

ARIEL FREIBERG, ADV

אריאל פרייברג, עו"ד

7 ABA HILLEL ST (SILVER BUILDING)
RAMAT GAN, 5252204
Tel 03-7412358, Fax2mail 077-3180983

רחוב אבא הלל 7 (בית סילבר)
רמת גן 5252204
טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

4.8.22

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
מחלקת נפגעי עבודה
באמצעות האתר

מ.ל.ב.
לצרכי מו"מ לפשרה בלבד

א.ג.ג.,

הנדון: עופר שמחי דגן, ת"ז 054765334
תאונה מיום 14.3.22

1. מצ"ב טופס תביעה לקביעת דרגת נכות בצירוף מסמכים רפואיים רלוונטיים.
 2. לעיונכם וטיפולכם המסור בזימונו של מרשי לועדה רפואית אודה.
- *רצ"ב יפוי כח וטופס וס"ר חתומים ע"י מרשי.


בכבוד רב ובתודה,
אריאל פרייברג, עו"ד

עמוד 1 מתוך 5

054765334

נא למלא מספר תעודת זהות

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
לח'ל	עמר דגן	054765334
מין	עיסוק	תאריך לידה
☒ זכר	☐ שכיר	04061957
☐ נקבה	☐ מתנדב	שנה חודש יום
	☒ עצמאי	

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד
גורן 47	5			זכרון משה	
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	ישוב	מיקוד

2

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה	שנה חודש יום
20220314	
פרטים על הפגיעה	מאריך האירוע
	מאריך האירוע

3

κ3

4

5

המגבלות שיש לך עקב הפגיעה שבגינון אתה חובע גמלה

המסמך או התיעוד הרפואי הקשור למגבלה שציינת

המגבלות או הכאבים שמהם אתה סובל

37

כאבים והאפלה כתוצאה מירידת ויזון
קושי בריכוך וזריקת מאלפוס
קושי בשליפה וחוסר יציבות
כאבים 57

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 דיגיטאלי (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 י"פיו 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: "י"פיו כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

טלפון
03-7412358

כתובת
מילא בל 7, י"ג

שם גורם מסייע
ד"ר אהוד אהרן

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

שם הבנק	שם הסניף/כתובת	מס' סניף	מספר חשבון

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 להחתימם 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 _____ 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 אודותי לגורמים נותני ההטבות.
☐ אני מסכים לוועדה בווידאו צ'אט

תאריך 6.8.22 חתימת התובע X _____

אם התביעה לא חתומה ע"י התובע נא לציין את הסיבה לכך, את שם החתום, 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

1 פרטים אישיים קוד גמלה 11 מספר זהות/דרכון 054765334 תאריך הפגיעה שנה 2020 חודש 03 יום 19		שם פרטי אר שם משפחה אר חבר בקופת חולים ☒ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר
---	--	---

2 הצהרה 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 אודותי. תאריך 2.8.21 חתימת המבוטח *

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
שם	שם	054765334	שם האב
רחוב	מס'	מיקוד	טלפון
רחוב	מס'	מיקוד	טלפון

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

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

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

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

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

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

מס' אישי בצה"ל: _____ שם קופ"ח קודמת: _____
במקרה של קטין: שם האב _____ ת.ז. _____
תאריך: 3.8.22 עד לחתימה ומס' ת.ז. מס' רשיון: 62254 חתימה: X _____

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, זמר רן לוי, מס' 054765336, מרחוב מלך שזר 5 גבעתיים,
ת.ז. מס' 054765336, את עו"ד אריאל פרייברג ו/או לחיות באי כוחי במשפט של
ממנה בזה נגד בענין תאונת דרכים מיום
מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל
הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לחתום על ו/או לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרזת פשיטת רגל, או פרוק גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות והנובעות מהענין הנ"ל.
3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
5. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
6. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
7. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
8. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הנ"ל, לרבות הוצאות בימ"ש ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
9. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
10. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
11. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
12. להופיע בשמי וליצגני בפני רושם הקרקעות, במשרדי ספרי אחוזה, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עיסקה המוכרת ע"י החוק וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבלו עפ"י דין.
13. ליצגני ולהופיע בשמי בפני 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 3 לחודש 8 שנה 2022

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל פרייבדג

מס' רשיון: 62254

עורך-דין

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

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

תלונה: מכה ברגל	תיק מס': 507722	גליון שחרור Discharge Chart	ביקור מס': 988874	תאריך ביקור Visit Date: 21/03/2022 21:51
-----------------	-----------------	-----------------------------	-------------------	--

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

נא לשתף את הרופא הקבוע שלך בסיכום הביקור לשם מעקב תקין קופה: כללית	שם: עופר דגן שמחי Name תז: ID: 054765334	הרופא המטפל במרפאת טרם דר. מוחמד חאג יחיא מ
--	---	---

סיכום הביקור:

פרטים ליצירת קשר	פרטי קשר
טל נייד: 0505342861 אימייל: אין	
אבחון	אבחנה
חבלה בברך	
(יתכן כי מאפיינים חיוניים אחרים נמצאים בתרשים הסרוק) O2sat: 100, BP: 135/91, דופק: 74	
תאריך לידה: 04/06/1957 גיל: 64 שנים 9 חודשים	
ברך ימין: מכה ישירה בברך, הכאב התחיל לאחר יום אחד, הכאב קל, הליכה חופשית, לא רגיש על פיקת הברך, לא רגיש מעל ראש הפיבולה, בדיקת פציעה/כאב, תקין ROM, לא רגיש על מרווח המפרק, הסטוריה / אנמנזה רפואית: בן 64. פונה עקב חבלת רגל ימין מלפני שבוע. לדבריו קיבל מכה ישירה בירך (אספקט לטרלי) מברך של עובד אחר במהלך עבודה. בדיקה גופנית: יציב ונינוח, מדדים תקינים. ברך מנח תקין לאל סימני דפורמציה. נפיחות ושטפי דם מעל אספקט מידיאלי של הברך. רגישות קלה מעל גיד ה-QUAD. ללא רגישות מעל פיקה או ראש פיבולה. ללא הגבלה בכיפוף-ישיור. NV שמור. סקר קורונה: כרגע שלילי קוביד 19, מחוסן פעמיים, לא היה לו קורונה	
מהלך ודיון: צילום: לא הודגם שבר. למעקב רופא מטפל. בכל מקרה של החמרה יש לחזור לבדיקה. רפואה שלמה~ יש לעיין גם בגליון הביקור הסרוק	

Tests done (results scanned on actual chart)

בדיקות שבוצעו במהלך הביקור (תוצאות נסרקו בתיק)

ניתן לצפות בצילומי הרנטגן ובתשובת פענוח הרדיולוג ב- www.teremi.com יש לעקוב אחר תשובת הפענוח הסופית, במהלך 48 השעות מביצוע הצילום.

Special instructions and recommendations on discharge

הנחיות מיוחדות והמלצות בשחרור

הנך סובל מחבלה ובבדיקות שנערכו לך לא נראה שבר, אך למרות זאת ייתכן ויופיעו נפיחות, שריטות ושטפי דם במקום החבלה. עם זאת ישנם שברים שמאוד קשה לזהות (אם בכלל) בבדיקה ראשונית. ניתן להקל על התסמינים על ידי:

- הגבהת הגפה הפגועה ומנוחה לאזור. הדבר חשוב במיוחד ביום הראשון שלאחר חבלה ביד.
- יש להניח קרח על האזור להורדת הנפיחות והקלה בכאבים ביום - יומיים הראשונים שלאחר החבלה.
- במידה ולאחר כ- 3 ימים קיימים עדיין כאב או נוקשות במקום החבלה, ניתן לחמם את המקום.

עליך לגשת לרופא המשפחה בקופת חולים במקרים הבאים:

- אם לא חל שיפור בנפיחות או בשפשופים תוך 4-5 ימים מהחבלה.
- אין שיפור בעומצת הכאב או אם קיימת הגבלה בתנועה לאחר 2-3 ימים

יש לחזור למרפאת טרם באופן מיידי במקרים הבאים:

- יש החמרה בכאב
- מופיע חום הגבוה מ 38 מעלות

מעקב עם רופא מטפל בעוד 7 ימים

קובץ זה נחתם דיגיטלית על ידי דר. מוחמד חאג יחיא מ.מ.ר. 140548

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

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

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

תאריך: 28/03/2022

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל:	
שם משפחה ופרטי:	שם יחסי עופר דגן
ת.לידה:	04/06/1957
מס.בית:	5
טלפון:	50 - 5342861
טלפון נוסף:	50 - 5919641
מס.זהות:	00054765334
גיל:	64.10
מין:	ז
ישוב:	גבעת שמואל רחוב:
מוטת גור:	

תאריך תאונה 14/03/2022

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה: 35966000664

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

מספר רשיון



5966



035966000664



54765334



025964

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70017	9249	בדיקה רפואית - אורתופדיה	70017

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתיעצות בשל

תלונות
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 20/03/2022:
אשתו מספרת על חבלה מעל ברך רגל ימין לפני 4 ימים - מטה של בן אדם
מאתמול נפוחות ושתף דם מעל ברך ימין
28/03/2022
קיבל מכה ישירה לירך ימין ב-14/3/22, לדבריו בעבודה מברך של עובד
ביקור טרם 21/3/22
"נפוחות ושטף דם אספקט מידיאלי של ברך ימין ורגישות מעל QUADS
סוג צילום: ברך ימין אבחנת צילום: ללא עדות לשבר"

סימנים חיוניים: גובה 178 01/03/2022 משקל 80 01/03/2022 bmi 25.25

לחץ דם 118 / 82 28/03/2022

דופק 69 28/03/2022

eGFR 80.94 מתאריך 11/10/2021

ממצאים בבדיקה

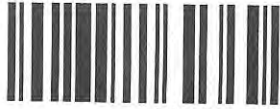
מצב כללי טוב.
רגל ימין - שטף דם בשלבי ספיגה באספקט פנימי ירך ימין. ללא הגבלה
בתנועות הברך
רגישות ונפוחות שרירי QUADS רגל ימין

אבחנה משוערת

קוד	אבחנה	איפיון
9241	CONTUSION KNEE AND LOWER LEG	rt
9249	HEMATOMA	rt thigh
A80	ACCIDENT/INJURY; NOS	

דיון/תוכנית טיפולית:

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 20/03/2022:
קומפרס קר
במידת החמרה או חוסר שיפור מומלץ צילום ואורטופד
ההפניות שהופקו ב-20/03/2022:
הפניה לדימות - 78030-צילום ברך ימין
28/03/2022
טיפול סימפטומטי. משחת טראמייל, בשלב הזה לאור רקע GIT והמטומה
להמנע NSAID
US ירך



מס מרשם: 892476
תוקף מ: 30/03/2022 עד: 13/04/2022
טלפון סלולרי: 0505919641

תלידה: 04/06/1957
גיל: 64.9

טלפון: 0505342861



5476533

שם חן עופר דגן
כתובת: מוטה גור 5
מיקוד: 5442205
גבעת שמואל

גורם מבטח: דן, פתח-תקוה

קופה: כללית

TAB ZALDIAR 37.5mg/325mg (PARACETAMOL, TRAMADOL HYDROCHLORIDE) 1 tab

10 ימים ביום 2 X 1
TAB

הוראות שימוש:

ORAL 1 (אחד) 2 X (שתיים) פעמים ביום למשך 10 (עשרה) ימים

XXXXXXXXXXXXX

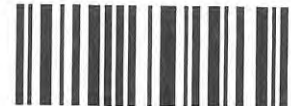
XXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXX

חתימה וחותמת הרופא:

ד"ר מסאלחה מוחמד



תאריך הפקה: 30/03/2022

מ.ר. 143085

בילנסון מלרד - אורתופדיה 03-9377011

לכבוד : עופר דגן שמחי TO:

למספר ביקור:

988874

Patient #: **507722** מס' תיק ID #: **054765334** תז
גבעת שמואל יצחק שדה 76

Invoice #:
מס חשבונית: **617839**

מקור/Original

מספר עוסק מורשה:
514508373

מספר ע"מ לצורך דיווח
מע"מ: **514508373**

Date of Payment: **21/03/2022** תאריך רישום:

Receipt of Payment

חשבונית מס קבלה

Description: תיאור: ביקור רגיל

₪ **94.00**

.....Cash/מזומן

Subtotal: סה"כ לפני מע"מ: **₪ 80.34**

VAT: מע"מ: **₪ 13.66**

Total: סה"כ כולל מע"מ: **₪ 94.00**

Issued: **21/03/2022** הונפק בתאריך:

Company Stamp

חתימה

תרופות קבועות

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

ד"ר ליאורה ארונסון

25964

שם הרופא

מספר רשיון

חתימה וחותמת הרופא

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

בפניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על סמך הפניה זו, לאחר קביעת תור לטיפול ניתן להסדיר את התשלום עבור השירות עד למועד התור באמצעות כרטיס אשראי באתר הכללית. לחילופין, ניתן להפיק 170 במשרד מרפאת האם. רשימת בי"ח של הכללית מפורסמת באתר הכללית (www.clalit.co.il).

Terem Ichilov -- Emergency Care Center in the
Community Ltd.
Jabotinsky 160, Bnei Brak 51328
1599-520520 Fax:072-2740627



טר"מ - איכילוב רפואה דחופה בקהילה בע"מ
רחוב ד'בוטנסקי 160, בני ברק 51328
0722740627 טל: 1599-520520

#חתיק: 507722

988874

#ביקור:

21/03/2022

תאריך:

21:51

שעה:

חדר 16	קופ"ת כללית	שם	RR	%SaO2	T/דום
	רופא מפתח/הקבוע	עופר דגן שמחי		100%	
		תז 054765334 מין ז גיל 64 שנים 9 חדשים	B/P לח"ד	P/דופק	
	מכה ברגל	כתובת: מוטה גור 5 גבעת שמואל	135/91	74 סדיר	
		טל בית 0505919641 נייד 0505342861			

מטריאג'

לרופא: מתי התחלת לבדוק החולה?

22:05:22

הזמן: ג'נט איליב

Allergies: NONE

Ottawa Knee POS

לא רוצה טיפול נגי כאב/חם

ברך R

No tests ordered

No treatments ordered

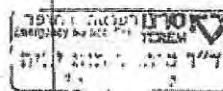
אבחנה והמלצות שחרור מצב החולה בשחרור: מצוין / טוב / יציב / החמיר

הביתנה ומעקב בקופ"ת

לביט חולים

פמי באמבולנס

חופנה לרוממה



חתימת וחותמת רופא

במקרה של החמרה

יש לחזור !!

אין
אני מאשר שמספרי הטלפון ואי-מייל
שמספרי פנימיים, ודרכם ניתן ליצור אי-מייל
קשר לצורך מסירת רפואיות ומחקר (אך
זכותי לסרב) ושהרופא המטפל שצוין
לעיל אכן רשאי בקופה

חתימת חולה:

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

מסמך זה מכיל מידע מוגן

הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסרו שלא כדון עובר עבירה



מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

המכתב הופק ע"י: דר' מסאלחה מוחמד ב-00:02 30/03/2022

מלרד - אורתופדיה
מנהל: פרופ' דרשר מיכאל
מ.ר. 24432
אחות אחראית: גרינברג תמי
טלפון: 03-9377011
פקס: 03-9222173

שם משפחה: שמחי	תאריך לידה: 04/06/1957
שם פרטי: עופר דגן	ת. זהות (ללא ספרת ביקורת): 5476533
כתובת: מוטה גור גבעת שמואל	מין: זכר
טלפון: 0505342861	גיל: 64

תאריך קבלה: 29/03/2022 22:52
מספר קבלה: 2022129956

אופן הגעה למיון

הגיע למיון: בליווי בן משפחה

משרד קבלה

סיבת פנייה: מחלה
הפנייה: ק
סטטוס מטופל: אזרח

סיום טיפול במלרד: שחרור

אבחנה

- CONTUSION OF LOWER LEG (Right) (92410)

סיבת פנייה

סיבה עיקרית: חבלת רגל
הערות: חבלה ברגל ימין בירך ובברך לפני שבועיים

תלונה עיקרית

בן 64, בריא
לפני שבועיים נחבל איזור ירך ימין חלק חצוני, המשיך לדרוך ללא בעיה
כאבים בלילה ויש שטף דם לדבריו

בבדיקתו-
נושא משקל הליכה בתבנית תקינה ללא צליעה
רגישות מנימאלית איזור ירך דיסטאלי דו"צ עם הימטומה תת עורית בשלבי ספיגה
ירך ושוק רך במישוש ללא רגישות
הנעת מפרק ירך וברך חופשי ומלא
שמור דיסטאלי NV

בצילום ירך ימין - ללא ממצא גרמי חריף.

מדדים

תאריך ושעה	דופק	לחץ דם בישיבה	כאב
23:21 29/03/2022	77	138 / 90	3

בדיקות עזר

בדיקה	תאריך	תוצאה



מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

המכתב הופק ע"י דר' מסאלחה מוחמד ב-00:02 30/03/2022

מלרד - אורתופדיה
מנהל: פרופ' דרשר מיכאל
מ.ר. 24432
אחות אחראית: גרינברג תמי
טלפון: 03-9377011
פקס: 03-9222173

שם משפחה: שמחי	תאריך לידה: 04/06/1957
שם פרטי: עופר דגן	ת. זהות (ללא ספרת ביקורת): 5476533
כתובת: מוטה גור גבעת שמואל	מין: זכר
טלפון: 0505342861	גיל: 64

צילום ירך ימין במסגרת גפה תחתונה	29/03/2022	לא הוקלדה תשובה
----------------------------------	------------	-----------------

המלצות

המלצה:

#המשך מעקב רופא מטפל
#נגד כאבים לפי הצורך.
#הרמת הרגל וקירור מקומי.
#דריכה לפי מגבלות הכאב
#ביקורת אורתופד בקהילה בעוד שבוע במקרה ולא חל שיפור בכאבים.
#בכל החמרה - לבדיקת רופא בהקדם.

חופשת מחלה: 3 ימים.

סטטוס מטופל בשחרור

בהכרה, צלול

רופא אחראי

רופא: דר' מסאלחה מוחמד מ.ר. 143085

חתימה:

נחתם ע"י: דר' מסאלחה מוחמד מ.ר. 143085

כל ביקור במלר"ד כרוך בתשלום הפניה לטופס התחייבות מקופת החולים

הגנת מידע למכתב

המכתב הודפס על ידי דר' מסאלחה מוחמד 00:02 30/03/2022
חסי אישי

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות.

תאריך: 28/03/2022

הפניה לדימות 0505919641

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	שם מוחי עופר דגן	מס זהות: 00054765334	גיל: 64.10	מין: ז
ת.לידה: 04/06/1957	שם האב: יחיא	ישוב: גבעת שמואל רחוב:	מוטת גור	טלפון נוסף: 50-5919641	מס בית: 5
טלפון: 50-5342861	טלפון: 5	טלפון נוסף: 50-5919641			

תאריך תאונה 14/03/2022

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה: 35966000663

גורם שולח



5966

מספר הפניה



035966000663

תז נבדק



54765334

רשיון רופא



025964

ביום הבדיקה, נא לפנות למשרד מכון הרנטגן והדימות כ- 15 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה. נא להגיע עם טופס הפניה, 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 ירך ימין

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78003	US .o.s. L1028	רקמות רכות	10405037

המטופל מתלונן על תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 20/03/2022: אשתו מספרת על חבלה מעל ברך רגל ימין לפני 4 ימים - אָטָה של בן אדם מאתמול נפחות ושתף דם מעל ברך ימין
28/03/2022
קיבל מכה ישירה לירך ימין ב-14/3/22, לדבריו בעבודה מברך של עובד ביקור טרם 21/3/22
"נפחות ושטפי דם אספקט מידיאלי של ברך ימין ורגישות מעל QUADS סוג צילום: ברך ימין אבחנת צילום: ללא עדות לשבר"

סימנים חיוניים גובה 178 נמדד ב: 01/03/2022 משקל 80 נמדד ב: 01/03/2022 BMI 25.25
לחץ דם 118 / 82 נמדד ב: 28/03/2022
דופק 69 נמדד ב: 28/03/2022

מתאריך: 11/10/2021 80.94 eGFR

ממצאים עיקריים מצב כללי טוב. רגל ימין - שטפי דם בשלבי ספיגה באספקט פנימי ירך ימין. ללא הגבלה בתנועות הברך רגישות ונפחות שרירי QUADS רגל ימין

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
9241	rt	CONTUSION KNEE AND LOWER LEG
9249	rt thigh	HEMATOMA
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS

דיון/תוכנית טיפולית דיון/תוכנית טיפולית
קומפרס קר
במידת החמרה או חוסר שיפור מומלץ צילום ואורטופד
ההפניות שהופקו ב- 20/03/2022

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לדימות

28/03/2022

הודפס ע"י ד"ר ליאורה ארנסון

00054765334

שם מוחי עופר דגן

הפניה לדימות - 78030-צילום ברך ימין
 28/03/2022
 טיפול סימפטומטי
 US ירך
 מעקב אורטופד
 ח.מ 2-3 שבועות
 טופס ת.ע ב.ל

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
10/06/2020	LT SS Tear	ROTATOR CUFF SYNDROME
11/06/2021	3Xsmall	POLYP COLON
11/06/2021		DUODENITIS
11/06/2021	on gastroscopy	GASTRITIS - UNSPECIFIED
10/11/2021	Bil Hearing Aid	HEARING COMPLAINTS

11/10/2021 מתאריך CREATININE: 0.98

25964

ד"ר ליאורה ארונסון

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

בפניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על סמך הפניה זו, לאחר קביעת תור לטיפול, ניתן להסדיר את התשלום עבור השירות עד למועד התור באמצעות כרטיס אשראי באתר הכללית. לחילופין, ניתן להפיק ט17 במשרד מרפאת האם. רשימת בי"ח של הכללית מפורסמת באתר הכללית (www.clalit.co.il).

תאריך: 01/04/2022

אישור מחלה

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	שם מלא	שם האב:	יחיא	ת.ל.ידה:	04/06/1957	מס בית:	5	טלפון:	50 - 5342861	מס זהות:	00054765334	גיל:	64.10	מין:	ז
		שם מלא	שם האב:	יחיא	ת.ל.ידה:	04/06/1957	מס בית:	5	טלפון:	50 - 5342861	מס זהות:	00054765334	גיל:	64.10	מין:	ז
		שם מלא	שם האב:	יחיא	ת.ל.ידה:	04/06/1957	מס בית:	5	טלפון:	50 - 5342861	מס זהות:	00054765334	גיל:	64.10	מין:	ז

תאריך תאונה 14/03/2022

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

תעודת המשך למחלה זו

נבדק עקב 2 תאונת עבודה

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

מומלץ על מנוחה מתאריך: 01/04/2022 עד תאריך: 07/04/2022 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה: 7

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

נחתם דיגיטלית

25964

ד"ר ליאורה ארונסון

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית

תאריך: 28/03/2022

אישור מחלה

פרטי המטופל:		שם משפחה ופרטי:	
שם המטופל:	שם משפחה ופרטי:	שם המטופל:	שם משפחה ופרטי:
00054765334	04/06/1957	00054765334	04/06/1957
מס זהות:	ת.ל.ידה:	מס זהות:	ת.ל.ידה:
גיל: 64.10	שם האב: יחיא	גיל: 64.10	שם האב: יחיא
מסותה גור	טלפון: 50-5342861	מסותה גור	טלפון: 50-5342861
50-5919641	5	50-5919641	5
טלפון נוסף:	מס בית:	טלפון נוסף:	מס בית:

תאריך תאונה 14/03/2022

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 2 תאונת עבודה

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

מומלץ על מנוחה מתאריך: 14/03/2022 עד תאריך: 31/03/2022 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה: 18

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

נחתם דיגיטלית

25964

ד"ר ליאורה ארנסון

חתימה וחומת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכלליות

תאריך: 03/08/2022

הפניה לדימות

פרטי המטופל:	
שם משפחה ופרטי:	שמי עופר דגן
ת.לידה:	04/06/1957
מס בית:	5
גבעת שמואל	ישוב:
טלפון:	50 - 5342861
מס זהות:	00054765334
רחוב:	מוטה גור
טלפון נוסף:	50 - 5919641
גיל:	65.02 מין: ז

14/03/2022

תאריך תאונה

סוג תאונה

2 תאונת עבודה

35966004304

מספר הפניה:

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

רשיון רופא



5966



035966004304



54765334



025964

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

אם 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 ברך ימין

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78003	L1028 א.ס. US ברך ימין		10405011

המטופל מתלונן על 03/08/2022

עדין כאב ירך וברך ימין, מופיע הכיפוף הברך, עליה במדרגות, עמידה ממושכת והליכה. רושם לאי יציבות בברך ימין
בוצע צילום ברך וירך ימין [טרם, מיון] - במפ
נטל נוגדי כאב וטיפול מקומי עם הטבה זמנית
לא זכור עם ניסה זלדיאר
רקע- חוסר ברזל, גסטריט. ללא תופעות GIT, לא לוקח נקסיום

סימנים חיוניים	גובה	178	נמדד ב: 25/05/2022	משקל	80	נמדד ב: 25/05/2022	BMI	25.25
לחץ דם	118 / 82	נמדד ב: 28/03/2022						
דופק	69	נמדד ב: 28/03/2022						
eGFR	81.61	מתאריך: 12/05/2022						

ממצאים מתאריך 25/05/2022

ממצאים מתאריך 01/04/2022

ממצאים מתאריך 28/03/2022

ממצאים עיקריים

מצב כללי טוב.

רגל ימין - שטפי דם בשלבי ספיגה באספקט פנימי ירך ימין. ללא הגבלה

בתנועות הברך

רגישות ונפיחות שרירי QUADS רגל ימין

01/04/2022

רגל ימין - שטף דם בשלב ספיגה אספקט פנימי, ללא נפיחות או רגישות במישוש

שוק ימין- במפ

רגישות P-F ברך ימין

ללא הגבלה בתנועות

25/05/2022

03/08/2022

אבחנה	איפיון	קוד
CONTUSION KNEE AND LOWER LEG	rt	9241
ACCIDENT/INJURY; NOS		A80
KNEE SYMPTOMS/COMPLAINTS	rt	L15

דיון/תוכנית טיפולית

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 25/05/2022
 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 01/04/2022
 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 28/03/2022
 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 20/03/2022
 קומפרס קר
 במידת החמרה או חוסר שיפור מומלץ צילום ואורטופד
 ההפניות שהופקו ב 20/03/2022
 הפניה לדימות - 78030-צילום ברך ימין
 28/03/2022
 טיפול סימפטומטי, משחת טראמאדיל, בשלב הזה לאור רקע GIT והמטומה
 להמנע מNSAID
 US ירך
 מעקב אורטופד
 ח.מ 2-3 שבועות
 טופס ת.ע.ב.ל
 ההפניות שהופקו ב 28/03/2022
 הפניה לדימות - 78003-א.ס. US רקמות רכות, הפניה לרפואה יועצת - 70017-
 בדיקה רפואית - אורתו
 01/04/2022
 טיפול סימפטומטי, בעיקר לפני שינה - הוסבר ת.ל
 מכון שהמטומה בשלבי ספיגה וללא נפיחות בירך - אין מקום לUS ירך
 TRAUMEEL
 ZALDIAR להתחיל בלילה
 מעקב אורטופד
 25/05/2022
 03/08/2022
 US ברך ימין R/O MENISCAL-LIGAMENTAL INJURY
 NSAID לקחת אחרי אוכל - מינון פחות בגלל רקע של גסטריט, עם PPI
 TRAMADOL 100MG ת.ל הוסבר ת.ל
 מעקב אורטופד

בעיות פעילות

מגילוי	איפיון	בעיה
10/06/2020	LT SS Tear	ROTATOR CUFF SYNDROME
11/06/2021	3Xsmall	POLYP COLON
11/06/2021		DUODENITIS
11/06/2021	on gastroscopy	GASTRITIS UNSPECIFIED
10/11/2021	Bil Hearing Aid	HEARING COMPLAINTS

12/05/2022 מתאריך CREATININE: 0.97

25964

ד"ר ליאורה ארונסון

שם הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה ושם המעלה.
 בפניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על סמך הפניה זו, לאחר קביעת תור לטיפול, ניתן
 להסדיר את התשלום עבור השירות עד למועד התור באמצעות כרטיס אשראי באחד מכללית.
 לחילופין, ניתן להפיק ט 17 במשרד מרפאת האם. רשימת ביה"ח של הכללית מפורסמת באתר
 הכללית (www.clalit.co.il).

תאריך: 03/08/2022

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	שם מוחי עופר דגן
ת.לידה: 04/06/1957	גבעת שמואל	מס זכות: 00054765334
מס בית: 5	טלפון: 50-5342861	גיל: 65.02
		מין: ז

תאריך תאונה: 14/03/2022

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

מספר הפניה: 35966004305

גורם שולח



5966

מספר הפניה



035966004305

תז נבדק



54765334

מספר רשיון



025964

שירות שנבחר

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

הרבי מפנה את המטופל הנ"ל להתיעצות בשל

תלונות

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 25/05/2022
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 01/04/2022
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 28/03/2022
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 20/03/2022
אשתו מספרת על חבלה מעל ברך רגל ימין לפני 4 ימים - בעיטה של בן אדם
מאתמול נפילות ושתף דם מעל ברך ימין
28/03/2022

קיבל מכה ישירה לירך ימין ב-14/3/22, לדבריו בעבודה מברך של עובד
ביקור טרם 21/3/22

"נפילות ושטפי דם אספקט מידיאלי של ברך ימין ורגישות מעל QUADS
סוג צילום: ברך ימין אבחנת צילום: ללא עדות לשבר"
01/04/2022

כאבי ירך ימין מקרין לשוק ימין
כאבי רגל ימין בעיקר בלילה
מיון 30/3/22 בבדיקה במיון - ללא רגישות במישוש
צילום ירך ימין - במפ
מומלץ ZALDIAR 1-20 ומעקב אורטופד בקהילה
25/05/2022

הוצג טופס תאונת עבודה
יש לקבל תעודה רפואית לנפגע בעבודה לימי חופש שקיבל 14.3-7.4.22
03/08/2022

עדין כאב ירך וברך ימין, מופיע הכיפוף הברך, עליה במדרגות, עמידה ממושכת
והליכה. רושם לא יציבות בברך ימין
בוצע צילום ברך וירך ימין [טרם, מיון] - במפ
נטל נוגדי כאב וטיפול מקומי עם הטבה זמנית
לא זכור עם ניסה זלדיאר
רקע- חוסר ברזל, גסטריט, ללא תופעות GIT, לא לוקח נקסיום

ימנים חיוניים: גובה 178 25/05/2022 משקל 80 25/05/2022 bmi 25.25

לחץ דם 82 / 118 28/03/2022

דופק 69 28/03/2022

מתאריך 12/05/2022 81.61 eGFR

צאים בבדיקה ממצאים מתאריך 25/05/2022
ממצאים מתאריך 01/04/2022

ממצאים מתאריך 28/03/2022:
מצב כללי טוב.
רגל ימין - שטף דם בשלבי ספיגה באספקט פנימי ירך ימין. ללא הגבלה בתנועות הברך
רגישות ונפיחות שרירי QUADS רגל ימין
01/04/2022
רגל ימין - שטף דם בשלבי ספיגה באספקט פנימי, ללא נפיחות או רגישות במישוש שוק ימין- במפ
רגישות P-F ברך ימין
ללא הגבלה בתנועות
25/05/2022
03/08/2022
רגישות מקומית אספקט לטרלי ברך ימין, רגישות בתנועות LAT ROTATION RT KNEE

אבחנה משוערת

אבחנה	איפיון	קוד
CONTUSION KNEE AND LOWER LEG	rt	9241
ACCIDENT/INJURY; NOS		A80
KNEE SYMPTOMS/COMPLAINTS	rt	L15

דין/תוכנית טיפולית מתאריך 25/05/2022
דין/תוכנית טיפולית מתאריך 01/04/2022
דין/תוכנית טיפולית מתאריך 28/03/2022
דין/תוכנית טיפולית מתאריך 20/03/2022
קומפרס קר
במידת החמרה או חוסר שיפור מומלץ צילום ואורטופד
ההפניות שהופקו ב 20/03/2022
הפניה לדימות - 78030-צילום ברך ימין
28/03/2022
טיפול סימפטומטי. משחת טראמייל. בשלב הזה לאור רקע GIT והמטומה
להמנע מNSAID
US ירך
מעקב אורטופד
ח.מ 2-3 שבועות
טופס ת.ע ב.ל
ההפניות שהופקו ב 28/03/2022
הפניה לדימות - 78003-א.ס. US. רקמות רכות, הפניה לרפואה יועצת - 70017-
בדיקה רפואית - אורתו
01/04/2022
טיפול סימפטומטי, בעיקר לפני שינה - הוסבר ת.ל
מכון שהמטומה בשלבי ספיגה וללא נפיחות בירך - אין מקום לUS ירך
TRAUMEEL
ZALDIAR להתחיל בלילה
מעקב אורטופד
25/05/2022
03/08/2022
US ברך ימין R/O MENISCAL-LIGAMENTAL INJURY
NSAID לקחת אחרי אוכל - מינון פחות בגלל רקע של גסטריט, עם PPI
ללילה - - הוסבר ת.ל TRAMADOL OD 100MG
מעקב אורטופד

בעיות פעילות

מגילוי	איפיון	בעיה
10/06/2020	LT SS Tear	ROTATOR CUFF SYNDROME
11/06/2021	3Xsmall	POLYP COLON
11/06/2021		DUODENITIS
11/06/2021	on gastroscopy	GASTRITIS - UNSPECIFIED
10/11/2021	Bil Hearing Aid	HEARING COMPLAINTS

תרופות קבועות

Etopan 400
+ Nexium 20
נמצא סב'ק