

תאריך: _____

סיכום דיון צוות – IVF

(בהתאם להוראת חוזר מינהל הרפואה 6/2014)

שם המטופלת: _____ ת.ז: _____

גיל: _____

שם מרכז רפואי: _____

סיבת הדיון (נא לסמן):

- ✓ לאחר 8 טיפולים ללא הריון קליני
- ✓ עד גיל 42 - לאחר 4 טיפולים עוקבים ללא החזרת עוברים
- ✓ אחר: _____

דיון הצוות יכלול:

- ✓ בדיקת דוחות המעבדה מהטיפולים הכושלים
- ✓ ניסיון לעמוד על הסיבות לכישלונות
- ✓ בחינה מחודשת של הרזרבה השחלתית כולל פרופיל הורמונלי מלא
- ✓ המלצת העובדת הסוציאלית

סיכום הדיון ותכנית טיפולית מומלצת:

מספר טיפולים מבוקש: _____ נימוק: _____

פרטי המשתתפים בדיון:

הרכב המשתתפים הנדרש כולל את בעלי התפקידים הבאים לפחות: מנהל היחידה, עו"ס והרופא המטפל

שם ומשפחה	שיוך ארגוני	תפקיד	חתימה/חותמת

