

7 ABA HILLEL ST, RAMAT GAN

רחוב אבא הלל 7 רמת גן (בית סילבר)

Tel 03-7412358 , Fax 077-3180983

טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

9.11.22

מ.ל.ב.

לכבוד  
המוסד לביטוח לאומי  
ענף נכות כללית – סניף ראשון לציון  
באמצעות פקס: 03-9426778

א.ג.נ.,

הנדון: חן כהן, ת.ז. 201048451  
תיעוד רפואי ומידע נוסף

1. בהמשך למכתבכם מיום 23.10.22 מצ"ב הצהרה ותיעוד רפואי עדכני.

2. לעיונכם וטיפולכם המסור בטיפול להמשך זכאות מרשי אודה.

  
בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד



תיק: 20104845-1  
מנה: 1088

דף 1 מתוך 2

תיק: 20104845-1  
כ"ח בתשרי, תשפ"ג  
23 באוקטובר 2022

לכבוד  
עו"ד אריאל פרייברג  
דרך אבא הלל 7  
רמת גן 5252204

**הנדון: בדיקת המשך זכויות - קצבת נכות**

שלום רב,

הרינו להזכירך כי זכאותך לקצבת נכות היא עד 01/01/2023.

בתאריך זה מסתיימת דרגת אי הכושר שנקבעה לך.

כדי לקבוע המשך הזכויות לקצבה עליך להמציא לנו תוך 21 יום את הפרטים הבאים:

- אישורים רפואיים מעודכנים מפורטים על מצבך הרפואי והטיפולים שהינך מקבל,
- אנא ציין המרפאה/בית החולים בו הינך מטופל.
- אם אתה עובד - אישור המעביד בו יפורט תאריך תחילת העבודה.
- (אין צורך להמציא אישור מהמעביד אם הומצא בעבר).
- טופס הצהרה על עבודה והכנסות המצורף למכתב זה.
- יש להקפיד למלא בטופס את כל הפרטים המבוקשים.

ניתן להמציא המבוקש בצירוף הודעה זו באחת הדרכים שלהלן:

1. לשלוח את המידע באמצעות אתר הביטוח הלאומי. נא להיכנס לאתר וללחוץ בתפריט בצד הימני על "שליחת מסמכים".
2. לשלוח את המסמכים באמצעות פקס.
3. לשלוח את המסמכים בדואר.
4. הגשה בסניף -בתיבת השירות המוצבת מחוץ לסניף או אצל פקיד המודיעין בשעות קבלת קהל.

**לתשומת לבך:**

אם לא תמציא את המסמכים המבוקשים בהקדם - לא נוכל לקדם את הטיפול בקביעת המשך זכאותך לקצבה.

**זכאותך לקצבה היא עד 01/01/2023 בלבד**

לידיעתך: אם חל שינוי במצבך הרפואי, רשאי הרופא המוסמך לבדוק ליקויים שניקבעו כיציבים ולהעלות או להפחית את שיעור הנכות רפואית.

אם טרם קיבלת הודעה בדבר המשך זכאות עד 01/01/2023 ,

תוכל לפנות למחלקת הבטחת הכנסה בסניף על מנת שתבדק זכאותך לגמלת הבטחת הכנסה.

גמלת הבטחת הכנסה משולמת למי שנמצא זכאי לה, לא לפני ה-1 בחודש בו מוגשת התביעה להבטחת הכנסה.

בכבוד רב

קרן אוחנה

פקיד תביעות נכות





**המוסד לביטוח לאומי**  
מינהל הגמלאות  
**הצהרה על עבודה והכנסות**  
**של נכה וכן/בת זוגו**

**חותמת קבלה**

עמוד 1 מתוך 2

|                           |           |
|---------------------------|-----------|
| לשימוש פנימי בלבד (סריקה) |           |
| מס' זהות / דרכון          | סוג המסמך |
| דפים                      | דפים      |

**1 פרטי התובע**

שם משפחה: כהן שם פרטי: חן מספר זהות: 201048457

מצב משפחתי: ☒ רווקה ☐ אלמן/ה ☐ פרודה ☐ נשוי/אה ☐ גרושה ☐ עגונה ☐ ידועה/בציבור

**2 הצהרה על עבודה, הכנסות מעבודה ודמי מחלה ב-12 החודשים האחרונים**

**סמן x והשלם את הפרטים בטבלה שלהלן:**

| הנכה                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | בן/בת הזוג                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1. האם עובד כיום?</p> <p>2. שם המעביד וכתובתו - <u>למי שעובד כיום</u> (מי שאינו עובד כעת אך עבד ב-5 השנים האחרונות ירשום את פרטי מעבידו האחרון)</p> <p>3. <u>למי שאינו עובד כיום</u> - האם עבדת בשנה האחרונה?</p> <p>4. <u>לעובד עצמאי</u> - סוג העיסוק האחרון</p> <p>5. הכנסה מעבודה ב-12 חודשים האחרונים</p> <p>6. הכנסה מדמי מחלה</p> | <p>1. האם עובד כיום?</p> <p>2. שם המעביד וכתובתו - <u>למי שעובד כיום</u> (מי שאינו עובד כעת אך עבד ב-5 השנים האחרונות ירשום את פרטי מעבידו האחרון)</p> <p>3. <u>למי שאינו עובד כיום</u> - האם עבדת בשנה האחרונה?</p> <p>4. <u>לעובד עצמאי</u> - סוג העיסוק האחרון</p> <p>5. הכנסה מעבודה ב-12 חודשים האחרונים</p> <p>6. הכנסה מדמי מחלה</p> |

**\* מלא סעיפים א, ב, להלן רק אם לא ניתן להמציא אישורי שכר:**

א. ציין שם הסיבה ושם המעביד: \_\_\_\_\_

ב. פרט הכנסות מהעבודה לחודש: לנכה: \_\_\_\_\_ בחודשים \_\_\_\_\_ לבן/בת זוגו: \_\_\_\_\_ בחודשים \_\_\_\_\_

3

### הצהרה על הכנסות ופרטים אחרים ב - 12 החודשים האחרונים

**פנסיה ותגמולים אחרים: (צרך 3 אישורים אחרונים על כל אחד מהתשלומים שהיך מקבל)**

| הכנסה                                               | בן/בת הזוג                                               | פנסיה ותגמולים אחרים: (צרך 3 אישורים אחרונים על כל אחד מהתשלומים שהיך מקבל) |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| 1. פנסיה בישראל (לא כולל מביטוח לאומי)              | <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש | <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש                    |
| 2. פנסיה או רנטה מחו"ל                              | <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש | <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש                    |
| 3. תגמול ממשד הביטחון (לנכים, אלמנות, הורים שכולים) | <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש | <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש                    |
| 4. תגמול מהאוצר לכי מלחמה / רדיפות הנאצים           | <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש | <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש                    |
| 5. תשלומים מחברת ביטוח                              | <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש | <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש                    |
| 6. פיצוי עקב נכות                                   | <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש | <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש                    |
| אם יש, ציין את הגורם המשלם                          |                                                          |                                                                             |
| 7. תשלומים שטרם שולמו (פנסיה, ביטוח)                |                                                          |                                                                             |
| <b>הכנסה הונית: (צרך אישורי בנק)</b>                |                                                          |                                                                             |
| 8. הכנסה מריבית, דייוידנד, תוכנית חיסכון            | <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש | <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש                    |
| <b>הכנסה מרכוש: (צרך אישורים)</b>                   |                                                          |                                                                             |
| 9. הכנסה מהשכרת נכס                                 | <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש | <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש                    |
| 10. מהשכרת בית / דירה / מבנה                        | <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש | <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש                    |
| 11. ממשק / נכס חקלאי מוכר                           | <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש | <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש                    |
| 12. מעסק שאינו עובד בו                              | <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש | <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש                    |
| 13. מרכב מושכר (מונית, טנדר וכו')                   | <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש | <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש                    |
| 14. מרכוש אחר                                       | <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש | <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש                    |
| <b>הכנסה ממקור אחר: (צרך אישור)</b>                 |                                                          |                                                                             |
| 15. ציין את מקור ההכנסה                             | <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש | <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש                    |

4

### הצהרה

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים הן עבירה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביועין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר. ידוע לי כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות, או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים.

חתימת הנכה

חתימת בן/בת זוג

תאריך: 9.11.22

שם בן/בת זוג: \_\_\_\_\_





038109

קוד הפניה: 286184510

טלפון: 03-6476111

פקס: 03-6093020

כתובת: השירה העברית 10, ראשון לציון

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 201048451

שם פרטי: חן

שם משפחה: כהן

טל.עבודה/נייד: 0542215980

000000000

טלפון:

מין: ז

05/11/1989

ת.לידה:



מיקוד 5592302

הרמה 2/33, גני תקווה

כתובת:

0201048451

**התייעצות מומחה**

- במכבי

נייראופטלמולוגיה

**תחום שירות:****סוג הייעוץ: רגיל****גורם משלם:** 41 וירטואלי טפסים**תלונות:** הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...

בן, 33 ברקע AVM צרבלרי מ/א צנתורים והקרנה

מלין על קשיים בתחום הקשב והריכוז מזה מספר שנים, ככה"נ מילדות אולם במגמת החמרה מאז גילוי הממצא המוחי

וההתערבות

הנלווית.

אינו עובד כתוצאה מכך, למעט זאת תפקוד יומיומי מתואר כשמור.

בבדיקתו היום, MOCA 27/30 שהינו בטווח התקין. נקודות ירדו על זיכרון מושהה (3/5) אולם נזכר בשאר המילים עם רמזים,

ושטף

(8 מילים)

MRI מוח אחרון למעט הממצא המוחי הידוע ללא פתולוגיה אחרת ברקמת המוח לרבות אטרופיה לפי פענוח

הרושם הוא כי מדובר ככה"נ בהפרעה על ספקטום הפרעות הקשב, שהוחמרה סביב התערבויות מוחיות כמפורט, בשילוב עם

כאב

כרוני, הפרעת שינה וייתכן גם הפרעה אפקטיבית לא מאובחנת. הקליניקה המתוארת, גיל ההתייצגות, המהלך, ממצאי

הבדיקות כמפורט פחות תומכים במהלך ניירודגנרטיבי.

מופנה להמשך הערכה וטיפול במכון רקאנטי.

#המשך מעקב ניירוכירורגי והשלמת הדמיית ביקורת

#מעבדת שינה

#ביקורת פסיכיאטרית/פסיכולוגית להערכה להפרעה אפקטיבית ושקילת טיפול

#בדיקות דם: ספירת דם וספירה מבלדת, שקיעת דם, אלקטרוליטים, תפקודי כבד וכליה, רמת שומנים בדם, ויטמין

B12, חומצה פולית, ויטמין D, רמת הומוציסטאין בדם ותפקודי קרישה במידה ואלו לא בוצעו השנה. HIV iVDRL

#מומלץ על פעילות קוגניטיבית וחברתית מגוונת לשימור ושיפור יכולת החשיבה.

#מומלץ על פעילות גופנית אירובית, מתונה. 43 פעמים בשבוע, 4530 דקות בכל פעם.

#מעקב ואיזון ג"ס ווסקולריים לרבות איזון שומנים בדם, מעקב ואיזון לחצי דם, HBA1C

#הימנעות מעישון.

#הערכה נייראופטלמולוגית ושדות ראייה ממוחשבים

#השלמת אבחון להפרעות קשב במסגרת הקהילה

#ביקורת אחר תוצאות הבירור אצל ניירולוג מטפל בקהילה

**אבחנה:**

• ELECTRONIC FORMS

**מעשנת: לא**

ד"ר ברנשטיין אילנית

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואת המשפחה



038109

קוד הפניה: 286184510

טלפון: 03-6476111

פקס: 03-6093020

כתובת: השירה העברית 10, ראשון לציון

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 201048451

שם פרטי: חן

שם משפחה: כהן

טל.עבודה/נייד: 0542215980

000000000

טלפון:

מין: ז

05/11/1989

ת.לידה:

מיקוד 5592302

הרמה 2/33, גני תקווה

כתובת:



0201048451

התייעצות מומחה

• ARTERIOVENOUS MALFORMATION (10/2019)

בעיות ידועות:

LYRICA 50MG X 56 1X2X90  
ELATROLET 10MG X 30 1X1X90

תרופות קבועות:

מטרת ההפניה: חוות דעתך והמלצותיך להמשך בירור והערכה  
בתודה.

\*\* נא להצטייד בכרטיס מגנטי \*\*

22/08/2022

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 - 22/08/2022 עד תאריך - 18/02/2023

## התמוחיות:

מומחית ברפואת המשפחה

טלפון: 03-6476111

פקס: 03-6093020

כתובת: השירה העברית 10, ראשון לציון



0031436124



038109

קוד הפניה: 286184530

## פרטי הנבדק:

ת.ז.: 201048451

שם פרטי: חן

שם משפחה: כהן

טל.עבודה/נייד: 0542215980

000000000

טלפון:

מין: ז

05/11/1989

ת.לידה:



0201048451

מיקוד 5592302

הרמה 2/33, גני תקווה

כתובת:

## מכון עיניים

| פירוט | קוד  | הבדיקה הדרושה |
|-------|------|---------------|
|       | 5031 | שדה ראייה     |

## תלונות:

הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...

בן, 33 ברקע AVMCצרבלי מ/א צנתורים והקרנה

מלין על קשיים בתחום הקשב והריכוז מזה מספר שנים, ככה"נ מילדות אולם במגמת החמרה מאז גילוי הממצא המוחי וההתערבות הנלווית.

אינו עובד כתוצאה מכך, למעט זאת תפקוד יומיומי מתואר כשמור.

בבדיקתו היום, MOCA 27/30 שהינו בטווח התקין. נקודות ירדו על זיכרון מושהה (3/5) אולם נזכר בשאר המילים עם רמזים, ושטף (8 מילים)

MRI מוח אחרון למעט הממצא המוחי הידוע ללא פתולוגיה אחרת ברקמת המוח לרבות אטרופיה לפי פענוח

הרושם הוא כי מדובר ככה"נ בהפרעה על ספקטום הפרעות הקשב, שהוחמרה סביב התערבויות מוחיות כמפורט, בשילוב עם כאב כרוני, הפרעת שינה וייתכן גם הפרעה אפקטיבית לא מאובחנת. הקליניקה המתוארת, גיל ההתאבדות, המהלך, ממצאי

הבדיקות כמפורט פחות תומכים במהלך נירודגנטיבי.

מופנה להמשך הערכה וטיפול במכון רקאנטי.

#המשך מעקב נירוכירורגי והשלמת הדמיית ביקורת

#מעבדת שינה

#ביקורת פסיכיאטרית/פסיכולוגית להערכה להפרעה אפקטיבית ושקילת טיפול

#בדיקות דם: ספירת דם וספירה מבדלת, שקיעת דם, אלקטרוליטים, תפקודי כבד וכליה, רמת שומנים בדם, ויטמין

, B12 חומצה פולית, ויטמין, D רמת הומוציסטאין בדם ותפקודי קרישה במידה ואלו לא בוצעו השנה, HIV וVDRL

#מומלץ על פעילות קוגניטיבית וחברתית מגוונת לשימור ושיפור יכולת החשיבה.

#מומלץ על פעילות גופנית אירובית, מתונה. 43 פעמים בשבוע, 4530 דקות בכל פעם.

#מעקב ואיזון ג"ס ווסקולריים לרבות איזון שומנים בדם, מעקב ואיזון לחצי דם, HBA1C

#הימנעות מעישון.

#הערכה נירואופתלמולוגית ושדות ראייה ממוחשבים

#השלמת אבחון להפרעות קשב במסגרת הקהילה

#ביקורת אחר תוצאות הבירור אצל נירולוג מטפל בקהילה

## אבחנה:

• ELECTRONIC FORMS

## בעיות ידועות:

• ARTERIOVENOUS MALFORMATION (10/2019)

## תרופות קבועות:

LYRICA 50MG X 56 1X2X90  
ELATROLET 10MG X 30 1X1X90

\*\*נא להצטייד בכרטיס מגנטי\*\*

22/08/2022

חתימה וחותמת הרופא

נא לצרף מסמכים רלוונטים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

תאריך

לזימון תור למכון הקרוב למקום מגוריך או למכון אחר המופיע בהפניה, עליך לפנות למרכז זימון תורים: \*3555 או ל 1-700-50-53-53

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 22/08/2022 עד תאריך - 18/02/2023



ד"ר ברנשטיין אילנית  
משפחה, פנימית וכללית

## התמחויות:

מומחית ברפואת המשפחה

טלפון: 03-6476111

פקס: 03-6093020

כתובת: השירה העברית 10, ראשון לציון

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 201048451

שם פרטי: חן

שם משפחה: כהן

טל.עבודה/נייד: 0542215980

000000000

טלפון:

מין: ז

05/11/1989

ת.לידה:

מיקוד 5592302

הרמה 2/33, גני תקווה

כתובת:



0201048451

תמצית הביקור מתאריך 22/08/2022 בשעה 21:05

תאריך הביקור: 22/08/2022

| הערות                                                                                                                                                   | מקור המידע               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| הי שלחתי את ההמלצות שהיו במתב כמו גם מעקב נורילוג ואולי פסיכאטר לגבי מכון רקאנטי לא מכירה את הפעילות שלו כדי לפנות אליהם עם המכתב. הטפסים הופקו לבקשתך. | בקשות מהאתר - מענה הרופא |

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

## הפניות, אשורים ודפי מידע

| סוג   | שם/תיאור                         | מתאריך | עד תאריך |
|-------|----------------------------------|--------|----------|
| הפניה | מכון לרפואת שינה                 |        |          |
| הפניה | בדיקות מעבדה                     |        |          |
| הפניה | התייעצות מומחה: נירואופטלמולוגיה |        |          |
| הפניה | מכון עיניים: שדה ראייה           |        |          |
| הפניה | בדיקות מעבדה                     |        |          |

002142822381



דר 'אלדר אילן

טיפול בכאב

התמחויות:

מומחה ברפואה לשיכון כאב

מומחה בהרדמה

טלפון: 03-6969455

פקס: 03-6091442

כתובת: שד' דוד המלך 1, תל אביב - יפו (קומה 2)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 201048451

שם פרטי: חן

שם משפחה: כהן

טל.עבודה/נייד: 0542215980

000000000

טלפון:

מין: ז

05/11/1989

ת.לידה:

מיקוד 5592302

הרמה 2/33, גני תקווה

כתובת:



0201048451

**תמצית הביקור מתאריך 14/04/2022 בשעה 10:54**

תאריך הביקור: 14/04/2022

**המלצות למטופל:** יפנה לאחד מהרופאים המורשים לקנביס לשם קבלת רישיון ומרשמים לפי הרישום באתר משרד הבריאות. הקנביס מומלץ היות ונותן בדרך כלל תשובה לכאב.

יקח בחשבון שהמורשים רשאים לגבות תשלום עבור יעוצם. תשלום זה לא מכוסה על ידי הקופה כמו כן החומר עצמו.

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

**מוזמן למעקב:** מוזמן למעקב על פי צורך**הפניות , אשורים ודפי מידע**

| סוג   | שם /תיאור  | מתאריך | עד תאריך |
|-------|------------|--------|----------|
| אישור | תשובת יועץ |        |          |

002019052361



דר 'אלדר אילן

טיפול בכאב

התמחויות:

מומחה ברפואה לשיכון כאב

מומחה בהרדמה

טלפון: 03-6969455

פקס: 03-6091442

כתובת: שד' דוד המלך 1, תל אביב - יפו (קומה 2)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 201048451

שם פרטי: חן

שם משפחה: כהן

טל.עבודה/נייד: 0542215980

000000000

טלפון:

מין: ז

05/11/1989

ת.לידה:



0201048451

מיקוד 5592302

הרמה 2/33, גני תקווה

כתובת:

## תשובת יועץ

לכבוד:

ד"ר ברנשטיין אילנית

בבדיקה שנעשתה ב: 14/04/2022

עקב: בביקור בתאריך 21/10/2021 בשעה 11:41:10

אושפז 10/2019 לאור כאבי ראש פתאומיים 2 הקאות ופוטופוביה CTA הדגים AVM בגומה אחורית. ב 04.11.2019 עבר צנתור בגישה רדיאלית. הודגמה AVM במוחון משמאל מימדי הנידוס רוחב 35 מ"מ, אורך 29 מ"מ. הזנה ע"י PICA + שמאל AICA + שמאל (הכי דומיננטי עם הזנה עיקרית לנידוס) + SUCA + שמאל. לא הודגמו מפרצות INTRI NIDAL אך הודגמה מפרצת דיסטלית בענף המיספרלי של LPICA שמימדיה עד 4.5 מ"מ במראה סאקולרי. יתכן מפרצת זעירה נוספת באותו עורק דיסטלית למפרצת הנ"ל. מראה העורק לא סדיר דיסטלית למפרצות. המפרצת אינה בסמיכות פיזית לנידוס. ניקוז ורידי דרך ורידי המוחון למערכת הניקוז השטחית לסינוס רוחבי שמאל. SpelterMartin grade 2 ללא הצרות בוריד המנקז. לסיכום. Cerebellar AVM grade 2. עבר צנתור אבחנותי Cerebellar AVM grade 2. ב 11/2019: עבר צנתור טיפולי ראשון. הזרקת ביקורת הדגימה סגירה בשיעור 10% מהנידוס. ב 12/2019: עבר צנתור טיפולי שני. הזרקת ביקורת הדגימה סגירה בשיעור 40% לפחות מהנידוס. בתאריך 3/9/20 עבר צנתור טיפולי חוזר (שלישי) מהלך הצנתור תקין וללא סיבוכים. הושגה סגירה של כ. 80% ב 01/21 צנתור טיפולי רביעי. סובל מכאבי ראש, לא מוקל לאחר משככי כאבים רגילים מרגיש חולשה פלג גוף שמאל מאז הצינטור השני בפברואר 2020 בהתקלי הכאב עז סחרחרות בחילות רגישות לאור. בטיפול ד"ר גאי רפאלי בבלינסון. לפי דיווחו הצינור לא הליח לסגור את ה SHUNT ולכן עבר הקרנות ניסה עד כה טרמדקס ורוקסט

בביקור בתאריך 13/01/2022 בשעה 11:58:06

אהלטרולט הוריד את עוצמת כאי הראש לעומתו האלטרולט הוריד גם הוא את העוצמה, אך שינה את האופי לפועם עז עד כדי חוסר תיפקוד

בביקור בתאריך 14/04/2022 בשעה 10:54:20

האלטרולט בצרף פרבלין 50 פעמיים ביום שינה את אופי הכאב הפסיק להיות פועם אך התחזק. פעם במספר ימים. הפסיק טיפול נרגע הכאב חזר לאופי ראשוני. כעת פעם ב 10 ימים עד שבועיים. הנירוכירוג בשל הבחילות וההקאות הנלוות שוקל טיפול בקנביס.

ממצאים: בביקור בתאריך 21/10/2021 בשעה 11:41:10

מדווח בבלינסון ינואר 2021 ללא קיפוח עצבי.

• HEADACHE

אבחנה:

**סיכום והמלצות:** יפנה לאחד מהרופאים המורשים לקנביס לשם קבלת רישיון ומרשמים לפי הרישום באתר משרד הבריאות. הקנביס מומלץ היות ונותן בדרך כלל תשובה לכאב. יקח בחשבון שהמורשים רשאים לגבות תשלום עברו יעוצם. תשלום זה לא מכוסה על ידי הקופה כמו כן החומר עצמו.

14/04/2022

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

## סיכום ביקור רפואי

|                                |                                          |                          |
|--------------------------------|------------------------------------------|--------------------------|
| שם יחידה: נירולוגיה קוגניטיבית | מנהל/ת המרפאה: דר' ברגמן נועה מ.ר. 82277 | אח/ות אחראית: אורנה מור  |
| טלפון: 03-6973495              | פקס: 03-6974872                          | דוא"ל: ne-c@tlvmc.gov.il |

|                        |                   |                                     |
|------------------------|-------------------|-------------------------------------|
| שם משפחה: כהן          | שם פרטי: חן       | ת.ז.: 201048451                     |
| תאריך לידה: 05/11/1989 | גיל: 32           | טלפון: 054-2215980                  |
| מין: זכר               | מבוטח בקופה: מכבי | כתובת: משה דיין 91<br>חולון 5867302 |

נתוני ביקור - תאריך: 20/07/2022 שעה: 11:38 מספר ביקור: 41682711

## אבחנות בביקור

- OTHER SIGNS AND SYMPTOMS INVOLVING EMOTIONAL STATE (799.29)

## אבחנות רקע

- Arteriovenous malformation(AVM) (747.89) (Left)

## תלונה עקרית

ביקור ראשון

## מחלה נוכחית

ביקור ראשון

הגיע בגפו

בן 33, רווק

מוצא צברי

15 שנות השכלה, תואר ראשון במדעי המחשב

ימני דומיננטי

יש אח עם הפרעת קשב וריכוז, תמיד חשד שגם לו יש הפרעת קשב אבל מעולם לא אובחן

היו קשיים לעיתים בלימודים

רקע רפואי - ב-2019 אובחן עם AVM צרבילרי משמאל, מולד, קליניקה של כאבי ראש ללא דימום פעיל ב-CT עבר 4 צנתורים - ראשון אבחני, 3 לאחר מכן טיפוליים (11/2019, 12/2019, 02/2020), רביעי שלא צלח, לאחר מכן הומלץ על טיפול קרינתי (השלים עד כה אחד) - במעקב בבי"ח בילינסון

סובל מכאבי ראש כרוניים, במעקב מרפאת כאב, ניסיונות טיפול בליריקה ואלטרולט ללא הטבה

שולל שימוש באלכוהול, עישון, חומרים אחרים

מאז הצנתור השלישי מלין כי מתקשה לשמור על ריכוז לאורך זמן. מאבד סבלנות במטלות ארוכות. מתקשה לקרוא טקסטים ארוכים. מתוארת מוסחות משמעותית. קושי בשליפת מילים.

משתמש באסטרטגיות פיצוי, הסביבה פחות מרגישה לדבריו למעט בת זוגתו (אז" משתחרר") נעזר יותר ברישום. מתוארת נטייה לחזור על אמירות ושאלות.

שוכח היכן חפצים בבית.

יתקשה חלקית לשחזר מקריאה או צפייה בטלוויזיה כעבור זמן קצר.

קרה ששכח את הגז דולק. קרה ששכח לנעול את הדלת בעת שיצאה מן הבית.

קריאה וכתביה תקינות. לדבריו היו אירועים בהם היה קושי בהבנה של הנאמר לו.

תמיד התקשה בזמנים. אין קושי בתפיסה מרחבית.

מבחינה התנהגותית - מתאר את מצב רוחו כבסדר, יש רגעים שפחות נחמד לו

שולל נטייה לעצבות או חרדה

אין תיאור של מחשבות שווא או הזיות ראייה.

מבחינה תפקודית - חי עם בת זוג, אינו עובד לדבריו בגלל הקשיים בריכוז. עובד על פרויקטים של תכנות באופן עצמאי בבית מנהל את המשק הביתי ללא שינוי לעומת העבר, כאשר זוכר. פעיל מבחינה חברתית. יוצא עם בת הזוג משתדל לעשות הליכות, משקלות בבית לפעמים מרגיש לא יציב בהליכה, לא היו נפילות, היו מעידות.

שינה - מתקשה להירדם, מתקשה לישון עמוק. אין דיווח על נחירות. מהלך היום נוטה להיות עייף וישנוני. נוטה לנמנם במשך היום במצבים פאסיביים. תיאבון בא והולך לדבריו, תלוי אם נוטל סטרואידים (כעת ללא) או לאחר הקרנה.

עצמאית ברחצה, לבוש, אכילה.

מנהל את חשבון הבנק

אין קושי בתפעול מכשירי חשמל.

נוהג ברכב. אין דיווח על קשיים בנהיגה. מלין על טשטושי ראייה בעין שמאל

MRI אחרון פברואר 2021 (מיועד להדמיית ביקורת בימים הקרובים) הדגים את הממצא המוחי הידוע, ללא רושם לאטרופיה מוחית או הפרעה אחרת ברקמת המוח.

### סיקור כאב

המטופל/ת חש/ה כאב: כן

המטופל מופנה לרופא המטפל בקהילה להמשך טיפול בכאב

### Montreal Cognitive Assessment - MOCA

12:22 20/07/2022

נרשם ע"י דר' נתן טליה מ.ר. 1135290

ביצוע: כן

תפיסה מרחבית: 5

שיום: 3

קשב - חזרה: 2

קשב - 1: go no go

קשב - 3: serial 7

שפה: 2

הפשטה: 2

זכרון מושהה: 3

הערות: נזכר ב-1/5 עם רז קטגורי ו-1/5 עם רמז רב ברירה

התמצאות: 6

השכלה: יותר מ - 12 שנות לימוד

סה"כ: 27

### סיכום ודיון

בן 33, ברקע AVM צרבילרי מ/א צנתורים והקרנה

מלין על קשיים בתחום הקשב והריכוז מזה מספר שנים, ככה"נ מילדות אולם במגמת החמרה מאז גילוי הממצא המוחי וההתערבות הנלווית.

אינו עובד כתוצאה מכך, למעט זאת תפקוד יומיומי מתואר כשמור.

בבדיקתו היום MOCA 27/30, שהינו בטווח התקין. נקודות ירדו על זיכרון מושהה (3/5) אולם נזכר בשאר המילים עם רמזים, ושטף (8 מילים)

MRI מוח אחרון למעט הממצא המוחי הידוע ללא פתולוגיה אחרת ברקמת המוח לרבות אטרופיה - לפי פענוח

הרושם הוא כי מדובר ככה"נ בהפרעה על ספקטום הפרעות הקשב, שהוחמרה סביב התערבויות מוחיות כמפורט, בשילוב עם כאב כרוני, הפרעת שינה וייתכן גם הפרעה אפקטיבית לא מאובחנת. הקליניקה המתוארת, גיל ההתייצגות, המהלך, ממצאי הבדיקות

|            |                |                 |                   |                      |
|------------|----------------|-----------------|-------------------|----------------------|
| שם: חן כהן | ת"ז: 201048451 | ביקור: 41682711 | תאריך: 20/07/2022 | נירולוגיה קוגניטיבית |
|------------|----------------|-----------------|-------------------|----------------------|

כמפורט - פחות תומכים במהלך נירודגנרטיבי.

מופנה להמשך הערכה וטיפול במכון רקאנטי.

הוסבר למטופל וניתן מענה לשאלות.

### המלצות כלליות

המלצה: #ש להביא מכתב זה לרופא/ת המשפחה

#המשך מעקב נירוכירורגי והשלמת הדמיית ביקורת

#מעבדת שינה

#ביקורת פסיכיאטרית/פסיכולוגית להערכה להפרעה אפקטיבית ושקילת טיפול

#בדיקות דם: ספירת דם וספירה מבדלת, שקיעת דם, אלקטרוליטים, תפקודי כבד וכליה, רמת שומנים בדם, ויטמין B12, חומצה פולית, ויטמין D, רמת הומוציסטאין בדם ותפקודי קרישה במידה ואלו לא בוצעו השנה. HIV ו, VDRL

#מומלץ על פעילות קוגניטיבית וחברתית מגוונת לשימור ושיפור יכולת החשיבה.

#מומלץ על פעילות גופנית אירובית, מתונה. 3-4 פעמים בשבוע, 30-45 דקות בכל פעם.

#מעקב ואיזון ג"ס ווסקולריים לרבות איזון שומנים בדם, מעקב ואיזון לחצי דם, HBA1C

#הימנעות מעישון.

#הערכה נירואופתלמולוגית ושדות ראייה ממוחשבים

#השלמת אבחון להפרעות קשב במסגרת הקהילה

#ביקורת אחר תוצאות הבירור אצל נירולוג מטפל בקהילה

#מופנה להמשך הערכה במכון רקאנטי

נחתם ע"י: דר' נתן טליה מ.ר. 1135290

חתימה: \_\_\_\_\_

## TRANSMISSION VERIFICATION REPORT

TIME : 09/11/2022 09:04  
 NAME :  
 FAX :  
 TEL :  
 SER.# : E75410F8N771041

|              |             |
|--------------|-------------|
| DATE, TIME   | 09/11 08:57 |
| FAX NO./NAME | 9426778     |
| DURATION     | 00:07:17    |
| PAGE(S)      | 13          |
| RESULT       | OK          |
| MODE         | FINE PC-FAX |

9/11/2022 08:56

Page 1/13

ARIEL FREIBERG, ADV

אריאל פרייברג, עו"ד

7 ABA HILLEL ST, RAMAT GAN

רחוב אבא הלל 7 רמת גן (בית סילבר)

Tel 03-7412358 , Fax 077-3180983

טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

9.11.22

מ.ל.ב.

לכבוד

המוסד לביטוח לאומי

ענף נכות כללית – סניף ראשון לציון

באמצעות פקס : 03-9426778

א.ג.ג.,

הנדון : חן כהן, ת.ז. 201048451

תיעוד רפואי ומידע נוסף

1. בהמשך למכתבכם מיום 23.10.22 מצ"ב הצהרה ותיעוד רפואי עדכני.

2. לעיונכם וטיפולכם המסור בטיפול להמשך זכאות מרשי אודה.