

דיווח על טיפול IVF קודם

פניה לאישור IVF חוזר

1. שם פרטי _____ שם משפחה _____ ת.ז. _____ גיל _____
2. מקום ביצוע הטיפול המדווח: _____
3. האינדיקציה ל- IVF _____
4. תאריך שאיבת ביציות _____
5. מספר ביציות שנשאבו _____
6. מספר ביציות שהופרו _____
7. מיקרומניפולציה _____
8. מספר עוברים שהוחזרו _____
9. מספר ביציות שהוקפאו _____
10. האם הושג הריון כן / לא
11. מקום(בי"ח) ביצוע ה- IVF המתוכנן, בעטיו מתבקש האישור _____

שם הרופא: _____

חתימה: _____

חשוב – על מנת לאפשר את הטיפול בפניה לאישור IVF חוזר
יש לצרף דף סטימולציה ופרוטוקול טיפול קודם מבי"ח