

טופס מותאם למילוי במחשב

איך ממלאים את הטופס?

שולחים



שלחו את הטופס בדואר אלקטרוני או בפקס, בהתאם להנחיות המפורטות מטה.

ממלאים



מלאו את הטופס. אם יש צורך בחתימה, מלאו את שמכם וסמנו בתיבת הסימון לצד שמכם.

אל תשכחו לשמור (save)

בטפסים בהם נדרשת חתימה ידנית לא ניתן להתום דרך המחשב. הדפיסו את המסמך וחתמו עליו בעט.

שומרים



הורידו את הקובץ ושמרו אותו על המחשב, באמצעות כפתור Download

הקובץ לא נפתח? יש לפתוח את הקובץ באמצעות הגרסה העדכנית של תוכנת אדובי רידר (Adobe Reader). אם התוכנה אינה מותקנת על המחשב שלכם, [הורידו אותה בחינם מאתר Adobe](#) <



אם התוכנה מתריעה שיש להוריד חבילת גופנים (fonts), אשרו והתקינו אותה לפי ההוראות. לא הצלחתם? למידע נוסף על פתיחת קבצי PDF והתקנת תוכנת אדובי רידר <

אנא שימו לב לכך שמידע הנשלח באמצעות דואר אלקטרוני עלול להיחשף בפני גורמים לא רצויים ברשת האינטרנט. בעצם משלוח מידע למכבי שירותי בריאות באמצעות דואר אלקטרוני, הנכם פוטרם את מכבי שירותי בריאות מאחריות לדליפת המידע לגורמים לא רצויים ברשת האינטרנט, וזאת בטרם הגיע המידע אל מכבי שירותי בריאות.



תאריך: ____ / ____ / ____

נספח 3 - בקשה לטיפול IVF חוזר

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:

פרטי החברה:

שם משפחה:	שם פרטי:	מס' תעודת זהות: (9 ספרות)	גיל:	בבית החולים:

פרטי הטיפול:

1. מס' ילדים משותפים: _____
2. סיכום טיפולים מהילד האחרון עד 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: לא כן, תוצאת ההריון:

9. הטיפול המבוקש בביה"ח: _____

שלב א' / שלב א+ב / מיקרומניפולציה / שלב ג' (אנא בחר/י)

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: _____

פרטי התקשרות:

טלפון:	פקס:	כתובת דואר אלקטרוני:

חתימת הרופא/ה:

שם רופא/ה מפנה:	חתימה:

לתשומת לבך:

לא נוכל לאשר המשך טיפולים ללא קבלת פרטים אלה. 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