

בקשה לאישור טיפול הפריה חוץ גופית

1. פרטים כלליים														
שם המטופל/ת					תעודת זהות					תאריך לידה				

סטטוס: ☐ נשואים ☐ אינם נשואים ☐ רווקים

2. פרטים נוספים				
לאישה	לבעל	מספר שנים בנישואים המשותפים	אי פיריון	מספר שנים של אי פיריון
			☐ ראשוני ☐ שניוני	

3. סוגי טיפול				
G	P	SA	AA	EUP

4. מספר ילדים משותפים:		
שנה	טיפול	תוצאות ההריון/סיבוכים

5. מספר ילדים של הבעל:	
מספר ילדים של האישה:	

6. מחזוריים סדירים: ☐ כן ☐ לא	
במידה ולא פרט:	

7. תוצאות בדיקות									
תאריך	HP	PROL	DHEA	TSH	T	LH	FSH	PY	E2

8

מחלות: _____

ניתוחים: _____

מחלות במשפחה: _____

עישון: _____

תרופות: _____

רגישות: _____

9

בדיקות (על פי רצף וזמן) של תוצאות הבדיקה		
פענוח	תאריך	בדיקה
		צילום רחם
		היסטרוסקופיה
		לפרוסקופיה

10

11

תאריך	פרופיל				
מעבדה	FSH				
נפח	LH				
ריכוז	E2				
תנועתיות	TEST				
מורפולוגיה	PROL				

וריקוצלה: ☐ כן ☐ לא, נותח בתאריך: _____

US אשכים: _____

הערות: _____

12

מספר מחזורים	ללא/כולל UI	סוג טיפול
	ללא UI	CC /hCG
	ללא UI	HMG/ r-FSH
	כולל UI	CC /hCG
	כולל UI	HMG/ r-FSH

13

תאריך	גיה"ח	פרוטקול טיפול	מס' ביציות שנשאבו	מס' ביציות שהופרו	מס' ביציות שהוחזרו	עוברים שהוקפאו	הערות

14

DIAGNOSIS	PRIMARY	SECONDARY
FEMALE		
MALE		
COMBINED		

15

האינדיקציה לטיפול: _____

הפרוטוקול המתוכנן: _____ בבית החולים: _____

16

הנחיות: בבעיה מכאנית – יש לצרף צילום רחם או דו"ח ניתוח, גורם זכרי - 2 בדיקות זרע מקוריות. בכישלון טיפולים: נא להוסיף 3 פרוטוקולים אחרונים, כולל תיעוד מעקב זקיקים ובדיקות דם במקביל. לא יינתן אישור לטיפול ללא תיעוד פרופיל הורמונאלי של המטופלת מהשנה האחרונה. התחלת טיפול ללא אישור מקדים – עלותו תחול על המבוטחת.

17

חתימת הרופא	חתימת הרופא	מספר טלפון	תאריך