

- חסוי רפואי -
(לאחר המילוי)

מדבקה גדולה

הפניה לביצוע בדיקות דם - IVF

נא לבצע עבור המטופלת:

שם: _____ ת.ז.: _____

את הבדיקות הבאות:

E₂ ☐

P₄ ☐

☐ אולטראסאונד מעקב זקיקים ועובי רירית הרחם

☐ β -HCG כמותי (בדיקת הריון)

את התשובות יש לשלוח לפקס מספר 03-7644535.

לא יאוחר מהשעה 14:00.

בברכה,

צוות IVF

בית חולים
אסותא
סטנדרט של בריאות

5120089 - 02

עמוד 1 מתוך 1