



דוח ועדה רפואית

מספר זהות

סניף המגורים סניף ראשי	סניף הוועדה סניף ראשי	מספר ועדה	תאריך הוועדה 2022
---------------------------	--------------------------	-----------	----------------------

פרטים אישיים

שם:	מספר זהות:	תאריך לידה:	מגדר:	כתובת למשלוח דואר
		1953	זכר	

טלפון:

050-

פרטי התביעה

תאריך הפגיעה 2021	תיאור הפגיעה
	<ul style="list-style-type: none"> מעמד תעסוקתי: שכיר סוכן מכירות תיאור המקרה: חבלה קיבל מכה חזקה מהות המקרה: כאבי צוואר, כתף שמאל וגב תחתון

תשלום דמי פגיעה

תקופות שבהן אושרו דמי פגיעה

מתאריך 2021	עד תאריך 2021	פירוט ימים
----------------	------------------	---------------

מוכחות בדיון

התובע נכח בדיון עורך דין נכח בדיון	זהותו ופרטיו אומתו לפי תעודת זהות גבריאל שקרוב, זהותו ופרטיו אומתו לפי תעודת זהות
---------------------------------------	--

משתתפי הוועדה

ד"ר	כירורגיה אורטופדית מזכיר הישיבה
-----	------------------------------------

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

מכונינים בהקלטת הוועדה. לא יכול לנהוג נסיעה ארוכה, בגלל זה גם הורידו אותי ממקומות שהייתי נוסע אליהם ועכשיו אני יושב במשרד בעבודה. באמצע הלילה אני שוכב כמו מקל מטאטא באמצע הגב ומהכאב אני מתעורר. שרוך הנעליים נשאר פתוח אני לא יכול להתכופף ולשרוך נעליים. לא יכול להרים את יד שמאל למעלה. לפני כן הייתי מרים את הידיים למעלה. נוהג ברכב של החברה.	לקוח
מאז התאונה, סובל מכאבים והגבלה בתנועות צוואר, כתף שמאל ועמ"ש כל עמ"ש לרבות גב עליון וגב תחתון. מתקשה להסתובב מצד לצד במיטתו בעת שינה, מתקשה לקום בבקרים מהמיטה לוקח לו זמן, קשה לו לעמוד, מתקשה בעליה וירידה במדרגות ובביצוע פעולות יומיומיות פשוטות, מתקשה להתלבש, כמובן להתקלח, אשתו עוזרת לו. לא מגיע עם יד שמאל לאחור בניגוב הגב וכדומה. בעבר סבל מבעיות בגב תחתון, אבל לגבי צוואר וכתף לא התלונן בדרגות כאלה. מבקשים לקבוע נכויות זמניות וצמיתה.	עורך דין

מצב תעסוקתי לאחר הפגיעה

חזר לעבודה בתאריך: |
לא קיימת ירידה בהכנסות,

הצהרה**הצהרה של**

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

חתימה:

ממצאים**מסמכים**

רשימת המסמכים המלאה שעמדה בפני הוועדה נמצאת בנספח

בדיקה

צוואר: סיבוב ימין שמאל 20 מעלות, הגבלת יישור כיפוף הטיה צדדית. רגישות לאורך שרירי עמ"ש טונוס לא מוגבר. תחושה וכח גס ידיים תקין.
עמ"ש מותני: ללא ליסט הגבלת כיפוף לפנים ויישור יתר הגבלת הטיה צדדית, טונוס שרירים לא מוגבר, אין רגישות לאורך השרירים. לסג וקרוס לסג חיובי.
כתף שמאל: הרמה צדדית 80 (ימין 180) הרמה קדמית 80 (ימין 180) סיבוב חיצוני 60 בשני הצדדים, סיבוב פנימי משמאל עד לסקרום מימין D12.
CT עמ"ש צווארי מ-03/07/2021 שינויים ניוניים ודיסקופטיים לאורך כל עמ"ש בקע דיסקלי קטן מרכזי C2-C5, בינוני מ-C5-C7.

מסקנות

המצב טרם התגבש, יש צורך בהשלמת US כתף שמאל לוועדה תום זמניות. כמו כן, סיכום תדפיס קופת חולים אורטופד 10 שנים אחורה מתאונה. הוועדה לתום זמניות תתייחס לעניין העבר הרפואי.

אבחנות**אבחנות**

אבחנה	איבר / צד	תקופה	דגשים
724.5 - כאב גב		/2021	קיים קשר סיבתי (.)
923.00 - חבלה בכתף	שמאל	/2021	קיים קשר סיבתי
723.1 - כאב בצוואר		/2021	קיים קשר סיבתי (.)

החלטה

קביעת אחוזים רפואיים

תקופה	אבחנה	סעיף ליקוי	אחוז הנכות הנובע מהפגיעה	הערות
מ: 2021/ עד: 2022/	כאב בצוואר חבלה בכתף - שמאל כאב גב	20%	20% זמני	

שקלול הנכות הרפואית

מתאריך	עד תאריך	מידת נכות	אחוז נכות משוקלל	שקלול לפטור ממס
2021/	2022/	זמני	20%	20%

הצהרה של חברי הועדה

הצהרה של: ד"ר

אני מצהיר בזאת כי

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

מסמך זה חתום דיגיטלית על-ידי:

שם: ד"ר

רופא מומחה בכירורגיה אורטופדית,

הצהרה של מזכיר הוועדה:

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

מסמך זה חתום דיגיטלית על-ידי:

שם:

נספח | מסמכים שעמדו בפני הוועדה

שם המסמך	תאריך המסמך
כרטיס רפואי (מקצועי) - נויורולוגיה	/2021
כרטיס רפואי (מקצועי) - אורטופדיה	/2021
סיכום תיק- לקראת ועדה רפואית (בל"ל 224)	/2021
ביקור במלר"מ Urgent care visit	/2021
ב. רופא בקהילה - משפחה Family medicine	2021
הפניה לדימות	/2021
EMG אלקטרומיוגרפיה ממוחשבת (כמותית)	/2021
הפניה למרפאה	2021
תעודה ראשונה לנפגע בעבודה First documentation for work injury	/2021
תעודה נוספת לנפגע בעבודה (ב"ל 2203) Followup documentation for work injury	/2021
ב. רופא בקהילה - אורטופדיה Orthopedic	/2021
הפניה לפרוצדורה	2021
הפניה לדימות	/2021
בדיקת CT עמוד שדרה Spine	/2021
ב. רופא בקהילה - אורטופדיה Orthopedic	2021
בדיקה אולטראסאונד (US) עם תיעוד תמונות	2021
הפניה לבדיקה	/2021
תעודה נוספת לנפגע בעבודה (ב"ל 2203) Followup documentation for work injury	2021
מיפוי עצם או מפרק- SPECT Bone scan	2021
ב. רופא בקהילה - אורטופדיה Orthopedic	/2021
הפניה למרפאה	/2021
הפניה לפרוצדורה	/2021
ב. רופא בקהילה - אורטופדיה Orthopedic	2021
הפניה למרפאה	2021
זימון לתור לרופא/מרפאה	/2021
הפניה לפרוצדורה	/2021
תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה (בל 200)	/2021
גליון התייעצות עם רופא המוסד	/2021
טופס למתן טיפול רפואי לנפגע בעבודה (בל 250)	/2021
תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה	2021
כרטיס רפואי (מקצועי)	2021
הפניה למרפאה	/2021
הפניה לדימות	/2021