



מס' זהות: 0021771613
טל' ניד: 0504536194
טל' בבית: 0779330239

לכבוד:
יניב חגמי
השיטה 8 אור יהודה
אור יהודה
6031408

הזמנה למרפאה אורטופדית

הנך מוזמן/ת לד"ר וייס

ביום שלישי 29/06/21 בשעה 09:00

מיקומו: מרפאות חוץ ומכונים, מגדל אשפוז, קומת קרקע, אגף 1.
חניה: חניון מרכזי, ניתן לרשום ב-waze "חניון מרכזי ב"ח שיבא תל השומר".

הנחיות לביקור:

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

קוד בדיקה	תיאור
L9249	בדיקת רופא אורתופד

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

המבטח אינו חייב לממן את השירות בדיעבד

[קוד הבדיקה: L9249 | תיאור: בדיקת רופא אורתופד]

• חיילים - יש להצטייד באסמכתא תקציבית בתוקף, לא יתקבל פיקדון או תשלום.

במידה ויש בידך הפניה לצילום רנטגן, יש לפנות ישירות לאגף הדימות.

- יש להצטייד במסמכים רפואיים וצילומי רנטגן עדכניים.
- בהגיעך למרפאה נא להטמיע את הדיסק של MRI/CT במרפאה הכירורגית.

לתשומת ליבך:

- ניתן להגיע עם מלווה אחד בלבד.
- יש להגיע עם מסיכה כירורגית ולעטות אותה במהלך כל זמן השהייה בבית החולים.
- יש להימנע מהגעוה אם הנך בבידוד בית או אם הנך סובל מאחד מהתסמינים הבאים:
חום גבוה מעל 38 מעלות, שיעול, קשיי נשימה, כאבי גרון, כאבי ראש/שרירים חריפים.
- זמן שהייה במרפאה/במכון הינו כ- 3-4 שעות. למען קיצור שהייתך, אנא הימנע מלהקדים.

לבירורים

אם מסיבה כלשהי נמנע ממך להגיע לבדיקה, נבקשך להודיע מבעוד מועד לטל': 03-5305000 או 534*
מכל סלולרי בימים א'-ה' בין השעות 08:00-16:00,
או במייל: torim.TorimCall-Center@sheba.health.gov.il.
פרטי המרפאה - שעות פעילות: 08:00-13:30 בימים א'-ה', טל': 03-5302014,
מייל: Mirp.Ortopedia@sheba.health.gov.il.
בנוסף, ניתן לפנות אלינו בציט' באתר האינטרנט WWW.SHEBA.CO.IL,
ב-Whats app למספר 03-5305000, בהודעת SMS למספר 03-5303604 או בפייסבוק שלנו.



מס' זהות: 0021771613
טל' ניד: 0504536194
טל' בבית: 0779330239

לכבוד:
יניב חגמי
השיטה 8 אור יהודה
אור יהודה
6031408

הזמנה למרפאה אורטופדית

הנך מוזמן/ת לד"ר הורביץ

ביום שני 05/07/21 בשעה 09:50

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

הנחיות לביקור:

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

קוד בדיקה	תיאור
L9249	בדיקת רופא אורתופד

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

המבטח אינו חייב לממן את השירות בדיעבד

- חיילים – יש להצטייד באסמכתא תקציבית בתוקף, לא יתקבל פיקדון או תשלום.
- במידה ויש בידך הפניה לצילום רנטגן, יש לפנות ישירות לאגף הדימות.

- יש להצטייד במסמכים רפואיים וצילומי רנטגן עדכניים.
- בהגיעך למרפאה נא להטמיע את הדיסק של MRI/CT במרפאה הכירורגית.

לתשומת ליבך:

- ניתן להגיע עם מלווה אחד בלבד.
- יש להגיע עם מסיכה כירורגית ולעטות אותה במהלך כל זמן שהייה בבית החולים.
- יש להימנע מהגעה אם הנך בבידוד בית או אם הנך סובל מאחד מהתסמינים הבאים:
חום גבוה מעל 38 מעלות, שיעול, קשיי נשימה, כאבי גרון, כאבי ראש/שרירים חריפים.
- זמן שהייה במרפאה/במכון הינו כ- 3-4 שעות. למען קיצור שהייתך, אנא הימנע מלהקדים.

לבירורים

אם מסיבה כלשהי נמנע ממך להגיע לבדיקה, נבקשך להודיע מבעוד מועד לטל': 03-5305000 או 534*
מכל סלולרי בימים א'-ה' בין השעות 08:00-16:00,
או במייל: torim.TorimCall-Center@sheba.health.gov.il.
פרטי המרפאה - שעות פעילות: 08:00-13:30 בימים א'-ה', טל': 03-5302014,
מייל: Mirp.Ortopedia@sheba.health.gov.il.
בנוסף, ניתן לפנות אלינו בציט באתר האינטרנט WWW.SHEBA.CO.IL,
ב-Whats app למספר 03-5305000, בהודעת SMS למספר 03-5303604 או בפייסבוק שלנו.

בברכת רפואה שלמה

מרפאה אורטופדית

המרכז הרפואי שיבא

נקבע על ידי: צור פלג עדנה

12:18 22/06/2021

The State of Israel
Ministry of Health
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University Sackler
School of Medicine
Tel-Hashomer 52621, Israel



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונן לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר 52621, ישראל

שיבא - מרכז רפואי אקדמי מצטיין

איום אורתופדי

מכתב שחרור

21771613 חגמי יניב

כתובת: השיטה 8 אור יהודה כניסה . אור יהודה 6031408

בן: 37 מספר קבלה: 19060701

תאריך ביקור: 22/06/2021 07:34

פעולות במהלך ניתוח

ARTHROSCOPIC KNEE MENISECTOMY 298803 80.26 (Left)

תלונה עקרית

בן 37, ברקע פסוריאזיס מטופל מטותרקסט, ללא רקע נוסף, ללא רגישות לתרופות.
2011 - מניסקטומיה מדיאלית חלקית בברך ימין.

כ-4 חודשים כאבים בברך שמאל לאחר ת. עבודה - חבלה סיבובית לברך.

08/05/2021 ביצע MRI במוסדנו, סיכום:

קרע מורכב במניסקוס מדיאלי.

צביטה בין גוף מניסקוס מדיאלי באקסטרוזיה לבין MCL וטיביאל פלטו.

בצקת בשומן רטרקאדריציפיתלי יחד עם טנדינופטיה של גיד הפיקה: חשד לצביטה פמורופטלרית, לקורלציה קלינית.
נגע גרמי בפמור בעל מראה QUIESCENT, מומלץ צילום ברך ויעוץ אורתופד אונקולוג.

מתקבל לצורך ארתרוסקופיה ומניסקטומי / תפירת מניסקוס.

סיכום ניתוח

בתאריך 22/06/2021 תחת הרדמה כללית עבר ארתרוסקופיה לטיפול בקרע מניסקוס מדיאלי ברך שמאל במהלך תקין.

המלצות

*נוגדי כאב לפי הצורך

*אטופן 400 מ"ג*2 ליממה ל 10 ימים.

*הפעלה ודריכה מלאה לברך

*אין להרטיב 48 שעות. לאחר מכן החלפת חבישה יומית באופן סטרילי.

*ביקורת מראפת ד"ר הורוביץ בעוד שבועיים.

*בהחמרה - חום, הפרשה מפצעי הניתוח, אודם עורי או כאב עז יש לפנות לבדיקה דחופה.

חתמה:

Anna Hochner Ger

22/06/2021 10:21:19

DocuSign

נחתם ע"י: דר' הוכנר-גר אנה מ.ר. 153112



ד"ר סוזנה הורביץ

ניתוחי מפרקים ופגיעות ספורט



מנהלת היחידה לכירורגיה ארטרוסקופית ופגיעות ספורט, ביה"ח מעייני הישועה
אורטופדיית-מנתחת בכירה, מחלקה אורטופדיית, ביה"ח ע"ש שיבא, תל השומר
מרפאה: מגדל מרכז ויצמן, ק' 14, רח' ויצמן 14, תל אביב 6423914
טל': 03-5465474 פקס: 9571206 - 09 דוא"ל: clinic@knees.co.il
www.knees.co.il

תיק רפואי

שם פרטי ומשפחה: יניב אגמי ת.ז.: 21771613 טל': 0504473449

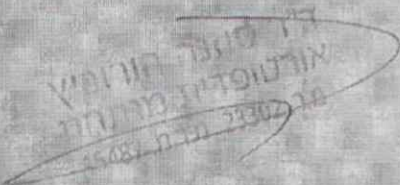
מין: כתובת: השיטה 8, אור יהודה

גורם מפנה: כללית מקצוע: ת לידה: 3.10.83

תאריך: 2.6.21

לפני כ-3 חדשים סובב ברכ שמאל בירידה מרכב בעבודה.
בדיקת US הדגימה מתיחה של ה-MCL עם חשד לקרע של מניסקוס. טופל חודש במנוחה.
לעבור כחודש חזר לעבודה, טופל בפזיותרפיה.
לעבור כחודשיים בתנועה חדה חזרו הכאבים בברך, בדיקת MRI הדגימה קרע של מניסקוס.
ברקע- פסוריאזיס, מטופל ב-MTX.
בבדיקה: תפיחות מדיאלית עם מקמרי חיובי, טווח 0-110, יציבות שמורה, דלדול שרירי הירך. ציר תקין.
MRI- קרע מכופל של קרן אחורית של מניסקוס מדיאלי, לזיה ציסטית בפמור דיסטלי, נראה כאנוכדרומה.
המלצות: מופנה לארתרוסקופיה ברכ שמאל. הניתוח יתבצע בבי"ח HMC ב-13.6.21.
יש צורך בבדיקות: ספירת דם, כימיה. בדיקת מרדים: 099592555, שלוחה 3.
הוסברו והובנו האבחנה, מחלק הפעולה, הסיכויים והסיכונים הכרוכים בטיפול ואו בניתוח.

ד"ר סוזנה הורביץ



THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University
Sackler School of Medicine
TEL-HASHOMER 5265601, ISRAEL

6031408

מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשוול
מסונף לבית הספר לרפ
באוניברסיטת תל-אביב
תל השומר מיקוד 5601

UCFV248

41111

מרכז שיבא



2177161-3

** זהות

טופס הסכמה להרדמה ANESTHESIA

סוגי ההרדמה (אילחוש) המקובלים הם הרדמה כללית, אזורית ומקומית, או שילוב בין השיטות.
הרדמה כללית מתבצעת על ידי הזרקת תכשירים למערכת הדם ו/או החדרת תכשירים למערכת הנשימה באמצעות צינור קנה (טובוס), ו/או מסכה. התכשירים גורמים לירידה ברמת ההכרה, להרפיית השרירים ולהורדת תחושת הכאב. קצב ההתעוררות מהרדמה תלוי בגורמים שונים הקשורים בסוג הניתוח, בהרדמה ובמצבו הכללי של החולה.
הרדמה אזורית מתבצעת על ידי הזרקת תכשירים אל עצבים או סביבם וגורמת לאילחוש של אזור מסוים בגוף. דוגמאות להרדמה אזורית הן הרדמה אפידורלית והרדמה ספינלית, בהן מוזרק חומר ההרדמה לחלל סביב חוט השדרה (בגב).
הרדמה מקומית מתבצעת על ידי הזרקת תכשירים לקרבת האזור המנותח. בדרך כלל הדבר מבוצע על ידי המנתח עצמו.
יתכן שילוב של סוגי הרדמה שונים, לדוגמא: הרדמה כללית והרדמה אזורית, הרדמה אזורית והרדמה מקומית, וכן שילוב של שיטות הרדמה אזורית.

סיכוני ההרדמה, על כל סוגיה, אינם קשורים בהכרח בסוג הניתוח ובמורכבותו.
אצל אשה בהריון, בכל סוגי ההרדמה, יתכן מעבר של חלק מחומרי ההרדמה לעובר, ויתכנו, במקרים בודדים, תופעות לוואי וסיבוכים נדירים לעובר או להמשך ההריון.
על החולה למסור למרדים מידע מלא על מחלותיו/ה, רגישות לתרופות, ותגובות להרדמה קודמת, כולל סיבוכים במידה והתרחשו. שם החולה:

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
שם פרטי	שם משפחה		

על הצורך בהרדמה לשם ביצוע הניתוח המתוכנן.
כמו כן הוסבר לי מטרת ההרדמה ודרכי ביצועה האפשריים.
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי סוגי ההרדמה השונים וכי קיימת אפשרות לשינוי סוג ההרדמה, ו/או לשילוב בין סוגי ההרדמה השונים (למשל, כללית ומקומית או כללית ואזורית) ו/או למעבר מסוג הרדמה אחד למשנהו, בהתאם לשיקול דעתם של המרדמים והמנתחים.
הוסבר לי תופעות הלוואי לאחר **הרדמה כללית** לרבות: כאב גרון ואי נוחות בבלעיה, כאבי שרירים, בחילות והקאות ואי נוחות כללית. כמו כן הוסבר לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: נזק לשיניים ולקנה הנשימה כתוצאה מהחדרת המיכשור הנחוץ להרדמה. במקרים נדירים יתכנו סיבוכים קשים לרבות: תגובה אלרגית חריפה, תסמונת החום הממאיר, הפרעות בתפקודי הכבד, ו/או בתפקוד מערכות חיוניות אחרות. במקרים נדירים ביותר אפשרי מוות מסיבוכים אלה.
הוסבר לי תופעות הלוואי בעת **הרדמה אזורית** לרבות: תחושת אי נוחות ולחץ באזור ההזרקה. לאחר סיום ההרדמה, ימשכו העדר התחושה וההגבלה בתנועה עד לשיתוקים חולפים. כמו כן הוסבר לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: זיהום מקומי ו/או התפתחות מורסה, ושטף דם מקומי (המטומה). בנוסף, הרדמה ספינלית ו/או אפידורלית מלווה לעיתים בכאבי גב, וקיימת אפשרות של דליפת נוזל השדרה ו/או חדירת המחט לעטיפת חוט השדרה, שעלולים לגרום לכאבי ראש חדים ו/או ממושכים. תופעות אלה דורשות טיפול.
במקרים נדירים ביותר תיתכן פגיעה קבועה בעצבי הגפיים ובכיס השתן.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע ההרדמה, למעט
הוסבר לי שיתכן כישלון בביצוע ההרדמה, עקב מגבלות במבנה האנטומי שלי, שאת חלקן לא ניתן לצפות מראש. כשלון בביצוע ההרדמה עלול לחייב, לעיתים, מתן טיפולים להבטחת הפעילות של מערכות חיוניות, ועד ביצוע פעולות לצורך הצלת חיים. הובהר לי כי במקרה כזה יתכן שלא יבוצע הניתוח המתוכנן.
אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שההרדמה, על צורותיה השונות, תעשה בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד, וכי לא הובטח לי שתעשה, כולה או חלקה בידי אדם מסוים, ובלבד שתעשה באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.
"ידוע לי שבית החולים הוא בית חולים עם סינוף אוניברסיטאי ובהערכה ובניתוח עשויים ליטול חלק סטודנטים, בפיקוח מלא".
אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של בית החולים, וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת בבית החולים בכפוף לחוק.
תמצית ההסבר שניתן למטופל:

הערות:

הערת הסכמה - מקום שיחת ההסכמה:

נוכחים בשיחה:

שם האפטרופוס (קירבה) חתימת האפטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה / לאפטרופוס של החולה * את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר שסכמנו כי הבין/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה חתימת הרופא/ה מסי רשיון

מחקר/י את המיותר תה"ש - 1609

חגמי יוני
ת.י. : 2177161-3
לידח: 3/10/83
מזכר
מזכר: אשכר
בשר: 22/06/21
41111
UCFV248
2177161-3
2177161-3

חתימת המטופל

שעה

22/06/2021

תאריך

חתימת האפטרופוס (במקרה
של פסול דין, קטין או חולה נפש)

שם האפטרופוס

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה/לאפטרופוס של החולה ** את כל האמור לעיל בפירוט וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר
ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

ד"ר אנון יונה-גרין
מר 153112

מס' רישיון

חתימת הרופא/ה

שם הרופא/ה

ΣΑΚΙ — : —

ללא תשלום

91-21

[illegible][illegible]

ՀԱՂԱՆԻՆԻՆԻ ՀԱՄԱՐՆԵՐ:

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԿՐԹԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՄԻՋՈՑԱԿԱՆ ԿԵՆՏՐՈՆ

ԵՆՏԸ ՀՀՆ ԱՌՀՈՒՄ: ԱՇԱՆ

УЛУСЛА УЛУСЛА

ԴՈՒՍԵՆԻ/ԱՅԼԻՆՆԱԿ ԵՄԵՐՈՍ

TEENAGE ALL

24/06/21

ԱՆՈՒՆ ԵՄԸՆ ԻՆ ՀԱՆԼԸ:

L9249

1

77

CO

TRAN DATE : 19761114 149767

מס' : 304565464
מחלקת המבחנים

03-5303030 : קבלת תשלום : 00100 - תשלום : 5

מחיר-מחצית ל 400 : אגודת אגודת

תאריך: 2025

מחיר מוצר : 400 ₪

28/06/21 : Tjrtjrt

אֵלֶּכָּה אֶתְּכֶם עַל־הַיָּם

ᐱᐱᐱᐱ ᐱᐱᐱᐱ ᐱᐱᐱᐱ

444/244

21771613



