



בקשה לאישור טיפול הפריה חוץ גופית - חוזרת

רופא נכבד,

לצורך אישור טיפול הח"ג החוזר ע"י הועדה, נודה על מילוי הפרטים הבאים.

ללא מילוי פרטי הטיפול הקודם במלואם על טופס הקופה לא יאושר טיפול חוזר.

במידה וחלפה למעלה משנה משאיבת ביציות אחרונה יש להגיש בקשה חדשה כוללת:

אנמזה גניקולוגית קצרה כוללת התניה להח"ג, פרופיל הורמונלי ביום 3 (לנשים מעל גיל 37

בלבד), בדיקת זרע מהשנה האחרונה. בהעדר החזרה / הפריה יש לצרף 3 נסיונות טיפול

אחרונים.

שם המטופל	תעודת זהות	גיל	שם ביה"ח (בו נעשה הטיפול האחרון)	תאריך הטיפול
1. מספר ילדים משותפים: _____				
2. פרוטוקול טיפול נוכחי: ☐ ארוך ☐ קצר ☐ אנטגוניסט ☐ אחר. פרט: _____				
3. תאריך שאיבת הביציות: _____				
4. מספר ביציות שנשאבו: _____				
5. מספר ביציות שהופרו: _____				
6. מיקרומניפולציה: ☐ כן ☐ לא.				
7. מספר ביציות שהוחזרו: _____				
8. מספר ביציות שהוקפאו: _____				
9. הריון: ☐ כן ☐ לא.				

שם הרופא	חתימת הרופא	חותמת הרופא	תאריך
הפרוטוקול המתוכנן: _____ בבית החולים: _____			
	*	*	

לצערנו לא נוכל לאשר המשך טיפולים ללא קבלת פרטים אלה, התחלת טיפול ללא

אישור מקדים – עלותו תחול על המבוטחת.