



רשימת בדיקות נחוצות לפני הטיפול

היחידה להפריה חוץ גופית
מנהלת היחידה – ד"ר בוז'נה סער ריס
טל היחידה - 08-6745933/1
וואטסאפ – 050-5044931 פקס – 08-6745134

שם המטופלת/ת : _____
הנ"ל במהלך בירור טיפול ביחידתנו. אבקשך הפניתם לביצוע הבדיקות.
תוקף בדיקות הוא שנה מיום הביצוע .

מטופלת:

- ✓ בדיקה גינקולוגית עדכנית כולל משטח צוואר רחם (Pap smear) – אחת ל-שלוש שנים
- ✓ בדיקת U/S אגני (גינקולוגי)
- ✓ בדיקת שד כירורג-מבוצע ע"י כירורג (במידה ונשלחת לביצוע us/ממוגרפיה יש לבצע אותם ולהביא סיכום על כך מהכירורג) בדיקה בתוקף שנה
- ✓ אק"ג לנשים מעל לגיל 40
- ✓ מכתב סיכום מרופא משפחה היסטוריה רפואית

בדיקות דם:

- ✓ סוג דם ו- Rh , סקר נוגדנים
- ✓ ספירת דם, תפקודי קרישה, כימיה מלאה +ת.כבד –בצום!
- ✓ נוגדנים לאדמת, VDRL/TPHA
- ✓ נוגדנים ל- CMV ו-Toxoplasmosis
- ✓ HCV AB , HBsAg
- ✓ HIV
- ✓ Estradiol, Progesterone, LH, FSH, 17-OHP, Testosterone
- ✓ DHEA-S ,DHEA , Androstendione, TSH, Prolactin (לבצע בין יום 2 – 5 של הוסת, נדרשת ערות של 3 שעות טרם ביצוע הבדיקות).
- ✓ סקר גנטי: לבצע בקופ"ח או במכון גנטי. במידה ובוצע בעבר, יש לבדוק אם נוספו בדיקות חדשות.

מטופל:

- ✓ בדיקת זרע (כולל מורפולוגיה) פעם בשנה/לפי הנחיית הרופא/ה

בדיקות דם:

- ✓ HBsAg
- ✓ HCV Ab
- ✓ HIV

תודה על שיתוף פעולה,
צוות היחידה!

תאריך _____

