

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.

12.4.22

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
רחוב יצחק שדה 17
תל אביב
באמצעות פקס: 03-6250222

א.ג.נ.,

הנדון: אופק רביבו, ת.ז. 214423709
תאונה מיום 15/11/21

1. מצ"ב טופס תביעה לקביעת דרגת נכות בצירוף תעודות רפואיות.

2. לעיונכם וטיפולכם המסור בזימונו של מרשי לועדה אודה.

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
גיל	אלפר	214423709
מין	מספר אישי בצה"ל	תאריך לידה
זכר ☒		שנה חודש יום
נקה ☐		
עיסוק		
שכיר ☒		
מתנדב ☐		
עצמאי ☐		

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
הגדרה גלילית	33		1	תל אביב	
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:			
		@			

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)

רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

2

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה	שנה חודש יום
15/11/2021	
פרטים על הפגיעה	
כדיני חרבה גמליזי, נפגתי באזור גלילי	

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					
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 _____ תקופת אשפוז _____		
האם נעשו לך בדיקות עקב הפגיעה (צילומי רנטגן, CT, MRI וכד')? כן ☒ לא ☐		
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

המגבלות או הכאבים שמהם אתה סובל	המסמך או התיעוד הרפואי הקשור למגבלה שציינת
כאבים ופגמים בתנועת יד ימין	
קושי כרוני וא/ח"כ	
קושי כרוני פתולוגי ימני	
כאבים 5-10 זנלקה	

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 - 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".

שם גורם מסייע	כתובת	טלפון
ד"ר אריאל פיינברג	שוק האל, 7, י"ג	03-7472358

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

אסף רז

שם הבנק	שם הסניף/כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
הספק	יז א"ה	151	2246 03

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 10.4.22 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 ביודעין 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 _____ 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 15/11/2021 יום חודש שנה	מספר זהות/דרכון 214423709	קוד גמלה 11
שם פרטי אלון	שם משפחה רזין	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 10.4.22 חתימת המבוטח * A

תעודה רפואית

ביקורופא

www.bikurofe.co.il

מרכז אשדוד, בניסה ד', ינאל אלון 90, ת"א 6789130
טלפון 03-6272324 | מקס 03-5613011

מס' ביקור: 13336357

תאריך: 15/11/21 שעת קבלה: 22:17 סיום: 23:20 15/11/2021

שם המטופל: איפק רביבו מס' זהות: 214423709 גיל: 18.3 מס' מנוי: 214423709

כתובת: תל אביב יפו הגיבור העלמוני 33 דירה 1 054-2049171 מרפאה: תל אביב כללית

רקע רפואי: בריא בדר"כ

רגישות לתרופות:

G6PD

אחר

תלונות החולה:

בן 18 שנים ו 3 חודשים
ביום קבלתו בערב היה מעורב לדברין כרוכב אופנוע בתאונת דרכים, עמד ברמזור אדום רכב מאחורה נכנס בו, העיפה אותו על ריצפה

קסדה לא נסדקה, שולל חבלת ראש
נחבל בגב, ברכיים, יד ימין
כעת פנה בשל כאבים באצבע 3 כף יד ימין
צילום כף יד ימים שבר MC3
הופנה למיון לבדיקת אורטופדי

מדדים: חום: 36.9 PO לחץ דם: 126/76 דופק: 102 סדיר סטורציה: 100%

בדיקה גופנית:

סטיקרדי יתר ס"ח תקינים, בהכרח מלאה, עירני, נראה כאוב
בבדיקה אין סימני שבר תת גלגולתי,
אישונים שווים מגיבים לאור, תנועות עיניים תקינות
בדיקת אצבע 3 כף יד ימין נפוחות באצבע ללא הימטומה
רגישות מפרק PIP
MC3
הגבלה בטווח תנועה
NV שמור
אין דיפורמציה

בדיקות עור:

סוג בדיקה

צילום רנטגן

אבחנה משוערת:

UNSPECIFIED GENERAL MEDICAL EXAMINATION

לקוח/ה יקר/ה, במקרה של החמרה במצבך עליך לפנות לבדיקת רופא

חתימה וחותמת הרופא:

שם הרופא: דר' שריף עבדול חמיד רשיון הרופא: 93451

רביבו אופק
משה
18
21442370-9
מ.ז.
15 11 21
מלוד
מלוד
מקרה
12514176
יורם רפואי ת"א

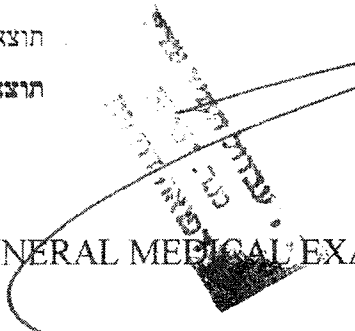
זמן ביצוע

23:11

תוצאות

תוצאות בדף מצורף

FX MC3 ,
TRAFIC



תעודת רפואית

www.dikur.co.il
6789130 ת"א 90 אלן 90
03-5613011 פקס 03-6273324

מס' ביקור: 13336357

תאריך: 15/11/21 שעת קבלה: 22:17 סיום: 23:20 15/11/2021

שם המטופל: אופק רביבו

מס' זהות: 214423709

גיל: 18.3

מס' מנוי: 214423709

כתובת:

054-2049171

תל אביב יפו הגיבור העלמוני 33 דירה 1

כללית

אביב

רקע רפואי: בריא בדר"כ

רגישות לתרופות:

אחר

G6PD

תלונות החולה:

בן 18 שנים ו 3 חודשים

ביום קבלתו בערב היה מעורב לדברין כרוכב אופנוע בתאונת דרכים, עמד ברמזור אדום רכב מאחורה נכנס בו, העיפה אותו יצפה

קסדה לא נסדקה, שולל חבלת ראש
נחבל בגב, ברכיים, יד ימין
כעת פנה בשל כאבים באצבע 3 כף יד ימין
צילום כף יד ימים שבר MC3
הופנה למיון לבדיקת אורטופדי

מדדים: חום: 36.9 PO לחץ דם: 126/76 דופק: 102 סדיר סטורציה: 100%

דיקה גופנית:

וכיקרדי יתר ס"ח חקנים, בהכרח מלאה, עירני, נראה כאוב
בבדיקה אין סימני שבר תת גלגולתי,
אישונים שווים מגיבים לאור, תנועות עיניים תקינות
בדיקת אצבע 3 כף יד ימין נפוחות באצבע ללא הימטומה

רגישות מפרק PIP

MC

הגבלה בטווח תנועה

NV שמור

אין דיפורמציה

דיקות צור:

ג בדיקה

ילום רנטגן

חנה משוערת:

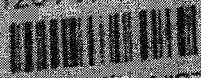
זמן כיצוע

תוצאות

23:11

תוצאות בדיקת מצורף

רביבו אופק
משר
18
21442370-9
15 11 21
מלח
מלח
מקרה
12514176
תרכיז רפוא ת"א



FX MC3 ,
TRAFIC

UNSPECIFIED GENERAL MEDICAL EXAMINATION

ח/ה יקר/ה, במקרה של החמרה במצבך עליך לפנות לבדיקת רופא

תעודת רפואית

ביקורופא

www.bikurofe.co.il
מרכז אשדוד, בניסה ד', גאל אלון 90, ח"א 6789130
טלפון: 03-8272324 | פקס: 03-5613011

מס' ביקור: 13336357

תאריך: 15/11/21 שעת קבלה: 22:17 סיום: 15/11/2021 23:20

שם המטופל: אופק רביבו מס' זהות: 214423709 גיל: 18.3 מס' מנר: 214423709

כתובת: תל אביב יפו הגיבור העלמוני 33 דירה 1 054-2049171 מרפאה: תל אביב כללית

ACCIDENT

טיפולים שבוצעו:

תרופות שניתנו במרפאה:

לא ניתנו תרופות

מרשם תרופות:

לא ניתן מרשם

דיון והמלצות:

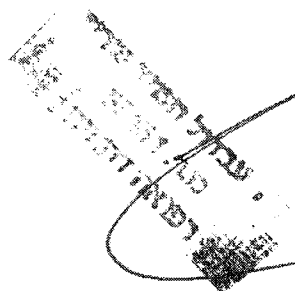
רפואה שלמה

המשך מעקב אורטופד בהקדם

פנייה מיידית למיון

תוקף ההפניה 24 שעות

אמצעי פינוי: עצמאי



לקוח/ה יקר/ה, במקרה של החמרה במצבך עליך לפנות לבדיקת רופא

חתימה וחותמת הרופא:

שם הרופא: דר' שריף עבדול חמיד רשיון הרופא: 93451

סיוע רפואי באקום ופוליסת ביטוח
סיוע רפואי

תעודת רפואית

ביקורופא

www.bikurofa.co.il
מרכז אשכול בניסה ד', גבעתיים 579130
טלפון 03-5613011 | פקס 03-5613012

מס' ביקור: 13336357

תאריך: 15/11/21 שעת קבלה: 22:17 סיום: 23:20 15/11/2021

שם המטופל: אופק רביבו מס' זהות: 214423709 גיל: 18.3 מס' מנזר: 214423709

כתובת: תל אביב יפו הגיבור העלמוני 33 דירה 1 054-2049171 מרפאה : תל אביב כללית

ACCIDENT

טיפול שבוצע:

תרופות שניתנו במרפאה:

לא ניתנו תרופות

מרשם תרופות:

לא ניתן מרשם

דיון והמלצות:

רפואה שלמה

המשך מעקב אורטופד בהקדם

פנייה מידית למיון

תוקף ההפניה 24 שעות

אמצעי פינוי: עצמאי

עברתי את
הבדיקה
ב- 15/11/21
ב- 22:17
ב- 23:20
ב- 15/11/2021
ב- 054-2049171
ב- תל אביב יפו
ב- תל אביב כללית

לקוח/ה יקר/ה, במקרה של התמרה במצבך עליך לפנות לבדיקת רופא

שם הרופא: דר' שריף עבדול חמיד רשיון הרופא: 93451

חתימה וחותמת הרופא:

שירות פפואי נאקוט והלואן פוליסט אק
סודי רפואי

תעודה רפואית

ביקורופא

www.bikurafa.co.il
מרכז אשדוד בניסה דה קאל אלון 50, ת"א 5750504
טלפון: 052722424 מ.ס. 1 פקס: 052722424

מס' ביקור: 13336357

תאריך: 15/11/21 שעת קבלה: 22:17 סיום: 23:20 15/11/2021

שם המטופל: אופק רביבו מס' זהות: 214423709 גיל: 18.3 מס' מנרי: 214423709
כתובת: תל אביב יפו הגיבור העלמוני 33 דירה 1 054-2049171 מרפאה: תל אביב כללית

רקע רפואי: בריא בדר"כ

רגישות לתרופות:

G6PD

אחר

תלונות הנוגעות:

בן 18 שנים ו 3 חודשים
ביום קבלתו בערב היה מעורב לדברין כרוכב אופנוע בתאונת דרכים, עמד כרמזור אדום רכב מאחוריה נכנס בו, העיפה אותו על ריצפה

קסדה לא נסדקה, שולל חבלת ראש
נחבל בגב, ברכיים, יד ימין
כעת פנה בשל כאבים באצבע 3 כף יד ימין
צילום כף יד ימין שבר MC3
הופנה למיון לבדיקת אורטופדי

מדדים: חום: 36.9 PO לחץ דם: 126/76 דופק: 102 סדיר סטורציה: 100%

בדיקה גופנית:

טכיקרדי יתר ס"ח תקינים, בהכרח מלאה, עירני, נראה כאוב
בבדיקה אין סימני שבר חת גלגולתי,
אישונים שווים מגיבים לאור, תנועות עיניים תקינות
בדיקה אצבע 3 כף יד ימין נפוחות באצבע ללא הימטומה
רגישות מפרק PIP
MC3
הגבלה בטווח תנועה
NV שמור
אין דיפורמציה

בדיקות עור:

סוג בדיקה
צילום רנטגן

אבחנה משוערת:

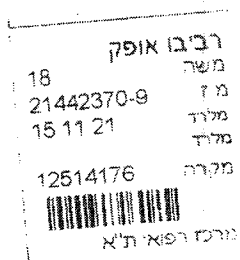
UNSPECIFIED GENERAL MEDICAL EXAMINATION

לקוח/ה יקר/ה, במקרה של החמרה במצבך עליך לפנות לבדיקת רופא

שם הרופא: דר' שריף עבדול חמיד רשיון הרופא: 93451

חתימה וחותמת הרופא:

FX MC3 ,
TRAFIC



זמן ביצוע

23:11

תוצאות

תוצאות בדיקת מצורף



סודי רפואי
מסמך רפואי המקום והזמן הנחשבים לך

תעודת רפואית

ביקורופא

www.bikurofe.co.il
מרכז אשרד, כינסה ד', נאלי אלון 90, תיא 6789130
טלפון: 03-6272324 | פקס: 03-5613011

מס' ביקור: 13336357

תאריך: 15/11/21 שעת קבלה: 22:17 סיום: 15/11/2021 23:20

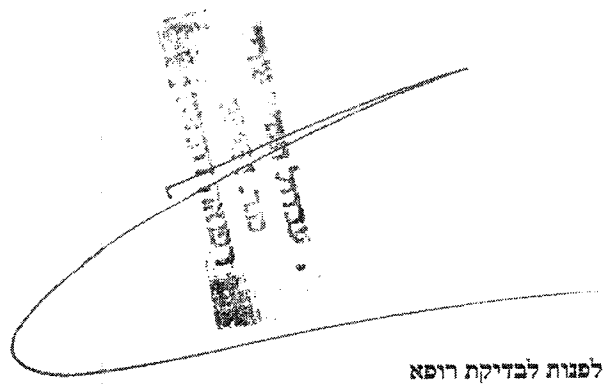
שם המטופל: אופק רביבו	מס' זהות: 214423709	גיל: 18.3	מס' מבו: 214423709
כתובת: תל אביב יפו הגיבור העלמוני 33 דירה 1	054-2049171	מס' מבו: 214423709	מס' מבו: 214423709
אביב כללית			מס' מבו: 214423709

צילום רנטגן

שבר MC3

T_2000

T_3000



לקוח/ה יקר/ה, במקרה של התמרה במצבך עליך לפנות לבדיקת רופא

שם הרופא: דר' שריף עבדול חמיד רשיון הרופא: 93451 חתימה וחותמת הרופא: _____

תאריך ושעת ההדפסה: 01:11 16/11/2021

חסוי רפואי

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

מערך המחלקה לרפואה דחופה

שחרור רפואי

שם יחידה: המחלקה לרפואה דחופה	מנהלת מחלקה: דר' שריט משה מ.ר. 31292	אח/ות אחראית: שירה פלג
טלפון: 03-6973232	פקס: 03-6973652	דוא"ל:

שם משפחה: רביבו	שם פרטי: אופק	ת.ז.: 214423709
תאריך לידה: 08/08/2003	גיל: 18 ש' ו' ח'	טלפון: 054-2049171
מין: זכר	מבוטח בקופה: כללית	כתובת: הגבור האלמוני 33 תל אביב 6731965 פו-

נתוני ביקור - תאריך ושעת קבלה: 15/11/2021 23:37 מספר מקרה: 12514176

סיום טיפול במלר"ד: שחרור

מחלה נוכחית

בן 18, בריא בד"כ. G6PD
RHD

ביום פנייתו מתארת ת.דרכים כרוכב אופנוע מול מכונית.
פנה לבדיקה בקהילה והופנה למוסדי תחת אבחנת עבודה של שבר במסרק.
בבדיקתו- רגישות על פני מסרק 3.
רושם לגזור עם אנגולציה לטראלית.
תחושה דיסטאלת שמורה

בצילום (דיסק) שבר ספיראלי מרוסק של מסרק 3 ימין.

לאחר הרדמה מקומית בוצע נסיון רדוקציה של הגזרור.
רושם קליני לשיפור ברוטציה.
הושם בסד גבס אינטריניק פלוס
צילום ביקורת- שיפור בעמדת השבר

אבחנות במיון

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

רגישות לתרופות

שם התרופה: G6PD
תאריך רישום: 16/11/2021

נתונים קליניים

מדדים

תאריך ושעה	חום	לחץ דם	דופק	כאב	סטורציה באויר חדר
00:05 16/11/2021	36.9	153 / 102	104	0	97

שונות

תאריך ושעה	כאב
00:05 16/11/2021	0

מוניטור

תאריך ושעה	לחץ דם	דופק
00:05 16/11/2021	153 / 102	104

מדדים סדציה

שם: אופק רביבו	ת"ז: 214423709	מקרה:	מחלקה: המחלקה לרפואת דחופה
----------------	----------------	-------	----------------------------

תאריך ושעה	חום	לחץ דם	דופק	סטורציה באויר חדר
00:05 16/11/2021	36.9	153 / 102	104	97

הוראות במערך

תאריך ושעה	כאב
00:05 16/11/2021	0

מדדים חיוניים

תאריך ושעה	לחץ דם	דופק
00:05 16/11/2021	153 / 102	104

מדדים מרדים רוחבי

תאריך ושעה	חום	לחץ דם	דופק
00:05 16/11/2021	36.9	153 / 102	104

סיכום

משוחרר לביתו בהמלצות הבאות:

המלצות כלליות

המלצה: שינוך כאב לפי הצורך - אקמול, אופטלגין
אין להרטיב את הגבס. אין לחטט.
המקרה יוצג ליחידת כף היד בשאלה של טיפול ניתוחי. במידה ולא ניתנה תשובה טלפונית - נא ליצור קשר בעוד
מספר ימים עם מזכירת היחידה סימי, טלפון 036973528.
ביקורת מרפאת כף יד במוסדנו בעוד שבוע (טלפון לקביעת תור 03-6974000).
חופשת מחלה: 2 שבועות.

הדרכה סיעודית בשחרור

המטופל הודרך לשחרור בהתאם להמלצות הרופא

חתימת אחות משחררת

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
דור חתונה מ.ר. 162860	אחות משחררת	16/11/2021 01:11

רופאה משחררת

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
ד"ר לירן מ.ר. 140435	רופאה משחררת	16/11/2021 01:05

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.

מטופל/ת יקר/ה

בימים אלה, כולנו עוברים תקופה לא קלה, לא אחת מלווה במתח נפשי ובדידות.
להלן מספרי טלפון לסייע:

מוקד החירום של משרד הרווחה והשירותים החברתיים - 118
מוקד לאזרחים וותיקים: מיצוי זכויות, הפגת בדידות, סיוע סוציאלי - 8840*
יחידת סגולה לאזרחים וותיקים 03-6947680
קווי החירום לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית - 1202: נשים 1203: גברים
ערן - עזרה ראשונה נפשית - 1201
מרכז מיצוי זכויות למטופלים מתחת לגיל הפרישה 03-9647888
כל זכות - מאגר מידע אודות זכויות www.kolzchut.org.il
השירות הסוציאלי בית חולים איכילוב - 03-6973574

תאריך ושעת ההדפסה: 21:34 17/11/2021
חיוני רפואי

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

מערך אורתופדי
מנהל מערך: דר' חורי אמל מ.ר. 29067

מכתב שחרור רפואי

שם יחידה: מחלקה אורתופדית א	מנהלת מחלקה: דר' חורי אמל מ.ר. 29067	אח/ות אחראית: גב' הילה איטינג
טלפון: 03-6973484	פקס:	דוא"ל:

שם משפחה: רביבו	שם פרטי: אופק	ת.ד.: 214423709
תאריך לידה: 08/08/2003	גיל: 18 ש' ו 3 ח'	טלפון: 054-2049171
מין: זכר	מבוטח בקופה: כללית	כתובת: הגבור האלמוני 33 תל אביב יפו 6731965

נתוני ביקור - מספר מקרה: 12515183

תאריך קבלה למחלקה: 17/11/2021 מספר ימי אשפוז במחלקה: 1

תאריך קבלה למיין/לביה"ח: 17/11/2021 מספר ימי אשפוז בביה"ח: 1

תאריך שחרור

תאריך שחרור: 17/11/2021 שעה: 18:31

אבחנות בשחרור

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

בריא בדרך כלל
ניתוחים באשפוז

CLOSED FRACTURE OF METACARPAL BONE(S), SITE UNSPECIFIED
815.00 17/11/2021

רגישות לתרופות

שם התרופה	תאריך רישום
G6PD	16/11/2021
IOD (Iodine)	17/11/2021

לא ידועה רגישות לחומרים

תלונה עקרית

חבלת יד ימין

מחלה נוכחית

בן 18, בריא בד"כ. G6PD
RHD

ביום פנייתו מתאר ת.ד.ר. כרוכב אופנוע מול מכונית, כשהיה בדרכו מהעבודה.
פנה לבדיקה בקהילה וקופנה למוסדיו תחת אבחנות עבודה של שבר במסרק.
בבדיקתו - רגישות על פני מסרק 3.
רושם לגזרור עם אנגולציה לטראלית.
תחושה דיסטאלת שמורה

בצילום (דיסק) שבר ספיראלי מרוק של מסרק 3 ימין.

שם: אופק רביבו	ת"ז: 214423709	מקרה: 12515183	מחלקה: מחלקה אורתופדית א
----------------	----------------	----------------	--------------------------

לאחר הרדמה מקומית בוצע נסיון רדוקציה של הגזרור.
רושם קליני לשיפור ברוטציה.
הושם בסד גבס אינטרינזיק פלוס
צילום ביקורת- שיפור בעמדת השבר

דיון יחידת כף יד 17.11.21
בבדיקה: מתקשה בכיפוף אצבעות, ניתן להתרשם מהטייה אולנארית של אצבע 3, שמור NV
בצילום נראה עמדה מתקבלת

מתקבל לצורך שחזור וקיבוע שבר מסרק 3 כף יד ימין.
הומלץ על אופציה ניתוחית, הוסבר על סיבוכים וסוג הקיבוע שיקום שילול הפעלה במסגרת קופח ריפוי בעיסוק שישפיע על התפקוד
הסופי, מבין ומעוניין.

תולדות עבר

-אמ"ל

רקע סוציאלי

-אנשי קשר בקבלה הסיעודית

בדיקה גופנית בקבלה

נבדק: ק

מצב כללי תקין

בית חזה וריאות תקין

לב כלי דם תקין

גפיים לא תקין כמתואר

סיכום אשפוז

נתקבל בשל שבר מסרק 3 כף יד ימין
בתאריך 17.11.2021 תחת הרדמה כללית ORIF MC3 RT BY SCREWS COMPACT HAND מהלך תקין, סד גבס בסיום

לאחר הניתוח יציב נשמטית והמודינמית, פרמרטים תקינים
לאחר הניתוח יד בסד - צפי סד 4 שבועות לפי צילומי ביקורת בהתאם.
משתחרר במצב משביע רצון

המלצות כלליות

המלצה: מעקב רופא מטפל

שיכון כאב על פי צורך

לא להרטיב ולא להוריד סד עד לביקורת

הרמת היד

הפעלת מרפק וכתף

צפי סד גבס - 4 שבועות לפי החלטה לאחר צילום ביקורת

ביקורת מרפאת כף יד בעוד שבועיים לצילום והסרת תפרים

חופשת מחלה חודש וחצי

הדרכת מטופל בשחרור

החולה הודרך לגבי תכנית הטיפול המתוכננת לו

תוצאות מעבדה

תפקודי קרישה

ערכי ייחוס	בשחרור	תאריך	בקבלה	תאריך	בדיקה
0.97 - 1.19	1.00	17/11/21	1.00	17/11/21	PT, INR
10.03 - 12.43	10.70	17/11/21	10.70	17/11/21	PT, Sec - blood
25.00 - 34.00	28.80	17/11/21	28.80	17/11/21	PTT

ספירת דם

ערכי ייחוס	בשחרור	תאריך	בקבלה	תאריך	בדיקה
4.0 - 11.0	10.5	17/11/21	10.5	17/11/21	WBC

שם: אופק רביבו	ת"ז: 214423709	מקרה: 12515183	מחלקה: מחלקה אורתופדית א
----------------	----------------	----------------	--------------------------

ערכי ייחוס	בשחרור	תאריך	בקבלה	תאריך	בדיקה
39 - 49	49	17/11/21	49	17/11/21	HCT
80.0 - 96.0	90.5	17/11/21	90.5	17/11/21	MCV
26.0 - 34.0	30.6	17/11/21	30.6	17/11/21	MCH
31.0 - 37.0	33.8	17/11/21	33.8	17/11/21	MCHC
0.0 - 15.0	11.9	17/11/21	11.9	17/11/21	RDW
7.0 - 12.0	9.3	17/11/21	9.3	17/11/21	Mean platelet volume
40.0 - 75.0	75.0	17/11/21	75.0	17/11/21	Neutrophils %
20.0 - 40.0	19.4↓	17/11/21	19.4↓	17/11/21	Lymphocytes %
2.0 - 13.0	4.8	17/11/21	4.8	17/11/21	Mono%
0.0 - 6.0	0.4	17/11/21	0.4	17/11/21	Eosinophils %
0.0 - 1.9	0.4	17/11/21	0.4	17/11/21	Basophils%
1.4 - 6.0	7.9↑	17/11/21	7.9↑	17/11/21	Neutrophils No.
1.2 - 3.0	2.0	17/11/21	2.0	17/11/21	Lymphocytes No.
0.0 - 1.3	0.5	17/11/21	0.5	17/11/21	Monocytes No.
0.0 - 0.4	0.0	17/11/21	0.0	17/11/21	Eosinophils No.
0.0 - 0.2	0.0	17/11/21	0.0	17/11/21	Basophils No.
	0.1	17/11/21	0.1	17/11/21	NRBC/100 WBC
	4.0	17/11/21	4.0	17/11/21	Neutrophils/lymphocytes ratio - blood
13.2 - 17.0	16.5	17/11/21	16.5	17/11/21	Hemoglobin
4.3 - 5.8	5.4	17/11/21	5.4	17/11/21	RBC
150 - 450	326	17/11/21	326	17/11/21	Platelet, automated count

כימיה בדם

ערכי ייחוס	בשחרור	תאריך	בקבלה	תאריך	בדיקה
<5 - 25	13	17/11/21	13	17/11/21	Urea nitrogen (BUN) - blood
95 - 110	102	17/11/21	102	17/11/21	Chloride - blood
0.70 - 1.30	0.99	17/11/21	0.99	17/11/21	Creatinine
70 - 110	80	17/11/21	80	17/11/21	Glucose - blood
3.50 - 5.30	3.96	17/11/21	3.96	17/11/21	Potassium - blood
135.0 - 146.0	137.0	17/11/21	137.0	17/11/21	Sodium - blood
<0.03 - 5.00	4.06	17/11/21	4.06	17/11/21	CRP (WIDE RANGE)

חתימת רופא משחרר

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
דר' נתיב טל מר. 125953	רופא מומחה	17/11/2021 19:52

שם רופא בכיר מאשר השחרור

השחרור אושר על ידי: ד"ר רוזנבלט

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

לזכויות שלכם מכל הגורמים חפשו בגוגל "כל זכות אחרי אשפוז" כל זכות משרד הבריאות	"קול הבריאות" 5400* לכל יחידות משרד הבריאות	"כל הבריאות" המערכת לבדיקת זכויות: call.gov.il	משרד הבריאות לחיים בריאים יותר חטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים
---	--	---	---

תאריך ושעת ההדפסה: 17/11/2021 19:50

חסוי רפואי

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



רפואה טובילה 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

דוח ניתוח רפואי

שם יחידה: חדר ניתוח כללי - מתחם א	מנהל היחידה:	אח/ות אחראית: זאנה ספקטור
טלפון: 036973258	פקס: 036925752	דוא"ל:

שם משפחה: רביבו	שם פרטי: אופק	ת.ז.: 214423709
תאריך לידה: 08/08/2003	גיל: 18 ש' ו 3 ח'	טלפון: 054-2049171
מין: זכר	מבוטח בקופה: כללית	כתובת: הגבור האלמוני 33 תל אביב יפו 6731965

נתוני ביקור - תאריך ושעת קבלה: 17/11/2021 17:38 מספר מקרה: 12515183

אינדיקציה לניתוח ומחלה נוכחית

rt 3rd mc fx

אבחנה נוכחית לפעולה

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

שם הניתוח

CLOSED FRACTURE OF METACARPAL BONE(S), SITE UNSPECIFIED 815.00

סיכום ניתוח

ממצאים:

מהלך הניתוח:

בתאריך 17.11.2021 תחת הרדמה כללית ORIF MC3 RT BY SCREWS COMPACT HAND מהלך תקין, סד גבס בסיום תחת הרדמה כללית, שכיבה על הגב, רחצה חיטוי כסוי כמקובל, חתך מעל MC3 חשיפת גידים מיישרים והסטתם, פתיגחת גונקטרה טנדינוס, חשיפת השבר, שטיפת המטומה, ניקוי שוליים, בטכניקת LAG SCREW הכנסת 4 ברגים מס compact hand 2.0, בשיקוף עמדה תקינה, שטיפות, סגירה על פי שכבות, עור נילון, מרקאין, חבישה, סד גבס, מהלך תקין.

הרדמה

הרדמה: General Anesthesia

מתן מרכיבי דם

מתן מרכיבי דם: לא רלוונטי

דימום

דימום: לא

הפניה לפתולוגיה

בדיקה נשלחה לפתולוגיה: לא

נשלחו בדיקות מעבדה

נשלחו בדיקות מעבדה: לא

סיבוכים במהלך הניתוח

סיבוכים במהלך הניתוח: לא היו סיבוכים

שם: אופק רביבו	ת"ר: 214423709	מקרה: 12515183	מחלקה: מחלקה אורתופדית א
----------------	----------------	----------------	--------------------------

ערכי ייחוס	בשחרור	תאריך	בקבלה	תאריך	בדיקה
39 - 49	49	17/11/21	49	17/11/21	HCT
80.0 - 96.0	90.5	17/11/21	90.5	17/11/21	MCV
26.0 - 34.0	30.6	17/11/21	30.6	17/11/21	MCH
31.0 - 37.0	33.8	17/11/21	33.8	17/11/21	MCHC
0.0 - 15.0	11.9	17/11/21	11.9	17/11/21	RDW
7.0 - 12.0	9.3	17/11/21	9.3	17/11/21	Mean platelet volume
40.0 - 75.0	75.0	17/11/21	75.0	17/11/21	Neutrophils %
20.0 - 40.0	19.4↓	17/11/21	19.4↓	17/11/21	Lymphocytes %
2.0 - 13.0	4.8	17/11/21	4.8	17/11/21	Mono%
0.0 - 6.0	0.4	17/11/21	0.4	17/11/21	Eosinophils %
0.0 - 1.9	0.4	17/11/21	0.4	17/11/21	Basophils %
1.4 - 6.0	7.9↑	17/11/21	7.9↑	17/11/21	Neutrophils No.
1.2 - 3.0	2.0	17/11/21	2.0	17/11/21	Lymphocytes No.
0.0 - 1.3	0.5	17/11/21	0.5	17/11/21	Monocytes No.
0.0 - 0.4	0.0	17/11/21	0.0	17/11/21	Eosinophils No.
0.0 - 0.2	0.0	17/11/21	0.0	17/11/21	Basophils No.
	0.1	17/11/21	0.1	17/11/21	NRBC/100 WBC
	4.0	17/11/21	4.0	17/11/21	Neutrophils/lymphocytes ratio - blood
13.2 - 17.0	16.5	17/11/21	16.5	17/11/21	Hemoglobin
4.3 - 5.8	5.4	17/11/21	5.4	17/11/21	RBC
150 - 450	326	17/11/21	326	17/11/21	Platelet, automated count

כימיה בדם

ערכי ייחוס	בשחרור	תאריך	בקבלה	תאריך	בדיקה
<5 - 25	13	17/11/21	13	17/11/21	Urea nitrogen (BUN) - blood
95 - 110	102	17/11/21	102	17/11/21	Chloride - blood
0.70 - 1.30	0.99	17/11/21	0.99	17/11/21	Creatinine
70 - 110	80	17/11/21	80	17/11/21	Glucose - blood
3.50 - 5.30	3.96	17/11/21	3.96	17/11/21	Potassium - blood
135.0 - 146.0	137.0	17/11/21	137.0	17/11/21	Sodium - blood
<0.03 - 5.00	4.06	17/11/21	4.06	17/11/21	CRP (WIDE RANGE)

חתימת רופא משחרר

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
ד"ר נתיב טל מ.ר. 125953	רופא מומחה	17/11/2021 19:52

שם רופא בכיר מאשר השחרור

השחרור אושר על ידי: ד"ר רוזנבלט

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

לזכויות שלכם מכל הגורמים חפשו בגוגל "כל זכות אחרי אשפוז" כל זכות www.kol-zochot.org	"קול הבריאות" 5400* לכל יחידות משרד הבריאות	"כל הבריאות" המערכת לבדיקה זכאויות: call.gov.il	משרד הבריאות נחיים בריאות יותר חטיבת המרכזים הרפואיים המתענתיים
---	--	--	---

תאריך ושעת ההדפסה: 11:07 20/12/2021

חסי רפואי

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



רפואה חובילה ואנושית
MEDICAL EXCELLENCE AND COMPASSIONATE CARE

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

מערך אורתופדי
מנהל מערך: דר' חורי אמל מ.ר. 29067

סיכום ביקור רפואי

שם יחידה: מרפאה אורתופדית	מנהל המרפאה: דר' חורי אמל מ.ר. 29067	אח/ות אחראי/ת:
טלפון: 03-6974000	פקס:	דוא"ל:

שם משפחה: רביבו	שם פרטי: אופק	ת.ז.: 214423709
תאריך לידה: 08/08/2003	גיל: 18 ש' ו4 ח'	טלפון: 054-2049171
מין: זכר	מבוטח בקופה: כללית	כתובת: הגבור האלמוני 33 תל אביב פנ 6731965

נתוני ביקור - תאריך: 20/12/2021 שעה: 10:20 מספר ביקור: 40942541

בריא בדרך כלל

הרגלים

מעשן/ת: לא

אלכוהול: לא

סמים: לא

שינה: תקינה

לא ידוע שימוש בתרופות קבועות

רגישות לתרופות

שם התרופה

תאריך רישום

16/11/2021

17/11/2021

G6PD

(Iodine) IOD

סיקור כאב

המטופל/ת חש/ה כאב: לא

בדיקת פצע ניתוחי

מצב הפצע הניתוחי: לא רלוונטי

לא ידועה רגישות לחומרים

ניתוחים בעבר

S/P CLOSED FRACTURE OF METACARPAL BONE(S), SITE UNSPECIFIED (815.00) (17/11/2021)

סיכום ודיון

מצב לאחר ORIF MC3 ע"י ברגים מסט COMPACT HAND בצאריך 17.11.2021
הוראות לאחר ניתוח - סד גבס לפחות 4 שבועות

היום ביקורת ראשונה

מרגיש טוב

הוסרו תפרים

הוחזר גבס

ללא גזרור, תחושה שמורה, מניע בגבולות הגבס

צילום תקין



הזמנה לצילום / בדיקה בחטיבת ההדמיה

- חסוי רפואי -

כל השדות שדות חובה!

ההזמנה מופנית

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

מקום למדבקה גדולה

שם החולה: _____
תעודת זהות: _____
שנת לידה: _____ גורם מפנה: _____
חולה אמבולטורי נא למלא מספר טלפון: _____

חלק א' ימולא בכל הזמנה

מקום הבצוע: ☐ במכון ההדמיה ☐ במחלקת האשפוז (ניידת)

☐ דחוף (תוך 24 שעות) ☐ לא דחוף

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	☐ הכרה חלקית	☐ כסא גלגלים	☐ לא	☐ שחפת	☐ לא
☐ +בלון	☐ חסר הכרה	☐ מיטה		☐ MRSA	☐ לא ברור
☐ מונשם				☐ אחר איזה?	

פרטים קליניים

ממצאים ואבחנות (כולל בדיקות הדמיה רלבנטיות):

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?: _____

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 אפוסטרופוס או 3 רופאים בכירים.

חלק ג' - לשימוש מכון ההדמיה

תאריך קבלת ההזמנה: _____ שעה: _____

הערות הרדיולוג:

דחיפות הביצוע:

הוראות ביצוע:

סרטים	13/18	18/24	24/30	35/43	810	לייזר	אחר
תקינים							
מקולקים							

ח. ניגוד: _____ כמות: _____ רופא: _____

סוג הבדיקה / מספר הבדיקות: _____

תאריך: _____ רנטגנאי: _____ חתימה: _____



20.12.21



מס' זימון: 00000000

לכבוד

רביבו אופק

הגבור האלמוני 33

תל אביב - יפו, 6731965

א.ג.נ.

הנדון: זימון למרפאה אורטופדית כף יד

מר/גב' רביבו אופק 21442370-9 מוזמן/ת ביום שני 31/01/2022 לשעה 17:00 למרפאה אורטופדית כף יד בבנין סוראסקי קומת קרקע אגף ג.

לבדיקות	קוד שירות	תיאור שירות	כמות
	L9249	בדיקת רופא אורתופד 10	1

שעת הזימון הינה שעה משוערת ותיתכן המתנה

- תעודה מזהה עם תמונה (עבור ילד ת.ז של ההורה כולל ספח).
- 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 מקופות חולים.

אנא
הקפד
להביא

לתשומת ליבך: ללא סידור כספי ותעודה מזהה לא נוכל לקבלך

הזמנה זו היא בתוקף לתאריך זה בלבד, במידה ואין באפשרותך להגיע, אנא הודיענו בהקדם האפשרי.

פרטי התקשרות	מס' טלפון מרפאה: 03-6974000 מס' פקס מרפאה: 074-7219810 דוא"ל מרפאה: ort-c@tlvmc.gov.il	מס' טלפון מטופל: 054-2049171
--------------	--	------------------------------

1. מטופל נכה, בעל תו חניה ממשרד התחבורה, זכאי לחניה חינם-בימי חול מהשעה 07:00 עד 16:00 למחזרת ובימי שישי מהשעה 07:00 ועד 13:00 בחניון סמי עופרובשאר 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. שירות חדש: לקראת הביקור יש לטעון קבצי בדיקות הדמיה שבוצעו מחוץ לבי"ח (בקהילה) בקישור להלן: <https://cdi.tasmc.org.il/custom>
ניתן לגשת לקישור גם דרך אתר בי"ח.
 5. המרכז הרפואי ת"א הינו בית חולים אוניברסיטאי ועל כן מתקיימת בו הרגת סטודנטים במהלך וכחלק מהטיפול הרפואי בד, תוך שמירה על פרטיותך וכבודך.
 6. להימנע מלהגיע לביה"ח עם חפצי ערך.
 7. אפליקציית ניווט להולכי רגל בבי"ח! חפש "איכילוב" בחנות האפליקציות.
- מטופל/ת יקר/ה,
- בהגיעך למרפאות החוץ של בית החולים, אנא הקפד/י על הנחיות משרד הבריאות:
- אין להגיע למרפאות עם חום גבוה מ- 37.6 ו/או שיעול
 - אם עליך לשהות בבידוד, דחה/י את הביקור למועד חדש
 - עליך לעטות מסיכה המכסה את הפה ואת האף במהלך כל שהייתך בבית החולים

הערות



302404162

שירותי בריאות כללית



214423709

-מקור-

חסוי/אישי

תאריך: 22/12/21

מחוז מנפק : 002 ת"א יפו

מרפאה מנפקת : 5105 אילון

גורם מממן : 002 ת"א יפו

אל : איכילוב - 33100 אורתופדיה לקביעת תור : 03-6974000

אישור לטיפולים אמבולטוריים
מס': 302404162

רופא מטפל : 158357 זועבי מוחמד

המבוטח : 0021442370-9 רביבו אופק

רופא מפנה : 158357 זועבי מוחמד

סיבת הפניה : הופנה ע"י רופא

הפניה לצורך :

קוד שירות	קוד תאור הטיפול/בדיקה	קוד משה"ב	קוד כמות
70017	בדיקת רופא אורתופד במרפאה	L9249	1

תאריך זימון : 22/12/21 האישור בתוקף עד לתאריך : 22/06/22

ערוסי בת-חן

שם הפקיד/מנהל אדמ' במרפאה

נופק ללא תשלום : הנחה

לתשומת לב בית החולים/המכון !

להלן תנאי האישור להפניה:

* האישור משמש התחייבות הקופה למימון אך ורק של השירותים הרפואיים הרשומים בטופס זה והכלולים "בסל שירותים" כמשמעו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994.

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

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

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

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

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

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

* תוקפו של טופס זה מותנה בכך שההתחייבות לא תשמש למימון שירותים אשר סופקו למבוטח בתוספת תשלום עבור בחירת רופא או מנתח - בין אם תוספת התשלום שולמה ע"י המטופל באופן אישי ובין אם במימון צד ג' כלשהוא, לרבות חברת ביטוח.

* במידה ונותן השירות בוחר ליתן את השירותים נשוא ההתחייבות על ידי תאגיד בריאות, תוקפה של ההתחייבות זאת מותנה וכפוף לכך שהשירותים יינתנו בהתאם ועל פי תקנות יסודות התקציב (כללים לפעולת תאגיד בריאות), התשס"ב - 2001.

בשעה _____:

הוזמן תור לתאריך _____/_____/_____

ט"ו-17

תאריך
22/12/2021
08:28

הפניה כללית

פרטי המטופל

משה	08/08/2003	ז	18.04	00-21442370-9	רביבו אופק
שם האב	ת.לידה	מין	גיל	מס זהות	שם משפחה ושם פרטי
3 - 6311062	54 -2049171		33		הגבור האלמוני
טלפון נוסף	טלפון		מס בית		רחוב
					תל אביב - ישוב

סוג תאונה 1 תאונת דרכים תאריך תאונה 15/11/2021

מספר הפניה: 35105154612

גורם שולח
5105

מספר הפניה
035105154612

תז נבדק
0214423709

מספר רשיון
158357

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	אבחנה	איפיון
8150	FRACTURE METACARPALS CLOSED	

תלונות: בתאריך 17/11/2021

ביום פנייתו מתארת ת.דרכים כרוכב אופנוע מול מכונית.
פנה לבדיקה בקהילה והופנה למוסדינו תחת אבחנת עבודה של שבר במסרק.
בבדיקות רגישות על פני מסרק 3
רושם לגזרור עם אנגולציה לטראלית.
תחושה דיסטאלת שמורה
בצילום (דיסק) שבר ספיראלי מרוסק של מסרק 3 ימין.
מצב לאחר ניתוח אורתופדי
תוכנית
שיכון כאב על פי צורך
לא להרטיב ולא להוריד סד גבס
יש לתאם תור לריפוי בעיסוק לעוד שבועיים לתחילת הפעלה אקטיבית אקטיבית
נעזרת
ביקורת עוד שבועיים לצילום והסרת גבס

ס.ה.ר. 7

הפניה כללית

רביבו אופק

דף 1 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

22/12/2021

הודפס ע"י ד"ר מוחמד זועבי

00-21442370-9

תאריך ושעת ההדפסה: 10:56 06/12/2021

חסי רפואי

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



רפואה טובילה ואנושית
MEDICAL EXCELLENCE AND COMPASSIONATE CARE

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

מערך אורתופדי
מנהל מערך: דר' חורי אמל מר. 29067

סיכום ביקור רפואי

שם יחידה: מרפאה אורתופדית	מנהל המרפאה: דר' חורי אמל מר. 29067	אח/ות אחראית:
טלפון: 03-6974000	פקס:	דוא"ל:

שם משפחה: רביבו	שם פרטי: אופק	ת.ז.: 214423709
תאריך לידה: 08/08/2003	גיל: 18 ש' ו 3 ח'	טלפון: 054-2049171
מין: זכר	מבוטח בקופה: כללית	כתובת: הגבורה אלמוני 33 תל אביב 6731965

נתוני ביקור - תאריך: 06/12/2021 שעה: 09:04 מספר ביקור: 40891620

בריא בדרך כלל

הרגלים

מעשן/ת: לא

אלכוהול: לא

סמים: לא

שינה: תקינה

לא ידוע שימוש בתרופות קבועות

רגישות לתרופות

שם התרופה תאריך רישום

G6PD 16/11/2021

IOD (Iodine) 17/11/2021

סיקור כאב

המטופל/ת חש/ה כאב: לא

בדיקת פצע ניתוחי

מצב הפצע הניתוחי: לא רלוונטי

לא ידועה רגישות לחומרים

ניתוחים בעבר

S/P CLOSED FRACTURE OF METACARPAL BONE(S), SITE UNSPECIFIED (815.00) (17/11/2021)

סיכום ודיון

מצב לאחר ORIF MC3 ע"י ברגים מסט COMPACT HAND בצאריך 17.11.2021
הוראות לאחר ניתוח - סד גבס לפחות 4 שבועות

היום ביקורת ראשונה

מרגיש טוב

הוסרו תפרים

הוחזר גבס

ללא גזרור, תחושה שמורה, מניע בגבולות הגבס
צילום תקין

שם: אופק רביבו	ת"ז: 214423709	מקרה:	מחלקה: מרפאה אורתופדית
----------------	----------------	-------	------------------------

תוכנית

שיכון כאב על פי צורך

לא להרטיב ולא להוריד סד גבס

יש לתאם תור לריפוי בעיסוק לעוד שבועיים לתחילת הפעלה אקטיבית אקטיבית נעזרת

ביקורת עוד שבועיים לצילום והסרת גבס

חופשת מחלה 8 שבועות

הפניה לניתוח

מופנה לניתוח: לא

נחתם ע"י: דר' נתיב טל מ.ר. 125953

חתימה: _____

אני מאשר את
הטיפול המוצע
למרצת
א.ר. 125953
01-595921
LL of cur

הזמנה לצילום / בדיקה בחטיבת ההדמיה

כל השדות שדות חובה!

- חסוי רפואי -

מקום למדבקה גדולה

שם החולה: _____
 תעודת זהות: _____
 שנת לידה: _____ גורם מפנה: _____
 חולה אמבולטורי נא למלא מספר טלפון: _____

ההזמנה מופנית

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

חלק א' ימולא בכל הזמנה

☐ דחוף (תוך 24 שעות) ☐ לא דחוף

מקום הבצוע: ☐ במכון ההדמיה ☐ 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	☐ הכרה חלקית	☐ כסא גלגלים	☐ לא	☐ שחפת	☐ לא
☐ +בלון	☐ חסר הכרה	☐ מיטה		☐ MRSA	☐ לא ברור
☐ מונשם				☐ אחר איזה?	

פרטים קליניים

ממצאים ואבחנות (כולל בדיקות הדמיה רלבנטיות):

השאלה לרדיולוג:

הבדיקה הדרושה:

חתימה וחנותמת:

תאריך:

טלפון / ביפר:

חלק ב' ימולא בהזמנת הבדיקות המצוינות

פעולות פולשניות

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

CT עם ח. ניגוד, IVP, אנגיוגרפיה

תיפקודי כללי: 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 בגלוקופאד?	☐ כן ☐ לא
* אם כן איזו ובמה מתבטאת?	

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 אפוסטרופוס או 3 רופאים בכירים.

חלק ג' - לשימוש מכון ההדמיה

תאריך קבלת ההזמנה: _____ שעה: _____

הערות הרדיולוג:

דחיפות הביצוע: _____
 הוראות ביצוע: _____

סרטים	13/18	18/24	24/30	35/43	810	לייזר	אחר
תקינים							
מקולקלים							
ח. ניגוד							
סוג הבדיקה / מספר הבדיקות:							
תאריך: _____ רנטגנאי: _____ חתימה: _____							



מקייט - 6520413409



מקרה: 40891620 אמבולט: מרפ כף יד / כף יד מרפ

מ.ז. : 21442370-9 שם: רבינו אופק

הזמנה לצילום / בד

כל השדות

אב : משה כתובת: הנהגות חאלמון 33 תל אביב - מ"ז:

סוג : אחר טל: 054-2049171 ת.לידה: 08.08.2003

מס' התחייבות: 302312792 ג.ממס: 110070



מרכז רפואי ת"א

יורן : דר. נתיב-מירון

ת.קבלה: 09:01 06.12.21

מפעיל: MICHALMI

ההזמנה מופנית

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

חלק א' ימולא בכל הזמנה

☐ מקום הביצוע: ☐ במכון ההדמיה ☐ במחלקת האשפוז (ביידת)☐ דחוף (תוך 24 שעות) ☐ לא דחוף

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	☐ הכרה חלקית	☐ כסא גלגלים	☐ לא	☐ שחפת	☐ לא
☐ *בלון	☐ חסר הכרה	☐ מיטה		☐ MRSA	☐ לא ברור
☐ מונשם				☐ אחר איזה?	

פרטים קליניים

ממצאים ואבחנות (כולל בדיקות הדמיה רלבנטיות):

השאלה לרדיולוג:

הבדיקה הדרושה:

חתימה וחותמת:

טלפון / ביפר:

חלק ב' ימולא בהזמנת הבדיקות המצוינות

CT עם ח. ניגוד, IVP, אנגיוגרפיה

פעולות פולשניות

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

תיפקודי כליה: BUN - _____ או CREATININE _____

האם ביצע בעבר CT עם ח. ניגוד, IVP, אנגיוגרפיה? ☐ כן ☐ לאהאם פיתח תגובה (*)? ☐ כן ☐ לאאסטמה? ☐ כן ☐ לאאלרגיה או רגישות לתרופות (*)? ☐ כן ☐ לאסכרת מטופלת בגלוקופאד? ☐ כן ☐ לא

* אם כן איזו ובמה מתבטאת? _____

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 אפוסטרופוס או 3 רופאים בכירים.

חלק ג' - לשימוש מכון ההדמיה

תאריך קבלת ההזמנה: _____ שעה: _____

הערות רדיולוג

דחיפות הביצוע:

הראות ביצוע:

סרטים	13/18	18/24	24/30	35/43	810	ל"ז	אחר
תקנים							
מקילקים							

ח. ניגוד: _____ כמות: _____ רופא: _____

סוג הבדיקה / מספר הבדיקות: _____

תאריך: _____ רנטגנאי: _____ חתימה: _____



מזיט - 6520413409

תאריך ושעת ההדפסה: 01:11 16/11/2021

חסוי רפואי

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

מערך המחלקה לרפואה דחופה

שחרור רפואי

שם יחידה: המחלקה לרפואה דחופה	מנהלת מחלקה: דר' שריסט משה מ.ר. 31292	אח/ות אחראית: שירה פלג
טלפון: 03-6973232	פקס: 03-6973652	דוא"ל:

שם משפחה: רביב	שם פרטי: אופק	ת.ז.: 214423709
תאריך לידה: 08/08/2003	גיל: 18 ש' ו 3 ח'	טלפון: 054-2049171
מין: זכר	מבוסס בקופה: כללית	כתובת: הגבור האלמוני 33 תל אביב יפו 6731965

נתוני ביקור - תאריך ושעת קבלה: 23:37 15/11/2021 מספר מקרה: 12514176

סיום טיפול במלר"ד: שחרור

מחלה נוכחית

בן 18 בריא בד"כ. G6PD RHD

ביום פנייתו מתארת תדרכים נרכב אופנע מול מכונית, פנה לבדיקה בקהילה והופנה למוסדיו תחת אבחנת עבודה של שבר במסרק. בבדיקתו- רגישות על פני מסרק 3. רושם לגזרור עם אנגולציה לטראלית. תחושה דיסטאלת שמורה

בצילום (דיסק) שבר ספיראלי מרוסק של מסרק 3 ימין.

לאחר הרדמה מקומית בוצע נסיון רדוקציה של הגזרור רושם קליני לשיפור ברוטציה. הושם בסד גבס אינטרימיק פלוס צילום ביקורת- שיפור בעמדת השבר

אבחנות במיון

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

רגישות לתרופות

שם התרופה: G6PD
תאריך רישום: 16/11/2021

נתונים קליניים

מדדים

תאריך ושעה	חום	לחץ דם	דופק	כאב	סטורציה באויר חדר
00:05 16/11/2021	36.9	153 / 102	104	0	97

שונות

תאריך ושעה	כאב
00:05 16/11/2021	0

מוניטור

תאריך ושעה	לחץ דם	דופק
00:05 16/11/2021	153 / 102	104

מדדים סדציה

סודי רפואי

שם: אופק רביבו	ת"ז: 214423709	מקרה:	מחלקת: המחלקה לרפואה דחופה
----------------	----------------	-------	----------------------------

תאריך ושעה	חום	לחץ דם	דופק	סטורציה באויר חדר
00:05 16/11/2021	36.9	153 / 102	104	97

הוראות במערך

תאריך ושעה	כאב
00:05 16/11/2021	0

מדדים חיוניים

תאריך ושעה	לחץ דם	דופק
00:05 16/11/2021	153 / 102	104

מדדים מרדים רוחבי

תאריך ושעה	חום	לחץ דם	דופק
00:05 16/11/2021	36.9	153 / 102	104

סיכום

משוחרר לביתו בהמלצות הבאות:

המלצות כלליות

המלצה: שינוך כאב לפי הצורך - אקמול, אופטלגין
אין להרטיב את הגבס, אין לחטט.
המקרה יוצג ליחידת כף היד בשאלה של טיפול ניתוחי. במידה ולא ניתנה תשובה טלפונית - נא ליצור קשר בעוד מספר ימים עם מזכירת היחידה סימי, טלפון 036973528.
ביקורת מרפאת כף יד במוסדנו בעוד שבוע (טלפון לקביעת תור 03-6974000).
חופשת מחלה: 2 שבועות.

הדרכה סיעודית בשחרור

המטופל הודרך לשחרור בהתאם להמלצות הרופא

חתימת אחל"ת משחררות

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
דור חתונה מ.ר. 162860	אחל"ת משחררת	16/11/2021 01:11

רופאה משחררות

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
ד"ר לין רן מ.ר. 140435	רופאה משחרר	16/11/2021 01:05

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

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

מטופל/ת יקר/ה

בימים אלה, כולנו עוברים תקופה לא קלה, לא אחת מלווה במתח נפשי ובדידות. להלן מספרי טלפון לסייע:

מוקד החירום של משרד הרווחה והשירותים החברתיים - 118
מוקד לאזרחים וותיקים: מיצוי זכויות, הפגת בדידות, סיוע סוציאלי - *8840
יחידת סגולה לאזרחים וותיקים 03-6947680
קווי החירום לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית - 1202 גשים 1203 גברים
ערן - עזרה ראשונה נפשית - 1201
מרכז מיצוי זכויות למטופלים מתחת לגיל הפרישה 03-9647888
כל זכות - מאגר מידע אודות זכויות www.kolzechut.org.il
השירות הסוציאלי בית חולים איכילוב - 03-6973574

תאריך 24/12/2021

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי

פרטי המטופל					
רביבו אופק					
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ז	ת. לידה	משה
שם המשפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ז	ת. לידה	משה
תל אביב - ישוב	מס בית	33	מין	54 - 2049171	6311062 - 3
הגבור האלמוני רחוב	מס בית	33	מין	54 - 2049171	6311062 - 3

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

תאריך תאונה: 15/11/2021 שעת התאונה: 21:10

אבחנות	איפיון	אבחנה
קוד		
8150		FRACTURE METACARPALS CLOSED

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל

☒ איננה מסוגלת לעסוק בעבודתה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 16/12/2021 עד יום 13/02/2022 (בכלל) סה"כ 60 ימים

24/12/2021

24/12/2021

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

ד"ר מוחמד זועבי

חותמת המרפאה

חתימה וחחותמת 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

תאריך ושעת ההדפסה: 11:07 20/12/2021

חסי רפואי

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



רפואה חבילה ואנושית

MEDICAL EXCELLENCE AND COMPASSIONATE CARE

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

מערך אורתופדי

מנהל מערך: דר' חורי אמל מ.ר. 29067

סיכום ביקור רפואי

שם יחידה: מרפאה אורתופדית	מנהל המרפאה: דר' חורי אמל מ.ר. 29067	אח/ות אחראי/ת:
טלפון: 03-6974000	פקס:	דוא"ל:

שם משפחה: רביבו	שם פרטי: אופק	ת.ז.: 214423709
תאריך לידה: 08/08/2003	גיל: 18 ש' ו4 ח'	טלפון: 054-2049171
מין: זכר	מבוטח בקופה: כללית	כתובת: הגבור האלמוני 33 תל אביב פנ 6731965

נתוני ביקור - תאריך: 20/12/2021 שעה: 10:20 מספר ביקור: 40942541

בריא בדרך כלל

הרגלים

מעשן/ת: לא

אלכוהול: לא

סמים: לא

שינה: תקינה

לא ידוע שימוש בתרופות קבועות

רגישות לתרופות

שם התרופה

תאריך רישום

16/11/2021

17/11/2021

G6PD

IOD (Iodine)

סיקור כאב

המטופל/ת חש/ה כאב: לא

בדיקת פצע ניתוחי

מצב הפצע הניתוחי: לא רלוונטי

לא ידועה רגישות לחומרים

ניתוחים בעבר

S/P CLOSED FRACTURE OF METACARPAL BONE(S), SITE UNSPECIFIED (815.00) (17/11/2021)

סיכום ודיון

מצב לאחר ORIF MC3 ע"י ברגים מסט COMPACT HAND בצאריך 17.11.2021
הוראות לאחר ניתוח - סד גבס לפחות 4 שבועות

היום ביקורת ראשונה

מרגיש טוב

הוסרו תפרים

הוחזר גבס

ללא גזרור, תחושה שמורה, מניע בגבולות הגבס

צילום תקין

שם: אופק רביבו	ת"ז: 214423709	מקרה:	מחלקה: מרפאה אורתופדית
----------------	----------------	-------	------------------------

תוכנית
שינוך כאב על פי צורך
לא להרטיב ולא להוריד סד גבס
יש לתאם תור לריפוי בעיסוק לעוד שבועיים לתחילת הפעלה אקטיבית נעזרת
ביקורת עוד שבועיים לצילום והסרת גבס
חופשת מחלה 8 שבועות

20.12.2021
מרגיש טוב
הוסר הסד
אצבע 3 - כיפוף מלא, ישור עם LAG של כ 5 מעלות, תחושה שמורה
צילום תקין

תוכנית
שינוך כאב
הפעלה מלאה
ללא הרמת משקל וללא עומס חודש וחצי
אריפיו בעיסוק בקופת חולים בהקדם - הפעלה אקטיבית נעזרת ופסיכית עדינה, שיפור טווחים, ללא משקל מעל 1 ק"ג
לחודש, מעוד חודש משקלים באופן הדרגתי והפעלה פסיכית
ביקורת עוד 6 שבועות לצילום ובדיקה
חופשת מחלה 6 שבועות

הפגיה לניתוח
מופנה לניתוח: לא

חתימה: _____

נחתם ע"י: דר' נתיב טל מ.ר. 125953

אני, המטופל, מתחייב לשלם
לרופא המטפל, ד"ר נתיב טל מ.ר.
החשבון המצויין למטה
125953

22/12/2021 תאריך
 08:28

הפניה כללית

פרטי המטופל					
משה	08/08/2003	ז	18.04	00-21442370-9	רביבו אופק
שם האב	ת. לידה	מין	גיל	מס זהות	שם משפחה ושם פרטי
3 - 6311062	54 -2049171		33		הגבור האלמוני
טלפון נוסף	טלפון		מס בית		רחוב
					תל אביב -
					ישוב

15/11/2021 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

גורם שולח



5105

מספר הפניה



035105154612

35105154612

תז נבדק



0214423709

מספר הפניה:

מספר רשיון



158357

לכבוד: ריפוי בעיסוק

שירות שנבחר

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

אבחנה משוערת

אבחנה	איפיון	קוד
FRACTURE METACARPALS CLOSED		8150

תלונות: בתאריך 17/11/2021

ביום פנייתו מתארת ת. דרכים כרכב אופנוע מול מכונית.
 פנה לבדיקה בקהילה והופנה למוסדיו תחת אבחנת עבודה של שבר במסרק.
 בבדיקתורגישות
 על פני מסרק 3
 רשם לגזרור עם אנגולציה לטראליות.
 תחושה דיסטאלית שמורה
 בצילום (דיסק) שבר ספיראלי מחוסק של מסרק 3 ימין.
 מצב לאחר ניתוח אורתופדי
 תוכנית
 שינוך כאב על פי צורך
 לא להרטיב ולא להוריד סד גבס
 יש לתאם תור לריפוי בעיסוק לעוד שבועיים לתחילת הפעלה אקטיבית אקטיבית
 נעזרת
 ביקורת עוד שבועיים לצילום והסרת גבס

7. ס.ה.ר.

דף 1 מ 2

המסמך תכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

22/12/2021

הודפס ע"י ד"ר מוחמד זועבי

00-21442370-9

הפניה כללית

רביבו אופק

סימנים חיוניים: גובה 172 09/03/2021 משקל 55 09/03/2021 bmi 18.59

לחץ דם 121 /71 15/11/2020

דופק 62 15/11/2020

17/04/2019 מתאריך 109.85 eGFR

דיון/תוכנית טיפולית: # ריפוי ועיסוק

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
15/04/2019		BMI PEDIATRIC RISK FOR OBESITY 85TH < BMI <= 97TH PERCENT

היסטוריה רפואית- בעיות בעבר

מ.סיים	מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/08/2004	01/09/2003	BIL	CRYPTORCHISM
01/10/2003	01/10/2003	E COLI	PYELONEPHRITIS ACUTE
01/11/2004	01/11/2003	I degree	REFLUX URETERAL
01/08/2004	01/08/2004		ORCHIDOPEXY RT

רגישויות

ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"
G6PD deficiency		

רגישויות נוספות

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"
G6PD deficiency		

חתימה/חותמת הרופא

158357

מספר רשיון

ד"ר מוחמד זועבי

שם הרופא

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

ס.ה.ר. 7

דף 2 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה כללית

22/12/2021

הודפס ע"י ד"ר מוחמד זועבי 00-21442370-9

רביבו אופק

תאריך 24/12/2021

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי

פרטי המטופל					
רביבו אופק					
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ז	ת.לידה	משה
תל אביב - ישוב	הגבור האלמוני רחוב	33	מס בית	54 - 2049171	טלפון
3	6311062	טלפון נוסף	שם האב	08/08/2003	משה

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

תאריך תאונה: 15/11/2021

שעת התאונה: 21:10

אבחנות		
קוד	איפיון	אבחנה
8150		FRACTURE METACARPALS CLOSED

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל

☒ אינו/ה מסוגלת/ל לעסוק בעבודתו/ה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 16/12/2021 עד יום 13/02/2022 (בכלל) סה"כ 60 ימים

24/12/2021

24/12/2021

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

ד"ר מוחמד זועבי

חותמת המרפאה

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

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

1001

גיל מטופל: 18.05

תאריך ביקור: 04/01/2022

סוג ביקור: 2 תאונת עבודה

מהות ביקור: מורכב

קוד שירות: 81001 ריפוי בעיסוק - אבחון ובנית תכנית טיפול - מבוגרים

תאריך תאונה: 15/11/2021

פירוט

רע

תלמיד כיתה י"ב עובד בקצייה
פיזיותרפיה ביד לבנים
ימין

דמוגרפי עיסוק
רפואי טיפולים נוספים
רפואי דומיננטיות

סיבת ההפניה: אופק, 18, עבר ת.דרכים כרוכב אופנוע מול מכונית, כשהיה בדרכו מהעבודה.
אבחנה של שבר ספיראלי מרוסק של בסיס ק 3 ימין.
ORIF MC3 RT BY SCREWS COMPACT HAND בתאריך 17.11.2021 תחת הרדמה כללית.
מהלך תקין, סד גבס בסיום למשך 5 שבועות. עוד שבועיים ניתן להתחיל העמסה של
משקלים החל מ 1 ק"ג.

אבחנה הרשומה בהפניה

FRACTURE METACARPALS CLOSED

תלונות המטופל/המשפחה: קושי ביישור מלא של אצבע 3. התגברות של כאבים בירידה של טמפרטורות. עלייה של
כאבים במאמץ דוגמת שימוש בעכבר עם מחשב/ כתיבה עם עפרון.

סיבוב טיפול/ ביקור

שברים

פירוט

ממצאי אבחון / הערכה

גף עליון - תחושה
תפקוד - BADL בהווה
גף עליון - תחושה
תפקוד - עבודה בעבר
תפקוד - לימודים בהווה
גף עליון - תנועה
גף עליון - תפקוד
תפקוד - IADL בהווה
לעיתים פרסטריות ביד ימין.
אכילה - משתמש רק ביד שמאל
רחצה - עזרה קלה
לבוש - מתקשה לרכוש ג'קט
נהג לעבוד בקצייה, הפסיק לעבוד לאחר הפציעה.
בקרב מספר בדריות, כולל בגרות בספורט.
כיפוף שכי ימין - 55
יישור שכי ימין - 60
כיפוף ויישור אצבעות 1-5 שמור
אופוזיציה - קאפאנג' 6
FDT - אבחון לצורך הערכת מניפולציה תוך ידנית בקבלה 04/01:
שמאל - 24 שניות
ימין (דומיננטית) - 1.54 שניות, 3 נפילות
כתיבה
בתצפית כתיבה עם עט גראה קושי רב באחיזה של בלי כתיבה וסיבולת נמוכה עקב כאבים העולים
באצבעות 2,3 אספקט רדיאלי.
נלקחו מספר שניות לצורך כתיבת מילה בודדה.

מטרות הטיפול

שיקום סנסומוטורי - הפחתת כאב
שיקום סנסומוטורי - שיפור טווחים וכוו

תכנית טיפולית

הדרכה לתרגול עצמי
תרגול מיומנויות ידניות
תרגול מיומנויות לימודים

דיון/מהלך הטיפול: בוצעה הערכה סנסומוטורית וריאון תפקודי. יגיע למכון לסדרת טיפולים לצורך הפעלה
וחיזוק כף ידו הדומיננטית, בדגש על שיפור מיומנויות כתיבה ומיומנויות הנדרשות למקום
העבודה.
לאור הסיבולת הנמוכה במהלך הפעלה של כף היד עקב קיבוע ממושך (6 שבועות)

וכאבים העולים בעת כתיבה, ממליץ על בחינות בעל פה כחלופה למצב הנוכחי.
בנוסף יש להימנע כרגע מפעילות ספורטיבית בבית הספר, המטופל עובד לפי תוכנית
שיקום מבוקרת בקופת החולים

פרטי עדכון

שם מרפאה: מכון ריפוי בעיסוק תל מרדא

תאריך רישום: 04/01/2022

קוד מרפאה: 1116

שם המטפל: אמיר שטופלמן

קוד מחוז: 02

מספר רישיון: 14142710

מקצוע: 88 ריפוי בעיסוק


מנחת סטודנטים
אמיר שטופלמן
מרפא בעיסוק, מ.ר. 14-142710
דב חזן 1, תל אביב

שם הרופא
ותחום
מספר רשיון
כתובת
טלפון
פקס
מרפאה: ד"ר לשינר ויאצ'סלב - תל אביב מחוז: ת"א

תאריך 12/01/2022

הפניה לפיזיותרפיה (כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל					
רביבו אופק	00-21442370-9	18.05	ז	08/08/2003	משה
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת. לידה	שם האב
תל אביב -	33	33	מ	54	3
הגבור האלמוני	מס בית	מס בית		טלפון	טלפון נוסף
רחוב					

סוג תאונה 2 תאונת עבודה תאריך תאונה 15/11/2021

מספר הפניה:	רשיון רופא	תז נבדק	מספר הפניה	גורם שולח
36058031527	031963	0214423709	036058031527	6058

לכבוד: פיזיותרפיה; כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים
PHYSIOTHERAPY TEL - *2700 במידה וברקע היו טיפולים אונקולוגיים
זקוק/ה לאישור מאונקולוג לטיפול פיזיותרפיים

שירות שנבחר

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

LOW BACK PAIN

אבחנה משוערת

15.11.21 היה מעורב בת"ד עם אופנוע במסגרת עבודתו (קצב)
עקב שבר כף יד ימין עבר ניתוח באיכילוב. "מהלך תקין, סד גבס בסיום ORIF
MC3 RT BY SCREWS COMPACT HAND בתאריך 17.11.2021 תחת
הרדמה כללית."
עוד לא חזר לעבוד, כעת בטיפול ריפוי בעיסוק. בנוסף סובל מכאבי גב מתני
מאז התאונה. נשלח/ה לפיזיותרפיה
נשלח/ה לצילום הוסבר על הצורך של הבדיקה
מניעה מריצה קפיצה עד הצילום או חודש לפחות

תלונות / סיבת הפניה

בעיות פעילות

מגילי	איפיון	בעיה
15/04/2019		BMI PEDIATRIC RISK FOR OBESITY 85TH < BMI <= 97TH PERCENT

תולדות עבר

7 ה.ר. 7

דף 1 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לפיזיותרפיה

00-21442370-9 הודפס ע"י ד"ר (רופא) ויאצ'סלב לשינר

רביבו אופק

תאריך 12/01/2022

סיכום ביקור

פרטי המטופל	רביבו אופק	00-21442370-9	18.05	ז	08/08/2003	משה
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת. לידה	שם האב	שם האב
תל אביב -	הגבור האלמוני	33	33	54	2049171	6311062 - 3
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון	טלפון

15/11/2021 תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

שלום רב,

תאריך הביקור: 12/01/2022
סוג ביקור: 2 תאונת עבודה
מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: ב-15.11.21 היה מעורב בת"ד עם אופנוע במסגרת עבודתו (קצב) עקב שבר כף יד ימין עבר ניתוח באיחילוב. "מהלך תקין, סד גבס בסיום ORIF MC3 RT BY SCREWS COMPACT HAND בתאריך 17.11.2021 תחת הרדמה כללית."
עוד לא חזר לעבוד, כעת בטיפול ריפויי בעיסוק. בנוסף סובל מכאבי גב מתני מאז התאונה. נשלח/ה לפיזיותרפיה
נשלח/ה לצילום הוסבר על הצורך של הבדיקה מניעה מריצה קפיצה עד הצילום או חודש לפחות

בדיקה גופנית: לסג 20- מע בשיכבה זו צדדי 90 מע בשיבה
ללא חוסר נוירוסקולרי או מוטורי אורך רגליים שווה לפי AMD
הזמן שלילי FABER -
שורש כף יד ימין צלקת אורכית מעל MC 3 תקינה עם מעט קלוד, אגורף מעט מוגבל, תנועת שורש כף יד מוגבלת עפ"כ כאב. ישור כיפוף 40 מע
ללא זיהום

קוד	איפיון	אבחנה
7242		LOW BACK PAIN slp orif mc 3 rt hand fract slp

הפניה לדימות	הפניה לפיזיותרפיה	הפניה לטיפול
78183- צילום עמוד שדרה מותנ	80015- פיזיותרפיה אבחון וב	H3
		H9



31963

חתימה וחזותמת הרופא

מס' רשיון

שם הרופא

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 1 מ 1

סיכום ביקור

12/01/2022 00-21442370-9 הודפס ע"י ד"ר (רופא) ויאצ'סלב לשינר

רביבו אופק

תאריך: 12/01/2022

הפניה לדימות

פרטי המטופל					
רביבו אופק	00-21442370-9	18.05	ז	08/08/2003	משה
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת. לידה	שם האב
תל אביב - ישוב	מס בית	33	מין	54 - 2049171	3 - 6311062
הגבור האלמוני רחוב	מס בית	33	מין	54 - 2049171	3 - 6311062
רחוב	מס בית	33	מין	54 - 2049171	3 - 6311062

תאריך תאונה: 15/11/2021

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

מספר הפניה ישירה: 36058031526

גורם שולח



6058

מספר הפניה



036058031526

תז נבדק



0214423709

רשיון רופא



031963

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.

X RAY - צילום - RADIOGRAPHY

שירות שנבחר

שירות	קוד	קוד	תיאור רפואי	שירות רפואי
78183	72100	72100	צילום עמוד שדרה מותני סקראלי	10301023
78190	73100	73100	צילום שורש/פרק יד ימין	10401015

המטופל מתלונן על: 15.11.21 היה מעורב בת"ד עם אופנוע במסגרת עבודתו (קצב)
 עקב שבר כף יד ימין עבר ניתוח באיכילוב. "מהלך תקין, סד גבס בסיום ORIF MC3 RT BY SCREWS COMPACT HAND בתאריך 17.11.2021 תחת הרדמה כללית."
 עוד לא חזר לעבוד, קעת בטיפול ריפוי בעיסוק. בנוסף סובל מכאבי גב מתני מאז התאונה. נשלח/ה לפיזיותרפיה
 נשלח/ה לצילום הוסבר על הצורך של הבדיקה
 מניעה מריצה קפיצה עד הצילום או חודש לפחות

ממצאים עיקריים: לסג 20- מע בשיכבה דו צדדי. 90 מע בישיבה
 ללא חוסר נירוסקולרי או מוטורי אורך רגליים שווה לפי AMD
 הומן שלילי FABER -
 שורש כף יד ימין צלקת אורכית מעל 3 MC תקינה עם מעט קלוד, אגורף מעט מוגבל. תנועת שורש כף יד מוגבלת עמפ כאב. ישור כיפוף 40 מע
 ללא זיהום

דף 1 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

12/01/2022 הודפס ע"י ד"ר (רופא) ויאצ'סלב לשינר 00-21442370-9

הפניה לדימות

רביבו אופק

CRYPTORCHISM	בעיה	א'פיון	מ.גילוי	מ.סיום
PYELONEPHRITIS ACUTE		BIL	01/09/2003	01/08/2004
REFLUX URETERAL		E.COLI	01/10/2003	01/10/2003
ORCHIDOPEXY RT		I degree	01/11/2003	01/11/2004
			01/08/2004	01/08/2004

רגישויות

ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
G6PD deficiency		

רגישויות נוספות

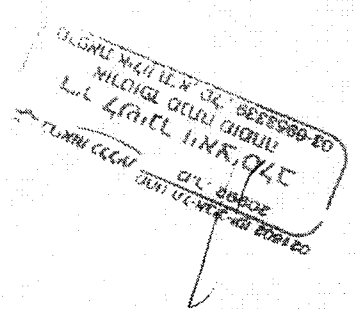
רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
G6PD deficiency		

ממצאים קליניים

לסג 20- מע בשיכבה דו צדדי . 90 מע בישיבה
ללא חוסר נוירוסקולרי או מוטורי אורך רגליים שווה לפי AMD
הומן שלילי FABER -
שורש כף ישר ימין צלקתן אורכית מעל 3 MC תקינה עם מעט קלוד, אגורף
מעט מוגבל . תנועת שורש כף יד מוגבלת עם כאב . יסור כיפוף 40 מע
ללא זיהום

שם הרופא	מספר רשיון	ד"ר (רופא) ויאצ'סלב לשינר
חתימה וחוקתמת הרופא	31963	

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



7 ה.ר.0

דף 2 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לפיזיותרפיה

00-21442370-9 הודפס ע"י ד"ר (רופא) ויאצ'סלב לשינר

רביבו אופק

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
7242		LOW BACK PAIN s/p orif mc 3 rt hand fract s/p

בעיות פעילות

מ. גילוי	איפיון	בעיה
15/04/2019		BMI PEDIATRIC RISK FOR OBESITY 85TH < BMI <= 97TH PERCENT

רגישויות

ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
G6PD deficiency		

רגישויות נוספות

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
G6PD deficiency		

תולדות עבר

מ. סיום	מ. גילוי	איפיון	בעיה
01/08/2004	01/09/2003	BIL	CRYPTORCHISM
01/10/2003	01/10/2003	E. COLI	PYELONEPHRITIS ACUTE
01/11/2004	01/11/2003	I degree	REFLUX URETERAL
01/08/2004	01/08/2004		ORCHIDOPEXY RT

הערות:

צ ע"ש מתני

צ שורש + כף יד ימין

נא לתת את הדיסק של הצילום למטופל

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה

31963

ד"ר (רופא) ויאצ'סלב לשינר

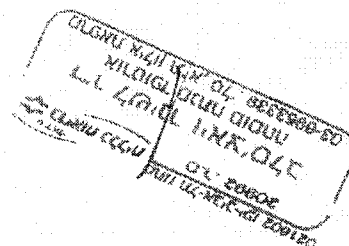
חתימה וחוקמת הרופא

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 בי"ח מפורסמת באתר הכללית



דף 2 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לדימות

12/01/2022 הודפס ע"י ד"ר (רופא) ויאצ'סלב לשינר 00-21442370-9

רביבו אופק

20.12.21



21442370-9

מס' זימון: 00000000

לכבוד

רביבו אופק

הגבור האלמוני 33

תל אביב - יפו, 6731965

א.ג.נ.

הנדון: זימון למרפאה אורטופדית כף יד

מר/גב' רביבו אופק 21442370-9 מוזמן/ת ביום שני 31/01/2022 לשעה 17:00 למרפאה אורטופדית כף יד בבנין סוראסקי קומת קרקע אגף ג.

לבידוק	קוד שירות	תיאור שירות	כמות
	L9249	בדיקת רופא אורתופד 10	1

שעת הזימון הינה שעה משוערת ותיתכן המתנה

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

אנא
הקפד
להביא

לתשומת ליבך: ללא סידור כספי ותעודה מזהה לא נוכל לקבלך

הזמנה זו היא בתוקף לתאריך זה בלבד, במידה ואין באפשרותך להגיע, אנא הודיענו בהקדם האפשרי.

פרטי התקשרות	מס' טלפון מרפאה: 03-6974000 מס' פקס מרפאה: 074-7219810 דוא"ל מרפאה: ort-c@tlvmc.gov.il	מס' טלפון מטופל: 054-2049171
-----------------	--	------------------------------

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 עופרובשאר השעות בחניון ויצמן. 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 להגיש 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. שירות חדש: לקראת הביקור יש לטעון קבצי בדיקות הדמיה שבוצעו מחוץ לבי"ח (בקהילה) בקישור להלן: <https://cdi.tasmc.org.il/custom>
 5. המרכז הרפואי ת"א הינו בית חולים אוניברסיטאי ועל כן מתקיימת בו הנראת סטודנטים במהלך וכחלק מהטיפול הרפואי בד, תוך שמירה על פרטיותך וכבודך.
 6. להימנע מלהגיע לביה"ח עם חפצי ערך.
 7. אפליקציית ניווט להולכי רגל בבי"ח! חפש "איכילוב" בחנות האפליקציות.
- מטופל/ת יקר/ה,
- בהגיעך למרפאות החוץ של בית החולים, אנא הקפד/י על הנחיות משרד הבריאות:
- אין להגיע למרפאות עם חום גבוה מ-37.6 ו/או שיעול
 - אם עליך לשהות בבידוד, דחה/י את הביקור למועד חדש
 - עליך לעטות מסיכה המכסה את הפה ואת האף במהלך כל שהייתך בבית החולים

הערות



שירותי בריאות כללית

חסוי/אישי

מחוז מנפק : 002 ת"א יפו
מרפאה מנפקת : 5105 אילון
גורם מממן : 002 ת"א יפו

אל : איכילוב - 33100 אורתופדיה לקביעת תור : 03-6974000

אישור לטיפולים אמבולטוריים
מס': 302404162

רופא מטפל : 158357 זועבי מוחמד

חמבוטח : 0021442370-9 רביבו אופק
רופא מפנה : 158357 זועבי מוחמד
סיבת הפניה : הופנה ע"י רופא
הפניה לצורך :

קוד שירות	קוד תאור הטיפול/בדיקה	קוד משה"ב	כמות
70017	בדיקת רופא אורתופד במרפאה	L9249	1

תאריך זימון : 22/12/21 האישור בתוקף עד לתאריך : 22/06/22

ערוסי בת-חן

שם הפקיד/מנהל אדמי' במרפאה

נופק ללא תשלום : הנחה

לתשומת לב בית החולים/המכון :

להלן תנאי האישור להפניה :

" האישור משמש התחייבות חקופה למימון אך ורק של השירותים הרפואיים הרשומים בטופס זה והכלולים "בסל שירותים" כמשמעו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, תתשנ"ד - 1994.

" טופס ההתחייבות יכול, בתנאי שהמטופל מבטח בשירותי בריאות כללית במעמד מתן השירות אצל נותן השירותים.

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

" טופס זה מיועד למספר פעולות/ביקורים כמצוין לעיל.

" על בית החולים/המכון לצרף לטופס הזמנתם לביקור (ראשון/חוזר), מכתב רפואי המפרט את מצב המטופל והטיפול/בדיקות הנדרשים בביקור אליו חוזמן.

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

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

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

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

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

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

בשעה _____:

הוזמן תור לתאריך _____/_____/_____



הזמנה לצילום / בדיקה בחטיבת ההדמיה

כל השדות שדות חובה!

- חסוי רפואי -

ההזמנה מופנית

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

מקום למדבקה גדולה

שם החולה: _____
 תעודת זהות: _____
 שנת לידה: _____ גורם מפנה: _____
 חולה אמבולטורי נא למלא מספר טלפון: _____

חלק א' ימולא בכל הזמנה

☐ מקום הבצוע: _____
☐ במכון ההדמיה _____
☐ במחלקת האשפוז (ניידת)

☐ דחוף (תוך 24 שעות) _____
☐ לא דחוף

מצב החולה ושינוע

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

פרטים קליניים

ממצאים ואבחנות (כולל בדיקות הדמיה רלבנטיות):

השאלה לרדיולוג:

הבדיקה הדרושה:

חתימה וחותמת:

חלק ב' ימולא בהזמנת הבדיקות המצוינות

CT עם ת. ניגוד, IVP, אנגיוגרפיה

תיפקודי כליה: _____ או BUN - _____ CREATININE

האם ביצע בעבר CT עם ת. 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? _____

פעולת פולשנית
 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 מוגשם או חסר הכרה חובה להוריד עם טופס הסכמה חתום על ידי אפוסטרופוס או 3 רופאים בכירים.

חלק ג' - לשימוש מכון ההדמיה

תאריך קבלת ההזמנה: _____ שעה: _____

הערות הרדיולוג:

דחיפות הביצוע: _____
 הוראות ביצוע: _____

סרטים	13/18	18/24	24/30	35/43	810	לייזר	אחר
תקנים							
מקולקים							

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



תאריך: 02/01/2022

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי

פרטי המטופל					
רביבו אופק	שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ז	ת.לידה
00-21442370-9	18.04	מ	משה	08/08/2003	משה
שם האב	שם האם	מס בית	טלפון	טלפון נוסף	שם האב
תל אביב - ישוב	הגבור האלמוני רחוב	33	2049171 - 54	6311062 - 3	שם האב

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה תאריך תאונה: 15/11/2021 שעת התאונה: 21:20

אבחנות	קוד	אבחנה
8150	איפיון	FRACTURE METACARPALS CLOSED

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל

☒ איננה מסוגלת לעסוק בעבודתה/ ואף לא בעבודה אחרת

מיום 15/11/2021 עד יום 01/01/2022 (בכלל) סה"כ 48 ימים

תאריך מתן התעודה: 02/01/2022 ת. הבדיקה: 02/01/2022
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

27/01/2022 תאריך

אישור מחלה

פרטי המטופל					
רביבו אופק	00-21442370-9	18.05	ז	08/08/2003	משה
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת. לידה	שם האב
תל אביב -	33	33		54 -2049171	3 - 6311062
ישוב	מס בית	הגבור האלמוני	רחוב	טלפון	טלפון נוסף

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 0 ביקור רגיל

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

מומלץ על מנוחה מתאריך 02/01/2022 עד תאריך 16/01/2022 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה 15

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

ד"ר מוחמד זועבי	158357	**נחתם דיגיטלית**
שם הרופא	מספר רשיון	חתימה וחותמת הרופא

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית

אישור מחלה	***המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות***	דף 1 מ 1
רביבו אופק	00-21442370-9 הודפס ע"י ד"ר מוחמד זועבי	27/01/2022

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, 21442320/1, מרחוב גשר רמלי 33, ח, ת.ז. מס' 1717,
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או ל להיות באי כוחי במשפט של
נגד 15/11/21 בענין תאונת דרכים מיום 15/11/21
מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל
הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לחתום על ו/או לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרזת פשיטת רגל, או פרוק גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות והנובעות מהענין הנ"ל.
3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכת, 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 בהעדר.
12. להופיע בשמי וליצגני בפני רושם הקרקעות, במשרדי ספרי אחוזה, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עיסקה המוכרת ע"י החוק וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבלו עפ"י דין.
13. ליצגני ולהופיע בשמי בפני רושם החברות, רושם השותפויות, רושם העמותות ורושם האגודות השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי, לטפל ברישומי או במחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.

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

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

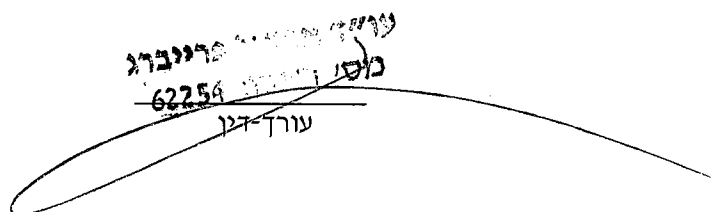
המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 23 לחודש 12 שנה 21

חתימה: 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל


עורך-דין
מס' 62254
עו"ד מרשי

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם האב	תעודת זהות	שם פרטי	שם משפחה
_____	214423709	20/6	רז'ר
טלפון	מיקוד	עיר	מס'
_____	_____	ת"ע	33
		רחוב	הגליל האמיתי

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 הבריאות ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

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

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

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

למרות האמור לעיל לא יחול כתב ויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: _____
או על המידע המפורט להלן: _____

חלק ב'

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

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

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

במקרה של קטין: שם האם _____ שם האב _____ ת"ז _____
תאריך: 23/12/20 _____ עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ מס' חשיון: 62254 _____ חתימה: _____ X