

תאריך: _____

טופס הפניה לטיפול בהפריה חוץ גופית

רצ"ב טופס הפניה לאישור הפרייה חוץ גופית.
אנא הקפד/י למלא את כל שדות החובה (מסומנים ב-*) בטופס, פרטים אלה הכרחיים,
הועדה לא תדון בפניה שלא הוגשה כנדרש.

יש להעביר את הטופס למרכז בפקס: **03-7178062** או במייל: fertility@mac.org.il

*אנא ציין/י פרטי התקשרות עמך(נייד, מייל, פקס) בכתב קריא!

רופא/ה המפנה: _____

טלפון/נייד: _____

פקס: _____

כתובת מייל: _____

פרטי המטופלת:

פרטים אישיים:

שם האישה: _____ ת.ז.: _____ גיל: _____ ת.ל.: _____

שם הבעל: _____ ת.ז.: _____ גיל: _____

כתובת: _____ טל' בית: _____

טל' עבודה: _____

טל' סלולרי: _____

א. נשואים מס': _____ לאישה _____ לבעל _____ שנים _____

ב. ילדים מנשואים קודמים לאישה: _____ לבעל: _____

ג. מס' ילדים משותפים _____

ד. נוסחה מילדותית _____

ה. משך אי פריון: _____ שנים

ו. לא נשואים - יש לצרף אישור נוטריוני המעיד על ידוע/ה בציבור

הריונות:

שנה

טיפול

תוצאות/סיבוכים

שנה	טיפול	תוצאות/סיבוכים
_____	_____	_____
_____	_____	_____

היסטוריה רפואית: _____

מחלות: _____

ניתוחים: _____

מחלות במשפחה: _____

עישון: _____

תרופות: _____ רגישות: _____

מחזוריים סדירים: כן / לא _____ / _____

*בדיקות:

BMI	AMH (מעל גיל 40)	*A.F.C	
			תאריך הבדיקה
			תוצאה

*פרופיל הורמונלי :

FSH*	LH*	E2*	P	T	TSH*	PROL*	יום	תאריך

*בדיקות נוספות:

בדיקה	תאריך	פענוח
צילום רחם*		
היסטרוסקופיה		
לפרוסקופיה		

הערות :

בדיקות בן הזוג/בעל: *שתי בדיקות זרע לפחות במידה וקיימת בעיית זרע, במידה
וזרע תקין – בדיקת זרע אחת

*מעבדה: מכבי/חיצונית

	פרופיל					תאריך
	FSH					נפח
	LH					ריכוז
	PROL					תנועתיות
	TEST					פתולוגים

הערות:

וריקוצלה: כן / לא. נותח בתאריך: _____ תוצאות: _____

US אשכים:

*טיפול פוריות קודמים - נא לציין מספר הטיפולים

_____ CC/hCG – (ללא UI):

_____ HMG/FSH – (ללא UI):

_____ NC – (כולל UI):

_____ CC/hCG – (כולל UI):

_____ HMG/FSH – (כולל UI):

תגובה: LOW / NORMAL / HIGH

*הטיפול יתבצע בבי"ח _____ בתאריך: _____

I.V.F. קודמים

תאריך	מקום	פרוטוקול טיפולי	מס' ביצית	מס' הפריית	מס' הוחרז	עוברים שהוקפאו	הריון כן/לא	לידה כן/לא

הערות:

אבחנות :
