



הפניה לבדיקות – לגבר במסגרת טיפול ביחידת IVF

מטופל יקר,

תאריך: _____

שם: _____

ת.ז.: _____

הנך מתבקש לבצע את הבדיקות המפורטות מטה. לבדיקות אלו יש חשיבות רבה, ללא תוצאות עדכניות הפעולה לא תבוצע.

שם הבדיקה	הערות	תקף ל -
HIV - Antibodies	נוגדני איידס	1 שנה
VDRL	עגבת	חד פעמי
HBsAB	דלקת כבד B אחת לשנה בהעדר נוגדים	
HBsAg	דלקת כבד B	1 שנה
HCV Ab	דלקת כבד C	1 שנה
בדיקת זרע		1 שנה
גברים המועמדים לניתוח, יש לבצע בנוסף:		
SMAC	כימיה מלאה	שנתיים
CBC	ספירת דם מלאה	1 שנה
ECG	א.ק.ג. + פיענוח	1 שנה מגיל 40

בדיקות נוספות: _____

בברכת רפואה שלמה,
צוות IVF