

מרשם תרופות פוריות

תאריך: ____ / ____ / ____

שם המטופל/ת _____ ת.ז. _____ גיל _____

גונדוטרופינים- מינון מקסימלי משולב מצטבר עד 6000 IU למחזור טיפול

שם התרופה (בחר המינון הנכון)	מס' אמפי'	הוראות שימוש	חתימה
GONAL-F-PEN INJ 300IU 0.5mL			
GONAL-F-PEN INJ 450IU 0.75mL			
GONAL-F-PEN INJ 900IU 1.5mL			
MENOPUR MULTIDOSE INJ 1200IU			
MENOPUR MULTIDOSE INJ 600IU			
PERGOVERIS PREFILLED PEN 300IU/150IU			
PERGOVERIS PREFILLED PEN 450IU/225IU			
PERGOVERIS PREFILLED PEN 900IU/450IU			
PUREGON INJ 300IU			
PUREGON INJ 600IU			
PUREGON INJ 900IU			
PUREGON PEN			
ELONVA 100 MC/0.5ML			
ELONVA 150 MC/0.5ML			
ציין סך מינון מצטבר ביחידות של התכשירים: _____			
CETROTIDE VIA 0.25mg			
ORGALUTRAN SRG 0.25mg			
DECAPEPTYL DEPOT INJ 3.75mg			
DECAPEPTYL INJ 0.1mg/1mL			
ENDOMETRIN VAGINAL TAB 100mg			
CRINONE VAG. GEL 8% 15U			
DUPHASTON 10 mg			
OVITRELLE PREFILLED PEN 250mcg			
PROGESTERON RET.500MG AMP			
PRONTOGEST 100 mg			
SYNAREL NASAL SPR 2mg/1mL 8mL			
UTROGESTAN ORAL/VAG CAP 100mg			
UTROGESTAN ORAL/VAG CAP 200mg			
ESTROFEM / PROGYNOVA 2 mg			
FOLIC ACID			

ד"ר נכבד/ה, אנא רשום/י לא יותר מהמינון הדרוש למחזור טיפול אחד, ולא יותר מ 6000 יחידות.
אנא השלם וסמן בעיגול את פרטי הטיפול:

טיפול בסל:	IVF לילד ראשון/ שני עד גיל 44.11	IVF/ PGD ללידה 1 / 2 עד גיל 44.11	שימור פריין בסל עד גיל 38.11
טיפול מחוץ לסל:	IVF לילד שלישי ומעלה עד גיל 44.11	IVF/ PGD ללידה 3 ומעלה עד גיל 44.11	שימור פריין מבחירה - שב"ן עד גיל 37.11

מרשם ראשון למחזור טיפול: כן / לא מרשם חוזר למחזור טיפול שהחל בתאריך ____ / ____ / ____

פרטי הרופא/ה במרשם:

שם משפחה ופרטי	מספר רישיון	טלפון ליצירת קשר
מקום עבודה וכתובת	חתימה	חותמת