה	יוסף יצחק
רבינוביץ'	00-20117061-0	31.06	מין	03/05/1990	שם האב
בת ים	1 / 21	54	טלפון	2212103	5520046 - 3
ישוב	מס בית	טלפון	טלפון נוסף		

תאריך תאונה: 04/11/2021

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

אבחנות		
קוד	איפיון	אבחנה
9948		ELECTRIC BURN
		rt forearm

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל

איננה מסוגלת לעסוק בעבודתה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 04/11/2021 עד יום 13/11/2021 (בכלל) סה"כ 10 ימים

07/11/2021

07/11/2021

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

ד"ר יורם מוזס

חתימה וחותמת הרופא של השרות הרפואי המוסמך

חותמת המרפאה

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

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

11/11/2021 תאריך

סיכום ביקור

פרטי המטופל				
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	00-20117061-0	31.06	ז
שם האב	ת. לידה	03/05/1990	יוסף יצחק	
בת ים	רבינוביץ'	1 / 21	54 - 2212103	3 - 5520046
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון נוסף

שלום רב,

11/11/2021 תאריך הביקור:

0 ביקור רגיל סוג ביקור:

רגיל מהות הביקור:

04/11/2021 תלונות/סיבת הפניה:

כוויה לאחר התחשמלות באמה ימין במהלך עבודתו.
מטופל בחבישה
ללא הגבלה באצבעות
תחושה שמורה פזיור RUM למעט קצה אצבעות.

קוד	איפיון	אבחנה
9490		BURN - NOS

דיון/תוכנית טיפולית: ביקורת בעוד שבוע

בברכה,

ד"ר (רופא) עבדול עזיז בדיר

84712

חתימה וחותמת הרופא

מס' רשיון

שם הרופא

תאריך 18/11/2021

הפניה לפיזיותרפיה
(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל					
עובד עדי	00-20117061-0	31.06	ז	03/05/1990	יוסף יצחק
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
רבינוביץ'	1 / 21			54 -2212103	5520046 - 3
רחוב	מס בית			טלפון	טלפון נוסף
בית ים					
ישוב					

תאריך תאונה 04/11/2021

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

גורם שולח
5722

מספר הפניה
035722024339

תז נבדק
0201170610

מספר הפניה:
רשיון רופא
084712

לכבוד: פיזיותרפיה
שיפור טווחים מרפק ימין , כולל פרוספינציה
גיורי עצבי למדיאנוס

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

BURN - NOS

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 17/11/2021
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 11/11/2021
04/11/2021
כוויה לאחר התחשמלות באמה ימין במהלך עבודתו .
מטופל בחבישה
ללא הגבלה באצבעות
תחושה שמורה פזיור RUM למעט קצה אצבעות .
17/11/2021
כאבי גב תחתון
הגבלה לתנועות
18/11/2021
פצעים נראים יותר טוב , מרגיש מעט הגבלה בתנועה
חוסר תחושה פיזור מדיאנוס

בעיות פעילות	מגילוי	איפיון	בעיה
KNEE SYMPTOMS/COMPLAINTS	20/05/2016	RT	
S/P PATELLAR SUBLUXATION KNEE	20/05/2016	RT	
S/P MPFL RECONSTRUCTION KNEE	15/11/2018	RT	

ס.ה.ר 7

דף 1 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לפיזיותרפיה

00-20117061-0 הודפס ע"י ד"ר (רופא) עבדול עזיז בדיר

עובד עדי

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
15/11/2018	01/11/2012		REMOVAL OF F.B 5th FINGER LI. HAND 6/11/2012

רגישויות

ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא יודע		המטופל

רגישויות נוספות

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא ידועה		

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	3	טבליות	1	FEXOFENADINE HCL TAB 180MG 15 180
ביום	2	כמוסות	1	PREGABALIN CAP 75MG 56 75MG

84712

ד"ר (רופא) עבדול עזיז בדיר

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות ***
 הודפס ע"י ד"ר (רופא) עבדול עזיז בדיר

08/11/2021 תאריך

סיכום ביקור

פרטי המטופל					
עובד עדי	00-20117061-0	31.06	ז	03/05/1990	יוסף יצחק
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
רבינוביץ'	1 / 21	54	2212103	3	5520046 -
בת ים	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון	טלפון
ישוב	רחוב				

04/11/2021 תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

שלום רב,

תאריך הביקור: 08/11/2021
סוג ביקור: 2 תאונת עבודה
מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: 8/11/21
מתלונן על תחושה לא נעימה ביד ימין, קוצר נשימה, כאבי ראש אחרי התחשמלות.

בדיקה גופנית: בבדיקה נירולוגית ללא קישיון עורף או סימנים מנינגאליים. עצבים קרניאליים תקינים, כוח שמור תחושה תקינה. תפקודי מוחן שמורים. החזרים שווים ללא סימנים פירמידליים.

קוד	איפיון	אבחנה
7840		HEADACHE
7820		PARESTHESIA
7804		VERTIGO

הפניות	פרטי ההפניה	קוד	התחייבות	סטטוס
טופס הפניה כללי	EMG-אלקטרומיוגרפיה 56016	H4		הודפס

תרופות בביקור

P	מ	עד	ח	ק	נ	OP	סה"כ	משך	D	פ	יחידה	הגשה	מנה	תרופה
1	W		0	ר	N	יחידה	60	30	D	2	טבליות	TAB	1	BETAHISTINE 16MG TAB 16MG

תאונה	גר"ן	ת. אישור	טיפול מחזורי	עין	תרופה
					BETAHISTINE 16MG TAB 16MG

התראת תרופות:

פעולות	קוד	כמות
152 פתיחת תיק	152	1

בברכה,

ד"ר אירינה פרנק קיז'נר

26015

שם הרופא

מס' רשיון

חתימה וחותמת הרופא

תאריך 10/11/2021

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל					
עובד עדי	שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ז	ת. לידה
00-20117061-0	רבימביץ'	1 / 21	31.06	מין	03/05/1990
בת ים	רחוב	מס בית	טלפון	שם האב	יוסף יצחק
3	רחוב	מס בית	טלפון	שם האב	יוסף יצחק
5520046 - 3	טלפון נוסף	טלפון	טלפון	טלפון	טלפון

תאריך תאונה 04/11/2021

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה: 35109179470

גורם שולח



5109

מספר הפניה



035109179470

תז נבדק



0201170610

מספר רשיון



029477

שירות שנבחר

שירות	קוד	קוד
רפואי	74113	70049
תיאור רפואי	L9271	משה"ב
יעוץ רופא מומחה בפסיכיאטריה		

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות

בעת עבודתו בשעה 15:00 לערך נגע בכבל חשמלי אמה ימין
בעת האפיזודה מלווה בחולשה כללית ותחושת פלופטציות ומלין על כאב באמה
ימין וירידת תחושה באצבעות היד.
נבדק על ידי כירורג בבתימין-התרשם מכווית חשמל באמה ימין דרגה 2, טופל
במשחה מקומית והופנה למיין של ב"ח וולפסון.
במיין במצב כללי יציב.
ללא ממצא חריג בבדיקות דם, אקג-תקין
צילום חזה תקין
לסיכום -מדובר בכוויהדרגה 1-2 באמה ימין בשל מכת חשמל ללא סיבוכים
קרדיאליים או נוירולוגיים

טופל בנוזלים+אקמול דרך הוריד עם שיפור במצבו
על ידי כירורג הומלץ המשך טיפול במשחת סילברול למשך 10 ימים
ב8/11 נבדק על ידי נוירולוג (ד"ר קיזר) -ללא ממצא חריג בבדיקתו.
הופנה לEMG ידיים
עקב תלונות על סכחוררת הומלץ טיפול בבטיסטין.
כעת מלין על חלשה כללית, מדודי שינה, חוסר יציבות, כאבי ראש,קשי נשימה.
מענין ביעוץ פסיכיאטר.
כמו כן ביקש המשך חופש מחלה-עדיין לא מסוגל לעבוד לדבריו.

סימנים חיוניים: גובה 170 משקל 69 15/07/2021 bmi 23.88

ס.ה.ר. 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לרפואה יועצת

דף 1 מ 2

00-20117061-0 הודפס ע"י ד"ר מננה באאזוב 10/11/2021

עובד עדי

ממצאים בבדיקה במצב כללי טוב
אמה ימין אספקט עליון-חבוש עם פד דביק.
ללא חסר נירולוגי פריפרי.

אבחנה משוערת		
אבחנה	איפיון	קוד
ELECTRIC BURN	RT FOREARM	9948
HEADACHE		7840
DIZZINESS		7804

בעיות פעילות		
בעיה	איפיון	מ.גילוי
KNEE SYMPTOMS/COMPLAINTS	RT	20/05/2016
S/P PATELLAR SUBLUXATION KNEE	RT	20/05/2016
S/P MPFL RECONSTRUCTION KNEE	RT	15/11/2018

בעיות בעבר			
בעיה	איפיון	מ.גילוי	מ.סיים
REMOVAL OF F.B 5th FINGER Lt. HAND 6/11/2012		01/11/2012	15/11/2018

רגישויות ו/או תופעות לוואי		
רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י המטופל
לא יודע		

רגישויות נוספות		
רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא ידועה		

תרופות קבועות				
...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	3	טבליות	1	FEXOFENADINE HCL TAB 180MG 15 180
ביום	2	כמוסות	1	PREGABALIN CAP 75MG 56 75MG

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

29477

ד"ר מננה באאזוב

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

11/11/2021 תאריך

הפניה כללית - נוסח חופשי

פרטי המטופל		עובד עדי	
00-20117061-0	31.06	03/05/1990	יוסף יצחק
מס זהות	גיל	ת.לידה	שם האב
1 / 21	21	54	3
מס בית	רחוב	טלפון	טלפון נוסף
רבינוביץ'	בת ים	טלפון	טלפון נוסף

04/11/2021

תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

גורם שולח



3063

מספר הפניה



033063150396

תז נבדק



0201170610

מספר רשיון



134335

לכבוד: למרפאת כף יד בהקדם האפשרי לערכה ותוכנית מעקב וטיפול.
תודה

אבחנה משוערת

קוד	אפיון	אבחנה
3542	SUSP.	NEUROPATHY ULNAR

תלונות בן 31 בריא בד"כ.

בעבודתו נחבל ממכת חשמל ביד ימין.

מאז סובל מכאבים חזמים ביד ימין.

בבדיקתו - פצעים שטחיים באיזור אמה פרוקסימלית אספקט וולארי מסוג כוויות ללא סמני תהליך סזיהומי.

ללא רגישות ספציפית מעל האמה. טוען על ירידה בתחושה דפוזית באמה וכף יד ימין, חושם לחולשה לפי פיזור אולנארי.

הופנה ל-EMG.

נתן הפניה למרפאת כף יד.

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מ.גילוי	אפיון	בעיה
20/05/2016	RT	KNEE SYMPTOMS/COMPLAINTS
20/05/2016	RT	S/P PATELLAR SUBLUXATION KNEE
15/11/2018	RT	S/P MPFL RECONSTRUCTION KNEE

היסטוריה רפואית - בעיות בעבר

מ.סיום	מ.גילוי	אפיון	בעיה
15/11/2018	01/11/2012		REMOVAL OF FB 5th FINGER Lt. HAND 6/11/2012

דף 1 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה כללית - נוסח חופשי

11/11/2021

הודפס ע"י ד"ר וסילי הרצל'נקו 00-20117061-0

עובד עדי

07/11/2021 תאריך

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל					
עובד עדי	00-20117061-0	31.06	ז	03/05/1990	יוסף יצחק
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
רביחביץ'	1 / 21	1	21	54 -2212103	5520046 - 3
בת ים	מס בית	רחוב	טלפון	טלפון	טלפון
ישוב					

04/11/2021 תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה ישירה: 33063148698

גורם שולח



3063

מספר הפניה



033063148698

תז נבדק



0201170610

מספר רשיון



018525

לכבוד: אורטופד

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70017	L9249	בדיקה רפואית - אורתופדיה	70017

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 04/11/2021:
נכוה ממכת חשמל באמה ימין כעת חש שלא בטוב
07/11/2021:

ממצאים בבדיקה בדיקה גופנית מתאריך 04/11/2021:
כוויה דרגה 2 יד ימין
07/11/2021:

אבחנה משוערת

קוד	אבחנה	אבחנה
9948	ELECTRIC BURN	rt forearm

דיון/תוכנית טיפולית דיון/תוכנית טיפולית טיפולית מתאריך 04/11/2021:
תבישה עם סילברול
ההפניות שהופקו ב 04/11/2021:
הפניה למיון - 70069-ביקור במיון
07/11/2021:

תאריך
08/11/2021
16:08

הפניה כללית.

פרטי המטופל					
עובד עדי	00-20117061-0	31.06	ז	03/05/1990	יוסף יצחק
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת. לידה	שם האב
רבינביץ'	1 / 21			54 -2212103	5520046 - 3
בת ים	מס בית			טלפון	טלפון נוסף
רחוב					

סוג תאונה 2 תאונת עבודה תאריך תאונה 04/11/2021

מספר הפניה ישירה: 33063149317

גורם שולח
3063

מספר הפניה
033063149317

תז נבדק
0201170610

מספר רשיון
026015

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד	תיאור רפואי	שירות רפואי
56016	95861	אלקטרומיוגרפיה EMG	56016

אבחנה משוערת

קוד	אבחנה	איפיון
7840	HEADACHE	
7820	PARESTHESIA	

תלונות: 8/11/21
מתלונן על תחושה לא נעימה ביד ימין, קוצר נשימה, כאבי ראש אחרי התחשמלות.

ממצאים בבדיקה: בבדיקה נירולוגית ללא קישיון עורף או סימנים מנינגאליים. עצבים קרניאליים תקינים, כוח שמור תחושה תקינה. תפקודי מוחון שמורים. החזרים שווים ללא סימנים פירמידליים.

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מ. גילוי	איפיון	בעיה
20/05/2016	RT	KNEE SYMPTOMS/COMPLAINTS
20/05/2016	RT	S/P PATELLAR SUBLUXATION KNEE
15/11/2018	RT	S/P MPFL RECONSTRUCTION KNEE

היסטוריה רפואית - בעיות בעבר

מ. סיום	מ. גילוי	איפיון	בעיה
15/11/2018	01/11/2012		REMOVAL OF F.B 5th FINGER Lt. HAND 6/11/2012

רגישויות
ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא יודע		המטופל

רגישויות נוספות

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא ידועה		

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	3	טבליות	1	FEXOFENADINE HCL TAB 180MG 15 180
ביום	2	כמוסות	1	PREGABALIN CAP 75MG 56 75MG

מטרת הבדיקה: לשלול בעיה עצבית בידיים- NCV

26015

ד"ר אירינה פרנק קיז'נר

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

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

סיכום ביקור

פרטי המטופל					
עובד עדי	00-20117061-0	31.07	ז	03/05/1990	יוסף יצחק
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
רבינוביץ'	1 / 21	21		54 - 2212103	5520046 - 3
בת ים	מס בית	רחוב		טלפון	טלפון נוסף
ישב					

שלום רב,

לכבוד: רופא משפחה
תאריך הביקור: 29/11/2021
סוג ביקור: 2 תאונת עבודה
מהות הביקור: רגיל

אבחנות פסיכיאטריות פעילות

קוד	אבחנה	איפיון
L15	KNEE SYMPTOMS/COMPLAINTS	RT
	S/P PATELLAR SUBLUXATION KNEE	RT
	S/P MPFL RECONSTRUCTION KNEE	RT

אבחנות בביקור

ת.גילוי	אבחנה	איפיון
F430	ACUTE STRESS REACTION	

תרופות בביקור

P	M	עד	n	ק	n	OP	סה"כ	משך	D	פ	יחידה	הגשה	מנה	תרופה
3	W		0	ק	N	יחידה	30	30	D	1	טבליות	TAB	1	MIRTAZAPINE 30MG TAB 30MG

סיכום ודיון:

בן 31, רווק, חשמלאי משנת 2019. לפני כן היה מתקין מזגנים. מתגורר בבית ים בגפו. ככל חשמלי נגע באמת יד ימין ולמשך שניות מעטות הרגיש שהזמן חולף לאט, מתאר תגובה דיסוציטיבית- הרגיש שמתנתק מעצמו וחווה מקרים מחיי. עבר בין מקומות. זוכר שהסתכל על היד ולא מצליח לנתק אותה מהכבל שגרם לו לכיווץ של השרירים, צרח בקול רם. כירורג באותו יום התרשם מכווית חשמל באמה ימין. טופל במשחה מקומית ובמיון לדבריו התפלאו "איך אתה חי". הוא חושב שנגרם לו נס- אלוהים שומר עליו לדעתו. מאז ירידה במצבו הנפשי- שתי שבתות הקיא. מאז מאד דרוך. קשה לו כשנוגעים בו בפתאומיות ללא הכנה, קופץ מהמקום. בלילות- הולך לישון ב 02:00 לאחר שנרדם על הספה בסלון. בלילה התעורריות מרובות. לא יודע אם יצליח לעבוד מחשש להתחששות נוספת. ללא סייטי לילה. במשך היום - הליכה ספורטיבית בחוף. התחיל לאכול בריא.



בת ימון

דו"ח רדיולוגי

03/05/1990
13022 ליפשיץ יצחק מאי

תאריך לידה:
רופא מפנה:

עובד עדי
20117061
17/11/2021 00:00:00

שם הנבדק:
תעודת זהות:
תאריך הבדיקה

מידע חסוי אישי

עמוד 2 מתוך 2

ק: עדי עובד ת"ז: 20117061-0 מ.ג.ישה: 1025001788996

עדי עובד
03/05/1990
מחוז תל אביב יפו, (20000)
מרפאת רופאים יועצים עצמאיים, (28618)
יצחק מאי ליפשיץ, (13022)

ת"ז: 20117061-0 ת. ביצוע: 17/11/2021
גיל: 31 שנים אישור פענוח: 21/11/2021
מין: זכר ת. הדפסה: 21/11/2021

בדיקה: צילום עמוד שדרה מתני סקראלי

סיבת ההפניה:

קיימת הפניה ממוחשבת / סרוקה

ביצוע:

צילום עמוד שדרה מתני סקראלי בתאריך 17/11/2021 15:03 מ.ג. 1025001788996 מבצע: מיכאלה אולארניק;
צילום עמוד שדרה מותני סקראלי;

ממצאים:

צורה תקינה של כל החוליות.
מרווחים בין חולייתיים שמורים.

סיכום:

כמפורט בפענוח לעיל.

21/11/2021 21:01

מספר רשיון: 17726

אושרר ע"י: ד"ר סוסנה ביאטריס פלדמן

הערה: תוצאות מידע דימוי - המסמך מכיל מידע מוגן ע"פ חוק הגנת הפרטיות התשמ"א 1981

כתב ויתור רפואי

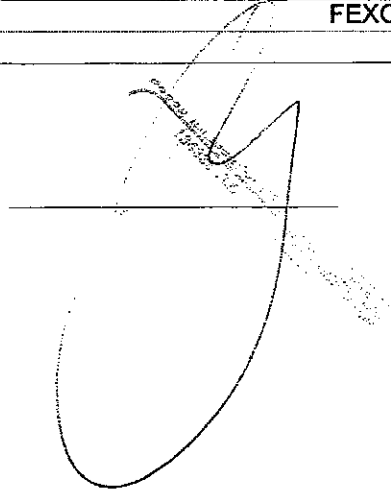
רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא יודע		המטופל

רגישות נוספות

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא ידועה		

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופה
ביום	3	טבליות	1	FEXOFENADINE HCL TAB 180MG 15 180
ביום	2	כמוסות	1	PREGABALIN CAP 75MG 56 75MG



134335

מספר רשיון

ד"ר וסילי הרצל'נקו

09/12/2021 תאריך

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל					
עובד עדי	00-20117061-0	31.07	03/05/1990	יוסף יצחק	
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ת. לידה	שם האב	
רבינוביץ'	1 / 21	54	-2212103	5520046 - 3	
בת ים	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון נוסף	
ישוב	רחוב				

סוג תאונה 2 תאונת עבודה תאריך תאונה 04/11/2021

מספר הפניה ישירה: 35722024998

גורם שולח



5722

מספר הפניה



035722024998

תז נבדק



0201170610

מספר רשיון



084712

**לכבוד: מרפאת כף יד
בית חולים**

שירות שנבחר

שירות רפואי	תיאור רפואי	קוד משה"ב	קוד שירות
70082	בדיקה רפואית - כירורגיה כף יד	L9263	70082

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 23/11/2021
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 18/11/2021
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 17/11/2021
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 11/11/2021
04/11/2021
כוויה לאחר התחשמלות באמה ימין במהלך עבודתו .
מטופל בחבישה
ללא הגבלה באצבעות
תחושה שמורה פיזור RUM למעט קצה אצבעות .
17/11/2021
כאבי גב תחתון
הגבלה לתנועות
18/11/2021
פצעים נראים יותר טוב , מרגיש מעט הגבלה בתנועה
חוסר תחושה פיזור מדיאנס
23/11/2021
בצלום
09/12/2021
בנוס; לירידה בתחושה פיזור מדיאנס יש ירידה בתחושה גם פיזור עצב אולרני

ללא חולה מוטורית באנטרינסים
EMG הדגים הפרעה תחותשית במדיאנוס , ו חשד ללחץ בתעלה קופטלית
אזור מרפק CV 35
מתארת תחושת SANPPING באזור המרפק , בבדיקה ללא סימני חוסר יציבות

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
9490		BURN - NOS
7242		LOW BACK PAIN

דיון/תוכנית טיפולית

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 23/11/2021
דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 18/11/2021
ביקורת אחרי ה EMG
ההפניות שהופקו ב 18/11/2021
הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב
23/11/2021
09/12/2021

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
20/05/2016	RT	KNEE SYMPTOMS/COMPLAINTS
20/05/2016	RT	S/P PATELLAR SUBLUXATION KNEE
15/11/2018	RT	S/P MPFL RECONSTRUCTION KNEE
04/11/2021	RT FOREARM	ELECTRICAL BURN

בעיות בעבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
15/11/2018	01/11/2012		REMOVAL OF F.B 5th FINGER Lt. HAND 6/11/2012

רגישויות

ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא יודע		המטופל

רגישויות נוספות

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא ידועה		

תרופות קבועות

ב.ב	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	טבליות	1	MIRTAZAPINE 30MG TAB 30MG
ביום	3	טבליות	1	FEXOFENADINE HCL TAB 180MG 15 180
ביום	2	כמוסות	1	PREGABALIN CAP 75MG 56 75MG

ד"ר ברוך עבדולעזיז
בית חולים ע"ש שויא חל-השומר
מוסמך לכירורגיה אורתופדית
המחלקה לכירורגיה של היד
ת"ד 1000, תל אביב 6100000

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

ד"ר עבדול עזיז
בת חולים ע"ש שוכה מלואטומר
ממחלקת לכירורגיה אורתופדית
המחלקה לכירורגיה של היד
ב-10/12/2021

מחוז: מרפאה:תל ברוך צפון עצמאית

תאריך 09/12/2021

תעודה רפואית נוספת לנפגע בעבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי

פרטי המטופל		עובד עדי	
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ז
שם האב	00-20117061-0	31.07	03/05/1990
בת ים	רבינוביץ'	1 / 21	54 - 2212103
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון
			5520046 - 3
			טלפון נוסף

תאריך תאונה: 04/11/2021

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

אבחנות		
קוד	איפיון	אבחנה
9490		BURN - NOS

הטיפול הנוכחי:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל

☒ איננו מסוגלת לעסוק בעבודתנו ואף לא בעבודה אחרת

מיום 10/12/2021 עד יום 31/12/2021 (בכלל) סה"כ 22 ימים

09/12/2021

09/12/2021

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

חתימה וחותמת הרופא של השכונת הרפואי המוסמך

חותמת המרפאה

ד"ר (רופא) שמואל שניידר
החתימה והחותמת של הרופא
העדותה מקנה זכות זיכרון

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

סניף מור ראשון לציון היחידה לאלקטרומיוגרפיה
טל: 03 - 9596500

E.M.G. - תוצאות בדיקת אלקטרומיוגרפיה

שם נבדק/ת: עובד , עדי ,
כתובת: בת ים , רבינוביץ' 0001
תאריך בדיקה: 05/12/2021
גורם מפנה: תל אביב-יפו
טלפון: 054 - 2212103
ת.ז.: 201170610
גיל: 31/7
מין: ז
054 - 2212103
רופא מפנה/מטפל: ד"ר פרנק
קייז'נר אירינה
שם מדפיסה: לירז
בדיקה קודמת: לא

בדיקת עצבים

SAP (msec)		AMP of SNAP (mV)		F.WAVE (msec)		SPEED (m/sec)		AMP of CMAP (mV)		MOTOR LATENCY (msec)		עצב
שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	
3.4	3.7	36	30	24	26	56	59	7.4	9.4	3.1	3.6	מדיאנוס Median
								8.8	9.5			מתחת למרפק
3.2	3.4	26	16	26	24			9.0	5.8	2.2	2.6	אולנאריס Ulnaris
						54	59	7.6	5.5			מתחת למרפק
						54	35	8.6	5.0			באזור המרפק

סיכום: CTS גבולי תחושתי מימין.
לחץ על עצב אולנרי באזור המרפק מימין.

נמסרה תשובה לנבדק/ת עם סיום הבדיקה.

בברכה,

ד"ר ויצמן נינה
מומחית בנוירולוגיה
מ.ר. 33119 מ.ר.מ. 21679

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

עמוד 1 מתוך 1

BEILINSON
Rabin Medical Center

בילינסון
אורתופדיה - מנהלת
מרכז רפואי רבין

הופק ע"י ד"ר יהודה חיים מ.ר. 38241 11:38 15/12/2021

סיכום ביקור אמבולטורי

שם משפחה:	עובד	ת. לידה:	03/05/1990
שם פרטי:	עדי	ת. זהות:	20117061-0
כתובת:	רבימביץ' 1, בת ים 59585	מין:	זכר
טלפון:	035520046	גיל:	31
סוג דם:		מראה:	
מחוז:		שם האב:	יוסף יצחק
גורם מממן:	תל אביב		

מרפאת כירורגית כף יד
ד"ר יורדאש סורין דניאל:
מ.ר. 28070
אח/אחות אחראיים: מרינה אג'סון
מס' ביקור: 2021949771
טלפון: 03-9377070
פקס: 03-9377049

סיבת הפניה/תלונה עיקרית

בריא, חשמלאי RHD
בתאריך 4/11/21 התחשמל מכבל חשמל במסגרת עבודתו - באמה ימין. לאחר טיפול ראשוני במיון שוחרר לביתו. מאז הפציעה רדימות לסירוגין לאורך אספקט וולארי-אולנרי של האצמב ואצבעות 3-4-5 עם נימול המעירו משינה. מתר תחושת "קליק" בצד מדיאלי של המרפק כשמכופפו. מטופל ב-PT ללא הטבה. מתאר גם ירידה בכח ביד ושמית חפצים. טרם חזר לעבודתו.
בדיקה -

אמה ימין -

פצעי כניסה וציאה סמוכין זה לזה בצד וולארי של האמה כ-3 ס"מ דיסטלי ל-FLEX CREASE.
טינל שלילי ע"פ הצלקות.

ללא דלדול שרירים באמה (נבדקו היפקי אמות 7 ס"מ דיסטלי למרפק). ללא דלדול שרירים אינטרינסיים
טינל חיובי ע"פ התעלה הקוביטלית וכן פרוקסימלית אליה, שלילי בגובה FCU. לציון כי טינל חיובי גם משמאל אף חלש הרבה יותר
אינני פאר את האולנריס במהלך טווחי התנועה, אך מדווחת על קליקים בכיפוף המרפק
כח IO 5/5. איגאוה וורטנברג פרומנט שליליים

תעלה כפית - טינל דורקין פאלן שליליים

EMG 5/12/21 (חודש לאחר הפציעה) -

מדיאטוס ימין 3.7	שמאל 3.1	CAMP 3.4	SNAP-1 חזים
אולנריס CV ימין 59-35	שמאל 54-54		
CAMP ימין 5.0	שמאל 8.6		

בשלב זה נראה כי אין חסר מוטורי ולכן ננסה להמתין עם טיפול ניתוחי
יש להגיע לביקורת עוד חודשיים וחצי עם:

1. EMG. חדש לאולנריס ימין ושמאל כולל בדיקת מחט ל-FDI/ADM
2. US. מרפק ימין בשאלה של תת פריקה של האולנריס

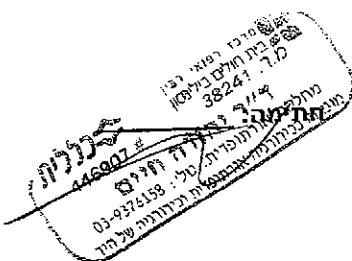
דיווח פעולות:

קוד שירות	70082	כמות	1	פעולה	בדיקת רופא כירורג כף יד במרפאה	תאריך	11:12 15/12/2021	נרשם ע"י	ד"ר יהודה חיים מ.ר. 38241
-----------	-------	------	---	-------	--------------------------------	-------	------------------	----------	---------------------------

המשר טיפול:

--
לא

נחתם ע"י: ד"ר יהודה חיים מ.ר. 38241





לכבוד,
עבד עדי (שם האב: יוסף יצחק)
רבינוביץ' 1/21
בת ים 5958501

בית חולים בילינסון כירורגיה כף יד

מיקום: בניין מרפאות חוץ, קומת קרקע
טלפון: 03-9377070 | פקס: 03-9377049 | דוא"ל: BL2033100@clalit.org.il
מוקד זימון תורים: 03-9376666 | ימים א'-ה' 8:00-16:00

ת.ז. 0020117061

עדי שלום רב,

הנך מוזמן למרפאה כירורגיה של היד- רופא א
ביום ראשון, כ"ו באדר א' תשפ"ב, 27/02/2022, בשעה 09:25.
אנו עושים כל מאמץ לקבלך בזמן, אך יתכן שיחול עיכוב בקבלתך בשל אילוצים שונים.

מה להביא לבדיקה

1. כרטיס מגנטי ותעודת זהות עם תמונה.
2. מכתב הפנייה מהרופא המטפל הכולל עדכון מצב רפואי ותרופות.
3. צילומים קודמים במידה ויש.
4. אין צורך בטופס התחייבות.

הערות

1. לבריחים, שימי התור נא להתקשר למרפאה: 03-9377070 / מוקד זימון תורים: 03-9376666.
2. מידע נוסף אודות המרכז הרפואי ניתן למצוא באתר: www.rmc.org.il
3. לידיעתך, זכותך לבקש נוכחות אדם נוסף במהלך בדיקה גופנית ובהתאם לתנאים המקובלים בבי"ח.
4. בכל שיחה שלך עם הצוות המטפל חשוב לשאול שאלות על מצבך הרפואי ועל הטיפול המתוכנן לך.
5. במידה ולא תוצג התחייבות (או הפניה ישירה) ביום קבלתכם לבית החולים, ביה"ח ידרוש תשלום מלא עבור השירות.

בברכת בריאות שלמה

צוות מרפאת כירורגיה יד

09/12/2021 תאריך

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל

שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ז	ת.לידה	יוסף יצחק
00-20117061-0	31.07	ר	03/05/1990	שם האב	שם האב
רבינוביץ'	1 / 21	מס בית	54 -2212103	טלפון	טלפון נוסף
בת ים	רחוב	מס בית	54 -2212103	טלפון	טלפון נוסף

סוג תאונה 2 תאונת עבודה תאריך תאונה 04/11/2021

מספר הפניה ישירה: 35722024998

גורם שולח



5722

מספר הפניה



035722024998

תז נבדק



0201170610

מספר רשיון



084712

**לכבוד: מרפאת כף יד
בית חולים**

שירות שנבחר

שירות	קוד	קוד	תיאור רפואי
שירות	70082	L9263	בדיקה רפואית - כירורגיה כף יד
רפואי	70082		

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 23/11/2021
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 18/11/2021
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 17/11/2021
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 11/11/2021
04/11/2021

כוויה לאחר התחשמלות באמה ימין במהלך עבודתו .
מטופל בחבישה

ללא הגבלה באצבעות

תחושה שמורה פיזור RUM למעט קצה אצבעות .
17/11/2021

כאבי גב תחתון

הגבלה לתנועות

18/11/2021

פצעים נראים יותר טוב , מרגיש מעט הגבלה בתנועה
חוסר תחושה פיזור מדיאנוס

23/11/2021

בצלום

09/12/2021

בנוסף; לירידה בתחושה פיזור מדיאנוס יש ירידה בתחושה גם פיזור עצב אולרני

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
9490		BURN - NOS
7242		LOW BACK PAIN

דיון/תוכנית טיפולית

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 23/11/2021
דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 18/11/2021
ביקורת אחרי ה EMG
ההפניות שהופקו ב 18/11/2021
הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב
23/11/2021
09/12/2021

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
20/05/2016	RT	KNEE SYMPTOMS/COMPLAINTS
20/05/2016	RT	S/P PATELLAR SUBLUXATION KNEE
15/11/2018	RT	S/P MPFL RECONSTRUCTION KNEE
04/11/2021	RT FOREARM	ELECTRICAL BURN

בעיות בעבר

מ.סיים	מ.גילוי	איפיון	בעיה
15/11/2018	01/11/2012		REMOVAL OF F.B 5th FINGER Lt. HAND 6/11/2012

רגישויות

ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא יודע		המטופל

רגישויות נוספות

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא ידועה		

תרופות קבועות

...ב	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	טבליות	1	MIRTAZAPINE 30MG TAB 30MG
ביום	3	טבליות	1	FEXOFENADINE HCL TAB 180MG 15 180
ביום	2	כמוסות	1	PREGABALIN CAP 75MG 56 75MG

העתק 12/12/2021

84712

ד"ר (רופא) עבדול עזיז בדיר

העתק הודפס ע"י: ספיר בוחבוט

חתימה וחתימת 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

09/12/2021 תאריך

סיכום ביקור

פרטי המטופל

שם משפחה ושם פרטי	עובד עדי	00-20117061-0	31.07	ז	03/05/1990	יוסף יצחק
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב	
רבינוביץ'	1 / 21	2212103	54	5520046	3	
רחוב	מס בית	טלפון	טלפון נוסף	בית ים	ישוב	

סוג תאונה 2 תאונת עבודה תאריך תאונה 04/11/2021

שלום רב,

תאריך הביקור: 09/12/2021
סוג ביקור: 2 תאונת עבודה
מהות הביקור: רגיל

תאריך תאונה: 04/11/2021

תלונות/סיבת הפניה:
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 23/11/2021
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 18/11/2021
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 17/11/2021
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 11/11/2021
04/11/2021
כוויה לאחר התחשמלות באמה ימין במהלך עבודתו.
מטופל בחבישה
ללא הגבלה באצבעות
תחושה שמורה פיזור RUM למעט קצה אצבעות.
17/11/2021
כאבי גב תחתון
הגבלה לתנועות
18/11/2021
פצעים נראים יותר טוב, מרגיש מעט הגבלה בתנועה
חוסר תחושה פיזור מדיאנוס
23/11/2021
בצלום
09/12/2021
בנוס; לירידה בתחושה פיזור מדיאנוס יש ירידה בתחושה גם פיזור עצב אולרני
ללא חולה מוטורית באנטרינסים
EMG הדגים הפרעה תחותשית במדיאנוס, חשד ללחץ בתעלה קופטלית
אזור המרפק CV 35
מתאר תחושת SANPPING באזור המרפק, בבדיקה ללא סימני חוסר יציבות

קוד	איפיון	אבחנה
9490		BURN - NOS
7242		LOW BACK PAIN

דיון/תוכנית טיפולית: דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 23/11/2021
דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 18/11/2021
ביקורת אחרי ה EMG
ההפניות שהופקו ב 18/11/2021

סניף מור ראשון לציון היחידה לאלקטרומויגורפיה

טל: 03 - 9596500

E.M.G. - תוצאות בדיקת אלקטרומויגורפיה

שם נבדק/ת : עובד , עדי , רבינוביץ'
כתובת : בת ים
תאריך בדיקה : 05/12/2021
שם נבדק/ת : עובד , עדי , רבינוביץ'
כתובת : בת ים
תאריך בדיקה : 05/12/2021
שם נבדק/ת : עובד , עדי , רבינוביץ'
כתובת : בת ים
תאריך בדיקה : 05/12/2021
שם נבדק/ת : עובד , עדי , רבינוביץ'
כתובת : בת ים
תאריך בדיקה : 05/12/2021

בדיקת עצבים

SAP (msec)		AMP of SNAP (mV)		F.WAVE (msec)		SPEED (m/sec)		AMP of CMAP (mV)		MOTOR LATENCY (msec)		עצב
שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	
3.4	3.7	36	30	24	26	56	59	7.4	9.4	3.1	3.6	מדיאן Median
								8.8	9.5			מונח למרפק
3.2	3.4	26	16	26	24			9.0	5.8	2.2	2.6	אולנאריס Ulnaris
						54	59	7.6	5.5			מונח למרפק
						54	35	8.6	5.0			באזור המרפק

סיכום: CTS גבולי תחושת מימין.
לחץ על עצב אולנרי באזור המרפק מימין.

נמסרה תשובה לנבדק/ת עם סיום הבדיקה.

בברכה,

ד"ר ויצמן נינה
מומחית בנוירולוגיה
מ.ר. 33119 מ.ר.מ. 21679

דרישת זה מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות. המוסדיו שלא כדן עובד עבירה.
יש להעביר תוצאות בדיקה זו בהקדם אל הרופא/ה המפנה.

עמוד 1 מתוך 1

סניף מור ראשון לציון היחידה לאלקטרומיוגרפיה

טל: 03 - 9596500

E.M.G. - תוצאות בדיקת אלקטרומיוגרפיה

שם נבדק/ת : עובד , עדי , רבינוביץ' ,
כתובת : בת ים ,
תאריך בדיקה : 21/02/2022
שם נבדק/ת : עובד , עדי , רבינוביץ' ,
כתובת : בת ים ,
תאריך בדיקה : 21/02/2022
ת.ז.: 201170610
טלפון: 054 - 2212103
רופא מפנה/מטפל: ד"ר פרנק
קניז'ר אירינה
שם מדפיסה: גלית
גיל: 31/9
0001
גורם מפנה: תל אביב-יפו
שם מדפיסה: גלית

בדיקת עצבים

SAP (msec)		AMP of SNAP (mV)		F.WAVE (msec)		SPEED (m/sec)		AMP of CMAP (mV)		MOTOR LATENCY (msec)		עצב
שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	
3.0	3.2	32.0	20.0			54.0	60.0	8.0	4.0	2.7	3.6	מדיאנוס Median
3.4	3.4	80.0	40.0	25.0	26.0			8.0	8.0	2.2	2.6	אולנאריס Ulnaris
						54.0	55.0					מתחת למרפק
						51.0	44.0					באזור המרפק

בדיקת שרירים

שורש		פעולה ספונטנית		גיוס		צורת פוטנציאלים	
שורש	שריר	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל
C5-C6	Deltoid	אין	אין	ירוד	מעט ירוד	גדולות בחלקן	גדולות בחלקן
C8-T1	Dorsal Interossei	אין	אין	מעט ירוד	מלא	גדולות בחלקן	גדולות בחלקן
C7	Extensor Digitorum	אין	אין	מעט ירוד	מלא	תקינות	תקינות

סיכום: בבדיקת הולכה עצבית בידיים ללא עדות ל CTS.
קיימת תסמונת התעלה הקוביטלית קלה מימין.
בבדיקת מחט חשד לנזק שורשי כרוני C5-C6 משמאל, C5-C8 מימין.
ללא פעילות ספונטנית.
דרושה קורלציה הדמייתית.

נמסרה תשובה לנבדק/ת עם סיום הבדיקה.

בברכה,

ד"ר סטלה מגיד
מומחית ברפואה פיזיקלית ושיקום
מ.ר 34747 מ.ר.מ 31353

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

עמוד 1 מתוך 1

הפניה לדימות

פרטי המטופל					עובד עדי	
00-20117061-0	31.09	ז	03/05/1990	יוסף יצחק	שם משפחה ושם פרטי	מס זהות
שם האב	ת.לידה	מין	גיל	שם האב	שם משפחה ושם פרטי	מס זהות
5520046 - 3	2212103 - 54		1 / 21	טלפון נוסף	רבימביץ'	מס בית
	טלפון		מס בית		רחוב	בית ים
						ישוב

מספר הפניה ישירה: 35722026472

גורם שולח



5722

מספר הפניה



035722026472

תז נבדק



0201170610

רשיון רופא



084712

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

לכבוד: US מרפק בשאלה של חוסר יציבות של העצב האולטרי בתעלה

שירות שנבחר

שירות	קוד	קוד	תיאור רפואי	שירות	קוד
רפואי	קוד	קוד	תיאור רפואי	שירות	קוד
10405026	78003	L1028	US מרפק ימין	רפואי	10405026

המטופל מתלונן על:

04/11/2021
כוויה לאחר התחשמלות באמה ימין במהלך עבודתו.
מטופל בחבישה
ללא הגבלה באצבעות
תחושה שמורה פיזור RUM למעט קצה אצבעות.
17/11/2021
כאבי גב תחתון
הגבלה לתנועות
18/11/2021
פצעים נראים יונג' טוב, מרגיש מעט הגבלה בתנועה
חוסר תחושה פיזור מדיאנוס
23/11/2021
בצלום
09/12/2021
בנוס: לירידה בתחושה פיזור מדיאנוס יש ירידה בתחושה גם פיזור עצב אולרני
ללא חולה מוטורית באנטרינסים
EMG הדגים הפרעה תחתית במדיאנוס, חשד ללחץ בתעלה קופטלית

אזור המרפק CV 35
מתאר תחושת SANPPING באזור המרפק , בבדיקה ללא סימני חוסר יציבות
02/02/2022
נבדק לפני חודש וחצי ע"י מרפאת כף יד בלינסון
והזמן לביקורת לפני בקלת ההחלטה
EMG עדכני כולל בדיקת מעט בשאלה של דנירציה של ה ADM /FDI
US מרפק בשאלה של חוסר יציבות של העצב האולנרי בתעלה

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
9490		BURN - NOS
7242		LOW BACK PAIN

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
20/05/2016	RT	KNEE SYMPTOMS/COMPLAINTS
20/05/2016	RT	S/P PATELLAR SUBLUXATION KNEE
15/11/2018	RT	S/P MPFL RECONSTRUCTION KNEE
04/11/2021	RT FOREARM	ELECTRICAL BURN
23/01/2022		POST TRAUMATIC STRESS DISORDER - PTSD

רגישויות

ז/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י המטופל
לא יודע		

רגישויות נוספות

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא ידועה		

תולדות עבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
15/11/2018	01/11/2012		REMOVAL OF F.B 5th FINGER Lt. HAND 6/11/2012

CREATININE: 0.84 מתאריך 14/11/2021

ד"ר (רופא) עבדול עזיז בדיר 84712 מספר רשיון שם הרופא

חתימה וחותמת 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

02/02/2022 תאריך

הפניה כללית - נוסח חופשי

פרטי המטופל					עובד עדי	
00-20117061-0	31.09	03/05/1990	יוסף יצחק	שם האב	שם משפחה ושם פרטי	מס זהות
מס זהות	גיל	מין	ת. לידה	שם האב	שם משפחה ושם פרטי	מס זהות
1 / 21	54	2212103	5520046	3	רבינוביץ'	בת ים
מס בית	טלפון	טלפון	טלפון נוסף	ישוב	רחוב	ישוב

גורם שולח



5722

מספר הפניה



035722026471

תז נבדק



0201170610

מספר רשיון



084712

לכבוד: EMG עדכני כולל בדיקת מעט בשאלה של דנירציה של ה ADM / FDI

אבחנה משוערת

קוד	אפיון	אבחנה
9490	BURN - NOS	
7242	LOW BACK PAIN	

תלונות

04/11/2021
כוויה לאחר התחשמלות באמה ימין במהלך עבודתו .
מטופל בחבישה
ללא הגבלה באצבעות
תחושה שמורה פיזור RUM למעט קצה אצבעות .
17/11/2021
כאבי גב תחתון
הגבלה לתנועות
18/11/2021
פצעים נראים יותר טוב , מרגיש מעט הגבלה בתנועה
חוסר תחושה פיזור מדיאנוס
23/11/2021
בצלום
09/12/2021
בנוס; לירידה בתחושה פיזור מדיאנוס יש ירידה בתחושה גם פיזור עצב אולרני
ללא חולה מוטורית באנטרינסים
EMG הדגים הפרעה תחותשית במדיאנוס , חשד ללחץ בתעלה קופטלית
אזור המרפק CV 35
מתאר תחושת SANPPING באזור המרפק , בבדיקה ללא סימני חוסר יציבות
02/02/2022
בדק לפני חודש וחצי ע"י מרפאת כף יד בלינסון
והזמן לביקורת לפני בקלת ההחלטה
EMG עדכני כולל בדיקת מעט בשאלה של דנירציה של ה ADM / FDI

US מרפק בשאלה של חוסר יציבות של העצב האולנרי בתעלה

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
20/05/2016	RT	KNEE SYMPTOMS/COMPLAINTS
20/05/2016	RT	S/P PATELLAR SUBLUXATION KNEE
15/11/2018	RT	S/P MPFL RECONSTRUCTION KNEE
04/11/2021	RT FOREARM	ELECTRICAL BURN
23/01/2022		POST TRAUMATIC STRESS DISORDER - PTSD

היסטוריה רפואית- בעיות בעבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
15/11/2018	01/11/2012		REMOVAL OF F.B 5th FINGER Lt. HAND 6/11/2012

רגישות ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י המטופל
לא יודע		

רגישויות נוספות

רגישויות נוספות		
נמסר ע"י	תגובה	רגישות ל
לא ידועה		

תרופות קבועות

ב...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופה
ביום	1	טבליות	1	ESCITALOPRAM TAB 10MG 10MG
ביום	1	טבליות	1	MIRTAZAPINE 30MG TAB 30MG
ביום	3	טבליות	1	FEXOFENADINE HCL TAB 180MG 15 180
ביום	2	כמוסות	1	PREGABALIN CAP 75MG 56 75MG

84712

ד"ר (רופא) עבדול עזיז בדיר

מספר רשיון



BEILINSON
Rabin Medical Center

בילינסון
אורתופדיה - מנהלת
מרכז רפואי רבין

27/02/2022 09:27 28070 מ.ר. דניאל מ.ר. יורדאש סורין

סיכום ביקור אמבולטורי

:
מראת כירורגית כף יד
דר' יורדאש סורין דניאל :
מ.ר. 28070
אח/אחות אחראיים: מרינה אג'סון
מס' ביקור: 2022167875
טלפון: 03-9377070
פקס: 03-9377049

שם משפחה:	עובד	ת. לידה:	03/05/1990
שם פרטי:	עדי	ת. זהות:	20117061-0
כתובת:	רבינוביץ' 1, בת ים	מין:	זכר
טלפון:	035520046	גיל:	31
סוג דם:		מראה:	
מחוז:		שם האב:	יוסף יצחק
גורם מממן:	תל אביב		

סיבת הפניה/תלונה עיקרית

בריא, חשמלאי RHD
בתאריך 4/11/21 התחשמש מכבל חשמל במסגרת עבודתו - באמה ימין. לאחר טיפול ראשוני במיון שוחרר לביתו. מאז הפציעה
רדימות לסירוגין לאורך אספקט וולארי-אולנרי של האצמב ואצבעות 3-4-5 עם נימול המעירו משינה. מתר תחושת "קליק" בצד
מדיאלי של המרפק כשמכופפו. מטופל ב-PT ללא הטבה. מתאר גם ירידה בכח ביד ושמיתת חפצים. טרם חזר לעבודתו.
בדיקה -
אמה ימין -

פצעי כניסה ויציאה סמוכין זה לזה בצד וולארי של האמה כ-3 ס"מ דיסטלית ל-FLEX CREASE
טינל שלילי ע"פ הצלקות.

ללא דלדול שרירים באמה (נבדקו היפקי אמות 7 ס"מ דיסטלי למרפק). ללא דלדול שרירים אינטרינזיים
טינל חיובי ע"פ התעלה הקוביטלית וכן פרוקסימלית אליה, שלילי בגובה FCU. לציין כי טינל חיובי גם משמאל אף חלש הרבה יותר
אינני פואר את האולנריס במהלך טווחי התנועה, אך מדווחת על קליקים בכיווף המרפק
כח IO 5/5. איגאוה וורטנברג פרומנט שליליים
תעלה כפית - טינל דורקין פאלן שליליים
EMG 5/12/21 (חודש לאחר הפציעה) -

מדיאנוס ימין 3.6 3.7	שמאל 3.1 3.4 CAMP ו-SNAP דומים
אולנריס CV ימין 35-59	שמאל 54-54
CAMP ימין 5.0	שמאל 8.6

בשלב זה נראה כי אין חסר מוטורי ולכן ננסה להמתין עם טיפול ניתוחי
יש להגיע לביקורת עוד חודשיים וחצי עם:
1. EMG חדש לאולנריס ימין ושמאל כולל בדיקת מחט ל-FDI/ADM
2. US מרפק ימין בשאלה של תת פריקה של האולנריס

27-2-2022

מספר שיש כאבים

מרפק 0-140 פ.ס 90 ללא דלדול שרירים קוטר זהה אמה ימין ושמאל 8 ס"מ דיסטלית ל-CUBITAL CREASE
אין דלדול כף יד יגוה ופרומנט תקינים

אמג מ 21.2.2022

מדיאנוס 3.6, 2.7, 3.2, 2.2

אולנריס 2.6, 2.2, 3.4, 4.3

סיכום - ללא עדות ל-CTS, תסמונת תעלה קוביטלית קלה, נזק שורשי כרוני צווארי 5-6 ס"מ משמאל ו 5-8 ס"מ משמאל בבדיקתמחט

סוג מרפק ימין 20-2-2022 - ד"ר טרכטנגרץ - ללא ממצא חריג
סוג כתף ד"ר שרמן 20-2-2022 תקין

לסיכום - שיפור בהולכה עצבית בהשוואה לבדיקה קודמת

המלצה כעת -

1. לבצע EMG ביקורת עוד 4 חודשים
2. לבצע US של העצב האולנרי לראות אם יש SNAPPING - מבקש לבצע ימין ושמאל. כדאי לבצע במסגרת בית חולים מאחר שלא נעשה בצורה מלאה מקודם.
3. מעקב עם התשובות

דיווח פעולות:

קוד שירות	כמות	פעולה	תאריך	נרשם ע"י
70082	1	בדיקת רופא כירורג כף יד במרפאה	09:27 27/02/2022	דר' יורדאש סורין דניאל מ.ר. 28070

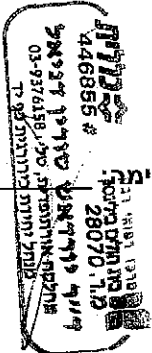
סיכום ביקור אמבולטורי

שם משפחה: 03/05/1990 תאריך לידה: עובד
שם פרטי: 20117061-0 ת. זהות: עדי
סוג דם: שם האב: יוסף יצחק

מפאת כירורגית כף יד
דר' יורדאש סורין דניאל מ.ר. 28070:
אח/אחות אחראיים: מרינה אג'סון
מס' ביקור: 2022167875

המשך טיפול:

הערות



מועד המשך טיפול
4 חודשים

קוד פעולה
6010171

שם פעולה
אורתופדיה כף יד

נחתם ע"י: דר' יורדאש סורין דניאל מ.ר. 28070



Figure 1. The effect of the concentration of the *Agrobacterium* suspension on the transformation efficiency of *Agrobacterium* strains.

הנדון: ד"ר מנחם מנדל מנחם
הכריזה בוועה במסגרת סמכותה
20/03/2012 בתאריך:

SECRET

SECRET

התאריך: 10.10.2017

החל מיום חתימת הסכם השילומים ועד היום, נהנו מן השילומים כ-100,000 ישראליים, וזאת בעוד שיש כ-100,000 ישראליים נוספים, אשר לא זכו לשילומים.

THEY CAN BE USED TO IDENTIFY THE SOURCE OF THE BLOOD

100 0111 220 741 11

THE END

SECRET

תורה על הנגיף הנדס
והנפיל

1004 10 11 1964 10 11 1964 10 11 1964

ALL INFORMATION CONTAINED HEREIN IS UNCLASSIFIED

ALL INFORMATION CONTAINED HEREIN IS UNCLASSIFIED

התקצפת התורה אצל שרונים ע"י הרד"מ ור"ת רמב"ם.

1990 1991 1992 1993 1994 1995 1996 1997 1998 1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019 2020 2021 2022 2023 2024 2025 2026 2027 2028 2029 2030 2031 2032 2033 2034 2035 2036 2037 2038 2039 2040 2041 2042 2043 2044 2045 2046 2047 2048 2049 2050 2051 2052 2053 2054 2055 2056 2057 2058 2059 2060 2061 2062 2063 2064 2065 2066 2067 2068 2069 2070 2071 2072 2073 2074 2075 2076 2077 2078 2079 2080 2081 2082 2083 2084 2085 2086 2087 2088 2089 2090 2091 2092 2093 2094 2095 2096 2097 2098 2099 2100 2101 2102 2103 2104 2105 2106 2107 2108 2109 2110 2111 2112 2113 2114 2115 2116 2117 2118 2119 2120 2121 2122 2123 2124 2125 2126 2127 2128 2129 2130 2131 2132 2133 2134 2135 2136 2137 2138 2139 2140 2141 2142 2143 2144 2145 2146 2147 2148 2149 2150 2151 2152 2153 2154 2155 2156 2157 2158 2159 2160 2161 2162 2163 2164 2165 2166 2167 2168 2169 2170 2171 2172 2173 2174 2175 2176 2177 2178 2179 2180 2181 2182 2183 2184 2185 2186 2187 2188 2189 2190 2191 2192 2193 2194 2195 2196 2197 2198 2199 2200 2201 2202 2203 2204 2205 2206 2207 2208 2209 2210 2211 2212 2213 2214 2215 2216 2217 2218 2219 2220 2221 2222 2223 2224 2225 2226 2227 2228 2229 2230 2231 2232 2233 2234 2235 2236 2237 2238 2239 2240 2241 2242 2243 2244 2245 2246 2247 2248 2249 2250 2251 2252 2253 2254 2255 2256 2257 2258 2259 2260 2261 2262 2263 2264 2265 2266 2267 2268 2269 2270 2271 2272 2273 2274 2275 2276 2277 2278 2279 2280 2281 2282 2283 2284 2285 2286 2287 2288 2289 2290 2291 2292 2293 2294 2295 2296 2297 2298 2299 2300 2301 2302 2303 2304 2305 2306 2307 2308 2309 2310 2311 2312 2313 2314 2315 2316 2317 2318 2319 2320 2321 2322 2323 2324 2325 2326 2327 2328 2329 2330 2331 2332 2333 2334 2335 2336 2337 2338 2339 2340 2341 2342 2343 2344 2345 2346 2347 2348 2349 2350 2351 2352 2353 2354 2355 2356 2357 2358 2359 2360 2361 2362 2363 2364 2365 2366 2367 2368 2369 2370 2371 2372 2373 2374 2375 2376 2377 2378 2379 2380 2381 2382 2383 2384 2385 2386 2387 2388 2389 2390 2391 2392 2393 2394 2395 2396 2397 2398 2399 2400 2401 2402 2403 2404 2405 2406 2407 2408 2409 2410 2411 2412 2413 2414 2415 2416 2417 2418 2419 2420 2421 2422 2423 2424 2425 2426 2427 2428 2429 2430 2431 2432 2433 2434 2435 2436 2437 2438 2439 2440 2441 2442 2443 2444 2445 2446 2447 2448 2449 2450 2451 2452 2453 2454 2455 2456 2457 2458 2459 2460 2461 2462 2463 2464 2465 2466 2467 2468 2469 2470 2471 2472 2473 2474 2475 2476 2477 2478 2479 2480 2481 2482 2483 2484 2485 2486 2487 2488 2489 2490 2491 2492 2493 2494 2495 2496 2497 2498 2499 2500 2501 2502 2503 2504 2505 2506 2507 2508 2509 2510 2511 2512 2513 2514 2515 2516 2517 2518 2519 2520 2521 2522 2523 2524 2525 2526 2527 2528 2529 2530 2531 2532 2533 2534 2535 2536 2537 2538 2539 2540 2541 2542 2543 2544 2545 2546 2547 2548 2549 2550 2551 2552 2553 2554 2555 2556 2557 2558 2559 2560 2561 2562 2563 2564 2565 2566 2567 2568 2569 2570 2571 2572 2573 2574 2575 2576 2577 2578 2579 2580 2581 2582 2583 2584 2585 2586 2587 2588 2589 2590 2591 2592 2593 2594 2595 2596 2597 2598 2599 2600 2601 2602 2603 2604 2605 2606 2607 2608 2609 2610 2611 2612 2613 2614 2615 2616 2617 2618 2619 2620 2621 2622 2623 2624 2625 2626 2627 2628 2629 2630 2631 2632 2633 2634 2635 2636 2637 2638 2639 2640 2641 2642 2643 2644 2645 2646 2647 2648 2649 2650 2651 2652 2653 2654 2655 2656 2657 2658 2659 2660 2661 2662 2663 2664 2665 2666 2667 2668 2669 2670 2671 2672 2673 2674 2675 2676 2677 2678 2679 2680 2681 2682 2683 2684 2685 2686 2687 2688 2689 2690 2691 2692 2693 2694 2695 2696 2697 2698 2699 2700 2701 2702 2703 2704 2705 2706 2707 2708 2709 2710 2711 2712 2713 2714 2715 2716 2717 2718 2719 2720 2721 2722 2723 2724 2725 2726 2727 2728 2729 2730 2731 2732 2733 2734 2735 2736 2737 2738 2739 2740 2741 2742 2743 2744 2745 2746 2747 2748 2749 2750 2751 2752 2753 2754 2755 2756 2757 2758 2759 2760 2761 2762 2763 2764 2765 2766 2767 2768 2769 2770 2771 2772 2773 2774 2775 2776 2777 2778 2779 2780 2781 2782 2783 2784 2785 2786 2787 2788 2789 2790 2791 2792 2793 2794 2795 2796 2797 2798 2799 2800 2801 2802 2803 2804 2805 2806 2807 2808

ACKNOWLEDGMENTS

המקור: פיל עובד המלך הוותיק
 הבדיקה בוצעה במשרד מנהל המבחן בתאריך: 20-02-2012

התאחדות המורים ב"ה

התאחדות לזכויות הילד

000000 000000

1. History of Cult

המחיר הנמוך ביותר של המכשיר הוא 1,200 ש"ח, ויש גם גרסה של 1,500 ש"ח, שבה יש יותר זיכרון וסלולר.

Supplementation : **בניית תוכנית תזונה**

Subcapularis

Subdural and Subarachnoid Spaces

OFFICE OF THE ATTORNEY GENERAL: George Tindan

התאחדות העובדים הכללית

4.2.2.2

התורה לא נכתבה בלילה
והנבואה

1950年10月1日

SECRET

7-14-68 10:00 AM

התקציב: התוספת: אלקטרוניקה ע"י חרדי-לובליה המסמלת:

תאריך 10/01/2022

מראה: פלוטקין - תל אביב מחוז: תל אביב

סיכום ביקור

פרטי המטופל					עובד עדי	
00-20117061-0	31.08	ז	03/05/1990	יוסף יצחק	שם משפחה ושם פרטי	מס זהות
	גיל	מין	ת. לידה	שם האב	רבינוביץ'	מס זהות
1 / 21			54 -2212103	5520046 - 3	בת ים	
מס בית		טלפון	טלפון	טלפון נוסף	ישוב	רחוב

שלום רב,

לכבוד: רופא משפחה
תאריך הביקור: 10/01/2022
סוג ביקור: 2 תאונת עבודה
מהות הביקור: רגל

אבחנות פסיכיאטריות פעילות

קוד	אפיון	אבחנה
F430		ACUTE STRESS REACTION
L15	RT	KNEE SYMPTOMS/COMPLAINTS
	RT	S/P PATELLAR SUBLUXATION KNEE
	RT	S/P MPFL RECONSTRUCTION KNEE
	RT FOREARM	ELECTRICAL BURN

אבחנות בביקור

ת. גילי	אפיון	אבחנה
F431		POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER

סיכום דיון:

בריא בן 31, לפני כחודשיים ארוע חשמו'ל בעבודה, ללא איבוד הכרה, בבדיקות גופניות ללא תוצאות, יש שימוש בסמים מגוונים מעברו הפסיק לפני כשנה, שימוש בקנביס רפואי בשל בעיה אורטופדית, לא רעלה מ'מז' ארוע מדובר. רחשם לקליניקה ב'תר' חבלות' עם מחשבות חודרניות, דריכות, קשי' ש'נה, המנעות. מרכיב חרדתי לפרקים. קושי חפוקדי, יש תבעה, ללא ראקטיב'יה של ארועים קודמים ללא מרכיב אפקטיבי בולט ללא פסיכ'ה ללא מסוכנות.

תוכנית

יעלה מ'רו 30 מג, אמביוולנטי

לא רוצה הפניה למרפאה לבראות הנפש

ניתן בהנחיית רופא משפחה להתחיל ציפרלקס 5 מג ולאחר כשבוע שבועיים להעלות מינון ל10 מג בוקר. בהמשך בהעדר הטבה/הטבה חלקית ניתן להעלות במדורג גם עד 20 מג.

מעוניין בטיפול שיחתי, ניתנת אפשרות, רוצה דרך מושלם, קיבל פרטים.

יפוי כח

אני הח"מ, ר' אהרן,
ת.ז. מס' 10610202, מרחוב דינור,
ממנה בזה את עויד אריאל פרייברג ו/או להיות באי כוחי במשפט של
נגד בענין תאונת דרכים מיום ל
מבלי לפגוע בכלליות המינוי יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל
הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנייל 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 20 לחודש 12 שנה 21

חתימה: X

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל פרייבוג
מס' רשיון 6254

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

<u>שם משפחה</u> <u>רזניארי</u>	<u>שם פרטי</u> <u>רז</u>	<u>תעודת זהות</u> <u>201170610</u>	<u>שם האב</u>
<u>רחוב</u>	<u>מס'</u>	<u>עיר</u> <u>נתניה</u>	<u>מיקוד</u>
		<u>טלפון</u>	

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הבטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור ל- _____ (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי 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: _____
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: 2011/12/21 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____
X מס' דשיון: 62254