

ARIEL FREIBERG, ADV

אריאל פרייברג, עו"ד

7 ABA HILLEL ST (SILVER BUILDING)  
RAMAT GAN, 5252204  
Tel 03-7412358, Fax2mail 077-3180983

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

1.11.12

לכבוד  
המוסד לביטוח לאומי – בת ים  
מחלקת נכות מעבודה  
באמצעות פקס : 03-5127402

מ.ל.ב.  
לצרכי מו"מ לפשרה בלבד

ח.ג.,

הנדון : אשר עזרון, ת"ז 024921686  
תאונה מיום 12.8.21

1. מצ"ב טופס תביעה לקביעת דרגת נכות בצירוף תעודות רפואיות.
2. לעיונכם וטיפולכם המסור בזימונו של מרשי לועדה לקביעת נכותו אודה.

  
בכבוד רב ובב"ח,  
אריאל פרייברג, עו"ד

עמוד 1 מתוך 5

12.8.21

נא למלא מספר תעודת זהות

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

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
נכות מעבודה



תביעה לקביעת דרגת נכות  
מעבודה ולתשלום גמלת  
נכות מעבודה

1

פרטי התובע

|                            |  |            |  |               |  |
|----------------------------|--|------------|--|---------------|--|
| שם פרטי                    |  | שם משפחה   |  | מספר זהות     |  |
| עמר                        |  | זכר        |  | 24921686      |  |
| מין                        |  | עיסוק      |  | תאריך לידה    |  |
| זכר                        |  | שכיר       |  | 03051970      |  |
| נקבה                       |  | מתנדב      |  | שנה           |  |
|                            |  | עצמאי      |  | חודש          |  |
|                            |  |            |  | יום           |  |
| כתובת (הרשומה במשרד הפנים) |  |            |  |               |  |
| רחוב/תא דואר               |  | מס' בית    |  | דירה          |  |
| כרם ארבל                   |  | 37         |  |               |  |
| טלפון קווי                 |  | טלפון נייד |  | דואר אלקטרוני |  |
|                            |  |            |  | @             |  |

אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך - אנא השלם את הפרטים הבאים:

|                    |                     |                     |
|--------------------|---------------------|---------------------|
| שם פרטי של איש קשר | שם משפחה של איש קשר | מס' זהות של איש קשר |
|                    |                     |                     |

אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט (SMS), דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)

|              |         |       |      |       |       |
|--------------|---------|-------|------|-------|-------|
| רחוב/תא דואר | מס' בית | כניסה | דירה | יישוב | מיקוד |
|              |         |       |      |       |       |

2

פרטי הפגיעה

|              |                       |
|--------------|-----------------------|
| תאריך הפגיעה | פרטים על הפגיעה       |
| 12/08/2021   | הית' מורד כמלאך ונחיל |

3

**פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון, אנא מלא סעיף 3א**

שכיר - שם, טלפון וכתובת מקום העבודה  
עצמאי - שם, טלפון וכתובת העסק  
מתנדב - שם הגוף השולח לפעולת ההתנדבות

שם מקום העבודה / העסק / הגוף השולח לפעולת ההתנדבות

טלפון

מיקוד

יישוב

דירה

כניסה

מס' בית

רחוב/תא דואר

המקצוע ערב הפגיעה:

3א

**פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון**

מקום השירות

☐ צה"ל

☐ משמר הכנסת

☐ שב"ס

☐ משמר אזרחי

☐ משטרה

☐ אחר

טלפון קווי

טלפון נייד

מס' פקס

מיקוד

יישוב

מס' בית

רחוב/תא דואר

תאריך כניסה לשירות קבע תאריך סיום השירות בקבע

האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה?

☐ כן ☐ לא

אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, אנא צרף העתק ממכתב הדחייה.

4

**פרטי הטיפול הרפואי**

האם נזקקת לאשפוז עקב הפגיעה? ☐ לא ☒ כן, פרט

שם בית החולים

תקופת אשפוז

האם נעשו לך בדיקות עקב הפגיעה (צילומי רנטגן, CT, MRI וכד')?

☐ לא ☐ כן, פרט

שם המוסד הרפואי שבו נעשו הבדיקות וכתובתו

אם יש בידך צילומים או תוצאות בדיקות, נא לצרפם לטופס התביעה.

אני מבוסס בקופ"ח

ציין בטבלה שלהלן את שמות הרופאים שטיפלו בך או עדיין מטפלים בך:

שם הרופא

תחום מומחיות

כתובת המרפאה

5

המגבלות שיש לך עקב הפגיעה שבגין אתה תובע גמלה

המסמך או התיעוד הרפואי הקשור למגבלה שצינת

המגבלות או הכאבים שמהם אתה סובל

הצו

כאבים והצנן בתנועות כתף שמאל

סחרחורת וצנן בתנועות זרוע ימנית

כאבים וצנן בתנועות ירך ורגל שמאל

חולשה רגל ימנית סחרחורת וצנן בתנועות תחתיות

האם סבלת בעבר ממגבלות או כאבים דומים לאלה שצינת בטבלה למעלה?

☐ לא ☐ כן, פרט:

6

חזרה לעבודה

האם חזרת לעבודה לאחר הפגיעה?

☒ כן - חזרתי לאותה העבודה ☐ כן - חזרתי לעבודה אחרת. פרט

☐ כן - חזרתי לעבודה אחרת. פרט

שם המעביד וכתובתו

תאריך החזרה לעבודה

☐ לא חזרתי לעבודה - ציין את הסיבה

לידיעתך, לצורך הטיפול בתביעה אנו נפנה למעסיקיך לפי הצורך, לקבלת נתוני הכנסותיך

אם הנך מתנגד לכך עליך לסמן את ההצהרה הבאה

☐ אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטלי (ממוחשב) של הכנסותי.

ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי.

7

שליטה בשפה העברית

☐ אני לא שולט בשפה העברית. אני דובר

☐ אגיע לוועדה עם מלווה דובר עברית

☐ לא אגיע לוועדה עם מלווה דובר עברית

8

פרטים על תשלומים

האם אתה מקבל או זכאי לתשלום או תגמול ממשרד הביטחון?

☐ לא ☐ כן - ציין את סוג התשלום מס' תיק באגף השיקום

האם הגשת או שאתה מתכוון להגיש תביעה לפיצוי נזיקין בגין המקרה?

☐ לא ☐ כן - ציין את שם הנתבע

9

סיוע וייצוג בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☒ כן

הגוף המייצג או המסייע: ☒ עורך דין ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוונת ☐ בית חולים ☐ עמותה

☐ אחר

אם אתה מייצג ע"י עורך דין יש לבקש מעורך הדין להזין ייפוי כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות באתר

הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס, יש לשלוח אלינו טופס

בל/73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

טלפון

כתובת

שם גורם מסייע

03-7412358

אור אריאל

אור אריאל

10

**פרטי חשבון הבנק של התובע**

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני הפרטיו רשומים מטה:

שמות בעלי החשבון

| שם הבנק | שם הסניף/כתובתו | מס' סניף | מספר חשבון |
|---------|-----------------|----------|------------|
|         |                 |          |            |

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי - אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיבוץ/המושב ☐ לחשבוני הפרטי

אני השותף בחשבון הבנק של ת"ז \_\_\_\_\_ שם \_\_\_\_\_ מתחייב להשתמש בכספי הגמלה שיופקדו בחשבון בעבור מקבל הגמלה.

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיפוי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימתם על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיפוי הכוח, במהלך תקופת הזכאות ולאחריה.

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 פרטיהם של מושכי התשלומים.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממוחשבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי שהצהרתי לעיל, ושהבנק הנ"ל לא עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחלופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עליי להמציאם לפי דרישה.

תאריך 29.10.22 חתימת מקבל הגמלה \* \_\_\_\_\_ חתימת השותפים לחשבון \* \_\_\_\_\_

11

**הצהרה**

אני החתום מטה, מצהיר בזאת כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.

ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עבירה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביוזעין 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.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות עליי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

☐ אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותי לגורמים נותני ההטבות.

☐ אני מסכים לוועדה בוודאו צ'אט

תאריך 29.10.22 חתימת התובע \* \_\_\_\_\_

אם התביעה לא חתומה ע"י התובע נא לציין את הסיבה לכך, את שם החותם, כתובתו ומס' זהותו. אם התביעה נחתמה בטביעת אצבע, נא לציין את שם העד לחתימה ומספר זהותו.

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
נכות מעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: נכות מעבודה

**1 פרטים אישיים**

קוד גמלה: 11

מספר זהות/דרכון: 024921686

תאריך הפגיעה: 12/09/2021

שם פרטי: של

שם משפחה: ישראלי

חבר בקופת חולים

כללית ☐ מאוחדת ☒ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר ☐

**2 הצהרה**

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית שלי ומבקש בזאת למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותי.

תאריך: 29.10.21 חתימת המבוטח \*

מקרה: 11346157  
מיון אורטופד / ר"ד מהלכים  
מ.ז. : 2492168-6 שם: עזרן אשר  
אב : סלומון  
סוג : אזרח  
קופ"ח : מכבי  
סיבה : ת. דרכים עבודה  
ת. קבלה: 12.08.21 12:05  
מפעיל: RUTIZ

כתובת: השר שפירא 37 בת ים  
טל: 050-8430093  
ת. לידה: 03.05.1970  
מיון ז  
מ.ר. וולפסון

המרכז הרפואי האוניברסיטאי  
ע"ש אדית וולפסון  
Department of Emergency Medicine המחלקה לרפואה דחופה  
רגישויות לתרופות  
88 יבזר

בוקור חוזר  
BIO HAZZARD  
כיסור / אולטראסאונד

זיהוי ידון 12/12  
שעה  
סיבת הפניה מחלות רקע ותרופות  
חתימה וחותמת  
חובא ע"י  
מ.ד"א/נש"ן  
לבד/משפחה  
מוסד  
מלווה  
מצב הכרה  
מלאה  
מבולבלת  
מעורפלת  
חוסר תכרה  
נשימה  
עצמונית  
קוצר נשימה  
מונשם  
חמצן  
מצב עור  
תקין  
פצעי לחץ/יש/אין  
פריחה/בצקות  
שיפשוף/חתך  
מצב רגשי  
תקין  
אי שקט  
חרד  
אחר\*

| סימנים חיוניים |        |      |      | אומדן כאב ע"פ: PS BPS VAS |                                          |           |       | שם וזותמת אחת |  |
|----------------|--------|------|------|---------------------------|------------------------------------------|-----------|-------|---------------|--|
| שעה            | לחץ דם | דופק | חום  | DEX GCS                   | אופי כאב                                 | כיוון כאב | עוצמה |               |  |
| 12/12 13/22 89 |        |      | 36.6 | PR PO R.A. O <sub>2</sub> | עמום / חד / שורף<br>לוחץ / מסוקד / מקרין |           |       |               |  |
|                |        |      |      | PR PO R.A. O <sub>2</sub> | עמום / חד / שורף<br>לוחץ / מסוקד / מקרין |           |       |               |  |
|                |        |      |      | PR PO R.A. O <sub>2</sub> | עמום / חד / שורף<br>לוחץ / מסוקד / מקרין |           |       |               |  |
|                |        |      |      | PR PO R.A. O <sub>2</sub> | עמום / חד / שורף<br>לוחץ / מסוקד / מקרין |           |       |               |  |
|                |        |      |      | PR PO R.A. O <sub>2</sub> | עמום / חד / שורף<br>לוחץ / מסוקד / מקרין |           |       |               |  |
|                |        |      |      | PR PO R.A. O <sub>2</sub> | עמום / חד / שורף<br>לוחץ / מסוקד / מקרין |           |       |               |  |

בדיקת דם/ הכנסת ונפולון  
ST ☐ T.O ☐  
כימיה ☐ ת.כבד ☐  
ת.קרישה ☐ D-DIMER ☐  
טרופונין ☐ CPK ☐  
גזים ☐ CRP ☐  
ליפאז ☐ עמילאז ☐  
ר.תרופות ☐ ר.אלכוהול ☐  
ת.דם ☐ לקטט ☐  
שתן כללי ☐ שתן HCG-β ☐  
תרביית שתן ☐ חיובי / שלילי ☐

שעה  
חתימה וחותמת אחת

רופא מנהל מקרה  
שעה  
תעודה זו ניתנה ע"י להגשתה כראייה לבית המשפט והריני להצהיר בזאת כי ייוזע לי היטב שלעניין החוק הפלילי בדבר עדות שקר בשבועה בבית המשפט, דין תעודה זו כשהיא חתומה על ידי כדן עדת בשבועה שנתתי בבית משפט.

## רגישויות לתרופות

825108

| שעה | קטטר שתן (שאריט) | תוכן זנדה | נקז | חתימת וחתימת האחות |
|-----|------------------|-----------|-----|--------------------|
|     |                  |           |     |                    |
|     |                  |           |     |                    |
|     |                  |           |     |                    |

85-108

תולדות עבר

תרופות קבועות

בדיקה גופנית / נוירולוגית

אנא

אק"ג

תכנית טיפול:

דימות: ☒ שלום

תשובת הדמיה

בדיקה חוזרת וסיכום כללי

אבחנות

קוד

קוד

המלצות להמשך ביחור וטיפול תרופתי

☐ מצורפת רשומה רפואית מודפסת

אשפוז למחלקה:

שיחור: חופש מחלה ☒ ימים. ביקורת תפריים בעוד

עזב על דעת עצמו: חתם / לא חתם. תאריך

תאריך: 12/8/24 שעת אשפוז / שיחור

שחרור סעודי:

☐ הוצאת ונופלון

☐ בקרת סיסנים חיוניים

☐ אומדן כאב בשחרור

הדרכה לשחרור:

☐ לקיחת אנלגטיקה לפי הצורך

☐ מנוחה

☐ אחר:

☐ ניתן דף הדרכה למטופל

☐ החלפת חבישה בקופ"ח

☐ לקיחת טיפול אנטיביוטי

☐ המשך מעקב רפואי

☐ ביצוע הדמיה בקופ"ח

☐ תזונה ושתייה מתאימה

שעה:

233358

חתימה וחותמת האחות המסחררת



סודי רפואי

מעודכן ל: 12/08/21, 13:35

מנהל מח' דר. שופן

## סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה - 11346157

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

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

### עזרן אשר

ת.ז.: 2492168-6 מין: זכר ת.לידה: 03/05/1970 גיל: 51 ש  
שם האב: סלומון טל: 050-8430093 טל: 3-5081186 שם האם: מרים  
מצב משפחתי: נ + 2 קופ"ח: מכבי סוג מבקר: אזרח  
כתובת: השר שפירא 37, בת ים, 5956125

### נתוני ביקור במיון

סיבת קבלה: ת. דרכים עבודה גורם מפנה: פניה עצמית מבטח: עזרן אשר, 2492168-6  
תאריך קליטה במיון: 12/08/21 שעה: 12:05  
תאריך קליטה בבי"ח: 12/08/21 שעה: 12:05  
זמן בדיקת רופא: 12/08/21, 12:10

### אבחנות בוכחיות

923.00- CONTUSION OF SHOULDER REGION (LT)  
924.11- CONTUSION OF KNEE (BL)  
922.1 - CONTUSION OF CHEST WALL

### רגישויות

לא ידוע

### תלונה עיקרית

תאונת עבודה דקות טרם פנייתו למיון  
לדבריו, החליק מאופנוע לאחר שנפגע מרכב פרטי חזיתית  
חבלת צלעות משמאל, כתף שמאל, ברכיים דו"צ וירך שמאלית  
היה רכוב עם קסדה  
שולל חבלת ראש ואובדן הכרה.  
היסטוריה רפואית ותולדות משפחה  
בן 51 ללא נטילת טיפול תרופתי קבוע

**בדיקה גופנית**

מצב כללי: בהכרה מלאה, GCS-15, יציב המודינמית ונשימתית.

מדדים:

137/92

89

36.6

עור וריריות: סימני שפשוף בברכיים דו"צ

וזרוע שמאל

ראש וגולגולת: ראש- ללא סימני חבלה, ללא דפורמציה, ללא חתכים או דימום.

צוואר- תנועות צוואר חופשיות, ללא רגישות של עמ"ש צווארי או גבי.

עיניים: נירולוגית- תנועות עיניים תקינות, אישונים שווים ומגיבים לאור, ללא חסכים נירולוגים גסים.

בית חזה ונשימה: חזה- ללא סימני חבלה, רגישות קלה במישוש בצלעות משמאל, כניסת אוויר טובה ושווה דו"צ

בטן: בטן- ללא סימני חבלה, רכה, ללא רגישות או תנגודת.

שלד, פרקים, גפיים: גפיים- המטומה בירך שמאלי באספקט קדמי עליון, שפשופים בברכיים דו"צ- הגבלת וכאב בתנועה בברך שמאל

שפשוף בזרוע שמאל כאב בטווח תנועת הכתף משמאל.

**ייעוצים****סיכום ייעוצים**

-- אורטופדיה --- נד.מוזס --- 12.08.2021 --- 13:35 ---

בן 51,

יום קבלתו למיון היה מעורב בת.ד כנהג אופנוע מול רכב, נפגע ביד שמאל, ירך שמאל וברך שמאל.

בבדיקתו:

נושא משקל שני רגליים, צליעה אנטלגית משמאל

מניע צוואר היטב וללא כאב, טווחים מלאים.

ללא רגישות במישוש מעל עמ"ש לכל אורכו.

בדיקה נירולוגית תקינה - מוטורית וסנסורית.

ללא רגישות מעל עצמות הבריו וגפיים עליונות ותחתונות.

זרוע שמאל שיפשוף לאטרלי וגם באמה לאטרלית פרוקסימלית, ללא רגישות בכתף ובמרפק, מניע כתף ומרפק בכך

ROM, ללא חסר NV דיסטאלי

פרק ירך שמאל נפיחות באפסקט קדמי, רגישות על GT, פרק ירך חופשי,

ברך שמאל שיפשוף בקדמת הברך, ללא רגישות על פיקה וסדקים מדיאלי ולאטרלי, ישור מלא כיפוף 100, יציבות וארוס

ואלגוס תקינה, סימן קדמי מגירה שלילי

צילוםאגן ומפרק ירך שמאל ללא ממצא גרמי חריף.

משתחרר עם ההמלצות:

- נוגדי כאבים לפי הצורך.
- 7 ימי מנוחה
- המשך מעקב רופא אורטופד בקהילה בעוד שבוע במידה והכאבים לא פוחתים.
- יש להימנע בימים הקרובים ממאמצים חריגים
- בכל החמרה תסמינית, לרבות חולשה, נימול, אובדן תחושה או כאב חריג - יש לפנות לבדיקת רופא.

**דיון וסיכום הקבלה**

תאונת עבודה דקות טרם פנייתו למיון לדבריו, החליק מאופנוע לאחר שנפגע מרכב פרטי חזיתית חבלת צלעות משמאל, כתף שמאל, ברכיים דו"צ וירך שמאלית היה רכוב עם קסדה שולל חבלת ראש ואובדן הכרה. במיון חוסן לטטנוס נבדק ע"י אורטופד ראה יעוץ מצורף. צילום חזה וצלעות משמאל ללא עדות לשברים או ממצא ריאתי חריג.

**מצב המטופל בשחרור ממיון**

משוחרר/ת במצב כללי טוב ויציב.

**תכנית טיפול והמלצות להמשך**

מעקב רופא מטפל.  
נגד כאבים לפי צורך.  
מעקב אורתופד בקופ"ת.

חופשת מחלה: 5 ימים

**החלטות רפואיות:**

| תאריך      | שעה   | סוג החלטה | יעד/מוסד העברה | רופא       |
|------------|-------|-----------|----------------|------------|
| 12/08/2021 | 14:10 | שחרור     |                | אד. דוידוב |

שוחרר בליווי

**חתימה**

רופא: באבייב, רגינה

חתימה:

מספר רשיון: 1090025

12/08/21 14:10

מספר רשיון: 35890

12/08/21 14:10

רופא מאשר: דר. דוידוב, אדוארד

חתימה:



127107

טלפון: 03-5025252

פקס: 03-5025242

כתובת: הופיין 13, חולון

פרטי הנבדק:

שם משפחה: עזרן

שם פרטי: אשר

ת.ז.: 24921686



0024921686

ת.לידה:

03/05/1970

מיון:

טלפון:

0508430093

טל.עבודה/נייד: 0508430093

כתובת:

השר שפירא 37/9, בת ים

מיקוד 5956125

מכתב שחרור

טיפולים והמלצות:

מעקב רופא מטפל  
משככי כאבים

תרופות שניתנו:

{ (למשך 10 ימים) 3 X 1 - ZALDIAR 325/37.5MG }

ד"ר מנסור מחמוד

חתימה וחותמת הרופא

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



127107

טלפון: 03-5025252

פקס: 03-5025242

כתובת: הופיין 13, חולון

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 24921686

שם פרטי: אשר

שם משפחה: עזרן

טל.עבודה/נייד: 0508430093

0508430093

טלפון:

מין: ז

03/05/1970

ת.לידה:



0024921686

מיקוד: 5956125

השר שפירא 37/9, בת ים

כתובת:

מכתב שחרור

תוצאות מעבדה מהיום:

|                           |                                                    |
|---------------------------|----------------------------------------------------|
| Test Date & Time          | 13/08/2021<br>14:37                                |
| המטולוגיה - ספירת דם      |                                                    |
| WBC-Leucocytes            | 11                                                 |
| RBC-Red Blood Cells       | 5.01                                               |
| Hemoglobin                | 13.6                                               |
| Hematocrit                | 41.2                                               |
| MCV (Mean Cell Volume)    | 82.2                                               |
| MCH-Mean Cell Hemoglobin  | 27.1                                               |
| MCHC-M.Cell Hb            | 33                                                 |
| RDW-Red Cell Distri.Width | 14.2                                               |
| Platelets                 | 198                                                |
| MPV-Mean Platelet Volume  | 10.6 *                                             |
|                           | החל מ-<br>4.11.08 שים<br>לב לעדכון<br>ערכי הייחוס. |
| Neutrophils %             | 71.4                                               |
| Lymphocytes %             | 19.3 L                                             |
| Monocytes %               | 8                                                  |
| Eosinophils %             | 0.8                                                |
| Basophils %               | 0.5                                                |
| Neutrophils #             | 7.87 H                                             |
| Lymphocytes #             | 2.13                                               |
| Monocytes #               | 0.88                                               |
| Eosinophils #             | 0.09                                               |
| Basophils #               | 0.06 *                                             |
|                           | תוצאת<br>מכשיר, ללא<br>אימות<br>מיקרוסקופי.        |

הערכה:

ס"ד תקינה, ישתחרר עם המשך טיפול במשככי כאבים

אבחנה:

• ROAD ACCIDENT



028350

קוד הפניה: 231870310

טלפון: 03-5535457

פקס: 03-5536105

כתובת: השר שפירא 6, בת ים

ד"ר הלפרין קונסטנטין

כירורגיה אורתופדית | אורתופדיה קרסול וכף רגל

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

|                              |                |                   |                           |
|------------------------------|----------------|-------------------|---------------------------|
| פרטי הגבדק:                  | שם משפחה: עזרן | שם פרטי: אשר      | ת.ז.: 24921686            |
| ת.לידה: 03/05/1970           | מין: ז         | טלפון: 0508430093 | טל.עבודה/נייד: 0508430093 |
| כתובת: השר שפירא 37/9, בת ים | מיקוד: 5956125 |                   |                           |

**מכון פיזיותרפיה**

גורם משלם: 5 תאונת דרכים

תלונות: בביקור בתאריך 15/08/2021 בשעה 09:34:54  
ת.ד. 12.08.2021, נפילה עם אופנוע, נבדק במיון, לילומים פוענחו כתקנים

ממצאים: בביקור בתאריך 15/08/2021 בשעה 09:34:54  
המטומה די גדולה ביקר שמאל, הגבלה בתנועת הירך, שפשופים בברך ושוק שמאל.  
רגישות והגבלה בתנועת עמ"ש מתני, SLR חיובי משמאל, כח גס, תחושה וחזרים תקינים.

אבחנה:

- ROAD ACCIDENT
- CONTUSION Left HIP AREA
- CONTUSION Left KNEE
- LOW BACK PAIN

בעיות ידועות:

- FAMILY HISTORY OF DIABETES MELLITUS (11/2013) father
- MIGRAINE (10/2015)
- POLYP GALLBLADDER (04/2020)
- TOBACCO USER (11/2013)

תרופות קבועות:

CRESTOR 10MG X 28 1X1X28  
SUMATRIDEX 50MG X 6 1X2X3

מעשנות: לא

סיבת ההפניה: טיפול לאחר ת.ד.

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 15/08/2021 עד תאריך - 11/02/2022

\*\*נא להגיע עם מסמכים רלוונטים\*\*

15/08/2021

תאריך

ד"ר קונסטנטין הלפרין  
מומחה לכירורגיה אורתופדית  
כירורגיה קרסול וכף רגל  
מ.ר. 28350  
חתימה וחותמת

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

ד"ר קונסטנטין הלפרין  
מומחה לכירורגיה אורתופדית  
כירורגיה קרסול וכף רגל  
מ.ר. 21955

ד"ר הלפרין קונסטנטין

מומחה כירורגיה אורתופדית

מס' רשיון: 28350

כתובת: השר שפירא 6, בת ים

טלפון: 03-5535457

**תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה**

|                                  |                     |                     |                      |                    |
|----------------------------------|---------------------|---------------------|----------------------|--------------------|
| שם משפחה<br>עזרן                 | שם פרטי<br>אשר      | שם האב<br>סלומון    | מס' זהוי<br>24921686 | שכיר/עצמאי<br>שכיר |
| ישוב<br>בת ים                    | רחוב<br>השר שפירא   | מס'<br>37           | מיקוד<br>5956125     | שנת לידה<br>1970   |
| חבר (כל)                         | כ                   |                     |                      |                    |
| שם המעביד וכתובתו<br>דואר ישראל  | טלפון<br>0508430093 | מקצוע               |                      |                    |
| ת. פגיעה<br>12/08/2021           | שעה<br>10:30        | התעסקות בשעת הפגיעה |                      |                    |
| האיבר שנפגע<br>גב, ירך וברך שמאל | שם הרופא המטפל      | נמצא בטיפול מיום    |                      |                    |

תאור התאונה, פרטי הטיפול שניתן לפני הגיעו אלינו והיכן קיבל טיפול:

בביקור בתאריך 15/08/2021 בשעה 09:34:54  
ת.ד. 12.08.2021, נפילה עם אופנוע, נבדק במיון, לילומים פוענחו כתיקנים

הנמצא הקליני:

בביקור בתאריך 15/08/2021 בשעה 09:34:54  
המטומה די גדולה ביקר שמאל, הגבלה בתנועת הירך, שפשופים בברך ושוק שמאל.  
רגישות והגבלה בתנועת עמ"ש מתני, SLR חיובי משמאל, כח גס, תחושה וחזרים תקינים.

אבחנה:

- ROAD ACCIDENT
- CONTUSION Left HIP AREA
- CONTUSION Left KNEE
- LOW BACK PAIN

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת על-ידי הנ"ל:

הנ"ל אינו מסוגל לעסוק בעבודתו ואף לא בעבודה מתאימה אחרת

במשך: 20 ימים, היים מיום: 12/08/2021 עד יום: 31/08/2021 (בכלל)

15/08/2021

תאריך הבדיקה

ד"ר קונסטנטין הלפרין  
מומחה לכירורגיה אורתופדית  
כירורגית קדסל וכף רגל  
מ.ר. 28350 פ.ר.מ. 21955

חתימה וחותמת הרופא

חשוב - תעודה זו מיועדת לצורך הגשת תביעה למימוש זכויותך כנפגע עבודה, למוסד לביטוח לאומי. אי הגשת תביעה עלולה למנוע המשך קבלת שירות רפואי מהקופה ותהיה על אחריותו הבלעדית של הנפגע.

ד"ר ביין אברהם

כירורגיה אורתופדית | אורתופדיה קרסול וכף רגל

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית



018667

קוד הפניה: 233377317

טלפון: 03-6944693

פקס: 03-6380830

כתובת: ז'בטינסקי 18 קומה 3 ב-ש-פל, ראשון לציון (קומה 3 כניסה ב-ש-פל)

|                              |  |                |  |                   |  |                           |  |
|------------------------------|--|----------------|--|-------------------|--|---------------------------|--|
| פרטי הנבדק:                  |  | שם משפחה: עזרן |  | שם פרטי: אשר      |  | ת.ז.: 24921686            |  |
| ת.לידה: 03/05/1970           |  | מין: ז         |  | טלפון: 0508430093 |  | טל.עבודה/נייד: 0508430093 |  |
| כתובת: השר שפירא 37/9, בת ים |  | מיקוד: 5956125 |  | 0024921686        |  |                           |  |

מכון פיזיותרפיה

גורם משלם: 6 תאונת עבודה

**תלונות:** הנל לדבריו עבר תאונת דרכים בעבודה ב-12.08.2021 עבר לביח וולפסון שם התלונן על חבלות בכתף שמאל בירכיים וירך שמאל המטומה בירך שמאל עשש תנועות מלאות שיפשוים בירכיים צילום אגן פרקי ירכיים ללא שבר

**ממצאים:** המטומה גדולה באזור פרק ירך שמאל נוזל בכמות גדולה

• ARTHRALGIA

אבחנה:

- FAMILY HISTORY OF DIABETES MELLITUS (11/2013) father
- MIGRAINE (10/2015)
- POLYP GALLBLADDER (04/2020)
- TOBACCO USER (11/2013)

בעיות ידועות:

CRESTOR 10MG X 28 1X1X28  
SUMATRIDEX 50MG X 6 1X2X3

תרופות קבועות:

מעשנ/ת: לא

**סיבת ההפניה: הנל זקוק מסג עמוק לפיזור שטף הדם**

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 25/08/2021 עד תאריך - 21/02/2022

\*\*נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים\*\*

25/08/2021

חתימה וחתימת

תאריך

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

ד"ר בין אברהם

כירורגיה אורתופדית | אורתופדיה קרסול וכף רגל

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית



018667

קוד הפניה: 233376891

טלפון: 03-6944693

פקס: 03-6380830

כתובת: ז'בטינסקי 18 קומה 3 ב-ש-פל, ראשון לציון (קומה 3 כניסה ב-ש-פל)

|                              |  |                |  |                   |  |                           |  |
|------------------------------|--|----------------|--|-------------------|--|---------------------------|--|
| פרטי הנבדק:                  |  | שם משפחה: עזרן |  | שם פרטי: אשר      |  | ת.ז.: 24921686            |  |
| ת.לידה: 03/05/1970           |  | מין: ז         |  | טלפון: 0508430093 |  | טל.עבודה/נייד: 0508430093 |  |
| כתובת: השר שפירא 37/9, בת ים |  | מיקוד: 5956125 |  | 0024921686        |  |                           |  |

התייעצות מומחה

- במכבי

אורתופדיה

תחום שירות:

סוג הייעוץ: רגיל

גורם משלם: 6 תאונת עבודה

מרפאה: מכון EMG

תלונות: הגל לדבריו עבר תאונת דרכים בעבודה ב-12.08.2021  
עבר לביח וולפסון שם התלונן על חבלות בכתף שמאל בירכיים וירך שמאל  
המטומה בירך שמאל עשש תנועות מלאות שיפשושים בבירכיים  
צילום אגן פרקי ירכיים ללא שבר

ממצאים: המטומה גדולה באזור פרק ירך שמאל  
נוזל בכמות גדולה

אבחנה:

• ARTHRALGIA

מעש/ת: לא

בעיות ידועות:

- FAMILY HISTORY OF DIABETES MELLITUS (11/2013) father
- MIGRAINE (10/2015)
- POLYP GALLBLADDER (04/2020)
- TOBACCO USER (11/2013)

תרופות קבועות:

CRESTOR 10MG X 28 1X1X28  
SUMATRIDEX 50MG X 6 1X2X3

מטרת ההפניה: לבדיקתכם רגל שמאל האם הרדימות מעש מתני או חלבלה בעצב השיאטי

\*\* נא להצטייד בכרטיס מגנטי \*\*

25/08/2021

חתימה וחותמת הרופא

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

תאריך

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

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 25/08/2021 עד תאריך - 21/02/2022

בקשה לדימות

סוג הבדיקה: M.R.I

תאריך פתיחת הבקשה: 25/08/2021 פותח הבקשה: דר' בין אברהם

נבחר יעוץ: חייב

פרטי הרופא

ת.ז. רופא: 52224870 שם הרופא: דר' בין אברהם מס' רשיון: 018667  
מקצוע: אורתופדיה טלפון: 03-6944693

פרטי הפניה

מקור הבקשה: הפניה מרופא

גורם משלם: 6 תאונת עבודה

תלונות:

הנל לדבריו עבר תאונת דרכים בעבודה ב עם אופנוע 12.08.2021  
עבר לביח וולפסון שם התלונן על חבלות בכתף שמאל בירכיים וירך שמאל  
המטומה בירך שמאל עשש תנועות מלאות שיפשושים בבירכיים  
צילום אגן פרקי ירכיים ללא שבר

ממצאים:

המטומה גדולה באזור פרק ירך שמאל  
נוזל בכמות גדולה

אבחנה:

• ARTHRALGIA

בעיות פעילות:

• FAMILY HISTORY OF DIABETES MELLITUS (11/2013) father  
• MIGRAINE (10/2015)  
• POLYP GALLBLADDER (04/2020)  
• TOBACCO USER (11/2013)

תרופות קבועות:

CRESTOR 10MG X 28 1X1X28  
SUMATRIDEX 50MG X 6 1X2X3

| שאלה                                     | תשובה             |
|------------------------------------------|-------------------|
| קלסטרופוביה                              | לא / לא ידוע      |
| קוצב לב                                  | לא                |
| שתלים מתכתיים / רסיסים בגוף / עין / אוזן | לא                |
| creatinine: 0.83                         | תאריך: 03/05/2021 |
| eGFR: 102                                | תאריך: 03/05/2021 |

שאלה לרדיולוג/פרוטוקול ביצוע הבדיקה:

האם נזק גרמי וגודל וממדים של הנפיחות באזור הטרוקנטר הגדול ופרק ירך שמאל

פרטי חפא

פרטי מטופל

מס ביקור

ת"ז



שם חפא: ד"ר מנסור מחמוד  
מומחיות: מומחה ברפואה פנימית  
טלפון: 03-5025252

שם מטופל: עזרן אשר  
ת"ז: 24921686  
גיל 51 שנים ו-3 חודשים  
טלפון: 0508430093, 0508430093

פקס: 03-5025242

מ"ן: 0024921686

מסמך חתום  
דיגיטלי  
cosign מכבי

רשימת תרופות שהופק להם מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 13/08/2021 (דף זה אינו מרשם)

| מידע מנהלי                                 | בחוקף להכשרה          | לפני שינוי | ערב     | צורת שם | בוקר    | משך טיפול | אופן שימוש<br>התדירות | שם התרופה                                               |
|--------------------------------------------|-----------------------|------------|---------|---------|---------|-----------|-----------------------|---------------------------------------------------------|
| כמות לטיפול: 30 TAB<br>השתתפות עצמית: 15 % | 13/08/2021-27/08/2021 | 1 טבליה    | 1 טבליה | 1 טבליה | 1 טבליה | 10 ימים   | לבלוע 1 טבליה 3 פעמים | 325 mg paracetamol<br>37.5 mg tramadol hcl<br>* ZALDIAR |

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

דר' אלנה ליבוביץ

רפואה פנימית

התמחויות:

מומחית ברפואה פנימית



034185

קוד הפניה: 234202644

טלפון: 03-5525559

פקס: 03-5538239

כתובת: בלפור 151, בת ים

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 24921686

שם פרטי: אשר

שם משפחה: עזרן

טל.עבודה/נייד: 0508430093

0508430093

טלפון:

מין: ז

03/05/1970

ת.לידה:



0024921686

מיקוד 5956125

השר שפירא 37/9, בת ים

כתובת:

התייעצות מומחהתחום שירות:פסיכיאטריה

- במכבי

סוג הייעוץ: רגיל

תלונות: ב-12.08 עבר תאודת דרכים עם אופנוע

נמצא בטיפול אורטופדי

חבלה באזור ירך שמאלי

מועמד למרי EMG

נדודי שינה לאחר תאונה

אבחנה:

• ROAD ACCIDENT Status Post

• HIP PAIN Left

• INSOMNIA UNS

מעשנת: לא

בעיות ידועות:

• FAMILY HISTORY OF DIABETES MELLITUS (11/2013) father

• MIGRAINE (10/2015)

• POLYP GALLBLADDER (04/2020)

• TOBACCO USER (11/2013)

תרופות קבועות:

CRESTOR 10MG X 28 1X1X28

SUMATRIDEX 50MG X 6 1X2X3

מטרת ההפניה: המשך טיפול

31/08/2021

\*\* נא להצטייד בכרטיס מגנטי \*\*

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 - 31/08/2021 עד תאריך - 27/02/2022

ד"ר הלפרין קונסטנטין

מומחה כירורגיה אורתופדית

מס' רשיון: 28350

כתובת: השר שפירא 6, בת ים

טלפון: 03-5535457

**תעודה רפואית נוספת לפגיעה בעבודה**

|                                 |                   |                                 |                       |                  |
|---------------------------------|-------------------|---------------------------------|-----------------------|------------------|
| שם משפחה<br>עזרן                | שם פרטי<br>אשר    | שם האב<br>סלומון                | מס' זיהוי<br>24921686 | שכיר             |
| ישוב<br>בת ים                   | רחוב<br>השר שפירא | מס'<br>37                       | מיקוד<br>5956125      | שנת לידה<br>1970 |
| שם המעביד וכתובתו<br>דואר ישראל |                   | טלפון<br>0508430093             |                       |                  |
| טלפון<br>0508430093             |                   | שם המעביד וכתובתו<br>דואר ישראל |                       |                  |

**תוצאות הבדיקה:**

בביקור בתאריך 15/08/2021 בשעה 09:34:54  
המטומה די גדולה ביקך שמאל, הגבלה בתנועת הירך, שפשופים בברך ושוק שמאל.  
רגישות והגבלה בתנועת עמ"ש מתני, SLR חיובי משמאל, כח גס, תחושה וחזרים תקינים.

בביקור בתאריך 22/08/2021 בשעה 08:44:31

בביקור בתאריך 29/08/2021 בשעה 08:48:12

אני מאשר שהנפגע הנ"ל סובל מ:

- ROAD ACCIDENT
- CONTUSION Left HIP AREA
- CONTUSION Left KNEE
- LOW BACK PAIN

והוא אינו מסוגל עדיין לעסוק בעבודתו או בעבודה מתאימה אחרת.

אי כושר זה הוא, לפי דעתי, תוצאה ישירה מהפגיעה שקרתה, לפי דברי הנפגע הנ"ל,

דעתי היא, שאי כושר זה ימשך עוד, לפחות:

21 ימים, היינו מיום:

01/09/2021

עד יום: 21/09/2021 (בכלל).

29/08/2021

תאריך הבדיקה

חתימה וחתימת הרופא

ד"ר קונסטנטין הלפרין  
מומחה לכירורגיה אורתופדית  
כירורגית קרסול וכף רגל  
מ.ר. 28350 מ.ר. 21955

תאריך: 5/09/21  
שעה: 2:40:37

רשימת תורים עתידיים לחבר

פיקוד: ELIANI\_G03  
דף: 1

אשר

חבר 24921686 0 עזרון

מיקוד: 9561

בת ים

37

השר שפירא

חודעות על זכאות לתור:

|         |         |
|---------|---------|
| ללא ערך | ללא ערך |
| ללא ערך | ללא ערך |
| ללא ערך | ללא ערך |
| ללא ערך | ללא ערך |

רשימת תורים

| שעה<br>בפועל | מקצוע/<br>סוג מכון | רופא/מכון        | שעה   | תאריך    | יום |
|--------------|--------------------|------------------|-------|----------|-----|
| בפועל        | סטט. זימון         | פזיזוטריס        | 12:30 | 5/09/21  | א   |
|              | בוצע זמון          | 03-5004444 *3555 |       |          |     |
|              | פזיזוטריס          | אלשחמאלי עימאד   | 11:30 | 12/09/21 | א   |
|              | בוצע זמון          | 03-5004444 *3555 |       |          |     |
|              | פזיזוטריס          | וולדמן ענת       | 9:00  | 14/09/21 | ג   |
|              | בוצע זמון          | 03-5004444 *3555 |       |          |     |
|              | פזיזוטריס          | אלשחמאלי עימאד   | 11:30 | 19/09/21 | א   |
|              | בוצע זמון          | 03-5004444 *3555 |       |          |     |
|              | פזיזוטריס          | סעיד עבד אלכר    | 11:30 | 29/09/21 | ד   |
|              | בוצע זמון          | 03-5004444 *3555 |       |          |     |
|              | פזיזוטריס          | סעיד עבד אלכר    | 11:30 | 6/10/21  | ד   |
|              | בוצע זמון          | 03-5004444 *3555 |       |          |     |

\*\*\* סוף הדו"ח \*\*\*

פרטי חופא

פרטי מטופל



מס ביקור



000178035465

מס: 03-5538239

שם חופא:

דר אלנה ליבוביץ

מומחיות:

מומחית ברפואה פנימית

טלפון:

03-5525559

ה"ז



0024921686

מין: ז

שם מטופל: עזרן אשר

ה"ז:

24921686

גיל: 51 שנים ו-4 חודשים

טלפון: 0508430093, 0508430093

רשימת תרופות שהופק להם מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 31/08/2021 (דף זה אינו מרשם)

| מידע מנהלי                    | בתוקף לרכישה                             | לפני שינה | ערב | צהריים | בוקר | משך טיפול | אופן שימוש הנחיות | שם תרופה                                                                |
|-------------------------------|------------------------------------------|-----------|-----|--------|------|-----------|-------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| TAB 10<br>השתתפות עצמית: 10 % | 31/08/2021-14/09/2021<br>כמות לניפוק: 10 | 1 טבליה   |     |        |      | 10 ימים   | פעם ביום          | tab. brotizolam 0.25 mg<br>* על קיבה ריקה<br>BONDORMIN, BROtizOLAM-TEVA |

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

דל' ביין אברהם

כירורגיה אורתופדית | אורתופדיה קרסול וכף רגל

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית



0052224870



018667

קוד הפניה: 243748334

טלפון: 03-6944693

פקס: 03-6380830

כתובת: ד'בטינסקי 18 קומה 3 ב-פל, ראשון לציון (קומה 3 כניסה ב-פל)

פרטי הנבדק:

|                              |                |                           |
|------------------------------|----------------|---------------------------|
| שם משפחה: עזרן               | שם פרטי: אשר   | ת.ז.: 24921686            |
| ת.לידה: 03/05/1970           | מין: ז         | טלפון: 0508430093         |
| כתובת: השר שפירא 37/9, בת ים | מיקוד: 5956125 | טל.עבודה/נייד: 0508430093 |



0024921686

## US איברים

הבדיקה הדרושה אולטראסאונד

רקמות רכות לא ארטופדי

קוד: 6892

שאלה למבצע הבדיקה: לאזור הבורסא מצד שמאל ואזור

תלונות: בביקור בתאריך 25/08/2021 בשעה 10:40:08

הנל לדבריו עבר תאונת דרכים בעבודה ב עם אופנוע 12.08.2021  
עבר לביח וולפסון שם התלונן על חבלות בכתף שמאל בירכיים וירך שמאל  
המטומה בירך שמאל עשש תנועות מלאות שיפשוים בבירכיים  
צילום אגן פרקי ירכיים ללא שבר

בביקור בתאריך 10/11/2021 בשעה 15:55:26

ממצאים: בביקור בתאריך 25/08/2021 בשעה 10:40:08

המטומה גדולה באזור פרק ירך שמאל  
נזל בכמות גדולה

בביקור בתאריך 10/11/2021 בשעה 15:55:26

• ARTHRALGIA

אבחנה:

בעיות ידועות:

- FAMILY HISTORY OF DIABETES MELLITUS (11/2013) father
- MIGRAINE (10/2015)
- POLYP GALLBLADDER (04/2020)
- TOBACCO USER (11/2013)

מעשנת: לא

\*\* נא להצטייד בכרטיס מגנטי \*\*

10/11/2021

תאריך

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 10/11/2021 עד תאריך - 09/05/2022

מרכז זימון תורים 1-700-50-53-53



0024921686

29/10/2021

עד

15/10/2021

המרשם בתוקף מ:

מר עזרן אשר

השר שפירא 37 בת ים

Rp.

0508430093 טל סלולרי:

0508430093 טלפון:

סה"כ: TAB 60:

שם התרופה: **Tab. esomeprazole 20 mg**

שמות החלופות: \* TAB. NEXIUM 20MG X 28 <2 OP+4> [2923]  
TAB. ESOPRIM 20MG X 28 <2 OP+4> [55166]  
TAB. ESOMEPRAZOLE 20MG X 30 <2 OP> [36177]

הוראות שימוש: לבליעה 1 טבליה 2 פעמים ביום, (בוקר 1 טבליה, ערב 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים.

50%

סה"כ: TAB 30:

שם התרופה: **Tab. brotizolam 0.25 mg**

שמות החלופות: TAB. BONDORMIN 0.25MG X10 <3 OP> [7872]  
\* TAB. BONDORMIN 0.25MG X20 <1 OP+10> [61426]  
TAB. BROTILOLAM-TEVA 0.25MG X10 <3 OP> [26083]

הוראות שימוש: לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (לפני שינה 1 טבליה) לתקופה של 30 ימים.

על קיבה ריקה

10%

*הערות*

DR. WEINBERG S. M.D. 011166

\* הקשתות העצמית תקבע בבית המרקחת על פי תוכנית הגביה המאושרת לקופה, ועל פי הנהלים שבתוקף ביום הניפוק



833027

[ס.מ]

\* בידיעתי ובאחריותי מורשה הרוקח/ת לנפק חלופה גנרית שאושרה ע"י הקופה אלא אם ציינתי אחרת.

ד"ר ויינברג סימון  
רפא פנימי כללי  
בלפור 151, בת ים  
מ.ר.: 011166 טל:



011166

**חובה להציג כרטיס מגנטי בבית מרקחת!**

ידיעתך מרשם המופק עם חתימה דיגיטאלית ינופק בבית המרקחת רק אם הוא מופיע במאגר המרשמים וממוחשב, ותאריך ניפוק תואם את המרשם, חותמת אלקטרונית מוסמכת עליו והמרשם לא מצל עדיין.

חתימה וחומתת הרפא

ת.הפקה: 15/10/2021

פרטי רופא

מס ביקור



000182184332

פקס: 03-5538239

שם רופא: דר' ויינברג סימון

מומחיות: רופא פנימי כללי

מסמך חתום  
דיגיטלי  
cosign

פרטי מטופל

ת"ז



0024921686

שם מטופל: עזרן אשר

ת"ז: 24921686

גיל 51 שנים - 5 חודשים

טלפון: 0508430093, 0508430093

### רשימת תרופות שהופק להם מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 15/10/2021 (דף זה אינו מרשם)

| שם תרופה                                                       | אופן שימוש<br>הנחיות | משך טיפול         | בוקר         | צהריים         | ערב         | לפני שינה         | בתוקף לכתישה                                                                            | מידע מנהלי                                  |
|----------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------|--------------|----------------|-------------|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| שם תרופה: cap. sumatriptan 50 mg<br>ביום * SUMATRIDEX, IMITREX | אופן שימוש: 2 פעמים  | משך טיפול: 3 ימים | בוקר: 1 כמות | צהריים: 1 כמות | ערב: 1 כמות | לפני שינה: 1 כמות | בתוקף לכתישה: 15/10/2021-04/11/2021<br>**05/11/2021-04/12/2021<br>05/12/2021-03/01/2022 | מידע מנהלי: cap 6<br>10% השתתפות עצמית: 10% |

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



018667

035004444 /

דר' בין אברהם

כירורגיה אורתופדית | אורתופדיה קרסול וכף רגל

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

קוד הפניה: 243748856

טלפון: 03-6944693

פקס: 03-6380830

כתובת: ז'בטינסקי 18 קומה 3 ב-ש-פל, ראשון לציון (קומה 3 כניסה ב-ש-פל)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 24921686

שם פרטי: אשר

שם משפחה: עזרן

טל.עבודה/נייד: 0508430093

0508430093

טלפון:

מין: ז

ת.לידה: 03/05/1970



0024921686

מיקוד 5956125

כתובת:

השר שפירא 37/9, בת ים

מכון פיזיותרפיה

גורם משלם: 6 תאונת עבודה

תלונות: בביקור בתאריך 25/08/2021 בשעה 10:40:08

הנל לדבריו עבר תאונת דרכים בעבודה ב עם אופנוע 12.08.2021  
עבר לביח וולפסון שם התלונן על חבלות בכתף שמאל בירכיים וירך שמאל  
המטומה בירך שמאל עשש תנועות מלאות שיפשושים בירכיים  
צילום אגן פרקי ירכיים ללא שבר

בביקור בתאריך 10/11/2021 בשעה 15:55:26

ממצאים: בביקור בתאריך 25/08/2021 בשעה 10:40:08

המטומה גדולה באזור פרק ירך שמאל  
נוזל בכמות גדולה

בביקור בתאריך 10/11/2021 בשעה 15:55:26

• ARTHRALGIA

אבחנה:

- FAMILY HISTORY OF DIABETES MELLITUS (11/2013) father
- MIGRAINE (10/2015)
- POLYP GALLBLADDER (04/2020)
- TOBACCO USER (11/2013)

בעיות ידועות:

CRESTOR 10MG X 28 1X1X28  
SUMATRIDEX 50MG X 6 1X2X3

תרופות קבועות:

מעשנ/ת : לא

סיבת ההפניה: להמשך טיפולכם שעזר מאוד

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 10/11/2021 עד תאריך - 09/05/2022

\*\*נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים\*\*

10/11/2021

תאריך

חתימה וחותמת

ד"ר תמר  
פיזיותרפיה  
11908

ד"ר תמר  
פיזיותרפיה  
11908

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



מכון דימותי ראש לצ"צ כתובת: רוטשילד 15 ראשון לציון טלפון: 03-9541111  
 שירותי בדיקות  
 פרטי רופא מפתח:  
 שם: ב"ן אברהם  
 מ"ר: 18667  
 תאריך הבדיקה: 29/11/2021  
 תאריך הפיעמה: 05/12/2021

שם הנבדק: עזרן אשר  
 ת.ז. הנבדק: 24921686

כתובת הנבדק: השר שפירא 37/9 בת ים 5956125  
 טלפון הנבדק: 050-8430093 טלפון נייד: 050-8430093

**תשובת בדיקת דימות: 21736732**

**א.ס. רקמות רכות לא אורטופדי**

**סיבת ההפניה:**

המטומה גדולה באזור פרק ירך שמאל נוזל בכמות גדולה.  
 הגל לדבריו עבר תאונת דרכים בעבודה ב עם אופנוע 12.08.2021  
 ARTHRALGIA

**ממצאים:**

בדיקה על קול של פרק ירך שמאל

גבולות הראש הירך לא סדיר יכול להתאים בין היתר לשיניים היפרטרופים.  
 נוזל בכמות לא גדולה תוך פרקי.  
 אחיזה של שריר rectus femoris מעובה היפואקויד. מתאים בין היתר ל-tendonitis

**סיכום:**

**א.ס. ירך מבוגר**

**סיבת ההפניה:**

**ממצאים:**

בדיקה על קול של אזור trochanter mayor שמאל

ITB בגבולות שמור.  
 subtrochanteric bursa - תפוח, מעובה תוכן בלתי הומוגני בחלקו מזלי ובחלקו אקווגני.  
 הממצא מתאים ל-bursitis עם דמם במקום -  
 גבולות העצם trochanter לא חד יכול להתאים בין היתר: שיקויים ניוונים ? - hair line fracture ?  
 הגיד gluteus minimus באחיזה בלתי הומוגני היפואקויד יכול להתאים ל-tendonitis  
 gluteus medius באזור אחיזה היפואקויד בלתי הומוגני tendonitis

**סיכום:**

גרסה 1/1 מסמך זה מכיל מידע מוגן הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסרי שלא כדין עובר עבירה



שירותי בריאות

מכון דימות:ראשל"צ כתובת: רוטשילד 15 ראשון לציון טלפון: 03-9541111

פרטי רופא מפנה:

שם: בין אברהם

מ.ר: 18667

תאריך הבדיקה: 29/11/2021

תאריך הפיעות: 05/12/2021

שם הנבדק: עזרן אשר

ת.ז. הנבדק: 24921686

כתובת הנבדק: חשר שפירא 37/9 בת ים 5956125

טלפון הנבדק: 050-8430093 טלפון נייד: 050-8430093

## תשובת בדיקת דימות: 21736732

כמותאר-

הממצאים מתאימים לפגיעה בפרק ירך ובאזור trochanter משמאל.

bursitis trochanteric עם תוכן בלתי הומוגני.

התעבות באחידה הגידים של GM-GMED המתאימים ל tendonitis

שינויים בגבולות העצם שטיבו לא ברור.

נא המשך בירור אצל רופא אורתופד.

מבצע/ת הבדיקה: מזל לוי

בברכה

ד"ר דניאל גונזלזס

מומחה/ית ברדיולוגיה אבחנתית

מס' רישיון: 19617

התשובה עברה הגהה ונחתמה אלקטרונית



018667

קוד הפניה: 263395680

טלפון: 03-6944693

פקס: 03-6380830

כתובת: ז'בטינסקי 18 קומה 3 ב-פל, ראשון לציון (קומה 3 כניסה ב-פל)

פרטי הנבדק:

|                           |                              |                |
|---------------------------|------------------------------|----------------|
| שם פרטי: אשר              | שם משפחה: עזרן               | ת.ז.: 24921686 |
| טלפון: 0508430093         | ת.לידה: 03/05/1970           | מין: ז         |
| טל.עבודה/נייד: 0508430093 | כתובת: השר שפירא 37/9, בת ים | מיקוד: 5956125 |



0024921686

התייעצות מומחה

• במכבי

אורתופדיה

תחום שירות:

סוג הייעוץ: רגיל

מרפאה: מירפאת כאב

תלונות: בביקור בתאריך 25/08/2021 בשעה 10:40:08  
הנל לדבריו עבר תאונת דרכים בעבודה ב עם אופנוע 12.08.2021  
עבר לבית וולפסון שם התלונן על חבלות בכתף שמאל בירכיים וירך שמאל  
המטומה בירך שמאל עשש תנועות מלאות שיפשושים בירכיים  
צילום אגן פרקי ירכיים ללא שבר

בביקור בתאריך 10/11/2021 בשעה 15:55:26

בביקור בתאריך 15/12/2021 בשעה 11:54:58  
US פרק ירך שמאל היפרטרפיה ונזל בפרק ירך שמאל אחיזה של הרקטוס פמוריס מעובה  
תפיחות בבורסה באזור הטרוקנטר הגדול ודלקת בחיבור הגלזטאוסים לטרוקנטר

בביקור בתאריך 16/03/2022 בשעה 16:17:44  
כאבי גב תחתון לדבריו מאז התאונה ללא חסר נאורולוגי

ממצאים: בביקור בתאריך 25/08/2021 בשעה 10:40:08  
המטומה גדולה באזור פרק ירך שמאל  
נזל בכמות גדולה

בביקור בתאריך 10/11/2021 בשעה 15:55:26

בביקור בתאריך 15/12/2021 בשעה 11:54:58  
המלו כאבים בעש מתני ללא חסר נאורולוגי

בביקור בתאריך 16/03/2022 בשעה 16:17:44  
ב CT עש מתני בלטי דיסק L3-S1 המשמעותי L5-S1

אבחנה:

• ARTHRALGIA

מעש/ת: לא

• FAMILY HISTORY OF DIABETES MELLITUS (11/2013) father

בעיות ידועות:



018667

קוד הפניה: 263395806

טלפון: 03-6944693

פקס: 03-6380830

כתובת: ד'בטינסקי 18 קומה 3 ב-פ, ראשון לציון (קומה 3 כניסה ב-פ)

|                              |  |                |  |                   |  |                           |  |
|------------------------------|--|----------------|--|-------------------|--|---------------------------|--|
| פרטי הנבדק:                  |  | שם משפחה: עזרן |  | שם פרטי: אשר      |  | ת.ז.: 24921686            |  |
| ת.לידה: 03/05/1970           |  | מין: ז         |  | טלפון: 0508430093 |  | טל.עבודה/נייד: 0508430093 |  |
| כתובת: השר שפירא 37/9, בת ים |  | מיקוד: 5956125 |  | 0024921686        |  |                           |  |

התייעצות מומחה

- MIGRAINE (10/2015)
- POLYP GALLBLADDER (04/2020)
- TOBACCO USER (11/2013)

CRESTOR 10MG X 28 1X1X28  
SUMATRIDEX 50MG X 6 1X2X3

## תרופות קבועות:

מטרת ההפניה: לידיעה בשלב זה נשלח למירפאת כאב

\*\* נא להצטייד בכרטיס מגנטי \*\*

16/03/2022

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 - 16/03/2022 עד תאריך - 12/09/2022

החתימה והחותמת  
של הרופא המפנה  
הן חלק מהתהליך  
ועליו להצטייד  
בכרטיס מגנטי



018667

קוד הפניה: 263395680

טלפון: 03-6944693

פקס: 03-6380830

כתובת: ד'בטינסקי 18 קומה 3 ב-פל, ראשון לציון (קומה 3 כניסה ב-פל)

|                              |  |                |  |                   |  |                           |  |
|------------------------------|--|----------------|--|-------------------|--|---------------------------|--|
| פרטי הנבדק:                  |  | שם משפחה: עזרן |  | שם פרטי: אשר      |  | ת.ז.: 24921686            |  |
| ת.לדה: 03/05/1970            |  | מין: ז         |  | טלפון: 0508430093 |  | טל.עבודה/נייד: 0508430093 |  |
| כתובת: השר שפירא 37/9, בת ים |  | מיקוד: 5956125 |  | 0024921686        |  |                           |  |

התייעצות מומחה

- MIGRAINE (10/2015)
- POLYP GALLBLADDER (04/2020)
- TOBACCO USER (11/2013)

## תרופות קבועות:

CRESTOR 10MG X 28 1X1X28  
SUMATRIDEX 50MG X 6 1X2X3

מטרת ההפניה: לטיפולכם המסור

16/03/2022

\*\* נא להצטייד בכרטיס מגנטי \*\*

תאריך

חתימה וחותמת הרופא

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

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

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 16/03/2022 עד תאריך - 12/09/2022

הרופא המפנה  
ד"ר ביין אברהם  
מומחה כירורגיה אורתופדית  
מ.ר גורם מפנה

דר' בין אברהם

כירורגיה אורתופדית | אורתופדיה קרסול וכף רגל

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית



018667

קוד הפניה: 263395806

טלפון: 03-6944693

פקס: 03-6380830

כתובת: ד'בטינסקי 18 קומה 3 ב-פל, ראשון לציון (קומה 3 כניסה ב-פל)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 24921686

שם פרטי: אשר

שם משפחה: עזרן

טל.עבודה/נייד: 0508430093

0508430093

טלפון:

מין: ז

ת.לידה: 03/05/1970



0024921686

מיקוד 5956125

השר שפירא 37/9, בת ים

כתובת:

התייעצות מומחה

- במכבי

אורתופדיה

תחום שירות:

סוג הייעוץ: רגיל

מרפאה: כל המעוניין

תלונות: בביקור בתאריך 25/08/2021 בשעה 10:40:08

הנל לדבריו עבר תאונת דרכים בעבודה ב עם אופנוע 12.08.2021  
 עבר לביח וולפסון שם התלונן על חבלות בכתף שמאל בירכיים וירך שמאל  
 המטומה בירך שמאל עשש תנועות מלאות שיפשוים בירכיים  
 צילום אגן פרקי ירכיים ללא שבר

בביקור בתאריך 10/11/2021 בשעה 15:55:26

בביקור בתאריך 15/12/2021 בשעה 11:54:58  
 US פרק ירך שמאל היפרטרפיה ונזל בפרק ירל שמאל אחיזה של הרקטוס פמוריס מעובה  
 תפיחות בבורסה באזור הטרוקנטר הגדול ודלקת בחיבור הגלואטאוסים לטרוקנטר

בביקור בתאריך 16/03/2022 בשעה 16:17:44  
 כאבי גב תחתון לדבריו מאז התאונה ללא חסר נאורולוגי

ממצאים: בביקור בתאריך 25/08/2021 בשעה 10:40:08  
 המטומה גדולה באזור פרק ירך שמאל  
 נזל בכמות גדולה

בביקור בתאריך 10/11/2021 בשעה 15:55:26

בביקור בתאריך 15/12/2021 בשעה 11:54:58  
 המלו כאבים בעש מתני ללא חסר נאורולוגי

בביקור בתאריך 16/03/2022 בשעה 16:17:44  
 CT עש מתני בלטי דיסק L3-S1 המשמעותי L5-S1

אבחנה:

• ARTHRALGIA

מעשנות: לא

• FAMILY HISTORY OF DIABETES MELLITUS (11/2013) father

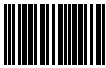
בעיות ידועות:











018667

קוד הפניה: 290387427

טלפון: 03-6944693

פקס: 03-6380830

כתובת: ז'בטינסקי 18 קומה 3 ב-פל, ראשון לציון (קומה 3 כניסה ב-פל)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 24921686

שם פרטי: אשר

שם משפחה: עזרן

טל.עבודה/נייד: 0508430093

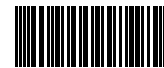
0508430093

טלפון:

מין: ז

03/05/1970

ת.לידה:



0024921686

מיקוד 5956125

השר שפירא 37/9, בת ים

כתובת:

## התייעצות מומחה

- במכבי

אורתופדיה

תחום שירות:

סוג הייעוץ: רגיל

מרפאה: כל המעוין

תלונות: בביקור בתאריך 25/08/2021 בשעה 10:40:08

הנל לדבריו עבר תאונת דרכים בעבודה ב עם אופנוע 12.08.2021  
עבר לביח וולפסון שם התלונן על חבלות בכתף שמאל בירכיים וירך שמאל  
המטומה בירך שמאל עשש תנועות מלאות שיפשושים בירכיים  
צילום אגן פרקי ירכיים ללא שבר  
מתלונן שמתקשה בתפקודו היום יומי

בביקור בתאריך 10/11/2021 בשעה 15:55:26

בביקור בתאריך 15/12/2021 בשעה 11:54:58  
US פרק ירך שמאל היפרטרפיה ונוזל בפרק ירל שמאל אחיזה של הרקטוס פמוריס מעובה  
תפיחות בבורסה באזור הטרוקנטר הגדול ודלקת בחיבור הגלואטאוסים לטרוקנטר

בביקור בתאריך 16/03/2022 בשעה 16:17:44  
כאבי גב תחתון לדבריו מאז התאונה ללא חסר נאורולוגי  
מוגבל בתנועות עש

בביקור בתאריך 21/09/2022 בשעה 12:38:13

ממצאים: בביקור בתאריך 25/08/2021 בשעה 10:40:08  
המטומה גדולה באזור פרק ירך שמאל  
נוזל בכמות גדולה

בביקור בתאריך 10/11/2021 בשעה 15:55:26

בביקור בתאריך 15/12/2021 בשעה 11:54:58  
המלו כאבים בעש מתני ללא חסר נאורולוגי

בביקור בתאריך 16/03/2022 בשעה 16:17:44  
CT עש מתני בלטי דיסק L3-S1 המשמעותי L5-S1

בביקור בתאריך 21/09/2022 בשעה 12:38:13

אבחנה:

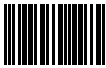
• ARTHRALGIA

מעשנת: לא

בעיות ידועות:

• FAMILY HISTORY OF DIABETES MELLITUS (11/2013) father  
• MIGRAINE (10/2015)  
• POLYP GALLBLADDER (04/2020)  
• TOBACCO USER (11/2013)

מ.ר גורם מפנה



018667

דר' ביין אברהם

כירורגיה אורתופדית | אורתופדיה קרסול וכף רגל

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

קוד הפניה: 290387427

טלפון: 03-6944693

פקס: 03-6380830

כתובת: ז'בטינסקי 18 קומה 3 ב-פל, ראשון לציון (קומה 3 כניסה ב-פל)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 24921686

שם פרטי: אשר

שם משפחה: עזרן

טל.עבודה/נייד: 0508430093

0508430093

טלפון:

מין: ז

03/05/1970

ת.לידה:



מיקוד 5956125

השר שפירא 37/9, בת ים

כתובת:

0024921686

התייעצות מומחה

תרופות קבועות:

CRESTOR 10MG X 28 1X1X28  
SUMATRIDEX 50MG X 6 1X2X3

מטרת ההפניה: לידיעה מוגבל בתנועותיו מתקשה בתפקודו היום יומי מופנה למירפאת כאב

\*\* נא להצטייד בכרטיס מגנטי \*\*

21/09/2022

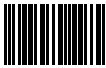
חתימה וחותמת הרופא

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 - 21/09/2022 עד תאריך - 20/03/2023



018667

קוד הפניה: 290355735

טלפון: 03-6944693

פקס: 03-6380830

כתובת: ז'בטינסקי 18 קומה 3 ב-פל, ראשון לציון (קומה 3 כניסה ב-פל)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 24921686

שם פרטי: אשר

שם משפחה: עזרן

טל.עבודה/נייד: 0508430093

0508430093

טלפון:

מין: ז

03/05/1970

ת.לידה:



0024921686

מיקוד 5956125

השר שפירא 37/9, בת ים

כתובת:

### התייעצות מומחה

- במכבי

אורתופדיה

תחום שירות:

סוג הייעוץ: רגיל

מרפאה: כל המעוין

תלונות: בביקור בתאריך 25/08/2021 בשעה 10:40:08

הנל לדבריו עבר תאונת דרכים בעבודה ב עם אופנוע 12.08.2021  
עבר לביח וולפסון שם התלונן על חבלות בכתף שמאל בירכיים וירך שמאל  
המטומה בירך שמאל עשש תנועות מלאות שיפשוטים בירכיים  
צילום אגן פרקי ירכיים ללא שבר

בביקור בתאריך 10/11/2021 בשעה 15:55:26

בביקור בתאריך 15/12/2021 בשעה 11:54:58  
US פרק ירך שמאל היפרטרפיה ונוזל בפרק ירל שמאל אחיזה של הרקטוס פמוריס מעובה  
תפיחות בבורסה באזור הטרוקנטר הגדול ודלקת בחיבור הגלואטאוסים לטרוקנטר

בביקור בתאריך 16/03/2022 בשעה 16:17:44  
כאבי גב תחתון לדבריו מאז התאונה ללא חסר נאורולוגי

בביקור בתאריך 21/09/2022 בשעה 12:38:13

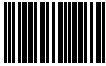
ממצאים: בביקור בתאריך 25/08/2021 בשעה 10:40:08  
המטומה גדולה באזור פרק ירך שמאל  
נוזל בכמות גדולה

בביקור בתאריך 10/11/2021 בשעה 15:55:26

בביקור בתאריך 15/12/2021 בשעה 11:54:58  
המלו כאבים בעש מתני ללא חסר נאורולוגי

בביקור בתאריך 16/03/2022 בשעה 16:17:44  
בא CT עש מתני בלטי דיסק L3-S1 המשמעותי L5-S1

מ.ר גורם מפנה



018667

דר' ביין אברהם

כירורגיה אורתופדית | אורתופדיה קרסול וכף רגל

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

קוד הפניה: 290355735

טלפון: 03-6944693

פקס: 03-6380830

כתובת: ז'בטינסקי 18 קומה 3 ב-פל, ראשון לציון (קומה 3 כניסה ב-פל)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 24921686

שם פרטי: אשר

שם משפחה: עזרן

טל.עבודה/נייד: 0508430093

0508430093

טלפון:

מין: ז

03/05/1970

ת.לידה:



מיקוד 5956125

השר שפירא 37/9, בת ים

כתובת:

0024921686

התייעצות מומחה

בביקור בתאריך 21/09/2022 בשעה 12:38:13

אבחנה:

• ARTHRALGIA

מעשית: לא

בעיות ידועות:

- FAMILY HISTORY OF DIABETES MELLITUS (11/2013) father
- MIGRAINE (10/2015)
- POLYP GALLBLADDER (04/2020)
- TOBACCO USER (11/2013)

תרופות קבועות:

CRESTOR 10MG X 28 1X1X28  
SUMATRIDEX 50MG X 6 1X2X3

מטרת ההפניה: עדין סובל מכאבים הופנה למירפאת כאב

\*\* נא להצטייד בכרטיס מגנטי \*\*

21/09/2022

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 - 21/09/2022 עד תאריך - 20/03/2023



סודי רפואי  
היחידה לשיכוך כאב  
מעודכן ל: 10/07/22  
שעה: 08:29

מחלקה: מ. כאבים  
מנהל מח':

## סיכום ביקור - 31812999

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, התשנ"ו - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - תשמ"א - ואין למסור אותו ו/או את תוכנו ו/או איזה פרט שהוא ממנו לכל אדם ו/או גוף אלא בהתאם להוראות בחוק. מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלו, מהווה עבירה.  
מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא המטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי

### עזרן אשר

ת.ז: 2492168-6 מין: ז  
טל: 050-8430093 טל: 3-5081186 שם האב: סלומון שם האם: מרים  
מצב משפח: נ + 2 קופ"ח: מכבי איש קשר: עזרן סלומון  
כתובת: השר שפירא 37, בת ים, 5956125

### נתוני ביקור

קבלה למחלקה: 10/07/22 שעה: 08:27

### פרטי קהילה

מרפאה: מכבי שרותי ב

### רגישויות: לא ידוע

תלונה עיקרית: בן 52 עם כאבים בגב תחתון  
מחלה נוכחית: לאחר ת"ד 08.21 ומי אז חש הדרגתי כאב שמתגבר בגב תחתון עם הקרנה לרגל שמאלי עד הברך.  
חש נימול, רדימות, כאב לוחץ. VAS 5 עד 7.  
נוטל: ACAMOL, ETOPAN;  
CT ע"ש יש בלטי דיסק בגובה L3-S1  
MIGRAIN תולדות עבר:

### בדיקה גופנית

מצב כללי: יש רגישות במישוש בגב תחתון בצד שמאלי  
FABER+SLR מעט חיובי בצד שמאלי  
CAUDA EQUINA ללא סימני  
רפלקסים וכוח גס שמורים דו"צ  
מדדים ת. בדיקה: 10/07/22 שעה: 08:31

לחץ דם: משקל: דופק:  
גובה: נשימות: סטורציה:  
חום פה: חום רקטלי: חום אחר:  
BMI: GCS: BSA:

סיכום ודיון הקבלה: בן 52 עם כאבים בגב תחתון

LBP

RADICULAR PAIN

תכנית טיפול ומעקב:

\* יש להזמין להזרקה פולשנית תחת שיקוף; LT. L4-L3 , SNRB , לאחר הזרקה יש להזמין להזרקה נוספת של FACET L3-S1 . יש גם לשקול בהמשך אלרח

התייעצות עם אורטופד הזרקה תחת שיקוף HIP LT .

\* ייעוץ אורטופד בשאלה של פרק ירך וניתוח ?

\* T. ZALDIAR 1-4 / D או T. TRAMADEX OD 100 mg / 1 D או T. ROKACET PLUS 1-3/D לפי צורך SOS

\* פיזיותרפיה מכשירית , דיקור סיני , עיסוי , שיאצו , הידרותרפיה (משפר טווח תנועה ומוריד מדדי VAS )

\* Cream ZOSTRIX 0.075% 1-3/D\* , cream DEEP BLUE \*

\* D / 2 \* T. LYRICA 50 mg יש לעלות הדרגלי עד 75 מ"ג D/2\*

\* מעקב לפי צורך

חתימה

רופא מאשר: דר. גלוחוב, אלכסנדר רשיון: 37820

08:53 10/07/22

חתימה:  
ד"ר אלכסנדר גלוחוב  
מומחה בהרדמה