

מדבקה

הפניה לבדיקות – לאשה במסגרת טיפול ביחידת IVF

מטופלת יקרה,

תאריך: _____

שם: _____

ת.ז.: _____

נבקש לבצע את הבדיקות המפורטות מטה. לבדיקות אלו יש חשיבות רבה, ללא תוצאות עדכניות הפעולה לא תבוצע.

שם הבדיקה	פירוט	הערות	תקף ל -
פרופיל הורמונלי ביום 2-4 לווט, הכולל: Progesterone, FSH, LH, E ₂ , TSH, DHEA-S, Prolactin, testosterone		יש לבצע את הבדיקה במצב של לפחות שעתיים עירנות	חד פעמי
PAP	משטח צוואר הרחם	אצל גניקולוג בקופת חולים לנשים מעל גיל 25. אין צורך ב - VIRGO	HPV – פעם ב5 שנים
MAMMOGRAPHY	ממוגרפיה	מגיל 50- כל אישה, לפחות פעם אחת מגיל 40- לנשים בקבוצת סיכון בהתאם לשיקול דעתו של הרופא המטפל	
בדיקת שד ידנית			אחת לשנה
SMAC	כימיה מלאה: גלוקוז, תפקודי כליות, תפקודי כבד, אלקטרוליטים	בצום	חד פעמי
CBC	ספירת דם מלאה		אחת לשנה
סוג דם + indirect coombs		אין צורך בשימור פוריות	חד פעמי
PTT + PT	תפקודי קרישה		חד פעמי
Rubella Antibodies (בהיעדר תיעוד של 2 חיסונים)	נוגדני אדמת	ערך גדול מ - 30 – אין צורך לחזור על הבדיקה. ערך נמוך מ - 30 – הפניה לרופא מטפל	חד פעמי בשימור פוריות – אין צורך
CMV IgG + IgM		פעם בשנה למטופלת שאינה מחוסנת	בשימור פוריות – אין צורך
VDRL / Syphilis Ab	עגבת (TPHA)		אחת לשנה
ECG	א.ק.ג. + פיענוח	מגיל 40	אחת לשנה
HIV - Antibodies	נוגדני איידס		אחת לשנה
HBsAB	דלקת כבד B	בהעדר נוגדים	אחת לשנה
HBsAg	דלקת כבד B		אחת לשנה
HCV Ab	דלקת כבד C		אחת לשנה
טרם תחילת הטיפול יש לבצע סקר גנטי מורחב אחיד במסגרת סל הבריאות			
נדרש להביא מכתב סיכום מצב רפואי מרופא משפחה			

בדיקות נוספות: _____

בברכת רפואה שלמה,
צוות IVF