

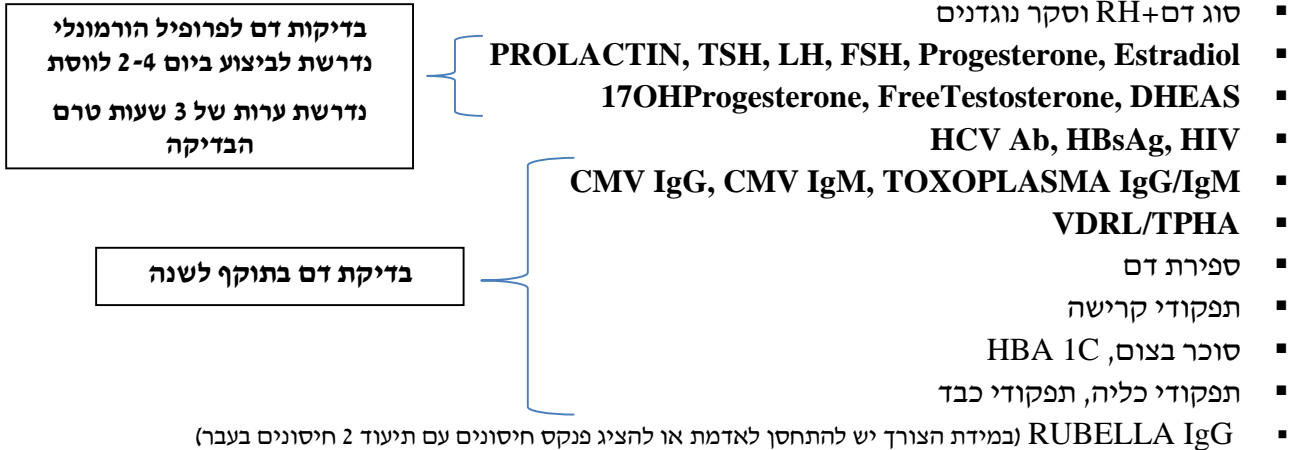
## בדיקות הנדרשות להפריה חוץ גופית

לכבוד הרופא המטפל,

גב' \_\_\_\_\_ (בת הזוג) מטופלת ביחידת ההפריה החוץ גופית במרכז הרפואי שערי-צדק.

לצורך המשך בירור והערכה אבקש להפנותה לביצוע הבדיקות הבאות:

### 1. בדיקות דם:



### 2. בדיקת כירורג שד:

אם התבקשת לבצע אולטרסאונד ו/או ממוגרפיה יש להביא סיכום ביצוע מכירורג (בתוקף לשנה)

### 3. בדיקת משטח צוואר הרחם (PAP SMEAR) אחת לשלוש שנים על ידי רופא נשים

### 4. א.ק.ג (EKG) מעל גיל 40 כולל פענוח רופא

### 5. בירור חלל רחם: אולטרסאונד תלת ממד / היסטרוסקופיה / צילום רחם

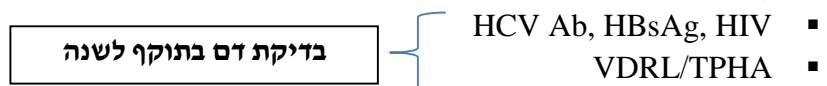
### 6. סקר גנטי עדכני: לבצע בקופ"ח או במכון גנטי. אם בוצע בעבר, יש לבדוק אם נוספו בדיקות חדשות.

לכבוד הרופא המטפל,

מר \_\_\_\_\_ (בן הזוג) מטופל ביחידת ההפריה החוץ גופית במרכז הרפואי שערי-צדק.

לצורך המשך בירור והערכה אבקש להפנותו לביצוע הבדיקות הבאות:

### 1. בדיקות דם:



### 2. בדיקת זרע עדכנית

טל': 02-6666055  
פקס: 02-6666211  
דוא"ל: IVFREC@SZMC.ORG.IL