

ARIEL FREIBERG, ADV
IGAL RASKIN, ADV

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד

Office@freiberg-law.com

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

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

תאריך: 4/4/23

מ.ל.ב.

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
ענף נפגעי עבודה – סניף תל אביב
באמצעות פקס

א.ג.נ.,

הנדון: נועה השכל, ת.ז. 318435096
תאונה מיום 31/10/22

1. מצ"ב טופס תביעה להכרה בתאונה כתאונת עבודה ולתשלום דמי פגיעה בצירוף תיעוד רפואי.
2. אודה לעיונכם ולטיפולכם המסור באישור תביעת מרשתי.
3. מצ"ב יפוי כח וטופס וס"ר חתומים ע"י מרשתי.


בכבוד רב ובתודה,
אריאל פרייברג, עו"ד

עמוד 1 מתוך 8

נא ציין את מספר תעודת זהות 318435096

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)		מס' זהות / דרכון 3 1 1 8 4 3 5 0 9 6
סוג המסמך	דפים	
0 1		

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה

☒ תאונה בעבודה
☐ מחלת מקצוע, פרט
☐ הכשרה מקצועית
☐ חבר קיבוץ או מושב שיתופי
☐ מתנדב
☐ עצמאי
☒ שכיר

1 פרטי התובע
 שם משפחה: השל
 שם פרטי: נעה
 מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר): 3118435096
 טלפון קווי: 036997088
 טלפון נייד: 0502221902
 דואר אלקטרוני: Nea.mathers@gmail.com
 אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:

שם משפחה איש קשר: _____ שם פרטי איש קשר: _____
 מס' זהות איש קשר: _____
 אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני). במקום דואר רגיל לידעתי, אם לא סימנתי "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים. לפי המידע שמסרת **מען למכתבים – אם שונה מהרשום במשרד הפנים**

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד

2 פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון אבא מלא סעיף א'2 שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית

שם מעסיק/ מפעל: אורן אבנר
 רחוב / תא דואר: אורן היר
 מס' בית: 11
 כניסה: _____
 דירה: _____
 ישוב: תל אביב
 מיקוד: 6939511
 תפקיד התובע במקום העבודה: אוכרית בחנית
 מספר פקס: _____
 טלפון קווי: 037409999
 טלפון נייד: _____

האם אתה אחד מבעלי החברה/ בעל שליטה בחברה: ☒ לא ☐ כן. פרט: _____
 האם יש קרבה משפחתית בינך לבין המעסיק: ☒ לא ☐ כן. פרט: _____
עצמאי (אם הפגיעה אירעה מחוץ לעסק – יש לצרף אישור על העבודה שאותה ביצעת/ היית אמורה לבצע)
 שם העסק: _____
 סוג העיסוק: _____

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד

טלפון קווי: _____
 טלפון נייד: _____
 טלפון פקס: _____

2א'

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות:

☐ צה"ל

☐ משא"ז

☐ משמר הכנסת

☐ משטרה

☐ שב"ס

☐ אחר

האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה?
☐ כן ☐ לא

אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, נא צרף העתק ממכתב הדחיה.

3

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה

שנה | חודש | יום
2022 | 11 | 02

היום בשבוע

שני

שעת הפגיעה

18:39

תאריך הפסקת עבודה

02.11.22

שעת הפסקת עבודה

20:00

היכן אירעה הפגיעה?

☒ במהלך העבודה: ☐ במפעל/בעסק

☐ בדרך לעבודה

(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

☐ מחוץ למפעל

☐ בדרך לביתך

(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

☐ תאונה בבניין

בתאונות בדרך: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך או ליעד אחר

תיאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון נוסף). נא פרט: נחבתי לזכר חלוצי

האם נכחו עדים בתאונה? ☒ לא ☐ כן, פרט:

שם

כתובת

מספר טלפון

☐ חבר לעבודה ☐ מכר

☐ אחר

שם

כתובת

מספר טלפון

☐ חבר לעבודה ☐ מכר

☐ אחר

מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה

תאריך מסירת ההודעה

שנה | חודש | יום
2022 | 11 | 02

שם מקבל ההודעה

תלמה אולמאן

תפקיד

בא"מ

טלפון

0524442230

4

פרטי הטיפול הרפואי (יש לצרף אישור על הפנייה הראשונה לקבלת טיפול רפואי)

האיבר שנפגע <u>כף יד שמאל</u>	מהות החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך) <u>חתך עמוק וקרע של עצם</u>	מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שירות רפואי) <u>ד"ר חגית הלפרין</u>
תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה <u>22.02.2021</u> שנה חודש יום	תקופת אשפוז <u>3</u> שעה	שם בית החולים / מחלקה <u>אנילוב (סורסקי) - 14</u>
האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או דומים למצבך כיום? ☒ לא ☐ כן. פרט _____		
פרטי הרופאים המטפלים		
שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה שבה טופלתי או אני מטופל
		טלפון המרפאה

5

סייע 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 מיוצג 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 בל37: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

שם גורם מסייע אליהו פרידמאן כתובת אבא הלל 7, חתאן טלפון 03-7412358

6

פרטים על תאונה

סוג התאונה

☐ תאונת דרכים. יש לצרף דו"ח משטרה והעתק מההודעה לחברת הביטוח.
☐ נפילה ממקום גבוה ☐ נפילה במדרגות או במדרכה פגומה ☐ התחשמלות
☐ תקיפה ☐ פגיעה מבעל חיים ☒ אחר פציעה (חתך) בצוואר
☐ תאונה בבניין שם האתר _____ שם הקבלן המבצע _____

האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת נזיקין או פיצויים מצד ג' בקשר לפגיעה? ☐ לא ☒ כן
תביעה נגד _____ שם עורך הדין המטפל _____
כתובתו _____ מס' טלפון _____
מס' פקס _____ דואר אלקטרוני _____

האם יש ברשותך תמונות ממקום האירוע? ☐ לא ☐ כן. נא לצרף
התביעה הוגשה בבית המשפט ☐ השלום ☐ המחוזי בעיר _____ מס' תיק אזרחי _____

פירוט העיסוקים

7

לפני הפגיעה

אם בשלושת החודשים שלפני הפגיעה לא עבדת, נא סמן את הסיבה:

- ☐ מחלה ☐ חופשה ☐ אחרת * נא לצרף אישורים מתאימים
- ☐ עבדתי אצל מעסיק אחר/נוסף * נא לצרף אישורים או תלושי שכר לשלושת החודשים הנ"ל

לאחר הפגיעה

☒ לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה

☐ שהייתי בעסק / בעבודתי

מתאריך: שנה 2022 חודש 11 יום 24 עד תאריך: שנה 2022 חודש 11 יום 24

עד שעה: 12 משעה: 09

עד שעה: 12 משעה: 09

מתאריך: שנה 2022 חודש 11 יום 24 עד תאריך: שנה 2022 חודש 11 יום 24

עד שעה: 12 משעה: 09

עד שעה: 12 משעה: 09

☒ חזרתי לעבודה מלאה בתאריך 24.11.2022

☐ טרם חזרתי לעבודה ☐ לא נעדרתי מהעבודה

שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו:

משעה 12 עד שעה: 09

עבודה במשמרות ☐

8

הצהרה למילוי ע"י בעל שליטה או קרוב משפחה לבעל מניות בחברה בלבד

יש להמציא הוכחת תשלום ל-12 חודשים אחרונים (הפקדות בנק, צילומי המחאות ועוד)

מהו תפקידך בעבודה במועד הזכאות? (פירוט העבודה שבצעת בפועל)

היכן בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובת)

מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות)

אני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים

תאריך שם פרטי ומשפחה חתימה

31435096

נא ציין את מספר תעודת זהות

עמוד 5 מתוך 8

פרטי חשבון הבנק של התובע

9

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:
שמות בעלי החשבון

השלם (וזה)

שם הבנק

שם הסניף / כתובתו

מס' סניף

מספר חשבון

הקבלים

אגידים

778

531430

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

10

פטור ממס הכנסה - יש לצרף אישור זכאות לפטור ממס הכנסה ערב הפגיעה

☐ עיוור: נכה 100% ☐ פטור חלקי

11

הצהרת התובע/מגיש התביעה

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים
☐ 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

ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה עברה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או בידעין 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 או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או יצירת חוב ועל כן, אני מתחייבת להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

אני מסכים שהבנק יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון הבנק תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושגי התשלומים.

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

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

11.3.23 חתימת התובע x

תאריך

פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע

שם פרטי

שם משפחה

מספר זהות

קריבה לתובע

טלפון קו

טלפון נייד

דואר אלקטרוני

@

אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר, צו אפוסטרופוסות, פסק דין או ויתור סודיות - יש לצרפם לתביעה.

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט שם העד לחתימה

ת ז

פרטים על פגיעה מחוץ לעסק או למפעל

שעת הפגיעה

המקום שבו היה על התובע לעבוד או שבו עבד התובע ביום הפגיעה:

האם העובד מועסק דרך קבע מחוץ לכותלי המפעל? ☐ לא ☐ כן p בדרך כלל מועסק ב:

האם נכחו עובדים נוספים בעת הפגיעה? ☐ לא ☐ כן 1. שם _____ ת.ת. _____

2. SW

תפקיד הנפגע במפעל	מטרת יציאתו מחוץ למפעל	שם העובד שנתן לתובע את ההוראה לצאת	תפקידו
-------------------	------------------------	------------------------------------	--------

שעת החזרה הצפויה

שעת היציאה

תאונה בבניין: שם האתר _____ שם הקבלן הראשי _____ שם הקבלן המבצע _____
פגיעה בדרך לעבודה: _____

☐ פגיעה בדרך לעבודה:

באיזו שעה היה עליו להתחיל בעבודה? _____ איזו משמרת? _____ הכתובת שבה היה אמור לעבוד? _____

פגיעה בדרך הביתה: באילו שעה סיים את העבודה? _____ האם סיים בשעה הקבועה? ☐ כן ☐ לא

סיבה לציאה המוקדמת: _____ הכתובת שבה בדד לפני הציאה לביתו

פרטי שכר ב-4 התודשים שקדמו להפסקת העבודה

שם המפעל / המעסיק

מספר תיק ניכויים במוסד לביטוח לאומי

דודו אוטמזגין פטיסרי בע"מ

9 0 7 5 3 9 3 3 2 0 0

מספר ימי העבודה: ☒ קבוע ☐ ארעי ☐ יומי ☐ חודשי היקף המשרה ב-% מספר ימי העבודה: 04/04/2022

אם בשלושת החודשים שקדמו לפגיעה נעדר העובד מהעבודה, נא פרט את סיבת ההיעדרות

ממתין _____ עד מתי? **נעדר מהעבודה.** האם שולם שכר בעבור ימים אלה? ☐ כן ☐ לא

שקדמו להפסקת העבודה

החודש, כולל חודש הפסקת העבודה	מס' הימים בעבורם שולם	העובד הוא	שכר ברוטו החייב בדמי	תוספת חד לעמית, מענק או הפרשים שנכללו בשכר
-------------------------------	-----------------------	-----------	----------------------	--

שם התשלום	תדקופה	כסום	ביטוח לחודש זה בש"ח	חודשי	ומי	השכר	13	06/06/22	דש
-----------	--------	------	---------------------	-------	-----	------	----	----------	----

3,661	0	0	19	
4,793	0	0	23	08/2022 שד

4,750	☒	☐	24	07/2022	WT
4,633	☐	☐			

2,722 12 06/2022 57

העובד שב לעבודה בתאריך 24/11/22 ☐ ☐ העובד לא שב עדיין לעבודה.

האם היו שינויים בשכר העובד ב-12 החודשים האחרונים למועד הפגיעה בעבודה? נא לפרט

העובד ממשיך להימנות על עובדי המפעל: כן

לא, העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך: _____ סיבת הפסקת העבודה: _____

שוגר טופס 100 : כן ☐ לא ☐

שם איש קשר לבירוק פרטי שכן רמז 024442230 מספר טלפון

תְּחִימַת הַמַּעֲסִיק 16 תאריך 17/12 שם ותפקיד החותם סגן חתימה וחומר סגן

(03.2022) 211 אב

מדינת ישראל
משרד המשפטים
51492122

3 פרטים על תשלום דמי מחלה על ידי המעסיק/קרן דמי מחלה

האם העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י המעסיק? (נכון ליום הפגיעה)

☒ כן, ציין את מספר הימים שעמדו לזכות העובד עד יום הפגיעה. 7.5

☐ לא, ☐ העובד ניצל את כל הימים העומדים לזכותו

☐ לא נצברו ימי מחלה

☐ אחר

☐ העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י הקרן לדמי מחלה

(שם הקרן)

4 הצהרת המעסיק

אנו החתומים מטה מאשרים, כי הפרטים שמסר העובד ומסרנו אנו נכונים לפי מיטב ידיעתנו. אנו מאשרים כי התובע הועסק על ידנו כעובד בזמן הפגיעה בעבודה.

אם יש לך הסתייגות בעניין הפגיעה, יש לפרט כאן _____

תאריך 11/12/2022 תפקיד החותם _____

שם החותם _____

חתימה וחותמת * _____

5 פרטים משלימים למעסיק מורשה/מאושר

☐ העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה

מעסיק מורשה לפי תקנה 22:

☐ העובד נכלל בהרשאה ונעדר מתאריך _____ עד תאריך _____ ושילמנו לו דמי פגיעה כחוק.

☐ העובד אינו נכלל עם העובדים שבעבורם ניתנה הרשאה לחברה / מפעל.

מעסיק מאושר לפי סעיף 343:

☐ אני מעסיק מאושר לפי סעיף 343 (סעיף 162 במסח הישן)

קיבוצי:

☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

חתימת המעסיק וחותמת *

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

עמוד 8 מתוך 8

נא ציין את מספר תעודת זהות 318435091

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

פרטים אישיים

1

תאריך הפגיעה	מספר זהות/דרכון	קוד גמלה
31102022	318435091	60
שנה חודש יום	שם פרטי	שם משפחה
	נוצר	גל
חבר בקופת חולים		
☐ כללית ☐ מאוחדת ☒ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר		

הצהרה

2

אני הח"מ, שפרט"י האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית ומבקש בזה 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.

חתימת המבוטח * 16.03.2023 תאריך

תאריך ושעת ההדפסה: 01:53 01/11/2022

חסוי רפואי

THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
TEL AVIV SOURASKY MEDICAL CENTER
Affiliated with Tel-Aviv University
Sakler Faculty of Medicine
6 Weizmann St. Tel-Aviv 6423906
Tel: 03-6974444



המרכז הרפואי תל-אביב
ע"ש סוראסקי
איכילוב
www.tasmc.org.il

מדינת ישראל
משרד הבריאות

המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
רח' ויצמן 6, תל-אביב 6423906
טל: 03-6974444

מערך המחלקה לרפואה דחופה

שחרור רפואי

שם יחידה : המחלקה לרפואה דחופה	מנהל/ת מחלקה : דר' ויסקין קרין מ.ר. 15107	אח/ות אחראית : שירה פלג
טלפון : 03-6973232	פקס : 03-6973652	דוא"ל :

שם משפחה : השכל	שם פרטי : נועה	ת.ז. : 318435096
תאריך לידה : 29/05/1997	גיל : 25	טלפון : 050-2221902
מין : נקבה	מבוטח בקופה : מכבי	כתובת : בורלא יהודה 38 תל אביב-יפו 6936438

נתוני ביקור - תאריך ושעת קבלה: 31/10/2022 23:08 מספר מקרה: 12766886

סיום טיפול במלר"ד: שחרור

מחלה נוכחית

בת 25, בריאה. יד ימין דומיננטית

בערב קבלתה נחתכה בכף יד שמאל מקופסת שימורים בזמן העבודה.
נבדקה במוקד שם אובחנה עם חתך היפוטנרי פלמרי של כחצי ס"מ והפרעה תחושתית בפיזור אולנרי.
תחת חיטוי והרדמה מקומית נתפרה.
בנוסף חתך שטחי ב WEB 1 שטחי לא לתפירה במראה תקין.
הופנתה למיון במוסדנו להמשך טיפול.

בבדיקה

חתך היפוטנרי תפור במראה תקין

נפיחות והמטומה היפותנרים

ירידה תחושתית באספקו אולנרי של כף היד לאורך מסרק 5, תחושה שמורה דיסטלית החל מהגליל המקורב
2PDT לא תקין. 10TEST 5/10 ביחס ליד למיקום אנטומי זהה ביד השניה. טינל שלילי.
מילוי קפילרי תקין.

פרטיה הועברו ליחידת כף יד בשאלה של אקספלורציה על מנת למנוע נזירומה בכף היד.

הוצגה לתורן בכיר משתחררת בהמלצות:

אבחנות במיון

- CONTUSION/LACERATION – UPPER EXTERMITY (923.9) (Left)

לא ידועה רגישות לתרופות

נתונים קליניים

בדיקות דם

תאריך ושעה	CRP
01:52 01/11/2022	בוצע

בדיקות דם שכיחות

תאריך ושעה	רוטינה	תפקודי קרישה	CRP
01:52 01/11/2022	בוצע	בוצע	בוצע

שם: נועה הישכל	ת"ז: 318435096	מקרה :	מחלקה: המחלקה לרפואה דחופה
----------------	----------------	--------	----------------------------

סיכום

המלצות כלליות

המלצה: לא להוריד חבישה במשך יומיים, לאחר מכן שטיפה יומית במים זורמים וסבון ביקורת אחות פצעים בקופת חולים בעוד 14 ימים להוצאת תפרים ביקורת אורטופד בקופת חולים בעוד 7 ימים פרטיה הועברו ליחידת כף יד במוסדנו אשר יצרו קשר במידה ויש צורך בהתערבות ניתוחית בכל מקרה של החמרה לשוב לבדיקת רופא במיון

הדרכה סיעודית בשחרור

המטופל הודרך לשחרור בהתאם להמלצות הרופא הוצא ונפלו

חתימת אחות משחררת

שם החותם מייבורדה אנה	תפקיד אחות משחררת	זמן חתימה 01/11/2022 01:53
--------------------------	----------------------	-------------------------------

רופאה משחררת

שם החותם ד"ר בנאדי עמית מ.ר. 166877	תפקיד רופאה משחררת	זמן חתימה 01/11/2022 01:46
--	-----------------------	-------------------------------

המשך מעקב רופא מטפל לפי הצורך, בכל החמרה יש לפנות לרופא בהקדם

בפנייה חוזרת למיון או בפנותך למרפאה אליה הוזמנת, עליך להצטייד בהתחייבות כספית או בתשלום כספי.

מטופל/ת יקר/ה

בימים אלה, כולנו עוברים תקופה לא קלה, לא אחת מלווה במתח נפשי ובדידות. להלן מספרי טלפון לסיוע:

מוקד החירום של משרד הרווחה והשירותים החברתיים - 118

מוקד לאזרחים וותיקים: מיצוי זכויות, הפגת בדידות, סיוע סוציאלי - 03-8840*

יחידת סגולה לאזרחים וותיקים 03-6947680

קווי החירום לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית - 1202: נשים 1203: גברים

ערן - עזרה ראשונה נפשית - 1201

מרכז מיצוי זכויות למטופלים מתחת לגיל הפרישה 03-9647888

כל זכות - מאגר מידע אודות זכויות www.kolzchut.org.il

השירות הסוציאלי בית חולים איכילוב - 03-6973574

תאריך: 31/10/2022

מכבי שירותי בריאות

מוקד רפואה דחופה

ד"ר סיסמן איתן

טראומטולוגיה

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

מ.ר גורם מפנה



0036840247



121982

קוד הפניה: 295154888

טלפון: 3555*

פקס: 03-7178253

כתובת: אלון יגאל 96, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 318435096

שם פרטי: נועה

שם משפחה: השכל

טל.עבודה/נייד: 0502221902

036997088

טלפון:

מין: נ

ת.לידה: 29/05/1997



0318435096

מיקוד: 6936438

כתובת: בורלא יהודה 38/17, תל אביב - יפו

חדר מיון

בבדיקה שערכתי בתאריך: 31/10/2022 בשעה: 22:21 נמצא-

סוג מיון: טראומה

תלונות: בזמן עבודה נחטפה במטבח, נסיתה לפתוח קופסאה שימורים

ממצאים: חתך היפוטנרי פלמרי של כחצי סנטימטר

בבדיקה יש הפרעה תחושתית אולנרית

חיוטי, הרדמה מקומית ושטיפה, נתפר בניילון 4-0

בנוסף גם חתך בWEBB שטחי לא לתפירה

ופצע קטן גם בצד האולנרי.

השכל נועה

25 רונן

31843509-6 מ.ז.

31.10.22 מלח

מלח

12766886 מקרה



מרכז רפואי ת"א

טיפול אחות

מדידות:

תאריך	שעה	מידה	תוצאה
31/10/2022	22:01 לחץ דם		136/72 [ימין, ישיבה]
31/10/2022	22:01 דופק	65	

טיפול אחות

תאריך	שעה	התערבות	תוצאה	הערות
31/10/2022	21:57	הדרכה לטיפול ושחרור ממוקד		
31/10/2022	21:58	מיון ראשוני - TRIAGE		
31/10/2022	21:58	הכוונה לגורם מטפל אחר		רופא מוקד טראומה
31/10/2022	22:01	DT חיסון טטנוס דיפטריה למבוגר		IMOVAX d.T. adult

• LACERATION UNS SITE

אבחנה:

מעשנות: לא

מופנה בדחיפות לחדר מיון לצורך:

חתך היפוטנרי. הפרעה תחושתית אולנרית. מופנית לקביעת המשך טיפול

הפינוי למיון: © בכוחות עצמו

** הפניה זו בתוקף 24 שעות מרגע הפקתה. **
תוקף הפניה זו לתאריך 01/11/2022 בשעה 22:21:45

נא להצטייד בכרטיס מגנטי

31/10/2022

חתימה וחותמת

נא לצרף מסמכים רלוונטים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

תאריך



תאריך: 09/11/22
דף מספר: 1 מתוך: 1

מקור

חשבונית מס/קבלה מספר-22701123

לכבוד:

שם:השכל נועה
ת.ז.: 318435096
התחייבות: 221120296

השכל נועה
בורלא יהודה 38
תל אביב-יפו

פרטים	כמות	מחיר יחידה	מטבע	סה"כ NIS
קניזוז השתתפות עצמית	סה"כ	0.00		475.21
				475.21 סה"כ לפני מע"מ
				80.79 מע"מ
				556.00 סה"כ כולל מע"מ

תאריך פרעון עד: 09/11/22

סוג	מס.	בנק	מספר חשבון	תאריך פרעון	מטבע	סכום	סכום ש"ח
אשראי	36017001	500	8586	09/11/22	NIS	556.00	556.00
					סה"כ	556.00	556.00
					בש"ח	556.00	556.00

סכום: 556.00

מסוף: 9012261010

מספר עסק: 1

סוג עסקה: עסקת חובה

אופן ביצוע:

סוג אשראי: אשראי רגיל

שובר: 36017001

כרטיס: ישראלכרט

מספר כרטיס: 8586xxxxxxxxxxxx בתוקף עד: 04/25

תאריך: 09/11/22

No Refund-No Cancellation

חתימת לקוח

חתימה:

הופק ע"י: בן עטר יעל

20001/0 09/11/22 20729128

מסמך זה מכיל מידע מוגן הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסרו שלא כדין עובד עבירה

מס' זיהוי	318435096	רחוב	בורלא יהודה	לקוח גג מכבי
מטופל	השכל נועה	מס' בית	38	
מס' נבדק	20729128	עיר	תל אביב - יפו	לא ידועה רגישות לתרופות
מין	נקבה	טלפון	03-6997088	
גיל	25Y/5M	טלפון נוסף	050-2221902	
שם ההורה				

****מידע רפואי אישי** - מסמך זה מכיל מידע המוגן ע"י חוק הגנת הפרטיות. כל המוסר שלא כדין עובר עבירה.**

סיכום רפואי

Diagnosis	LT Laceration of ulnar nerve - Hand 955.2
Surgery/Operation	LT Suture of hand nerve 04.3
סטטוס קורונה	לא בוצע
Background Problems	ללא מחלות סיסטמיות

מידע מהקבלה

תלונה עיקרית	חתך בכף יד שמאל
תולדות מחלה	תלונה העיקרית -- חתך בכף יד שמאל תולדות המחלה -- עשרה ימים לאחר חתך מסכין בכף יד שמאל במהלך העבודה. יש ירידה בתחושה באצבע חמישית, מתקבלת לאקספלורציה של החתך בחשד לפגיעה בעצב לא נוטל/ת נוגדי קרישה
טיפול קבוע בנוגדי קרישה/טסיות	לא נוטל טיפול תרופתי קבוע
תרופות קבועות	חתך היפוטנרי פלמרי, המטומה ונפיחות היפוטנרית. ירידה בתחושה אספקט אולנרי של אצבע חמישית, פרומנט שלילי
בדיקה גופנית בקבלה	

פרטי אשפוז נוכחי

ממצאים ומהלך ניתוח	מהלך ניתוח / פעולה - אורתופדיה: השכבה על הגב, שולחן כף יד, כייסוי ורחצה כמקובל הרחבת החתך פרוקסימלית ודיסטאלית זיהוי ובידוד סעיף תחושת של עצב אולנרי תפירה בנילון 5/0 חבישה מתלה חתך לא ידועה רגישות לתרופות
אלרגיות	

המלצות בשחרור

משככי כאבים	אקמול, נורופן או אופטלגין נוזלי לפי הצורך
חופשת מחלה	שבועיים
ביקורת במרפאה	בעוד שבועיים
המלצות נוספות	יד מורמת שלושה ימים לא להוריד לבחשה עד לביקורת
טלפונים	054-5554231
נוגדי קרישה/טסיות	אין צורך/לא גלונטי

פרטי אשפוז

תאריך קבלה	09/11/2022 06:39:00	תאריך שחרור	09/11/2022 09:10:47
------------	---------------------	-------------	---------------------

מטופל יקר, במידה ובמהלך הפעולה/ניתוח נלקחה ביופסיה, התשובה הפתולוגית תגיע לידי הרופא המבצע בתוך 21 יום. הנך מתבקש לעמוד עמו בקשר לתשובה ולהמשיך הטיפול המתחייב

Orthopedic Surgery Discharge	ביה"ח אסותא רמת החי"ל הברזל 20 ת"א	תאריך כתיבת הגרסה: 09/11/2022 09:10:47	דר' רובינראוט אסתר מ.ר. 34295
עמוד 1 מתוך 2			

מס' זיהוי	318435096	רחוב	בורלא יהודה	לקוח גג מכבי
מטופל	השכל נועה	מס' בית	38	
מס' נבדק	20729128	עיר	תל אביב - יפו	לא ידועה רגישות לתרופות
מין	נקבה	טלפון	03-6997088	
גיל	25Y/5M	טלפון נוסף	050-2221902	
שם ההורה				

****מידע רפואי אישי** - מסמך זה מכיל מידע המוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות. כל המוסר שלא כדין עובר עבירה.**

מועד הניתוח	09/11/2022	סוג ההרדמה	General Local
-------------	------------	------------	------------------

לידיעתך

! בכל בעיה רפואית ניתן לפנות לשירות מעקב ההחלמה של בית חולים אסותא, 24 שעות ביממה.
טל': 1-700-709-704

מטופל יקר, במידה ובמהלך הפעולה/ניתוח נלקחה ביופסיה, התשובה הפתולוגית תגיע לידי הרופא המבצע בתוך 21 יום. הנך מתבקש לעמוד עמו בקשר לתשובה ולהמשך הטיפול המתחייב

Orthopedic Surgery Discharge	ביה"ח אסותא רמת החי"ל הברזל 20 ת"א	תאריך כתיבת הגרסה: 09/11/2022 09:10:47	דר' רובינראוט אסתר מ.ר. 34295
עמוד 2 מתוך 2			

מס' זיהוי	318435096	רחוב	בורלא יהודה	לקוח גג מכבי
מטופל	השכל נועה	מס' בית	38	
מס' נבדק	20729128	עיר	תל אביב - יפו	לא ידועה רגישות לתרופות
מין	נקבה	טלפון	03-6997088	
גיל	25Y/5M	טלפון נוסף	050-2221902	
שם ההורה				

****מידע רפואי אישי** - מסמך זה מכיל מידע המוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות. כל המוסר שלא כדין עובר עבירה.**

סיכום רפואי

Diagnosis	LT Laceration of ulnar nerve - Hand 955.2
Surgery/Operation	LT Suture of hand nerve 04.3
סטטוס קורונה	לא בוצע
Background Problems	ללא מחלות סיסטמיות

מידע מהקבלה	
תלונה עיקרית	חתך בכף יד שמאל
תולדות מחלה	תלונה העיקרית --חתך בכף יד שמאל תולדות המחלה --עשרה ימים לארח חתך מסכין בכף יד שמאל במהלך העבודה. יש ירידה בתחושה באצבע חמישית, מתקבלת לאקספלורציה של החתך בחשד לפגיעה בעצב לא נוטלת/ת נוגדי קרישה
טיפול קבוע בנוגדי קרישה/טסיות	לא נוטל טיפול תרופתי קבוע
תרופות קבועות	חתך היפוטנרי פלמרי, המטומה ונפיחות היפוטנרית. ירידה בתחושה אספקט אולנרי של אצבע חמישית, פרומנט שלילי
בדיקה גופנית בקבלה	

פרטי אשפוז נוכחי	
ממצאים ומהלך ניתוח	מהלך ניתוח /פעולה - אורתופדיה: השכבה עלח הגב, שולחן כף יד, כייסוי ורחצה כמקובל הרחבת החתך פרוקסימלית ודיסטאלית זיהוי ובידוד סעיף תחושת של עצב אולנרי תפירה בנילון 5/0 חבישה מתלה חתך לא ידועה רגישות לתרופות
אלרגיות	

המלצות בשחרור	
משככי כאבים	אקמול, נורופן או אופטלגין נוזלי לפי הצורך
חופשת מחלה	שבועיים
ביקורת במרפאה	בעוד שבועיים
המלצות נוספות	יד מורמת שלושה ימים לא להוריד לבחשה עד לביקורת
טלפונים	054-5554231
נוגדי קרישה/טסיות	אין צורך/לא רלוונטי

פרטי אשפוז	
תאריך קבלה	06:39:00 09/11/2022
תאריך שחרור	09/11/2022

מטופל יקר, במידה ובמהלך הפעולה/ניתוח נלקחה ביופסיה, התשובה הפתולוגית תגיע לידי הרופא המבצע בתוך 21 יום. הנך מתבקש לעמוד עמו בקשר לתשובה ולהמשיך הטיפול המתחייב

Orthopedic Surgery Discharge	ביה"ח אסותא רמת הח"ל הברזל 20 ת"א	תאריך כתיבת הגרסה: 09/11/2022 09:10:47	ד"ר רובינראוט אסתר מ.ר. 34295
עמוד 1 מתוך 2			

מס' זיהוי	318435096	רחוב	בורלא יהודה	לקוח גג מכבי
מטופל	השכל נועה	מס' בית	38	
מס' נבדק	20729128	עיר	תל אביב - יפו	לא ידועה רגישות לתרופות
מין	נקבה	טלפון	03-6997088	
גיל	25Y/5M	טלפון נוסף	050-2221902	
שם ההורה				

****מידע רפואי אישי** - מסמך זה מכיל מידע המוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות. כל המוסר שלא כדין עובר עבירה.**

מועד הניתוח	09/11/2022	סוג ההרדמה	General Local
-------------	------------	------------	------------------

לידיעתך

בכל בעיה רפואית ניתן לפנות לשירות מעקב ההחלמה של בית חולים אסותא, 24 שעות ביממה.
 טל': 1-700-709-704

!

מטופל יקר, במידה ובמהלך הפעולה/ניתוח נלקחה ביופסיה, התשובה הפתולוגית תגיע לידי הרופא המבצע בתוך 21 יום. הנך מתבקש לעמוד עמו בקשר לתשובה ולהמשך הטיפול המתחייב

Orthopedic Surgery Discharge	ביה"ח אסותא רמת החי"ל הברזל 20 ת"א	תאריך כתיבת הגרסה: 09/11/2022 09:10:47	דר' רובינראוט אסתר מ.ר. 34295
עמוד 2 מתוך 2			

מס' זיהוי	318435096	רחוב	בורלא יהודה	לקוח גג מכבי
מטופל	השכל נועה	מס' בית	38	
מס' נבדק	20729128	עיר	תל אביב - יפו	לא ידועה רגישות לתרופות
מין	נקבה	טלפון	03-6997088	
גיל	25Y/5M	טלפון נוסף	050-2221902	
שם ההורה				

מידע רפואי אישי - מסמך זה מכיל מידע המוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות. כל המוסר שלא כדין עובר עבירה.

דוח ניתוח

רגישויות

לא ידועה רגישות לתרופות

פרטים

מועד ניתוח/פעולה	09/11/2022	יציאה מחדר ניתוח	08:21 09/11/2022	08:27 09/11/2022
כניסה לחדר ניתוח		דר' רובינראוט אסתר מ.ר.	34295	
מנתח		דר' ludmila zeitler מ.ר.	32495	General Local
מרדים		ד"ר קרן תמרת		
רופא מגבה - שם וטלפון		מכבי		
לקוח גג				

Diagnosis and Surgery

Diagnosis	LT Laceration of ulnar nerve - Hand 955.2
Surgery/Operation	LT Suture of hand nerve 04.3

פרטי הניתוח

ממצאים	חתך כמעט מלא של סעיף תחושת אולנרי לאצבע חמישית
מהלך ניתוח/פעולה	השכבה על הגב, שולחן כף יד, כייסוי ורחצה כמקובל הרחבת החתך פרוקסימלית ודיסטאלית זיהוי ובידוד סעיף תחושת של עצב אולנרי לאצבע חמישית תפירת העצב בפרולן 8/0 אין מתח על התיקון תפירה בנילון 5/0 חבישה מתלה

מידע נוסף

נלקחה פתולוגיה	לא
אובדן דם	לא
סיבוכים	לא

מצב המטופל בסיום

מצב המטופל בסיום הניתוח תקין

ד"ר אסתר רובינראוט
מומחית לניתוחי יד
מס' 34295

Nerve Suture	ביה"ח אסותא רמת החי"ל הברזל 20 ת"א	תאריך כתיבת הגרסה: 09/11/2022 09:09:41	דר' רובינראוט אסתר מ.ר. 34295
עמוד 1 מתוך 1			

Exploration of Hand
Laceration & Repair
ulnar nerve

- חסוי רפואי -
(לאחר המילוי)

יש למסור עותק למטופל

השכל

נועה

הורה: ד"ר

ת.קבלה: 09/11/22

ת.לידה: 29/05/97

קופח מכבי שבן

מח' ילדים

נדבך:

טופס הסכמה כללי לניתוח

(מיועד למקרים שאין להם טופס יעודי)

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות, על הסיכונים הסבירים ועל דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, לרבות הסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה, והבדיקות והטיפולים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה, והבדיקות והטיפולים הכרוכים בכך.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח / הטיפול העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים שלא ניתן לצפותם מראש, לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותן כעת בוודאות או במלואן. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי, או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניות או דרושות במהלך הניתוח / הטיפול העיקרי.

כמו כן, ניתנת הסכמתי לביצוע הרדמה, בין כללית ובין מקומית, אם ובמידה שיהיה צורך בכך בהתאם לשיקול דעתם של הרופאים המטפלים, למעט:

ידוע לי שבמידה והמרכז הרפואי הינו בעל סינוף אוניברסיטאי, במהלך הערכה והטיפול עשויים לקחת חלק סטודנטים בפיקוח ובהשגחה מלאים.

אני יודעת/מסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי (למעט אם נבחר ותואם מראש מנתח לפעולה), וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

הערות:

אני הח"מ מודעת/לך שיתכן שבמועד שחרורי, הרופא אשר יבצע את הטיפול / ינתח אותי, לא יהיה נוכח בבית החולים. במקרה זה, אני נותן/ת הסכמתי לכך שרופא אחר מטעמו יבצע הליך השחרור שלי.

אני נותן/ת בזה את הסכמתי לביצוע הניתוח / הטיפול העיקרי.

שם המטופל/ת:

שם משפחה שם פרטי ת.ז. שם האב

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר מפורט בעל פה מד"ר שם משפחה שם פרטי

על הצורך בביצוע ניתוח:

תאריך 9/11/2022 שעה 13:08 חתימת המטופל/ת

שם האפוסטרופוס (קרבה) חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל/ת / לאפוסטרופוס של המטופל/ת / למתרגם של המטופל/ת* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי המטופל/ת / האפוסטרופוס חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסבריי במלואם.

שם הרופא/ה (חותמת) תאריך ושעה

שם המתרגם/ת קשריו למטופל/ת

*מחקי את המיותר



ת.ז. 318435096
אתר: אסותא רמת החייל
מל: 25.5 מין: נ
34295: דד. רובינאוט אסת



20729128

השכל
נרעה

חורח:רנן
ת.קבלה: 09/11/22
ת.לידה: 29/05/97
קופח מכבי שבן
מח' ילדים
נבדק:

יש למסור עותק למטופל

טופס הסכמה להרדמה ולקבלת דם ANESTHESIA AND BLOOD TRANSFUSION

סוגי ההרדמה (אלחוש) המקובלים הם: הרדמה כללית, ו/או הרדמה אזורית המבוצעות על ידי רופא מרדים. אלחוש מקומי, יכול להתבצע גם על ידי רופא שאינו מרדים. יתכן שילוב בין השיטות.

הרדמה כללית מתבצעת על ידי הזרקת תכשירים למערכת הדם ו/או החדרת תכשירים למערכת הנשימה באמצעות צינור תוך-קנה (טובוס) ו/או מסיכת פנים ו/או מסיכה המוחדרת לתוך הלוע. תתכנה זרכים אחרות להחדרת חומרי הרדמה לתוך הגוף, כגון: דרך הפה, פי הטבעת, דרך העור או השריר. התכשירים גורמים לירידה ברמת ההכרה, להרפיית השרירים ולהורדת תחושת הכאב. קצב ההתעוררות מההרדמה הכללית תלוי בגורמים שונים הקשורים בסוג הניתוח, בהרדמה ובמצבו הכללי של החולה. במהלך ההרדמה והניתוח עקב גורמים שונים כגון: תנחת הגוף עלול להיגרם נזק לעצבים שונים, עיניים, עור ורקמות אחרות.

הרדמה אזורית מתבצעת על ידי הזרקת תכשירים אל עצבים או סביבם וגורמת לאלחוש של אזור מסוים בגוף. דוגמאות להרדמה אזורית הן הרדמה אפידוראלית וספינאלית בהן מוזרק חומר ההרדמה לחלל סביב חוט השדרה, (בגב). דוגמא נוספת היא חסימה של עצבים היקפיים. השפעת ההרדמה האזורית חולפת לרוב שעות אחדות לאחר הפסקת הזרקת החומר המאלחש.

אלחוש מקומי מתבצע על ידי הזרקת חומר מאלחש בקרבת החתך הניתוחי. השפעת האלחוש המקומי חולפת לרוב לאחר מספר שעות.

יתכן שילוב של סוגי הרדמה שונים, לדוגמא: הרדמה כללית והרדמה אזורית, הרדמה אזורית ואלחוש מקומי, הרדמה כללית ואלחוש מקומי וכן שילוב של שיטות הרדמה אזורית.

סיכוני ההרדמה, על כל סוגיה, אינם קשורים בהכרח בסוג הניתוח ובמורכבותו.

במהלך ההרדמה יחדרו, במקרים רבים, על פי סוג הניתוח ומצב בריאותו של המנותח עירויים לוורידים שונים בגוף (ידיים ו/או רגליים ו/או צוואר ו/או חזה), קטטר לכיס השתן, זונדה לקיבה, צינורית לתוך עורק או אמצעים אחרים לניטור לחץ הדם ודופק, מתמר תוך-ושטי למעקב לאחר מצב הלב ואמצעים אחרים למעקב לאחר פעילות מערכות גוף שונות.

באישה בהריון, בכל סוגי ההרדמה, יתכן מעבר של חלק מחומרי ההרדמה לעובר, ותיתכנה, במקרים נדירים, תופעות לוואי וסיבוכים לעובר או להמשך ההריון.

על החולה למסור למרדים מידע מלא על מחלותיו/יה, רגישות לתרופות ותגובות להרדמה קודמת, כולל סיבוכים במידה והתרחשו.

☐ נושא דם ומוצריו המפורט להלן לא רלוונטי לניתוח המתוכנן.

במהלך ההרדמה, הניתוח והאשפוז יתכן ויהיה צורך במתן תרופות שונות ו/או מנות דם ומוצריו לצורך טיפול רפואי או מניעת סיבוכים.

מתן הדם או מרכיביו נועד להצלת החיים, שיפור הסיכוי להחלמה וריפוי של המטופל. מנות הדם ו/או מרכיביו המיועדים לעירוי, מתקבלים מבנק הדם המרכזי של מגן דוד אדום בתל השומר ובבנקים בקפדנות בהתאם לנוהלי משרד הבריאות, כמו כן בבדיקת התאמת מנות הדם ומרכיביו לחולה המקבל.

עם זאת, קיים סיכון קטן ביותר שלא תהיה התאמה מלאה בין הדם ו/או מרכיביו לחולה, וכתוצאה מכך, עלולה להתרחש תגובה אלרגית המתבטאת בחום, פריחה או צמרמורת. בתגובות אלו ניתן לטפל בהצלחה. לעיתים נדירות, עלולה להתרחש תגובה המוליטית (הרס כדוריות אדומות) אשר במקרים קיצוניים עלולה לפגוע בתפקוד הכלייתי ועלולה גם להיות קטלנית. כמו כן, למרות העובדה שהכנת מנות הדם ומרכיביו ובדיקתן בבנק הדם המרכזי של מגן דוד אדום מתבצעות בשיטות העדכניות ביותר בהתאם לנוהלי משרד הבריאות, לאיתור זיהום אפשרי, קיים סיכון קטן לחדירת זיהום לגוף החולה. זיהום זה יכול אף שלא להתגלות במהלך תקופה של חודשים עד שנים. הסיכון להדבקה בצהבת נגיפית (ויראלית), או באידס (נגיף הכשל החיסוני) - נדירים ביותר.

השיקול הרפואי לגבי מתן דם או מרכיביו יעשה בהתאם למצבו הבריאותי של המטופל והעובדה שהסיכון הכרוך באי קבלת דם ומרכיביו בזמן ניתוח או טיפול רפואי, עולה בהרבה על הסיכון שבקבלתם. הסיכונים באי קבלת דם ומרכיביו כוללים: הארכת משך האשפוז, כישלון הטיפול הרפואי, סיבוכים רפואיים זמניים או בלתי הפיכים ובמקרים מסוימים אף מוות. הוסבר לי שללא קשר לסוג ההרדמה, במידה ויתעורר צורך רפואי לקבלת מנות דם או מרכיביו, תיתכנה תופעות לוואי למתן מנות דם ומוצריו, זאת עקב תגובות הגוף שלא תמיד ניתנות לחיזוי או עקב גורמים מזהמים הנמצאים במנות אלה במקרים נדירים ביותר.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי סוגי ההרדמה השונים, לרבות הסיכונים והסיבוכים בכל אחד מהם, השילוב האפשרי ביניהם, והאפשרות שיהיה צורך לעבור מסוג הרדמה אחד למשנהו, במקרה של קושי בביצוע ההרדמה המתוכננת, זאת על פי שיקול דעתם של המרדמים והמנתחים.

הוסברה לי והבינתי את החשיבות הרבה במסירת מידע מלא על מצבי הרפואי ועל כל מחלותיי, וכן, על רגישות ידועה לתרופות ו/או לחומרי הרדמה, ועל תגובות וסיבוכים בעקבות הרדמה קודמת מכל סוג, אצלי או אצל בני משפחתי.

הוסבר לי והבינתי את החשיבות של שמירה על צום לפני ההרדמה שכן אי-שמירה עלולה לגרום לסיבוכים עד מוות. הוסבר לי והבינתי שביום ההרדמה ועד למחרת היום לפחות, חובה עלי להיזהר בעמידה והליכה מחשש לנפילה. כמו כן, אין לנהוג ואין לקבל החלטות חשובות ביום ביצוע ההרדמה, לפחות, ויתכן שלמשך תקופה ממושכת יותר על-פי מצבי.

בית חולים

אסותא

סטנדרט של בריאות

חתימת המטופל / אפוסטרופוס:

יש למסור עותק השכל

נועה

הורה: חתן

ת.קבלה: 09/11/22

ת.לידה: 29/05/97

קופח מכבי שבן

מח' ילדים

נבדק:



ת.ז. 318435096
אתר: אסותא רמת החייל

מל: 25.5
מל: ג
דר. רובינראוט אסות



20729128

שם וזוויז

הוסברו לי תופעות הלוואי השכיחות לאחר הרדמה כללית, לרבות: כאב בלוע ואי-נוחות בבליעה, כאב שרירים, בחילה ו/או הקאה וחולשה, שיחלפו בהדרגה. כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: נזק לשיניים ו/או לפה וללשון, פגיעה בריאות, פגיעה חולפת או קבועה בקנה הנשימה, פגיעה בעיניים (ראייה), פגיעה באוזניים (שמיעה), פגיעה במערכת העצבים מרכזית או פריפריית, קלה או חמורה, זמנית או קבועה, וסיבוכים נדירים כמו תגובה אלרגית קשה לחומרי ההרדמה, תסמונת החום הממאיר, הפרעות בתפקודי הכבד, ו/או בתפקוד מערכות חיוניות אחרות. הוסבר לי שבמקרים נדירים ביותר עלול סיבוך מהרדמה כללית להסתיים במוות. כמו כן, הוסבר לי שיתכנו קשיים בהכנסת הצינור לקנה הנשימה, עקב מגבלות במבנה האנטומי או מסיבות אחרות, שאת חלקן לא ניתן לצפות מראש.

כישלון בביצוע ההרדמה עלול לחייב מתן טיפולים חיוניים, עד כדי ביצוע פעולות החייה להצלת חיים, לרבות פיוס קנה הנשימה (טרכיאוסטומיה). הובהר לי כי במקרה כזה יתכן שלא יבוצע הניתוח המתוכנן. הוסברו לי תופעות הלוואי של הרדמה אזורית, לרבות: תחושת אי נוחות, כאב ולחץ באזור ההזרקה. הוסבר לי שלאחר סיום ההרדמה, יחלוף זמן עד שהתחושה והתנועה בחלק הגוף המורדם תחזורנה לתקן. יתכן קוצר נשימה מסוים, שיחלוף תוך זמן קצר. כמו כן, הוסבר לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: זיהום ו/או מורסה באזור הזריקה, דימום מקומי, כאב גב. דליפת נוזל השדרה, כאבי ראש חדים ו/או ממושכים. במקרים נדירים ייתכן פגיעה במערכת העצבים, קלה או חמורה, זמנית או קבועה, בגפיים ו/או בכיס השתן. כמו כן, הוסבר לי שיתכנו קשיים בביצוע ההרדמה האזורית עקב מגבלות במבנה האנטומי או מסיבות אחרות, שאת חלקן לא ניתן לצפות מראש. כישלון בביצוע ההרדמה האזורית עלול לחייב מעבר להרדמה כללית בכדי לסיים את הפעולה הכירורגית, ובחלק קטן מהמקרים מתן טיפולים חיוניים, עד ביצוע פעולות החייה להצלת חיים. הובהר לי כי במקרה כזה יתכן שלא יבוצע הניתוח המתוכנן.

הוסברו לי תופעות לוואי של אלחוש מקומי, לרבות, כאב ואי-נוחות באזור ההזרקה, שיחלפו בהדרגה. הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים, כמו דימום או זיהום במקום ההזרקה, ולעיתים נדירות פגיעה קלה או חמורה, זמנית או קבועה, בעצב סמוך למקום ההזרקה.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הרדמה למעט:

וכן את הסכמתי לקבלת דם במידה שרלוונטי.

אני יודעת/על מוסכים/ה לכך שההרדמה, על צורתיה השונות, תעשה בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד וכי לא הובטח לי שתעשה, כולה או חלקה, בידי אדם מסוים ובלבד שתעשה באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

שם המטופל/ת:	שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
--------------	----------	---------	--------	------

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר מפורט בעל פה מד"ר: _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____

על כל הקשור בהרדמה לשם ביצוע ניתוח / פעולה מתוכננת. כמו כן, הוסברו לי מטרת ההרדמה ודרכי ביצוע אפשריות.

תאריך	שעה	חתימת המטופל/ת
9/11/22	6:51	[Signature]

שם האפוסטרופוס (קרבה)	חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל/ת / לאפוסטרופוס של המטופל/ת / למתרגם של המטופל/ת* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי המטופל/ת / האפוסטרופוס חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסבריי במלואם.

שם המאשר/ת (חתימת)	חתימת הרופא	תאריך ושעה
[Signature]	[Signature]	

שם המתרגם/ת	קשריו למטופל/ת

*מחק' את המיותר

תאריך: 09/02/2023

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



029445

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

העתק טופס
09/02/2023

דר מרדי תמר

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואה פנימית

קוד הפניה: 311139855

טלפון: 03-6487002

פקס: 03-6491230

כתובת: דיסנצ'יק אריה 9, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 318435096

שם פרטי: נועה

שם משפחה: השכל

טל.עבודה/נייד: 0502221902

036997088

טלפון:

מין: נ

29/05/1997

ת.לידה:



0318435096

מיקוד 6936438

בורלא יהודה 38/17, תל אביב - יפו

כתובת:

התייעצות מומחה

- במכבי

רפואה תעסוקתית

תחום שירות:

סוג הייעוץ: רגיל

גורם משלם: 6 תאונת עבודה

תלונות: ב-31.10.22 נפצעה במקום עבודתה -מוכרת ב"דודו אוטומזגין", נחתכה בכף יד שמאל, פנתה למוקד חירום, הושמו תפריים ובהמשך ערה ניתוח בשל פגיעה בעצב
עדין סובלת מכאבים וקושי בתפקודי היד

אבחנה:

• OPERATION UNS
LT HAND

מעשנת: לא

• OPERATION UNS (10/2022) LT HAND

בעיות ידועות:

מטרת ההפניה: בהמלצת רופא מנתח הומלץ על חופש מחלה ארוך של מספר חודשים, על מנת להימנע מחזרה של היד לתפקוד ליעוץ נודה

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

09/02/2023

ד"ר מרדי תמר
מומחית למחלות פנימיות
רח' דיסנצ'יק 9, ת"ת
טל 03-6487002-2
חתימה: מרדי תמר

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 - 09/02/2023 עד תאריך - 08/08/2023

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

שם משפחה השכל	שם פרטי נועה	שם האב רון	מס' זיהוי 318435096	שכיר/עצמאי שכיר
ישוב תל אביב - יפו	רחוב בורלא יהודה	מס' 38	מיקוד 6936438	שנת לידה 1997
חבר (כל)	כ			
שם המעביד וכתובתו דודו אוטמזגין	טלפון 0502221902	מקצוע מוכרת		
ת. פגיעה 31/10/2022	שעה 18:39	התעסקות בשעת הפגיעה מוכרת		
האיבר שנפגע כף יד שמאל	שם הרופא המטפל מרדית תמ	נמצא בטיפול מיום 31/10/2022		

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

ב-31.10.22 נפצעה במקום עבודתה - מוכרת ב"דודו אוטמזגין", נחתכה בכף יד שמאל, פנתה למוקד חירום, הושמו תפרים ובהמשך ערה ניתוח בשל פגיעה בעצב

הממצא הקליני:

עברה תפירה ובהמשך ניתוח בשל פגיעה בעצב

אבחנה:

• OPERATION UNS
LT HAND

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת על-ידי הנ"ל:

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

במשך: 14 ימים, היינו מיום: 09/11/2022 עד יום: 23/11/2022

09/02/2023

תאריך הבדיקה

ד"ר מרדי תמר
מומחית למחלות פנימיות
(בכלל) דיסנצ'יק 9, ת"א
טל: 03-6487001-2
חתימה וחומת 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.

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
582	דנה	318435096	דנה
רחוב	מס'	מיקוד	טלפון
153-23	38	4936438	052-2221902

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- הר"ר דניאלה (דני) גורן (להלן "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאות ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

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

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

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

למרות האמור לעיל לא יחול כתב ויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים:
או על המידע המפורט להלן: הר"ר דניאלה (דני) גורן

חלק ב'

שם קופ"ח: לכ"ב סניף: אזורי חן מס' חבר: _____ שם המוסד: _____

רופאים	1	2	3	4
מכונים, מעבדות:	1	2	3	4

לשם שליטה בלבד

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

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

תאריך: 15.3.23 עד לחתימה ומס' ת.ז. 62254 חתימה: דניאלה גורן

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, [ז"ה תש"ס]

ת.ז. מס' 314 485 096, מרחוב סולא יחזקא

ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או

נגד בענין תאונת דרכים מיום 04.03.2023

ת"פ 100/2023

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 הכרות פשיטת רגל, או פרוק גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות והנובעות מהענין הנ"ל
3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
5. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
6. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
7. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
8. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הנ"ל, לרבות הוצאות בימ"ש ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
9. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
10. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
11. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדר.
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 רושם החברות, רושם השותפויות, רושם העמותות ורושם 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.

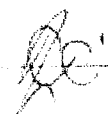
14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

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 15 לחודש 3 שנה 23

חתימה: 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל.

נייד: 0725462254

מס' רשיון: 62254

עורך-דין

BROADCAST REPORT

TIME : 04/04/2023 17:50
 NAME :
 FAX :
 TEL :
 SER.# : E75410F8N771041

PAGE(S)

26

DATE	TIME	FAX NO./NAME	DURATION	PAGE(S)	RESULT	COMMENT
04/04	17:28	6250253	11:01	26	OK	PC
04/04	17:39	6250222	10:59	26	OK	PC

CV : COVERPAGE