

## 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: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## טופס הפניה לטיפול בהפריה חוץ גופית

רצ"ב טופס הפנייה לאישור הפרייה חוץ גופית.  
 אנא הקפד/י למלא את כל שדות החובה (מסומנים ב-\*) בטופס, פרטים אלה הכרחיים, הועדה לא תדון בפנייה שלא הוגשה כנדרש.  
 יש להעביר את הטופס למרכז בפקס: 03-7178062 או במייל: fertility@mac.org.il

### פרטי התקשרות:

רופא/ה מפנה:	טלפון / נייד:	פקס:	כתובת מייל:

### פרטים אישיים:

שם האישה:	ת.ז. (9 ספרות)	תאריך לידה:
שם הבעל:	ת.ז. (9 ספרות)	תאריך לידה:
כתובת:	טלפון בבית / נייד:	טלפון נוסף:

1. נישואים מספר: \_\_\_\_\_ לאישה: \_\_\_\_\_ לגבר: \_\_\_\_\_ שנים: \_\_\_\_\_
2. ילדים מנישואים קודמים לאישה: \_\_\_\_\_ לגבר: \_\_\_\_\_
3. מס' ילדים משותפים: \_\_\_\_\_
4. נוסחה מילדותית: \_\_\_\_\_
5. משך אי פריון: \_\_\_\_\_ שנים
6. לא נשואים - יש לצרף אישור נוטריוני המעיד על ידוע/ה בציבור

### הריונות:

שנה:	טיפול:	תוצאות / סיבוכים:

**היסטוריה רפואית:**

מחלות: \_\_\_\_\_

ניתוחים: \_\_\_\_\_

מחלות במשפחה: \_\_\_\_\_

עישון: \_\_\_\_\_

תרופות: \_\_\_\_\_

רגישות לתרופות: \_\_\_\_\_

מחזורים סדירים: כן לא

**\*בדיקות:**

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

**\*פרופיל הורמונלי:**

FSH*	LH	E2	P	T	TSH*	PROL*	יום:	תאריך:

**\*בדיקות נוספות:**

בדיקה	תאריך	פענוח
צילום הרחם*		
היסטרוסקופיה		
לפרוסקופיה		

**הערות:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### בדיקות בן הזוג/בעל:

שתי בדיקות\* זרע לפחות במידה וקיימת בעיית זרע, במידה וזרע תקין - בדיקת זרע אחת.  
 \* מעבדה: מכבי / חיזונית

תאריך	פרופיל				
נפח	FSH				
ריכוז	LH				
תנועתיות	PROL				
פתולוגים	TEST				

### הערות:

---



---

### וריקוצלה:

כן לא נותח בתאריך: \_\_\_\_\_ תוצאות: \_\_\_\_\_  
 US אשכים: \_\_\_\_\_

---

### \*טיפול פוריות קודמים - נא לציין מספר הטיפולים:

\_\_\_\_\_ : CC/hCG (ללא וטו)  
 \_\_\_\_\_ : HMG/FSH (ללא וטו)  
 \_\_\_\_\_ : NC (כולל וטו)  
 \_\_\_\_\_ : CC/hCG (כולל וטו)  
 \_\_\_\_\_ : HMG/FSH (כולל וטו)

### תגובה: LOW / NORMAL / HIGH

\* הטיפול יתבצע בבי"ח \_\_\_\_\_ בתאריך: \_\_\_\_\_

**I.V.F קודמים:**

לידה כן/לא	הריון כן/לא	עוברים שהוקפאו	מס' הוחזרו	מס' הפריות	מס' ביציות	פרוטוקול טיפול	מקום	תאריך

**הערות:**

---



---



---



---

**אבחנות:**

---



---



---



---