

תאריך חתימת המסמך: 1.9.22

התובעת: **אמנדה באואר, ת"ז 346276199**
אברהם שטרן 5, תל אביב
טל': 053-7914803

ע"י ב"כ עו"ד אריאל פרייברג (מ"ר 62254)
מרחי אבא הלל 7, רמת גן
טל': 03-7412358, פקס: 077-3180983
דוא"ל: frei.ariel@gmail.com

– נ ג ד –

הנתבעים: 1. **גבריאל בר אברגל, ת"ז 315850958**
מרחוב הצפירה 8, בת ים

2. **הכשרה חברה לביטוח בע"מ**
מרחוב המלאכה 6, חולון
טל': 03-796000; דוא"ל: tvhova@hcsra.co.il

כתב תביעה

סוג התביעה ונושאה: פל"ד

הסעדים המבוקשים: פיצויים בשל נזקי גוף בהתאם לסמכותו של בית משפט נכבד זה.

סכום האגרה: 726 ₪ (תקנה 34 לתוספת לתקנות בתי המשפט (אגרות), תשס"ז – 2007).

תיקים קשורים: לא קיימים תיקים קשורים.

הזמנה לדין (טופס 2 תקנה 10)

הואיל והתובעת הגישה למחוז שיפוט זה כתב תביעה נגדך, המצורף בזאת, אתם מוזמנים להגיש כתב הגנה בתוך 60 ימים מיום שהומצאה לכם הזמנה זו.

לתשומת ליבכם, אם לא תגיש כתב הגנה לפי תקנה 130 לתקנות סדר הדין האזרחי, התשע"ט – 2018, תהיה לתובעת הזכות לקבל פסק דין שלא בפניך.



(1) בעלי הדין :

1. הנתבע 1 הינו הבעלים ו/או המשתמש ברכב הנושא מ"ר 23-192-34 (להלן: "הרכב").
 2. הנתבעת 2 הינה חברת ביטוח הפועלת כחוק בישראל, ובכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו ביטחה את השימוש ברכב על פי הוראות פקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש) תש"ל – 1970.
 3. התובעת, ילידת 21.12.1995, עולה חדשה, נפגעה בתאריך 5.10.21 מהרכב עת רכבה על קורקינט והכל כפי שיפורט להלן.
- רצ"ב אישור משטרה, מסומן "כנספח 1".

(2) פירוט הסעד המבוקש באופן תמציתי :

4. התובעת נפגעה בתאונת דרכים כהגדרתה בחוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים. הנתבע 1 הינו נהג הרכב אשר בוטח ע"י הנתבעת 2 ועל כן עותרת התובעת לחייב את הנתבעים לפצותה בגין הנזקים שנגרמו לה בתאונה.
5. מחמת מגבלותיה הנובעות מהתאונה, נעדרה התובעת מעבודותיה. מאז התאונה מתקשה התובעת בביצוע עבודתה, נאלצה לצמצם את היקפן, נזקקת להפוגות ממושכות במהלכן ונגרמו לה הפסדי השתכרות.
6. התובעת מוגבלת מאז התאונה בביצוע פעולות יומיומיות שונות ובניהול משק ביתה, היא נזקקת לעזרת הזולת ותמשיך להיזקק לה גם בעתיד.
7. עקב מגבלותיה הנובעות מהתאונה ובשים לב לכך שעובר לתאונה התניידה באמצעות כלי רכב דו גלגלי, נזקקה התובעת לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות, ותיזקק לכך גם בעתיד.

(3) תמצית העובדות הנחוצות לביסוסה של עילת התביעה ומתי נולדה :

8. בתאריך 5.10.21, בשעה 01:30 או בסמוך לכך, ברחוב אחד העם בסמוך לרחוב אלנבי, בתל אביב, עת רכבה על גלגילנוע (בלעז: קורקינט) נפגעה התובעת מהרכב אשר היה נהוג ע"י הנתבע 1 הוטחה מהקורקינט נפלה על הכביש ונחבלה (להלן: "התאונה").
9. לאחר התאונה הובהלה התובעת באמצעות מד"א לבית החולים איכילוב, בתל אביב, שם אובחנו חבלות בראש, עם אובדן הכרה חלקי, וברגל ימין והיא אושפזה לצורך ביצוע בדיקות, בין היתר, בדיקות דימות המכוונות לגפיים התחתונות ולראש.
10. בדיקת CT ראש שללה חשד בדבר דימום/שבר תוך גולגלתי. בדיקת CT אשר כוונה לגפיים התחתונות הדגימה שבר מרוסק בבסיס המסרק II מימין עם שבר מעל ראש עצם הפיבולה. לאחריהם שוחררה כשרגלה נתונה

בסד גבס והיא אסורה בדריכה בהמלצה להמשך מעקב רפואי, נטילת משככי כאבים ומנוחה.

11. יצויין כי התובעת נולדה עם קטיעה של אצבעות כף רגלה השמאלית. מחמת התאונה ותוצאותיה, בשים לב למהות הפגיעה (שבר בכף רגלה הימנית) נגרם לתובעת קושי ניכר בהחלמה ובנוסף לכאבים עזים וחוסר יכולת לדרוך חוותה התובעת קשיי יציבות ניכרים.

12. התובעת המשיכה במעקב הרפואי הן במסגרת מרפאת כף רגל של בית החולים איכילוב, בתל אביב, והן בקהילה והומלץ לה על המשך מעקב רפואי, הליכה באמצעות עזרים ללא דריכה נטילת משככי כאבים ומנוחה.

13. התובעת המשיכה במעקב הרפואי במסגרת קופת החולים והוחלט להפנותה לביצוע טיפולי פיזיותרפיה, ביצוע מספר בדיקות הדמיה, נטילת תרופות לשיכוך כאב ומעקב רפואי נוסף.

14. לאחר למעלה מחודש ימים החלה התובעת לדרוך על רגלה כשהיא נתמכת בקביים, אולם, נוכח הכאבים וההגבלה בתנועות כפות הידיים והקסול, הופנתה לביצוע בדיקות הדמיה, בדיקה נוירולוגית בקשר עם כאבי הראש, המשך מעקב רפואי, נטילת תרופות לשיכוך כאב וביצוע טיפולי פיזיותרפיה.

15. מחמת התאונה ותוצאותיה חלה החמרה במצבה הנפשי, היא החלה לסבול מחוסר שקט נפשי, החמרה בחרדה, מצב רוח ירוד וחשש מרכיבה על כלי רכב דו גלגלי וניתן לה טיפול תרופתי להרגעה ולהפחתת החרדה.

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "כנספח 2".

16. מאז התאונה סובלת התובעת מכאבי ראש וסחרחורות, מכאבים והגבלה בתנועות הקסול וכף רגל ימין, מקושי בעמידה והליכה ממושכות, קושי, בהליכה בשטחים שאינם מישוריים, חוסר יציבות, ממצב רוח ירוד, חוסר שקט וחרדה מכאבים עזים וצורך בשימוש במשככי כאבים והטיפוליים בה צפויים להימשך גם בעתיד.

17. התובעת עלתה ארצה בחודש יולי 2020, בוגרת תואר ראשון ושני מאוניברסיטאות מובילות בארה"ב. לאחר עלייתה ארצה התקבלה התובעת לעבודה בשילוב תזה בהיברו יוניון (בלעז: "Hebrew union") ובמקביל עובדת בבר. שני עיסוקיה כרוכים מעצם טיבם וטבעם בעמידה ממושכת ובכשירות פיזית. מחמת התאונה ותוצאותיה נעדרה התובעת מעבודותיה ולא התאפשר לה לקחת חלק בחפירות ארכיאולוגיות ובעבודה בבר. כיום, מתקשה התובעת בעבודותיה ובלימודיה, היא נאלצה לצמצם את היקפן, נזקקת להפוגות ממושכות במהלכו ונגרמו לה הפסדי שכר.

18. התובעת אשר מתגוררת בגפה, סובלת מקטיעה מולדת של אצבעות כף רגלה השמאלית, מתקשה מאז התאונה ומחמת תוצאותיה בניהול משק ביתה, נזקקת לעזרת הזולת ותיזקק לה גם בעתיד.

19. עקב מגבלותיה הנובעות מהתאונה, בשים לב לכך שעובר לתאונה התניידה באמצעות כלי רכב דו גלגלי, נזקקת התובעת לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות ותיזקק לכך גם בעתיד.



(4) פירוט העובדות המקנות סמכות לבית המשפט

20. לבית משפט נכבד זה הסמכות לדון בתביעה על פי מהותה, ערכה ומקום ניהול עסקי הנתבעת 2.

21. להלן פירוט נזקי התובעת:

א. נזק מיוחד:

- (1) פגיעה בכושר ההשתכרות בעבר – ₪ 120,500
- (2) עזרת הזולת בעבר – ₪ 40,000
- (3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר – ₪ 15,000
- (4) הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעבר – ₪ 20,000

ב. נזק כללי:

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

- (1) הפסדי השתכרותה בעתיד, על-פי מידת מוגבלותה התפקודית של התובעת, או לחילופין, בהתאם לשיעור נכותה הרפואית, לרבות הפסדים בתקופת הפנסיה.
- (2) עזרת הזולת בעתיד.
- (3) הוצאות רפואיות ופארה רפואיות ונסיעות לטיפולים בעתיד.
- (4) הוצאות ניידות מוגברות בעתיד.
- (5) פיצוי בגין נזקה הלא ממוניים של התובעת.

22. הנתבע 1 חייב לפצות את התובעת בהיותו הנוהג ו/או המשתמש ברכב במועד התאונה.

23. הנתבעת 2 חייבת לפצות את התובעת בהיותה מבטחת השימוש ברכב במועד התאונה.

אשר על כן, מתבקש כב' ביהמ"ש להזמין את הנתבעים לדין ולחייבם, לפצות את התובעת כמפורט לעיל, בצירוף ריבית חוקית מירבית והפרשי הצמדה מלאים מיום הגשת התביעה ועד לתשלום בפועל, ולרבות הוצאות המשפט, שכ"ט עו"ד ומע"מ.

אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ התובעת

תוכן הנספחים (עמוד 1 מתוך 1)

שם המסמך	עמוד
נספח 1: אישור משטרה (עמודים 7 עד 7)	7
נספח 2: תעודות רפואיות (עמודים 9 עד 57)	9
נספח 3: טופס 1 - מינוי מומחים (עמודים 59 עד 59)	59
נספח 4: נחתמו (עמודים 61 עד 64)	61



נספח 1 :

אישור משטרה

(עמודים 7 עד 7)



טופס מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים

טלפון: 03-6802222
פקס: 03-6803607
מייל: bohanim.telaviv@police.gov.il
מס' מסמך בתיק: ב
נושא המסמך:

יחידה: יחידת בוחנים מחוז תא
מספר תיק פלא: 730948/2021
סיווג תיק: ת.ד., כללי
תאריך: 13/10/2021, ז' חשון תשפ"ב, 12:53
כתובת: אמצ' 2, תל אביב

לכל המעוניין

1. תאריך התאונה: 05/10/2021 בשעה 01:30

2. מקום התאונה:

תל אביב יפו אלנבי בכביש עירוני

הערות מקום:

3. פרטי כלי הרכב והמעורבים:

פרטי הרכב:

מספר רכב	2319234	סוג רכב	פרטי נוסעים	תוצר רכב	יונדאי קוראה
חברת ביטוח	הכשרה	מספר פוליסה	7813630121	סוג לוחית	ישראלית

מעורבים ברכב:

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
נהג	315850958	אברגל בר גבריאל	11/11/1998	בת ים, הצפירה 6		

פרטי הרכב:

מספר רכב		סוג רכב	(קורקינט חשמלי) במערכת ת.ד.	תוצר רכב	
חברת ביטוח		מספר פוליסה		סוג לוחית	ישראלית

מעורבים ברכב:

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
רוכב	346276199	באואר אמנדה לי	21/12/1995	ת"א - יפו, שטרן אברהם (5)	הדסה עירוני - איכילוב	קלה

4. פרטי הולכי רגל:

5. כמות נפגעים

כמות נפגעים: 1 מצב התיק: בחקירה מתאריך: 13/10/2021

פרטי המטפל בתיק

מ"א: 980987 שם משפחה: פרס שם פרטי: איגור

פרטי השוטף המוסר

מ"א: 980987 שם משפחה: פרס שם פרטי: איגור

דרגה: רסב

נספח 2 :

תעודות רפואיות

(עמודים 9 עד 57)



תאריך ושעת ההדפסה: 08:44 05/10/2021

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	מנהל/ת מחלקה: דר' שריסט משה מ.ר. 31292	אחות אחראית: שירה פלג
טלפון: 03-6973232	פקס: 03-6973652	דוא"ל:

שם משפחה: באואר	שם פרטי: אמנדה לי	ת.ז.: 346276199
תאריך לידה: 21/12/1995	גיל: 25	טלפון: 053-7914843
מין: נקבה	מבוטח בקופה: מכבי	כתובת: שטרן אברהם (יאיר) 5 תל אביב-יפו 6608528

נתוני ביקור - תאריך ושעת קבלה: 05/10/2021 02:05 מספר מקרה: 12484733

סיום טיפול במלר"ד: שחרור

תלונה עיקרית

תאונת קורקינט.

מחלה נוכחית

בת 25, בריאה בדרך כלל, ללא טיפול תרופתי קבוע למעט פרוזק.
מעשנת חברתית.

ביום קבלתה הייתה מעורבות בת"ד- התנגשה ברכב שהגיע משמאלה בעודה רוכבת על קורקינט ממונע, עפה מהקורקינט ונחבלה בראשה וברגל ימין. שוללת חבלות חזה או בטן.

במיון-

126/79, דופק 94, ללא חום, סטורציה שמורה.

נפוחות רגישות למגע באספקט הפריאטלי מצד ימין, ללא דמם פעיל.

עירנית ונינוחה נשימתית, כאובה. לא נושאת משקל על רגל ימין.

קולות הלב סדירים ללא אוושות או קולות נוספים

כניסת אויר טובה ושווה דוצ, נשימה בועית, ללא חרחורים, קרפיטציות או צפצופים, ללא רגישות על הצלעות.

בטן רכה לא רגישת ללא סימני גירוי צפקי

גפיים ללא בצקות ללא סימני DVT, ניר-ו-וסקולרית שמורה. רגישות ניכרת במישוש האספקט הדורסלי של כף רגל ימין.

בבדיקת אורתופד

=====

אינה נושאת משקל.

רגישות מקסימלית מעל בסיס מסרק 2. ללא המטומה פלנטרית. מבחני ליספרנק שליליים.

רגישות בנוסף מעל ראש הפיבולה מימין. ללא רגישות מעל הפטישונים. ללא הגבלה בהנעת הקרסול.

שמורה נירולוגית לרבות בפיזור פרונאלי.

סקירה גרמית גפיים עליונות ותחתונות, אגן עמש ללא ממצא גרמי נוסף.

ללא תנועות פתולוגיות. מניעה ידיים בחופשיות.

צילום - שבר בסיס מסרק 2 ללא תזוזה. ספק הרחבה של הליספרנק.

קובעה בסד גבס אחורי.

כף רגל CT :

גבס.

שם: אמנדה לי באואר	ת"ז: 346276199	מקרה :	מחלקה: המחלקה לרפואה דחופה
--------------------	----------------	--------	----------------------------

שבר מרוסק של בבסיס המסרק ה-1 ללא תזוזה משמעותית וללא מעורבות המשטח המפרקי. אין עדות לפריקה של ה-TMTJ. תפוחות תת עורית, הסגנת שומן ונזל חופשי סביב. ללא עדות לשברים מרוסקים. רגל שמאלית: מצב לאחר קטיעה מהרמה של ה-PIPJ.

ללא פתיחה של מפרק ליספרנק

לסיכום - ספק קו שבר עדין בראש הפיבולה מימין ללא תזוזה.

CT מח

=====

ממצאים:

לא נצפו דם טרי תוך גולגלתי, שבר או סימני לחץ. לא נצפו ממצאים מוקדיים ברקמת המוח. חדרי המוח והחללים התת-עכבישיים סלל צסטרוט הבסיס תקינים במיקומם וברוחבם, סימטריים. איזורי האוכף התורכי, ארובות העיניים ופורמן מגנום בטווח התקין. חללי האויר בגולגולת מאווררים היטב. לסיכום: ללא דם תוך גולגלתי, שבר, סימני לחץ, או תהליך מוקדי חד

משתחררת במצב כללי טוב

אבחנות במין

- ACCIDENT – BICYCLIST (E819.6)

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

נתונים קליניים

מדדים

תאריך ושעה	חום	לחץ דם	דופק	כאב	סטורציה באויר חדר
02:22 05/10/2021	36.6	126 / 79	94	4	100

חבישות

תאריך ושעה	אחרת (יש לפרט בהוראה)
04:02 05/10/2021	צילום כף רגל ימין

שונות

תאריך ושעה	כאב
02:22 05/10/2021	4

הוראה - אחרת (ללא תיאור)

תאריך ושעה	אחרת (יש לפרט בהוראה)
04:02 05/10/2021	צילום כף רגל ימין

מוניטור

תאריך ושעה	לחץ דם	דופק
02:22 05/10/2021	126 / 79	94

מדדים סדציה

תאריך ושעה	חום	לחץ דם	דופק	סטורציה באויר חדר
02:22 05/10/2021	36.6	126 / 79	94	100

סטטוס מטופל

תאריך ושעה	סטטוס מטופל
07:00 05/10/2021	ממתין להחלטה

הוראות במערך

תאריך ושעה	כאב
02:22 05/10/2021	4

מדדים חיוניים

תאריך ושעה	לחץ דם	דופק
02:22 05/10/2021	126 / 79	94

מדדים מרדים רוחבי

תאריך ושעה	חום	לחץ דם	דופק
------------	-----	--------	------

שם: אמנדה לי באואר	ת"ז: 346276199	מקרה :	מחלקה: המחלקה לרפואה דחופה
--------------------	----------------	--------	----------------------------

02:22 05/10/2021	36.6	126 / 79	94
------------------	------	----------	----

ביצוע תרופות

צורת מינון ומינון	תאריך ושעה	תזמון מהוראה	תרופה	P.O
drp 1000 mg	05/10/2021 03:58 סובר משה אייזיק	Once	OPTALGIN DRP 500 MG/ML drp 1000 mg	

סיכום

בת 25

לאחר תאונת דרכים עם מנגנון כמתואר
בבדיקתה במלר"ד - רגישות ניכרת במישוש האספקט הדורסלי של כף רגל ימין
בבדיקת אורתופד - רגישות מקסימלית מעל בסיס מסרק 2, רגישות בנוסף מעל ראש הפיבולה מימין.
קובעה בסד גבס אחורי.
צילום - שבר בסיס מסרק 2 ללא תזוזה. ספק הרחבה של הליספרנק.
CT כף רגל - ללא פתיחה של מפרק ליספרנק. ספק קו שבר עדין בראש הפיבולה מימין ללא תזוזה.
CT מח - ללא דמם תוך גולגולתי, שבר, סימני לחץ, או תהליך מוקדי חד

משתחררת במצב כללי טוב עם ההמלצות הבאות

המלצות כלליות

המלצה: רגל מורמת, קומפרסים קרים
נגד כאבים לפי הצורך אקמול/אופטלגין
ביקורת מרפאת כף רגל במוסדינו בעוד כשבוע, טל לתאום תור 036974000
אין להרטיב את הגבס
ללא דריכה על הרגל
בכל החמרה (בחילות/הקאות) יש לפנות לבדיקה רפואית

בראות שלמה!

בכל החמרה, כאבים, נפיחות משמעותית יש לפנות לבדיקה

חתימת אחות משחררת

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
אקא מירב מ.ר. 184324	אחות משחררת	05/10/2021 08:44

רופאה משחררת

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
דר' וורטהייין חוליאטה מ.ר. 1111221	רופאה משחררת	05/10/2021 08:42

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 לסיוע:

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

סודי רפואי

שם: אמנדה לי באואר	ת"ז: 346276199	מקרה :	מחלקה: המחלקה לרפואה דחופה
--------------------	----------------	--------	----------------------------





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

תשובה זמנית

ממצאי בדיקה טומוגרפיה ממוחשבת - יחידה

פקס: 03-6973133

טלפון: 03-6974642

ת.ז.: 34627619-9

שם: באואר אמנדה לי

טלפון: 053-7914843

כתובת: שטרן אברהם (יאיר) 5 תל אביב - יפו 6608528

מין: נ

גיל: 25 ש

מקרה: 12484733

גורם מפנה: מכבי

יחידה ארגונית מזמינה: מחלקה לרפואה דחופה

* תשובה ראשונית של רופא !! *
* חובה לברר תשובה סופית, יתכנו שינויים משמעותיים *



בדיקות שבוצעו

תיאור שירות	שעת אישור ביצוע	תאריך אישור ביצוע
CT ראש\מוח, ללא חומר ניגוד	06:05	05/10/2021

תולדות מחלה

בת 25 תאונת קורקינט חשמלי. חבלת ראש ללא כסדה.

שאלה לבירור

ממצא תוך גולגלת?

שם רנטגנאי

שמואל שלו

תיאור הבדיקה והממצאים

פרטים קליניים: בת 25 תאונת קורקינט חשמלי. חבלת ראש ללא כסדה.

אין בידי בדיקות קודמות.

טכניקה: בוצעה סריקה של המוח ללא הזרקת חומר ניגוד תוך ורידי.

בוצעו שחזורים ברזולוציה גבוהה של העצמות.

ממצאים:

לא נצפו דמם טרי תוך גולגלתי, שבר או סימני לחץ.

לא נצפו ממצאים מוקדיים ברקמת המוח.

חדרי המוח והחללים התת-עכבישיים כולל צסטרנות הבסיס תקינים במיקומם וברוחבם, סימטריים.

איזורי האוכף התורכי, ארובות העיניים ופורמן מגנום בטווח התקין.

חללי האויר בגולגולת מאוררים היטב.

לסיכום:

ללא דמם תוך גולגלתי, שבר, סימני לחץ, או תהליך מוקדי חד.

דו"ח זה יכול לעיתים לכלול גם ממצאים פתולוגיים משמעותיים ואף מסכני חיים. לפיכך, חובה לפנות לרופא המטפל עם דו"ח הפענוח בהקדם האפשרי על מנת לאפשר המשך טיפול. דו"ח זה מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות. המוסרו שלא כדין עובר עבירה.

שם הרופא המפענח	מ.ר.ר	מ.ת.מ	תאריך פענוח	שעת פענוח
דר. צ'רנומורץ ארתור	158729		05/10/2021	06:21

תאריך הקלדה: 05/10/2021



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

ממצאי בדיקה טומוגרפיה ממוחשבת - יחידה
טלפון: 03-6974642 פקס: 03-6973133

ת.ז.: 34627619-9
טלפון: 053-7914843

שם: באואר אמנדה לי

כתובת: שטרן אברהם (יאיר) 5 תל אביב - יפו 6608528

מין: נ

גיל: 25 ש

מקרה: 12484733

גורם מפנה: מכבי

יחידה ארגונית מזמינה: מחלקה לרפואה דחופה

בדיקות שבוצעו

תיאור שירות	שעת אישור ביצוע	תאריך אישור ביצוע
CT קרסול, ללא חומר ניגוד	06:05	05/10/2021

תולדות מחלה

שבר בסיס מסרק 2 רגל ימין. להערכת פגיעת ליספרנק

שאלה לבירור

תודה

שם רנטגנאי

שמואל שלו

תיאור הבדיקה והמצאים

פרטים קליניים: בת 25, שבר בסיס מסרק 2 רגל ימין. להערכת פגיעת ליספרנק.

טכניקה:

נעשתה סריקה של הקרסוליים ללא הזרקת חומר ניגוד תוך ורידי. בוצעו שיחזורים קורונליים וסגייטלים.

ממצאים:

רגל ימנית:

גבס.

שבר מרוסק של בבסיס המסרק ה-II ללא תזוזה משמעותית וללא מעורבות המשטח המפרקי. אין עדות לפריקה של ה-TMTJ.

תפוחות תת עורית, הסננת שומן ונוזל חופשי סביב.
 ללא עדות לשברים מרוחקים.

רגל שמאלית:
 מצב לאחר קטיעה מהרמה של ה-PIPJ.

דו"ח זה יכול לעיתים לכלול גם ממצאים פתולוגיים משמעותיים ואף מסכני חיים.
 לפיכך, חובה לפנות לרופא המטפל עם דו"ח הפענוח בהקדם האפשרי על מנת לאפשר המשך
 ברור וטיפול.
 דו"ח זה מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות. המוסרו שלא כדין עובר עבירה.

שם הרופא המפענח	מ.ר.ר	מ.ת.מ	תאריך פענוח	שעת פענוח
דר. צ'רנומורץ ארתור	158729		05/10/2021	07:08
דר. אילוז משה	118008		05/10/2021	07:08

תאריך הקלדה: 05/10/2021





0328791272



098479

קוד הפניה: 239222674

טלפון: 03-5122122

פקס: 03-5122240

כתובת: התקומה 36, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 346276199

שם פרטי: אמנדה לי

שם משפחה: באואר

טל.עבודה/נייד: 0537914803

0537914803

טלפון:

מין: נ

21/12/1995

ת.לידה:



0346276199

מיקוד 6608528

שטרן אברהם (י 5/5), תל אביב - יפו

כתובת:

מכון רנטגן

הריון: לא

קוד	הבדיקה הדרושה
3620	כף רגל ימין 2 צילומים (אלכסון + AP)
3590	שוק ימין 2 צילומים (AP+LAT)
3560	ברך ימין 2 צילומים (AP+LAT) בשכיבה

שאלה למבצע הבדיקה: מעקב שברים

דחיפות הפענוח: רגיל

תלונות: פנתה למיון ב-05.10 לאחר כי נדרסה מרכב בזמן רכיבת אופניים.

בבדיקתה במלר"ד רגישות ניכרת במישוש האספקט הדורסלי של כף רגל ימין בבדיקת אורתופד רגישות מקסימלית מעל בסיס מסרק, 2 רגישות בנוסף מעל ראש הפיבולה מימין. קובעה בסד גבס אחורי.

צילום שבר בסיס מסרק 2 ללא תזוזה. ספק הרחבה של הליספרנק.

CT כף רגל ללא פתיחה של מפרק ליספרנק. ספק קו שבר עדין בראש הפיבולה מימין ללא תזוזה.

CT מח ללא דמם תוך גולגלתי, שבר, סימני לחץ, או תהליך מוקדי חד

המלצה: רגל מורמת, קומפרסים קרים

נגד כאבים לפי הצורך אקמול/ אופטלגין

ביקורת מרפאת כף רגל במוסדינו בעוד כשבוע, טל לתאום תור 036974000

אין להרטיב את הגבס

ללא דריכה על הרגל

בכל החמרה (בחילות/הקאות) יש לפנות לבדיקה רפואית

הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...

אבחנה:

- ELECTRONIC FORMS
- MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS
- as bicyclist
- FRACTURE METATARSAL(S) CLOSED Right
- 2nd
- FRACTURE OF FIBULA Rule Out

מעשנת/ כן

12/10/2021

חתימה וחותמת הרופא

תאריך



0328791272



098479

קוד הפניה: 239222674

טלפון: 03-5122122

פקס: 03-5122240

כתובת: התקומה 36, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:

שם משפחה: באואר

שם פרטי: אמנדה לי

ת.ז.: 346276199



0346276199

ת.לידה: 21/12/1995

מין: נ

טלפון: 0537914803

טל.עבודה/נייד: 0537914803

כתובת: שטרן אברהם (י 5/5), תל אביב - יפו

מיקוד: 6608528

מכון רנטגן

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 12/10/2021 עד תאריך - 10/04/2022

מידע ניתן לקבל במדריך השירותים האינטרנטי של מכבי:

www.maccabi4u.co.il



0038779955



146420

קוד הפניה: 239483186

טלפון: 3555*

פקס: 03-7178253

כתובת: אלון יגאל 96, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 346276199

שם פרטי: אמנדה לי

שם משפחה: באואר

טל.עבודה/נייד: 0537914803

0537914803

טלפון:

מין: נ

ת.לידה: 21/12/1995



0346276199

מיקוד: 6608528

שטרן אברהם (י 5/5), תל אביב - יפו

כתובת:

מכון רנטגן - מוקד רפואה דחופה

הריון: לא

קוד	הבדיקה הדרושה
3560	ברך ימין 2 צילומים (AP+LAT) בשכיבה
3603	קרסול ימין 3 צילומים (AP+LAT+MORTIS)
3620	כף רגל ימין 2 צילומים (אלכסון + AP)
3654	כף רגל ימין TRUE LATERAL

שאלה למבצע הבדיקה: ביקורת לאחר שבר. נא להשלים צילומי קרסול בעמידה + פיבולה פרוקסימלית + כף רגל

דחיפות הפענוח: רגיל

תלונות: תאונת דרכים כרוכתת קורקינט לפני שבוע נבדקה בבי"ח איכילוב אובחן שבר פיבולה לטיפול שמרני

פנתה כעת לצילום ביקורת
רגישות פיבולה פרוקסימלית ומסרק 1
הנעה חופשית של קרסול
סקוויז שלילי
מניעה אצבעות שמורה NV דיסטלית
מתהלכת עם מגף



אבחנה:

• FRACTURE ANKLE LATERAL MALLEOLUS CLOSED

מעשנת/ כן

13/10/2021

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 13/10/2021 עד תאריך - 11/04/2022

מידע ניתן לקבל במדריך השירותים האינטרנטי של מכבי:

www.maccabi4u.co.il



146420

טלפון: 3555*

פקס: 03-7178253

כתובת: אלון יגאל 96, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 346276199

שם פרטי: אמנדה לי

שם משפחה: באואר

טל.עבודה/נייד: 0537914803

0537914803

טלפון:

מין: נ

21/12/1995

ת.לידה:



מיקוד 6608528

שטרן אברהם (י 5/5), תל אביב - יפו

כתובת:

0346276199

מכתב שחרור

תאריך: 13/10/2021

שעת קבלה: 19:02

שעת שחרור: 20:07

סיבת הפניה:

תאונת דרכים כרוכבת קורקינט לפני שבוע נבדקה בב"ח איכילוב אובחן שבר פיבולה לטיפול שמרני
פנתה כעת לצילום ביקורת
רגישות פיבולה פרוקסמלית ומסרק 1
הנעה חופשית של קרסול
סקוויז שלילי
מניעה אצבעות שמורה NV דיסטלית
מתהלכת עם מגף

תרופות קבועות:



- MONTELUKAST-TRIMA 10MG X 28 {1X1X28}
- PROZAC 20MG X 56 {1X1X90}

ממצאים:

שבר בסיס מסרק 2 ללא תזוזה

טיפול אחות

מדירות:

תאריך	שעה	מידה	תוצאה
13/10/2021	19:13	לחץ דם	138/77
13/10/2021	19:13	דופק	99

טיפול אחות

תאריך	שעה	התערבות	תוצאה	הערות
13/10/2021	19:13	אומדן כאב	עוצמה: 4	
13/10/2021	19:13	הדרכה לטיפול ושחרור ממוקד		
13/10/2021	19:13	מיון ראשוני - TRIAGE		
13/10/2021	19:13	הכוונה לגורם מטפל אחר		רופא מוקד טראומה

הפניות:

מכון רנטגן: ברך ימין 2 צילומים (AP+LAT) בשכיבה, קרסול ימין 3 צילומים (AP+LAT+MORTIS), כף רגל ימין 2 צילומים (אלכסון + AP), כף רגל ימין TRUE LATERAL

אבחנה:

- FRACTURE ANKLE LATERAL MALLEOLUS CLOSED



טלפון: 3555*

פקס: 03-7178253

כתובת: אלון יגאל 96, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 346276199

שם פרטי: אמנדה לי

שם משפחה: באואר

טל.עבודה/נייד: 0537914803

0537914803

טלפון:

מין: נ

21/12/1995

ת.לידה:



מיקוד 6608528

שטרן אברהם (י 5/5), תל אביב - יפו

כתובת:

0346276199

מכתב שחרור

תוכנית טיפולית: המשך הליכה במגף

מעקב בי"ח איכילוב או מכבי לפי צורך

הימנעות מפעילות מאומצת/ספורטיבית עד

החלמה

משככי כאבים

בכל החמרה בדיקה בהקדם

ד"ר בירן מתן

חתימה וחותמת הרופא

לידיעתך המוקד נועד לתת מענה למקרה דחוף, ואינו מתאים להמשך מעקב.
את המעקב והמשך הטיפול, יש לבצע אצל הרופא המטפל בקהילה

כמידה ורופא במוקד טראומה המליץ על המשך מעקב אורטופדי, עליך לקבוע תור אך ורק אצל רופא אורטופדי בקהילה.
ספרי הטלפון של הרופאים האורטופדיים נמצאים במדריך השירותים של "מכבי" או ב"מכבי ללא הפסקה" 1700505353.





מכון דימות:השלום כתובת: יגאל אלון 96 תל אביב-יפו טלפון: 03-7614020

פרטי רופא מפנה:

שם: ד"ר בירן מתן

מ.ר: 146420

תאריך הבדיקה: 13/10/2021

תאריך הפיענוח: 13/10/2021

שם הנבדק: באואר אמנדה לי

ת.ז. הנבדק: 346276199

כתובת הנבדק:

טלפון הנבדק: 053-7914803 טלפון נייד: 053-7914803

תשובת בדיקת דימות: 21620115

קרסול 2 צילומים + כף רגל TRUE LATERAL

סיבת ההפניה:

בירור

ממצאים:

מימין

=====

אין עדות לשבר או ממצא פתולוגי אחר.

בברכה

ד"ר גלינה גדזייב

מומחה/ית ברדיולוגיה אבחנתית

מס' רישיון: 30956

התשובה עברה הגהה ונחתמה אלקטרונית



14.10.21



34627619-9

מס' זימון: 00000000

לכבוד

באורא אמנדה לי

שטרן אברהם (יאיר) 5

תל אביב - יפו, 6608528

א.ג.נ.

הנדון: זימון לאורתופדיה - מרפאה

מר/גב' באורא אמנדה לי 9-34627619 מוזמן/ת ביום חמישי 11/11/2021 לשעה 10:50
לאורתופדיה - מרפאה בבנין סוראסקי קומת קרקע אגף ג.

לבדיקות	קוד שירות	תיאור שירות	כמות
	L9249	בדיקת רופא אורתופד	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.

מס' טלפון מטופל: 053-7914843
דוא"ל מטופל: AMANDALB95@GMAIL.COM

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

פרטי
התקשרות

1. חולים לאחר אשפוז-יש להביא העתק דו"ח סיכום מחלה של האשפוז האחרון.
2. מטופל נכה, בעל תו חניה ממשרד התחבורה, זכאי לחניה חינם-בימי חול מהשעה 07:00 ועד 16:00 למחרת ובימי שישי מהשעה 07:00 ועד 13:00 בחניון סמי עופר ובשאר השעות בחניון וייצמן. לקבלת הטבה, הצג/י תו נכה בתוקף בהגעה למרפאה.
3. במקרים בהם קיימת מוגבלות כלשהי 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.
4. המרפאה הינה בבי"ח ציבורי ועפ"י הנחיות משרד הבריאות, אין התחייבות לקבלה לרופא מקצועי ספציפי, הנותן שירות במרפאה.
5. המרכז הרפואי ת"א הינו בית חולים אוניברסיטאי ועל כן מתקיימת בו הוראת סטודנטים במהלך וכחלק מהטיפול הרפואי בך, תוך שמירה על פרטיותך וכבודך. יש להימנע מלהגיע לביה"ח עם חפצי ערך.
6. אפליקציית ניווט להולכי רגל בבי"ח! חפש "איכילוב" בחנות האפליקציות.

הערות

- 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
 - יש להקפיד על שמירת מרחק

חסוי 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: באואר	שם פרטי: אמנדה לי	ת.ז.: 346276199
תאריך לידה: 21/12/1995	גיל: 25	טלפון: 053-7914843
מין: נקבה	מבוטח בקופה: מכבי	כתובת: שטרן אברהם (יאיר) 5 תל אביב-יפו 6608528

נתוני ביקור - תאריך: 14/10/2021 שעה: 09:37 מספר ביקור: 40701643

מחלה נוכחית

בת 25, בריאה בדרך כלל, ללא טיפול תרופתי קבוע למעט פרזק.
מעשנת חברתית.

5.10.21 הייתה מעורבות בת"ד- התנגשה ברכב שהגיע משמאלה בעודה רוכבת על קורקינט ממונע, עפה מהקורקינט ונחבלה בראשה וברגל ימין. שוללת חבלות חזה או בטן.

במיון-

126/79, דופק 94, ללא חום, סטורציה שמורה.
נפוחות רגליה למגע באספקט הפריאטלי מצד ימין, ללא דמם פעיל.
עירנית ונינוחה נשימתית, כאובה. לא נושאת משקל על רגל ימין.
קולות הלב סדירים ללא אוושות או קולות נוספים
כניסה אויר טובה ושווה דוצ, נשימה בועית, ללא חרחורים, קרפיטציות או צפצופים, ללא רגישות על הצלעות.
בטן רכה לא רגישה ללא סימני גירוי צפקי
גפיים ללא בצקות ללא סימני DVT, נירור- וסקולרית שמורה. רגישות ניכרת במישוש האספקט הדורסלי של כף רגל ימין.

בבדיקת אורתופד

=====

אינה נושאת משקל.

רגישות מקסימלית מעל בסיס מסרק 2. ללא המטומה פלנטרית. מבחני ליספרנק שליליים.
רגישות בנוסף מעל ראש הפיבולה מימין. ללא רגישות מעל הפטישונים. ללא הגבלה בהנעת הקרסול.
שמורה נירולוגית לרבות בפיזור פרונאלי.
סקירה גרמית גפיים עליונות ותחתונות, אגן עמש ללא ממצא גרמי נוסף.
ללא תנועות פתולוגיות. מניעה ידיים בחופשיות.

צילום - שבר בסיס מסרק 2 ללא תזוזה. ספק הרחבה של הליספרנק.

קובעה בסד גבס אחורי.

כף רגל CT:

גבס.

שבר מרוסק של בסיס המסרק ה|| ללא תזוזה משמעותית וללא מעורבות המשטח המפרקי. אין עדות לפריקה של ה-TMTJ.
תפיחות תת עורית, הסגנת שומן ונזל חופשי סביב.
ללא עדות לשברים מרוחקים.
רגל שמאלית:
מצב לאחר קטיעה מהרמה של ה-PIPJ.

ללא פתיחה של מפרק ליספרנק

לסיכום - ספק קו שבר עדין בראש הפיבולה מימין ללא תזוזה.

CT מח

=====

ממצאים:

לא נצפו דמם טרי תוך גולגלתי, שבר או סימני לחץ.
לא נצפו ממצאים מוקדיים ברקמת המוח.
חדרי המוח והחללים התת-עכבישיים כולל צסטרוגות הבסיס תקינים במיקומם וברוחבם, סימטריים.
איזורי האוכף התורכי, ארובות העיניים ופורמן מגנום בטווח התקין.
חללי האויר בגולגולת מאווררים היטב.
לסיכום:
ללא דמם תוך גולגלתי, שבר, סימני לחץ, או תהליך מוקדי חד

משתחררת במצב כללי טוב

מחלה נוכחית - המשך

תאונת קורקינט.

אבחנות בביקור

- Fracture of one or more tarsal and metatarsal bones, closed (825.29) (Right)

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

בדיקת פצע ניתוחי

מצב הפצע הניתוחי: : לא רלוונטי

סיקור כאב

המטופל/ת חש/ה כאב: ק

המטופל מופנה לרופא המטפל בקהילה להמשך טיפול בכאב

סיכום ודין

לאחר תאונת קורקינט חשמלי 5.10.21 שבר בסיס מסרק 2, חשד לשבר ראש פיבולה ללא תזוזה. הייתה בסד גבס.

14.10.21

ביקורת מרפאה

נמצאת במגף פלסטיק

החלה לדרוך על הרגל לפני כ-4-5 ימים, נעזרת בקביים

בבדיקה:

רגישות קלה ראש פיבולה

ללא נפיחות, תפליט או הגבלת תנועה בברך.

רגישות בסיס מסרק 2

שמורה NV

בצילום: פתיחה קלה של מרווח ליספרנק, ללא סימני פריקה.

הפניה לניתוח

מופנה לניתוח: לא

המלצות כלליות

המלצה: רגל מורמת, ללא דריכה על הרגל

ביקורת + צילום חודש מהפציעה- תחילת נוב'

נגד כאבים לפי הצורך

חופשת מחלה: 5 ימים.

שם: אמנדה לי באואר	ת"ז: 346276199	מקרה :	מחלקה: מרפאה אורתופדית
--------------------	----------------	--------	------------------------

חתימת רפאל קריספי
מחלקה אורתופדית
מ.ר. 1130335

נחתם ע"י: דר' קריספי רפאל דוד מ.ר. 130335



הזמנה לצילום / בדיקה בחטיבת ההדמיה

כל השדות שדות חובה!

- חסוי רפואי -

ההזמנה מופנית

מקום למדבקה גדולה

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

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

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 מונשם	☐ חסר הכרה	☐ מיטה		☐ MRSA	☐ לא ברור
				☐ אחר איזה?	

פרטים קליניים

ממצאים ואבחנות (כולל בדיקות הדמיה רלבנטיות):

AP + LAT רנטגן ימין

השאלה לרדיולוג:

הבדיקה הדרושה:

חתימה וחותמת:

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 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							
מקולקלים							

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





דר גיימס ווטסון

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

טלפון: 03-5122122

פקס: 03-5122240

כתובת: התקומה 36, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 346276199

שם פרטי: אמנדה לי

שם משפחה: באואר

טל.עבודה/נייד: 0537914803

0537914803

טלפון:

מין: נ

21/12/1995

ת.לידה:



0346276199

מיקוד 6608528

שטרן אברהם (י 5/5), תל אביב - יפו

כתובת:

תמצית הביקור מתאריך 15/11/2021 בשעה 19:55

תאריך הביקור: 15/11/2021

הערות	מקור המידע
בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל. בברכה	העברת טפסים באופן יזום לאתר המטופל
בברכה	העברת טפסים באופן יזום לאתר המטופל

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

תרופות שנרשמו בביקור:

שם התרופה	מינון והוראות מרשם	שמות החלופות
MONTELUKAST-TRIMA 10MG X 28	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 28 ימים	* TAB. MONTELUKAST-TRIMA 10MG X 28 < 1 OP > [19114] TAB. SINGULAIR 10MG X 28 < 1 OP > [85215]
LASEA 80MG X 28	לבליעה 1 כמסה 1 פעם ביום, (בוקר 1 כמסה) לתקופה של 28 ימים	* CAP. LASEA 80MG X 28 < 1 OP > [54717]
PROZAC 20MG X 56	לבליעה 1 כמסה 1 פעם ביום, (בוקר 1 כמסה) לתקופה של 90 ימים	* TAB. PRIZMA 20MG X 30 < 3 OP > [9274] CAP. FLUOXETINE 20MG X 30 < 3 OP > [93817] CAP. FLUTINE 20MG X 30 < 3 OP > [9346] CAP. PROZAC 20MG X 56 < 1 OP+34 > [78216]

001854912202



תאריך: 19/12/2021

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



098479

קוד הפניה: 249220754

טלפון: 03-5122122

פקס: 03-5122240

כתובת: התקומה 36, תל אביב - יפו

דר גיימס ווטסון

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

פרטי הנבדק:	שם משפחה: באואר	שם פרטי: אמנדה לי	ת.ז.: 346276199
ת.לידה: 21/12/1995	מין: נ	טלפון: 0537914803	טל.עבודה/נייד: 0537914803
כתובת: שטרן אברהם (י 5/5), תל אביב - יפו	מיקוד: 6608528		

התייעצות מומחה

• FRACTURE OF FIBULA Suspected Right

מעשנת: כן

תרופות קבועות:

MONTELUKAST-TRIMA 10MG X 28 1X1X28
PROZAC 20MG X 56 1X1X90

מטרת ההפניה: הערכה

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

19/12/2021

חתימה וחותמת הרופא

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

תאריך

אם הנך פונה לרופא פרטי, מומלץ לבדוק מראש האם הרופא נכלל ברשימת רופאי מכבי זהב/ מכבי שלי

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 19/12/2021 עד תאריך - 17/06/2022



מקור המידע	פירוט
העברת טפסים באופן יזום לאתר המטופל	07:49:59 21/11/2021 בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל. בברכה

סיבת הפניה: חרדות מאז תאונת דרכים עם שבר בכף רגל. ללא הטבה עם לשיאה. ממשיכה פרוזק. ננסה לורובן.

גורם משלם: 99 (מנהלי)

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ANXIETY DIS UNS

אופן השימוש	Rp <Days>	מינון	תרופות
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (לפני שינה 1 טבליה) לתקופה של 20 ימים.	1 <20>	1 tab X 1 - 1 op	LORIVAN 1MG X 20

מוזמן למעקב:

על פי צורך

! 1862902

07/12/2021 23:25:10

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 25.11 מספר ביקור: 00187683419

שם רופא/ה: דר גיימס ווטסון תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

מקור המידע	פירוט
העברת טפסים באופן יזום לאתר המטופל	23:35:00 07/12/2021 בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל. בברכה

סיבת הפניה: פנתה למיון ב05.10 לאחר כי נדרסה מרכב בזמן רכיבת אופניים. בבדיקתה במלר"ד רגישות ניכרת במישוש האספקט הדורסלי של כף רגל ימין בבדיקת אורתופד רגישות מקסימלית מעל בסיס מסרק, 2 רגישות בנוסף מעל ראש הפיבולה מימין. קובעה בסד גבס אחורי. צילום שבר בסיס מסרק 2 ללא תזוזה. ספק הרחבה של הליספרנק. CT כף רגל ללא פתיחה של מפרק ליספרנק. ספק קו שבר עדין בראש הפיבולה מימין ללא תזוזה. CT מח ללא דמם תוך גולגלתי, שבר, סימני לחץ, או תהליך מוקדי חד

ביקורת אורתופדי ב10.21 נמצאת במגף פלסטיק החלה לדרוך על הרגל לפני כ 54 ימים, נעזרת בקביים בבדיקה: רגישות קלה ראש פיבולה ללא נפיחות, תפליט או הגבלת תנועה בברך. רגישות בסיס מסרק 2 שמורה NV בצילום: פתיחה קלה של מרווח ליספרנק, ללא סימני פריקה.

ביקורת אורתופדי ב11.11.2021 מרגישה טוב כף רגל ללא נפיחות או דפורמציה נושאת משקל ללא המגף, שמורה NV בצילום סימני חיבור, עמדה מתקבלת, ללא סימנים לפגיעת ליספרנק.

גורם משלם: 99 (מנהלי)

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
2nd		Rt	FRACTURE METATARSAL(S) CLOSED
	Rt	Sus	FRACTURE OF FIBULA

הערות	בדיקות/הפניות
05/06/2022 - בתוקף עד	התייעצות מומחה: אורתופדיה
05/06/2022 - בתוקף עד	מכון רנטגן: כף רגל ימין 2 צילומים (אלכסון + AP), ברך ימין 2 צילומים (AP+LAT)
05/06/2022 - בתוקף עד	בשכיבה
05/06/2022 - בתוקף עד	התייעצות מומחה: פיזיותרפיה

מוזמן למעקב:

☑ על פי צורך

1862902 !

19/12/2021 12:50:56

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 25.11 מספר ביקור: 00188787651

שם רופא/ה: דר גיימס ווטסון תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

סיבת הפניה:

בביקור בתאריך 07/12/2021 בשעה 23:25:10 פנתה למיון ב05.10 לאחר כי נדרסה מרכב בזמן רכיבת אופניים. בבדיקתה במלר"ד רגישות ניכרת במישוש האספקט הדורסלי של כף רגל ימין בבדיקת אורתופד רגישות מקסימלית מעל בסיס מסרק, רגישות בנוסף מעל ראש הפיבולה מימין. קובעה בסד גבס אחורי. צילום שבר בסיס מסרק 2 ללא תזוזה. ספק הרחבה של הליספרנק. CT כף רגל ללא פתיחה של מפרק ליספרנק. ספק קו שבר עדין בראש הפיבולה מימין ללא תזוזה. CT מח ללא דמם תוך גולגלתי, שבר, סימני לחץ, או תהליך מוקדי חד

ביקורת אורתופדי ב10.21 נמצאת במגף פלסטיק החלה לדרוך על הרגל לפני כ54 ימים, נעזרת בקביים בבדיקה: רגישות קלה ראש פיבולה ללא נפיחות, תפליט או הגבלת תנועה בברך. רגישות בסיס מסרק 2 שמורה NV בצילום: פתיחה קלה של מרווח ליספרנק, ללא סימני פריקה.

ביקורת אורתופדי ב11.11.2021 מרגישה טוב כף רגל ללא נפיחות או דפורמציה נושאת משקל ללא המגף, שמורה NV בצילום סימני חיבור, עמדה מתקבלת, ללא סימנים לפגיעת ליספרנק.

בביקור בתאריך 19/12/2021 בשעה 12:50:56 מגבת שיפור בכאבים אך עדיין כאבים בעיקר בהליכה. נבדקה היום על ידי אותרופד אשר המליץ על צילומי רנטגן של שני כפות הידיים וקסול הימין. תואר לפיזיותרפיה חודש הבא. כאבים מאוזנים עם אופטלגין ואדויל. רדימות יתר עם רוקצט פלוס.

טרם חזרה לתפקוד מלא. עובדת בבר. הייתה עובדת 4 פעמים בשבוע, עכשיו מסוגלת לעבוד רק פעמיים. מתארת חרדות מאז התאונה. טרם התחילה לורבן או לשיאה. ממשיכה פרוזק 20 מ"ג.

עדיין כאבים בגולגולת אחורי מימין איפה שנחבלה בתאונה. ללא בחילות או הקאות.
סיטי מוח במיין לאחר התאונה - תפחית תת עורית פריאטלית מימין.
ללא דמם תוך גולגלתי, שבר, סימני לחץ, או תהליך מוקדי חד

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: קרקפת- יש נפיחות קטנה עם רגישות במקום אך ללא ממצאים בולטים לעין בקרקפת
אחורי מימין.
GCS 15
ללא חוסרים נוירולוגים קרניאלים. כוח גס שמור דו"צ.
הליכה תקינה.
אצבע אף ורומברגס תקינים. ללא PRONATOR DRIFT.

דיון ואבחנה מبدלת: הומלץ המשך ברור לפי המצלצות האורתופד. הומלץ לנסות אופטלין במקום אדויל.
יעוץ רופא תעסוקה.
הומלץ לנסות לשיאה/לורבין בינתיים יחד עם פרודק.
לגבי הכאבים בקרקפת- ללא שבר או דימום תוך גולגולתי לפי הסיטי אך כן נצפתה
תפיחות באיזור שמציין.
אין חוסר נוירולוגי. מעקב.
בקשה לMRI ויעוץ נוירולוג אם אין שיפור.

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
2nd		Rt	FRACTURE METATARSAL(S) CLOSED
	Rt	Sus	FRACTURE OF FIBULA
post trauma			HEADACHE

הערות	בדיקות/הפניות
בתוקף עד - 17/06/2022	התייעצות מומחה: רפואה תעסוקתית
בתוקף עד - 17/06/2022 נשלחה לאישור מרכז ארצי לדימום	מרכז ארצי לדימום - M.R.I: MRI מוח+עצמות הפנים
בתוקף עד - 17/06/2022	התייעצות מומחה: נוירולוגיה

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 1862902

10/01/2022 14:38:15

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 26 מספר ביקור: 00191382316

שם רופא/ה: דר גיימס ווטסון תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

☒ ביקור ללא נוכחות המטופל

מקור המידע	פירוט
העברת טפסים באופן יזום לאתר המטופל	14:39:00 10/01/2022 בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל. בברכה

סיבת הפניה: התכתבות- מרשם ללורבין

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			PRESCRIPTION REQUEST



דר גיימס ווטסון

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

טלפון: 03-5122122

פקס: 03-5122240

כתובת: התקומה 36, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 346276199

שם פרטי: אמנדה לי

שם משפחה: באואר

טל.עבודה/נייד: 0537914803

0537914803

טלפון:

מין: נ

21/12/1995

ת.לידה:



0346276199

מיקוד 6608528

שטרן אברהם (י 5/5), תל אביב - יפו

כתובת:

תמצית הביקור מתאריך 07/12/2021 בשעה 23:25

תאריך הביקור: 07/12/2021

הערות	מקור המידע
בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל. בברכה	העברת טפסים באופן יזום לאתר המטופל

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

הפניות, אשורים ודפי מידע

סוג	שם/תיאור	מתאריך	עד תאריך
הפניה	התייעצות מומחה: אורתופדיה		
הפניה	מכון רנטגן: כף רגל ימין 2 צילומים (אלכסון + AP), ברך ימין 2 צילומים (AP) (+LAT) בשכיבה		
הפניה	התייעצות מומחה: פיזיותרפיה		



001876834191

פרטי רופא

מס ביקור



000185936727

שם רופא:

דר גיימס ווטסון

מומחיות:

מומחה ברפואת המשפחה

טלפון:

03-5122122

פקס:

03-5122240

פרטי מטופל

ת"ז



0346276199

שם מטופל:

באור אמנדא לי

ת"ז:

346276199

גיל:

25 שנים ו- 11 חודשים

טלפון:

0537914803 ,0537914803

רשימת תרופות שהופק להן מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 21/11/2021 (דף זה אינו מרשם)

שם תרופה	אופן שימוש הנחיות	משך טיפול	בוקר	צהריים	ערב	לפני שינה	בתוקף לרכישה	מידע מנהלי
* ידוע לי שמורשה הרקוח/ת לנפק חלופה גנרית שאושרה ע"י הקופה אלא אם הרופא ציין אחרת. ** ההשתתפות העצמית תקבע בבית המרקחת על פי תוכנית הגבייה המאושרת לקופה ועל פי הנהלים שבתוקף ביום הניפוק. חובה להציג כרטיס מגנטי בבית המרקחת או רשימת תרופות בביקור. לידיעתך מרשם המופק עם חתימה דיגיטלית ינופק בבית המרקחת רק אם הוא מופיע במאגר המרשמים הממוחשב. במקרה של כשל תקשורת לא ניתן לנפק את התרופות. רשומה זו אינה תחליף למרשם רפואי. תרופות שדורשות מרשם נייר אינן מוצגות בדף זה ולצורך קבלתם יש להגיע עם המרשם המקורי.								
lorazepam 1 mg tab. LORIVAN	1 טבלית 1 פעם ביום 20 ימים					1 טבלית	21/11/2021-05/12/2021	השתתפות עצמית: 15 % ** כמות לניפוק: 20 TAB





098479

קוד הפניה: 249220754

טלפון: 03-5122122

פקס: 03-5122240

כתובת: התקומה 36, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 346276199

שם פרטי: אמנדה לי

שם משפחה: באואר

טל.עבודה/נייד: 0537914803

0537914803

טלפון:

מין: נ

ת.לידה: 21/12/1995



0346276199

מיקוד 6608528

שטרן אברהם (י 5/5), תל אביב - יפו

כתובת:

התייעצות מומחה

- במכבי

רפואה תעסוקתית

תחום שירות:

סוג הייעוץ: רגיל

תלונות: בביקור בתאריך 07/12/2021 בשעה 23:25:10

פנתה למיון ב-05.10 לאחר כי נדרסה מרכב בזמן רכיבת אופניים.
בבדיקתה במלר"ד רגישות ניכרת במישוש האספקט הדורסלי של כף רגל ימין
בבדיקת אורתופד רגישות מקסימלית מעל בסיס מסרק, 2 רגישות בנוסף מעל ראש הפיבולה מימין.
קובעה בסד גבס אחורי.
צילום שבר בסיס מסרק 2 ללא תזוזה. ספק הרחבה של הליספרנק.
CT כף רגל ללא פתיחה של מפרק ליספרנק. ספק קו שבר עדין בראש הפיבולה מימין ללא תזוזה.
CT מח ללא דמם תוך גולגלתי, שבר, סימני לחץ, או תהליך מוקדי חד

ביקורת אורתופדי ב-10.21 נמצאת במגף פלסטיק
החלה לדרוך על הרגל לפני כ-54 ימים, נעזרת בקביים
בבדיקה:
רגישות קלה ראש פיבולה
ללא נפיחות, תפליט או הגבלת תנועה בברך.
רגישות בסיס מסרק 2
שמורה NV
בצילום: פתיחה קלה של מרווח ליספרנק, ללא סימני פריקה.

ביקורת אורתופדי ב-11.11.2021
מרגישה טוב
כף רגל ללא נפיחות או דפורמציה
נושאת משקל ללא המגף, שמורה NV
בצילום סימני חיבור, עמדה מתקבלת, ללא סימנים לפגיעת ליספרנק.

בביקור בתאריך 19/12/2021 בשעה 12:50:56
מגבת שיפור בכאבים אך עדיין כאבים בעיקר בהליכה.
נבדקה היום על ידי אותרופד אשר המליץ על צילומי רנטגן של שני כפות הידיים וקסול הימין.
תור לפיזיותרפיה חודש הבא.

טרם חזרה לתפקוד מלא. עובדת בבר. הייתה עובדת 4 פעמים בשבוע, עכשיו מסוגלת לעבוד רק פעמיים.

ממצאים: בביקור בתאריך 19/12/2021 בשעה 12:50:56

אבחנה:

• FRACTURE METATARSal(S) CLOSED Right
2nd

תאריך: 19/12/2021

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



098479

קוד הפניה: 249220754

טלפון: 03-5122122

פקס: 03-5122240

כתובת: התקומה 36, תל אביב - יפו

דר גיימס ווטסון

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 346276199

שם פרטי: אמנדה לי

שם משפחה: באואר

טל.עבודה/נייד: 0537914803

0537914803

טלפון:

מין: נ

21/12/1995

ת.לידה:

מיקוד 6608528

שטרן אברהם (י 5/5), תל אביב - יפו

כתובת:



0346276199

התייעצות מומחה

• FRACTURE OF FIBULA Suspected Right

מעש/ת : כן

MONTELUKAST-TRIMA 10MG X 28 1X1X28
PROZAC 20MG X 56 1X1X90

תרופות קבועות:

מטרת ההפניה: הערכה

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

19/12/2021

חתימה וחותמת הרופא

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

תאריך

אם הנך פונה לרופא פרטי, מומלץ לבדוק מראש האם הרופא נכלל ברשימת רופאי מכבי זהב/ מכבי שלי

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 19/12/2021 עד תאריך - 17/06/2022



תרופות	מינון	Rp <Days>	אופן השימוש
LORIVAN 1MG X 20	1 tab X 1 -1 op	1 <20>	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (לפני שינה 1 טבליה) לתקופה של 20 ימים.

מוזמן למעקב:

על פי צורך

! 1862902

12/01/2022 07:43:34

ביקור משפחה/ילדים

גיל: 26 מספר ביקור: 00191624944

שם רופא/ה: דר גיימס ווטסון תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

ביקור ללא נוכחות המטופל

סיבת הפניה:

בביקור בתאריך 07/12/2021 בשעה 23:25:10 פנתה למיון ב-05.10 לאחר כי נדרסה מרכב בזמן רכיבת אופניים. בבדיקתה במלר"ד רגישות ניכרת במישוש האספקט הדורסלי של כף רגל ימין בבדיקת אורתופד רגישות מקסימלית מעל בסיס מסרק, רגישות בנוסף מעל ראש הפיבולה מימין. קובעה בסד גבס אחורי. צילום שבר בסיס מסרק 2 ללא תזוזה. ספק הרחבה של הליספרנק. CT כף רגל ללא פתיחה של מפרק ליספרנק. ספק קו שבר עדין בראש הפיבולה מימין ללא תזוזה. CT מלל דמם תוך גולגלתי, שבר, סימני לחץ, או תהליך מוקדי חד ביקורת אורתופדי ב-10.21 נמצאת במגף פלסטיק החלה לדרוך על הרגל לפני כ-54 ימים, נעזרת בקביים בבדיקה: רגישות קלה ראש פיבולה ללא נפיחות, תפליט או הגבלת תנועה בברך. רגישות בסיס מסרק 2 שמורה NV בצילום: פתיחה קלה של מרווח ליספרנק, ללא סימני פריקה.

ביקורת אורתופדי ב-11.11.2021 מרגישה טוב כף רגל ללא נפיחות או דפורמציה נושאת משקל ללא המגף, שמורה NV בצילום סימני חיבור, עמדה מתקבלת, ללא סימנים לפגיעת ליספרנק.

בביקור בתאריך 19/12/2021 בשעה 12:50:56 מגבת שיפור בכאבים אך עדיין כאבים בעיקר בהליכה. נבדקה היום על ידי אותרופד אשר המליץ על צילומי רנטגן של שני כפות הידיים וקסול הימין. תואר לפיזיותרפיה חודש הבא. כאבים מאוזנים עם אופטלגין ואדויל. רדימות יתר עם רוקצט פלוס. --- טרם חזרה לתפקוד מלא. עובדת בבר. הייתה עובדת 4 פעמים בשבוע, עכשיו מסוגלת לעבוד רק פעמיים. מתארת חרדות מאז התאונה. טרם התחילה לורבן או לשיאה. ממשיכה פרוזק 20 מ"ג. ---

עדיין כאבים בגולגולת אחורי מימין איפה שנחבלה בתאונה. ללא בחילות או הקאות. סיטי מוח במיון לאחר התאונה - תפ[חית תת עורית פריאטלית מימין. ללא דמם תוך גולגלתי, שבר, סימני לחץ, או תהליך מוקדי חד

בביקור בתאריך 12/01/2022 בשעה 07:43:34
בקשה לMRI ראש נדחתה. יש עדיין נפיחות מקומית בגולגולת עם כאבים. ללא שבר בסיטי
במיון.
יעוץ נירוכירורג וירטואלי.

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

ממצאי הבדיקה: קרקפת- יש נפיחות קטנה עם רגישות במקום אך ללא ממצאים בולטים לעין בקרקפת
אחורי מימין.
GCS 15
ללא חוסרים נירולוגים קרניאליים. כוח גס שמור דו"צ.
הליכה תקינה.
אצבע אף ורומברגס תקינים. ללא PRONATOR DRIFT.

בביקור בתאריך 12/01/2022 בשעה 07:43:34

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
2nd		Rt	FRACTURE METATARSAL(S) CLOSED
	Rt	Sus	FRACTURE OF FIBULA
post trauma			HEADACHE

הערות	בדיקות/הפניות
בתוקף עד - 11/07/2022	יעוץ נירוכירורגיה (וירטואלי)

! 1862902

20/02/2022 14:39:40

ביקור משפחה/ילדים



גיל: 26.1 מספר ביקור: 00196557353

שם רופא/ה: דר גיימס ווטסון תחום הטיפול: משפחה, פנימית וכללית

מקור המידע	פירוט
בקשות מהאתר - בקשת המטופל	תאריך + שעת הזמנה : 18:00:27 19/02/2022 טל: 053-7914803 שאלה כללית: Hi, can you please write me a prescription for more prozac please? Thanks
בקשות מהאתר - מענה הרופא	14:40:07 20/02/2022 הטפסים הופקו לבקשתך. בברכה

סיבת הפניה: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...
קבלת מרשמים כרוניים ...

גורם משלם: 42 וירטואלי מרשמים

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			ELECTRONIC PRESCRIPTION

אופן השימוש	Rp <Days>	מינון	תרופות
לבליעה 1 כמוסה 1 פעם ביום, (בוקר 1 כמוסה) לתקופה של 90 ימים.	1 <90>	1 cap X 1 -2 op	PROZAC 20MG X 56
לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 28 ימים.	3 <28>	1 tab X 1 -1 op	MONTELUKAST-TRIMA 10MG X 28



098479

קוד הפניה: 249224481

טלפון: 03-5122122

פקס: 03-5122240

כתובת: התקומה 36, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 346276199

שם פרטי: אמנדה לי

שם משפחה: באואר

טל.עבודה/נייד: 0537914803

0537914803

טלפון:

מ.י.נ:

21/12/1995

ת.לידה:



0346276199

מיקוד 6608528

שטרן אברהם (י 5/5), תל אביב - יפו

כתובת:

התייעצות מומחה

- במכבי

ניירולוגיה

תחום שירות:**סוג הייעוץ: רגיל****תלונות:** בביקור בתאריך 07/12/2021 בשעה 23:25:10

פנתה למיון ב-05.10 לאחר כי נדרסה מרכב בזמן רכיבת אופניים.
בבדיקתה במלר"ד רגישות ניכרת במישוש האספקט הדורסלי של כף רגל ימין
בבדיקת אורתופד רגישות מקסימלית מעל בסיס מסרק, 2 רגישות בנוסף מעל ראש הפיבולה מימין.
קובעה בסד גבס אחורי.

צילום שבר בסיס מסרק 2 ללא תזוזה. ספק הרחבה של הליספרנק.
CT כף רגל ללא פתיחה של מפרק ליספרנק. ספק קו שבר עדין בראש הפיבולה מימין ללא תזוזה.
CT מח - תפיחות תת עורית פריאטלית מימין.

ללא דמם תוך גולגלתי, שבר, סימני לחץ, או תהליך מוקדי חד
ללא דמם תוך גולגלתי, שבר, סימני לחץ, או תהליך מוקדי חד

עדיין כאבים בגולגולת אחורי מימין איפה שנחבלה בתאונה. ללא בחילות או הקאות.

ממצאים: קרקפת- יש נפיחות קטנה עם רגישות במקום אך ללא ממצאים בולטים לעין בקרקפת אחורי מימין.
GCS 15

ללא חוסרים ניירולוגים קרניאלים. כוח גס שמור דו"צ.
הליכה תקינה.

אצבע אף ורומברגס תקינים. ללא PRONATOR DRIFT.

דיון ואבחנה מבדלת: כאבים בקרקפת- ללא שבר או דימום תוך גולגולתי לפי הסיטי אך כן נצפתה תפיחות באיזור שמציינת.
אין חוסר ניירולוגי. מעקב.
בקשה ל-MRI ויעוץ ניירולוג אם אין שיפור.

אבחנה:

- FRACTURE METATARSal(S) CLOSED Right 2nd
- FRACTURE OF FIBULA Suspected Right
- HEADACHE post trauma

מעש/ת : כן**תרופות קבועות:**

MONTELUKAST-TRIMA 10MG X 28 1X1X28
PROZAC 20MG X 56 1X1X90

מטרת ההפניה:



098479

קוד הפניה: 249224481

טלפון: 03-5122122

פקס: 03-5122240

כתובת: התקומה 36, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 346276199

שם פרטי: אמנדה לי

שם משפחה: באואר

טל.עבודה/נייד: 0537914803

0537914803

טלפון:

מין: נ

21/12/1995

ת.לידה:



0346276199

מיקוד 6608528

שטרן אברהם (י 5/5), תל אביב - יפו

כתובת:

התייעצות מומחה

הערכה

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

19/12/2021

חתימה וחותמת הרופא

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

תאריך

אם הנך פונה לרופא פרטי, מומלץ לבדוק מראש האם הרופא נכלל ברשימת רופאי מכבי זהב/ מכבי שלי

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 19/12/2021 עד תאריך - 17/06/2022





035600

קוד הפניה: 249154855

טלפון: 03-6227222

פקס: 076-8893264

כתובת: צבי הרלינג 5, בני ברק

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 346276199

שם פרטי: אמנדה לי

שם משפחה: באואר

טל.עבודה/נייד: 0537914803

0537914803

טלפון:

מין: נ

ת.לידה: 21/12/1995



0346276199

מיקוד 6608528

שטרן אברהם (י 5/5), תל אביב - יפו

כתובת:

מכון פיזיותרפיה

תלונות: בביקור בתאריך 13/10/2021 בשעה 19:16:33

תאונת דרכים כרוכתת קורקינט לפני שבוע נבדקה בב"ח איכילוב אובחן שבר פיבולה לטיפול שמרני
פנתה כעת לצילום ביקורת
רגישות פיבולה פרוקסמלית ומסרק 1
הנעה חופשית של קרסול
סקוויז שלילי
מניעה אצבעות שמורה NV דיסטלית
מתהלכת עם מגף

בביקור בתאריך 19/12/2021 בשעה 09:30:54

הפניה לייעוץ מתאריך: 07/12/2021

רופא מפנה: דר גיימס ווטסון התמחות: משפחה

מטרת הפניה: הערכה

אבחנות: FRACTURE METATARSAL(S) CLOSED Right •

2nd

FRACTURE OF FIBULA Suspected Right •

תלונות: פנתה למיון ב05.10 לאחר כי נדרסה מרכב בזמן רכיבת אופניים.

בבדיקה במל"ד רגישות ניכרת במישוש האספקט הדורסלי של כף רגל ימין

בבדיקת אורתופד רגישות מקסימלית מעל בסיס מסרק, 2 רגישות בנוסף מעל ראש הפיבולה מימין.

קובעה בסד גבס אחורי.

צילום שבר בסיס מסרק 2 ללא תזוזה. ספק הרחבה של הליספרנק.

CT כף רגל ללא פתיחה של מפרק ליספרנק. ספק קו שבר עדין בראש הפיבולה מימין ללא תזוזה.

CT מח ללא דמם תוך גולגולתי, שבר, סימני לחץ, או תהליך מוקדי חד

ביקורת אורתופדי ב10.21 נמצאת במגף פלסטיק

החלה לדרוך על הרגל לפני כ 54 ימים, נעזרת בקביים

בבדיקה:

רגישות קלה ראש פיבולה

ללא נפיחות, תפליט או הגבלת תנועה בברך.

רגישות בסיס מסרק 2

שמורה NV

בצילום: פתיחה קלה של מרווח ליספרנק, ללא סימני פריקה.

ביקורת אורתופדי ב11.11.2021

מרגישה טוב

כף רגל ללא נפיחות או דפורמציה

נושאת משקל ללא המגף, שמורה NV

ממצאים: בביקור בתאריך 13/10/2021 בשעה 19:16:33

שבר בסיס מסרק 2 ללא תזוזה

בביקור בתאריך 19/12/2021 בשעה 09:30:54

כאבים במשוש מעל בסיס מסרק 1-2 כף רגל יין

מומלץ: צילום ביקורת, פיזיו, טיפול מקוי, מעקב

• FRACTURE ANKLE LATERAL MALLEOLUS CLOSED Right

• FRACTURE METATARSAL(S) CLOSED Right

FR BASE OF METATRSAL 2 RT FOOT

אבחנה:



035600

קוד הפניה: 249154855

טלפון: 03-6227222

פקס: 076-8893264

כתובת: צבי הרלינג 5, בני ברק

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 346276199

שם פרטי: אמנדה לי

שם משפחה: באואר

טל.עבודה/נייד: 0537914803

0537914803

טלפון:

מין: נ

21/12/1995

ת.לידה:

מיקוד 6608528

שטרן אברהם (י 5/5), תל אביב - יפו

כתובת:



0346276199

מכון פיזיותרפיהMONTELUKAST-TRIMA 10MG X 28 1X1X28
PROZAC 20MG X 56 1X1X90

תרופות קבועות:

מעשנת : כן

סיבת ההפניה: טיפול בכאבים בכף רגל + טיפול בכאבים בקרסול + הפעלה הדרגתית

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 19/12/2021 עד תאריך - 17/06/2022

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

19/12/2021

חתימה וחותמת

תאריך

קביעת תור לטיפול ראשון -במוקד מכבי ללא הפסקה *3555. תורים לטיפול המשך ותור ראשון לטיפול בתחומים מיוחדים (לדוגמא- רצפת אגן, ניקוד לימפתי, טיפולי בית) יקבעו במכון הפיזיותרפיה. הטיפול כרוך בתשלום רבעוני, נא להגיע עם כרטיס מגנטי. במידה והינך משלם במזומן יש להסדיר את התשלום במזכירות הסניף טרם הגעה לטיפול.





דר גיימס ווטסון

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

טלפון: 03-5122122

פקס: 03-5122240

כתובת: התקומה 36, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 346276199

שם פרטי: אמנדה לי

שם משפחה: באואר

טל.עבודה/נייד: 0537914803

0537914803

טלפון:

מין: נ

21/12/1995

ת.לידה:



0346276199

מיקוד 6608528

שטרן אברהם (י 5/5), תל אביב - יפו

כתובת:

תמצית הביקור מתאריך 10/01/2022 בשעה 14:38

תאריך הביקור: 10/01/2022

מקור המידע	הערות
העברת טפסים באופן יזום לאתר המטופל	בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל. בברכה

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

תרופות שנרשמו בביקור:

שם התרופה	מינון והוראות מרשם	שמות החלופות
LORIVAN 1MG X 20	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (לפני שינה 1 טבליה) לתקופה של 20 ימים	* TAB. LORIVAN 1MG X 20 < 1 OP > [40516]

001913823161



פרטי רופא

מס ביקור

000191382316

שם רופא:

דר גיימס ווטסון

מומחיות:

מומחה ברפואת המשפחה

טלפון:

03-5122122

פקס:

03-5122240

פרטי מטופל

ת"ז

0346276199

שם מטופל:

באור אמנדא לי

ת"ז:

346276199

גיל 26 שנים

טלפון:

0537914803 ,0537914803

רשימת תרופות שהופק להו מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 10/01/2022 (דף זה אינו מרשם)

שם תרופה	אופן שימוש הנחיות	משך טיפול	בוקר	צהריים	ערב	לפני שינה	בתוקף לרכישה	מידע מנהלי
שם תרופה	אופן שימוש הנחיות	משך טיפול	בוקר	צהריים	ערב	לפני שינה	בתוקף לרכישה	מידע מנהלי
lorazepam 1 mg tab. LORIVAN*	לבלועה 1 טבליה 1 פעם ביום 20 ימים					1 טבליה	10/01/2022-24/01/2022	TAB 20 - כמות לניפוק: 15% השתתפות עצמית: **

* ידוע לי שמורשה הרקוח/ת לנפק חלופה גנרית שאושרה ע"י הקופה אלא אם הרופא ציין אחרת. ** ההשתתפות העצמית תקבע בבית המרקחת על פי תוכנית הגבייה המאושרת לקופה ועל פי הנהלים שבתוקף ביום הניפוק. חובה להציג כרטיס מגנטי בבית המרקחת או רשימת תרופות בביקור. לידעתך מרשם המופק עם חתימה דיגיטלית ינופק בבית המרקחת רק אם הוא מופיע במאגר המרשמים הממוחשב. במקרה של כשל תקשורת לא ניתן לנפק את התרופות. רשומה זו אינה תחליף למרשם רפואי. תרופות שדורשות מרשם נייר אינן מוצגות בדף זה ולצורך קבלתם יש להגיע עם המרשם המקורי.



פרטי רופא

מס ביקור



000196557353

פקס: 03-5122240

שם רופא:

דר גיימס ווטסון

מומחיות:

מומחה ברפואת המשפחה

טלפון:

03-5122122

פרטי מטופל

ת"ז



0346276199

שם מטופל: באואר אמנדה לי

ת"ז: 346276199

גיל: 26 שנים ו- 2 חודשים

טלפון: 0537914803 ,0537914803

רשימת תרופות שהופק לה מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 20/02/2022 (דף זה אינו מרשם)

שם תרופה	אופן שימוש הנחיות	משך טיפול	בוקר	צהריים	ערב	לפני שינה	בתוקף לרכישה	מידע מנהלי
שם תרופה	אופן שימוש הנחיות	משך טיפול	בוקר	צהריים	ערב	לפני שינה	בתוקף לרכישה	מידע מנהלי
cap. fluoxetine hcl 20 mg * PRIZMA, FLUOXETINE, FLUTINE, PROZAC	לבליעה 1 כמסה 1 פעם ביום מתמשך	משך טיפול	1 כמסה				20/02/2022-11/05/2022 ** השתתפות עצמית: 10 %	cap 90 כמות לניפוק: 90
tab. montelukast sodium 10 mg * MONTELUKAST-TRIMA, SINGULAIR	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום מתמשך	משך טיפול	1 טבליה				20/02/2022-12/03/2022 ** 13/03/2022-11/04/2022 12/04/2022-11/05/2022	tab 28 כמות לניפוק: 28

* ידוע לי שמורשה הרוקח/ת לנפק חלופה גנרית שאושרה ע"י הקופה אלא אם הרופא ציין אחרת. ** ההשתתפות העצמית תקבע בבית המרקחת על פי תוכנית הגבייה המאושרת לקופה ועל פי הנהלים שבתוקף ביום הניפוק. חובה להציג כרטיס מגנטי בבית המרקחת או רשימת תרופות בביקור. לידעתך מרשם המופק עם חתימה דיגיטלית ינופק בבית המרקחת רק אם הוא מופיע במאגר המרשמים הממוחשב. במקרה של כשל תקשורת לא ניתן לנפק את התרופות. רשומה זו אינה תחליף למרשם רפואי. תרופות שדורשות מרשם נייר אינן מוצגות בדף זה ולצורך קבלתם יש להגיע עם המרשם המקורי.





טלפון: 03-5122122

פקס: 03-5122240

כתובת: התקומה 36, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:	שם משפחה: באואר	שם פרטי: אמנדה לי	ת.ז.: 346276199
ת.לידה: 21/12/1995	מ.י.נ: 0537914803	טלפון: 0537914803	טל.עבודה/נייד: 0537914803
כתובת: שטרן אברהם (יאי 5/5), תל אביב - יפו	מיקוד: 6608528		

אישור רפואי

לחץ דם: 110 / 80

תלונות:

לאחר דריסה על ידי רכב בזמן נסיעה בקורקינט ב 05.10.21 עם חבלת ראש ואיבוד הכרה קצר ושבר MT 2 בכף רגל ימין.

ב CT ראש במיון - תפחית תת עורית פריאטלית מימין.

ללא דמם תוך גולגלתי, שבר, סימני לחץ, או תהליך מוקדי חד ללא דמם תוך גולגלתי, שבר, סימני לחץ, או תהליך מוקדי חד

אבחנה:

- HEAD INJURY
- FRACTURE METATARSal(S) CLOSED Right

הנתונים אשר באישור זה מבוססים על הרישומים שבכרטיס הרפואי, על שמו של הנ"ל במרפאה. רישומים אלה בחלקם מידע שנמסר לרופא המטפל על ידי החולה ובחלקן תוצאות של בדיקות שנעשו על ידי רופאים. קופת חולים, רופאיה ועובדיה האחרים אינם אחראים לאמיתות העובדות שנרשמו לפנינו / או מפי הוריו או אפוטרופוסיו של הנער. ה שכליו ניתן האישור הזה לפני או בעת הגשת הטיפול הרפואי, או הבדיקה הרפואית ע"י הרופא. כן אין הם אחראים אם ביקור או טיפול או בדיקה מסויימת לא מצאו את ביטויים ברישומים שבכרטיס הרפואי הנ"ל.

ד-62786 ל"ג
מ.ר. גורם מפנה
מ.ר. גורם מפנה

24/04/2022

חתימה וחותמת הרופא

תאריך





0328791272



098479

קוד הפניה: 268460986

טלפון: 03-5122122

פקס: 03-5122240

כתובת: התקומה 36, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 346276199

שם פרטי: אמנדה לי

שם משפחה: באואר

טל.עבודה/נייד: 0537914803

0537914803

טלפון:

מין: נ

21/12/1995

ת.לידה:



0346276199

מיקוד 6608528

שטרן אברהם (יא 5/5, תל אביב - יפו)

כתובת:

מכון רנטגן

הריון: לא ידוע

קוד	הבדיקה הדרושה
3620	כף רגל ימין 2 צילומים (אלכסון + AP)

שאלה למבצע הבדיקה: מקעב לאחשר שבר MT 2

דחיפות הפענוח: רגיל

תלונות: לאחר דריסה מאופניים ב ב 05.10.21 עם חבלת ראש ושבר MT 2 בכף רגל ימין.
בעבר לפני מספר שנים שברה MT 5 מימין.

עדיין סובלת מכאבים באיזור בכף רגל ימין. היום חוזרת לפיזיותרפיה.

אבחנה:



- HAY FEVER & ALLERGIC RHINITIS
- FRACTURE METATARSal(S) CLOSED Right

מ.ר גיימס ווטסון
מ.ר גיימס ווטסון
מ.ר גיימס ווטסון

מעשנת: כן

24/04/2022

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 24/04/2022 עד תאריך - 21/10/2022

מידע ניתן לקבל במדריך השירותים האינטרנטי של מכבי:

www.maccabi4u.co.il

פרטי סדרה

מס' סדרה: 1 מס' ביקור: 3
שם פזיותרפיסט: רגב דקלה
סיבת הפנייה: כללית/אורטופדיה
גורם משלם: 1 ביקור רגיל
הפנית רופא מכבי
גורם מפנה: ד"ר קוזנצוב איגור
תאריך ההפניה: 19/12/2021
תחילת הטיפול: 02/01/2022 תאריך עדכון: 31/01/2022
שם מכון: יפו מכון פיזיותרפיה
מצב הסדרה: פתוחה
התמחות: אורתופדיה

אבחנת רופא:

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
FRACTURE ANKLE LATERAL MALLEOLUS CLOSED			
FRACTURE METATARSal(S) CLOSED			

אבחנת פיזיותרפיסט:

אבחנה מובילה	תאריך	אבחנת פיזיותרפיסט
כן	02/01/2022	FRACTURE OF TIBIA AND FIBULA

מס' ביקורים שבוצעו: 3 מס' טיפולים שבוצעו: 7

פרטי ביקור

שם המכון: יפו מכון פיזיותרפיה

מס' ביקור: 1
שם פיזיותרפיסט: רגב דקלה
סוג הביקור: 81 ביקור רגיל
תאריך ביצוע: 02/01/2022
גורם משלם: 1 ביקור רגיל

יעדי פיזיותרפיה:

מטרות	תאריך יעד	סטטוס	תאריך עדכון סטטוס	שם מטפל	סוג טיפול	תאריך יצירה
המטופלת תלך מרחקים ארוכים ללא קושי תוך חודש וחצי			02/01/2022	רגב דקלה	בדיקה אורטופדית	02/01/2022
עמידה ממושכת ללא קושי תוך חודש			02/01/2022	רגב דקלה	בדיקה אורטופדית	02/01/2022
חזרה ליוגה תוך חודש.			02/01/2022	רגב דקלה	בדיקה אורטופדית	02/01/2022

ציון תפקודי FHS : 50

רמת כאב (בטווח של 0 עד 10): 4

פחד מחזרה לפעילות גופנית - Physical Fear Avoidance (בטווח של 0 עד 100): 70

טיפול נוכחי

טיפול	איזור	דקות טיפול	תאור/תגובה/הערות	ד	פרטי טיפול
EVALUATION INITIAL	קיסול + כף רגל	30		!	
EVALUATION TREATMENT TREATY	קיסול + כף רגל	5		!	
EDU SELF EXERCISE	קיסול + כף רגל	5	5 תרגילי לשיפור טווח DF בעמידה, עלייה על שתי האצבעות ירידה על ימין ותרגול שיווי משקל	!	EDU EXERCISE SHEET W/O DIARY
ביקור רגיל				!	

! 2319103



פרטי סדרה

מס' סדרה: 1 מס' ביקור: 3 תחילת הטיפול: 02/01/2022 תאריך עדכון: 31/01/2022
שם פיזיותרפיסט: רגב דקלה שם מכון: יפו מכון פיזיותרפיה
סיבת הפנייה: כללית/ אורטופדית גורם משלם: 1 ביקור רגיל
הפנית רופא מכבי גורם מפנה: ד"ר קוזנצוב איגור תאריך ההפנייה: 19/12/2021
התמחות: אורתופדיה מצב הסדרה: פתוחה

אבחנת רופא:

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			FRACTURE ANKLE LATERAL MALLEOLUS CLOSED
			FRACTURE METATARSAL(S) CLOSED

אבחנת פיזיותרפיסט:

אבחנה מובילה	תאריך	אבחנת פיזיותרפיסט
כן	02/01/2022	FRACTURE OF TIBIA AND FIBULA

מס' ביקורים שבוצעו: 3 מס' טיפולים שבוצעו: 7

פרטי ביקור

מס' ביקור: 2

שם המכון: יפו מכון פיזיותרפיה

שם פיזיותרפיסט: רגב דקלה

סוג הביקור: 81 ביקור רגיל

תאריך ביצוע: 09/01/2022

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

יעדי פיזיותרפיה:

מטרות	תאריך יעד	סטטוס	תאריך עדכון סטטוס	שם מטפל	סוג טיפול	תאריך יצירה
המטופלת תלך מרחקים ארוכים ללא קושי תוך חודש וחצי			02/01/2022	רגב דקלה	בדיקה אורטופדית	02/01/2022
עמידה ממושכת ללא קושי תוך חודש			02/01/2022	רגב דקלה	בדיקה אורטופדית	02/01/2022
חזרה ליוגה תוך חודש.			02/01/2022	רגב דקלה	בדיקה אורטופדית	02/01/2022

טיפול קודם:

טיפול	איזור	דקות טיפול	תאור/תגובה/הערות	ד	פרטי טיפול
EVALUATION INITIAL	קרטול + כף רגל	30		!	
EVALUATION TREATMENT TREATY	קרטול + כף רגל	5		!	
EDU SELF EXERCISE	קרטול + כף רגל	5	תרגיל לשיפור טווח DF בעמידה, עלייה על שתי האצבעות ירידה על ימין ותרגול שיווי משקל	!	EDU EXERCISE SHEET W/O DIARY
ביקור רגיל				!	

טיפול נוכחי

טיפול	איזור	דקות טיפול	תאור/תגובה/הערות	ד	פרטי טיפול
THERAPEUTIC EXERCISE	קרטול + כף רגל	25	תרגיל לשיפור טווח DF בעמידה, עלייה על שתי האצבעות ירידה על ימין ותרגול שיווי משקל	!	STABILIZATION EXERCISE
EDU SELF EXERCISE	קרטול + כף רגל	5 כנ"ל		!	EDU EXERCISE SHEET W/O DIARY
ביקור רגיל					

! 2319103





טלפון: 03-5122122

פקס: 073-2284240

כתובת: התקומה 36, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:		שם משפחה: באואר		שם פרטי: אמנדה לי		ת.ז.: 346276199	
ת.לידה: 21/12/1995		מין: נ		טלפון: 0537914803		טל.עבודה/נייד: 0537914803	
כתובת: שטרן אברהם (יא' 5/5), תל אביב - יפו		מיקוד: 6608528					

גליון סדרה

סדרת טיפולים

תחילת הטיפול: 02/01/2022

גיל: 26

מס' ביקור: 4

מס' סדרה: 1

תאריך עדכון: 24/04/2022

תאריך פתיחת הסדרה: 02/01/2022

שם מכון: יפו מכון פיזיותרפיה

רגב דקלה

כללית/ אורטופדיה

סיבת הפנייה:

מצב הסדרה: פתוחה

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

התמחות: אורתופדיה

גורם מפנה: ד"ר קוזנצוב איגור

תאריך ההפנייה: 19/12/2021

אבחנות רופא:

FRACTURE ANKLE LATERAL MALLEOLUS CLOSED •
FRACTURE METATARSal(S) CLOSED •

תאריך עדכון הציון: 02/01/2022

ציון תפקודי מנובא: 72

ציון תפקודי FHS: 50

אבחנת פיזיותרפיסט

אבחנה מובילה	תאריך	אבחנת פיזיותרפיסט
כן	02/01/2022	FRACTURE OF TIBIA AND FIBULA

מס' ביקורים שבוצעו: 4

מס' טיפולים שבוצעו: 9

סיכום: ביקור מתאריך: 24/04/2022

טיפול:

THERAPEUTIC EXERCISE קרסול + כף רגל 25

EDU SELF EXERCISE קרסול + כף רגל 5

ביקור רגיל

ביקור מתאריך: 31/01/2022

טיפול:

THERAPEUTIC EXERCISE קרסול + כף רגל 25

EDU SELF EXERCISE קרסול + כף רגל 5

ביקור רגיל

ביקור מתאריך: 09/01/2022

טיפול:

THERAPEUTIC EXERCISE קרסול + כף רגל 25

EDU SELF EXERCISE קרסול + כף רגל 5

ביקור רגיל

אני מניחה/מניח כי
הטיפול מתבצע כהלכה
ועל-פי המידע
המסופק לי, אין צורך
בטיפול נוסף.



טלפון: 03-5122122

פקס: 073-2284240

כתובת: התקומה 36, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 346276199

שם פרטי: אמנדה לי

שם משפחה: באואר

טל.עבודה/נייד: 0537914803

0537914803

טלפון:

מין: נ

21/12/1995

ת.לידה:



מיקוד 6608528

שטרן אברהם (יא 5/5), תל אביב - יפו

כתובת:

0346276199

ביקור מתאריך: 02/01/2022

טיפולים:

EVALUATION INITIAL קרסול + כף רגל 30

EVALUATION TREATMENT TREATY קרסול + כף רגל 5

EDU SELF EXERCISE קרסול + כף רגל 5

ביקור רגיל



פרטי סדרה

מס' סדרה: 1 מס' ביקור: 3
 שם פזיזותרפיסט: רגב דקלה
 סיבת הפנייה: כללית/אורתופדית
 גורם משלם: 1 ביקור רגיל
 הפנית רופא מכבי
 גורם מפנה: ד"ר קוזנצוב איגור
 תאריך ההפניה: 19/12/2021
 תחילת הטיפול: 02/01/2022 תאריך עדכון: 31/01/2022
 שם מכון: יפו מכון פיזיותרפיה
 מצב הסדרה: פתוחה
 התמחות: אורתופדיה

אבחנת רופא:

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			FRACTURE ANKLE LATERAL MALLEOLUS CLOSED
			FRACTURE METATARSAL(S) CLOSED

אבחנת פיזיותרפיסט:

אבחנה מובילה	תאריך	אבחנת פיזיותרפיסט
כן	02/01/2022	FRACTURE OF TIBIA AND FIBULA

מס' ביקורים שבועו: 3 מס' טיפולים שבועו: 7

פרטי ביקור

מס' ביקור: 3
 שם פיזיותרפיסט: רגב דקלה
 סוג הביקור: 81 ביקור רגיל
 תאריך ביצוע: 31/01/2022
 גורם משלם: 1 ביקור רגיל
 שם המכון: יפו מכון פיזיותרפיה
 יעדי פיזיותרפיה:

מטרות	תאריך יעד	סטטוס	תאריך עדכון סטטוס	שם מטפל	סוג טיפול	תאריך יצירה
המטופלת תלך מרחקים ארוכים ללא קושי תוך חודש וחצי			02/01/2022	רגב דקלה	בדיקה אורתופדית	02/01/2022
עמידה ממושכת ללא קושי תוך חודש			02/01/2022	רגב דקלה	בדיקה אורתופדית	02/01/2022
חזרה ליוגה תוך חודש.			02/01/2022	רגב דקלה	בדיקה אורתופדית	02/01/2022

הערות טיפול קודם: עם הטבה. חזרה לתרגול יוגה.

טיפול קודם:

טיפול	איזור	דקות טיפול	תאור/תגובה/הערות	ד	פרטי טיפול
THERAPEUTIC EXERCISE	קיסול + כף רגל	25	תרגיל לשיפור טווח DF בעמידה, עלייה על שתי האצבעות ירידה על ימין ותרגול שיווי משקל	!	STABILIZATION EXERCISE
EDU SELF EXERCISE	קיסול + כף רגל	5 כ"ל		!	EDU EXERCISE SHEET W/O DIARY
ביקור רגיל					

טיפול נוכחי

פרטי טיפול	ד	תאור /תגובה /הערות	דקות טיפול	איזור	טיפול
STABILIZATION EXERCISE !		תרגיל לשיפור טווח DF בעמידה, עלייה על שתי האצבעות ירידה על ימין ותרגול שיווי משקל	25	קסול + כף רגל	THERAPEUTIC EXERCISE
EDU EXERCISE SHEET WO DIARY !		5 כנ"ל		קסול + כף רגל	EDU SELF EXERCISE
	!				ביקור רגיל

! 2319103



רישום ביקורים

00192145570

מספר ביקור:

26

גיל:

שם רופא/ה: דר' בנדט ארז

תחום הטיפול: אף אוזן וגרון

תלונות/סיבת הפניה: תאונת קורקינט-מכונית לפני כ-3 חודשים. חבלת ראש. CT במיון היה תקין מבקשת שאבדוק נפיחות בקרקפת. משום מה, לדבריה הופנתה לאא"ג ולא לנוירולוג. שאלתי ספציפית ואין תלונות של סחרחורת או טינטון

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

בדיקה גופנית: אוטוסקופיה במפ

אינני מתרשם מנפיחות חריגה. יש רגישות מקומית באזור פריאטו-אוקסיפיטלי מקומי.

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			HEADACHE AFTER HEAD TRAUMA

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

! 0286100



נספח 3 :

טופס 1 - מינוי מומחים

(עמודים 59 עד 59)



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

טופס 1

(תקנה 2)

בקשה למינוי מומחים רפואיים

ת.א. 22 /

בבית משפט השלום
בבתי

אמנדה באואר - נגד - הכשרה חברה לביטוח בע"מ

התובעת, אמנדה באואר, מבקשת למנות מומחים בנושא הנכות הרפואית שלה ובנושא דרכי שיקומה בתחום האורטופדי, בתחום הנוירולוגי, ובתחום הפסיכיאטרי לשם מתן חוות דעת.

התובעת מודיעה כי בעקבות תאונת הדרכים שבה נפגעה, טופלה במסגרת בית החולים איכילוב, בתל אביב, ובמסגרת קופת החולים מכבי.

העתקי סיכום מחלת התובעת מתוך תיק המוסד הרפואי שבו היא מטופלת מצורפים לכתב התביעה.

כן, צורפו לכתב התביעה מסמכים רפואיים שנערכו לצורך הטיפול הרפואי שניתן לתובעת ושיש בהם ראיה על הנכות שהיא טוענת לה.



אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ התובעת

נספח 4 :

נחתמו

(עמודים 61 עד 64)



י פ ו י כ ח

אני הח"מ, 346276799, מרחוב דרימ 100, 5,
 ת.ז. מסי' 346276799, מרחוב דרימ 100,
 ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או להיות באי כוחי במשפט של
 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 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 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 41 לחודש 7 שנה 22

חתימה: X [Signature]

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל
מס' רשיון: 52254
עורך-דין



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

תצהיר

טופס 2

(תקנה 2)

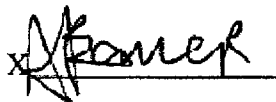
אני הח"מ סער סאדא בעל ת.ז. 346276999 התובע בתיק _____
בבית (ה) משפט ישראל ב ד"ר יט לאחר שהוזהרתי כי עלי להצהיר את האמת וכי
אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן, מצהיר/ה בזאת כדלקמן:

1. להלן רשימת מחלות שהיו לי ושחייבו את אשפוזי במוסד רפואי:

תאריך:	_____	המחלה:	_____	המוסד הרפואי:	_____
תאריך:	_____	המחלה:	_____	המוסד הרפואי:	_____
תאריך:	_____	המחלה:	_____	המוסד הרפואי:	_____

2. להלן פרטים על תאונות שהיו לי (פרט לתאונה נשוא התביעה):

תאריך:	<u>21</u>	הפגיעה:	<u>חלד י' י"ז</u>	המוסד הרפואי:	<u>קר</u>
תאריך:	_____	הפגיעה:	_____	המוסד הרפואי:	_____
תאריך:	_____	הפגיעה:	_____	המוסד הרפואי:	_____



חתימה

אישור

אני הח"מ עו"ד אריאל פרייברג, מרחוב אבא הלל 7, רמת גן מאשר בזה כי ביום 4.9.22 הופיע
בפני סער סאדא (המוכר/ת לי באופן אישי) שהודה/תה בתעודת זהות מס' 346276999 ולאחר
שהוזהרתי כי עליו להצהיר את האמת וכי אם לא יעשה כן יהא צפוי לעונשים הקבועים בחוק,
אישר את נכונות הצהרתו.


חתימת עורך הדין

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

<u>שם משפחה</u>	<u>שם פרטי</u>	<u>תעודת זהות</u>	<u>שם האב</u>
דא/כ/ר	ג' ג' ג'	346276199	
<u>רחוב</u>	<u>מס'</u>	<u>עיר</u>	<u>מיקוד</u>
160	5	ל' 776	
<u>טלפון</u>			

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי וא/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהן, עובדיהן וא/או מי מטעמן וא/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי וא/או לצבא הגנה לישראל וא/או למשרד הבטחון וא/או לכל עובד בתחום הסוציאלי וא/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 וא/או הסוציאלי וא/או מצבי בתחום הסיעודי וא/או השיקומי וא/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים וא/או כל רופא מרופאיהם וא/או כל עובד מעובדיהם וא/או כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים וא/או פסיכיאטריים וא/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי וא/או השיקומי וא/או הסוציאלי וא/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 וא/או למי מרופאיהם וא/או עובדיהם וא/או מי מטעמם וא/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 וא/או רופאיהם וא/או עובדיהם וא/או מי מטעמם וא/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: _____

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

במקרה של קטין: שם האם _____ ת.ז. _____ שם האב _____ ת.ז. _____

תאריך: _____ עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ ~~אוריאל פריינברג~~ חתימה: _____
(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס) **מס' רשיון: 62254**

ייפוי כח

הריני מייפה את כוחו של: _____ לקבל את המידע הרפואי המפורט לעיל

<u>תאריך</u>	<u>שם פרטי ושם משפחה</u>	<u>חתימה</u>
--------------	--------------------------	--------------