

בקשה לביצוע טיפולי פריז

שם בת הזוג: _____ שם משפחה: _____ ת.ז. _____
 תאריך לידה: _____ קופת חולים: _____ סניף: _____ תחילת חברות: _____
 מאוחדת עדיף: כן / לא מספר ילדים מקשרים קודמים _____
 שם בן הזוג: _____ שם משפחה: _____ ת.ז. _____ תאריך לידה: _____
 קופת חולים: _____ סניף: _____ תחילת חברות: _____ מאוחדת עדיף: כן / לא
 שנת נישואין: _____ מס' ילדים מקשרים קודמים _____
 כתובת מגורים: _____ טלפון: _____
 ילדים משותפים: _____

שם הילד/ה	ת.ז.	שנת לידה	מצב בריאותי	הריון ספונטני/טיפולי

ילדים מקשרים קודמים: בת הזוג: כן / לא בן הזוג: כן / לא
 הצהרת בני הזוג: אנו מצהירים בחתימתנו על נכונות הפרטים הנ"ל.

חתימת בת הזוג _____ חתימת בן הזוג _____
 תאריך _____

פרטים רפואיים

בת הזוג

תולדות עבר וניתוחים: א.מ.ל. / כמפורט להלן:

וסת ראשון: _____ תדירות מחזור הוסת ומשכו: _____
 שימוש באמצעי מניעה: סוג: _____ תקופה: _____
 ליקוי פריז: ראשוני / משני משך בשנים: _____
 פרטים על הריונות קודמים: _____

#	שנה	סוג טיפול	אופן סיום	גיל (שב')	תוצאה
1.					
2.					
3.					
4.					

פרופיל הורמנלי:

תאריך _____

TSH	17OH-P	DHEA-S	TESTO	PRL	LH	FSH	PROG	E2	יום במחזור

סקירה על קולית של האגן: _____

צילום רחם: תאריך _____ מקום בצוע: _____ תוצאה: _____

היסטרוסקופיה אבחנתית: תאריך _____ מקום ביצוע: _____ תוצאה: _____

היסטרוסקופיה ניתוחית: תאריך _____ מקום ביצוע: _____ תוצאה: _____

צינתור תוצאות: לא / כן: _____

סיכום הפרוד באשה:

תקין / מכבי תוצאות / אנדומטריוזיס / הפרעת ביוץ / אס"ק שחלתית / לא מוסבר / גבתי / רחמי / אחר: _____

בן הזוג

היסטוריה רפואית: _____

ניתוחים: _____

בדיקת זרע: _____

III	II	I	מספר הבדיקה
			תאריך
			מעבדה
			נפח זרמה ml
			ריכוז זרעונים $\times 10^6/ml$
			אורך תנועה
			אחוז פתולוגים
			הערות

עק"ג אשכים: _____

וריקוצל: _____ H.L. _____

פרופיל הורמנלי:

PRL	TESTOSTERONE	LH	FSH	תאריך

בדיקות גנטיות:

קריטיסיפ: לא נבדק / תקין / לא תקין : _____
חסרים בכרומוזום Y: לא נבדק / לא / כן: _____

סיכום תכנון בסיס:

תקין / OTA Syndrome קל, בינוני, קשה / אווארספרמיה חסימתית / אווארספרמיה לא חסימתית / גנזי / הפרשת אגסולציה / אחר: _____
טיפול פריון בעבר: _____

מס' מחזור	1	2	3	4	5	6	7	יותר
כלומיפן								
כלומיפן / HCG								
גנדרוסרופינים								
IUI								
*IVF								

***תמצית 3 מחזורי טיפול IVF אחרונים:**

מספר מחזור	תאריך	בי"ח	הכנה	ביציות/ הפריות	החזרו / הקפא	תוצאה

הטיפול הנדרש: IVF COH IUI TESE אחר: _____

בית החולים/מרפאה המיועד לביצוע הטיפול: _____

ד"ר נכבד!

חובה לצרף לבקשה זו העתק מקור של כל בדיקה שאינה בגדר התקין.
על מנת למנוע סחבת מיותרת נא למלא את הבקשה בדיוקנות, בכתב ברור ובאופן מלא!
תודה על שיתוף הפעולה!

שם הרופא _____
חתימה וחותמת _____
תאריך _____