

תאריך: _____

לכבוד
הרופא המטפל
ד"ר נכבד,

הנדון: בדיקות לפני טיפול IVF

בני הזוג: _____ מועמדים לטיפול IVF ביחדתנו. לפני הטיפול יש צורך בביצוע הבדיקות הבאות:

בדיקות לאישה:

[] פרופיל הורמונלי בסיסי {יום 3-5 מתחילת המחזור הוסתי} כולל:

E2, Progesterone, FSH, LH, TSH, Prolactin, Testosterone, DHEAS, 17-OHP

[] HBsAg, Hepatitis C Virus (HCV), HIV

[] TPHA או VDRL, TOXOPLASMA (IgG + M), CMV (IgG + M)

[] נוגדני אדמת או תיעוד לגבי שני חיסונים נפרדים.

[] הפניה מהרופא המטפל להפריה חוץ גופית.

[] תמונת דם שלמה.

[] סוג דם + סקר נוגדנים.

[] PTT, PT

[] סוכר בצום, אלקטרוליטים, נתרן, אשלגן, BUN.

[] משטח PAP עדכני (עד שנתיים).

[] תוצאות של צילום רחם, היסטרוסקופיה ולפרוסקופיה, במידה ובוצעו.

[] בדיקת שד על-ידי מומחה וממוגרפיה לפי הצורך.

[] א.ק.ג. - לסובלות ממחלת לב או לנשים מעל גיל 40.

[] בדיקות סקר גנטיות לפני התחלת טיפול.

בדיקות לגבר:

[] בדיקת זרע.

[] HBsAg, Hepatitis C Virus (HCV), HIV או TPHA.

[] פרופיל הורמונלי בסיסי כולל: FSH, TSH, PROLACTIN, LH, Testosterone.

[] אולטרא סאונד אשכים.

[] בדיקת אורולוג.

נודה על מתן התשובות לידי בני הזוג עבורנו,

בתודה עבור שיתוף הפעולה,

צוות היחידה להפריה חוץ גופית