

**גל פרץ אסתר, ת.ז. 206797607**

מרחוב מצדה 13, קרית מלאכי

התובעת:

באמצעות ב"כ עו"ד אריאל פרייברג  
מרחוב אבא הלל 7, רמת גן  
טל': 03-7412358 פקס': 077-3180983

- נ ג ד -

**שומרה חברה לביטוח בע"מ**

מרחוב הסיבים 23, פתח תקוה

הנתבעת:

נזיקין - נזקי גוף,  
לפי חוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים,  
התשל"ה - 1975.

מהות התביעה:

אינו ניתן להערכה – עד גובה סמכות בית המשפט

סכום התביעה:

### **כתב תביעה**

1. התובעת, ילידת 21.8.96, היתה בכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו הנוהגת ו/או המשתמשת ברכב מס' 22-796-62 (להלן: "הרכב").
2. הנתבעת הינה חברת ביטוח הפועלת כחוק בישראל, ובכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו ביטחה את השימוש ברכב על פי הוראות פקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש) תש"ל - 1970.
3. ביום 1.10.17, בשעה 14:00 או בסמוך לכך, ברחוב שד' ירושלים, באשקלון, היה הרכב בו נהגה התובעת מעורב בתאונת דרכים עם מערב בטרון וכתוצאה מכך נפגע התובעת ונחבלת בגופה (להלן: "התאונה").
- רצ"ב אישור משטרה מסומן "1 - 2" ומהווה חלק בלתי נפרד מכתב התביעה.
4. ממקום התאונה הובהלה התובעת באמצעות מד"א לבית החולים ברזילי, שם אובחנו חבלות בצוואר ובפלג גופה השמאלי. בבדיקה הודגמו חבלות על פני עמוד השדרה ולאחר ביצוע בדיקת הדמיה ששללה את החשד לשבר שוחררה התובעת לביתה בהמלצה להמשך מעקב רפואי, נטילת משככי כאבים, ביצוע טיפולי פיזיותרפיה ומנוחה.
- רצ"ב מכתב שחרור, מסומן "3 - 4" ומהווה חלק בלתי נפרד מכתב התביעה.

5. התובעת אשר המשיכה לסבול מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב, כמו גם קושי בהפעלת יד שמאל וכאבים טופלה במסגרת קופת החולים, הופנתה לביצוע טיפולי פיזיותרפיה, מנוחה, נטילת משככי כאבים והמשך מעקב.

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "5 – 20" ומהוות חלק בלתי נפרד מכתב התביעה.

6. בנוסף על האמור החלה התובעת לסבול מנימול וירידה בתחושה בפלג גופה השמאלי, מעייפות, כאבים מפושטים וקושי בתפקוד, בשל כך הופנתה לביצוע בדיקות הדמיה, בדיקת EMG, המלצה לביצוע פעילות ספורטיבית על פי סף כאב, מנוחה ממושכת, טיפולי רפואה משלימה וניתנו לה משככי כאבים נרקוטיים.

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "21 – 29" ומהוות חלק בלתי נפרד מכתב התביעה.

7. בדיקת MRI שבוצעה לתובעת הדגימה ממצא בגובה C6-C7 הלוחץ מאחורה קדימה לכיוון הקורד. התובעת הופנתה למרפאת גב עמוד שדרה ולביצוע טיפולי רפואה משלימה. במקביל הומלץ לתובעת להשתמש במרפקיה, קבלת זריקות וולטרן לשיכוך הכאב והפניה למרפאת כאב.

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "30 – 48" ומהוות חלק בלתי נפרד מכתב התביעה.

8. התובעת נבדקה ע"י מומחה לרפואה פנימית וראומטולוגיה אשר איבחן כי התובעת סובלת מפיברומיאלגיה והמליץ על ביצוע פעילות גופנית, טיפול באמצעות תרופות נרקוטיות, דיקור וטיפול התנהגותי קוגניטיבי. כמו כן הוחלט להפנותה למרפאה תעסוקתית.

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "49 – 51" ומהוות חלק בלתי נפרד מכתב התביעה.

9. במועד התאונה הייתה התובעת סטודנטית להוראת אומנות. מחמת התאונה ותוצאותיה התקשתה התובעת בלימודיה ולאחריהם, ובשים לב לחומרת מצבה, החלה התובעת להתקשות בביצוע עבודתה, נזקקת להפוגות ממושכות במהלכה ונגרמו לה הפסדי שכר.

10. מאז התאונה, סובלת התובעת מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב, מכאבים מפושטים, מחולשה וקושי בהפעלת יד שמאל, מעייפות, מחרדה לעתידה ומצב רוח ירוד, מקושי בשיבה והליכה ממושכת, מקושי בכיפוף והרמה, קושי בביצוע תפקודים ידניים, משינה כאובה ולא רציפה והטיפוליים בה צפויים להימשך בעתיד.

11. לאחר התאונה ומחמת תוצאותיה נזקקה התובעת לשימוש מוגבר במוניות ולהסעות מיוחדות.

12. מאז התאונה ומחמת תוצאותיה מתקשה התובעת בניהול משק ביתה, נזקקת לעזרת הזולת ותיזקק לה גם בעתיד.

13. להלן פירוט נזקי התובעת:

א. נזק מיוחד:

₪ 35,000

(2) עזרת הזולת בעבר -

(3) הוצאות רפואיות, רכישת משחות, תכשירים

₪ 35,000

ונסיעות לטיפולים בעבר -

₪ 23,500

(4) הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעבר -

ב. נזק כללי :

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

(1) הפסדי השתכרות בעתיד, על-פי מידת מוגבלותה התפקודית של התובעת, או, לחילופין, בהתאם לשיעור נכותה הרפואית, לרבות הפסדים בתקופת הפנסיה.

(2) עזרת הזולת בעתיד.

(3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעתיד.

(4) שימוש מוגבר במוניות בעתיד.

(5) פיצוי בגין נזקה הלא ממוניים של התובעת.

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

15. כל הטענות בכתב תביעה זה נטענות במצטבר או לחילופין, הכל לפי תכנון והקשרן.

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

17. אשר על כן, מתבקש בית המשפט הנכבד להזמין את הנתבעת לדין ולחייבה לפצות את התובעת כמפורט לעיל, בצירוף ריבית חוקית מרבית והפרשי הצמדה מלאים מיום הגשת התביעה ועד לתשלום בפועל, ולרבות הוצאות המשפט, שכ"ט עו"ד ומע"מ.

  
אריאל פרייברג, עו"ד  
ב"כ התובעת



## טופס מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

### פרטים כלליים

יחידה תחנת אשקלון לכיש  
תאריך 22/10/2017 ב' חשון תשע"ח 14:38  
מס' תיק מסוף 5 . 2017 . 7346 . 3810  
טלפון 08-6771444  
כתובת רחוב הנשיא 80 אשקלון  
נושא המסמך

מספר תיק פלא 2017  
סיווג תיק ת.ד.  
מס' מסמך בתיק  
פקס 02-9781462  
כללי 467650 /

### לכל המעוניין

1. תאריך התאונה: 01/10/2017 בשעה 14.00
2. מקום התאונה: אשקלון, רחוב שד ירושלים, בכביש עירוני הערות מקום:
3. פרטי נלי הרכב והמעורבים:

#### פרטי הרכב:

מספר רכב 2279662  
סוג רכב פורטני נוסעים  
חברת ביטוח  
שומרה  
שם מעורבים ברכב:  
מספר פוליסה 730406649417  
סוג לוחית ישראלית  
שנת לידה 21/08/1996  
חומרת הפגיעה  
שם גל אסתר פרץ  
קופ"ח / בית חולים ברזילי - אשקלון  
כתובת קרית מלאכי, מצדה 13  
ת.ז. 206797607  
שיוך המעורב נהג  
שם מעורבים ברכב:

#### פרטי הרכב:

מספר רכב 7285167  
סוג רכב משא מערבל בטון  
חברת ביטוח  
לא הוצג  
שם מעורבים ברכב:  
מספר פוליסה  
סוג לוחית ישראלית  
שנת לידה 12/02/1960  
חומרת הפגיעה  
שם רולר זנה  
קופ"ח / בית חולים  
כתובת אשדוד, עופר אברהם 3  
ת.ז. 69430767  
שיוך המעורב נהג  
שם מעורבים ברכב:

4. פרטי הולכי רגל:

5. כמות נפגעים: 1 מצב התיק: בחקירה מתאריך: 22/10/2017

### פרטי המטפל בתיק

מ"א 583518  
שם משפחה נחום  
שם פרטי זרבה

### פרטי השוטר המוסר

מ"א  
שם משפחה  
שם פרטי

שם פרטי

זוהבה

שם משפחה

נחום

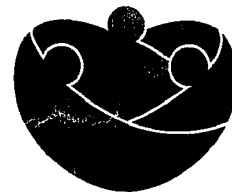
דרגה

רסב

מ א

583518





3

סודי רפואי

מעודכן ל: 01/10/17 20:37  
אחות אחראית: רוזנברג גליה

מנהל מח'דר. בן ואליד

## סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה - 10703850

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, תשנ"ו - 1996 לחוק 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

### פרץ גל אסתר

ת.ז.: 20679760-7 מין: נקבה ת.לידה: 21/08/1996 גיל: 21 ש  
קופ"ח: כללית סוג מבקר: אזרח שם האב: אהוד טל: 054-2585575  
מצב משפחתי: ר כתובת: מצדה 13 קרית מלאכי, 8312413

### נתוני ביקור במיון

סיבת קבלה: תאונת דרכים גורם מפנה: מד"א מבפחץ גל אסתר, 20679760-7  
תאריך קליטה במיון: 01/10/17 שעה: 15:00

### אבחנות נוכחיות

E819.2- MOTOR VEHICLE TRAFFIC ACCIDENT OF UNSPECIFIED NATURE INJURING  
MOTORCYCLIST

### רגישויות

לא ידוע

### תלונה עיקרית

לדבריה לאחר תאונת הדרכים נחבלה בצוואר פלג גוף שמאל  
ללא הקאות ללא סיפור אבדן הכרה

### בדיקה גופנית

מצב כללי: טוב, ללא סימני מצוקה נשימתית או המודינמית, ללא חוורון, כחלון או צהבת, ללא סימני גירוי  
מנגיאל, ללא סימני צחיחות.

GCS 15

ראש וגולגולת: ראש - ללא ממצאה חבלת  
צוואר - ללא הגבלה בתנוע

בית חזה ונשימה: ללא ממצאה חבלת

לב וכלי דם: תקין

בטן: רכה ללא רגישות

שלד, פרקים, גפיים: אגן יציב

עצבים: בדיקה נירולוגית תקינה

4

**סיכום ייעוצים**

-- אורטופד ---- סט.קליוץ ---- 01.10.2017 ---- 20:37----

ופלת היית מעורבת בתד מיום קבלתה , כעת כאבים סביב עמוד שדרה , ללא חסר נירולוגי גס  
בבדיקה

סימני חבלה על פני עמוד שדרה , ריגשות פארברטברלית עמוד שדרה צווארי וגבי , ללא ריגשות על פני SP, טווח  
צווארי מלא , מנפיק בחופשיות , כח גס ותחושה דיסטלית שמורה, החזרים משורים ללא חסר NV דיסטלי  
בצילום עמוד שדרה גבי וצווארי לא נראה שבר

המלצות

נגד כאבים

מעקב רופא מטפל

מעקב אורטופד וקפח

פיזיותרפיה

בכל מקרה של החמרה לפנות לטיפול רפואי

MVA

**דיון וסיכום הקבלה****מצב המטופל בשחרור ממיון****תכנית טיפול והמלצות להמשך**

מעקב רופא מטפל

מעקב רופא אורטופד

נגד כאבים לפי צורך

מנוחה

חופשת מחלה: 3 ימים

סוג ההעברה: משתחרר לביתו

שחרר בליווי

**חתימה**

רופא מאשר: בודרוב, ולרי

20:40 01/10/17

מספר רשיון: 32524

חתימה:

22/10/2017 תאריך

## סיכום ביקור

| פרטי המטופל       |         |        |            |        |              |
|-------------------|---------|--------|------------|--------|--------------|
| 00-20679760-7     | 21.02   | נ      | 21/08/1996 | אהוד   | פרץ גל אסתר  |
| שם משפחה ושם פרטי | מס זהות | גיל    | מין        | ת.לידה | שם האב       |
| קרית מלאכי        | מצדה    | 13     |            | 8      | 54 - 2585575 |
| ישוב              | רחוב    | מס בית | טלפון      | טלפון  | טלפון נוסף   |

01/10/2017 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

שלום רב,

תאריך הביקור: 22/10/2017

תאריך תאונה: 01/10/2017

סוג ביקור: 1 תאונת דרכים

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה:

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 03/10/2017:  
נהגת היתה מעורבת בת.ד. משאית נכנסה בצד של נהג  
נבדקה במיון ברזילאי ללא ממצא חריג  
כאבי גב עליון וצוואר יד שמאל חוסר תחושה בפלג גוף שמאל  
בריאה  
סטודנטית  
22/10/2017:  
ממשיכה לסבכעול מכאבי גב עליון תחושת כבדות של פלג גוף משמאל.

בדיקה גופנית:

בדיקה גופנית מתאריך 03/10/2017:  
הליכה אנטלגית, תנועה מוגבלת ללא חוסר מוטרי  
22/10/2017:  
ע"ש צווארי- ומותני- טווחל תנועה שמור ומלא עם רגישות בסוף תנועה.  
גפיים תחתונות+ עליונות: כוח גס ותץחושה רמוים, ללא חסר NV גס חריף.

| קוד  | איפיון | אבחנה                |
|------|--------|----------------------|
| A80  |        | ACCIDENT/INJURY; NOS |
| 7245 |        | BACKACHE             |
| 7231 |        | CERVICALGIA          |

דיון/תוכנית טיפולית:

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 03/10/2017:  
פעילות לפי יכולת  
משככי כאבים  
PT  
ההפניות שהופקו ב 03/10/2017:  
הפניה לפיזיותרפיה  
22/10/2017

תרופות בביקור

| P | m | עד | n | ק | נ | OP    | סה"כ משך | D  | פ | יחידה | הגשה   | מנה | תרופה               |
|---|---|----|---|---|---|-------|----------|----|---|-------|--------|-----|---------------------|
| 1 | P |    | 0 | ר | N | יחידה | 30       | 10 | D | 3     | קפילות | 1   | ROKACET PLUS CAP CF |

6

| תאונה | נר"ן | ת. אישור | טיפול מחזורי | עין | תרופה               |
|-------|------|----------|--------------|-----|---------------------|
|       |      |          |              |     | ROKACET PLUS CAP CF |

התראת תרופות:

סיכום והמלצות: המשך PT  
נוגדי כאבים לפי הצורך.

בברכה,

ד"ר נצר ניב

114833

מס' רשיון

שם הרופא

חתימה וחותמת הרופא



22/10/2017 תאריך

אישור מחלה

פרטי המטופל

| פרץ גל אסתר       | 00-20679760-7 | 21.02  | נ     | 21/08/1996 | אהוד         |
|-------------------|---------------|--------|-------|------------|--------------|
| שם משפחה ושם פרטי | מס זהות       | גיל    | מין   | ת.לידה     | שם האב       |
| קרית מלאכי        | מצדה          | 13     |       | 8          | 54 - 2585575 |
| ישוב              | רחוב          | מס בית | טלפון | טלפון      | טלפון נוסף   |

01/10/2017 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 1 תאונת דרכים

| סובל מ | קוד   | איפיון | אבחנה                                         |
|--------|-------|--------|-----------------------------------------------|
|        | 79989 |        | DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD |

מומלץ על מנוחה מתאריך 22/10/2017 עד תאריך 01/11/2017 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה 11

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

114833

ד"ר נצר ניב

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

תאריך 22/10/2017

הפניה לפיזיותרפיה  
 (כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

| פרטי המטופל       |               |        |       |            |              |
|-------------------|---------------|--------|-------|------------|--------------|
| פרץ גל אסתר       | 00-20679760-7 | 21.02  | נ     | 21/08/1996 | אהוד         |
| שם משפחה ושם פרטי | מס זהות       | גיל    | מין   | ת.לידה     | שם האב       |
| קרית מלאכי        | מצדה          | 13     |       | 8          | 54 - 2585575 |
| ישוב              | רחוב          | מס בית | טלפון | טלפון      | טלפון נוסף   |

סוג תאונה 1 תאונת דרכים תאריך תאונה 01/10/2017

| מספר הפניה: | 33103116853  | תז נבדק    | רשיון רופא |
|-------------|--------------|------------|------------|
| גורם שולח   | מספר הפניה   | מספר הפניה | מספר הפניה |
|             |              |            |            |
| 3103        | 033103116853 | 0206797607 | 114833     |

לכבוד: פיזיותרפיה

שירות שנבחר

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

BACKACHE

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה  
 תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 03/10/2017:  
 נהגת היתה מעורבת בת.ד. משאית נכנסה בצד של נהג  
 נבדקה במיון ברזילאי ללא ממצא חריג  
 כאבי גב עליון וצוואר יד שמאל חוסר תחושה בפלג גוף שמאל  
 בריאה  
 סטודנטית  
 22/10/2017  
 ממשיכה לסבכעול מכאבי גב עליון תחושת כבדות של פלג גוף משמאל.

ממצאים קליניים  
 בדיקה גופנית מתאריך 03/10/2017:  
 הליכה אנטלגית, תנועה מוגבלת ללא חוסר מוטרי  
 22/10/2017  
 ע"ש צווארי- ומותני- טווחל תנועה שמור ומלא עם רגישות בסוף תנועה.  
 גפיים תחתונות+ עליונות: כוח גס ותץחושה רמוים, ללא חסר NV גס חריף.

מטרת הבדיקה: חיזוק שרירי גב תחתון

9

חתימה וחוקתמת הרופא

114833

מספר רשיון

ד"ר נצר ניב

שם הרופא

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

2 ה.ר.0

דף 2 מ 2

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

הפניה לפיזיותרפיה

הודפס ע"י ד"ר נצר ניב 00-20679760-7

פרץ גל אסתר

תאריך 30/10/2017

## הפניה לדימות

| פרטי המטופל   |             |       |            |              | פרץ גל אסתר       |            |
|---------------|-------------|-------|------------|--------------|-------------------|------------|
| 00-20679760-7 | 21.02       | נ     | 21/08/1996 | אהוד         | שם משפחה ושם פרטי | מס זהות    |
|               | גיל         | מין   | ת. לידה    | שם האב       | מסדה              | קרית מלאכי |
| 13            | 8586416 - 8 | טלפון | טלפון      | 54 - 2585575 | רחוב              | ישוב       |
| מס בית        |             |       |            | טלפון נוסף   |                   |            |

תאריך תאונה 01/10/2017

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

מספר הפניה: 33103117344

גורם שולח



3103

מספר הפניה



033103117344

תז נבדק



0206797607

רשיון רופא



088514

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

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

## לכבוד: MRI ע"ש צווארי

### שירות שנבחר

| קוד שירות | קוד משה"ב | תיאור רפואי               | שירות רפואי |
|-----------|-----------|---------------------------|-------------|
| 78550     | 72141     | ת.מ. MRI בדיקת עמ"ש צוארי | 10306020    |

### החולה מתלונן על

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 03/10/2017:  
נהגת היתה מעורבת בת.ד. משאית נכנסה בצד של נהג  
נבדקה במיון ברזילאי ללא ממצא חריג  
כאבי גב עליון וצוואר יד שמאל חוסר תחושה בפלג גוף שמאל  
בריאה  
סטודנטית  
22/10/2017:  
ממשיכה לסבול מכאבי גב עליון תחושת כבדות של פלג גוף משמאל.  
30/10/2017:  
כאבים משמעותיים ללא שינוי בצוואר וגב. מתארת תחושת נימול וירידה  
תחושתית ביד ורגל שמאל יותר משמעותית ביד שמאל.  
ללא שיפור תחת טיפולי PT  
לאור הקליניקה נשלים MRI ע"ש צוארי.

2 ה.ה.ו

דף 1 מ 2

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

הפניה לדימות

30/10/2017

הודפס ע"י ד"ר שחל בצלאל

00-20679760-7

פרץ גל אסתר

## תרופות בביקור

| תרופה                           | מנה | הגשה | יחידה  | פ | D | משך | סה"כ | OP    | נ | ק | ח | עד | מ | P |
|---------------------------------|-----|------|--------|---|---|-----|------|-------|---|---|---|----|---|---|
| ETOPAN 500MG (M) (20) TAB 500MG | 1   | TAB  | טבליות | 2 | D | 10  | 20   | יחידה | N | ר | 0 |    | 1 | L |

| תאונה | גר"ן | ת. אישור | טיפול מחזורי | עין | תרופה                           |
|-------|------|----------|--------------|-----|---------------------------------|
|       |      |          |              |     | ETOPAN 500MG (M) (20) TAB 500MG |

| אישור      | קוד | מתאריך     | עד תאריך   | סטטוס |
|------------|-----|------------|------------|-------|
| אישור מחלה | I1  | 01/11/2017 | 30/11/2017 | הודפס |

## בברכה,

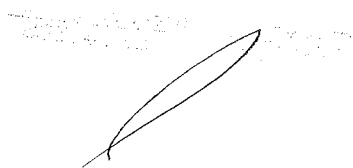
88514

ד"ר שחל בצלאל

חתימה וחותמת הרופא

מס' רשיון

שם הרופא



תאריך 30/10/2017

## סיכום ביקור

| פרטי המטופל       |  |  |               |          |       |
|-------------------|--|--|---------------|----------|-------|
| פרץ גל אסתר       |  |  | 00-20679760-7 | 21.02    | נ     |
| שם משפחה ושם פרטי |  |  | מס זהות       | גיל      | מין   |
| קרית מלאכי        |  |  | מסדה          | 13       |       |
| ישוב              |  |  | רחוב          | מס בית   | טלפון |
| שם האב            |  |  | טלפון         | טלפון    | טלפון |
| 54 - 2585575      |  |  | 8             | -8586416 |       |

תאריך תאונה 01/10/2017

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

## שלום רב,

תאריך הביקור: 30/10/2017  
סוג ביקור: 1 תאונת דרכים  
מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 03/10/2017:  
נהגת היתה מעורבת בת.ד. משאית נכנסה בצד של נהג  
נבדקה במיון ברזילאי ללא ממצא חריג  
כאבי גב עליון וצוואר יד שמאל חוסר תחושה בפלג גוף שמאל  
בריאה  
סטודנטית  
22/10/2017:  
ממשיכה לסבול מכאבי גב עליון תחושת כבדות של פלג גוף משמאל.  
30/10/2017:  
כאבים משמעותיים ללא שינוי בצוואר וגב. מתארת תחושת נימול וירידה  
תחושתית ביד ורגל שמאל יותר משמעותי ביד שמאל.  
ללא שיפור תחת טיפולי PT  
קלינית מחזיקה את היד כמעט ללא הפעלה. הגבלה בתנועות  
לאור הקליניקה נשלח MRI ע"ש צוארי.

בדיקה גופנית: בדיקה גופנית מתאריך 22/10/2017  
בדיקה גופנית מתאריך 03/10/2017:  
הליכה אנטלגית, תנועה מוגבלת ללא חוסר מוטרי  
22/10/2017:  
ע"ש צווארי- ומותני- טווח תנועה שמור ומלא עם רגישות בסוף תנועה.  
גפיים תחתונות+ עליונות: כוח גס ותחושה רמוים, ללא חסר NV גס חריף.  
30/10/2017:

| קוד  | איפיון | אבחנה                |
|------|--------|----------------------|
| A80  |        | ACCIDENT/INJURY; NOS |
| 7245 |        | BACKACHE             |
| 7231 |        | CERVICALGIA          |

| הפניות       | פרטי ההפניה               | קוד | התחייבות | סטטוס |
|--------------|---------------------------|-----|----------|-------|
| הפניה לדימות | 78550-ת.מ. MRI בדיקת עמ"ש | H3  |          | הודפס |

בדיקה גופנית מתאריך 22/10/2017:

בדיקה גופנית מתאריך 03/10/2017:

הליכה אנטלגית, תנועה מוגבלת ללא חוסר מוטרי

22/10/2017:

ע"ש צווארי- ומותני- טווח תנועה שמור ומלא עם רגישות בסוף תנועה.

גפיים תחתונות+ עליונות: כוח גס ותחושה רמוים, ללא חסר NV גס חריף.

30/10/2017

## אבחנה משוערת

| קוד  | איפיון | אבחנה                |
|------|--------|----------------------|
| A80  |        | ACCIDENT/INJURY; NOS |
| 7245 |        | BACKACHE             |
| 7231 |        | CERVICALGIA          |

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה

ד"ר שחל בצלאל

88514

חתימה וחוקמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

תאריך 30/10/2017

אישור מחלה

|                   |         |        |            |              |
|-------------------|---------|--------|------------|--------------|
| פרטי המטופל       |         |        |            |              |
| 00-20679760-7     | 21.02   | נ      | 21/08/1996 | אהוד         |
| שם משפחה ושם פרטי | מס זהות | גיל    | ת. לידה    | שם האב       |
| קרית מלאכי        | מסדה    | 13     | 8          | 54 - 2585575 |
| ישוב              | רחוב    | מס בית | טלפון      | טלפון נוסף   |

סוג תאונה 1 תאונת דרכים תאריך תאונה 01/10/2017

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 1 תאונת דרכים

|        |       |        |                                               |
|--------|-------|--------|-----------------------------------------------|
| סובל מ | קוד   | איפיון | אבחנה                                         |
|        | 79989 |        | DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD |

מומלץ על מנוחה מתאריך 01/11/2017 עד תאריך 30/11/2017 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה 30

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

|               |            |                    |
|---------------|------------|--------------------|
| ד"ר שחל בצלאל | 88514      | **נחתם דיגיטלית**  |
| שם הרופא      | מספר רשיון | חתימה וחוקמת הרופא |

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית

04/12/2017 תאריך

## אישור מחלה

| פרטי המטופל       |         |        |            |        |              |
|-------------------|---------|--------|------------|--------|--------------|
| פרץ גל אסתר       |         |        |            |        |              |
| 00-20679760-7     | 21.03   | נ      | 21/08/1996 | אהוד   |              |
| שם משפחה ושם פרטי | מס זהות | גיל    | מין        | ת.לידה | שם האב       |
| קרית מלאכי        | מצדה    | 13     |            | 8      | 54 - 2585575 |
| ישוב              | רחוב    | מס בית | טלפון      |        | טלפון נוסף   |

סוג תאונה 1 תאונת דרכים תאריך תאונה 01/10/2017

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 1 תאונת דרכים

| סובל מ | קוד   | איפיון | אבחנה                                         |
|--------|-------|--------|-----------------------------------------------|
|        | 79989 |        | DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD |

מומלץ על מנוחה מתאריך 01/12/2017 עד תאריך 31/12/2017 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה 31

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

\*\*נחתם דיגיטלית\*\*

88514

ד"ר שחל בצלאל

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכלליות

דף 1 מ 1

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

אישור מחלה

04/12/2017

הודפס ע"י ד"ר שחל בצלאל

00-20679760-7

פרץ גל אסתר

תאריך 04/12/2017

## סיכום ביקור

פרטי המטופל

| שם משפחה ושם פרטי | מס זהות | גיל    | נ     | 21.03 | 21/08/1996 | אהוד   |
|-------------------|---------|--------|-------|-------|------------|--------|
| קרית מלאכי        | מס בית  | 13     | מין   | גיל   | ת.לידה     | שם האב |
| ישוב              | רחוב    | מס בית | טלפון | טלפון | טלפון      | טלפון  |
| מצדה              | רחוב    | מס בית | טלפון | טלפון | טלפון      | טלפון  |
| 54 - 2585575      | רחוב    | מס בית | טלפון | טלפון | טלפון      | טלפון  |

תאריך תאונה 01/10/2017

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

שלום רב,

תאריך הביקור: 04/12/2017  
 סוג ביקור: 1 תאונת דרכים  
 מהות הביקור: רגיל

תאריך תאונה: 01/10/2017

תלונות/סיבת הפניה: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 03/10/2017:  
 נהגת היתה מעורבת בת.ד. משאית נכנסה בצד של נהג  
 נבדקה במיון ברזילאי ללא ממצא חריג  
 כאבי גב עליון וצוואר יד שמאל חוסר תחושה בפלג גוף שמאל  
 בריאה  
 סטודנטית  
 22/10/2017:  
 ממשיכה לסבול מכאבי גב עליון תחושת כבדות של פלג גוף משמאל.  
 30/10/2017:  
 כאבים משמעותיים ללא שינוי בצוואר וגב. מתארת תחושת נימול וירידה  
 תחושתית ביד ורגל שמאל יותר משמעותי ביד שמאל.  
 ללא שיפור תחת טיפול PT  
 קלינית מחזיקה את היד כמעט ללא הפעלה. הגבלה בתנועות  
 לאור הקליניקה נשלים MRI ע"ש צוארי.  
 04/12/2017:  
 עדיין כאבים ללא שיפור משמעותי  
 מתקשה בישיבה ממושכת עמידה ותפקוד.  
 נוגדי כאב  
 PT  
 הקלות בעמידה וישיבה ממושכת

בדיקה גופנית: בדיקה גופנית מתאריך 30/10/2017:  
 בדיקה גופנית מתאריך 22/10/2017:  
 בדיקה גופנית מתאריך 03/10/2017:  
 הליכה אנטלגית, תנועה מוגבלת ללא חוסר מוטרי  
 22/10/2017:  
 ע"ש צווארי- ומותני- טווח תנועה שמור ומלא עם רגישות בסוף תנועה.  
 גפיים תחתונות+ עליונות: כוח גס ותחושה רמוים, ללא חסר NV גס חריף.  
 30/10/2017:  
 04/12/2017:

| קוד  | איפיון | אבחנה                |
|------|--------|----------------------|
| A80  |        | ACCIDENT/INJURY; NOS |
| 7245 |        | BACKACHE             |
| 7231 |        | CERVICALGIA          |

17

## תרופות בביקור

| תרופה                     | מנה | הגשה | יחידה  | פ | משך  | סה"כ | OP    | נ | ק | ח | עד | מ | P |
|---------------------------|-----|------|--------|---|------|------|-------|---|---|---|----|---|---|
| CELECOXIB 100MG CAP 100MG | 1   | CAP  | כמוסות | 2 | D 10 | 20   | יחידה | N | ר | 0 |    | 1 | L |
| ROKACET PLUS CAP CF       | 1   | CPL  | קפליות | 0 | N    | 20   | יחידה | N | ר | 0 |    | 1 | L |

| תאונה | נר"ן | ת. אישור | טיפול מחזורי | עין | תרופה                     |
|-------|------|----------|--------------|-----|---------------------------|
|       |      |          |              |     | CELECOXIB 100MG CAP 100MG |
|       |      |          |              |     | ROKACET PLUS CAP CF       |

| אישור מחלה | אישור | קוד | מתאריך     | עד תאריך   | סטטוס |
|------------|-------|-----|------------|------------|-------|
|            |       | I1  | 01/12/2017 | 31/12/2017 | הודפס |

בברכה,

88514

ד"ר שחל בצלאל

חתימה וחותמת הרופא

מס' רשיון

שם הרופא



01/01/2018 תאריך

## אישור מחלה

פרטי המטופל

| פרץ גל אסתר       |         |       |       |            |              |
|-------------------|---------|-------|-------|------------|--------------|
| שם משפחה ושם פרטי | מס זהות | גיל   | נ     | ת.לידה     | אהוד         |
| קרית מלאכי        | 13      | 21.04 | 8     | 21/08/1996 | 54 - 2585575 |
| מסדה              | מס בית  | טלפון | טלפון | טלפון      | טלפון        |
| רחוב              | מסדה    | טלפון | טלפון | טלפון      | טלפון        |

01/10/2017 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

תעודת המשך למחלה זו

נבדק עקב 1 תאונת דרכים

| סובל מ | קוד                                           | איפיון | אבחנה |
|--------|-----------------------------------------------|--------|-------|
| 79989  | DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD |        |       |

90 סה"כ ימי מחלה 01/01/2018 עד תאריך 31/03/2018 ועד בכלל

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

נחתם דיגיטלית \*\*

88514

ד"ר שחל בצלאל

חתימה וחומת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכלליות

דף 1 מ 1

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

אישור מחלה

01/01/2018

הודפס ע"י ד"ר שחל בצלאל 00-20679760-7

פרץ גל אסתר

01/01/2018 תאריך

סיכום ביקור

| פרטי המטופל       |         |         |       |            |              |
|-------------------|---------|---------|-------|------------|--------------|
| פרץ גל אסתר       |         |         |       |            |              |
| שם משפחה ושם פרטי | מס זהות | גיל     | נ     | ת.לידה     | אהוד         |
| קריית מלאכי       | 13      | 8586416 | 8     | 21/08/1996 | 54 - 2585575 |
| ישוב              | מס בית  | טלפון   | טלפון | טלפון      | טלפון        |

סוג תאונה 1 תאונת דרכים תאריך תאונה 01/10/2017

שלום רב,

תאריך הביקור: 01/01/2018  
סוג ביקור: 1 תאונת דרכים  
מהות הביקור: רגיל

תאריך תאונה: 01/10/2017

תלונות/סיבת הפניה: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 03/10/2017:  
נהגת היתה מעורבת בת.ד. משאית נכנסה בצד של נהג  
נבדקה במיון ברזילאי ללא ממצא חריג  
כאבי גב עליון וצוואר יד שמאל חוסר תחושה בפלג גוף שמאל  
בריאה  
סטודנטית  
22/10/2017:  
ממשיכה לסבול מכאבי גב עליון תחושת כבדות של פלג גוף משמאל.  
30/10/2017:  
כאבים משמעותיים ללא שינוי בצוואר וגב. מתארת תחושת נימול וירידה  
תחושתית ביד ורגל שמאל יותר משמעותי ביד שמאל.  
ללא שיפור תחת טיפולי PT  
קלינית מחזיקה את היד כמעט ללא הפעלה. הגבלה בתנועות  
לאור הקליניקה נשלים MRI ע"ש צוארי.  
04/12/2017:  
עדיין כאבים ללא שיפור משמעותי  
מתקשה בישיבה ממושכת עמידה ותפקוד.  
נוגדי כאב  
PT  
הקלות בעמידה וישיבה ממושכת  
10/12/2017:  
חזרה לביקורת עדיין כאבים הנ"ל.  
01/01/2018:  
עדיין כאבים בצוואר וגב התחתון,  
הגבלה בתנועות הצוואר והגב התחתון ללא חס רנוירולוגי.  
מחלה

| קוד  | איפיון | אבחנה                |
|------|--------|----------------------|
| A80  |        | ACCIDENT/INJURY; NOS |
| 7245 |        | BACKACHE             |
| 7231 |        | CERVICALGIA          |

10

|       |            |            |     |            |
|-------|------------|------------|-----|------------|
| סטטוס | עד תאריך   | מתאריך     | קוד | אישור      |
| הודפס | 31/03/2018 | 01/01/2018 | 11  | אישור מחלה |

בברכה,

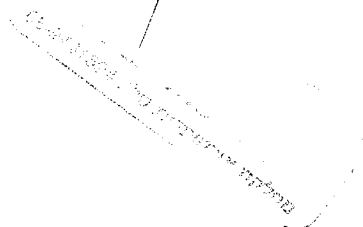
88514

ד"ר שחל בצלאל

חתימה וחתימת הרופא

מס' רשיון

שם הרופא



## הפניה לדימות

| פרטי המטופל       |               |        |     |            |              |
|-------------------|---------------|--------|-----|------------|--------------|
| פרץ גל אסתר       | 00-20679760-7 | 21.05  | נ   | 21/08/1996 | אהוד         |
| שם משפחה ושם פרטי | מס זהות       | גיל    | מין | ת.לידה     | שם האב       |
| קרית מלאכי        | מצדה          | 13     |     | 8          | 54 - 2585575 |
| ישוב              | רחוב          | מס בית |     | טלפון      | טלפון נוסף   |

תאריך תאונה 01/10/2017

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

מספר הפניה: 33103123082

גורם שולח



3103

מספר הפניה



033103123082

תז נבדק



0206797607

רשיון רופא



114833

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

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

## לכבוד: MRI

### שירות שנבחר

| קוד שירות | קוד משה"ב | תיאור רפואי                    | שירות רפואי |
|-----------|-----------|--------------------------------|-------------|
| 78550     | 72141     | ת.מ. MRI בדיקת עמוד שדרה צוארי | 10306020    |

### החולה מתלונן על

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 01/01/2018:  
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 03/10/2017:  
נהגת היתה מעורבת בת.ד. משאית נכנסה בצד של נהג  
נבדקה במיון ברזילאי ללא ממצא חריג  
כאבי גב עליון וצוואר יד שמאל חוסר תחושה בפלג גוף שמאל  
בריא  
סטודנטית  
22/10/2017:  
ממשיכה לסבול מכאבי גב עליון תחושת כבדות של פלג גוף משמאל.  
30/10/2017:  
כאבים משמעותיים ללא שינוי בצוואר וגב. מתארת תחושת נימול וירידה  
תחושתית ביד ורגל שמאל יותר משמעותי ביד שמאל.  
ללא שיפור תחת טיפולי PT  
קלינית מחזיקה את היד כמעט ללא הפעלה. הגבלה בתנועות  
לאור הקליניקה נשלים MRI ע"ש צוארי.

2 ה.ה.ר.

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

דף 1 מ 2

הפניה לדימות

11/02/2018

הודפס ע"י ד"ר נצר ניב 00-20679760-7

פרץ גל אסתר

04/12/2017

עדיין כאבים ללא שיפור משמעותי  
מתקשה בישיבה ממושכת עמדיה ותפקוד .

נוגדי כאב

PT

הקלות בעמידה וישיבה ממושכת

10/12/2017

חזרה לביקורת עדיין כאבים הנ"ל.

01/01/2018

עדיין כאבים בצוואר ובגב התחתון ,

הגבלה בתנועות הצוואר והגב התחתון ללא חס רניורולוגי.

מחלה

11/02/2018

חזרה לצורך חידוש הפניה לMRI צווארי לפי בקשת ד"ר בצלאל

## אבחנה משוערת

| קוד  | איפיון | אבחנה                |
|------|--------|----------------------|
| A80  |        | ACCIDENT/INJURY; NOS |
| 7245 |        | BACKACHE             |
| 7231 |        | CERVICALGIA          |

## מטרת הבדיקה: כאבים

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה

ד"ר נצר ניב  
1-114833  
1-3572833  
מחלקת רפואת הרופא  
ר.מ.

114833

ד"ר נצר ניב

מספר רשיון

שם הרופא

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

2.ה.ר.0

דף 2 מ 2

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

הפניה לדימות

11/02/2018

00-20679760-7 הודפס ע"י ד"ר נצר ניב

פרץ גל אסתר

**MACHON PERY**  
**EEG/EMG**  
**DR.PERY LEA-NEUROLOGIST**  
**ASHDOD-RISHON LEZION**  
**TEL: 08-8667820. 03-9699980**

## EMG Examination

Exam Date : 01-Feb-18 3:26:31 PM

Date of Report: 01-Feb-18

Patient: **GAL PERETZ** ID Num.: **206797607** Date of Birth. : **21-Aug-96**

Height : cm

### Exam Findings:

NORMAL DISTAL LATENCY, NC V AND F-WAVES OF PERONEUS AND TIBIAL NERVES.

NORMAL DISTAL LATENCY , NCV AND F-WAVES OF MEDIANUS AND ULNAR NERVES . NORMAL SNAPS .

NEEDLE EMG: SILENT AT REST, NORMAL MUPS IN VOLITION IN THE LT. LEG AND LT. CERVICAL PARASPINAL M.

### Conclusion:

NORMAL CV FINDINGS AND NEEDLE EMG

לא  
פר"ק  
מומחית  
נאיר לוגית  
מר. 27/223  
18801-ר"מ

### MNC:

| Nerve                    | Position | Latency<br>[ms] | Amplitude<br>[mV] | Distance<br>[mm] | CV [m/s] |
|--------------------------|----------|-----------------|-------------------|------------------|----------|
| Tibial-AH(Knee)-<br>Left | Ankle    | 4.20            | 8.93              | --               | --       |
|                          | Knee     | 12.70           | 6.92              | 330              | 38.82    |
| Median-APB-Left          | Wrist    | 3.12            | 4.84              | --               | --       |
|                          | Elbow    | 6.96            | 14.03             | 200              | 52.08    |
| Ulnar-ADM-Left           | Wrist    | 2.64            | 6.40              | --               | --       |
|                          | B. Elbow | 7.04            | 9.93              | 230              | --       |

|      |    |     |     |     |     |     |      |      |     |     |      |      |      |        |
|------|----|-----|-----|-----|-----|-----|------|------|-----|-----|------|------|------|--------|
| none | no | non | non | non | non | non | none | none | non | non | none | none | none | Normal |
|      | ne | e   | e   | e   | e   | e   |      |      | e   | e   |      |      |      |        |

## Mid-Cervical - Left

|      |    |     |     |     |     |     |      |      |     |     |      |      |      |        |
|------|----|-----|-----|-----|-----|-----|------|------|-----|-----|------|------|------|--------|
| none | no | non | non | non | non | non | none | none | non | non | none | none | none | Normal |
|      | ne | e   | e   | e   | e   | e   |      |      | e   | e   |      |      |      |        |

## Vastus Lateralis - Left

|      |    |     |     |     |     |     |      |      |     |     |      |      |      |        |
|------|----|-----|-----|-----|-----|-----|------|------|-----|-----|------|------|------|--------|
| none | no | non | non | non | non | non | none | none | non | non | none | none | none | Normal |
|      | ne | e   | e   | e   | e   | e   |      |      | e   | e   |      |      |      |        |

**MUP:**

| Muscle                 | Duration [ms]  | Amplitude [ $\mu$ V] | Turns        | Phase        | Rise time [ms] | Spike dur [ms] | Area [ $\mu$ V*ms] | No. Segments  | No. Poly. |
|------------------------|----------------|----------------------|--------------|--------------|----------------|----------------|--------------------|---------------|-----------|
| Tibialis Anterior-Left | 3.68<br>(0.00) | 521<br>(0)           | 4.0<br>(0.0) | 1.0<br>(0.0) | 1.12<br>(0.00) | 3.12<br>(0.00) | 416<br>(0)         | 10.0<br>(0.0) | /         |

|                   |                |            |              |              |                |                |            |               |   |
|-------------------|----------------|------------|--------------|--------------|----------------|----------------|------------|---------------|---|
| Mid-Cervical-Left | 4.08<br>(0.00) | 603<br>(0) | 2.0<br>(0.0) | 3.0<br>(0.0) | 1.20<br>(0.00) | 3.12<br>(0.00) | 489<br>(0) | 10.0<br>(0.0) | / |
|-------------------|----------------|------------|--------------|--------------|----------------|----------------|------------|---------------|---|

|                               |                |            |              |              |                |                |            |               |   |
|-------------------------------|----------------|------------|--------------|--------------|----------------|----------------|------------|---------------|---|
| Gastrocnemius Lateral H.-Left | 3.76<br>(0.00) | 561<br>(0) | 3.0<br>(0.0) | 2.0<br>(0.0) | 0.56<br>(0.00) | 1.36<br>(0.00) | 328<br>(0) | 10.0<br>(0.0) | / |
|-------------------------------|----------------|------------|--------------|--------------|----------------|----------------|------------|---------------|---|

Signature:

Dr.Pery Lea  
ID: 27223

ד"ר פרי לאה  
נוירולוגית מומחית  
מ"ר 27223  
מחלקת נוירולוגיה  
מ"מ-18801

08/04/2018 תאריך

## סיכום ביקור

פרטי המטופל

| פרץ גל אסתר       |      | 00-20679760-7 | 21.07 | נ   | 21/08/1996 | אהוד         |
|-------------------|------|---------------|-------|-----|------------|--------------|
| שם משפחה ושם פרטי |      | מס זהות       | גיל   | מין | ת. לידה    | שם האב       |
| קרית מלאכי        | מצדה | 13            |       |     | 8          | 54 - 2585575 |
| ישוב              | רחוב | מס בית        |       |     | טלפון      | טלפון נוסף   |

01/10/2017 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

שלום רב,

תאריך הביקור: 08/04/2018  
סוג ביקור: 1 תאונת דרכים  
מהות הביקור: רגיל

תאריך תאונה: 01/10/2017

תלונות/סיבת הפניה: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 11/02/2018  
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 01/01/2018  
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 03/10/2017  
נהגת היתה מעורבת בת.ד. משאית נכנסה בצד של נהג  
נבדקה במיון ברזילאי ללא ממצא חריג  
כאבי גב עליון וצוואר יד שמאל חוסר תחושה בפלג גוף שמאל  
בריאה  
סטודנטית  
22/10/2017  
ממשיכה לסבול מכאבי גב עליון תחושת כבדות של פלג גוף משמאל.  
30/10/2017  
כאבים משמעותיים ללא שינוי בצוואר וגב. מתארת תחושת נימול וירידה  
תחושתית ביד ורגל שמאל יותר משמעותי ביד שמאל.  
ללא שיפור תחת טיפולי PT  
קלינית מחזיקה את היד כמעט ללא הפעלה. הגבלה בתנועות  
לאור הקליניקה נשלים MRI ע"ש צוארי.  
04/12/2017  
עדיין כאבים ללא שיפור משמעותי  
מתקשה בישיבה ממושכת עמידה ותפקוד.  
נוגדי כאב  
PT  
הקלות בעמידה וישיבה ממושכת  
10/12/2017  
חזרה לביקורת עדיין כאבים הנ"ל.  
01/01/2018  
עדיין כאבים בצוואר ובגב התחתון,  
הגבלה בתנועות הצוואר והגב התחתון ללא חס רנוירולוגי.  
מחלה  
11/02/2018  
חזרה לצורך חידוש הפניה לMRI צווארי לפי בקשה ד"ר בצלאל  
08/04/2018  
חזרה לביקורת- MRI תקין. ממשיכה לסבול מכאבים והפרעה תפקודית.

| קוד  | איפיון | אבחנה                |
|------|--------|----------------------|
| A80  |        | ACCIDENT/INJURY; NOS |
| 7245 |        | BACKACHE             |
| 7231 |        | CERVICALGIA          |

דיון/תוכנית טיפולית: ההפניות שהופקו ב 11/02/2018:  
הפניה לדימות  
08/04/2018

| אישור      | קוד | מתאריך     | עד תאריך   | סטטוס |
|------------|-----|------------|------------|-------|
| אישור מחלה | 11  | 08/04/2018 | 08/05/2018 | הודפס |

**סיכום והמלצות:** לסיכום סובלת מכאבים כרוניים לאחר תאונת הדרכים אשר מפריעים בתפקודה היום יומי כולל בזמן לימודיה. הוזכר למטופלת שיש צורך בפעילות גופנית יום יומית כגון שחיה, בנוסף רפואה משלימה!  
מבחינת האוניברסיטה מבקש הקלות מבחינת חיסורים לאור כאבים שפוקדים את המטופלת לפרקים ומפריעים בתפקודה. כולל פטור מטיולים ארוכים ומסעות למיניהם.

**הערות:** לחזור פעילות גופנית כגון שחיה אופניים וחדר הכושר לפי יכולת וסף כאב

**בברכה,**

ד"ר נצר ניב

114833

שם הרופא

מס' רשיון

חתימה וחותמת הרופא

08/04/2018 תאריך

## סיכום ביקור

| פרטי המטופל       |         |        |         |        |            |
|-------------------|---------|--------|---------|--------|------------|
| פרץ גל אסתר       |         |        |         |        |            |
| שם משפחה ושם פרטי | מס זהות | גיל    | נ       | 21.07  | 21/08/1996 |
| שם האב            | שם האב  | שם האב | שם האב  | שם האב | שם האב     |
| קרית מלאכי        | מסדה    | 13     | 8586416 | 8      | 2585575    |
| ישוב              | רחוב    | מס בית | טלפון   | טלפון  | טלפון      |

סוג תאונה 1 תאונת דרכים תאריך תאונה 01/10/2017

שלום רב,

תאריך הביקור: 08/04/2018  
 סוג ביקור: 1 תאונת דרכים  
 מהות הביקור: רגיל

תאריך תאונה: 01/10/2017

תלונות/סיבת הפניה: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 11/02/2018  
 תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 01/01/2018  
 תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 03/10/2017  
 נהגת היתה מעורבת בת.ד. משאית נכנסה בצד של נהג  
 בבדיקה במיון ברזילאי ללא ממצא חריג  
 כאבי גב עליון וצוואר יד שמאל חוסר תחושה בפלג גוף שמאל  
 בריאה  
 סטודנטית  
 22/10/2017  
 ממשיכה לסבול מכאבי גב עליון תחושת כבדות של פלג גוף משמאל.  
 30/10/2017  
 כאבים משמעותיים ללא שינוי בצוואר וגב. מתארת תחושת נימול וירידה  
 תחושתית ביד ורגל שמאל יותר משמעותי ביד שמאל.  
 ללא שיפור תחת טיפולי PT  
 קלינית מחזיקה את היד כמעט ללא הפעלה. הגבלה בתנועות  
 לאור הקליניקה נשלח MRI ע"ש צוארי.  
 04/12/2017  
 עדיין כאבים ללא שיפור משמעותי  
 מתקשה בישיבה ממושכת עמידה ותפקוד.  
 נוגדי כאב  
 PT  
 הקלות בעמידה וישיבה ממושכת  
 10/12/2017  
 חזרה לביקורת עדיין כאבים הנ"ל.  
 01/01/2018  
 עדיין כאבים בצוואר ובגב התחתון,  
 הגבלה בתנועות הצוואר והגב התחתון ללא חס רנוירולוגי.  
 מחלה  
 11/02/2018  
 חזרה לצורך חידוש הפניה לMRI צווארי לפי בקשת ד"ר בצלאל  
 08/04/2018  
 חזרה לביקורת- MRI תקין. ממשיכה לסבול מכאבים והפרעה תפקודית.

| קוד  | איפיון | אבחנה                |
|------|--------|----------------------|
| A80  |        | ACCIDENT/INJURY; NOS |
| 7245 |        | BACKACHE             |
| 7231 |        | CERVICALGIA          |

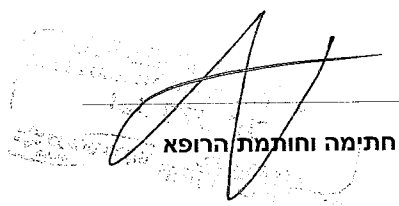
28

דיון/תוכנית טיפולית: ההפניות שהופקו ב 11/02/2018:  
הפניה לדימות  
08/04/2018

| אישור מחלה | אישור | קוד | מתאריך     | עד תאריך   | סטטוס |
|------------|-------|-----|------------|------------|-------|
|            |       | I1  | 08/04/2018 | 08/05/2018 | הודפס |

**סיכום והמלצות:** לסיכום סובלת מכאבים כרוניים לאחר תאונת הדרכים אשר מפריעים בתפקודה היום יומי כולל בזמן לימודיה. הוזבר למטופלת שיש צורך בפעילות גופנית יום יומית כגון שחיה, בנוסף רפואה משלימה!  
מבחינת האוניברסיטה מבקש הקלות מבחינת חיסורים לאור כאבים שפוקדים את המטופלת לפרקים ומפריעים בתפקודה. כולל פטור מטיוולים ארוכים ומסעות למיניהם.

**בברכה,**

  
חתימה וחוקתמת הרופא

114833

ד"ר נצר ניב

מס' רשיון

שם הרופא

08/04/2018 תאריך

אישור מחלה

פרטי המטופל

|                   |               |        |     |            |              |
|-------------------|---------------|--------|-----|------------|--------------|
| פרץ גל אסתר       | 00-20679760-7 | 21.07  | נ   | 21/08/1996 | אהוד         |
| שם משפחה ושם פרטי | מס זהות       | גיל    | מין | ת.לידה     | שם האב       |
| קרית מלאכי        | מסדה          | 13     |     | 8          | 54 - 2585575 |
| ישוב              | רחוב          | מס בית |     | טלפון      | טלפון נוסף   |

סוג תאונה 1 תאונת דרכים תאריך תאונה 01/10/2017

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 1 תאונת דרכים

|        |       |        |                                               |
|--------|-------|--------|-----------------------------------------------|
| סובל מ | קוד   | איפיון | אבחנה                                         |
|        | 79989 |        | DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD |

מומלץ על מנוחה מתאריך 08/04/2018 עד תאריך 08/05/2018 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה 31

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

חתימה וחותמת הרופא

114833

ד"ר נצר ניב

מספר רשיון

שם הרופא

14/05/2018 תאריך

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל

|                   |         |        |            |        |              |
|-------------------|---------|--------|------------|--------|--------------|
| 00-20679760-7     | 21.08   | נ      | 21/08/1996 | אהוד   | פרץ גל אסתר  |
| שם משפחה ושם פרטי | מס זהות | גיל    | מין        | ת.לידה | שם האב       |
| קרית מלאכי        | מצדה    | 13     | 8586416    | 8      | 2585575 - 54 |
| ישוב              | רחוב    | מס בית | טלפון      | טלפון  | טלפון נוסף   |

סוג תאונה 1 תאונת דרכים תאריך תאונה 01/10/2017

33103127658

מספר הפניה:

גורם שולח



3103

מספר הפניה



033103127658

תז נבדק



0206797607

מספר רשיון



089249

לכבוד: מרפאת עמוד שדרה

שירות שנבחר

| קוד שירות | קוד משה"ב | תיאור רפואי        | שירות רפואי |
|-----------|-----------|--------------------|-------------|
| 70017     | L9249     | בדיקת רופא אורתופד | 70017       |

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות לדבריה לפני כ 7 חודשים תאונת דרכים

מאז כאבים פלג גוף שמאל

עברה בירור שכלל MRI שפוענה כתקין

עברה גם EMG שהיה תקין

טופלה בפיזיותרפיה

ללא הטבה

מתלוננת על ארועים של כבדות פלג גוף שמאל

ללא איבוב שליטה על יציאות

ממצאים בבדיקה

צוואר מניעה חופשי

רגישות פרהספילית משמאל

גב ללא רגישות בניקוש החוליות

מניעה 4 גפיים, כוח גס שמור בכל התחנות שווה בין הצדדים

נעמדת על עקבים ועל קצוות האצבעות

ב MRI בגובה C6-7 בין ה TPתהליך רקמה רכה, ככל הנראה PLL מעובה

ולוחץ מאחורה קדימה לכיוון הקורד.

אבחנה משוערת

2 ה.ר.0

דף 1 מ 2

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

הפניה לרפואה יועצת

14/05/2018

הודפס ע"י ד"ר ג'מאל מחמוד

00-20679760-7

פרץ גל אסתר

| קוד  | איפיון | אבחנה                |
|------|--------|----------------------|
| A80  |        | ACCIDENT/INJURY; NOS |
| 7245 |        | BACKACHE             |
| 7231 |        | CERVICALGIA          |



מטרת הבדיקה: מרפאת גב

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

89249

ד"ר ג'מאל מחמוד

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

תאריך 14/05/2018 הפניה כללית - נוסח חופשי

| פרטי המטופל       |         |        |         |            | פרץ גל אסתר   |        |
|-------------------|---------|--------|---------|------------|---------------|--------|
| שם משפחה ושם פרטי | מס זהות | גיל    | נ       | 21.08      | 00-20679760-7 | אחוד   |
| שם האב            | ת.לידה  | מין    | נ       | 21/08/1996 | אחוד          | שם האב |
| קרית מלאכי        | מצדה    | 13     | 8586416 | 8          | 2585575       | 54     |
| ישוב              | רחוב    | מס בית | טלפון   | טלפון      | טלפון         | טלפון  |

| סוג תאונה  | 1 תאונת דרכים | תאריך תאונה  | 01/10/2017 |
|------------|---------------|--------------|------------|
| מספר רשיון | תז נבדק       | מספר הפניה   | גורם שולח  |
| 089249     | 0206797607    | 033103127659 | 3103       |

## לכבוד: רפואה משלימה

### אבחנה משוערת

| קוד  | אפיון | אבחנה                |
|------|-------|----------------------|
| A80  |       | ACCIDENT/INJURY; NOS |
| 7245 |       | BACKACHE             |
| 7231 |       | CERVICALGIA          |

**תלונות**  
 לדבריה לפני כ 7 חודשים תאונת דרכים  
 מאז כאבים פלג גוף שמאל  
 עברה בירור שכלל MRI שפוענח כתקין  
 עברה גם EMG שהיה תקין  
 טופלה בפיזיותרפיה  
 ללא הטבה  
 מתלוננת על ארועים של כבדות פלג גוף שמאל  
 ללא איבוב שליטה על יציאות

**ממצאים בבדיקה**  
 צוואר מניעה חופשי  
 רגישות פרהספילית משמאל  
 גב ללא רגישות בתיקוש החוליות  
 מניעה 4 גפיים, כוח גס שמור בכל התחנות שווה בין הצדדים  
 נעמדת על עקבים ועל קצוות האצבעות  
 ב MRI בגובה C6-7 בין ה TP תהליך רקמה רכה, ככל הנראה PLL מעובה  
 ולוחץ מאחורה קדימה לכיוון הקורד.

33

משרד המשפטים  
מחלקת המבחן  
מספר 89249

מטרת ההפניה: מתיחות, שחרור עמוק, חיזוק שרירי צוואר וחגורת כתפיים

89249  
מספר רשיון

ד"ר ג'מאל מחמוד

תאריך: 07/06/2018

## הפניה לדימות

|                   |         |             |            |
|-------------------|---------|-------------|------------|
| פרטי המטופל       |         | פרץ גל אסתר |            |
| 00-20679760-7     | 21.09   | נ           | 21/08/1996 |
| מס זהות           | גיל     | מין         | ת.לידה     |
| שם משפחה ושם פרטי | מצדה    | קרית מלאכי  | שם האב     |
| רחוב              | מס בית  | טלפון       | טלפון נוסף |
| 13                | 8586416 | 8           | 2585575    |
| מסדה              | רחוב    | מס בית      | טלפון נוסף |
| 54                | 2585575 | 8           | 2585575    |

תאריך תאונה: 01/10/2017

סוג תאונה: 1 תאונת דרכים

מספר הפניה: 33103129002

גורם שולח



3103

מספר הפניה



033103129002

תז נבדק



0206797607

רשיון רופא



088514

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

לצורך: MRI ע"ש מותני

|                                |       |          |
|--------------------------------|-------|----------|
| שירות שנבחר                    | קוד   | קוד      |
| שירות קוד                      | קוד   | קוד      |
| שירות משה"ב                    | קוד   | קוד      |
| 72148                          | 78549 | 10306030 |
| ת.מ. MRI בדיקת עמוד שדרה מותני |       |          |

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 03/10/2017:  
 נהגת היתה מעורבת בת.ד. משאית נכנסה בצד של נהג  
 נבדקה במיון ברזילאי ללא ממצא חריג  
 כאבי גב עליון וצוואר יד שמאל חוסר תחושה בפלג גוף שמאל  
 בריאה  
 סטודנטית  
 22/10/2017  
 ממשיכה לסבול מכאבי גב עליון תחושת כבדות של פלג גוף משמאל.  
 30/10/2017  
 כאבים משמעותיים ללא שינוי בצוואר וגב. מתארת תחושת נימול וירידה  
 תחושתית ביד ורגל שמאל יותר משמעותי ביד שמאל.  
 ללא שיפור תחת טיפולי PT  
 קלינית מחזיקה את היד כמעט ללא הפעלה. הגבלה בתנועות  
 לאור הקליניקה נשלים MRI ע"ש צוואר.  
 04/12/2017

ס.ה.ה. 2

דף 1 מ 2

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

07/06/2018

הודפס ע"י ד"ר שחל בצלאל 00-20679760-7

הפניה לדימות

פרץ גל אסתר

07/06/2018 תאריך

מכתב

פרטי המטופל

| פרץ גל אסתר       |      | 00-20679760-7 | 21.09   | נ   | 21/08/1996   | אהוד       |
|-------------------|------|---------------|---------|-----|--------------|------------|
| שם משפחה ושם פרטי |      | מס זהות       | גיל     | מין | ת. לידה      | שם האב     |
| קרית מלאכי        | מצדה | 13            | 8586416 | 8   | 54 - 2585575 | טלפון נוסף |
| ישוב              | רחוב | מס בית        | טלפון   |     |              |            |

01/10/2017 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

לכבוד: מכון אורטופדי  
 זקוקה למרפקיה דוגמת EPITRAIN

88514

ד"ר שחל בצלאל

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

תאריך 07/06/2018

### הפניה לדימוות

| פרטי חמטופל       |               |        |     |             |              |
|-------------------|---------------|--------|-----|-------------|--------------|
| פרץ גל אסתר       | 00-20679760-7 | 21.09  | נ   | 21/08/1996  | אהוד         |
| שם משפחה ושם פרטי | מס זהות       | גיל    | מין | ת. לידה     | שם האב       |
| קרית מלאכי        | מסדה          | 13     |     | 8 - 8586416 | 54 - 2585575 |
| ישוב              | רחוב          | מס בית |     | טלפון       | טלפון נוסף   |

תאריך תאונה 01/10/2017

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

מספר הפניה: 33103129002

גורם שולח



3103

מספר הפניה



033103129002

תז נבדק



0206797607

רשיון רופא



088514

ביום הבדיקה, בא לפנות למשרד מכון הרנטגן והדימוות 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 והדימוות.  
נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין תור לבדיקה ב 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

### לכבוד: MRI ע"ש מותני

#### שירות שנבחר

| קוד שירות | קוד משה"ב | תיאור רפואי                    | שירות רפואי |
|-----------|-----------|--------------------------------|-------------|
| 78549     | 72148     | ת.מ. MRI בדיקת עמוד שדרה מותני | 10306030    |

#### החולה מתלונן על

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 03/10/2017:  
נהגת היתה מעורבת בת.ד. משאית נכנסה בצד של נהג  
נבדקה במיון ברזילאי ללא ממצא חריג  
כאבי גב עליון וצוואר יד שמאל חוסר תחושה בפלג גוף שמאל  
בריאה  
סטודנטית  
22/10/2017  
ממשיכה לסבול מכאבי גב עליון תחושת כבדות של פלג גוף משמאל.  
30/10/2017  
כאבים משמעותיים ללא שינוי בצוואר וגב. מתארת תחושת נימול וירידה  
תחושתית ביד ורגל שמאל יותר משמעותית ביד שמאל.  
ללא שיפור תחת טיפולי PT  
קלינית מחזיקה את היד כמעט ללא הפעלה. הגבלה בתנועות  
לאור הקליניקה נשלם MRI ע"ש צוואר.  
04/12/2017

עדיין כאבים ללא שיפור משמעותי  
מתקשה בישיבה ממושכת עמידה  
נגדי כאב  
PT  
הקלות בעמידה וישיבה ממושכת  
10/12/2017  
חזרה לביקורת עדיין כאבים הנ"ל.  
01/01/2018  
עדיין כאבים בצוואר ובגב התחתון  
הגבלה בתנועות הצוואר והגב התחתון ללא חסר ניירולוגי.  
מחלה  
11/02/2018  
חזרה לצורך חידוש הפניה לMRI צווארי לפי בקשת ד"ר בצלאל  
08/04/2018  
חזרה לביקורת- MRI תקין. ממשיכה לסבול מכאבים והפרעה תפקודית.  
07/06/2018  
החמרה נוספת בכאבים. רגישות ניכרת לאורך פלג גוף שמאל, רגישות ניכרת  
סביב מרפק שמאל. תנועת צוואר וגב תחתון מוגבלות עם רגישות דיפוזית  
שכמה שמאל, הגבלה בתנועת הגב התחתון עם נימול וירידה תחושתית לאורך  
רגל /שמאל עם תחושת כבדות וגרירה של רגל שמאל, רגישות ניכרת על אגן  
SLJ שמאל רגישות ניכרת על GT שמאל.  
ללא הטבה משמעותית תחת נגדי כאב ודלקת.  
MRI ע"א מותני

| אבחנה משוערת |        |                      |
|--------------|--------|----------------------|
| קוד          | איפיון | אבחנה                |
| A80          |        | ACCIDENT/INJURY; NOS |
| 7245         |        | BACKACHE             |
| 7231         |        | CERVICALGIA          |

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה

|                    |            |               |
|--------------------|------------|---------------|
| חתימה וחזתמת הרופא | מספר רשיון | שם הרופא      |
|                    | 88514      | ד"ר שחל בצלאל |

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

07/06/2018 תאריך

מכתב

פרטי המטופל

|               |         |            |                   |             |
|---------------|---------|------------|-------------------|-------------|
| 00-20679760-7 | 21.09   | נ          | 21/08/1996        | אהוד        |
| מס זהות       | גיל     | מין        | ת. לידה           | שם האב      |
| 13            | 8586416 | 8          | 2585575           | 54          |
| מס בית        | טלפון   | טלפון      | טלפון             | טלפון נוסף  |
| רחוב          | מצדה    | קרית מלאכי | שם משפחה ושם פרטי | פרק גל אסתר |
|               |         | ישוב       |                   |             |

01/10/2017 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

לטיפול אחות

IM VOLTAREN 75 MG נא להזריק  
פעם ביום למשך 5 ימים

88514

ד"ר שחל בצלאל

חתימה וחונמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

07/06/2018 תאריך

סיכום ביקור

| פרטי המטופל   |            |        |            |            | פרץ גל אסתר       |         |
|---------------|------------|--------|------------|------------|-------------------|---------|
| 00-20679760-7 | 21.09      | נ      | 21/08/1996 | אהוד       | שם משפחה ושם פרטי | מס זהות |
| גיל           | מין        | ת.לידה | שם האב     | שם האב     | מס זהות           | מס זהות |
| 13            | מס בית     | טלפון  | טלפון נוסף | טלפון נוסף | מס בית            | מס בית  |
| מסדה          | קרית מלאכי | מסדה   | קרית מלאכי | מסדה       | קרית מלאכי        | מסדה    |

01/10/2017 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

שלום רב,

תאריך הביקור: 07/06/2018  
סוג ביקור: 1 תאונת דרכים  
מהות הביקור: רגיל

תאריך תאונה: 01/10/2017

תלונות/סיבת הפניה: תלונות/סיבת הפניה מתאריך 03/10/2017: נהגת היתה מעורבת בת.ד. משאית נכנסה בצד של נהג נבדקה במיון ברזילאי ללא ממצא חריג כאבי גב עליון וצוואר יד שמאל חוסר תחושה בפלג גוף שמאל בריאה סטודנטית 22/10/2017 ממשיכה לסבול מכאבי גב עליון תחושת כבדות של פלג גוף משמאל. 30/10/2017 כאבים משמעותיים ללא שינוי בצוואר וגב. מתארת תחושת נימול וירידה תחושתית ביד ורגל שמאל יותר משמעותי ביד שמאל. ללא שיפור תחת טיפולי PT קלינית מחזיקה את היד כמעט ללא הפעלה. הגבלה בתנועות לאור הקליניקה נשלים MRI ע"ש צוארי. 04/12/2017 עדיין כאבים ללא שיפור משמעותי מתקשה בישיבה ממושכת עמידה ותפקוד. נוגדי כאב PT הקלות בעמידה וישיבה ממושכת 10/12/2017 חזרה לביקורת עדיין כאבים הנ"ל. 01/01/2018 עדיין כאבים בצוואר וגב התחתון, הגבלה בתנועות הצוואר והגב התחתון ללא חסר ניורולוגי. מחלה 11/02/2018 חזרה לצורך חידוש הפניה לMRI צווארי לפי בקשת ד"ר בצלאל 08/04/2018 חזרה לביקורת-MRI תקין. ממשיכה לסבול מכאבים והפרעה תפקודית. 07/06/2018 החמרה נוספת בכאבים. רגשיות ניכרת לאורך פלג גוף שמאל, רגשיות ניכרת סביב מרפק שמאל. תנועת צוואר וגב תחתון מוגבלות עם רגשיות דיפוזית

40

שכמה שמאל, הגבלה בתנועת הגב התחתון עם נימול וירידה תחושתית לאורך רגל/שמאל עם תחושת כבדות וגרירה של רגל שמאל, רגישות ניכרת על אגן ו SIJ שמאל רגישות ניכרת על GT שמאל.  
ללא הטבה משמעותית תחת נוגדי כאב ודלקת.  
MRI ע"א מותני

| קוד  | איפיון | אבחנה                |
|------|--------|----------------------|
| A80  |        | ACCIDENT/INJURY; NOS |
| 7245 |        | BACKACHE             |
| 7231 |        | CERVICALGIA          |

| הפניות       | פרטי ההפניה               | קוד  | התחייבות | סטטוס |
|--------------|---------------------------|------|----------|-------|
| הפניה לדימות | 78549-ת.מ. MRI בדיקת עמוד | H3   |          | הודפס |
| מכתב         |                           | H140 |          | הודפס |
| מכתב         |                           | H140 |          | הודפס |

| תרופות בביקור | מ | פ | עד | ח | ק | נ | OP    | סה"כ | משך | פ | יחידה  | הגשה | מנה | תרופה                             |
|---------------|---|---|----|---|---|---|-------|------|-----|---|--------|------|-----|-----------------------------------|
| 1 L           |   |   |    | 0 | ר | N | יחידה | 5    | 5   | D | זריקה  | INJ  | 1   | DICLOFENAC SOD INJ 75MG/3ML 3 75M |
| 1 P           |   |   |    | 0 | ר | Y | יחידה | 20   | 10  | D | טבליות | TAB  | 1   | PERCOCET 5MG (20) TAB 5MG         |

| תאונה | נר"ן | ת. אישור | טיפול מחזורי | עין | תרופה                             |
|-------|------|----------|--------------|-----|-----------------------------------|
|       |      |          |              |     | DICLOFENAC SOD INJ 75MG/3ML 3 75M |
|       |      |          |              |     | PERCOCET 5MG (20) TAB 5MG         |

בברכה,

88514

ד"ר שחל בצלאל

חתימה וחתימת הרופא

מס' רשיון

שם הרופא

41

עדיין כאבים ללא שיפור משמעותי  
מתקשה בישיבה ממושכת עמידה ותפקוד .

נוגדי כאב  
PT

הקלות בעמידה וישיבה ממושכת  
10/12/2017:

חזרה לביקורת עדיין כאבים הנ"ל.  
01/01/2018:

עדיין כאבים בצוואר ובגב התחתון ,  
הגבלה בתנועות הצוואר והגב התחתון ללא חסר נוירולוגי.  
מחלה  
11/02/2018:

חזרה לצורך חידוש הפניה לMRI צווארי לפי בקשת ד"ר בצלאל  
08/04/2018:

חזרה לביקורת- MRI תקין. ממשיכה לסבול מכאבים והפרעה תפקודית.  
07/06/2018:

החמרה נוספת בכאבים . רגשיות ניכרת לאורך פלג גוף שמאל, רגשיות ניכרת  
סביב מרפק שמאל . תנועת צוואר וגב תחתון מוגבלות עם רגישות דיפוזית שכמה  
שמאל, הגבלה בתנועת הגב התחתון עם נימול וירידה תחושתית לאורך רגל  
/שמאל עם תחושת כבדות וגרירה של רגל שמאל , רגישות ניכרת על אגן וSIJ  
שמאל רגישות ניכרת על GT שמאל.  
ללא הטבה משמעותית תחת נוגדי כאב ודלקת.  
MRI ע"א מותני

אבחנה משוערת

| אבחנה                | איפיון | קוד  |
|----------------------|--------|------|
| ACCIDENT/INJURY; NOS |        | A50  |
| BACKACHE             |        | 7245 |
| CERVICALGIA          |        | 7231 |

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה

88514

ד"ר שחל בצלאל

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

ס.ה.ר. 2

דף 2 מ 2

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

07/06/2018

הודפס ע"י ד"ר שחל בצלאל 00-20679760-7

הפניה לדימות

פרץ גל אסתר

תאריך 11/06/2018

## הפניה לרפואה יועצת

|                   |            |             |            |
|-------------------|------------|-------------|------------|
| פרטי המטופל       |            | פרץ גל אסתר |            |
| 00-20679760-7     | 21.09      | נ           | 21/08/1996 |
| שם משפחה ושם פרטי | מס זהות    | גיל         | ת.לידה     |
| קרית מלאכי        | מסדה       | 13          | 8          |
| ישוב              | רחוב       | מס בית      | טלפון      |
| 54 - 2585575      | טלפון נוסף | 8586416     | טלפון      |

תאריך תאונה 01/10/2017

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

מספר הפניה: 33103129193

גורם שולח



3103

מספר הפניה



033103129193

תז נבדק



0206797607

מספר רשיון



089249

לכבוד: מרפאת חוץ - גב  
בהקדם

## שירות שנבחר

| שירות רפואי | תיאור רפואי        | קוד שירות | קוד משה"ב |
|-------------|--------------------|-----------|-----------|
| 70017       | בדיקת רופא אורתופד | L9249     | 70017     |

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

## תלונות

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 07/06/2018:  
 תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 03/10/2017:  
 נהגת היתה מעורבת בת.ד. משאית נכנסה בצד של נהג  
 נבדקה במיון ברזילאי ללא ממצא חריג  
 כאבי גב עליון וצוואר יד שמאל חוסר תחושה בפלג גוף שמאל  
 בריאה  
 סטודנטית  
 22/10/2017:  
 ממשיכה לסבול מכאבי גב עליון תחושת כבדות של פלג גוף משמאל.  
 30/10/2017:  
 כאבים משמעותיים ללא שינוי בצוואר וגב. מתארת תחושת נימול וירידה  
 תחושתית ביד ורגל שמאל יותר משמעותי ביד שמאל.  
 ללא שיפור תחת טיפולי PT  
 קלינית מחזיקה את היד כמעט ללא הפעלה. הגבלה בתנועות  
 לאור הקליניקה נשלים MRI ע"ש צוארי.  
 04/12/2017:  
 עדיין כאבים ללא שיפור משמעותי  
 מתקשה בישיבה ממושכת עמדיה ותפקוד.

2 ה.ר.0

דף 1 מ 2 \*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

הפניה לרפואה יועצת

11/06/2018

הודפס ע"י ד"ר ג'מאל מחמוד

00-20679760-7

פרץ גל אסתר

43

נו"ד"י כאב

PT

הקלות בעמידה ושיבה ממשוכת

10/12/2017:

חזרה לביקורת עדיין כאבים הנ"ל.

01/01/2018:

עדיין כאבים בצוואר ובגב התחתון ,

הגבלה בתנועות הצוואר והגב התחתון ללא חסר ניירולוגי.

מחלה

11/02/2018:

חזרה לצורך חידוש הפניה ל-MRI צווארי לפי בקשת ד"ר בצלאל

08/04/2018:

חזרה לביקורת- MRI תקין. ממשיכה לסבול מכאבים והפרעה תפקודית.

07/06/2018:

החמרה נוספת בכאבים . רגשיות ניכרת לאורך פלג גוף שמאל, רגשיות ניכרת

סביב מרפק שמאל . תנועת צוואר וגב תחתון מוגבלות עם רגישות דיפוזית שכמה

שמאל, הגבלה בתנועת הגב התחתון עם נימול וירידה תחושתית לאורך רגל

/שמאל עם תחושת כבדות וגרירה של רגל שמאל , רגישות ניכרת על אגן SIJ

שמאל רגישות ניכרת על GT שמאל.

ללא הטבה משמעותית תחת נוגדי כאב ודלקת.

MRI ע"א מותני

11/06/2018:

ביקורת

ממשיכה להתלונן על כאבי במרפק שמאל

כאבי גב תחתון עם הקרנה לרגל שמאל

# ממצאים בבדיקה

רגישות פרהספילית צווארית

רגישות פרהספילית לומברית

רגישות במרפק שמאל

מניעה 4 גפיים, כוח גס שמור בכל התחנות שווה בין הצדדים

נעמדת על עקבים ועל קצוות האצבעות

תחושה שמורה

## אבחנה משוערת

| אבחנה                | איפיון | קוד  |
|----------------------|--------|------|
| ACCIDENT/INJURY; NOS |        | A80  |
| BACKACHE             |        | 7245 |
| CERVICALGIA          |        | 7231 |

## דיון/תוכנית טיפולית

ההפניות שהופקו ב 07/06/2018:

הפניה לדימות , מכתב , מכתב

11/06/2018:

## מטרת הבדיקה: הערכה והחלטה על המשך טיפול

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

89249

ד"ר ג'מאל מחמוד

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

2 ה.ר.

דף 2 מ 2

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

הפניה לרפואה יועצת

11/06/2018

הודפס ע"י ד"ר ג'מאל מחמוד

00-20679760-7

פרץ גל אסתר

44

שם הרופא  
תחום  
מספר רשיון  
כתובת  
טלפון  
פקס  
מרפאה: קרית מלאכי מקצועית מחוז: מרכז

11/06/2018 תאריך

הפניה לרפואה יועצת

| פרטי המטופל       |         |        |       |        |              |
|-------------------|---------|--------|-------|--------|--------------|
| פרץ גל אסתר       |         |        |       |        |              |
| שם משפחה ושם פרטי | מס זהות | גיל    | נ     | 21.09  | 21/08/1996   |
| שם האב            | מס זהות | גיל    | מין   | ת.לידה | אהוד         |
| קרית מלאכי        | מס בית  | 13     |       | 8      | 54 - 2585575 |
| ישוב              | רחוב    | מס בית | טלפון | טלפון  | טלפון נוסף   |

01/10/2017 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

33103129194

מספר הפניה:

גורם שולח



3103

מספר הפניה



033103129194

תז נבדק



0206797607

מספר רשיון



089249

לכבוד: מרפאת כאב

שירות שנבחר

| שירות | קוד   | קוד   | תיאור רפואי                           |
|-------|-------|-------|---------------------------------------|
| רפואי | משה"ב | שירות |                                       |
| 70005 | 99242 | 70005 | בדיקת רופא כללי או רופא מקצועי במרפאה |

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 07/06/2018:  
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 03/10/2017:  
נהגת היתה מעורבת בת.ד. משאית נכנסה בצד של נהג  
נבדקה במיון ברזילאי ללא ממצא חריג  
כאבי גב עליון וצוואר יד שמאל חוסר תחושה בפלג גוף שמאל  
בריאה  
סטודנטית  
22/10/2017:  
ממשיכה לסבול מכאבי גב עליון תחושת כבדות של פלג גוף משמאל.  
30/10/2017:  
כאבים משמעותיים ללא שינוי בצוואר וגב. מתארת תחושת נימול וירידה  
תחושתית ביד ורגל שמאל יותר משמעותי ביד שמאל.  
ללא שיפור תחת טיפולי PT  
קלינית מחזיקה את היד כמעט ללא הפעלה. הגבלה בתנועות  
לאור הקליניקה נשלים MRI ע"ש צוארי.  
04/12/2017:  
עדיין כאבים ללא שיפור משמעותי  
מתקשה בישיבה ממושכת עמדיה ותפקוד.  
נוגדי כאב

2 ה.ר.0

דף 1 מ 2 \*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

הפניה לרפואה יועצת

11/06/2018

הודפס ע"י ד"ר ג'מאל מחמוד

00-20679760-7

פרץ גל אסתר

הקלות בעמידה ושיבה ממשוכת

10/12/2017:

חזרה לביקורת עדיין כאבים הנ"ל.

01/01/2018:

עדיין כאבים בצוואר ובגב התחתון ,

הגבלה בתנועות הצוואר והגב התחתון ללא חסר נוירולוגי.

מחלה

11/02/2018:

חזרה לצורך חידוש הפניה לMRI צווארי לפי בקשת ד"ר בצלאל

08/04/2018:

חזרה לביקורת- MRI תקין. ממשיכה לסבול מכאבים והפרעה תפקודית.

07/06/2018:

החמרה נוספת בכאבים . רגשיות ניכרת לאורך פלג גוף שמאל, רגשיות ניכרת סביב מרפק שמאל . תנועת צוואר וגב תחתון מוגבלות עם רגשיות דיפוזית שכמה

שמאל, הגבלה בתנועת הגב התחתון עם נימול וירידה תחושתית לאורך רגל

/שמאל עם תחושת כבדות וגרירה של רגל שמאל , רגשיות ניכרת על אגן SIJ

שמאל רגשיות ניכרת על GT שמאל.

ללא הטבה משמעותית תחת נוגדי כאב ודלקת.

MRI ע"א מותני

11/06/2018:

ביקורת

ממשיכה להתלונן על כאבי במרפק שמאל

כאבי גב תחתון עם הקרנה לרגל שמאל

**ממצאים בבדיקה**

רגשיות פרהספילית צווארית

רגשיות פרהספילית לומברית

רגשיות במרפק שמאל

מניעה 4 גפיים, כוח גס שמור בכל התחנות שווה בין הצדדים

נעמדת על עקבים ועל קצוות האצבעות

תחושה שמורה

**אבחנה משוערת**

| קוד  | איפיון | אבחנה                |
|------|--------|----------------------|
| A80  |        | ACCIDENT/INJURY; NOS |
| 7245 |        | BACKACHE             |
| 7231 |        | CERVICALGIA          |

**דיון/תוכנית טיפולית**

ההפניות שהופקו ב 07/06/2018:

הפניה לדימות , מכתב , מכתב

11/06/2018:

**מטרת הבדיקה: איזון כאב**

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

ד"ר ג'מאל מחמוד

89249

שם הרופא

מספר רשיון

חתימה וחותמת הרופא



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

46

מקור תשובה: תשובה התקבלה בתקשורת

תאריך שליחת תשובה: 11/06/2018 זמן שליחת תשובה: 17:45

תאריך הבדיקה: 11/06/2018

תחום: אורטופדיה

שם הרופא: ד"ר ג'מאל מחמוד רישיון רופא: 89249

בית החולים / מרפאה: קרית מלאכי מקצועית

סוג התשובה: סיכום ביקור

סוג ביקור: 1 תאונת דרכים

סיווג חשיבות: רגילה

מהות הביקור: רגיל

תלונות:

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 07/06/2018:

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 03/10/2017:

נהגת היתה מעורבת בת.ד. משאית נכנסה בצד של נהג

נבדקה במיון ברזילאי ללא ממצא חריג

כאבי גב עליון וצוואר יד שמאל חוסר תחושה בפלג גוף שמאל

בריא

סטודנטית

22/10/2017:

ממשיכה לסבול מכאבי גב עליון תחושת כבדות של פלג גוף משמאל.

30/10/2017:

כאבים משמעותיים ללא שינוי בצוואר וגב. מתארת תחושת נימול וירידה תחושתית

ביד ורגל שמאל יותר משמעותי ביד שמאל.

ללא שיפור תחת טיפולי PT

קלינית מחזיקה את היד כמעט ללא הפעלה. הגבלה בתנועות

לאור הקליניקה נשלים MRI ע"ש צוארי.

04/12/2017:

עדיין כאבים ללא שיפור משמעותי

מתקשה בישיבה ממושכת עמידה ותפקוד.

נוגדי כאב

PT

הקלות בעמידה וישיבה ממושכת

10/12/2017:

חזרה לביקורת עדיין כאבים הנ"ל.

01/01/2018:

עדיין כאבים בצוואר ובגב התחתון.

הגבלה בתנועות הצוואר והגב התחתון ללא חסר נוירולוגי.

מחלה

11/02/2018:

חזרה לצורך חידוש הפניה לMRI צווארי לפי בקשת ד"ר בצלאל

08/04/2018:

חזרה לביקורת- MRI תקין. ממשיכה לסבול מכאבים והפרעה תפקודית.

07/06/2018:

החמרה נוספת בכאבים. רגשיות ניכרת לאורך פלג גוף שמאל, רגשיות ניכרת סביב

47

מרפק שמאל . תנועת צוואר וגב תחתון מוגבלות עם רגישות דיפוזית שכמה שמאל, הגבלה בתנועת הגב התחתון עם נימול וירידה תחושתית לאורך רגל /שמאל עם תחושת כבדות וגרירה של רגל שמאל , רגישות ניכרת על אגן ו-SIJ שמאל רגישות ניכרת על GT שמאל.

ללא הטבה משמעותית תחת נוגדי כאב ודלקת.

MRI ע"א מותני

:11/06/2018

ביקורת

ממשיכה להתלונן על כאבי במרפק שמאל

כאבי גב תחתון עם הקרנה לרגל שמאל

בדיקה גופנית:

רגישות פרהספינלית צווארית

רגישות פרהספינלית לומברית

רגישות במרקש שמאל

מניעה 4 גפיים, כוח גס שמור בכל התחנות שווה בין הצדדים

נעמדת על עקבים ועל קצוות האצבעות

תחושה שמורה

אבחנות ביעוץ

| קוד  | איפיון | אבחנה                |
|------|--------|----------------------|
| A80  |        | ACCIDENT/INJURY; NOS |
| 7245 |        | BACKACHE             |
| 7231 |        | CERVICALGIA          |

תרופות

| מ | מ | עד | ח | ק | נ | OP    | סה"כ | משך | D | פ | יחידה  | הגשה | מנה | תרופה                        |
|---|---|----|---|---|---|-------|------|-----|---|---|--------|------|-----|------------------------------|
| 1 | P |    | 0 | ר | N | יחידה | 20   | 20  | D | 1 | טבליות | TAB  | 1   | BREXIN 20MG (M) TAB 20MG     |
| 1 | P |    | 0 | ר | N | יחידה | 1    | 10  | D | 2 | מריחה  | CR   |     | RADIAN B MASSAGE 100GM CR CF |

| תאונה | נר"ן | ת. אישור | טיפול מחזורי | עין | תרופה                        |
|-------|------|----------|--------------|-----|------------------------------|
|       |      |          |              |     | BREXIN 20MG (M) TAB 20MG     |
|       |      |          |              |     | RADIAN B MASSAGE 100GM CR CF |

דיון / תוכנית טיפולית: ההפניות שהופקו ב 07/06/2018:

הפניה לדימות , מכתב , מכתב

:11/06/2018

הפניות ביעוץ

| הפניות             | פרטי ההפניה                | קוד | התחייבות | סטטוס |
|--------------------|----------------------------|-----|----------|-------|
| הפניה לרפואה יועצת | 70017-בדיקת רופא אורתופד   | H1  |          | הודפס |
| הפניה לרפואה יועצת | 70005-בדיקת רופא כללי או ר | H1  |          | הודפס |

אישורים ביעוץ

| אישור               | קוד | מתאריך | עד תאריך | סטטוס |
|---------------------|-----|--------|----------|-------|
| אישור על מצב בריאות | 17  |        |          | הודפס |

סיכום והמלצות:

- נוגדי דלקת
- משככי כאבים
- מרפאת גב
- מרפאת כאב

## פרטי עדכון

תאריך הרישום / אישור: 12/06/2018

עודכן / אושר ע"ד: דב מרגלית

מקצוע המעדכן: 11 ילדים

שם מרפאה: דר דב מרגלית + ד"ר גולדשטיין

קוד מרפאה: 6528

קוד מחוז: 07

מזהה מסר יועץ: A6315452501945779B57F4CB8E29E993

מפתח ביקור: c5@F0oZ\$m1\$o

49

שם הרופא  
 תחום  
 מיזפר רשיון  
 כתבת  
 טלפון  
 פקס  
 מרפאה: ד"ר מרגלית דב/ד"ר גולדשטיין רות - קרית מלאכי  
 מחוז: מרכז

תאריך  
 15/10/2018  
 18:23

## הפניה כללית

| פרטי המטופל       |         |        |            |            |         |
|-------------------|---------|--------|------------|------------|---------|
| שם משפחה ושם פרטי | מס זהות | גיל    | מין        | ת.לידה     | אהוד    |
| 00-20679760-7     | 22.01   | נ      | 21/08/1996 | אחוד       |         |
| קרית מלאכי        | מסדה    | 13     | 8586416    | 8          | 2585575 |
| ישוב              | רחוב    | מס בית | טלפון      | טלפון נוסף | 54      |

תאריך תאונה 01/10/2017

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

גורם שולח



6528

מספר הפניה



036528008892

תז נבדק



0206797607

מספר הפניה:

מספר רשיון



016193

לכבוד: מרפאת כאב

שירות שנבחר

| קוד שירות | קוד משה"ב | תיאור רפואי    | שירות רפואי |
|-----------|-----------|----------------|-------------|
| 70005     | 99242     | בדיקת רופא כאב | 70090       |

אבחנה משוערת

| קוד  | איפיון   | אבחנה                |
|------|----------|----------------------|
| A80  | acute    | ACCIDENT/INJURY; NOS |
| 7295 |          | PAIN ARM             |
| 7295 | arm +leg | PAIN IN LIMB         |

תלונות: עברה תאונת דרכים ומאז כאבים בצד שמאל (ראה מכתב מצורף מאורטופד)  
 בהמלצת האורטופד וחדר מיון מופנית לטיפול במרפאת כאב.

סימנים חיוניים: גובה 170 28/06/2017 משקל 79 24/07/2017 bmi 27.34

לחץ דם 112 /75 21/06/2017

דופק 100 21/06/2017 סדיר

03/02/2016 מתאריך 117.44 eGFR

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

| מגילוי     | איפיון | בעיה                                                     |
|------------|--------|----------------------------------------------------------|
| 27/06/2017 |        | BMI PEDIATRIC RISK FOR OBESITY 85TH < BMI > 97TH PERCENT |

ס.ה.ר. 2

דף 1 מ 2

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

הפניה כללית

15/10/2018

הודפס ע"י ד"ר דב מרגלית

00-20679760-7

פרץ גל אסתר

|        |            |        |                   |
|--------|------------|--------|-------------------|
| ז.סיום | מ.גילוי    | איפיון | בעיה              |
| •      | 01/04/2007 |        | OBESITY (BMI >30) |

תרופות קבועות

| ב... | פעמים | א. הגשה | כמות | תרופות                |
|------|-------|---------|------|-----------------------|
| ביום | 1     | טבליות  | 1    | MELIANE BOX OF 21 TAB |

מטרת הבדיקה: בדיקה וטיפול

ד"ר דב מרגלית  
שם הרופא

9344  
מספר רשיון

ד"ר מרגלית דב  
מ.ה. 9344  
מומחה ברפואת ילדים ר"מ 06304  
זיומחה בנוירולוגית ילדים ר"מ 13151  
חתימה וחותמת הרופא

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

פרופ' מ. אבו-שקרה

פרופ' מן המניין, הפקולטה לרפואה -אוניברסיטת בן-גוריון

מומחה לרפואה פנימית וריאומטולוגיה

מנהל היחידה לריאומטולוגיה- מרכז רפואי סורוקה

מס' רישיון 18953, מס' מומחה 14474

### סיכום ביקור

יום שישי 11 אוקטובר 2019

לכבוד: רופא מטפל  
שלום רב

הנדון: גב' פרץ גל אסתר ת.ז. 206797607

היסטוריה רפואית: ילידת 1996, ב 2017 ת.ד. נהגה מוגמנתיב מקביל נכנסה בה משאית, לא הייתה

חבלה ישירה. מאז התאונה הייתה אצל אורתופד ועברה ברור מקיף כולל CT, MRI, EMG

שאלון כאב: כאב צוואר, כתף שמאל, יד שמאל גם שורש כף יד. גב תחתון, אגן שוק שמאל.

קריסול וכף רגל. עייפה מאוד, שינה - מתעוררת מכאב. ללא כאב חזה או בטן. מצב רוח ירוד.

מחלות רקע: בריאה

תעסוקה: מורה 65% משרה.

הרגלים: מעשנת, לא פעילה גופנית

בדיקות:

בדיקה גופנית ללא ארתריטיס, רגישות עמ"ש צווארי. נקודות רגישות

אבחנות:

### **Fibromyalgia**

סיכום והמלצות:

פיברו על סמך אב מפורשט ונקודות רגישות. וגם שאלוני 2016

ממליץ

- פעילות גופנית של הליכה, פילאטיס או טאי שי. טיפול פיזיותרפי קבוצתי, טיפול הידרותרפי
  - טיפול על בסיס קבוע לכאב. להתחיל באופטלגין, ZALDAIR, ADEX
  - להתחיל LYRICA - להתחיל במינון 75 מ"ג פעמיים ביום, לאחר שבועיים לעלות ל 150 מ"ג פעמיים ביום ולפי צורך ניתן לעלות עד 450 מ"ג ליממה.
  - דיקור, ביופידבק, טיפול התנהגותי קוגניטיבי- ( CBT )
- יעוץ מרפאת כאב

תעסוקה: מומליץ בדיקה רופא תעסוקה עם המלצה להמשך עבודה באותו אחוז משרה

בברכה

פרופ' אבו-שקרה

פרופ' מ. אבו-שקרה  
מנהל היחידה פנימית  
מס' רישיון 18953

טופס 1

(תקנה 2)

בקשה למינוי מומחים רפואיים

ת.א. 20/

בבית משפט השלום  
ברחובות

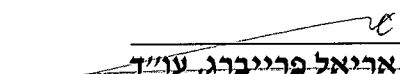
גל פרץ אסתר- נ ג ד - שומרה חברה לביטוח בע"מ

התובעת, גל פרץ אסתר, מבקשת למנות מומחים בנושא הנכות הרפואית שלה ובנושא דרכי שיקומה בתחום האורטופדי, בתחום רפואת הכאב, ובתחום הראומטולוגיה לשם מתן חוות דעת.

התובעת מודיעה כי בעקבות תאונת הדרכים שבה נפגעה, טופלה במסגרת בית החולים ברזילי, ובמסגרת קופת החולים כללית.

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

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

  
אריאל פרייברג, עו"ד  
ב"כ התובעת

## י פ ו י כ ח

אני הח"מ, הלל סלומי, מס' 206797607, מרחוב רצון 13 קריית מלכא,  
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או ל להיות באי כוחי במשפט של  
נגד בענין תאונת דרכים מיום  
מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל  
הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לחתום על ו/או לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרזת פשיטת רגל, או פרוק גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות והנובעות מהענין הנ"ל.
3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכת, בדרגה בה הוגש.
5. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
6. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
7. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
8. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הנ"ל, לרבות הוצאות בימ"ש ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
9. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
10. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
11. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
12. להופיע בשמי וליצגני בפני רושם הקרקעות, במשרדי ספרי אחוזה, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עיסקה המוכרת ע"י החוק וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבלו עפ"י דין.
13. ליצגני ולהופיע בשמי בפני 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 19 לחודש 1 שנה 2020

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

  
עורך-דין

## טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה 70 שם פרטי אדם תעודת זהות 206797607 שם האב \_\_\_\_\_

רחוב \_\_\_\_\_ מס' \_\_\_\_\_ עיר \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_ טלפון \_\_\_\_\_

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 הבריאותי 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 מרפאיהם 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 הבריאותי 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 מרפאיהם 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 רפאיהם 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: \_\_\_\_\_  
או על המידע המפורט להלן: \_\_\_\_\_

חלק ב'

שם קופ"ח: \_\_\_\_\_ סניף: \_\_\_\_\_ מס' חבר: \_\_\_\_\_ שם המוסד: \_\_\_\_\_

רופאים: \_\_\_\_\_ 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_  
מכונים, מעבדות: \_\_\_\_\_ 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

מס' אישי בצה"ל: \_\_\_\_\_ שם קופ"ח קודמת: \_\_\_\_\_

במקרה של קטין: שם האב \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ שם האב \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

תאריך: 19.1.20 עד לחתימה ומס' ת.ז. עו"ד אריאל פרייברג חתימה: X  
(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס) מס' רשיון: 62254

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

תצהיר

טופס 2

(תקנה 2)

אני הח"מ אל סרל סג"ר בעל ת.ז. 206797607 התובע בתיק \_\_\_\_\_  
בבית (ה) משפט \_\_\_\_\_ ב \_\_\_\_\_ לאחר שהוזהרתי כי עלי להצהיר את האמת וכי  
אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן, מצהיר/ה בזאת כדלקמן:

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

|        |       |        |       |               |       |
|--------|-------|--------|-------|---------------|-------|
| תאריך: | _____ | המחלה: | _____ | המוסד הרפואי: | _____ |
| תאריך: | _____ | המחלה: | _____ | המוסד הרפואי: | _____ |
| תאריך: | _____ | המחלה: | _____ | המוסד הרפואי: | _____ |

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

|        |       |         |       |               |       |
|--------|-------|---------|-------|---------------|-------|
| תאריך: | _____ | הפגיעה: | _____ | המוסד הרפואי: | _____ |
| תאריך: | _____ | הפגיעה: | _____ | המוסד הרפואי: | _____ |
| תאריך: | _____ | הפגיעה: | _____ | המוסד הרפואי: | _____ |

X \_\_\_\_\_  
חתימה

אישור

אני הח"מ עו"ד אריאל פרידמן, מרחוב אבא הלל 7, רמת גן, מאשר בזה כי ביום 19.1.20  
הופיע/ה בפני אל סרל סג"ר (המוכר/ת לי באופן אישי) שהזדהה/תה בתעודת זהות מס' 206797607  
ולאחר שהוזהרתי/ה כי עליו/יה להצהיר את האמת וכי אם לא יעשה/  
תעשה כן יהא/תהא צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק, אישר/ה את נכונות תצהירו/ה.

\_\_\_\_\_  
חתימת עורך הדין