

נספח 1

הפניה ראשונה (במושלם) להפריה חוץ-גופית – IVF

תאריך _____

פרטיים אישיים

גיל הבעל	גיל האישה:	שם פרטי	שם המשפחה	מספר הזהות ס"ב
	תאריך לידה:			

עבר מילדותי

מספר ילדים חיים מנישואים קודמים לאם- מנישואים קודמים לאב- מנישואים נוכחיים לזוג-	מספר לידות	מספר הריונות
---	------------	--------------

סוג אי הפוריות

ראשונית _____ שנים
משנית _____ שנים

☐ *מכנית (לצרף עותק צילום רחם) הפרעת ביץ ☐ בלתי מוסברת ☐ *זיכרית (לצרף שתי בדיקות זרע)
 אחר - פירוט: _____

*חשוב- צירוף העתק פענוח צילום רחם ו/או צילומי 2 בדיקות ספרמטורם (לפי המקרה) חיוניות להמשך הטיפול בפניה.

רקע רפואי

לסמן בעיגול	אישה	גבר
מחלות	0 - אין מה לציין 1 - פירוט: _____	0 - אין מה לציין 1 - פירוט: _____
תרופות	0 - אין מה לציין 1 - פירוט: _____	0 - אין מה לציין 1 - פירוט: _____
ניתוחים	0 - אין מה לציין 1 - פירוט: _____	0 - אין מה לציין 1 - פירוט: _____

עבר מילדותי

נא למלא את הטבלה לפי המקרא הבא:			
*התחלה: 0 – ספונטניות T – עם טיפול:		קלומיפן – T(CC) גונדוטרופינים – T(GN) T(IVF) – IVF	
**סיום:		לידה נרתיקית – NSVD ניתוח קיסרי – C/S היריון חוץ-רחמי – EUP הפלה טבעית – SA הפסקת היריון – AA בסיום, יש לציין בסוגריים את מספר הילודים, לפי הדוגמא שלהלן: NSVD (1) = לידה נרתיקית (NSVD) + (1) SINGLETON	
מספר היריון	שנה	*התחלה	**סיום
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

שם הרופא _____ חתימת הרופא _____

פניה לאישור IVF חוזר
ודיווח על טיפול IVF קודם

1. שם פרטי _____ שם משפחה _____ ת.ז. _____ גיל _____
מס' הילד בעבורו נדרש הטיפול _____
2. סוג הטיפול המתוכנן/מבוקש לאישור, שלב: א+ב / ג' _____
3. מקום ביצוע הטיפול המדווח: _____
4. האינדיקציה ל-IVF (מכני, הורמונלי, בעיית זרע או אחר) _____
5. פרוטוקול טיפול _____
6. תאריך שאיבת ביציות _____
7. מספר ביציות שנשאבו _____
8. מספר ביציות שהופרו _____
9. מיקרומניפולציה _____
10. מספר עוברים שהוחזרו _____
11. מספר ביציות שהוקפאו _____
12. האם הושג הריון כן / לא _____
13. מקום (בי"ח) ביצוע ה-IVF המתוכנן, בעטיו מתבקש האישור _____
שם הרופא: _____
חתימה: _____

חשוב:

על מנת לאפשר את הטיפול בפנייה לאישור IVF חוזר,
יש לצרף את דו"ח מעבדת ה-IVF (דו"ח אמבריולוגי)