

ARIEL FREIBERG, ADV
IGAL RASKIN, ADV

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, 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

6.11.22

מ.ל.ב.

לכבוד
פרופ' משה סלעי
מרחוב י.ל. גורדון 11
תל אביב

פרופ' נכבד,

הנדון: ת.א. 11913-07-22 שרון חזן נ' הפניקס חברה לביטוח בע"מ
פגיעה מיום 6.10.21

1. כב' מונה בהסכמת הצדדים כמומחה רפואי בתחום האורתופדי לבדיקת מרשי, התובע, אשר נפגע בתאונה ביום 6.10.21, ולקביעת נכותו הנובעת מן התאונה.
2. רצ"ב לעיון כב' התייעוד רפואי הרפואי בנוגע למרשי.
3. בהתאם להסכמת הצדדים, בשכר טרחת כב' תישא הנתבעת.
4. אודה לכב' אם יודיעני מועד לבדיקת מרשי.
5. את חוות הדעת מתבקש כב' להמציא לבית המשפט ולשני הצדדים.


ברנד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד

העתק:

עו"ד קרן ליבר נתיב
הפניקס חברה לביטוח בע"מ
באמצעות פקס: 03-7337869

הופק ע"י מערכת תביעות פניקס	
תאריך: 26/10/2022	
מספר תביעה: 22/824/00921	

הסכם בדבר מינוי מומחה או מומחים לפי תקנות פיצויים לנפגעי תאונות דרכים (מומחים), התשמ"ז - 1986

בין "הפניקס" חברה לביטוח בע"מ ואבנר אגוד לביטוח נפגעי רכב בע"מ (להלן: "המבטח")
לבין: חזן שרון (להלן: "התובע/תים")

הואיל והתובע/תים נפגע בתאונת דרכים ביום 06/10/2021 והוא תובע עקב כך פיצויים מאת המבטח, והצדדים מעוניינים להסדיר בהסכם את עניין מינוי/ים של מומחה/ים רפואיים, והואיל והתובע/תים מצהיר/ה/ים כי לא נקבעה לו נכות על פי דין,

לפיכך הוסכם בין הצדדים כדלקמן:

- הצדדים מסכימים על מינוי המומחה הבא:
- בתחום אורתופדיה פרופ' סלעי משה
- הצדדים מצהירים כי הבדיקה הרפואית תיערך ע"י המומחה לא לפני יום _____ המומחה/ים יקבע/ו את נכותו הרפואית של התובע בהתאם לתוספת לתקנות הביטוח הלאומי (קביעת דרגת נכות לנפגע עבודה), תשט"ו - 1955, ויחווה דעתו בכל עניין רפואי השנוי במחלוקת בתחום מומחיותו בלבד.
- א. תוך 15 יום מהיום ימציא התובע/תים למומחה/ים ולמבטח:
1. הסכמה לויתור על זכותו לסודיות רפואית, ערוכה לפי טופס 1 בתוספת לתקנות פיצויים לנפגעי תאונות דרכים (מומחים), התשמ"ז 1986 (להלן "התקנות").
2. את כל המסמכים בדבר הטיפול הרפואי שניתן לו ובדבר הבדיקות שנבדק לצורך אותו טיפול, לרבות סיכומי מחלה, וכן כל מסמך רפואי הנוגע לעניינים השנויים במחלוקת שהועברו להכרעתו של מומחה. ב. המבטח רשאי להמציא למומחה/ים מסמכים תוך 45 יום מקבלתם כאמור בסעיף קטן א. (2) לעיל ובלבד שיעביר העתקים לתובע.
- התובע/תים יהיה חייב לעמוד בכל בדיקה, רפואית או אחרת, ולהמציא למומחה/ים כל מסמך שיידרש על ידי המומחה/ים; הצדדים לא יעבירו ולא ימסרו למומחה/ים כל חוות דעת רפואית.
- א. כל צד יהא רשאי לבקש מהמומחה/ים בכתב, תוך 30 יום מקבלת חוות הדעת, הבהרות על חווה"ד.
ב. נתבקשו הבהרות כאמור בס"ק א. דלעיל, לא יהא הצד שביקש רשאי להגיש בקשה להבהרה לפי תקנה 15 (ב') לתקנות, לגבי אותה חוות דעת שעליה ביקש הבהרה כאמור בס"ק א.
ג. אין בהסכם זה כדי לפגוע בזכותו של כל צד להזמין את המומחה לחקירה בבית המשפט לפי תקנה 15 (ג') לתק.
- בכפוף לזכויותיהם לפי תקנה 15 לתקנות ובהתאם לאמור בסעיף 5 (ב) לעיל, מסכימים הצדדים כי חוות הדעת של המומחה/ים האמורים בסעיף לעיל, מחייבות אותם גם במסגרת הליכים בבית המשפט, והינם מסכימים כי חוות דעת זו/אלו דינה/ם כאילו הוגשה/ו בידי מומחה אשר מונה לפי תקנה 7 לתקנות.
- הצדדים מסכימים כי באם למרות האמור ברשת ההסכם, תיקבע לתובע נכות על פי דין לפני מועד חוות דעת המומחה הרפואי, יהפוך הסכם זה לבטל והתובע ישא בהוצאות המומחים אם יהיו.
- הצדדים מסכימים כי אין בהסכם זה משום הודאה בזכויות ו/או במקצת הזכויות ו/או תביעות התובע/תים מכל סוג, לרבות טענות בדבר עצם החבות והאחריות, ואין בו כדי לגרוע מטענות הנתבעים, לרבות טענת התיישנות.

- המינוי כפוף לכך שב"כ התובע ידאג לקבלת ארכה מספיקה מבי"מ"ש על מנת למצות את המו"מ.

עו"ד אריאל ש

מס' רשיון: 52254

התובע ע"י בא כוחו, עו"ד

ולראיה באו הצדדים על החתום:

הפניקס חברה לביטוח בע"מ



סודי רפואי

טלפון: 08-9779911/22/24

מעודכן ל: 00:49, 07/10/21

אחות אחראית: גרנובסקי

מנהל מח': דר. טרוצקי

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה - 11734372

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

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

חזן שרון

ת.ז.: 2484783-2	מין: זכר	ת.לידה: 01/03/1970	גיל: 51 ש
טל: 054-6120701	טל: 054-6120701	טל: 3-6024108	שם האם: עליזה
מצב משפחתי: נ + 3	קופ"ח: כללית	סוג מבקר: אזרח	שם האב: משה
כתובת: טופז 20, אור יהודה, 6040541			

נתוני ביקור במיון

סיבת קבלה: ת. דרכים עבודה	גורם מפנה: פניה עצמית	מבטח: חזן שרון, 2484783-2
תאריך קליטה במיון: 06/10/21	שעה: 19:50	
תאריך קליטה בב"ח: 06/10/21	שעה: 19:50	

אבחנות נוכחיות

E929.0- LATE EFFECTS OF MOTOR VEHICLE ACCIDENT
724.5 - BACKACHE, UNSPECIFIED

רגישויות

לא ידוע

דיון וסיכום הקבלה

בן 51 בריא
לדבריו, בדרך חזרה מהעבודה, היה מעורב היום בתאונת דרכים כנהג. מנגנון אחורי. ללא פתיחת כריות אוויר. ללא איבוד הכרה. יצא בכוחות עצמה מהרכב. ללא איבוד שליטה על סוגרים. כעת מלין על כאב צוואר וגב תחתון.

בבדיקה - הליכה בתבנית תקינה, תנועות צוואר מלאות עם כאב בסוף תנועה, ללא רגישות ע"פ חוליות צוואריות, ישנה רגישות פרהוורטברלית ורקמה רכה סביב הצוואר.
כח תחושה ומוטוריקה שמורים ב 4 גפיים, עומד על עקבים ואצבעות.
כיפוף ויישור גב מלאים, ללא רגישות גרמית ע"פ עמ"ש טוראקלי, רגישות גרמית ע"פ עמ"ש מתני ורקמה רכה סביב החזרי פיקה תקינים, SLR שלילי דו"צ, ללא חסר NV דיסטלי בגפיים.

בצילומי עמ"ש צווארי ומותני- ללא עדות לשבר או פריקה

לסיכום - תאונת דרכים במנגנון "הצלפת שוט" ללא ממצא חריף
הוסבר לחולה על האבחנה ועל המשך הטיפול

מצב המטופל בשחרור ממיון

תכנית טיפול והמלצות להמשך

המלצות:

- מנוחה יומיים
- שיכור כאב לפי הצורך עם אקמול או אופטלגין ג' עד 3 פעמים ביום לפי הצורך
- בהחמרה בכאב, חסר תחושת או מוטורי או כל החמרה אחרת, יש לפנות לרופא
- קומפרסים חמים לצוואר/גב
- המשך מעקב רופא מטפל
- בהמשכות הכאב מעל לשבוע יש לפנות לאורתופד בקופ"ח.

חופשת מחלה: 2 ימים

שחרר בליווי _____

חתימה

רופא מאשר: דר. לוי, אלמוג

חתימה: _____

מספר רשיון: 39265

00:49 07/10/21

מרכז רפואי שער אסף הרופא
מחלקת אורתופדיה
מ.ר. 11734372



המרכז
הרפואי
שמיר



תאריך הדפסה: 07.10.21

מחלקה לרפואה דחופה

חיוב לביקור שמספרו: 11734372
מטבע: ILS

לכבוד: חזן שרון ת.ז.: 2484783-2
רחוב /מס: טופז 20
עיר /מיקוד: 6040541 אור יהודה
טלפון: 054-6120701

מספר ביקור: 11734372 תאריך קבלה: 06.10.21 יח' מיון: רמי-אורט
הפניה מרופא: לא

קוד שירות תאור	כ"מ	מחיר	כיסוי %	הנחה	סה"כ
99283 ביקור במיון, תשלום גלובלי	1	989.00	100.00	0.00	989.00
L0962 בדיקה קלינית במיון	1	0.00	100.00	0.00	0.00
L0964 אגרת מיון	1	0.00	100.00	0.00	0.00
72040 צילום עמוד שדרה צוארי, קדמי-אחורי	1	0.00	100.00	0.00	0.00
72040 צילום עמוד שדרה צוארי, צדי	1	0.00	100.00	0.00	0.00
72040 צילום דנס, מצומצם, דרך הפה	1	0.00	100.00	0.00	0.00
72100 צילום עמוד שדרה מותני, קדמי-אחורי	1	0.00	100.00	0.00	0.00
סה"כ:					989.00

חשבון ביניים

התחייבות

אני הח"מ: חזן שרון
ת.ז.: 2484783-2 שכתובתי: 6040541 אור יהודה טופז 20
טלפון: 054-6120701 מקום עבודה:
טלפון בעבודה:

מתחייב/ת בזה לשלם לביה"ח את החשבון הנ"ל תוך 14 יום ממועד קבלת החשבון ו/או להמציא התחייבות מתאימה.

שם חולה/משלם חלופי: חזן שרון
חתימת המתחייב/ת

בכבוד רב

ריבה רוזנטל



ט.ל.ח

עמוד: 1 מתוך 1

RIVAR

ד"ר אלה קלימינסקי
רפואת משפחה
29858
חיים ברלב, 10
03-7350400
03-7350401

רופא
רשיון
נת
יון
c

תאריך 07/10/2021

מחוז: דן-פ"ת

צאה: מוזה סביון - רופאים עצמאיים - אור יהודה

הפניה למכון פיזיותרפיה
(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל	חזן שרון	שם משפחה ושם פרטי	טופז	אור יהודה	ישוב
00-02484783-2	מס זהות	51.07	גיל	20	מס בית
01/03/1970	ת. לידה	54	טלפון	6120701	טלפון נוסף
3	שם האב	5338323	טלפון	54	משה
06/10/2021	תאריך תאונה	2	תאונת עבודה	רחוב	סוג תאונה

גורם שולח
5758

מספר הפניה
035758121222

35758121222
תז נבדק
24847832

מספר הפניה:
רשיון רופא
029858

לכבוד: פיזיותרפיה

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

CONTUSION BACK AND BUTTOCKS

אבחנה משוערת
תלונות / סיבת הפניה
בדרך חזרה הביתה היה מעורב בת.ד. אותו נכנס מאחור. היה חגור.
חבלות בגב תחתון וצוואר.
ביקר בחדר מיון

סימנים חיוניים:
גובה 188 14/05/2019 משקל 103 14/05/2019 bmi 29.14
לחץ דם 114 / 74 25/08/2021
דופק 85 14/05/2019 סדיר

25/07/2021 מתאריך 106.49 eGFR

NYHA: 1 עדין ב 11/08/2019

בעיות פעילות	איפיון	מ. גילי
HYPERCHOLESTEROLEMIA	mild	01/05/2006
SMOKER		01/01/1991
ACCIDENT/INJURY, NOS		01/04/2013
knee trauma		01/04/2013

ד"ר קלימינסקי-אור יהודה
מומחית רפואה פנימית
מנהלת מרפאת גורא

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות
הודפס ע"י ד"ר אלה קלימינסקי
00-02484783-2

הפניה למכון פיזיותרפיה

7 ה.ר.

תולדי עבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
25/08/2021	01/01/1991		SMOKER HEAVY
25/08/2021	01/01/1991		SMOKER

תרופות קבועות

ב...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	טבליות	1	LIPITOR 20MG TAB 20MG
ביום	1	טבליות	1	CIPRALEX TAB 10MG 28 10mg

ממצאים קליניים היום מלין על כאבי גב תחתון וצוואר והגבלה בתמועות. ביקר בחדר מיון

ד"ר אלה קלימינסקי

29858

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

7 ה.ר. 0

הפניה למכון פיזיותרפיה

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 2 מ 2

00-02484783-2 הודפס ע"י ד"ר אלה קלימינסקי

חזן שרון

תאריך 11/10/2021

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי

פרטי המטופל					
חזן שרון	00-02484783-2	51.07	ז	01/03/1970	משה
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
טופז	מס בית	טלפון	טלפון נוסף	אור יהודה	ישוב
רחוב	20	54	3	5338323	3

תאריך תאונה: 06/10/2021

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

אבחנות		
קוד	אפיון	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS
9223		CONTUSION BACK AND BUTTOCKS
9249	neck	CONTUSION

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל

איננה מסוגלת לעסוק בעבודתו/ה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 07/10/2021 עד יום 09/10/2021 (בכלל) סה"כ 3 ימים

11/10/2021
תאריך מתן התעודה

11/10/2021
ת. הבדיקה

ד"ר אלה קלימינסקי

חתימה וחזותית הרופא של השרות הרפואי המוסמך

חזותית המרפאה

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

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

הפניה לפיזיותרפיה

(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הן בכפוף לסל השירותים)

תאריך: 30/11/2021

פרטי המטופל:

שם משפחה וכרטיס:

חזן שרון

ת.ל.ד. 01/03/1970

מס' בית:

20

שם האב: משה

טלפון 54-6120701

מס' זהות: 00024847832

גיל:

51.09

ז

ישוב: אור יהודה

רחוב: סופר

טלפון נוסף: 3-5338323

מספר הפניה:

31914000922

רשיון רפא



121495

תז נבחל



24847832

מספר הפניה



031914000922

גורם שולח



1914

שירותי שכתוב

תאור רפואי

97001 פיזיותרפיה אבחון ובניית תכנית טיפול מבוגרים

80015

שירות רפואי

80015

אבחנה משוערת

PAIN FINGER

המטופל סובל מ כאבים באצבע 3 כף יד שמאל קצה האצבע

ללא הבלה

טחח מודש

טסה NSAIDS ללא הטבה

בעיות פעילות

HYPERCHOLESTEROLEMIA
SMOKER
ACCIDENT/INJURY: NOS
knee trauma

mild

01/05/2005

01/07/1991

01/04/2013

01/04/2013

תולדות עבר

SMOKER HEAVY
SMOKER

01/01/1991 25/08/2021

01/01/1991 25/08/2021

תרופות קבועות

שם התרופה	א. הגשה	כמות	פעמים	ביום
LIPITOR 20MG TAB 20MG 1	1 טבליות			ביום
CIPRALEX TAB 10MG 28 10mg 1	1 טבליות			ביום

ממצאים קליניים: ללא נפיחות או אדום אין פלג או פרוחיות
תסעות אצבע תקינות אין סימני טנוסוביטיס קלינית
US- הודגם טנוסוביטיס פלקסורי קל

מטרת הבדיקה: טיפול מקומי לכף יד שמאל
לאצבע 3

121495

ד"ר זיו אסא

מספר רשיון

שם הרופא

כ"ס רפואי אינ

1-121495

ד"ר זיו אסא

ת.ד. 1-39857

מחלקת אורטופדיה

חתומה ומתחת הרופא

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

תאריך: 23/01/2022

סיכום טיפול

פרטי המטופל		חזן שרון	
שם משפחה ושם פרטי	00-02484783-2	מס זהות	מס' הפניה: 210492769
שם האב	01/03/1970	ת. לידה	מספר זיהוי הפניה: 35758121222
שם האב	51.11	גיל	תאריך הפניה: 07/10/2021
טלפון נוסף: 5338323 - 3	54	טלפון	סוג הביקורים לסדרה: 1 תאונת דרכים
טלפון	6120701	טלפון	לכבוד הרופא המטפל/מקצועי: ד"ר אלה קלימינסקי
אור יהודה	20 /	מס בית	מרפאה: מרפאת נוה סביון
ישוב	רחוב	טופז	מקצוע: רופא כללי

מס' הפניה: 210492769 מספר זיהוי הפניה: 35758121222
 תאריך הפניה: 07/10/2021
 סוג הביקורים לסדרה: 1 תאונת דרכים
 לכבוד הרופא המטפל/מקצועי: ד"ר אלה קלימינסקי
 מרפאה: מרפאת נוה סביון
 מקצוע: רופא כללי

אבחנה בהפניה:

צד	קוד	אבחנה
		CONTUSION BACK AND BUTTOCKS

אבחנה לטיפול:

צד	קוד	אבחנה
ימין	8470	WHIPLASH INJURY

תאריך תחילת טיפול: 10/10/2021 תאריך סיום טיפול: 23/01/2022

מס' ביקורים בפועל: 11 פרטי: 11

מס' אי הופעות לטיפול: 3

רשימת כל הטיפולים:

כמות	טיפול
1	אבחון ראשון- בדיקה של פיזיותרפיסט
13	טיפול עם מכשיר זרמים
11	טיפול ב-Hot Pack
11	טיפול ברקמה רכה
10	מוביליזציות ותרגילים פסיביים
1	הדרכה לתרגול בבית
4	הערכה מחדש- בדיקה
1	חבישה/taping/קינזיותרפיה
3	תרגול כללי

ביום

דיוג בעת סגירת הסידרה	דיוג בעת פתיחת הסידרה	צד	איבר
7	7	דו צדדי	צוואר

הערכת מטפל: 3-ללא שינוי

הערות: הנ"ל התקבל למכון עקב כאבים בצוואר ובגב לאחר שהיה מעורבת בתאונת דרכים ב-10-21-6 בזמן עבודתו בבדיקתו כאבים של 7/10 בצוואר ובגב, מטופל קבל סידרת טיפולים להורדת כאב וחיזוק שרירים, בנוסף לטיפול ב TENS+ HP

היום ממשיך לתלונן על כאב של 7/10 VAS בצוואר ובגב, עקב פלטו במצבו, הוחלט על סיום טיפול בשלב זה מטופל זקוק להמשך תרגול עצמי בבית (קבל דף תרגול) הומלץ לחזור לרופא מטפל להערכה נוספת לאזן כאב סיום טיפול

המטופל ביקר במכון בתאריכים:
23/01/2022
09/01/2022
26/12/2021
22/12/2021
15/12/2021
08/12/2021
14/11/2021
07/11/2021
25/10/2021
17/10/2021
10/10/2021

מס' 0092855-50 מס' 2092855-50
מס' 0092855-50 מס' 2092855-50
מס' 0092855-50 מס' 2092855-50
מס' 0092855-50 מס' 2092855-50

חתימה וחותמת

מוסא פריד מנסור

שם מטפל

תוצאות בדיקת אלקטרומיוגרפיה - E.M.G.

שם נבדק/ת: חזן, שרון, כתובת: אור יהודה, טופז, תאריך בדיקה: 16/12/2021, בדיקה קודמת: לא
גיל: 51/9, ת.ז.: 024847832, טלפון: 054-6120701, גורם מפנה: דן-פתח תקוה
מין: ז, רופא מפנה/מטפל: ד"ר אסא זיו, שם מדפיסה: דגנית טליה.

בדיקת עצבים

SAP (msec)		AMP of SNAP (mV)		F.WAVE (msec)		SPEED (m/sec)		AMP of CMAP (mV)		MOTOR LATENCY (msec)		עצב
שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	
4.5	4.7	26.0	21.0			54.0	57.0	4.2	4.6	3.0	2.7	מדיאנוס Median
3.9	5.3	17.0	37.0							2.5	2.0	אולנאריס Ulnaris
						53.0	55.0	2.8	3.5			מותחת למרפק
						39.0	51.0	2.7	3.6			מעל המרפק

בדיקת שרירים

צורת פוטנציאלים		גיוס		פעולה ספונטנית		שריר	שורש
שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין		
תקין	תקין	מלא	מלא	אין	אין	Deltoid	C5-C6
תקין	תקין	מלא	מלא	אין	אין	Brachioradialis	C5-C6
תקין	תקין	מלא	מלא	אין	אין	Extensor Digitorum	C7

סיכום: קיימת עדות ל- CTS סנסורית קלה, דו-צדדית.
קיימת עדות ללכידה אולנארית בינונית משמאל.
הולכות עצביות תקינות.
בבדיקת מחט ללא עדות לרדיקולופטיה שורשית.

נמסרה תשובה לנבדק/ת עם סיום הבדיקה.

בברכה,

ד"ר מוחמד עבד אל חלים
מ.ר 154342

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

עמוד 1 מתוך 1

הפניה לדימות

פרטי המטופל	חזן שרון
שם משפחה ושם פרטי	שם האב
00-02484783-2	מס' זהות
52.01	גיל
ז	מין
01/03/1970	ת. לידה
משה	שם האב
אור יהודה	טופז
רחוב	מס' בית
20	מס' בית
54 - 6120701	טלפון
3 - 5338323	טלפון נוסף

תאריך תאונה 06/10/2021

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה ישירה: 35856012680

גורם שולח



5856

מספר הפניה



035856012680

תז נבדק



24847832

רשיון רופא



136738

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

לכבוד: CT עמ"ש צוארי

שירות	קוד	קוד	שירות
שירות	קוד	קוד	שירות
רפואי	10304010	שירות	משה"ב
רפואי	10304010	שירות	משה"ב

המטופל מתלונן על בן 52, בריא ברקעיה מעורבת בתאונת דרכים במהלך עבודתו בתאריך הנזכר לעיל.

מישהו נכנס ברכבו מאחור.
מאז כאבי צוואר וכאבי גב תחתון
נבדק ע"י אורתופד, טופל בפזיורטפיה ללא הטבה (12 טיפולים)
עדיין כאוב, כרגע מקרין ליד ימין.

ממצאים עיקריים
הליכה תקינה ללא צליעה
רגישות צווארית ומותנית.
הגבלה בתנועות הגב, כח גס שמור דו"צ
תחושה שמורה
הופמן שלילי
ללא חסור ווסקלרי

אבחנה משוערת	אבחנה	קוד	איפיון
ACCIDENT/INJURY; NOS	אבחנה	A80	איפיון
BACKACHE	אבחנה	7245	איפיון

מומלץ טיפול בנוגדי דלקת
CT עם"ש צואורי
מעקב אחרי הדמיה

דיון/תוכנית טיפולית

בעיות פעילות

מגילוי	איפיון	בעיה
01/05/2006	mild	HYPERCHOLESTEROLEMIA
01/01/1991		SMOKER
01/04/2013		ACCIDENT/INJURY; NOS
01/04/2013		knee trauma

תולדות עבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
25/08/2021	01/01/1991		SMOKER HEAVY
25/08/2021	01/01/1991		SMOKER

0021981
לסולא אסול
לונטטט טלאקט ל"ל

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה

חתימה וחומת הרופא

136738

מספר רשיון

ד"ר מחמוד חלאיקה

שם הרופא

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

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

סניף מור מגדל המאה ת"א
היחידה לטומוגרפיה ממוחשבת (C.T.)
טלפון: 03 - 7760100

תאריך הדפסה: 6 אפריל, 2022

תוצאות בדיקת C.T.

שם נבדק/ת: חזן, שרון
תאריך בדיקה: 28/03/2022
כתובת: אור יהודה, טופז, 0020
054 - 6120701 - 6120701 : טלפון
גורם מפנה: דן-פתח תקוה
מדפיסה: לב
רופא מפנה/מטפל: ד"ר חלאיקה מחמוד

לכבוד
הרופא המטפל

ד"ר נכבד,

להלן ממצאי סריקה טומוגרפית ממוחשבת של עמוד שידרה צוארי בגבהים C1-D1:

הבדיקה נעשתה בחתכים אקסיליים, בחלונות רקמה וכה ובחלונות עצם.

סיבת ההפניה: כאבים אחרי תאונה.

C1-C2-C3-C4-C5 : תקינים.
C5-C6 : פורמינל סטנוזיס דו-צדדית.
C6-C7 : בלט דיסק אחורי מרכזי.
C7-D1 : תקין.

בסיכום:
לחץ בי-לטרלי על השורשים בגובה C5-C6 .
אפשרות של לחץ על השק התקאלי בגובה C6-C7.
לא הודגם שבר.

בברכה,

פרופ' אליעזר אברהמי
מומחה לרדיולוגיה אבחנתית
מ.ר. 8955 מ.ר.מ. 6568

לנבדק/ת- יש להעביר את תוצאות הבדיקה בהקדם אל הרופא/ה המפנה/המטפל/ת לצורך המשך טיפול ומעקב.
יש להביא בדיקות קודמות להשוואה בכל פניה לביצוע בדיקה חדשה.

דו"ח זה מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות. המוסרו שלא כדין עובר עבירה.

עמוד 1 מתוך 1

25/04/2022 תאריך

הפניה לפיזיותרפיה (כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל					
חזן שרון	00-02484783-2	52.02	ז	01/03/1970	משה
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
טופז	20	54	5338323	3	טלפון נוסף
אור יהודה	ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	

06/10/2021 תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה: 35856013041

גורם שולח



5856

מספר הפניה



035856013041

תז נבדק



24847832

רשיון רופא



136738

שירות שנבחר

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

CERVICALGIA

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 22/03/2022:
בן 52, בריא ברקעיה מעורבת בתאונת דרכים במהלך עבודתו בתאריך הנזכר לעיל.
מישהו נכנס ברכבו מאחור.
מאז כאבי צוואר וכאבי גב תחתון
נבדק ע"י אורתופד, טופל בפיזיותרפיה ללא הטבה (12 טיפולים)
עדיין כאוב, כרגע מקרין ליד ימין.
25/04/2022
חזר לביקורת לאחר השלמת CT עמוד שדרה צווארי
מדווח על שיפור קל ביותר עם כדורים, וחזרת כאב מייד לאחר הפסקתן.

בעיות פעילות

מ.גילוי	אפיין	בעיה
01/05/2006	mild	HYPERCHOLESTEROLEMIA
01/01/1991		SMOKER
01/04/2013		ACCIDENT/INJURY; NOS
01/04/2013		knee trauma

תולדות עבר

מ.סיום	מ.גילוי	אפיין	בעיה
25/08/2021	01/01/1991		SMOKER HEAVY
25/08/2021	01/01/1991		SMOKER

7 ה.ר.ו

הפניה לפיזיותרפיה

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 1 מ 2

00-02484783-2 הודפס ע"י ד"ר מחמוד חלאיקה

חזן שרון

תרופות קבועות

תרופות	כמות	א. הגשה	פעמים	ב...
LIPITOR 20MG TAB 20MG	1	1 טבליות	1	ביום
CIPRALEX TAB 10MG 28 10mg	1	1 טבליות	1	ביום

ממצאים קליניים
בדיקה גופנית מתאריך 22/03/2022:
הליכה תקינה ללא צליעה
רגישות צווארית ומותנית.
הגבלה בתנועות הגב, כח גס שמור דו"צ
תחושה שמורה
הופמן שלילי
ללא חסור ווסקלרי
25/04/2022
בדיקתו ללא שינוי

136738
ד"ר מחמוד חלאיקה
רופא

136738

ד"ר מחמוד חלאיקה

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

ס.ה.ר 7

דף 2 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לפיזיותרפיה

הודפס ע"י ד"ר מחמוד חלאיקה 00-02484783-2

חזן שרון

תאריך: 19/07/2022

הפניה כללית - נוסח חופשי

פרטי המטופל:	
שם משפחה ופרטי:	חזן שרון
ת.לידה:	01/03/1970
מס בית:	20
מס זהות:	00024847832
רחוב:	טופז
טלפון נוסף:	3- 5338323
גיל:	52.05
מין:	ז

סוג תאונה	2 תאונת עבודה	תאריך תאונה	06/10/2021
מספר רשיון	תז נבדק	מספר הפניה	גורם שולח
025770	24847832	035768003553	5768

לכבוד: מכון - EMG לידיים.

אבחנה משוערת

קוד	אפיין	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS
7245		BACKACHE
7231		CERVICALGIA

תלונות

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 22/03/2022:
בן 52, בריא ברקעיה מעורבת בתאונת דרכים במהלך עבודתו בתאריך הנזכר לעיל.

מישהו נכנס ברכבו מאחור.
מאז כאבי צוואר וכאבי גב תחתון
נבדק ע"י אורתופד, טופל בפזיורטפיה ללא הטבה (12 טיפולים)
עדיין כאוב, כרגע מקרין ליד ימין.

25/04/2022:
חזר לביקורת לאחר השלמת CT עמוד שדרה צווארי
מדווח על שיפור קל ביותר עם כדורים, וחזרת כאב מיד לאחר הפסקתן.
19/07/2022: ליד הארץ, בריא, ג - 189, מ - 104, ימני דוטמיננטי, עשן חצי חפיסה ביום. עובד שטח בח' חשמל. עדיין כאב לאורך יד ימין וחולשה בה ונמול גם ביד שמאל. ללא שמטית חפצים או הערה משינה. ללא הטבה עם נוגדי דלקת. ב 26.03.22 - הצרות פורמינה ב C 5-6 דו"צ ובלט דיסק ב C 6-7

ממצאים בבדיקה

בדיקה גופנית מתאריך 22/03/2022:
הליכה תקינה ללא צליעה
רגישות צווארית ומותנית.
הגבלה בתנועות הגב, כח גס שמור דו"צ
תחושה שמורה
הופמן שלילי
ללא חסור ווסקלרי
25/04/2022:
בדיקתו ללא שינוי
19/07/2022: רגישות עורפית תחתונה, יותר מימין ולפי C 5-6, יותר מימין, פאלן וטינל שליליים לתעלות השרש.

דיון/תוכנית טיפולית

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 22/03/2022:
מומלץ טיפול בנוגדי דלקת
CT עמ"ש צווארי
מעקב אחרי הדמיה
ההפניות שהופקו ב 22/03/2022:
הפניה לדימות - 78073-ט.מ. CT עמוד שדרה צו
25/04/2022:
יופנה למרפאת כאב ופזיורטפיה
ההפניות שהופקו ב 25/04/2022:
הפניה לפזיורטפיה - 80015-פזיורטפיה אבחון וב, הפניה לרפואה יועצת -

היסטוריה רפואית- בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/05/2006	mild	HYPERCHOLESTEROLEMIA
01/01/1991		SMOKER
01/04/2013		ACCIDENT/INJURY; NOS
01/04/2013		knee trauma

היסטוריה רפואית- בעיות בעבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
25/08/2021	01/01/1991		SMOKER HEAVY
25/08/2021	01/01/1991		SMOKER

תרופות קבועות

שם...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופה
ביום	1	טבליות	LIPITOR 20MG TAB 20MG 1	
ביום	1	טבליות	CIPRALEX TAB 10MG 28 10mg 1	

ד"ר זאב אשכול
 אורטופד מומחה
 מר 07722

25770

ד"ר זאב אשכול

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

תאריך: 06/09/2022

הפניה לדימות

פרטי המטופל:		שם משפחה ופרטי:	
מס זהות:	00024847832	חזן שרון	
גיל:	52.06	ת.לידה:	01/03/1970
מין:	ז	ישוב:	אור יהודה
טופז		טלפון:	54-6120701
טלפון נוסף:	3-5338323	מס בית:	20

06/10/2021

תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

35011010014

מספר הפניה ישירה:

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

רשיון רופא



5011



035011010014



24847832



105572

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: צילום כף יד שמאל

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78016	73140	צילום אצבע יד שמאל	10401006
78105	73120	צילום כף יד שמאל	10401011

המטופל מתלונן על בן 52, עצמאי וצלול, לא ידועה רגישות לתרופות שולל מדללי דם

ברקע:

SMOKER

OSA

S/P WHIPLASH INJURY 10/2021

ביקור ראשון:

בתאריך 6.10.21 תאונת דרכים במנגנון צליפת שוט בה נחבל בעמוד שדרה צווארי וגב תחתון.

מאז החלו כאבים בצוואר והגב התחתון שהתמתנו לאחר פיזיותרפיה אינטנסיבית של חודשיים.

בהמשך כאב עז נירופטי שורף/דוקר זרמי חשמל באצבע 3 כף יד שמאל חלק דיסטלי, הכאב מחמיר לסרוגין, או מחמיר במגע ישיר או שנחבט באצבעו VAS 10 לעיתים כאב סומטי באמה ימנית

יעוצי מומחים:

אורתופד- ארקוקסיה, פיזיותרפיה

הדמיות:

CT עמ"ש צווארי- בלט דיסק C6-C7 פורמינל סטנזיס C5-C6 דו"צ EMG לידיים- CTS קל דו צדדי, לכידה אולטרית בנונית משמאל, ללא עדות לרדיקולופטיה

טיפול תרופתי/אחר:

ארקוקסיה, רוקסט-ללא הטבה

ציפרלקס

פיזיותרפיה (פרפין לכף יד)

ד"ר ראובני אלון מנשה
מ. 105572
מומחה מדרגה 3515
מומחה ברגליה לשיכוד כאב 36320

סימנים חיוניים	גובה	188	נמדד ב: 14/05/2019	משקל	103	נמדד ב: 14/05/2019	BMI	29.14
----------------	------	-----	--------------------	------	-----	--------------------	-----	-------

תוצאות בדיקת אלקטרומיוגרפיה - E.M.G.

שם נבדקת: חזן, שרון, כתובת: אור יהודה, טופז, תאריך בדיקה: 16/12/2021, בדיקה קודמת: לא
ת.ז.: 024847832, טלפון: 054-6120701, גורם מפנה: דן-פתח תקוה, רופא מפנה/מטפל: ד"ר אסא זיו, שם מדפיסה: דגנית טליה.
גיל: 51/9, מין: ?

בדיקת עצבים

SAP (msec)		AMP of SNAP (mV)		F.WAVE (msec)		SPEED (m/sec)		AMP of CMAP (mV)		MOTOR LATENCY (msec)		עצב
שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	
4.5	4.7	26.0	21.0			54.0	57.0	4.2	4.6	3.0	2.7	מדיאנוס Median
3.9	5.3	17.0	37.0							2.5	2.0	אולנאריס Ulnaris
						53.0	55.0	2.8	3.5			מתחת למרפק
						39.0	51.0	2.7	3.6			מעל המרפק

בדיקת שרירים

שורש		שריר		פעולה ספונטנית		גיוס		צורת פוטנציאלים	
				ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל
C5-C6	Deltoid	אין	אין	מלא	מלא	תקין	תקין	תקין	תקין
C5-C6	Brachioradialis	אין	אין	מלא	מלא	תקין	תקין	תקין	תקין
C7	Extensor Digitorum	אין	אין	מלא	מלא	תקין	תקין	תקין	תקין

סיכום: קיימת עדות ל- CTS סנסורית קלה, דו-צדדית.
קיימת עדות ללכידה אולנאריס בינונית משמאל.
הולכות עצביות תקינות.
בבדיקת מחס ללא עדות לרדיקולופטיה שורשית.

נמסרה תשובה לנבדקת/עם סיום הבדיקה.

בברכה,

ד"ר מוחמד עבד אל חלים
מ.ר. 154342

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

עמוד 1 מתוך 1

תאריך: 04/09/2022

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל:	
שם משפחה ופרטי:	חזן שרון
מס זהות:	00024847832
גיל:	52.06 מין: ז
ת.לידה:	01/03/1970
מס בית:	20
ישוב:	אור יהודה
טלפון:	54-6120701
רחוב:	טופז
טלפון נוסף:	3-5338323

תאריך תאונה 06/10/2021

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה ישירה: 35758002737

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

מספר רשיון



5758



035758002737



24847832



029858

לכבוד: כיורג

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70018	L9260	בדיקה רפואית - כיורגיה	70018

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 11/10/2021:
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 07/10/2021:
בדרך חזרה הביתה היה מעורב בת.ד. אותו נכנס מאחור. היה חגור.
חבלות בגב תחתון וצוואר.
ביקר בחדר מיון
11/10/2021:
הנפקת חופשת מחלה
04/09/2022:
מלין על כאבים באצבע III בכף יד שמאל.
לחץ על עצב אולנרי

סימנים חיוניים:

גובה 188 14/05/2019 משקל 103 14/05/2019 bmi 29.14
לחץ דם 114 / 74 25/08/2021

דופק 85 14/05/2019 סדיר

NYHA: 1 עודכן ב 11/08/2019

eGFR 106.49 מתאריך 25/07/2021

FEV1/FVC 0.78 27/02/2022 עודכן ב 94 (%)FVC 27/02/2022 עודכן ב 89 (%)FEV1

ממצאים בבדיקה

ממצאים מתאריך 11/10/2021:
ממצאים מתאריך 07/10/2021:
היום מלין על כאבי גב תחתון וצוואר והגבלה בתמועות.
ביקר בחדר מיון
11/10/2021:
04/09/2022:

אבחנה משוערת

קוד	אבחנה	איפיון
A80	ACCIDENT/INJURY; NOS	
9223	CONTUSION BACK AND BUTTOCKS	
9249	CONTUSION	neck
356	NEUROPATHY PERIPHERAL	

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/05/2006	mild	HYPERCHOLESTEROLEMIA
01/01/1991		SMOKER
01/04/2013		ACCIDENT/INJURY; NOS
01/04/2013		knee trauma

בעיות בעבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
25/08/2021	01/01/1991		SMOKER HEAVY
25/08/2021	01/01/1991		SMOKER

תרופות קבועות

ב...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	טבליות	LIPITOR 20MG TAB 20MG 1	
ביום	1	טבליות	CIPRALEX TAB 10MG 28 10mg 1	

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

29858

ד"ר אלה קלימינסקי

חתימה וחוקמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

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

תאריך: 04/09/2022

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	חזן שרון	מס זהות:	00024847832	גיל:	52.06	מין:	ז
ת.לידה:	01/03/1970	ישוב:	אור יהודה	רחוב:	טופז			
מס בית:	20	טלפון:	54- 6120701	טלפון נוסף:	3- 5338323			

06/10/2021 תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה ישירה: 35758002736

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

מספר רשיון



5758



035758002736



24847832



029858

לכבוד: **נירולוג**

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70023	L9270	בדיקה רפואית - נירולוגיה	70023

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 11/10/2021
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 07/10/2021
בדרך חזרה הביתה היה מעורב בת.ד. אותו נכנס מאחור. היה חגור.
חבלות בגב תחתון וצוואר.
ביקר בחדר מיון
11/10/2021
הנפקת חופשת מחלה
04/09/2022
מלין על כאבים באצבע III בכף יד שמאל.
לחץ על עצב אולנרי

סימנים חיוניים:

גובה 188 14/05/2019 משקל 103 14/05/2019 bmi 29.14

לחץ דם 114 / 74 25/08/2021

דופק 85 14/05/2019 סדיר

NYHA: 1 עודכן ב 11/08/2019

eGFR 106.49 מתאריך 25/07/2021

FEV1 (%) 89 עודכן ב 27/02/2022 FVC (%) 94 עודכן ב 27/02/2022 FEV1/FVC 0.78

ממצאים בבדיקה

ממצאים מתאריך 11/10/2021
ממצאים מתאריך 07/10/2021
היום מלין על כאבי גב תחתון וצוואר והגבלה בתמועות.
ביקר בחדר מיון
11/10/2021
04/09/2022

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS
9223		CONTUSION BACK AND BUTTOCKS
9249	neck	CONTUSION
356		NEUROPATHY PERIPHERAL

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/05/2006	mild	HYPERCHOLESTEROLEMIA
01/01/1991		SMOKER
01/04/2013		ACCIDENT/INJURY; NOS
01/04/2013		knee trauma

בעיות בעבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
25/08/2021	01/01/1991		SMOKER HEAVY
25/08/2021	01/01/1991		SMOKER

תרופות קבועות

נ"ב	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	טבליות	LIPITOR 20MG TAB 20MG 1	
ביום	1	טבליות	CIPRALEX TAB 10MG 28 10mg 1	

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

שם הרופא	מספר רשיון	חתימה וחותמת הרופא
ד"ר אלה קלימינסקי	29858	

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

תאריך: 04/09/2022

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל:

שם משפחה ופרטי: **חזן שרון** מס זהות: **00024847832** גיל: **52.06** מין: **ז**
 ת.ל.ידה: **01/03/1970** ישוב: **אור יהודה** רחוב: **טופז**
 מס בית: **20** טלפון: **54-6120701** טלפון נוסף: **3-5338323**

06/10/2021

תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה ישירה: 35758002738

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

מספר רשיון



5758



035758002738



24847832



029858

לכבוד: **מרפאת כאב**

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70005	99242	בדיקה רפואית - כאב	70090

הריני מפנה את המטופל הנל להתייעצות בשל

תלונות

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 11/10/2021
 תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 07/10/2021
 בדרך חזרה הביתה היה מעורב בת.ד. אותו נכנס מאחור. היה חגור.
 חבלות בגב תחתון וצוואר.
 ביקר בחדר מיון
 11/10/2021
 הנפקת חופשת מחלה
 04/09/2022
 מלין על כאבים באצבע III בכף יד שמאל.
 לחץ על עצב אולנרי

סימנים חיוניים: גובה 188 14/05/2019 משקל 103 14/05/2019 bmi 29.14

לחץ דם 74 / 114 25/08/2021

דופק 85 14/05/2019 סדיר

NYHA: 1 עודכן ב 11/08/2019

eGFR 106.49 מתאריך 25/07/2021

FEV1 (%) 89 עודכן ב 27/02/2022 FVC (%) 94 עודכן ב 27/02/2022 FEV1/FVC 0.78

ממצאים בבדיקה

ממצאים מתאריך 11/10/2021
 ממצאים מתאריך 07/10/2021
 היום מלין על כאבי גב תחתון וצוואר והגבלה בתמועות.
 ביקר בחדר מיון
 11/10/2021
 04/09/2022

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS
9223		CONTUSION BACK AND BUTTOCKS
9249	neck	CONTUSION
356		NEUROPATHY PERIPHERAL

בעיות פעילות

מגילוי	איפיון	בעיה
01/05/2006	mild	HYPERCHOLESTEROLEMIA
01/01/1991		SMOKER
01/04/2013		ACCIDENT/INJURY; NOS
01/04/2013		knee trauma

בעיות בעבר

מסיום	מגילוי	איפיון	בעיה
25/08/2021	01/01/1991		SMOKER HEAVY
25/08/2021	01/01/1991		SMOKER

תרופות קבועות

שם	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	טבליות	LIPITOR 20MG TAB 20MG 1	
ביום	1	טבליות	CIPRALEX TAB 10MG 28 10mg 1	

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

29858

ד"ר אלה קלימינסקי

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

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

ממצאים עיקריים
ללא רגישות על פני חוליות עמוד שדרה צווארי, הגבלה ברוטציה, ללא כאב בלחץ על עצב אולנרי בתעלה קוביטלית.
במישור חלק דיסטלי אצבע 3 יד שמאל כאבים נירופטים עזים ביותר והיפראלגזיה

אבחנה משוערת

קוד	אבחנה	איפיון
L11	WRIST SYMPTOMS/COMPLAINTS	
356	NEUROPATHY PERIPHERAL	LEFT WRIST 3 FI

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/05/2006	mild	HYPERCHOLESTEROLEMIA
01/01/1991		SMOKER
01/04/2013		ACCIDENT/INJURY; NOS
01/04/2013		knee trauma

תולדות עבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
25/08/2021	01/01/1991		SMOKER HEAVY
25/08/2021	01/01/1991		SMOKER

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה

105572

ד"ר אלון מנשה ראובני

חתימה וחוקת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

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

ד"ר ראובני מנשה
מ.ג. 105572
מוקדחה בהרשמה 3515
מומחה בנפואה לשיכור כאב 36320

תאריך: 06/09/2022

הפניה לדימות

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	חזן שרון	מס זהות:	00024847832	גיל:	52.06	מין:	ז
ת.לידה:	01/03/1970	ישוב:	אור יהודה	רחוב:	טופז	טלפון נוסף:	3-5338323	
מס בית:	20	טלפון:	54-6120701					

06/10/2021

תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה ישירה: 35011010015

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

רשיון רופא



5011



035011010015



24847832



105572

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

אם הינך בהריון או במצב של אפשרות להריון, חובה עליך ליידע את הרופא המפנה לבדיקה ואת הצוות המבצע במכון הרנטגן והדימות. נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין תור לבדיקה ב- 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

לכבוד: אולטרסאונד כף יד שמאל (אצבע 3 חלק דיסטלי)

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78003	US .o.s L1028	כף יד שמאל	10405022

המטופל מתלונן על בן 52, עצמאי וצלול, לא ידועה רגישות לתרופות שולל מדללי דם

ברקע:

SMOKER

OSA

S/P WHIPLASH INJURY 10/2021

ביקור ראשון:

בתאריך 6.10.21 תאונת דרכים במנגנון צליפת שוט בה נחבל בעמוד שדרה

צווארי וגב תחתון,

מאז החלו כאבים בצוואר והגב התחתון שהתמתנו לאחר פיזיותרפיה

אינטנסיבית של חודשיים.

בהמשך כאב עז נירופטי שורף/דוקר זרמי חשמל באצבע 3 כף יד שמאל חלק

דיסטלי, הכאב מחמיר לסרוגין, או מחמיר במגע ישיר או שנחבט באצבעו VAS 10

לעיתים כאב סומטי באמה ימנית

יעוצי מומחים:

אורתופד- ארקוקסיה, פיזיותרפיה

הדמיות:

CT עמ"ש צווארי- בלט דיסק C6-C7 פורמינל סטנזיס C5-C6 דו"צ

EMG לידיים- CTS קל דו צדדי, לכידה אולטרית בנונית משמאל, ללא עדות

לרדיקולופטיה

טיפול תרופתי/אחר:

ארקוקסיה, רוקסט-ללא הטבה

ציפרלקס

פיזיותרפיה (פרפין לכף יד)

ד"ר ראובני אלון מנשה
מ.ר. 105572
מומחה ברמת 3515
מומחה ברפואת לשיכוד 36320

סימנים חיוניים	גובה	188	נמדד ב: 14/05/2019	משקל	103	נמדד ב: 14/05/2019	BMI	29.14
לחץ דם 114 / 74 נמדד ב: 25/08/2021								

דופק 85 נמדד ב: 14/05/2019 סדיר
 1: NYHA עודכן ב: 11/08/2019
 89 (%)FEV1 עודכן ב: 27/02/2022
 94 (%)FVC
 0.78 FEV1/FVC עודכן ב: 27/02/2022
 106.49 eGFR מתאריך: 25/07/2021

ממצאים עיקריים
 ללא רגישות על פני חוליות עמוד שדרה צווארי, הגבלה ברוטציה, ללא כאב בלחץ על עצב אולנרי בתעלה קוביטלית.
 במישוש חלק דיסטלי אצבע 3 יד שמאל כאבים נירופטים עזים ביותר והיפראלגזיה

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
L11		WRIST SYMPTOMS/COMPLAINTS
356	LEFT WRIST 3 FI	NEUROPATHY PERIPHERAL

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/05/2006	mild	HYPERCHOLESTEROLEMIA
01/01/1991		SMOKER
01/04/2013		ACCIDENT/INJURY; NOS
01/04/2013		knee trauma

תולדות עבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
25/08/2021	01/01/1991		SMOKER HEAVY
25/08/2021	01/01/1991		SMOKER

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה

ד"ר אלון מנשה ראובני 105572

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

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

ד"ר ראובני אלון מנשה
 מ.ר. 105572
 מומחה בהרדמה 3515
 מומחה ברפואה לשיכור סוג 36320

תאריך: 06/09/2022

סיכום יעוץ

פרטי המטופל:	
שם משפחה ופרטי:	חזן שרון
מס זהות:	00024847832
גיל:	52.06 מין: ז
ת.לידה:	01/03/1970
מס בית:	20
טלפון:	54-6120701
טלפון נוסף:	3-5338323
רחוב:	טופז

תאריך תאונה 06/10/2021

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

לכבוד: ד"ר קלימינסקי א

תלונות: בן 52, עצמאי וצלול, לא ידועה רגישות לתרופות שולל מדללי דם

ברקע:

SMOKER

OSA

S/P WHIPLASH INJURY 10/2021

ביקור ראשון:

בתאריך 6.10.21 תאונת דרכים במנגנון עליפת שוט בה נחבל בעמוד שדרה

צווארי וגב תחתון,

מאז החלו כאבים בצוואר והגב התחתון שהתמתנו לאחר פיזיותרפיה

אינטנסיבית של חודשיים.

בהמשך כאב עז נירופטי שורף/דוקר זרמי חשמל באצבע 3 כף יד שמאל חלק

דיסטלי, הכאב מחמיר לסרוגין, או מחמיר במגע ישיר או שנחבט באצבעו VAS 10

לעיתים כאב סומטי באמה ימנית

יעוצי מומחים:

אורתופד- ארקוקסיה, פיזיותרפיה

הדמיות:

CT עמ"ש צווארי- בלט דיסק C6-C7 פורמינל סטנדרט C5-C6 דו"צ

EMG לידיים- CTS קל דו צדדי, לכידה אולטרית בנונית משמאל, ללא עדות

לרדיקולופטיה

טיפול תרופתי/אחר:

ארקוקסיה, רוקסט-ללא הטבה

ציפרלקס

פיזיותרפיה (פרפין לכף יד)

ממצאים: ללא רגישות על פני חוליות עמוד שדרה צווארי, הגבלה ברוטציה, ללא כאב בלחץ

על עצב אולנרי בתעלה קוביטלית.

במישור חלק דיסטלי אצבע 3 יד שמאל כאבים נירופטים עזים ביותר

והיפראלגזיה

אבחנות

מועד גילוי	אפיין	אבחנה
		WRIST SYMPTOMS/COMPLAINTS
		NEUROPATHY PERIPHERAL
	LEFT WRIST 3 FI	

תוכנית אבחנתית

הפניות	פרטי ההפניה	קוד	סטטוס
הפניה לדימות	78016-צילום אצבע יד שמאל	H3	הודפס
הפניה לדימות	78003-א.א. US כף יד שמאל	H3	הודפס

תרופות בביקור

P	M	עד	ח	ק	נ	OP	סה"כ	משך D	פ	יחידה	הגשה	מנה	תרופה
1	PD		0	ר	N	אריזה	1	30	D	3 להשתמש	GEL		NERVO3 GEL 50 GR CF
1	PD		0	ר	N	יחידה	60	30	D	2 כמוסות	CAP	1	LYRICA 75MG (56) <>> CAP 75MG

ת. אישור	טיפול מחזורי	עין	תרופה
03/09/2032			LYRICA 75MG (56) <>< CAP 75MG

סיכום והמלצות: 1: צילום כף יד שמאל
2: אולטרסאונד כף יד שמאל (אצבע 3 חלק דיסטלי)
NERVO GEL 1*1-3/D:3
T.LYRICA 75 MG1/D:4 לילה ניתן לעלות מינון ל75 מ"ג*2 ליממה
5: יעוץ מומחה כף יד
6: גנירולוג

בברכה,

ד"ר אלון מנשה ראובני	105572	חתימה וחותמת הרופא
שם הרופא	מספר רשיון	

ד"ר ראובני אלון מנשה
מס' 105572
מומחה בהרדמה 3515
מומחה ברפואה לשיכך כאב 36320

תאריך: 14/10/2022

הפניה כללית - נוסח חופשי

פרטי המטופל:		שם משפחה ופרטי:	
מס זהות:	00024847832	חזן שרון	
גיל:	52.07	ת.לידה:	01/03/1970
מין:	ז	ישו:	אור יהודה
טופז		טלפון:	54- 6120701
טלפון נוסף:	3- 5338323	מס בית:	20

גורם שולח



5758

מספר הפניה



035758003834

תז נבדק



24847832

מספר רשיון



029858

**לכבוד: מוקד רפואי
כאבי גב לדריקת וולטרן**

אבחנה משוערת

קוד	7242	אפיון	אבחנה
			LOW BACK PAIN

תלונות תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 13/10/2022:

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 06/10/2022:

כאבי גב עם הקרנה לימין.

כאבים מזה 4 ימים.

בנוסף נפחויות קלה בעפעף תחתון - עקיצה? אלרגיה. אי נוחות בעין שמאל

13/10/2022:

ללא שיפור לאחר נטילת ARCOXIA.

מבקש זריקת וולטרן

14/10/2022:

ללא שיפור לאחר זריקת וולטרן

סימנים חיוניים גובה 188 14/05/2019 משקל 103 14/05/2019 bmi 29.14

לחץ דם 114 / 74 25/08/2021

דופק 85 14/05/2019 סדיר

NYHA: 1 עודכן ב 11/08/2019

eGFR 106.49 מתאריך 25/07/2021

FEV1 (%) 89 עודכן ב 27/02/2022 FVC (%) 94 עודכן ב 27/02/2022 FEV1/FVC 0.78

ממצאים בבדיקה ממצאים מתאריך 13/10/2022:

ממצאים מתאריך 06/10/2022:

הגבלה בתנועות.

13/10/2022:

14/10/2022:

היסטוריה רפואית- בעיות פעילות

מ.גילוי	01/05/2006	איפיון	בעיה
			HYPERCHOLESTEROLEMIA
	01/01/1991		SMOKER
	01/04/2013		ACCIDENT/INJURY; NOS
	01/04/2013		knee trauma

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
25/08/2021	01/01/1991		SMOKER HEAVY
25/08/2021	01/01/1991		SMOKER

תרופות קבועות

תרופה	כמות	א. הגשה	פעמים	ב...
LIPITOR 20MG TAB 20MG 1		1 טבליות		ביום
CIPRALEX TAB 10MG 28 10mg 1		1 טבליות		ביום

שם הרופא	מספר רשיון	חתימה וחוקתמת הרופא
ד"ר אלה קלימינסקי	29858	