

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

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

20.9.22

לכבוד

מגדל חברה לביטוח בע"מ

בדואר

מ.ל.ב.
לצרכי מו"מ לפשרה בלבד

א.ג.נ.,

הנדון: נמר אלקרינאוי, ת"ז 201455227
תביעת אובדן כושר עבודה

1. מרשי מבוטח בחברתכם בביטוח אובדן כושר עבודה במסגרת ביטוח פנסיוני.
2. מחמת תאונת עבודה בה נפגע מרשי בתאריך 19.6.22 ומאז מצוי הוא באובדן כושר מלא.
3. יצויין כי למן יום התאונה ועד למועד כתיבת שורות אלה מרותק מרשי לכיסא גלגלים, הוא נזקק לקבלת טיפול רפואי תכוף, לרבות, אשפוזים לצורך התערבויות ניתוחיות וצורך בנטילת משככי כאבים וטיפול תרופתי רב ומגוון.
4. עוד יצויין כי ועדה רפואית מטעמו של המוסד לביטוח לאומי קבע את נכותו הזמנית בשיעור של 100%.
5. מצ"ב טופס תביעה מלא ע"י מרשי, תעודות רפואיות והחלטת המוסד לביטוח לאומי.
6. לעיונכם וטיפולכם המהיר ותשלום תגמולי ביטוח להם זכאי מרשי אודה.


בכבוד רב ובתודה,
אריאל פרייברג, עו"ד



מספר זהות	שם המבוטח
מספר פוליסה	שם הסוכן

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד

הגשת תביעה - אובדן כושר עבודה

טופס מספר 619

א. פרטי המבוטח		מספר זהות	
תאריך לידה	שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות
26/4/1989	נר	אליאס	201455227
מיקוד	ת"ד	מס' דירה	מס' בית
			37
מספר טלפון נייד		מספר טלפון	
053-4240613			
דואר אלקטרוני		שם הרופאים המטפלים / טיפול שלא באמצעות קופת החולים	
שם קופת חולים		שם הרופאים המטפלים / טיפול שלא באמצעות קופת החולים	
מאוחדת ☐ לאומית ☐ מכבי ☐ כללית ☒			

ב. אופן קבלת הודעות ומסמכים יש לבחור מטה את דרך יצירת הקשר עימך, לפי הפרטים שציינת לעיל

* הצהרה למבקשים לקבל הודעות בדואר אלקטרוני:

אני מסכים כי בכל מקום בו מכוח החוק וא/או הפוליסות שיש לי במגדל חברה לביטוח בע"מ, נדרשת החברה, או מי מטעמה, להעביר למבוטח מידע וא/או מסמך בכתב, תהיה לחברה או למי מטעמה אפשרות להעביר אלי את המידע וא/או המסמך בדואר אלקטרוני לכתובת האי-מייל שנרשמה על ידי בטופס זה, במקום בדואר, אף אם הוא כולל "מידע רגיש" כהגדרתו בחוק הגנת הפרטיות.

☐ דואר אלקטרוני (יש למלא גם מספר טלפון נייד)

☐ דואר ישראל

☐ פקס

בהעדר תשובה, הודעות החברה ישלחו אליך בהתאם להוראות במערכת הכללים המצורפת לטופס זה.

אישור למשלוח מסמכים ומידע לסוכן הביטוח בדבר תביעה זו. ☐ יש לסמן ולרשום את שם הסוכן מס' סוכן

הריני מאשר בזאת למגדל חברה לביטוח בע"מ ("להלן - "מגדל") לשלוח וא/או להעביר לידי סוכן הביטוח ששמו רשום מעלה את כל התכתובות וא/או המסמכים הקשורים לתביעה זו, לרבות מידע רפואי בקשר עם תביעה זו וא/או מידע רפואי שנודע למגדל אגב תביעה זו, ולא תהיה לי כל טענה וא/או תביעה כלפי "מגדל" בכל הנוגע להעברת המידע וא/או המסמכים, לרבות המידע הרפואי לסוכן הביטוח וא/או באמצעותו. ככל שלא תמנה את הסוכן שלך לטפל בשמך בתביעה לפי סעיף זה, הוא לא יוכל לקבל מידע הקשור בתביעה זו.

הריני מאשר בזאת כי העתקי התכתובות וא/או המסמכים הקשורים לתביעה, לרבות פירוט הפוליסות שבהן הנני מבוטח ב"מגדל" (שאינן בהכרח פוליסות בהן סוכן הביטוח שלי, שהנני מייפה את כוחו בהסכמתי זו, הינו הסוכן המטפל בהן), יועברו בכל מקרה לסוכן הביטוח שלי בפוליסה.

תאריך	שם פרטי ושם משפחה	מספר תעודת זהות	חתימה *

ג. פרטי האירוע / מצב בריאות

1. אובדן כושר העבודה הנוטע נגרם עקב: ☐ מחלה ☐ תאונת דרכים ☒ תאונת עבודה ☐ תאונה אחרת, פרט: _____

2. מתי קרתה התאונה או מתי הופיעו לראשונה סימני המחלה? _____

3. נא פרט על מהלך הסיבות והתוצאות של התאונה / מחלה? _____

4. האם הינך עדיין מאושפז בבית חולים / בית החלמה אחר? ☒ לא ☐ כן, פרט: _____

5. מי הם הרופאים או המוסדות שטיפלו בך בעקבות ארוע זה? _____

6. מתי עבדת לאחרונה בעבודתך הרגילה? אצל איזה מעסיק? _____

7. האם שבת למקום עבודתך או לעיסוקך מאז קרתה התאונה או מאז התחילה המחלה? ☒ לא ☐ כן. במידה והתשובה הינה כן - אנא מלא את תאריך חזרתך לעבודה: _____

8. האם הינך מסוגל לעבודה כלשהי? ☒ לא ☐ כן, פרט את סוג העבודה: _____

9. האם הינך עוסק כעת בעבודה כל שהיא למען שכר או תגמול? ☒ לא ☐ כן, נא פרט היקף משרה: _____

10. האם תוכל לדעתך לשוב לעבודתך או לעיסוקך טרם קרות האירוע? ☐ לא ☐ כן, פרט מדוע: _____



016196190305010722

עמוד 3 מתוך 19

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מסמך: 619

עובד מגדל: ☐ כן ☐ לא



שם המבוטח	מספר זהות
שם הסוכן	מספר פוליסה

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד

ד. פרטים נוספים על המבוטח / תעסוקה

האם שינית את המקצוע / משלח יד / העיסוק מאז הוצאת הפוליסה הנ"ל? ☐ לא ☐ כן, נא פרט: _____

עיסוקך האחרון טרם קרות האירוע: _____

עיסוקים קודמים במהלך שלוש השנים האחרונות: _____

מקום עבודה: _____ מקצוע: רפא אל גיון

סטטוס העסקה ☒ שכיר ☐ בעלים ☐ שותף בעסק

האם הנך עוסק בניהול: ☐ כן ☒ לא, ככל שהתשובה חיובית יש לענות על השאלות הבאות:

כמה עובדים יש בעסק? _____

כמה עובדים תחת אחריותך / פיקוחך? _____

האם הנך עוסק בהדרכה / פיקוח / ניהול: ☐ כן ☐ לא, ככל שהתשובה חיובית יש לענות על השאלות הבאות:

האם הנך עוסק במגעים עם ספקים? ☐ כן ☐ לא,

האם הנך עוסק במגעים עם לקוחות? ☐ כן ☐ לא,

האם הנך מטפל בכספים? ☐ כן ☐ לא,

האם הנך עובד פיסיית? ☐ כן ☐ לא, תאר במדויק את פעולותיך ומשך הפעולות במהלך יום העבודה: _____

האם תוכל לדעתך לעבוד בעבודה אחרת או בעיסוק שונה? ☐ לא ☐ כן, פרט: _____

האם ברשותך ביטוחים אחרים כגון: נכות מתאונה או תאונות אישיות בחברות ביטוח אחרות? ☒ לא ☐ כן, פרט: _____

האם הנך מבוטח בביטוח נוסף לאובדן כושר עבודה או פנסיה נכות בחברת ביטוח או בקרן פנסיה אחרת? ☒ לא ☐ כן, פרט: _____

האם הנך מקבל או קיבלת תשלומים חודשיים בגין אובדן הכושר לעבודה או בגין הפנסיה שמקורם במעסיק, חברת הביטוח, קרן הפנסיה, ביטוח לאומי, צה"ל/משרד הביטחון וכו' ☐ לא ☐ כן, פרט מקור התשלום: _____ הסכום החודשי: _____ תקופת התשלום: _____

האם הגשת תביעה בגין האירוע למוסד לביטוח לאומי? ☐ לא ☐ כן, ו/או לכל גורם אחר? ☐ לא ☐ כן, פרט: _____

האם הגשת תביעה בגין האירוע לגורם נוסף בחברת מגדל? ☐ לא ☐ כן, מספר התביעה: _____ באיזו מחלקה? _____

ה. אופן תשלום התביעה

תגמולי הביטוח משולמים באמצעות הפקדה לחשבון הבנק

- כאשר גובה הפיצוי החודשי הוא עד 30,000 ש"ח לצרף תצלום המחאה או אישור לניהול חשבון בנק בהם מופיעים פרטי הזיהוי שלך.

- כאשר גובה הפיצוי החודשי הוא מעל 30,000 ש"ח לצרף לחברתנו אישור לניהול חשבון בנק בהם מופיעים פרטי הזיהוי שלך.

במידה והתביעה תאושר, אני מבקש לזכות את חשבוני בבנק שפרטיו להלן בגין תגמולי הביטוח.

שם בעל החשבון	שם הבנק	שם הסניף	מספר הסניף	מספר החשבון
נר אליאן	אלי	שרון הרץ	631/1	3140703

אני מאשר מצהיר ומתחייב כדלקמן:

- כל הנתונים שמסרתי לכם לגבי העברה הבנקאית הנ"ל נכונים, מדויקים ונבדקו על ידי.
- אני מצהיר בזאת שהחשבון הוא על שמי ו/או משותף לי ולבן/בת זוגי.
- ההעברה הבנקאית הנ"ל מבוצעת בהתאם לבקשתי ועל אחריותי בלבד.
- אני מוותר על כל טענה / דרישה / תביעה בקשר להעברה הבנקאית הנ"ל.
- ידוע לי שאין בהסכמתי זו משום התחייבות כלשהי של חברת הביטוח להכיר בכיסוי הביטוחי או בגובה תגמולי הביטוח.

חתימה *

(מהדורה 07.2022)





שם המבוטח	מספר זהות
שם הסוכן	מספר פוליסה

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד

1. הצהרות המבוטח

אני הח"מ מצהיר ומתחייב כי כל האמור לעיל הוא נכון, וכי לא העלמתי דבר הקשור עם התביעה הנוכחית ועם כל הנשאל בטופס זה.
ידוע לי כי עליי להודיע לחברה על כל שינוי במצבי הרפואי ולא התעסקתי, לרבות חזרה לעבודה בעיסוק ובהיקף משרה כלשהם.

תאריך	שם פרטי	שם משפחה	מספר ת.ז.
20.9.22	נרי	סלקינא	201455227
חתימה *			

(מהדורה 07.2022)



016196190505010722

עמוד 5 מתוך 19

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מסמך: 619

עובד מגדל: ☐ כן ☐ לא

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)		חותמת קבלה
מס' זהות סוג 0	דפים המסמך	

המוסד לביטוח לאומי
 מינהל הביטוח והגביה
 מעסיקים
 סניף _____



לכבוד

פטור מתשלום דמי ביטוח ודמי בריאות מהפנסיה
 לאישה נשואה

פרטי המבקשת		שם פרטי נח	שם משפחה אלקי-אל
מספר זהות 201455227		כתובת רחוב / תא דואר 6 רה 31	
מיקוד 0		דירה 6 רה	טלפון קווי 0534240613
דואר אלקטרוני 0		טלפון נייד 0	אני מאשרת קבלת הודעות SMS ☐

הצהרה
הנני מצהירה בזאת כי:
☐ פרשתי לגמלאות החל מתאריך _____.
☐ אני אישה נשואה, עקרת בית ואיני עובדת מחוץ למשק ביתי. כמו כן, בעלי הינו "תושב ישראל".
לפיכך אבקשכם לא לנכות מהפנסיה המשולמת לי באמצעותכם, דמי ביטוח למוסד לביטוח לאומי.
אני מצהירה כי אם יחול שינוי באמור לעיל, אודיע מיידית על כך למשלם הפנסיה.
תאריך 20.9.22 חתימת המבקשת *



יתור על סודיות רפואית וכללית

א. פרטי המצהיר והצהרת ויתור סודיות

שם האב	שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות
	נרי	אקריאל	201455227
מספר טלפון	מיקוד	יישוב	רחוב
053-4240613		רגב	א/א/א 31

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי וא/או רופא וא/או מוסד רפואי לרבות בתי חולים ומרפאות לבריאות הנפש ובכלל זה המרכז לבריאות הנפש "גהה", קופות החולים, רופאיהן, עובדיהן וא/או מי מטעמן וא/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי וא/או לצבא הגנה לישראל וא/או למשרד הביטחון לרבות השתלשלות פרופיל וא/או שירות בתי הסוהר - אישי ורפואי וא/או למשרד החינוך מדור כ"א וגזברות, פירוס בתי ספר והשגי בלימודים וא/או למשרד הפנים וא/או למשרד העלייה וא/או למשרד הקליטה וא/או למנהל האוכלוסין וא/או משטרת הגבולות תעודת בירור פרטים על נוסע - כניסות ויציאות מהארץ וא/או למשרד הבריאות לרבות היחידה לקנאביס רפואי וא/או למכוני גמילה וא/או לשכות הבריאות - כרטיס טיפת חלב וא/או בתי אבות וא/או לעיריות לרבות לשכות הרווחה וא/או למכון לבטיחות בדרכים וא/או למור - המכון למידע רפואי בע"מ/מכון מ.א.ר. וא/או לכל עובד בתחום הסוציאלי וא/או הסיעודי וא/או לכל עובד במוסדות המנהלים קרנות פנסיה (לרבות עמיתים, מקפת ומבטחים קרנות פנסיה בע"מ) וא/או למשרד התעסוקה וא/או לכל חברות הביטוח למסור ל- (להלן: "המבקשים") וא/או מי שמציג כתב הרשאה לפעול מטעמם לאיסוף מידע, את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי וא/או הסוציאלי וא/או הפסיכיאטרי וא/או פסיכולוגי וא/או מצבי בתחום הסיעודי וא/או השיקומי וא/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת, לרבות מידע בגין תביעות מכל סוג וא/או תאונות עבודה וא/או תאונות דרכים וא/או קודמות וא/או מאוחרות כולל תשלומים, סכום הסילוק ומועדו.

אני משחרר בזה את כל המוסדות דלעיל לרבות קופות החולים וא/או כל רופא מרפאיהם וא/או כל עובד מעובדיהם וא/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כלליים וא/או פסיכיאטריים וא/או שיקומיים וכל מינו מסניפי מוסדותיהם, לרבות מכון מור וא/או ב"ח גהה וא/או מרפאות לבריאות הנפש וא/או את כל משרדי הממשלה המפורטים לעיל, חברות הביטוח והמוסדות המנהלים את קרנות הפנסיה, מחובות שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי וא/או השיקומי וא/או הסוציאלי וא/או הסיעודי וא/או הפסיכיאטרי וא/או הגנטי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי כולל חומר המצוי במחשבי מאגר המידע אצל נותני השירותים שפורטו להלן, כולל תיק תביעה מלא, לרבות המוסד לביטוח לאומי כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי, לרבות מידע ממחלקת רציפות ביטוח במל"ל.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופות החולים וא/או למי מרפאיהם וא/או עובדיהם וא/או מי מטעמן וא/או נותני השירותים שלהן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו פיה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א - 1981 וכל חוק אחר שהחליף אותו וא/או בא במקומו והיא על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות פרטיים/ארגוניים לרבות קופות החולים וא/או מרפאיהם וא/או עובדיהם וא/או מי מטעמן וא/או נותני השירותים שיפורטו להלן, לרבות מידע שנמסר על ידי צד שלישי.

כתב ויתור זה מחייב אותי, את עוזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

השימוש במידע ייעשה לצורך צירוף לביטוח ויישוב תביעות בלבד

פרטים נוספים

שם קופת חולים	סניף	מספר חבר	מספר אישי בצה"ל	שם קופת חולים קודמת
נא		201455227		
שמות נותני השירותים לרבות רופאים, מכונים, מעבדות, בתי ספר, גנים				
1.	2.	3.	4.	

ב. במקרה של קטין

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	קרבה	כתובת	חתימת האפוטרופוס
					*
					*

ג. יפיו כוח

הריני מייפה את כוחו של נציג משרד עו"ד _____ או מי שמציג כתב הרשאה לפעול מטעם חברתנו, לקבל את המידע הרפואי המפורט לעיל.

תאריך: 20.9.22

חתימה (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס) *

ד. עד לחתימה

אני הח"מ מאשר כי בתאריך 20.9.22 הופיע בפני המבוטח נרי אקריאל (שם+תז) וחתם על מסמך זה.

עד לחתימה יכול להיות - סוכן ביטוח / עו"ד / רופא / אחות / עובד סוציאלי / פסיכולוג / סוכן הביטוח בצירוף חותמת הסוכן ולא חותמת סוכנות הביטוח - כולל צילום רישיון סוכן.

תאריך: 20.9.22

שם העד לחתימה: חתמה

מספר זהות: 06630930

חתימת כולל וחותמת כולל: חתמה

מספר רישיון: 62254

ה. חתימת המבוטח

תאריך	שם פרטי ושם משפחה	מספר זהות	חתימת המבוטח *
20.9.22	אקריאל נרי	201455227	





עמוד 1 מתוך 2

מספר זהות: 201455227
י"א אלול תשפ"ב
07 ספטמבר 2022

לכבוד
נמר אלקרינאוי
48
רהט 8535700

הנדון: החלטת הוועדה הרפואית

שלום,

כללי 1. במסגרת תביעתך לקצבת נכות מעבודה (תאריך פגיעה 19/06/2022), קבעה לך הוועדה הרפואית המסכמת מיום 05/09/2022 אחוזי נכות לפי הפירוט הבא:

הנכות הרפואית	התקופה
100.0 %	מ-20/06/2022 עד-22/06/2022
100.0 %	מ-19/09/2022 עד-31/12/2022

2. הטיפול בתביעתך הועבר לפקיד התביעות בנפגעי עבודה בסיום התהליך, ישלח אליך מכתב החלטה בנוגע לזכאותך.

לתשומת לבך בתום תקופת הנכות הזמנית, ישלח לך זימון לוועדה נוספת. הכרה כ"נכה נזקק", עשויה לזכותך בהגדלת קצבת הנכות ל-100%, לתקופה שלא תעלה על 4 חודשים. את התביעה הינך מתבקש להגיש תוך 15 יום מקבלת הודעה זו על טופס שניתן להשיג בסניף מגוריך או באתר האינטרנט.

דרגת נכות עשויה לזכות בקצבה מיוחדת בשל צרכים מיוחדים עקב הנכות. לבדיקת זכאותך, אנא פנה למחלקת השיקום בסניף מגוריך.

זכותך וזכות המוסד להגיש ערר לוועדת עררים על אחוזי הנכות הרפואית את הערר יש להגיש בטופס ב.ל. 247 לאחד מסניפי הביטוח הלאומי תוך 60 ימים ממכתב זה. ניתן להוריד את הטופס באתר האינטרנט או לבקש מהמוקד הטלפוני שישלח אליך טופס בדואר. לידיעתך, גם לאחר שתגיש ערעור, תהיה רשאי בכל שלב משלבי הדיון לחזור בך מהערעור ולבטלו.

לשירותך

בסניף ליד ביתך
אשנב רהט, מרכז מסחרי
909, רהט



במוקד הטלפוני
6050 או 04-8812345
שעות מענה:
א' עד ה' מ-8:00 עד 17:00



באתר האינטרנט
www.btl.gov.il





בכל שאלה אנחנו לשירותך.

בברכה,
גלית אביאל
מזכירות ועדות רפואיות

העתק:

עו"ד אריאל פרייברג - עו"ד פרייברג אריאל

דוח ועדה רפואית

נמר אלקרינאוי, מספר זהות 201455227

סניף המגורים	סניף הוועדה	מספר ועדה	תאריך הוועדה
סניף ראשי באר שבע	סניף ראשי באר שבע	NV-24268-5200	05/09/2022

פרטים אישיים

שם:	מספר זהות:	תאריך לידה:	מגדר:	כתובת למשלוח דואר
נמר אלקרינאוי	201455227	26/04/1989	זכר	48, רהט 8535700
טלפון:				
08-9918695				

פרטי התביעה

תאריך הפגיעה	תיאור הפגיעה
19/06/2022	- מעמד תעסוקתי: שכיר - תיאור המקרה: חבלה נחבל ממלגזה - מהות המקרה: שבר בעצם 4 בכף רגל ימין

תשלום דמי פגיעה

תקופות שבהן אושרו דמי פגיעה		
מתאריך	עד תאריך	פירוט
23/06/2022	18/09/2022	88 ימים
תקופות שבהן לא אושרו דמי פגיעה		
מתאריך	עד תאריך	פירוט
19/09/2022	21/09/2022	תום תקופת אי הכושר-ס'92

נוכחות בדיון

התובע נכח בדיון	זהותו ופרטיו אומתו לפי תעודת זהות
עורך דין נכח בדיון	אריאל פרייברג, זהותו ופרטיו אומתו לפי תעודת זהות
הקלטת הדיון	הלקוח סרב להקלטה המייצג הסכים להקלטה

משתתפי הוועדה

ד"ר אביחי גיאת	כירורגיה אורטופדית
עדואן אבו עגאג	מזכיר הישיבה

דברי התובע**פירוט הליקויים מפי התובע ובאי כוחו**

עורך דין | פגיעה מיום 19.6.2022, עבר ניתוח ברגל ימין לאחרונה

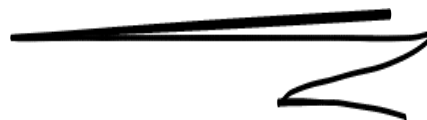
מצב תעסוקתי לאחר הפגיעה

לא חזר לעבודה עקב הפגיעה.

הצהרה**הצהרה של נמר אלקרינאוי**

- אני מאשר כי הפרטים הרשומים מעלה הינם כפי שמסרתי לוועדה הרפואית
- אין הכרות קודמת/טיפול/קבלת חוות דעת חבר הוועדה: עדואן אבו עגאג, ד"ר אביחי גיאת
- אני מסכים להיבדק על ידי חברי הוועדה

חתימה:


ממצאים**מסמכים**

רשימת המסמכים המלאה שעמדה בפני הוועדה נמצאת בנספח

בדיקה

רגל חבושה. עם נעל דרקו.

פצע לא נפתח

מסקנות

מדובר במצב לאחר חבלת מעיכה
איזור נמקיים בקרסול ובכף הרגל
לא בוצעה בדיקה בשלב זה
הסתמכנו על תמונות מהאשפוז
בשלב זה 100 אחוז נכות עד סוף שנה.
הוועדה עיינה במסמך בתחום הפסיכיאטר, בתום זמניות לשבץ אותו לוועדה בתחום הנפשי.

אבחנות**אבחנות**

אבחנה	איבר / צד	תקופה	דגשים
(-שבר סגור בעצמות המסרק (כף הרגל 825.25		19/06/2022	קיים קשר סיבתי
924.20 - חבלה בכף הרגל		19/06/2022	קיים קשר סיבתי

עמוד 3 מתוך 7

תאריך: 05/09/2022

מס' ועדה:
NV-24268-5200

נמר אלקרינאוי, מס' זהות: 201455227

החלטה

התייחסות לתקופת פער בדמי הפגיעה

מתאריך	עד תאריך	מידת הנכות	אחוז נכות משוקלל	הערות
20/06/2022	22/06/2022	זמני	100%	עבור תקופה שעבורה לא הוגשה תעודה רפואית

קביעת אחוזים רפואיים

תקופה	אבחנה	סעיף ליקוי	אחוז הנכות הנובע מהפגיעה	הערות
מ: 19/09/2022 עד: 31/12/2022	חבלה בכף הרגל שבר סגור בעצמות/ות המסרק (כף הרגל)	100%	100% זמני	

שקלול הנכות הרפואית

מתאריך	עד תאריך	מידת נכות	אחוז נכות משוקלל	שקלול לפטור ממס
19/09/2022	31/12/2022	זמני	100%	100%

הצהרה של חברי הועדה

הצהרה של: ד"ר אביחי גיאת

אני מצהיר בזאת כי

- לא נתתי לתובע חוות דעת או אישורים רפואיים בקשר למצבו הרפואי
- איני הרופא המטפל של התובע
- לא קיימת קרבה משפחתית/היכרות אישית ביני לבין התובע
- לא קיימים קשרי עבודה או קשר עסקי עם בא כוח התובע
- לא עמדה בפני חוות דעת ממנהל המחלקה/מנהל בית החולים בו אני עובד

מסמך זה חתום דיגיטלית על-ידי:

שם: ד"ר אביחי גיאת מ"ר 1-116347

רופא מומחה בכירורגיה אורטופדית, מת"מ 36592

הצהרה של מזכיר הוועדה: עדואן אבו עגאג

אני מצהיר בזאת כי לא קיימת קרבה משפחתית או היכרות אישית ביני ובין התובע ואיני נמצא בניגוד עניינים על פי הכללים שקבע המוסד לביטוח לאומי.

מסמך זה חתום דיגיטלית על-ידי:

שם: עדואן אבו עגאג

נספח | מסמכים שעמדו בפני הוועדה

שם המסמך	תאריך המסמך
סיכום תיק- לקראת ועדה רפואית (בל224)	07/08/2022
כרטיס רפואי (רופא מטפל)	02/08/2022
ב. רופא בקהילה - כללי GP-General physician	26/06/2022
ביקור גלובלי במיון ER-global charge	19/06/2022
תעודה ראשונה לנפגע בעבודה First documentation for work injury	23/06/2022
טופס למתן טיפול רפואי לנפגע בעבודה (בל250)	19/06/2022
תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה	28/06/2022
תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה (בל200)	04/08/2022
ביקור גלובלי במיון ER-global charge	29/06/2022
אש. אורטופדיה Orthopedic-hospitalization	07/07/2022
ביקור גלובלי במיון ER-global charge	11/07/2022
אש. אורטופדיה Orthopedic-hospitalization	04/08/2022
ביקור גלובלי במיון ER-global charge	17/07/2022
הפניה למרפאה	19/07/2022
ב. רופא בבי"ח - אורטופדיה Orthopedic-hospital exam	20/07/2022
זימון לתור לרופא/מרפאה	20/07/2022
ביקור גלובלי במיון ER-global charge	23/07/2022
תעודה נוספת לנפגע בעבודה (ב"ל2203) Followup documentation for work injury	14/07/2022
הפניה לדימות	28/07/2022
זימון לתור לרופא/מרפאה	28/07/2022
ב. רופא בקהילה - פסיכיאטר Psychiatry	08/08/2022

נספח מונחים

לנוחותך, הסבר קצר על מושגים שבדו"ח הוועדה ברפואית:

- מהו סעיף ליקוי?
בתקנות הביטוח הלאומי (קביעת דרגת נכות לנפגעי עבודה) יש רשימה של ליקויים רפואיים שמסודרים לפי סעיפים. כל סעיף מפרט את הליקוי הרפואי ואחוז הנכות שלו.
- מהו שקלול לפטור ממס?
פטור ממס הכנסה ניתן למי שנקבעו לו לפחות 90% נכות לצמיתות או לתקופה זמנית של מינימום 185 יום ובלבד שבנכות זו כלול סעיף ליקוי עיקרי בשיעור 40% ומעלה.
מקבלי גמלה ממשרד הביטחון או מקבלי קצבה כנפגעי פעולות איבה שנקבעה להם נכות רפואית של 90% לפחות, אינם נדרשים לסעיף ליקוי עיקרי.
מי שנקבעו לו 75% נכות ומעלה, יתכן ויהיה זכאי להקלות מס אחרות כגון: בקופות גמל.
על מנת למצות זכות זו יש לפנות למס הכנסה.

הוסק ע"י ד"ר קוסטנטין דיכ 16.11.2022

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

שם משפחה: אלקרינאוי שם פרטי: גמר כתובת: אלסלאם 31 רחט 8535700 טלפון: 0534240613 סוג דם: גורם מממן: כללית	תאריך לידה: 26/04/1989 תעודת זהות: 20145522 מין: זכר גיל: 33 שם האב: צאנר	מנהל שרות אורטופדי: מנהל המלרד: ד"ר שניידר יבגני מ.ר. 26765 אחות אחראית רחל דרורי טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 13 38 19/06/2022 מספר ביקור: 2022121904 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL
---	--	---

סיום טיפול במלרד: שחרור

מעבר למחלקה

מקבל ההודעה במחלקה

שעת חודעה למחלקה

שעת העברת למחלקה

אבחנה

• FX OF HEAD OF MTT4 RT FOOT

תלונה עיקרית ומחלה מוכחית

בן 32, בריא בדרך כלל, ללא מחלות רקע ללא רגישות לתרופות. לדבריו, ביום קבלתו נחבל במקום עבודתו כאשר מלגזה עלתה על כף רגלו הימנית. מאז חש כאבים ואינו מסוגל ללכת על כף רגלו. ללא חבלת ראש.

בבדיקתו,

שחב פרקדן במיטתו

רגל ימין - סימני תבלה חיצוניים סמוך לפטישן מדיאלי ולטראלי. רגישות דיפוזית, נפיחות ואדמומיות מעל larsal bones. תנועות גסות חלקיות. ללא חסר MV.

בצילום - ללא רושם לממצא גרמי אקוטי

CT - שבר ראש MTT4

במין -

הושם סד גבס

משכן כאבים

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

מדדים

תאריך וזמן	דופק	לחץ דם	טמפרטורה	PO2	VAS
13.51 19/06/2022	87	138 / 76	37.2	37.2	4

ביצוע תרופות

מין	צורת מינון	תאריך וזמן	תדירות מהוראה	תרופה	מין
Drug Dosage 100 mg	INJ	19/06/2022 20 25	Once	TRAMA INJ 100 mg	IntraVenous

המק: ע"י דר' קונסטנטין דיב 19/06/2022 21:16

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

שם משפחה: אלקרינאי	תאריך לידה: 26/04/1989	מנהל שירות אורטופדי:
שם פרטי: נמר	תעודת זהות: 20145522	מנהל המלר"ד: דר' שניידר יבני
כתובת: אלסלאם 31	מין: זכר	מ.ר. 26765
רהט	גיל: 33	אחות אחראית רחל דרורי
8535700	שם האב: צאבר	טלפון: 08-6400345
טלפון: 0534240613		פקס: 08-6400043
סוג דם:		תאריך ביקור: 13.38 19/06/2022
גורם מממן: כלית		מספר ביקור: 2022121904
		דואר אלקטרוני:
		MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL

IntraVenous	PRAMIN INJ 10 mg	Rate from nurse 0	Once	19/06/2022 20:26	INJ	Drug Dosage 10 mg
		Rate from nurse 0				

סיכום

רגל מרומת
משאכי סאבים על פי צורך
ביקורת בעוד 10 ימים במרפאתינו לצילום ובדיקה
מעקב רופא מטפל
קלקסן מניעתי פעם ביום עד לניידות מלאה.
חופש מחלה חודש
ניידות ללא דריכה על גפה מגובסת בעזרת קביים.
בכל החמרה יש לפנות לבדיקת רופא

המלצות

חופש מחלה: 30 ימים.

רופא אחראי

רופא: דר' קונסטנטין דיב מ.ר. 133112
רופא: בן קיש אביב

בדיקת עזר

תוצאה	תאריך	בדיקה
לא הוקלדה תשובה	19/06/2022	צילום שוק ימין
לא הוקלדה תשובה	19/06/2022	צילום קרסול ימין
לא הוקלדה תשובה	19/06/2022	צילום רגל ימין

הפק ע"י ד"ר קונסטנטין דיב 21:16 19/06/2022

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלד

שם משפחה: אלקרינאוי שם פרטי: נמר כתובת: אלסלם 31 רהט 8535700 טלפון: 0534240613 סוג דם: גורם מממן: כלית	תאריך לידה: 26/04/1989 תעודת זהות: 20145522 מין: זכר גיל: 33 שם האב: צאבר	מנהל שרות אורטופדי: מנהל המלד: ד"ר שניידר יבני מ.ר. 26765 אחות אחראית רחל דחור טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 19/06/2022 13:38 מספר ביקור: 2022121904 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL
---	--	--

19/06/2022	סיבת ההפניה: [חבלת רגלימין לאחר עליית מלגזה על כף רגלימין. סימני המטוטמה, נפיחות והעדר דריכה. שאלה של שבר עם מעורבות מפרקית. חודרה רבה.] כצע: [ט.מ. CT גפה תחתונה בתאריך 19/06/2022 18:37 מ.ג. 1245003898343 מבצע: אנדרי דמיטרייב, ט.מ. CT קרסול; ט.מ. CT כף רגל; [ממצאים: CT קרסול וכף רגלימין במנח אקסיאלי עם שחזורים קורונלי וסגיתלי תפיחות של הרקמות הרכות בכף הרגל והקרסול חשד לשבר עדין ללא תזוזה בקונדיל מדיאלי של הטיביה, אינו מערב את המפרק שבר בעצם מטה טרסלית רביעית שבר עם דחיסה בראש העצם המטא-טרסלית הרביעית, ללא פרגמנטים או מעורבות של המשטח המפרקי.] סיכום: [כמתואר יש להביא צילומים קודמים לכל בדיקה בעתיד] יש לפנות לרופא המטפל עם דוח הפעמח להמשך בירור וטיפול.	ט.מ. CT קרסול
19/06/2022	סיבת ההפניה: [חבלת רגלימין לאחר עליית מלגזה על כף רגלימין. סימני המטוטמה, נפיחות והעדר דריכה. שאלה של שבר עם מעורבות מפרקית. חודרה רבה.] כצע: [ט.מ. CT גפה תחתונה בתאריך 19/06/2022 18:37 מ.ג. 1245003898343 מבצע: אנדרי דמיטרייב, ט.מ. CT קרסול; ט.מ. CT כף רגל; [ממצאים: CT קרסול וכף רגלימין במנח אקסיאלי עם שחזורים קורונלי וסגיתלי תפיחות של הרקמות הרכות בכף הרגל והקרסול חשד לשבר עדין ללא תזוזה בקונדיל מדיאלי של הטיביה, אינו מערב את המפרק שבר בעצם מטה טרסלית רביעית שבר עם דחיסה בראש העצם המטא-טרסלית הרביעית, ללא פרגמנטים או מעורבות של המשטח המפרקי.] סיכום: [כמתואר יש להביא צילומים קודמים לכל בדיקה בעתיד] יש לפנות לרופא המטפל עם דוח הפעמח להמשך בירור וטיפול.	ט.מ. CT כף רגל

סורוקה מרכז רפואי אונקולוגי
ד"ר קונסטנטין דיב
מנהל המלד
133112
חתימה: מ"ר

מכתב נחתם ע"י ד"ר קונסטנטין דיב מ.ר. 133112

לפני שחרורך אל תשנה/י לשאלו 3 שאלות שסייעו להבנת מצבך הרפואי: מה הבעיה הרפואית שלך? מה עלי לעשות כדי לספל בבעיה? למה חשוב שאעשה זאת?

מטופל/ת נכבד/ה,
באחריותך לבדוק עם קופת החולים בה הנך מבטח/ת, האם המשך טיפול במרכז הרפואי סורוקה דורש הפניה או התחייבות.

הודפס ב: 26/05/2022 10:57
ת.ד. 500 ע.י. נסרין שרקאוי
רישום מנהלית 26/05/2022 10:48

רישום ליקורים
אלקרינאוי נקרה ת.ד. 7-20145522-00; גיל: 33.2

מקדח

מקדח
15.4

דיון/הוכנית טיפולית טיפול לפי מרשם.

המשך מעקב אורתופד.

מנוחה שינוי תנוחה בהדרגה, להנכיד של שתייה מרובה, נגד כאבים לפי הצורך
בכל החמרה אקוטית או היעדר שיפור יש לחזור להערכה רפואית.

תדירות	הגשה	יחידה	סל"ג	משך	CP	P	Q	N	W
1	TAB	30	15	D	30	15	30	15	30
1	TAB	30	15	D	30	15	30	15	30

פרטי ערכון

שם מרפאה מרפאת רהט ב

קוד מרפאה 7433

קוד מחזור 09

תאריך עדכון 26/06/2022

רופא מעדכן נסרין שרקאוי

מס רשיון 146581

מקצוע המעדכן : רפואת משפחה

מחשבים פרטי

האפק עליו נרשם מידעל 30/06/2022 00:42

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלד

שם משפחה: אלקרסור שם פרטי: נמר כתובת: אלסלאם 31 רח' 8535700 טלפון: 0534240613 סוג דם: גורם מממן: כללית	תאריך לידה: 26/04/1989 תעודת זהות: 20145522 מין: זכר גיל: 33 שם האב: צאבר	מנהל שרת אורטופדי: מנהל המלד: ד"ר שניידר יבגני מ.ר. 26765 אחות אחראית רחל דרורי טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 19 50 29/06/2022 מספר ביקור: 2022130437 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG IL
---	--	--

סיכום סיפול במלד: שחרור

מועבר למחלקה

שעת הדעה למחלקה

מקבל הדעה במחלקה

שעת העברה למחלקה

אבחנה

• FX OF HEAD OF MTT4 RT FOOT

תלונה עיקרית ומחלה נוכחית

סבים ברגל מעובסת

ב. 10, 33 ימים לאחר תולדת רגל ימין. השלים סיטי עם שברים ללא תזוזה סביב פטישון מדיאלי, עצם נביקולארית וצוואר מסרק 4 כעת.

הגיע בשל סבים ותחושת לחץ, רגל ימין בסד גבס, נפיחות בבהונות, כאב

האסר סד גבס שלפוחית ופצעים מדיאליים ולטרלאליים, בוצעה שטיפה וסרת שלפוחית. הונחה תבישת גרזולין עם כולדון רגל בתבישת גבס

להמשך מעקב רוחא מטפל נגד סבים

תבישות פולדון להחלפה מלי יומיים שימוש בקביים ללא גרזנה על רגל שמאל ביקורת קלינית מרפאות חץ בעוד שבוע בכל החמרה לפנות לטיפול חדר המשך קלקסן

לא ידועה רגישות לתרופות לא ידועה רגישות לחומרים

מדדים

תאריך וזמנה	דופק	לחץ דם	טמפרטורה	תס. PCO	VAS
21.23 29/06/2022	98	144 / 80	98	36.6	0
20.05 29/06/2022					2

הופק ע"י דר' עמנואל מיכאל מ-30/06/2022 00:42

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

מנהל שרות אורטופדי: מנהל המלר"ד: דר' שניידר יבגני מ.ר. 26765 אחות אחראית רחל דרור טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 19.50 29/06/2022 מספר ביקור: 2022130437 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL	תאריך לידה: 26/04/1989 תעודת זהות: 20145522 מין: זכר גיל: 33 שם האב: צאבר	שם משפחה: אלקרינאוי שם פרטי: נמר כחובת: אלסלאם 31 הט 8535700 טלפון: 0534240613 סוג דם: גורם מחמין: כלית
---	--	--

ביצוע תרופות

מינון	צורת מינון	תאריך ושעה	תזמון מהוראה	תרופה
Drug Dosage: 1250 mg	SYR	29/06/2022 20:16 גרייסון טיטאנה	Once Rate from nurse: 0	Oral V-DALGIN 1 25g/5ml SYP 1750 mg

רופא אחראי

רופא: דר' עמנואל מיכאל מ.ר. 1145617

בדיקות עזר

בדיקה	תאריך	תוצאה
צילום שוק ימין	29/06/2022	לא הוקלדה תשובה
צילום קרסול ימין	29/06/2022	לא הוקלדה תשובה
צילום כף רגל ימין	29/06/2022	לא הוקלדה תשובה

חתימה:

החתימה של מרכז רפואי אוניברסיטאי
דר' עמנואל מיכאל
מ.ר. 1145617
מ.ר. 1145617
מ.ר. 1145617

מכתב נחתם ע"י דר' עמנואל מיכאל מ.ר. 1145617



סורוקה מרכז
רפואי
אוניברסיטאי

סורוקה
רפואי
אוניברסיטאי



הופק על ידי פורטנו ליטל מ.ר. 151204 07/07/2022 11:08

סיכום שחרור רפואי

שם משפחה:	אלקרינאי	ת. לידה:	26/04/1989	מחלקה לאורטופדיה ב
שם פרטי:	נמר	ת. זהות:	20145522-7	דר: דר' פריזם חאי מ.ר. 19468
כתובת:	אלסלאם 31, רהט 8535700	מין:	זכר	אחמחות אחראיים: לילה גרינשפון
טלפון:	0534240613	גיל:	33	מס' קבלה למחלקה: 2022060073
סוג דם:		שם האב:	צאבר	טלפון: 08-6245235
גורם מממן:	דחם			פקס: 08-6271922
				קבלה למיון: Jul 2 2022 7:09PM
				קבלה למחלקה: 22:25 02/07/2022
				מי אשפוז במחלקה: 6

תקופת אשפוז
תאריך כניסה למחלקה 02/07/2022 - תאריך שחרור מהמחלקה 07/07/2022

אבחנות בשחרור
• UNKNOWN OR UNSPECIFIED CAUSE OF MORBIDITY (DIAGNOSIS DEFERRED) (Left) (7999) INFECTED ULCER LT HEEL

תלונה עקרית

נקרזים של העור לאחר תבלת רגל

מחלה נוכחית

ב 33 ב 19.6.22 נתבל ברגל שמאל ע"י מלגזה בעבודתו, ביקר במיון ואובחן עם השברים הבאים שבר קווי ללא תזחה בפטישון המדיאלי של הטיביה.

שבר קו ללא תזחה בספקט המדיאלי של עצם הנביקולריס.

שבר עם דחיסה של הפרגמנטים בצוואר של עצם המסרק הרביעי.

ב 29.6.22 ביקר שוב במיון בשל כאבים הוסר גבס שלפוחיות שטמלו מקומית עם הנחת חבישת גומס כעת שב למיון בשל כאבים עזים שלא מגיבים למשככי כאבים לא בוקר אם היה חום

חבישה הוסרה, אזורים מקרטים נרחבים מעל HINDFOOT עם אודם מקומי ללא הפרשה פעילה

ביעוץ פלסטיקה הוגחה חבישת KSEPT וגבס אנטריורי

בדיקות דם ללא ליקויים CRP 3.5

טופל במנה ראשונה של זימפר במיון וקלקסן

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

סטטוס חיסון ל- COVID-19 בקבלה

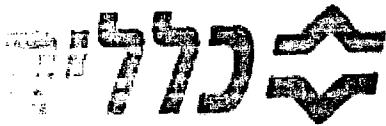
מועד עדכון: 23:59 02/07/2022	קבלה
סטטוס חיסון	חיסון ראשון Pfizer
האם הייתה אבחנה של COVID-19?	כן

מדדים בקבלה

תאריך תשעה	חום	רמת כאב	דופק	לחץ דם	סטורציה
09:20 07/07/2022		0			
08:53 07/07/2022		4			
07:59 07/07/2022		0			
07:14 07/07/2022			68		99
07:13 07/07/2022	37			105 / 66	

יפוצים

רופא מבקש: דר אבליץ ארטיזם מ.ר. 162447
מועד הבקשה: 03/07/2022 12:09



סורוקה מרכז
רפואי
אוניברסיטאי

סורוקה
רפואי
אוניברסיטאי

סורוקה
רפואי
אוניברסיטאי

סיכום שחרור רפואי

מחלקה לאגרוטופדיה ב
דר: דר פריים תאי מ ר 19468
אחלשות אחראיים: לילה גרנשפון
מס' קבלה למחלקה: 2022060073

שם משפחה:	אלקרינאי	תאריך לידה:	26/04/1989
שם פרטי:	נמר	ת. זכות:	20145522-7
סוג דם:		שם האב:	זאבד

המלצה: המשך מעקב רופא מטפל
משככי כאבים ע"פ הצורך
לא דרינה על הרגל - שימוש בקביים
המשך טיפול אנטיביוטי נמפרט מטה
המשך טיפול בחבישות מדירתי וגרוליד להחלפה פעם ביום
ביקורת מרפאות חץ אגרוטופדיה מרפאת פצע בעוד שבוע - נא לתאם תור ווהלגיע עם מכתב התייבות
המשך טיפול בקלקסן מינון מניעה עד מבילציה מלאה
בכל החמרה יש לפנות לבדיקת רופא בהקדם

ציודי אומדנים - אומדן רגל סוכרתית - חדש

אומדן	אומדן	תאריך	ציון	מסמך
אומדן רגל סוכרתית - חדש	03/07/22 00:21	0	רמת סיכון נמוכה לפתח פצע	

הרפאת ממלצות להמשך טיפול

שם התרופה	אופן מתן	מינון	תדירות משך	אריזות/ניסוח	הערות	מחש
CLEXANE PREFILLED 40mg/0.4ml (29M) (ENOXAPARIN)	SubCutaneous	mg 40	X 1 1 יום	30 מים		✓
medihoney antibacterial dressing (medihoney antibacterial dressing)	Topical	Topical 1	X 1 מים	14 מים		✓
GRASSOLIND (GRASSOLIND)	Topical	Topical 1	X 1 מים	14 מים		✓
TRAMADOL (TRAMADOL) HYDROCHLORIDE	Oral	mg 100	X 1 יום	5 מים		✓
ROKACET PLUS (PARACETAMOL,CAFFEINE,CODEINE PHOSPHATE)	Oral	cap 1	X 3 יום	7 מים		✓
OPTALGIN DRP 500mg/mL (500mg in 25 Drops) (DIPYRONE)	Oral	mg 1250	X 3 יום	7 מים		✓

תוצאות מעבדה

פרמטר	בדיקה	ערך ייחוס	06/07/22 09:15	06/07/22 08:48
המטולוגיה	HB (g/dL)	14.0-18.0	14.8	
המטולוגיה	HCT (%)	42.0-52.0	42.4	
המטולוגיה	RBC ($10^6/\mu\text{L}$)	4.70-6.10	4.99	
המטולוגיה	MCV (fL)	80.0-94.0	85.0	
המטולוגיה	MCH (pg)	27.0-31.0	29.3	
המטולוגיה	MCHC (g/dL)	33.0-37.0	34.4	
המטולוגיה	RDW-CV (%)	11.5-14.5	12.0	
המטולוגיה	RDW-SD (fL)		36.9	
המטולוגיה	WBC ($10^3/\mu\text{L}$)	4.80-10.80	5.70	
המטולוגיה	NEUT abs ($10^3/\mu\text{L}$)	1.90-8.00	2.79	
המטולוגיה	LYMP abs ($10^3/\mu\text{L}$)	0.90-5.20	1.98	

הוסף ע"י ד"ר נץ גרינברג 23/07/2022 19:29

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

שם משפחה: אלקרינאו שם פרטי: גמר כתובת: אלסלאם 31 רחט 8535700 טלפון: 0534240613 סוג דם: גורם מממן: כלית	תאריך לידה: 26/04/1989 תעודת זהות: 20145522 מין: זכר גיל: 33 שם האב: צאבר	מנהל שרת אורטופדי: מנהל המלרד: ד"ר שניידר יבגי מ.ר. 26765 אחות אחראית רחל דחור טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 23/07/2022 16:06 מספר ביקור: 2022148917 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL
---	--	---

פחפיל	בדיקה	ערכי ייחוס	23/07/22 17:56	23/07/22 17:55	23/07/22 17:36
המטולוגיה	MCH (pg)	27.0-31.0			29.8
המטולוגיה	MCHC (g/dL)	33.0-37.0			33.9
המטולוגיה	RDW-CV (%)	11.5-14.5			11.9
המטולוגיה	RDW-SD (fL)				38.4
המטולוגיה	WBC (*10 ³ /ul)	4.80-10.80			5.57
המטולוגיה	NEUT.abs (*10 ³ /ul)	1.90-8.00			3.15
המטולוגיה	LYMP.abs (*10 ³ /ul)	0.90-5.20			2.39
המטולוגיה	MONO.abs (*10 ³ /ul)	0.16-1.00			0.73
המטולוגיה	EOS.abs (*10 ³ /ul)	0.00-0.80			0.25
המטולוגיה	BASO.abs (*10 ³ /ul)	0.00-0.20			0.05
המטולוגיה	NEUT% (%)				47.9
המטולוגיה	LYM% (%)				36.4
המטולוגיה	MONO% (%)				11.1
המטולוגיה	EOS % (%)				3.8
המטולוגיה	BASO % (%)				0.8
המטולוגיה	NORMOBLAST.abs (*10 ³ /ul)				0.00
המטולוגיה	NORMOBLAST.% (%)				0
המטולוגיה	PLT (*10 ³ /ul)	130-400			371
המטולוגיה	MPV (fL)	7.1-11.1			10.4
המטולוגיה	PCT (%)				0.3900
ביאכמיה	HEMOLYTIC (mg/dL)	0		1	
ביאכמיה	ICTERIC (mg/dL)	0		0	
ביאכמיה	LIPEMIC (mg/dL)	0		0	
ביאכמיה	GLUCOSE (mg/dL)	70-100		85	
ביאכמיה	UREA (mg/dL)	17.0-43.0		28.3	
ביאכמיה	CREATININE (mg/dL)	0.67-1.17		0.84	
ביאכמיה	BILIRUBIN TOTAL (mg/dL)	0.30-1.20		0.34	
ביאכמיה	BILIRUBIN-DIRECT (mg/dL)	0.00-0.20		0.08	
ביאכמיה	BILIRUBIN INDIRECT (mg/dL)			0.26	
ביאכמיה	SODIUM (mEq/L)	135-145		137	
ביאכמיה	POTASSIUM (mEq/L)	3.5-5.1		4.2	
ביאכמיה	CHLORIDE (mEq/L)	98-106		101	

הוסף על ידי ד"ר כץ גריגורי 29:19 23/07/2022

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

שם משפחה: אלקרינאוי שם פרטי: נמר כתובת: אלסלאם 31 רהט 8535700 טלפון: 0534240613 סוג דם: גורם מממן: כללית	תאריך לידה: 26/04/1989 תעודת זהות: 20145522 מין: זכר גיל: 33 שם האב: צאבר	מנהל שרות אורטופדי: מנהל המלרד: ד"ר שניידר יבנני מ.ר. 26765 אחות אחראית רחל דחרי טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 23/07/2022 16:06 מספר ביקור: 2022148917 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL
--	---	--

פרופיל	בדיקה*	ערכי ייחוס	23/07/22 17:58	23/07/22 17:55	23/07/22 17:36
ביאכימיה	CALCIUM (mg/dL)	8.80-10.60		9.38	
ביאכימיה	PHOSPHORUS (mg/dL)	2.5-5.0		4.0	
ביאכימיה	MAGNESIUM (mg/dL)	1.60-2.60		1.86	
ביאכימיה	ALK PHOSPHATASE (U/L)	30-120		103	
ביאכימיה	AST (GOT) (U/L)			נפסל - רביעה המוליטית	
ביאכימיה	ALT (GPT) (U/L)	0-45		39	
ביאכימיה	GGT (U/L)	0-55		47	
ביאכימיה	AMYLASE (U/L)	28-100		70	
ביאכימיה	LIPASE (U/L)	0-67		19	
אופטו-סרו	C-REACTIVE PROTEIN (mg/dL)	0.02-0.50		1.54†	

* חדשים זה אינו כולל הערת עבר מדבקה או בדיקה


חתימה:

מכתב נחתם על ידי ד"ר כץ גריגורי מ.ר. 182276

לפני שחרור אל חשכה/ לשאול 3 שאלות שיסייעו להבנת מצבך הרפואי: מה הבעיה הרפואית שלך? מה עלי לעשות כדי לטפל בבעיה? למה חשוב שאעשה זאת?

מטופל/ת נכבד/ה,
באחריותך לבדוק עם קופת החולים בה הנך מבטח/ת, האם המשך טיפול במרכז הרפואי סורוקה דורש הפניה או התחייבות.

הופק על ידי פורטני לטל 11/07/2022 21:10

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלד

08-6403785

שם משפחה: אלקרינאי שם פרטי: נמר כתובת: אלסלם 31 רח' 8535700 טלפון: 0534240613 סוג דם: גורם מממן: כללית	תאריך לידה: 26/04/1989 תעודת זהות: 20145522 מין: זכר גיל: 33 שם האב: צאבר	מנהל שרות אורטופדי: מנהל המלד: ד"ר שניידר 'בג'י מ.ר. 26765 אחות אחראית רחל דרור טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 11/07/2022 13 44 מספר ביקור: 2022139347 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL
---	--	--

אבחנה

• OBSERVATION AND EVALUATION FOR SUSPECTED CONDITIONS NOT FOUND (V71)

תלונה עיקרית ומחלה נוכחית

בן 33 ב 19.6.22 נחבל בגול שמאל על מלמה בעבודתו.
ביקר במיון ואובחנו עם השברים הבאים -
שבר קווי ללא תחזה בפטישון המדאלי של הטיביה.
שבר קווי ללא תחזה בספקט המדאלי של עצם הנביקולריס.
שבר עם דחיסה של הפרגמנטים בצומאר של עצם המסרק הרביעית.
ב 29.6.22 ביקר שוב במיון בשל כאבים הוסר גבס שלפוחיות שטופל מקומית עם הנחת תבישת גונס
ב-2.7 אושפד בשל מקרחים של הער לאחר תכלת קרסול וכף רגל נמתאר, טופל בחבישות דבש ואנטיביוטיקה.
מעת שוב למיון בשל כאבים עזים שלא מגיבים למשכני כאבים - Tramadex + Rokacet.
לטענת פספס תור למעקב.
ללא מחלות אחרות ברקע, ללא רגישויות.

בבדיקת-

לא ידועה רגישות לתרופות
לא ידועה רגישות לחומרים

מדדים

תאריך ושעה	דופק	לחץ דם	סטורציה	PO din	VAS
14:56 11/07/2022					5
13:52 11/07/2022	65	121 / 62	99	36.8	8

מהלך ודיון

תאריך ושעה	נושא	נרשם על ידי	פרטים
11/07/2022 19.10	ד"ר פורטני לטל מ.ר. 151204	מטופל עם הרקע לעיל היה מחונקן להגיע לביקורת מרפאות חץ אורטופדיה אך לא הגיע כי לא ידע שיש לו תור הגיע בשל כאבים נמ גם לא ניפק את האנטיביוטיקה שניתנה בשחרור	

הופק על ידי פורטנו ליטל 11/07/2022 21:10

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלד

שם משפחה: אלקרינאי שם פרטי: נמר כתובת: אלסלאם 31 רהט 8535700 טלפון: 0534240613 סוג דם: גורם מממן: כללית	תאריך לידה: 26/04/1989 תעודת זהות: 20145522 מין: זכר גיל: 33 שם האב: צאבר	מנהל שרות אורטופדי: מנהל המלד: ד"ר שניידר יבני מ.ר. 25765 אחות אחראית רחל דחרי טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 11/07/2022 13:44 מספר ביקור: 2022139347 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG IL
--	--	---

בבדיקתו פצע בשיפור רקמת גרונלציה יפה, אזורים מקומיים
בנסיגה
בוצעה הטרייה של הפצע עם חבישת כלמיניל
מעבדה לא אלקיזיסטים CRP 1.5 יציב
טופל באנלגטיקה
מאחר ולא נטל עד כה אנטיביוטיקה אין מקום להתחלת טיפול כעת
משחרר לביתו בהמלצות מטה

ביצוע תרופות

מינן	צורת מינן	תאריך ושעה	תזמון מהוראה	תרופה	מינן
Drug Dosage: 1250 mg	SYR	11/07/2022 13:52 בחס לילך רגינה	Once Rate from nurse 0	V-DALGIN 1.25g/5mL SYR 1250 mg	Oral
Drug Dosage: 1000 mg	INF	11/07/2022 20:34	Once Rate from nurse:0	PERFALGAN INF 1000 mg	IntraVenous

המלצות

המלצה: המשך מעקב רופא מטפל
משכי כאבים ע"פ הצורך
ללא דריכה על הרגל
חבישות דבש כפי שהמלץ בשחרור פעם ב 3 ימים לאחר שטיפה עם מיס וסבון
ביקורת מרפאות חץ אורטופדיה בעוד שבוע - נא לתאם תור להגיע עם מכתב התחייבות
המשך טיפול קלקסן מניעתי עד מבליציה מלאה
בכל התמרה יש לפנות לבריכת רופא בהקדם

רופא אחראי

רופא: ד"ר פורטנו ליטל מ.ר. 151204

תוצאות מעבדה באירוע

פרמיל	בדיקה	ערכי ייחוס	11/07/22 20:34	11/07/22 20:24	11/07/22 20:14	11/07/22 19:44	11/07/22 19:43
המטולוגיה	PT-INR			0.88			
המטולוגיה	PT-SEC (Sec)	10.00-13.50		11.00			

11/07/2022 21:10 פרטי ליל

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

שם משפחה: אלקרימאי שם פרטי: נמר כתובת: אלסלאם 31 רהט 8535700 טלפון: 0534240613 סוג דם: גורם מממן: כללי	תאריך לידה: 26/04/1989 תעודת זהות: 20145522 מין: זכר גיל: 33 שם האב: צאבר	מנהל שרות אורטופדי: מנהל המלרד: ד"ר שניידר יבני מ.ר. 26765 אחות אחראית רחל דהרי טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 11/07/2022 מספר ביקור: 2022139347 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL
---	--	--

פרמיל	בדיקה*	ערכי יחוס	11/07/22 20:34	11/07/22 20:24	11/07/22 20:14	11/07/22 19:44	11/07/22 19:43
המטולוגיה	PT % (%)			102			
המטולוגיה	CONTROL PT (Sec)			12.0			
המטולוגיה	APTT-sec (Sec)	26.0-39.0		42.2			
המטולוגיה	CONTROL PTT (Sec)			30.0			
המטולוגיה	FIBRINOGEN CALCU (mg/dL)	200-500		663			
המטולוגיה	HB (g/dL)	14.0-18.0	15.2				16.1
המטולוגיה	HCT (%)	42.0-52.0	45.5				47.2
המטולוגיה	RBC (*10 ⁶ /ul)	4.70-6.10	5.22				5.41
המטולוגיה	MCV (fl)	80.0-94.0	87.2				87.2
המטולוגיה	MCH (pg)	27.0-31.0	29.1				29.8
המטולוגיה	MCHC (g/dL)	33.0-37.0	33.4				34.1
המטולוגיה	RDW-CV (%)	11.5-14.5	12.0				12.3
המטולוגיה	RDW-SD (fl)		38.5				38.8
המטולוגיה	WBC (*10 ³ /ul)	4.80-10.80	8.97				7.16
המטולוגיה	NEUT.abs (*10 ³ /ul)	1.90-8.00	2.87				2.98
המטולוגיה	LYMP.abs (*10 ³ /ul)	0.90-5.20	3.06				3.11
המטולוגיה	MONO.abs (*10 ³ /ul)	0.16-1.00	0.73				0.74
המטולוגיה	EOS.abs (*10 ³ /ul)	0.00-0.80	0.25				0.27
המטולוגיה	BASO.abs (*10 ³ /ul)	0.00-0.20	0.06				0.06
המטולוגיה	NEUT% (%)		41.1				41.7
המטולוגיה	LYM% (%)		43.9				43.4
המטולוגיה	MONO% (%)		10.5				10.3
המטולוגיה	EOS % (%)		3.6				3.8
המטולוגיה	BASO % (%)		0.9				0.8
המטולוגיה	NORMOBLAST.abs (*10 ³ /ul)		0.00				0.00
המטולוגיה	NORMOBLAST % (%)		0				0
המטולוגיה	PLT (*10 ³ /ul)	130-400	549				439
המטולוגיה	MPV (fl)	7.1-11.1	9.8				9.9
המטולוגיה	PCT (%)		0.5400				0.4400
בינחית	HEMOLYTIC (mg/dL)	0		0	1		
בינחית	ICTERIC (mg/dL)	0		0	0		
בינחית	LIPEMIC (mg/dL)	0		0	0		

המסמך נוצר על ידי מערכת לטל 11/07/2022 21:10

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלוד

שם משפחה: אלקרינאו שם פרטי: גמר כתובת: אלסלאם 31 רהט 8535700 טלפון: 0534240613 סוג דם: גורם מחמין: כלית	תאריך לידה: 26/04/1989 תעודת זהות: 20145522 מין: זכר גיל: 33 שם האב: צאבר	מנהל שרות אורטופדי: מנהל המלוד: דר' שניידר יבגני מ.ר. 26765 אחות אחראית רחל דחור טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 11/07/2022 13:44 מספר ביקור: 2022139347 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL
--	--	---

פרמטר	בדיקה	ערך ייחוס	11/07/22 20:34	11/07/22 20:24	11/07/22 20:14	11/07/22 19:44	11/07/22 19:43
גלוקוז	GLUCOSE (mg/dL)	70-100			90	96	
יוריד	UREA (mg/dL)	17.0-43.0			34.5	34.8	
קריאטין	CREATININE (mg/dL)	0.67-1.17			0.73	0.85	
בילירובין כולל	BILIRUBIN TOTAL (mg/dL)	0.30-1.20			0.40	0.32	
בילירובין ישיר	BILIRUBIN-DIRECT (mg/dL)	0.00-0.20			0.09	0.09	
בילירובין עקיף	BILIRUBIN INDIRECT (mg/dL)				0.31	0.23	
סודיום	SODIUM (mEq/L)	135-145			137	137	
פוטאשיום	POTASSIUM (mEq/L)	3.5-5.1			3.9	4.6	
כלוריד	CHLORIDE (mEq/L)	98-106			100	100	
קalcium	CALCIUM (mg/dL)	8.80-10.60			9.63	9.93	
פוספורוס	PHOSPHORUS (mg/dL)	2.5-5.0			4.7	5.0	
מגנזיום	MAGNESIUM (mg/dL)	1.60-2.60			1.97	2.03	
אלק. פוספאטאז	ALK. PHOSPHATASE (U/L)	30-120			107	103	
AST (GOT)	AST (GOT) (U/L)	0-35			57↑	נכשל - דגימה המוליטית	
ALT (GPT)	ALT (GPT) (U/L)	0-45			106↑	106↑	
GGT	GGT (U/L)	0-55			62↑	59↑	
אמילאז	AMYLASE (U/L)	28-100			57	54	
ליפאז	LIPASE (U/L)	0-87			12	13	
CRP	C-REACTIVE PROTEIN (mg/dL)	0.02-0.50			1.55↑	1.48↑	

* תורפים זה אינו כולל הערכת עבור מדבקה או בדיקה

בדיקות עזר

חומצה	תאריך	בדיקה
לא הוקלדה תשובה	11/07/2022	צילום קרסול ימין במסגרת גפה תחתונה
לא הוקלדה תשובה	11/07/2022	צילום כף רגל ימין במסגרת גפה תחתונה

11/07/2022 21:10 פורטופורט

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלד

מנהל שירות אורטופדי: מנהל המלד"ד: דר' שניידר יבני מ.ר. 26765 אחות אחראית רחל דרור טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 11/07/2022 13:44 מספר ביקור: 2022139347 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL	שם משפחה: אלקרינאי שם פרטי: נמר כתובת: אלסלאם 31 רהט 8535700 טלפון: 0534240613 סוג דם: גורם ממן: כלית	תאריך לידה: 26/04/1989 תעודת זהות: 20145522 מין: זכר גיל: 33 שם האב: גאבר
---	--	--

יחידות	בדיקה	ערכי ייחוס	11/07/22 20:34	11/07/22 20:24	11/07/22 20:14	11/07/22 19:44	11/07/22 19:43
בינמיה	GLUCOSE (mg/dL)	70-100			90	96	
בינמיה	UREA (mg/dL)	17.0-43.0			34.5	34.8	
בינמיה	CREATININE (mg/dL)	0.67-1.17			0.73	0.85	
בינמיה	BILIRUBIN TOTAL (mg/dL)	0.30-1.20			0.40	0.32	
בינמיה	BILIRUBIN-DIRECT (mg/dL)	0.00-0.20			0.09	0.09	
בינמיה	BILIRUBIN INDIRECT (mg/dL)				0.31	0.23	
בינמיה	SODIUM (mEq/L)	135-145			137	137	
בינמיה	POTASSIUM (mEq/L)	3.5-5.1			3.9	4.6	
בינמיה	CHLORIDE (mEq/L)	98-106			100	100	
בינמיה	CALCIUM (mg/dL)	8.80-10.60			9.63	9.93	
בינמיה	PHOSPHORUS (mg/dL)	2.5-5.0			4.7	5.0	
בינמיה	MAGNESIUM (mg/dL)	1.60-2.60			1.97	2.03	
בינמיה	ALK. PHOSPHATASE (U/L)	30-120			107	103	
בינמיה	AST (GOT) (U/L)	0-35			57	נפסל - רגילה המוליטית	
בינמיה	ALT (GPT) (U/L)	0-45			106	106	
בינמיה	GGT (U/L)	0-55			82	59	
בינמיה	AMYLASE (U/L)	28-100			67	64	
בינמיה	LIPASE (U/L)	0-67			12	13	
אימנו-סר	C-REACTIVE PROTEIN (mg/dL)	0.02-0.50			1.55	1.48	

תדפיס זה אינו כולל הערות עבור מרבקה או בדיקה

בדיקות עור

תוצאה	תאריך	בדיקה
לא הוקלדה תשובה	11/07/2022	צילום קרסולימין במסגרת גפה תחתונה
לא הוקלדה תשובה	11/07/2022	צילום כף רגלימין במסגרת גפה תחתונה

תקנות
כללית

סורוקה
מרכז רפואי אונקולוגי
קרית גת

הופק על ידי ד"ר פורטנוי ליטל 11/07/2022 21:10

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלד

מנהל שרות אורטופדי: מנהל המלד"ד: דר' שניידר יבגני מ.ר. 26765 אחות אחראית רחל דהרי טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 11/07/2022 13.44 מספר ביקור: 2022139347 דואר אלקטרוני: MA@SOROKALIT.ORG.IL	תאריך לידה: 26/04/1989 תעודת זהות: 20145522 מין: זכר גיל: 33 שם האב: צאבר	שם משפחה: אלקרינאוי שם פרטי: נמר כתובת: אלסלאם 31 רהט 8535700 טלפון: 0534240613 סוג דם: גורם מממן: כללית
--	--	---

מכתב נחתם ע"י ד"ר פורטנוי ליטל מ.ר. 151204

לפני שחרורך אל תשכחי לשאול 3 שאלות שיסייעו להבנות מצבך הרפואי: מה הבעיה הרפואית שלי? מה עלי לעשות כדי לטפל בבעיה? למה חשוב שאעשה זאת?

מטופל/ת נכבד/ה,
באחריותך לבדוק עם קופת החולים בה הנך מבטח/ת, האם המשך טיפול במרכז הרפואי סורוקה דורש הפניה או התחייבות.

סיכום שחרור רפואי

מחלקה לאורטופדיה ב
דר. דר' פריזס תאי מ.ר. 19468
אח'אחות אחראיים: לילה גרינשפון
מס' קבלה למחלקה: 2022060073

שם משפחה:	אלקרינאי	תאריך לידה:	26/04/1989
שם פרטי:	נמר	ת. זהות:	20145522-7
סוג דם:		שם האב:	צאנר

פרמטר	בדיקה	ערך יחוס	06/07/22 09:15	06/07/22 08:48
המטולוגיה	MONO abs (*10 ³ /ul)	0.16-1.00	0.64	
המטולוגיה	EOS abs (*10 ³ /ul)	0.00-0.80	0.24	
המטולוגיה	BASO abs (*10 ³ /ul)	0.00-0.20	0.05	
המטולוגיה	NEUT% (%)		49.0	
המטולוגיה	LYM% (%)		34.7	
המטולוגיה	MONO% (%)		11.2	
המטולוגיה	EOS % (%)		4.2	
המטולוגיה	BASO % (%)		0.9	
המטולוגיה	NORMOBLAST abs (*10 ³ /ul)		0.00	
המטולוגיה	NORMOBLAST % (%)		0	
המטולוגיה	PLT (*10 ³ /ul)	130-400	4761	
המטולוגיה	MPV (fL)	7.1-11.1	10.0	
המטולוגיה	PCT (%)		0.4800	
ביאכמיה	HEMOLYTIC (mg/dL)	0		0
ביאכמיה	ICTERIC (mg/dL)	0		0
ביאכמיה	LIPEMIC (mg/dL)	0		0
ביאכמיה	GLUCOSE (mg/dL)	70-100		97
ביאכמיה	UREA (mg/dL)	17.0-43.0		30.8
ביאכמיה	CREATININE (mg/dL)	0.67-1.17		0.68
ביאכמיה	BILIRUBIN TOTAL (mg/dL)	0.30-1.20		0.43
ביאכמיה	BILIRUBIN-DIRECT (mg/dL)	0.00-0.20		0.08
ביאכמיה	BILIRUBIN INDIRECT (mg/dL)			0.35
ביאכמיה	SODIUM (mEq/L)	135-145		139
ביאכמיה	POTASSIUM (mEq/L)	3.5-5.1		4.4
ביאכמיה	CHLORIDE (mEq/L)	98-106		104
ביאכמיה	CALCIUM (mg/dL)	8.80-10.60		9.07
ביאכמיה	PHOSPHORUS (mg/dL)	2.5-5.0		4.3
ביאכמיה	MAGNESIUM (mg/dL)	1.60-2.60		1.93
ביאכמיה	ALK. PHOSPHATASE (U/L)	30-120		98
ביאכמיה	AST (GOT) (U/L)	0-35		22
ביאכמיה	ALT (GPT) (U/L)	0-45		29
ביאכמיה	GGT (U/L)	0-55		44
אנזימו-סטרו	C-REACTIVE PROTEIN (mg/dL)	0.02-0.50		1.831

* יחדפים זה אינו כולל הערכות עבור מדבקה זו בדיקה

151204
מ.ר.

חתימה:

מכתב נחתם ע"י דר' פריזס תאי מ.ר. 151204

הופק ע"י ד"ר אבנר סלון עבד אל נאמר 17/07/2022 18:28

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

מנהל שרות אורטופדי: מנהל המלרד"ד: דר' שניידר יבגני מ.ר. 26765 אחות אחראית רחל דחור טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 18.06.17/07/2022 מספר ביקור: 2022144194 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL	תאריך לידה: 26/04/1989 תעודת זהות: 20145522 מין: זכר גיל: 33 שם האב: צאבר	שם משפחה: אלקרימאוי שם פרטי: נמר כתובת: אלסלאם 31 רהט 8535700 טלפון: 0534240613 סוג דם: גורם מממן: מלית
--	--	--

אבחנה

- OBSERVATION AND EVALUATION FOR SUSPECTED CONDITIONS NOT FOUND (V71)
- UNKNOWN OR UNSPECIFIED CAUSE OF MORBIDITY (DIAGNOSIS DEFERRED) (Left) (7999) INFECTED ULCER LT HEEL
- FX OF HEAD OF MTT4 RT FOOT
- PAIN IN LIMB (Right) (7295)

תלונה עיקרית ומחלה נוכחית

בן 33 בריא בדרך כלל, ללא תרופות קבועות, ללא רגישויות ידועות

לפני כחודש קיבל מכה ברגל ימין ממלגזה

מאובחן עם השברים הבאים

שבר קוף ללא תוחה בפטישון המדיאלי של הטיביה.

שבר קוף ללא תוחה בספקט המדיאלי של עצם הנביקולרס.

שבר עם דחיסה של הפרגמנטים במאור של עצם המסרק הרביעית.

ב 29.6.22 ביקר שוב במין בשל כאבים הוסר גבס שלפוחיות שטופל מקומית עם הנחת תבישת גונו

ב 11.07.22 ביקור נוסף במין עקב כאבים, תבישה הוסרה, אזורים נקרוטים נרחבים מעל HINDFOOT עם אודם מקומי ללא הפרשה פעילה

מעת הגיע פעם נוספת בשל כאבים ברגל הפגועה

בבדיקתו

ללא הפרשה מוגלתית, ללא חום סיסטמי או מקומי, ללא צמרמורות, נפיחות משמעותית ברגל, מעט אודם סביב האזור, אזורים נקרוטים מעל hindfoot - כמתואר מביקור קודם

מקבל קלקסן 40 ביום

מקבל מ 11/7 - צפויט 3*500

רושם כי אין שינוי משמעותי ממעבד בבדיקור הקודם, ללא רושם לזיהום חדש יש צורך בהמשך טיפול כפי שהומלץ בבדיקורים קודמים

המלצות:

המשך טיפול כפי שהומלץ - קלקסן וצפויט

ללא זריחה על הרגל, המשך קיבוע עם סד ריפוי בעיסוק

תבישת דבש - בוצעה במין

משככי כאב לפי הצורך

הופק ע"י ד"ר אבו סעלק עבד אל נאסר 17/07/2022 19:29

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

שם משפחה: אלקרינאי שם פרטי: נמר כחובת: אלסלאם 31 רהט 8535700 טלפון: 0534240613 סוג דם: גורם מממן: מלית	תאריך לידה: 26/04/1989 תעודת זהות: 20145522 מין: זכר גיל: 33 שם האב: צאבר	מנהל שרות אורטופדי: מנהל המלרד: ד"ר שניידר יבגני מ.ר. 26765 אחות אחראית רחל דחור טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 18.06 17/07/2022 מספר ביקור: 2022144194 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL
---	--	--

ביקורת במרפאה ביום רביעי לפי התכמן

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

מדדים

תאריך ושעה	דופק	לחץ דם	סטורציה	חום PO	VAS
18:48 17/07/2022	78	119 / 73	100	36.7	8

מהלך ודין

תאריך ושעה	נושא	נרשם ע"י	פרטים
17/07/2022 19:29	ד"ר אבו סעלק עבד אל נאסר מ.ר. 154642	בן 33 בריא בדרך כלל, ללא תרופות קבועות, ללא רגישות ידועות	לפני כחודש קיבל מכה ברגל ימין ממלגזה ואובחן עם השברים הבאים שבר קווי ללא תחזה בפטישון המדיאלי של הטיביה. שבר קוי ללא תחזה בספקט המדיאלי של עצם הנביקולריס. שבר עם דחיסה של הפרגמנטים בצוואר של עצם המסרק הרביעית. ב 29.6.22 ביקור שוב במין בשל כאבים הוסר גבס שלפוחיות שטופלו מקומית עם הנחת חבישת גונס ב 11.07.22 ביקור נוסף במין עקב כאבים, חבישה הוסרה, אזורים מקומיים נרחבים מעל HINDFOOT עם אודם מקומי ללא הפרשה פעילה נעת הגיע פעם נוספת בשל כאבים ברגל הפגועה בבדיקתו ללא הפרשה מוגלתית, ללא חום סיסטמי או מקומי, ללא

הופק ע"י ד"ר אבנר סעלוק עבד אל נאסר 17/07/2022 19:29

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלד

מנהל שרות אורטופדי: מנהל המלד"ד: ד"ר שניידר יבגני מ.ר. 26765 אחות אחראית רחל דחור טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 18:06 17/07/2022 מספר ביקור: 2022144194 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.II	תאריך לידה: 26/04/1989 תעודת זהות: 20145522 מין: זכר גיל: 33 שם האב: צאבר	שם משפחה: אלקריטאוי שם פרטי: גמר כתובת: אלסלאם 31 רהט 8535700 טלפון: 0534240613 סוג דם: גורם מחמם: כללית
---	--	---

צמרמורות, נפיחות משמעותית ברגל, מעט אודם סביב
האיזר, איזורים נקודתיים מעל hindfoot - כמותאור
מבקר קודם

מקבל קולקסן 40 ביום
מקבל מ' 11/7 - צפויט 3*500

חשש כי אין שינוי משמעותי ממצב בבדיקור הקודם,
ללא חשש לזיהום חדש
יש צורך בהמשך טיפול כפי שהומלץ בבדיקורים קודמים

המלצות:
המשך טיפול כפי שהומלץ - קולקסן וצפויט
ללא דריכה על הרגל, המשך קיבוע עם סר ריפוי בעיסוק
חבישת דבש - בוצעה במיון
משככי כאב לפי הצורך
ביקורת במרפאה ביום רביעי לפי התכנון

רופא אחראי

רופא: ד"ר אבנר סעלוק עבד אל נאסר מ.ר. 154642
רופא: אלעאבדה עלי מ.ר. 155110

מכתב נחתם ע"י ד"ר אבנר סעלוק עבד אל נאסר מ.ר. 154642

חתימה:
ד"ר אבנר סעלוק עבד אל נאסר
מ.ר. 154642

בכל החמרה לפנות לטיפול חוזר

המשך קלקסן

לא ידועה רגישות

הגיע עם טופס 250

26/06/2022

מה 3 ימים מלין על סתירות. טיביות. בעקף נאבי ראש לוחצים בכל הראש.

ללא טשטוש ראית. ללא בחילוח או הקאות.

30/06/2022

01/07/2022

הגיע לאחות בשל כאבים חזקים בקבל אתמול הוסר גבס. פצעים בקיסיל דרצ.

שיפור חלקי תחת אולאנטקה עד כח.

המשך בקלקסאן.

07/07/2022

שוחרר מבית החולים היום: כעת אין סיכום של השחרור במערכת

10/07/2022

שוחרר

כאבים חזקים

11/07/2022

המשך להתלונן על החמרה בכאבים ברגל ימין לאחר שעבר חאונות עבודה.

נבדק במין באותו יום בוצע צילומים שהדגימו שברים ללא תזוזה סביב פטישון

מדיאל. עצם נביקולארית וזוואר מסרק 4, ללא תלונות אחרות.

13/07/2022

מבקש גור כאבים וקלקסן

14/07/2022

17/07/2022

כאבים ברגל ימין ללא הטבה תחת טיפול במשככי כאבים

19/07/2022

חודש לאחר התאונה- מלין על שינוי במצב הרוח, עצבנות יתר, כעת מרגיש את

עצמו מוגבל מאוד וחוסר תפקוד. מתקשה לקבל את הסטואציה חרד מהשלכות

החבלה על החיים שלו.

סימנים חיצוניים: גובה 173 18/08/2021 משקל 101 18/08/2021 bmi 33.75

לחץ דם 120 / 78 18/08/2021

דופק 80 18/08/2021

108/2016 מתאריך 125.47 eGFR

ממצאים בבדיקה מממצאים מתאריך 20/06/2022

בהיעדר מטופל.

23/06/2022

26/06/2022

במצב כללי משפיע רצון.

יציב ללא מצוקה.

אישונים שווים ומגיבים לאור. תנועה תקינה ללא נסטגמוס.

רגישות במישוש שרירי הטראפיד ללא סימנים מנינגיאליים.

כוח גס ותחושה שטחית שמורים בגפיים תחתונות.

11/07/2022

רגל ימין חבושה עם סד גבס.

13/07/2022

14/07/2022

17/07/2022

סימני דהוסבפע ללא שיפור תחת אנטיביוטיקה כומית

רגל חמה במגע נפיחות ניכרת קושי במישי דפקים

19/07/2022

אבחנה משוערת

קוד	אפיין	אבחנה
9242	II	CONTUSION ANKLE AND FOOT
8252	IV	FRACTURE METATARSal(S) CLOSED

ס.ה.ר 6

דף 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות***

הפניה לרפואה יועצת

19/07/2022

הודפס ע"י נסרין שרקאני

00201455227

אלקראני גמר

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 17/07/2022
 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 14/07/2022
 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 13/07/2022
 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 11/07/2022
 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 10/07/2022
 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 07/07/2022
 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 01/07/2022
 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 30/06/2022
 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 26/06/2022
 טיפול לפי מרשם.

המשך מעקב אורתופד.
 מנוחה, שינוי תנוחה בהדרגה, להכביד של שתייה מרובה, נגד נאבים לפי הצורך.
 בכל החמרה אקוטית או היעדר שיפור יש לחזור להערכה רפואית.
 30/06/2022

01/07/2022

07/07/2022

10/07/2022

11/07/2022

עקב אי זמינות לתור קרוב לרופא אורתופד המטופל מופנה למיון לצורך הערכה
 אורתופדית חוזרת והמשך טיפול הצורך.
 ההפניות שהופקו ב 11/07/2022
 הפניה למיון - 70069-ביקור במיון
 13/07/2022

14/07/2022

17/07/2022

לאור תלונות אלו מופנה למיון לצורך הערכה וקבלת טיפול אנטיביוטי דרך הווריד
 ההפניות שהופקו ב 17/07/2022
 הפניה למיון - 70069-ביקור במיון
 19/07/2022

בעזרת פעילות

מבילוי	איפיון	בעיה
08/02/2018		

OBESITY (BMI >30)

מטרת הבדיקה: להמשך בירור בשל מצב רוח ירוד, חרדה לאחר תאונת דרכים

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

146581

נסרין שרקאוי

מספר רשיון

שם הרופא

חתימה והותמת הרופא

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

ס.ה.ר 6

הפניה לרפואה יועצת

אלקויסאני נמר

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 3

19/07/2022

הודפס ע"י נסרין שרקאוי

00201455227

תאריך: 19/07/2022

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרי:	אלקרינאוי נמר
ת.ל.ד:	26/04/1989	ישוב רהט
מס בית:	31	טלפון: 53-4240613
מס זהות:	00201455227	מספר רשיון: 146581
גיל:	33.03	מין: ז
רחוב:	אלסלאם	טלפון נוסף: 53-4240613

19/06/2022

תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

37433003273

מספר הפניה:

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

מספר רשיון



7433



037433003273



0201455227



146581

לכבוד: רופא פסיכיאטר

שירות שנבחר

שירות רפואי	תאריך רפואי	קוד שירות קוד משלב
70115	K1999	70115

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 20/06/2022

בזנחות האחות. במהלך עבודתו נפגע ממלגזה פונה למיון.

במיון.

ובן, 32 ברא קדר כלל, ללא מחלות רקע ללא רגישות לתרופות.

לדבריו, ביס קבלתו נחבל במקום עבודתו כאשר מלגזה עלתה על כף רגלו.

הימנית. מאז חש כאבים ואינו מסוגל לדרוך על כף רגלו.

ללא חבלת ראש.

בבדיקת,

שכב פרקדן במיטתו

רגל ימין סימני חבלה חיצוניים סמוך לפטישון מדיאלי ולטרמלי. רגישות דיפוזית,

נפיחות ואדמומיות מעל tarsal bones.

נסות חלקיות. ללא חסר. NY.

בצילום ללא רושם לממצא גרמי אקוטי

CT שבר ראש MTT4

במיון

הושם סד גבס

משכן כאבים

30/06/2022

נבדק אתמול במסגרת המיון.

כאבים ברגל מוגברת

10 ימים לאחר חבלת רגל ימין, השלים סיסט עם שברים ללא תזוזה סביב פטישון

מדיאלי, עצם נביקולאריה וצוואר מסרק 4, בן 33

נעת,

הגיע בשל כאבים ותחושת לחץ.

רגל ימין בסד גבס, נפיחות בבהונות, כאוב

הוסר סד גבס

שלפוחיות ופצעים מדיאליים ולטרמליים. בוצעה שטיפה ואסרת שלפוחיות,

הונחה חבישת גרזולין עם פולדן

רגל בחבישת גווס

להמשך מעקב רופא מטפל

נגד כאבים

חבישת פולדן להחלפה כל ימים

שימוש בקביים, ללא גרזוכה על רגל שמאל

ביקורת קלינית מרפאות חוץ בעוד שבוע

5 ה.ר. 6

ר"י

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לרפואה יועצת

19/07/2022

הודפס ע"י נסרין שרקאוי

00201455227

אלקרינאוי נמר

20/07/2022 13:00 28494 מ.ר. שייניס דמיטרי

סיכום ביקור מרפאה אורטופדית

מרפאה אורטופדית
מנהל: דר' פריזס תאי מ.ר. 19468
אח/אחות אחראיים: אוסנת מרגי
מס' ביקור: 2022466061
טלפון: 08-6403785
פקס: 08-6768720

שם משפחה:	אלקרינאי	ת. לידה:	26/04/1989
שם פרטי:	נמר	ת. זהות:	20145522-7
כתובת:	אלסלאם 31 רהט 8535700	מין:	זכר
טלפון:	0534240613	גיל:	33
סוג דם:		שם האב:	זאבר
גורם מממן:	דחם		

תאריך הביקור: 20/07/2022 שעת ביקור: 12:43

אבחנות בביקור

• CONTUSION OF FOOT (92420)

סיבת הפניה/תלונה/מחלה נוכחית

נחבל כף רגל ב 19.06.2022: פצע שיפשוף בקרסול ימין עם עור נמקי בעקב ללא קולקצה
ממשך חבישות וטיפול שהומלץ קודם;
ביקורת עוד שבוע

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

הוצאות בדיקות עזר

בדיקה	תאריך	הוצאה
כילום כף רגל ימין	20/07/2022	לא הוקלדה תשובה

דיווח פעולות:

קוד שיחת 70017 כמות 1 פעולה "בדיקת רופא אורתופד במרפאה" תאריך 12:59 20/07/2022 נרשם ע"י דר' שייניס דמיטרי מ.ר. 28494

ד"ר דמיטרי שייניס
מ.ר. 28494
מנהל שירות למוד שדרה
מס' 08-6768720

מכתב נחתם ע"י דר' שייניס דמיטרי מ.ר. 28494

לפני שחרורך אל תשכח/י לשאול 3 שאלות שייניעו להבנת מצבך הרפואי: מה הבעיה הרפואית שלך? מה עלי לעשות כדי
לטפל בבעיה? למה חשוב שאעשה זאת?

מטופל/ת נכבד/ה,

באחריותך לבדוק עם קופת החולים בה הנך מבטח/ת, האם המשך טיפול במרכז הרפואי
סורוקה דורש הפניה או התחייבות.

המכתב הודפס על ידי דר' שייניס דמיטרי 20/07/2022 13:00

חשבוני אישי

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות.



סורוקה מרכז
רפואי
אוניברסיטאי

מכונות
גוליות

סורוקה
מרכז רפואי אוניברסיטאי
מגליץ בטוח

סיכום ביקור מרפאה אורטופדית

מרפאה אורטופדית
מנהלת: דר' פריזם תאי מ.ר. 19468
אח/אחות אחראיים: אוסנת מרגי
מס' ביקור: 2022466061

שם משפחה:	אלקרינאני	תאריך לידה:	26/04/1989
שם פרטי:	נמר	ת. זהות:	20145522-7
סוג דם:		שם האב:	צאבר

עמוד 1 מתוך 1
20/07/2022

סורוקה
כללית

סורוקה
מרכז רפואי אורטופדי
מגדלי תל אביב

לרנד,
אלקטרוניקה נמר (שם האב: צאבר)
אלסלאם 31
רהט 8535700

מרכז רפואי סורוקה מרפאה אורטופדית בדיקת רופא

מיקום: בניין 61 מרפאות חוץ-אזור כחול
טלפון: 08-6403785 | פקס: 08-6768720 | דוא"ל: somr20@clalit.org.il
מקד זמן תורים: 08-6403785 | בימי א'-ה' בין השעות 08:00-15:00

ת.ז. 0020145522

08-6403199
08-6400360
08-6400006
שירותי רפואה מיוחדים

בדיקות רפואיות תקופתיות
כרפואה מונעת
מתבצעת ע"י רופאים מומחים
השירות חופשי ולרופאים
למסדרות ולמטפלים

בשנים הרחוקות
סקירת מערכות
סקירת עורפית
קורס הכנה ללידה

מרכזת מטיילים
למסענים לחו"ל
רופא יאנו
חיסונים
ביטוח חו"ל

מרכזת טכנולוגיה
אישורים לחדד כסף
וסמסטר מקצועי

השירותים נמצאים במסלול
בסדר [קצת זמן] [שם]

נמר שלום רב,
הנך מזמין למרפאה אורטופדית, לד"ר
ביום שלישי, ה' באב תשפ"ב, 02/08/2022, בשעה 11:45.
שעת הבדיקה משוערת ויתכן עיכובים.
מבקרים להם מדרשת התאמת נגישות, נא לעדכן מראש את צוות המרפאה / מכון

נא להביא לבדיקה

- תעודה מזהה זהמנה זו.
- מכתב הפניה מהרופא המטפל הכולל עדכון מצב רפואי ותרופות.
- תוצאות צילומי רנטגן, CT, MRI + דיסק, מיפוי עצמות (אם בוצעו במרכז רפואי אחר).
- עליך להסדיר את התשלום עבור ההתייבות לביקור, לפני מועד הביקור.
ניתן לעשות זאת באתר <https://r.clalit.co.il/Tor>.
לחלופין, ניתן להפיק טו 17 במשרד מרפאת האם, עבור שירות בדיקת רופא קוד 99242 (קוד כללית 70017).

הכנת לבדיקה

- אין צורך בהכנות.

הערות

- אם הוגר חילת - יש להביא אסמכתא תקציבית.
- אם ברצונך לשטות את מעד התור, או אם חל עיכוב בזמן ההגעה, נא להודיע על כך למזכירות.
- מטופלים בעלי תגבולות הזקקים לסיע, נא לעדכן מראש את צוות המרפאה / מכון.

בברכת בריאות שלמה
צוות מרפאה אורטופדית

www.soroka.co.il

טלפון בית חולים: 08-6400111

כתובת בית חולים: שדרת הר, באר-שבע

המסמך נוצר על ידי מערכת 23/07/2022 19:29

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלצר

מנהל שרות אורטופדי: מנהל המלצר ד"ר שניידר יבגני מ.ר. 26765 אחוזת אחראית רחל דחור טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 16.06.23/07/2022 מספר ביקור: 2022148917 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL	שם משפחה: אלקרינאוי שם פרטי: נמר כתובת: אלסלאם 31 רהט 8535700 טלפון: 0534240613 סוג דם: גורם מממן: מלית	תאריך לידה: 26/04/1989 תעודת זהות: 20145522 מין: זכר גיל: 33 שם האב: צאבר
--	--	--

אבחנה

• **OBSERVATION FOR OTHER SPECIFIED SUSPECTED CONDITIONS (V7189)**

תלונה עיקרית ומחלה מוכחת

בן 33 בריא בדרך כלל, ללא תרופות קבועות, ללא רגישויות ידועות

לפני כחודש קיבל מכה ברגל ימין ממלחמה מאובחן עם השברים הבאים שבר קווי ללא תחזה בפטישון המדיאלי ושל הטיביה. שבר קו ללא תחזה בספקט המדיאלי של עצם הנביקולריס. שבר עם דחיסה של הפרגמנטים בצוואר של עצם המסרק הרביעית.

ב 29.6.22 ביקור שוב במיון בשל כאבים חסר גבס שלפוחיות שטופלו מקומית עם הנחת חבישת גומס

ב 11.07.22 ביקור נוסף במיון עקב כאבים, חבישה חסרה, אזורים נקרוטים נרחבים מעל HINDFOOT עם אודם מקומי ללא הפרשה פעילה

ב- 17.07.22 - ביקור נוסף במיון עקב כאבים, בבדיקת הפצע - ממציאים זהים לבדיקה הקודמת

ביום רביעי הגיע לביקורת במרפאה- התרשמו ממהלך תקין ללא ממציאים חריגים

נעת הגיע פעם נוספת בשל כאבים ונפיחות ברגל הפגועה

בבדיקתו

ללא הפרשה מוגלתית, ללא חום סיסטמי או מקומי, ללא צמרמורת, נפיחות משמעותית ברגל, מעט אודם סביב האיזור, איזורם נקרוטים מעל hindfoot - כמתואר מביקור קודם

מקבל קלקסון 40 ביום

רושם כי אין שינוי משמעותי ממצב בבדיקת הקודם, ללא רושם לזיהום חדש יש צורך בהמשך טיפול כפי שהומלץ בביקורים קודמים

במיון - חבישה עם גרזולין וסינטומיצין

המלצות:

המשך טיפול כפי שהומלץ - קלקסון וחבישות
ללא דריכה על הרגל, המשך קיבוע עם סד ריפוי בעיסוק

סיכום שחרור רפואי

מתלקה לאורטופדיה ב
דר' דר' פרזס תאי מ.ר. 19468
את'אחות אחראיים: לילה גרינשפון
מס' קבלה למחלקה: 2022060073

שם משפחה:	אלקרינאי	תאריך לידה:	26/04/1989
שם פרטי:	נמר	ת. זהות:	20145522-7
סוג דם:		שם האב:	צאבר

מופנה אל מחלקה: מכון ריפוי בעיסוק
תאריך ביקור מתוכנן: 03/07/2022
הגדרת הבעיה: סד EQUINUS רגל שמאל
השאלה ליועץ: תודה

תשובות:

תשובה

הותאם סד לרגל והולבש ברצועות.
המלצה לשחרור,
במידת הצורך, תחזוקת הסד תתבצע במכון ריפוי בעיסוק בקהילה.
ולקוח מידות לסד רגל שמאל

תאריך נרשם ע"

03/07/2022 אוסטר עותי מ.ר. 40

03/07/2022 אוסטר עותי מ.ר. 40

רופא מבקש: דר' אבלין ארטיס מ.ר. 162447

מועד הבקשה: 03/07/2022 12:09

מופנה אל מחלקה: מכון ריפוי בעיסוק

תאריך ביקור מתוכנן: 03/07/2022

הגדרת הבעיה: סד EQUINUS רגל שמאל

השאלה ליועץ: תודה

תשובות:

תשובה

הותאם סד לרגל והולבש ברצועות.
המלצה לשחרור,
במידת הצורך, תחזוקת הסד תתבצע במכון ריפוי בעיסוק בקהילה.
ולקוח מידות לסד רגל שמאל

תאריך נרשם ע"

03/07/2022 אוסטר עותי מ.ר. 40

03/07/2022 אוסטר עותי מ.ר. 40

תוספות בדיקות עזר

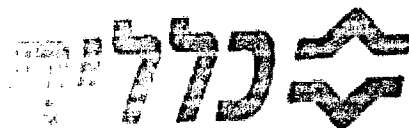
תוספת	תאריך	בדיקה
לא הוקלדה תשובה	02/07/2022	צילום קרסול ימין
לא הוקלדה תשובה	02/07/2022	צילום כף רגל ימין
לא הוקלדה תשובה	02/07/2022	צילום אצבע בכף רגל ימין

מהלך ודין

בן 33 עם הרקע הנ"ל

התקבל למחלקתם בשל נקודות של הנזר לאחר חבלת קרסול אף רגל כמתואר, טופל בחבישות דבש מוטיביזטיקה
ביום שחרור מרגיש טוב, פצעים בשיפור, מעבדה בשיפור, החל פיזיותרפיה ללא דרכה על הרגל
משחרור לביתו בהמלצות מטה

המלצות



סורוקה מרכז
רפואי
אונברסיטאי

סניף
נולית

סורוקה
מרכז רפואי אונברסיטאי
אסף קליין מנהל

סיכום שחרור רפואי

מחלקה לאורטופדיה ב
דר' דר' פריזם תאי מר 19468
אח/אחות אחראיים: לילה גרינשפין
מס' קבלה למחלקה: 2022060073

שם משפחה:	אלקרינאי	תאריך לידה:	26/04/1989
שם פרטי:	נמר	ת. זהות:	20145522-7
סוג דם:		שם האב:	צאבר

המלצה: המשך מעקב רפואי מטפל
משכני כאבים ע"פ הצורך
ללא דריכה על הרגל - שימוש בקביים
המשך טיפול אנטיביוטי כמפורט מטה
המשך טיפול בתביעות מדרגה וגרזוליד להחלפה פעם ביומיים
ביקורת מרפאות חץ אורטופדיה מרפאת פצע בעוד שבוע - נא לתאם תור ורלוזיע עם מכתב התחייבות
המשך טיפול בקלקסן מינן מניעת עד מבילציה מלאה
בכל החמרה יש לפנות לבדיקת רפואי בהקדם

צינוי אומדנים - אומדן רגל סוכרתית - חדש

אומדן אחרון	אומדן	תאריך	ציון	משמעות
אומדן רגל סוכרתית - חדש	03/07/22 00:21	0	רמת סילון נמוכה לפתח פצע	

תרופות מומלצות להמשך טיפול

שם התרופה	אופן מתן	מינון	תדירות	משך	אריזות	יחידות	הערות	מרשם
CLEXANE PREFILLED 40mg/0.4ml (29M) (ENOXAPARIN)	SubCutaneous	mg 40	X 1	30 ימים				✓
medihoney antibacterial dressing	Topical	Topical 1	X 1	14 ימים				✓
medihoney antibacterial dressing	Topical	Topical 1	X 1	14 ימים				✓
GRASSOLINO (GRASSOLINO)	Topical	Topical 1	X 1	14 ימים				✓
TRAMADEX OD (tramadol) HYDROCHLORIDE	Oral	mg 100	X 1	5 ימים				✓
ROKACEL PLUS (PARACETAMOL,CAFFEINE,CODEINE PHOSPHATE)	Oral	cap 1	X 3	7 ימים				✓
OPTALGIN DRP 500mg/mL (500mg in (25 Drops) (DIPYRONE)	Oral	mg 1250	X 3	7 ימים				✓

תוצאות מעבדה

פרמיל	כדיקה*	ערכי ייחוס	06/07/22 09:15	06/07/22 08:48
המטוגלוגין	Hb (g/dL)	14.0-18.0	14.6	
המטוגלוגין	HCT (%)	42.0-52.0	42.4	
המטוגלוגין	RBC (*10 ⁶ /ul)	4.70-6.10	4.99	
המטוגלוגין	MCV (fl)	80.0-94.0	85.0	
המטוגלוגין	MCH (pg)	27.0-31.0	29.3	
המטוגלוגין	MCHC (g/dL)	33.0-37.0	34.4	
המטוגלוגין	RDW-CV (%)	11.5-14.5	12.0	
המטוגלוגין	RDW-SD (fl)		36.9	
המטוגלוגין	WBC (*10 ³ /ul)	4.80-10.60	5.70	
המטוגלוגין	NEUT.abs (*10 ³ /ul)	1.90-8.00	2.79	
המטוגלוגין	LYMP abs (*10 ³ /ul)	0.90-5.20	1.98	

23/07/2022 19:29 חופק ע"י דר' כץ גריגורי

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

שם משפחה: אלקרינאוי שם פרטי: נמר כתובת: אלמלאם 31 רמט 8535700 טלפון: 0534240613 סוג דם: גורם מממן: כללית	תאריך לידה: 26/04/1989 תעודת זהות: 20145522 מין: זכר גיל: 33 שם האב: צאבר	מנהל שרות אורטופדי: מנהל המלרד: דר' שניידר יבגני מ.ר. 26765 אחות אחראית רחל דרורי טלפון: 08-6400345 פקס: 08-6400043 תאריך ביקור: 23/07/2022 16:06 מספר ביקור: 2022148917 דואר אלקטרוני: MALRADSOR@CLALIT.ORG.IL
--	---	---

חבישת דבש ביתית
משככי כאב לפי הצורך
ביקורת במרפאה ב 2/8

לא ידועה רגישות לתרופות
לא ידועה רגישות לחומרים

מדדים

תאריך ושעה	דופק	לחץ דם	סטורציה	חום PO	VAS
16:13 23/07/2022	88	122 / 71	100	36.7	
16:12 23/07/2022					5

רופא אחראי
רופא: דר' בן ששון אלון מ.ר. 1146839
רופא: קערור עומר

תוצאות מעבדה באירוע

פרופיל	בדיקה	ערך ייחוס	23/07/22 17:58	23/07/22 17:55	23/07/22 17:36
המטולוגיה	PT-INR		0.96		
המטולוגיה	PT-SEC (Sec)	10.00-13.50	11.00		
המטולוגיה	PT % (%)		102		
המטולוגיה	CONTROL PT (Sec)		12.0		
המטולוגיה	APTT-sec (Sec)	26.0-39.0	41.01		
המטולוגיה	CONTROL PTF (Sec)		30.0		
המטולוגיה	FIBRINOGEN CALCUL (mg/dL)	200-500	652†		
המטולוגיה	HB (g/dL)	14.0-18.0			15.2
המטולוגיה	HCT (%)	42.0-52.0			44.9
המטולוגיה	RBC (10 ⁶ /ul)	4.70-6.10			5.10
המטולוגיה	MCV (fL)	80.0-94.0			88.0



מספר רשיון 146581
טלפון 08-6627222
פקס 08-6627228
מחוז דרום

שם הרופא נסרין שרקאוי
תחום רפואת משפחה
כתובת שכונה 18, כיכר אלסלאם
מדינה רמת גן

תאריך: 14/07/2022

תעודת רפואית נוספת לנסיעה בעבודה

פרטי המטופל:	מס' זהות 00201455227	גיל 33.02	ז
שם משפחה ופרטי:	אלקרינאי נמר	רחוב אלסלאם	
ת.לדה: 28/04/1989	ישוב רמת	טלפון נוסף: 53-4240613	
מס' בית: 31	טלפון 53-4240613		

תאריך תאונה: 19/06/2022

2 תאונות עבודה

סוג תאונה:

אבחנות

אבחנה
CONTUSION ANKLE AND FOOT
FRACTURE METATARSAL(S) CLOSED

קוד איפיון
9242
8252

הטיפול הנוכחי:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל:

איוולת מסוגלת לעסוק בעבודתה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 01/08/2022 עד יום 21/08/2022 (בכלל) סה"כ 52 ימים
14/07/2022 14/07/2022

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

נסרין שרקאוי

חותמת המרפאה
הזכות לגמלה נקבעת על - ידי המוסד לביטוח הלאומי ואין התעודה מקנה זכות זו
תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

דף 1

14/07/2022

המסמך מכיל מידע מן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הודיע נסרין שרקאוי

00201455227

תעודת רפואית נוספת לנסיעה בעבודה

אלקרינאי נמר

כחלית

מספר רישון 146581
טלפון 08 5627222
שכס 08 5627228
חחון
דרום

נסרין שרקאוי
רפואת משפחה
שכונה 18, כינר אלסלאם
רהט ב'

תאריך: 23/06/2022

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

רטי המטופל	אלקרינאוי נמר	מס זכות 00201455227	גיל 33.02	מין ז
יום משפחה ופריטי	שוב רהט	רחוב אלסלאם		
תלדה 28/04/1993	טלפון 53-4240613	טלפון נוסף 53-4240613		
יום ביה 31				

1. תאונה: 2 תאונות עבודה
יום המעביד וכתובת: נידול אגו בע"מ מושב ישע
אור התאונה: מלגן נהג במלגזה, עשה רוורס וגע בו
י. קיבל טיפול קודם: מיון סורוקה
תאריך הפניה לקופ"ח: 20/06/2022
יפ הרופא הב"ע: שרקאוי נסרין
רצאים הקליניים: ממנאים מתאריך 20/06/2022
שבר בעצם מיטאטרסאלית 4 ברזל ימין.

אבחנה
CONTUSION ANKLE AND FOOT

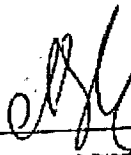
קיד 9242
איפיון
טיפול שניתן:

דיועאה מהפג"צה המוצהרת ע"י הנ"ל:

ל איגוד ספוגיות לעסוק בעבודתו ואף לא בעבודה אחרת

מיום 23/06/2022 עד יום 31/07/2022 (בכלל) סה"כ 39 ימים

תאריך חתן התעודה ת. הבדיקה



נסרין שרקאוי

חתימה וחוממת הרופא של היחידה הרפואי המוסמך

זממת המוסמך

הזכות לגמלה וקצעת על ידי המוסד לביטוח הלאומי ואין התעודה מקנה זכות זו
תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה
אלקרינאוי נמר
המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות
23/05/2022 הדפס על נסרין שרקאוי 00201455227

Scanned with CamScanner

תאריך: 28/07/2022

הפניה לדימות

פרטי המטופל:
 שם משפחה ופרטי: אלקרינאוי נמר
 ת.לידה: 26/04/1989
 מס.בית: 31
 ישוב: רהט
 טלפון: 53-4240613
 מס.זהות: 00201455227
 גיל: 33.03 מ"ן: ז
 רחוב: אלסלאם
 טלפון נוסף: 53-4240613

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה
 תאריך תאונה: 19/06/2022

מספר הפניה: 37433003611

רשיון רופא: 146581
 תז נבדק: 0201455227
 מספר הפניה: 037433003611
 גורם שולח: 7433

ביום הבדיקה, גא 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: מכון הדימות

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78073	L1039	CT עמוד שדרה מותני + סקראלי	10304017

המטופל מתלונן על:
 תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 27/07/2022:
 תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 24/07/2022:
 תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 07/07/2022:

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 20/06/2022:
 במנחות האחות- במהלך עבודתו נפגע ממלגזה פונה למיון.
 ובן, 32 בריא בדרך כלל, ללא מחלות רקע ללא רגישות לתרופות.
 לדבריו, ביום קבלתו נחבל במקום עבודתו כאשר מלגזה עלתה על כף רגלו.
 הימנית. מאז חש כאבים ואינו מסוגל לדרוך על כף רגלו.
 ללא חבלת ראש.
 בבדיקתו,
 שכתב פרקדן במיטתו
 רגל ימין סימני חבלה חיצוניים סמוך לפטיון מדיאלי ולטראלי. רגישות דיפוזית,
 נפיחות ואדמומיות מעל tarsal bones. תלונות
 גסות חלקיות. ללא חסר NV.
 בצילום ללא רושם לממצא גרמי אקוטי
 CT שבר ראש MTT4
 במיון
 הושם סד גבס
 משך כאבים
 30/06/2022:
 נבדק אתמול במסגרת המיון:
 כאבים ברגל מגובסת
 10 ימים לאחר חבלת רגל ימין, השלים סיטי עם שברים ללא תזוזה סביב פטיון
 מדיאלי, עצם נביקולארית וצוואר מסרק 4, בן 33
 כעת,
 הגיע בשל כאבים ותחושת לחץ,
 רגל ימין בסד גבס, נפיחות בבהונות, כאוב
 הוסר סד גבס
 שלפוחיות ופצעים מדיאליים ולטראליים, בוצעה שטיפה וסרת שלפוחיות,
 הונחה תבישת גרזולין עם פולדין

אבחנה	איפיון	קוד
CONTUSION ANKLE AND FOOT	rt	9242
FRACTURE METATARSAL(S) CLOSED	IV	8252
CELLULITIS		6829
BACK SYMPTOMS/COMPLAINTS		L02

דיון/תוכנית טיפולית

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 27/07/2022
דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 24/07/2022

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 26/06/2022
טיפול לפי מרשם.

המשך מעקב אורתופד.
מנוחה, שינוי תנוחה בהדרגה, להכביד של שתיה מרובה, נגד כאבים לפי הצורך.
בכל החמרה אקוטית או היעדר שיפור יש לחזור להערכה רפואית.

11/07/2022

עקב אי זמינות לתור קרוב לרופא אורתופד המטופל מופנה למיון לצורך הערכה אורתופדית חוזרת והמשך טיפול הצורך.
ההפניות שהופקו ב 11/07/2022:
הפניה למיון - 70069-ביקור במיון

17/07/2022

לאור תלונות אלו מופנה למיון לצורך הערכה וקבלת טיפול אנטיביוטי דרך הווירד
ההפניות שהופקו ב 17/07/2022:
הפניה למיון - 70069-ביקור במיון
19/07/2022

19/07/2022

ההפניות שהופקו ב 19/07/2022:
הפניה לרפואה יועצת - 70115-בדיקה רפואית - פסיכי, הפניה לרפואה
תעסוקתית - 70302-בדיקת כושר עבודה

22/07/2022

24/07/2022

27/07/2022

28/07/2022

בעיות פעילות

מגיל	איפיון	בעיה
08/02/2018		OBESITY (BMI >30)

מטרת הבדיקה: המשך בירור בשל כאבי גב הולכים ומחמירים, מאז התאונה.

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה

146581

נסרין שרקאוי

שם הרופא	מספר רשיון	חתימה וחותמת הרופא
----------	------------	--------------------

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

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

הפניה לדימות

אלקריגאוי נמר



דף 3

28/07/2022

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות
הודפס ע"י נסרין שרקאוי
00201455227

Scanned with CamScanner

רגל בחבישת גונוס
להמשך מעקב רופא מטפל
נגד כאבים

מכשיות פולדין להחלפה כל יומיים
שימוש בקביים, ללא גררחה על רגל שמאל
בקורת קלינית מרפאות חוץ בעוד שבוע
בכל החמרה לפנות לטיפול חוזר
המשך קלקסן

לא ידועה רגישות
הגיע עם טופס 250.
26/06/2022

מזה 3 ימים מלין על סחרחרות. סיבובית. בנוסף כאבי ראש לוחצים בכל הראש.
ללא טשטוש ראייה. ללא בחילות או הקאות.
30/06/2022
01/07/2022

הגיע לאחות בשל כאבים חזקים בקגל אתמול הוסר גבס. פצעים בקרסול דו"צ.
שיפור חלקי תחת אנלאגטקה עד כה.
ממשיך בקלקסאן.
07/07/2022

שוחרר מבית החולים היום: כעת אין סיכום של השחרור במערכת
10/07/2022
שוחרר

כאבים חזקים
11/07/2022
ממשיך להתלונן על החמרה בכאבים ברגל ימין לאחר שעבר תאונת עבודה,
נבדק במיון באותו יום בוצע צילומים שהדגימו שברים ללא תזוזה סביב פטישון
מדיאלי, עצם נביקולארית וצוואר מסרק 4, ללא תלונות אחרות.
13/07/2022
מבקש נגד כאבים וקלקסן

17/07/2022
כאבים ברגל ימין ללא הטבה תחת טיפול במשככי כאבים
19/07/2022
חודש לאחר התאונה- מלין על שינוי במצב הרוח, עצבנות יתר, כעת מרגיש את
עצמו מוגבל מאוד וחסר תפקוד. מתקשה לקבל את הסטואציה חרד מהשלכות
החבלה על החיים שלו.
27/07/2022
מבקש CLEXAN
28/07/2022
לדבריו מאז התאונה סובל מכאבי גב תחתון שהולכים ומחמירים. לציין שרוב
הזמן יושב, מתנייד בעזרת כסא גלגלים.

סימנים חיוניים	גובה	173	נמדד ב: 18/08/2021	משקל	101	נמדד ב: 18/08/2021	BMI	33.75
	לחץ דם	78 / 120	נמדד ב: 18/08/2021					
	דופק	80	נמדד ב: 18/08/2021					

04/08/2016 מתאריך: 125.47 eGFR

ממצאים עיקריים

20/06/2022 ממציא מתאריך
בהיעדר מטופל.
26/06/2022
במצב כללי משפיע רצון.
יציב ללא מצוקה.
אישונים שווים ומגיבים לאור. תנועה תקינה ללא נסטגמוס.
רגישות במישוש שרירי הטרפז ללא סימנים מניגיאליים.
כוח גס ותחושה שטחית שמורים בגפיים תחתונות.

11/07/2022
רגל ימין חבושה עם סד גבס.

17/07/2022
סימני זיהום בפצע ללא שיפור תחת אנטיביוטיקה פומית
רגל חמה במגע נפוחות ניכרת קושי במישי דפקים

28/07/2022
בהיעדר מטופל.



24

28/07/2022

הודפס ע"י נסרין שרקאוי

00201455227

המסמך מכיל מידע על פי חוק הגנת הפרטיות



הזמנה

שם הלקוח:	נמר אלקרינאוי	מספר זהות:	20145522-7
מועד הביקור:	17/08/22 יום ד' כ' אב תשפ"ב	שעה:	13:45
שם הרופא:	TC 2	מקצוע:	CT עמוד שידרה מותני
מרפאה:	מכון "מאר" - באר שבע	טלפון:	5867*
כתובת:	יצחק בן צבי 7, באר שבע		
אוטובוסים:	כל האוטובוסים		
הנחיות:	אם אין באפשרותך להגיע, אנא בטלי את התור לפחות יום אחד לפני המועד שלו.		

יש להצטייד בטופס התחייבות.
יש להגיע לתור עם הפניה מהרופא המטפל.

תאריך הדפסה: 28/07/2022 12:54:17

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

<u>שם משפחה</u> שם פרטי	<u>שם פרטי</u> שם פרטי	<u>תעודת זהות</u> 201455227	<u>שם האב</u> שם האב	<u>טלפון</u> טלפון
מס' 37	עיר 60	מיקוד	מס' 37	מס' 37
רחוב	רחוב	רחוב	רחוב	רחוב

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

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

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

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

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

חלק ב'

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

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

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

תאריך: 31.7.20 _____ עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____
(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)
מס' רשמי: 62258

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, 201455227, מרחוב הרצל 31, להיות באי כוחי במשפט של
ת.ז. מס' 201455227, מרחוב הרצל 31, להיות באי כוחי במשפט של
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או 19.6.22 בענין תאונת דרכים מיום 19.6.22
מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל
הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

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

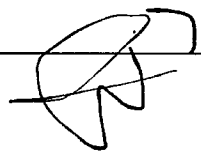
14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

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 31 לחודש 7 שנה 22

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל פרייגה
מס' רישום 62254
עורך-דין