

נספח 3 - בקשה לטיפול חוזר

תאריך: _____

רופא/ה נכבד/ת,

בוועדה שמינה שר הבריאות (נציגי הר"י) בנושא IVF הומלצו שורת כללים רפואיים .
על מנת לעמוד בהמלצות הוועדה, נבקשך להעביר אלינו את הפרטים הבאים הנוגעים לטיפול ה- IVF של
הגב' הנ"ל **לפקס מספר 03-7178062**:

שם פרטי _____ שם משפחה _____ ת.ז. _____ גיל _____
בבי"ח _____
1. מספר ילדים משותפים _____

2. סיכום טיפולים מהילד האחרון ועד כה:

תאריך	מקום	השריית ביוץ	מס' ביציות	מס' הפריות	מס' הוחזרו	עוברים שהוקפאו	הריון כן/לא	לידה כן/לא

3. תאריך שאיבה אחרונה _____
4. מספר ביציות שנשאבו _____
5. מספר ביציות שהופרו _____
6. מספר עוברים שהוחזרו _____
7. למטופלת _____ עוברים מוקפאים (במידה ואין יש לכתוב 0)
8. תוצאות טיפול מחזור אחרון _____ הריון כן / לא תוצאת ההריון: _____
9. הטיפול המבוקש בביה"ח: _____ שלב א' / שלב א+ב / מיקרומנפולציה / שלב ג'
(אנא בחר)
10. במידה והבקשה מוגשת על אף שאינה עומדת בקריטריונים הקבועים לאישור כגון: מירווח נמוך
מ – 45 יום, מעל 6 מחזורים בשנה וכיוב', אנא ציין/י נימוקי הבקשה החריגה:

אנא ציין /י פרטי התקשרות (נייד, מייל, פקס) בכתב יד קריא

רופא/ה מפנה: _____

חתימה: _____

טלפון /נייד: _____

פקס: _____

כתובת מיל: _____

הערות:

*לא נוכל לאשר המשך טיפולים ללא קבלת הפרטים האלה ,

**אין להתחיל כל טיפול ללא קבלת אישור מקדים .

במידה וחלפה יותר משנה מהשאיבה האחרונה – יש להגיש בקשה חדשה .

בתודה על שיתוף הפעולה
המרכז הארצי לאישורי פריון