

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

ממצאי בדיקה מכון רנטגן במיון
טלפון: 04-6828736 פקס: 04-6828525

ת.ז.: 32224307-2
טלפון: 050-4557904

שם: וולי סאלח

כתובת: ראמה ת.ד 511 ראמה 3005500
מקרה: 10719552 גיל: 19 ש
מין: ז
יחידה ארגונית מזמינה: מיון טראומה

בדיקות שבוצעו

תאריך אישור ביצוע	שעת אישור ביצוע	תיאור שירות
25/07/2020	06:06	צילום עמוד שדרה מותני, קדמי-אחורי
25/07/2020	06:06	צילום עמוד שדרה מותני, צדי
25/07/2020	06:06	צילום אמה, קדמי-אחורי
25/07/2020	06:06	צילום אמה, צדי
25/07/2020	06:06	צילום שורש יד, אחורי-קדמי
25/07/2020	06:06	צילום שורש יד, צדי

תולדות מחלה

ראה מסמך מצורף

שאלה לבירור

ראה מסמך מצורף

שם רנטגנאי

עבוד שרבל

תיאור הבדיקה והמצאים

השירות הנ"ל אינו דורש פיענוח