



המרכז הרפואי "שערי צדק" היחידה להפריה חוץ גופית

IVF

חוברת מידע

אין במידע שבחוברת זו להחליף יעוץ אישי מקצועי

החוברת מבוססת על מידע שנאסף ונערך בשיתוף פעולה
על ידי צוות רב מקצועי במשרד הבריאות ובמרכז הרפואי "שערי צדק"

מטופלים יקרים:

הגעתם אלינו מתוך רצון להביא ילד לעולם.

אנו צוות IVF במרכז הרפואי שערי צדק כאן כדי לסייע לכם בהגשמת חלום זה.
בחוברת זו יוצג בפניכם תהליך ההפריה החוץ גופית שמטרתו להביא להריון ולידת ילד בריא.
הפריה חוץ גופית הינה שיטת הטיפול היעילה ביותר באי פוריות.
בהגיעכם לפגישה הראשונה, תתקיים שיחה עם אחד מרופאי היחידה. בשיחה זו תבנה
עבורכם תוכנית טיפול, יינתן הסבר לגבי תהליך הטיפול, ותופנו לבצע בדיקות
מקדימות נוספות במסגרת הקהילה.
בהמשך תוזמנו לצפות בסרט הדרכה קצר ותקבלו הדרכה אישית על ידי אחות.
צוות אחיות היחידה והעובדת הסוציאלית ילוו אתכם בהדרכות, הנחיות ושיחות בהתאם
להוראות הטיפול הרפואיות.

עמוד	תוכן החוברת	פרק
3-4	<p>תהליך ההפריה הטבעי</p> <p>הפריה חוץ גופית</p> <p>הסיבות העיקריות לצורך בהפריה חוץ גופית</p> <p>הפריה חוץ גופית בישראל</p> <p>נתונים על הפריה חוץ גופית בישראל</p> <p>הכנות לקראת הטיפול</p> <p>תמיכה רגשית ונפשית</p>	מבוא
5-6	<p>מה צריך להביא לפגישה הראשונה?</p> <p>מהלך הפגישה</p> <p>קביעת תוכנית הטיפול</p> <p>סיכויי ההצלחה של הטיפול</p> <p>תופעות לוואי וסיבוכים</p> <p>המפגש עם האחות</p> <p>תמצית המפגש הראשון</p>	הפגישה הראשונה ביחידה
7-8	<p>מטרת הטיפול</p> <p>מהלך הטיפול ההורמונלי</p> <p>תוכנית הטיפול</p> <p>מעקב וניטור</p> <p>סיכונים ותופעות לוואי של הטיפול ההורמונלי</p>	הטיפול ההורמונלי לגירוי שחלתי
9-10	<p>קבלת המטופלת</p> <p>הכנת הזרע</p> <p>ההכנות לפני שאיבת הביציות</p> <p>הליך השאיבה</p> <p>לאחר השאיבה</p>	שאיבת הביציות והכנת הזרע
10-11	<p>אופן ביצוע ההפריה</p> <p>הביציות לאחר ההפריה</p> <p>מספר הביציות המופרות ואיכותן</p> <p>אבחון גנטי טרום השרשה - PGD</p>	תהליך ההפריה במעבדה
12	<p>מועד החזרת העוברים לרחם</p> <p>מספר העוברים המוחזרים</p> <p>הליך החזרת העוברים</p>	החזרת הביציות המופרות (העוברים) לרחם
13		תמיכה הורמונלית
13-14	<p>תשובה חיובית</p> <p>תשובה שלילית</p> <p>טיפולים חוזרים</p> <p>הקפאת ביציות מופרות</p>	בדיקת דם להיריון

מבוא

תהליך ההפריה הטבעי

בשחלתה של אישה בגיל הפוריות מתפתחים בכל חודש מספר זקיקים בעקבות פעילות הורמונלית של בלוטת יותרת המוח והשחלה. בזקיקים הללו נמצאות הביציות, ובדרך כלל בכל חודש מגיע זקיק אחד מבין כל הזקיקים שבשחלה להבשלה, ואז מתרחש הביוץ. במהלך הביוץ עוברת הביצית מהשחלה לחצוצרה לקראת ההפריה. אם לא מתפתח היריון, הזקיק יתנוון ורירית הרחם שעברה בכל התקופה הזאת הכנה לקליטת ההיריון, תתמוטט ותנשור בצורת דימום וסתי.

כדי שתתרחש הפריה וייווצר עובר, הביצית צריכה לפגוש תא זרע. תהליך ההפריה הטבעי מתרחש בחצוצרה, כשזרע בודד חודר דרך מעטפת הביצית ומפעיל מנגנון המונע כניסת תאי זרע נוספים, ובכך מבטיח יצירת עובר תקין. התא עובר חלוקות רבות, וכך נוצרים תאים רבים הבונים את-אט את כל רקמות הגוף של העובר. במקביל נודד העובר בחצוצרה לכיוון הרחם, ולאחר כשבוע ממועד ההפריה משתרש ברחם – ואז מתחיל ההיריון.

הפריה חוץ גופית

הפריה חוץ גופית (In Vitro Fertilization - IVF), הידועה גם כ"הפריה במבחנה", מתבצעת כאשר מתברר שאצל האישה ו/או אצל הגבר קיימת בעיית פוריות מסיבות שונות. ההגדרה הרפואית של בעיית פוריות היא זוג שאינו מצליח להרות לאחר קיום יחסי מין בלתי מוגנים במהלך 12 חודשים, בזמן חלון הפוריות של האישה (הזמן שבו היא יכולה להרות) או לאחר חצי שנה, אם גילה הוא מעל 35. בתהליך ההפריה החוץ גופית מתרחש המפגש בין הביצית לזרע מחוץ לגוף האישה, בתנאי מעבדה. ההזגרה של הזרע והביצית מתבצעת בתוך אינקובטור, בצלחת המכילה נוזל ובו חומרים החיוניים לגדילת העובר. כעבור 6-2 ימים ממועד ההפריה מתבצע תהליך של החזרת העוברים לרחם, ולאחר השתרשות העובר ברחם מתחיל היריון רגיל.

הסיבות העיקריות לצורך בהפריה חוץ גופית

בנשים (כ-40% מהמקרים):

- בעיות מכניות: כריתת חצוצרות, חסימה בחצוצרות ו/או הידבקות באגן או סביב החצוצרות, אנדומטריוזיס וכדומה.
- ליקויים בביוץ על רקע הורמונלי.

בגברים (כ-40% מהמקרים):

- בעיות באיכות זרע: מיעוט תאי זרע, חוסר תנועה של תאי זרע או שיעור תנועה נמוך, תאי זרע שצורתם אינה תקינה (בעיה מורפולוגית).
- חוסר תאי זרע בזרמה, נוכחים באשך בלבד.

אי-פוריות בלתי מוסברת (כ-20% מהמקרים):

קיימים גם מקרים של אי-פוריות בלתי מוסברת. כאשר לא נמצאת סיבה לבעיית אי-הפוריות, ובכל זאת הזוג אינו מצליח להרות באמצעות טיפולים אחרים, יומלץ להם על פי רוב טיפול בהפריה חוץ גופית.

הפריה חוץ גופית בישראל

טיפול ההפריה החוץ גופית בישראל והנושאים הכרוכים בכך מוסדרים בישראל בתקנות בריאות העם (הפריה חוץ גופית), התשמ"ז-1987, שנקבע בהן כי טיפולי הפריה ייערכו במחלקות מוכרות בלבד, באישה המצויה בטיפול רפואי עקב ליקויי פוריות או במטרה לשמר פוריות, ורופא קבע כי יש בתהליך זה משום קידום הטיפול בה.

בישראל מבוצעים טיפולי הפריה חוץ גופית כבר משנת 1980. תחום זה התפתח לאורך השנים, ובעשור האחרון ישנה עלייה ניכרת במספר טיפולי ההפריה בישראל. ישראל נמצאת כיום בראש הרשימה מבחינת מספר טיפולי ההפריה המתבצעים בה בחישוב של מספר מחזורי הטיפול לנפש.

ישראל היא המדינה היחידה בעולם המממנת טיפולי פוריות כמעט ללא הגבלה: טיפולי הפריה חוץ גופית כלולים בסל שירותי הבריאות שקופות החולים מחויבות לספק למבוטחיהן על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994. טיפולים אלה ניתנים למבקשים להביא לעולם ילד ראשון ושני, וזכאים להם בני זוג שאין להם ילדים בנישואיהם הנוכחיים או אישה ללא ילדים המעוניינת להקים משפחה חד-הורית.

ההגבלות על הטיפולים: הם ניתנים לנשים בגילים 18—45, ואם מדובר בתרומת ביציות – עד גיל 54. טיפולי ההפריה מופסקים אם לאחר שלושה מחזורי טיפול לא נשאבו ביציות או שלא התבצעה הפריה או שלא הוחזרו ביציות מופרות לרחם. כמו כן אין מבצעים טיפולים כאשר השחלות אינן מגיבות לגירוי התרופתי.

הכנות לקראת הטיפול

- על פי הנחיות ארגון הבריאות העולמי ומשרד הבריאות, במהלך שנות הפוריות מומלץ לכל אישה לצרוך בכל יום חומצה פולית בכמות של 400 מיקרוגרם. **צריכה של חומצה פולית חשובה במיוחד בשלושת החודשים שלפני ההיריון ובמהלך שלושת החודשים הראשונים להיריון**, מכיוון שהיא מורידה באופן משמעותי (עד 70%) את הסיכון למומים בתעלה העצבית של העובר.
- על פי הנחיות משרד הבריאות, יש לעבור את הבדיקות המפורטות להלן לפני תחילת הטיפולים. רוב הבדיקות תקפות לשנה ממועד ביצוען.

בת הזוג:

1. בדיקת סוג דם ו-RH (אם לא ידוע), ספירת דם, תפקודי קרישה.
2. בדיקות מעבדה לנוגדני אדמת (או אישור על חיסון מפנקס חיסונים או קבלת חיסון), עגבת, כשל חיסוני נרכש (HIV) והפטיטיס B ו-C.
3. בדיקת דם לבירור פרופיל הורמונלי, המבוצעת ביום 2--5 למחזור הווסתי. נבדקים ההורמונים: LH, FSH E2, TSH, Progesterone, Prolactin, לצורך קביעת רמות הורמונים התחלתיות ושליטת בעיות אפשריות נוספות.
4. בדיקה גינקולוגית עדכנית, כולל משטח צוואר רחם (Pap Smear) ובדיקת שד ע"י רופא או ממוגרפיה או אולטרסאונד שדיים.
5. אם בוצעו הדגמת רחם לפי אולטרסאונד וגינלי או צילום רחם (ביום 11-13 לווסת) או היסטרוסקופיה (אין חובה לבצעם), יש להביא את תוצאות הבדיקות.
6. מומלץ לבצע מראש בדיקה למחלות תורשתיות באמצעות בדיקות סקר גנטי.
7. לנשים מעל גיל 40 מומלץ לבצע בדיקת אק"ג ולהביא את תוצאות הבדיקה.

בן הזוג:

1. בדיקת זרע (כולל מורפולוגיה).
2. בדיקות דם לנוגדני הפטיטיס B ו-C.
3. בדיקות דם לנוגדני כשל חיסוני נרכש (HIV).

תמיכה רגשית ונפשית

הטיפול בהפריה חוץ גופית הוא תהליך מורכב מהיבטים רבים. המתמודדים עם בעיית פריון נאלצים להתמודד עם קשיים פיזיים, רפואיים, אתיים, כלכליים, רגשיים ונפשיים. הצורך בטיפול פריון עלול להסתמן כשברו של חלום לגבי דרך הבאת הילד לעולם. טיפולי הפוריות עצמם, הכוללים מתן הורמונים, משפיעים פיזית ונפשית על האישה. גם איבוד הספונטניות בקיום יחסי המין, חוסר ודאות לגבי התוצאות ולעתים מחזורים של ציפייה ואכזבה מתוצאות הטיפול משפיעים על הקשר הזוגי, ועלולים ליצור מתחים וחיכוכים דווקא בתקופה שבה נדרשת תמיכה מרבית.

ביחידה נמצאת עובדת סוציאלית שיכולה לסייע בהתמודדות. ניתן להצטרף לקבוצת תמיכה לנשים או לזוגות העוברים טיפולי הפריה. מלבד זאת, צוות היחידה ילווה אתכם לאורך כל הדרך וימליץ על מסגרות תמיכה רפואיות וסיעודיות.

הפגישה הראשונה ביחידה

הפגישה הראשונה ביחידה היא בדרך כלל ארוכה מהרגיל וכוללת קבלה רפואית (אצל הרופא), קבלה סיעודית (אצל האחות) והסבר מקיף על תכנית הטיפול האישית שתקבע לכל זוג או מטופלת.

מה צריך להביא לפגישה הראשונה?

1. להגיע עם בן זוג או מלווה.
2. טופס 17 בהתאם לדרישות היחידה.
3. מכתב הפניה מהרופא המטפל או מכתב סיכום של טיפולים קודמים, אם נעשו.
4. אישור לטיפול הפריה חוץ גופית (אישור ועדה).
5. תעודת זהות וצילום תעודת זהות (כולל ספח) של שני בני הזוג.
6. תוצאות כל הבדיקות הנדרשות לפני טיפול הפריה חוץ גופית, כמפורט בסעיף **הכנות לקראת הטיפול**.
7. מטופלים המצויים במעקב רפואי עקב בעיות בריאות כלשהן – יביאו מכתב מרופא מטפל.

עם הגעתכם ליחידה, ראשית גשו לקבלה לצורך פתיחת תיק רפואי. ככלל, רצוי מאוד להשלים את כל הבדיקות המפורטות לפני ההגעה לפגישה הראשונה, אך יש להגיע לפגישה המתוכננת גם אם לא סיימתם לבצע את כולן.

מהלך הפגישה

במהלך הפגישה יבקשו מכם את כל הפרטים האישיים והרפואיים, כולל מצב בריאות כללי, אשפוזים וניתוחים בעבר, נטילת תרופות באופן קבוע, עישון סיגריות ושימוש בחומרים ממכרים אחרים ומידע לגבי היסטוריה רפואית במשפחה הקרובה; תתבקשו לתת פרטים על מהלך הריונות קודמים אם היו, אם היה צורך בטיפולים כדי להרות, אם היו סיבוכים במהלך ההיריון, וכיצד הסתיים כל היריון. תתבקשו להראות את תוצאות כל בדיקות ההכנה שעשיתם כמפורט בפרק **'הכנות לקראת הטיפול'**. לאור תוצאות הבדיקות הללו וההיסטוריה הרפואית תיקבע אבחנה, ויוחלט על תכנית טיפול אישית המותאמת לכם. כמו כן יפורטו שלבי הטיפול השונים.

קביעת תוכנית הטיפול

כדי לשפר את סיכויי ההיריון, יש לגייס מספר ביציות מבלי לסכן את המטופלת. לפיכך נקבעת תכנית טיפול אישית ותוכנית טיפול הורמונלי, הכולל שילובים שונים של תרופות ומינונים. קיימים מספר תוכניות לטיפול, שיפורטו בהמשך בפרק **הטיפול ההורמונלי לגירוי שחלתי**. אף שהטיפול מורכב ומשלב נטילה של מספר סוגי תרופות, רוב

המטופלות צולחות את התהליך ללא בעיות חריגות. עם זאת, תגובת כל אישה לטיפול היא אישית, אינה ניתנת לחיזוי, ועשויה להשתנות בין מחזורי הטיפול השונים. לכן מתבצע מעקב צמוד של בדיקות דם ואולטרסאונד, שבמהלכן נמשכת ההדרכה, וניתן לשאול שאלות ולקבל מידע נוסף.

סיכויי ההצלחה של הטיפול

סיכויי ההצלחה של הטיפול תלויים בגורמים רבים ובהם גיל האישה, סיבת אי-הפרייון, איכות הזרע והביציות, מהלך הטיפולים בעבר, מהלך הריונות קודמים ועוד. לאור כל זאת, הרופא שלכם יתייחס לסיכויים האישיים שלכם.

המפגש עם האחות

לאחר שתקבלו הסבר מפורט מהרופא ומענה על כל שאלותיכם, תתבקשו לחתום על טפסי הסכמה לטיפול IVF. הרופא יעביר לאחות את כל פרטי תכנית הטיפול האישית שלכם, ואתם תופנו אליה להמשך ההדרכה. האחות תכיר לכם את אנשי הצוות ואת הסביבה הטיפולית של היחידה, כולל חדר הטיפולים, חדר האולטרסאונד, המעבדה שבה מתרחשת ההפריה של הזרע והביצית, חדר ההתאוששות והחדר שבו שואבים את הביציות ומחזירים את העוברים לרחם. היא תעבור אתכם על שלבי התוכנית, כולל נקודות חשובות כגון פעילות התרופות בכל שלב, תופעות הלוואי וכיצד למזער אותן, אופן קבלת התרופות, אופן האחסון שלהן ולמי לפנות בשאלות בשעות שבהן היחידה אינה פעילה.

האחות תנחה את האישה כיצד להזריק את התרופות באופן עצמאי ותצייד אתכם בהפניה לאחות במרפאת האם לתרגול הזרקה בזמן אמת. לפי הצורך תתואם הדרכה ראשונית ביחידה. האחות תמדוד לאישה גם לחץ דם, גובה ומשקל. באותה הזדמנות ייתכן שתיפגשו עם עובדת סוציאלית.

ככלל, מומלץ במהלך הטיפול לשמור על שגרת חיים רגילה, כולל קיום יחסי אישות. הדבר עשוי לסייע לכם לעבור את התהליך כולו בתחושה נעימה ורגועה יותר. חשוב שתדעו שהרופא המטפל, הצוות הרפואי ונותני השירותים מחויבים לשמור על חשאיות וסודיות רפואית בכל הקשור לטיפול, לסיבותיו, למהלכו ולתוצאותיו. פרטים על הטיפול יימסרו לגוף שלישי אך ורק בהסכמת בני הזוג ובחתימתם, שניהם ביחד וכל אחד לחוד. בסיום הטיפול תקבלו מכתב סיכום ובו כל פרטי הטיפול. המכתב ישרת אתכם בכל תחנה רפואית למקרה שתזדקקו לכך.

סיכום הפגישה הראשונה



הטיפול ההורמונלי לגירוי שחלתי

מטרת הטיפול

הביציות מתפתחות ומבשילות בשחלה בתוך שלפוחיות קטנות המכונות זקיקים. באופן טבעי, אצל אישה בגיל הפוריות מתפתחת בכל חודש קבוצה של זקיקים המתחרים ביניהם על תהליך הביוץ. מתוך קבוצה זו מתפתח על פי רוב רק זקיק מוביל אחד (או שניים, במקרה של תאומים) ומגיע לביוץ. שאר הזקיקים עוברים תהליך של ניוון. הטיפול ההורמונלי בטיפול ההפריה החוץ גופית נועד לגרום לגדילה של מספר זקיקים במקביל. השימוש בתרופות הורמונליות מונע את התנוונותם של הזקיקים הנוספים, ובכך מגדיל את הסיכוי לשאוב יותר ביציות; וככל שנשאבות יותר ביציות, כך גדלים סיכויי ההפריה וההיריון.

מהלך הטיפול ההורמונלי

הטיפול כולל מתן זריקות הורמונליות. תוכנית הטיפול נבחר בהתאם לנתונים אישיים: גיל, משקל, פרופיל הורמונלי, תגובה קודמת לתוכנית השראת הביוץ ועוד. באותה דרך מותאם גם מינון התרופות, שכן כל אישה מגיבה בצורה שונה לטיפולים. כדי לגרום לגדילה של מספר זקיקים בו זמנית ובמקביל למנוע הליך ביוץ טבעי, נעשה שימוש בשילובים שונים של מגוון תכשירים הורמונליים.

גירוי גדילת הזקיקים: מושג באמצעות נטילת תרופות המכילות הורמון בשם FSH – Follicle Stimulating Hormone. הורמון זה תורם ישירות להיווצרות זקיקים ולהתפתחות ביציות בשחלה (לרוב בין 5 ל-15 ביציות). תרופות המבוססות על הורמון זה מכונות בשם הכולל גונדוטורפינים, והן מופקות בשתי שיטות: (1) תכשירים ממקור ביולוגי – מיצוי שתן של נשים בגיל המעבר, המכיל ריכוזים גבוהים של FSH. (2) תכשירי FSH המכונים רקומביננטים, ומופקים במעבדה בשיטות של הנדסה גנטית. הטיפול ההורמונלי ניתן בדרך כלל בזריקות תת-עוריות יומיות בבטן, בזרוע או בירך. קיים גם תכשיר המכיל מנה חד-שבועית של ההורמון. הצוות הרפואי ינחה אותך כאמור כיצד להזריק לעצמך.

הורמון נוסף הניתן לעתים כליווי ל-FSH הוא ההורמון LH – Luteinizing Hormone, גם הוא גונדוטורפין, אשר יכול לסייע לגירוי השחלה בתהליך גיוס הזקיקים. חלק מהתכשירים מכילים FSH ו-LH בנפרד, ואילו אחרים מכילים תערובות של שני ההורמונים הללו ביחסים שונים.

במקרים מסוימים משתמשים בכדורים להשראת ביוץ בשם איקקלומין (Ikaclomin), המעוררים את בלוטת יותרת המוח להפריש את ההורמונים LH ו-FSH הגורמים לגיוס הזקיקים ולהבשלתם. כדורים אלה משמשים לרוב כטיפול ראשוני במרפאות הפרייה ליצירת ביוץ בנשים שאינן מביצות באופן סדיר או סובלות מאי-פרייה מסוימה בלתי ידועה. איקקלומין בדרך כלל פחות יעיל מזריקות.

מניעת ביוץ לא צפוי לפני שאיבת הביציות: מושגת על ידי שימוש בתרופות המכילות אנאלוגים של ההורמון GnRH (מסוג אגוניסטים או אנטגוניסטים) ה אחראי לשחרור ה LH ו-FSH. על ידי שינוי של GnRH האזור ביותרת המוח האחראי לביוץ נחסם באופן זמני. בומאפשרת הבשלה מלאה של הביצית. תרופות אלה ניתנות כתרסיס לאף כמה פעמים ביום, בזריקות יומיות או בזריקה חד-פעמית ארוכת טווח.

תוכנית טיפול

תוכנית הטיפול מותאמת לכל אישה באופן אישי, אך ככלל קיימות מספר תוכניות עיקריות ותוכניות, המשלבים בצורה שונה ולאורך פרקי זמן שונים בין שתי קבוצות התרופות הללו לצורך טיפולי ההפריה החוץ גופית:

- 1. תוכנית טיפול ארוכה:** משך הזמן בו ניתנות התרופות הוא שלושה עד ארבעה שבועות. בשלב הראשון מתבצע דיכוי של הציר ההורמונלי מבלוטת יותרת המוח לשחלות, ובכך נמנע ביוץ הזקיקים לפני הליך השאיבה. שלב זה נמשך לפחות שבועיים, ומושג על ידי שימוש בתרופות מסוג אגוניסטים של GnRH. כדי לוודא שהציר ההורמונלי אכן מדוכא, מתבצעות בדיקת דם לאסטרוגן (E2) ולפרוגסטרון (P) ובדיקת גודל הזקיקים בשחלות. בשלב השני משלבים במקביל גירוי של גדילת הזקיקים על ידי מתן גונדוטורפינים. המינון ומשך הטיפול תלויים בתגובה השחלתית. כשהזקיקים מגיעים לבשלות על פי גודלם באולטרסאונד (קוטר של יותר מ-17 מ"מ) ועל פי רמות האסטרוגן בדם, ניתנת זריקה המכילה הורמון מסוג hCG, שמטרתה להשלים את תהליך הבשלת הביציות ולהכין את הזקיקים לשאיבת הביציות מתוכם. השאיבה מתבצעת כ-34-36 שעות לאחר הזרקת ה-hCG. ניתן להתחיל את התוכנית הארוכה בשתי נקודות זמן: בתחילת הווסת או ביום ה-21 למחזור הקודם, כלומר כשבוע לפני הווסת.
- 2. תוכנית טיפול עם אנטגוניסט:** בתוכנית טיפול זו רצף מתן סוגי התרופות הוא הפוך. הטיפול מתחיל בימי המחזור הראשונים כמו בתוכנית הקצרה (להלן), אך כאן הוא מתחיל בגירוי גדילת הזקיקים בעזרת הגונדוטורפינים, ללא אגוניסט. ברגע שמוזהים תגובה שחלתית על פי התפתחות זקיקים ועלייה בערכי האסטרוגן, מוסיפים במקביל את זריקות האנטגוניסט של GnRH עד להשגת זקיקים בשלים. כאשר הזקיקים מגיעים לבשלות, ניתנת זריקת ה-hCG (או אגוניסט, אם קיים סיכון לגירוי יתר שחלתי), בדומה לתוכניות האחרות.
- 3. תוכנית טיפול קצרה:** משך מתן התרופות קצר יותר – כשבועיים. הטיפול מתחיל ביום השני או השלישי של המחזור. אגוניסט של GnRH ניתן ראשון, ויום או יומיים לאחר מכן משולבות תרופות הגונדוטורפינים. המעקב אחר התפתחות הזקיקים ועיתוי מתן זריקת ה-hCG לצורך הכנת הזקיקים לשאיבת הביציות מתבצעים בדומה לתוכנית הארוכה. בתוכנית הקצרה יבחר הרופא במקרים מסוימים להכין את הזקיקים לשאיבה לא בתכשיר המכיל hCG, אלא באגוניסט של GnRH בשם דקפפטיל.

מעקב וניטור

המעקב אחר תהליך הגירוי של השחלות והתפתחות הזקיקים מתבצע כאמור באמצעות בדיקות אולטרסאונד נרתיקי ובדיקות דם תכופות. לצורך זה תוזמני לביקורת כל מספר ימים. בבדיקת האולטרסאונד הנרתיקי נספרים הזקיקים המתפתחים בשחלות ונמדד גודלם ועובי רירית הרחם. בבדיקת הדם נמדדת רמת ההורמונים המופרשים מהזקיקים: אסטרוגן ופרוגסטרון. לעיתים הרופא יורה לעקוב גם אחר ה-LH. באופן כללי: ישנה חשיבות לניטור מדויק של התגובה לטיפול בכדי למנוע תגובה חלשה מהרצוי או תגובת יתר. לשם כך אנו מווסתים את משך הטיפול ואת מינון התרופות על פי תוצאות הבדיקות, במטרה להשיג תגובה מיטבית.

סיכונים ותופעות לוואי של הטיפול ההורמונלי

כמו כל הליך רפואי, גם טיפולי ההפריה החוץ גופית כרוכים בסיכונים וסיבוכים, אם כי רובם נדירים.

1. **גירוי יתר שחלתי (Ovarian hyperstimulation syndrome):** סיבוך של טיפולי השראת הביוץ המתאפיין בהגדלה ניכרת של השחלות ובמעבר של נוזלים והצטברותם בחללים שונים בגוף. גירוי יתר שחלתי קל (הנפוץ ביותר) מתבטא בנפיחות בבטן, בכאבי בטן, בהגדלת השחלות ובהצטברות קלה של נוזלים בבטן. התופעות חולפות בדרך כלל בעזרת מנוחה ושתייה מרובה, מספר ימים אחרי שאיבת הביציות. אם הושג היריון, התופעות עלולות להימשך עד שלעובר ישנו דופק פועם.
 - בגירוי יתר בינוני, עלולים להופיע בחילה, הקאות ושלשולים.
 - בגירוי יתר קשה קיים סיכוי לתפליטים (נוזל) בריאות ולתסחיפים, ובמקרים נדירים לאי-ספיקת לב ו/או כליות.
 - גירוי יתר קשה קורה לעיתים רחוקות מאוד ומצריך אשפוז.
2. **רגישות לתכשירים ההורמונליים:** לעיתים רחוקות מתפתחת רגישות, יש לעקוב אחר כל שינוי כבכל התחלה של תרופה חדשה.
3. **סיכוני ההרדמה:** לרוב מתבצעת שאיבת הביציות בהרדמה כללית: קצרה ופשוטה בה את נושמת באופן עצמוני.
4. **דימום מהשחלה או קרע בשחלה:** דיקור השחלות לשם שאיבת הביציות נעשית בהנחיית אולטרסאונד. בפחות מ-1% מהמקרים נגרם דימום המצריך ניתוח זעיר פולשני (LAPAROSCOPY) להפסקת הדימום.
5. **זיהום ודלקת:** עלולים להופיע באזור הדקירה. כדי להימנע מהם מבצעים את השאיבה בתנאים סטריליים בחדר ניתוח. במקרים מסוימים ימליץ הרופא על מתן אנטיביוטיקה.
6. **היריון מרובה עוברים:** שיעור ההריונות מרובי העוברים בטיפולים ההורמונליים גבוה יחסית. היריון מרובה עוברים מוגדר כהיריון בסיכון גבוה הן ליולדת והן לעוברים, בשל החשש מלידות מוקדמות, מלידת פגים או מלידת ילדים לא בריאים. טרם החזרת העוברים לרחם, הצוות ימליץ לכם לגבי מספר העוברים להחזרה, בהתחשב בסיכונים ובהתאם להנחיות משרד הבריאות.

שאיבת הביציות והכנת הזרע

קבלה

ביום השאיבה, לאחר קבלה משרדית ובדיקת טופס ההתחייבות, האחות תקבל אותך, תזהה אותך לפי שם ותעודת זהות ותענוך לך צמיד זיהוי. האחות תראיין אותך לגבי רגישות לתרופות, יום ושעת הזרקת ה-hCG, ותוודא שאת בצום לפחות שש שעות לפני ההרדמה. יימדדו לך סימנים חיוניים (לחץ דם, דופק, חום, ורווית חמצן) ותתבקשי להסיר תכשיטים, שיניים תותבות, עדשות מגע וכדומה.

האחות תוודא שבן הזוג (אם לא מדובר בתרומת זרע) העביר זרע למעבדה כנדרש. הכרחי להגיע עם מלווה, בין השאר משום שמומלץ לא לנהוג אחרי שאיבת הביציות

יום שאיבת הביציות

ביום שאיבת הביציות יש להגיע בשעה 7:30 בבוקר. עליך להיות בצום מוחלט, החל מ-6 שעות לפני שאיבת הביציות.

עליך להגיע ללא תכשיטים ואיפור.

בעת הגעתך תתקבלי לחדר התאוששות ביחידה, שם תתבצענה בדיקות לחץ דם, דופק וחום גוף ויוכנס עירוני לווריד לצורך מתן אנטיביוטיקה ונוזלים.

הכנת הזרע

בן הזוג יכול לתת את הזרע במעבדה בבוקר השאיבה או לחלופין להביא את הזרע מהבית בכוס סטרילית, בתנאי ניתן עד כשעתיים לפני העברתו למעבדה. לצורך מתן הזרע אין להשתמש בחומר סיכה נוזלי (סבון, קרם או ג'ל), היות ומגע של חומר סיכה פוגע באיכות הזרע. אין לחמם או לקרר את הזרע. אם ידוע על קושי במתן זרע על פי דרישה, ניתן להקפיא זרע מראש במעבדה כגיבוי ליום השאיבה. ביחידה יזהו את בן הזוג ויקבלו מידי את הזרע, ודגימת הזרע תעבור במעבדה בדיקה והכנה על פי הנחיות מדויקות.

הערה: מערך השגחה הלכתי ניתן ללא תשלום כשירות לכל הזוגות ובאמצעותו ניתן לקבל ציוד הלכתי חינם. מטופלים העוברים תהליך PGD אשר לגביהם קיימת בעיה הלכתית במתן הזרע, מתבקשים לתאם הקפאת זרע במעבדת ה-IVF טרם תחילת הטיפול.

הכנה לפני שאיבת הביציות

אחות תבקש ממך להתרוקן בשירותים ותלווה אותך למיטה, תסביר לך על המכשירים שסביבך לפני תחילת ההליך. הרופא המרדים ורופא הנשים שיבצע את השאיבה ידברו אתך ויבדקו אותך, ולאחר מכן תתבקשי לחתום על טופסי הסכמה לפעולה ולהרדמה. אחות חדר ניתוח תזהה אותך ותלווה אותך לחדר הניתוח.

הליך השאיבה

ההרדמה הכללית היא קצרה, ונמשכת כ-10-20 דקות, במהלכן תקבלי עירווי נוזלים. שאיבת הזיקיקים מתבצעת באמצעות מחט המחוברת למתמר אולטרסאונד נרתיקי רגיל. הרופא ישאב את הזיקיקים שבשחלה תוך כדי צפייה באולטרסאונד. המחט תשאב מהזיקיקים את הנוזל המכיל את הביציות לתוך מבחנה מיוחדת שתעבור זיהוי. המבחנה תועבר למעבדה הנמצאת בסמוך לחדר הניתוח.

לאחר השאיבה

כשתתעוררי תהיי במיטה בהשגחת צוות אחיות ההתאוששות. בגיליון הרפואי יירשם מספר הביציות שנשאבו. תחוברי למוניטור המודד לחץ דם ודופק, ויהיו לך מסכת חמצן (למשך מספר דקות) ושקית עירווי נוזלים לווריד. תהליך ההתאוששות נמשך שעה עד שעתיים. אם תחושי כאבים, תקבלי משככי כאבים לפי הצורך. בהמשך תעזור לך האחות לרדת מהמיטה. חשוב לתת שתן ולשתות. כעבור 2--4 שעות יבדקו אותך רופא מרדים וגינקולוג, יודאו שהתאוששת, ישחררו אותך וייתנו לך מכתב שחרור. ייתכן כי במשך היום תחושי כאבי בטן ויהיה דימום קל. הדימום אינו מהרחם. ניתן ליטול תרופה נגד כאבים, אנו ממליצים על אופטלגין או אקמול – מעבר לכך יש להתייעץ עם הצוות. אם כאבי הבטן מחמירים, מופיעים חום, צמרמורות, עלפון או החמרה אחרת במצבך הכללי, יש לפנות מיד לחדר המיון. יום לאחר השאיבה אחות מהיחידה תיצור אתך קשר טלפוני ותמסור לך מידע על הפריית הביציות ומועד ההחזרה המשוער.

תהליך ההפריה במעבדה

במעבדה מקפידים על ביצוע תהליך זיהוי הזרע והביציות על ידי שני אנשי צוות, כדי להבטיח את השיוך של הזרע והביציות באופן מוחלט. בנוסף שותף בתהליך הזיהוי משגיח הלכתי. נוסף על כך מקפידים על עבודה בתנאים סטריליים על פי נהלים של משרד הבריאות. במעבדה מאתרים את הביציות בנוזל הזיקיקי ומעבירים אותן לצלוחיות עם מצע מתאים לגידול העוברים.

אופן ביצוע ההפריה

כאמור, ביום שאיבת הביציות ימסור בן הזוג דגימת זרע בכוסית סטרילית. הזרע ייבחן תחת מיקרוסקופ כדי לבדוק את תקינותו ואיכותו, ויעבור תהליך הכנה במעבדה. במעבדה יחליטו, בהתאם לאיכותו ולכמותו של הזרע, באיזו דרך תבוצע ההפריה:

- **הזרעה:** אם הזרע תקין, מוסיפים מספר מדוד של זרעים למצע של כל ביצית. תהליך ההפריה, שבו תא זרע אחד חודר לכל ביצית, מתבצע באופן עצמאי.
- **מיקרומניפולציה (ICSI):** מיועד למקרים שבהם הזרע באיכות או בכמות ירודה, כשהזרע נראה לכאורה תקין אך לא הושגה הפריה בטיפול קודם או כשיש בעיות גנטיות. בשיטה זו הביצית ותאי הזרע מונחים בצלחת פטרי תחת מיקרוסקופ, ואמבריוולוג מאתר תא זרע המיועד להזרקה. האמבריוולוג שואב תא זרע בודד למחט זכוכית דקיקה ומזריק אותו ישירות לביצית יחידה, וחוזר על התהליך עם מספר תאי זרע וביציות. הביציות שהוזרק להן זרע מועברות לאינקובטור לצורך הדגרה.
- לשיעור מסוים של גברים הפונים לטיפול אין כלל זרע בזרמה (azoospermia). במקרים אלה ניתן על פי רוב למצוא תאי זרע באשך ולהוציאם בהרדמה מקומית או כללית. תאי זרע אלו מועטים, וחלקם חסרי תנועה. במקרים אלה תאי הזרע מוזרקים ישירות לביציות בטכניקת המיקרומניפולציה כדי להשיג הפריה.

חשוב לזכור:

ללא קשר לשיטת ההפריה, לא כל הביציות תופרינה: חלקן תמצאנה צעירות מידי ולא בשלות מספיק

הביציות לאחר ההפריה

לאחר ההפריה יועברו הביציות לאינקובטור להמשך גידול. כעבור יום תיבדק כל ביצית בנפרד, כדי לראות איזו מהן הופרתה בהצלחה. אם נראים שני מכתשים – סימן שהתרחשה הפריה.

מספר הביציות המופרות ואיכותן

הביציות המופרות מתחילות תהליך של חלוקת תאים, ולצורך דירוגן הן יכוננו להלן "עוברים". העוברים מדורגים לפי המראה שלהם: הדירוג נקבע לפי מספר התאים בחלוקה, קצב החלוקה, צורת החלוקה, הסימטריה בין התאים וכמות שברי התאים. אם מתקבל מספר עוברים גבוה מהדרוש להשגת היריון, יוקפאו עוברים עודפים בעלי דירוג טוב בחנקן נוזלי. ניתן להפשיר ביציות מופרות לבקשת המטופלים במחזורי הטיפול הבאים או כעבור כמה שנים. לפרטים נוספים ראו בפרק **הקפאת ביציות מופרות**.

אבחון גנטי טרום השרשה - PGD

אבחון גנטי טרום השרשה (Preimplantation Genetic Diagnosis – PGD) נערך לזוגות נשאים של מחלות גנטיות, עם או בלי בעיות פוריות, שאותרו בבדיקות הסקר הגנטיות או לאחר לידה של ילד חולה במחלה גנטית. האבחון הגנטי נעשה לפני ההשרשה ולאחר ההפריה. כשלוש שבועות (6–10 תאים), לוקחים ממנו תא בודד או שניים ומבצעים את הבדיקה הגנטית. העובר עצמו ימשיך להתחלק ולהתפתח בצורה תקינה גם לאחר הוצאת התא. לאחר הבדיקה מוחזרים לרחם רק עוברים תקינים מבחינה גנטית. הבדיקה נועדה לצמצם את ההתמודדות עם שאלת הצורך בהפסקת היריון במקרה של עובר הלוקה במחלה גנטית. מטופלי PGD חייבים למנוע לכל אורך הטיפול אפשרות של כניסה להריון ספונטני, ולכן יש לנקוט באמצעי מניעה או להימנע לחלוטין מיחסי מין עד להשלמת הטיפול.

החזרת הביציות המופרות (העוברים) לרחם

מועד החזרת העוברים לרחם

לאחר תהליך ההפריה במעבדה, עוקבים אחר התפתחות העוברים. עוברים שתהליך החלוקה וההתפתחות שלהם תקין, מועברים לרחם 2–6 ימים לאחר ההפריה (על פי רוב כעבור 2–3 ימים). העוברים מוחזרים לרחם לאחר חלוקה ל-4-8 תאים.

מספר העוברים המוחזרים לרחם

לפני החזרה ידון אתכם הרופא בנושא, ייתן לכם הסברים על איכותם ומספרם של העוברים שהתקבלו וימליץ על מספר העוברים שכדאי להחזיר לרחם. ההמלצה מבוססת על איכות העוברים, גיל האישה, עברה הרפואי, מספר הטיפולים שעברה עד כה והנחיות משרד הבריאות בנושא. יש לזכור שהטיפול בכלל ומספר העוברים המוחזרים לרחם בפרט הם ייחודיים לכל אישה ומבוססים על כל הנתונים שברשות הצוות הרפואי. עקב סיכוי גבוה להריון מרובה עוברים, הכרוך בסיכון מוגבר לעוברים ולאישה, מוגבל מספר העוברים המוחזרים לרחם לאחד עד ארבעה. בכל מקרה, המספר המקסימלי של העוברים המוחזרים נקבע בהתאם להחלטות המקצועיות, וההחלטה הסופית לגבי מספר העוברים מבוססת על המלצות האגודה לחקר פוריות בישראל (איל"ה). על פי רוב, מטרת הטיפול היא להביא להריון של עובר אחד. להריון כזה יש הסיכויים הטובים ביותר להסתיים בצורה מוצלחת ולהגיע ללידה במועד. לנשים צעירות במחזור הטיפול הראשון מומלץ להחזיר עובר אחד אם העוברים הם באיכות טובה (על פי קריטריונים מורפולוגיים), ומומלץ גם להקפיד את העוברים הנותרים אם איכותם גבוהה. לעומת זאת, למטופלות מבוגרות יותר עם היסטוריה של כישלונות חוזרים מומלץ להחזיר לרחם יותר מעובר אחד.

לאחר תום הדיון ומתן ההסברים, תתבקשו שניכם להביע את הסכמתכם לגבי מספר העוברים המוחזרים באמצעות חתימה על טופס הסכמה. אם מדובר בתרומת זרע, רק האישה נדרשת לחתום על המסמכים.

עוברים מוקפאים

כאשר תחליטו שהנכם מוכנים להריון נוסף, ניתן יהיה להפשיר את העוברים ולהחזירם לרחם. לצורך החזרת עוברים מוקפאים ניתן להכין את הרחם באמצעות טיפול תרופתי, או בתזמון מתאים במחזור ווסת טבעי.

במחזור שבו מתבצעת הכנה תרופתית, יש לבצע בדיקת דם ואולטרסאונד ראשונה ביום השני של מחזור הווסת.

בהתאם לכך יוחל טיפול בטבליות אסטרוגן (אסטרופם - Estrofem, פרוגינובה - Progyenova), אשר מטרתן להכין את רירית הרחם לקליטת העובר. לאחר כשבועיים, ובהתאם לתוצאות הבדיקות, מוסיפים תרופה המכילה פרוגסטרון (תכשירים נרתיקיים כגון קרינון - Crinone, אוטרוגסטן - Utrogestan, אנדומטרין - Endometrin או זריקות גסטון - Gestone).

לצורך הפשרת העוברים והחזרתם נדרשת הסכמה חתומה של שני בני הזוג לטיפול.

הליך החזרת העוברים לרחם

לפני החזרת העוברים לרחם תתבקשי לשתות שתיים-שלוש כוסות מים, כדי ששלפוחית השתן שלך תהיה מלאה. השלפוחית המלאה מאפשרת הדגמה טובה של הרחם במכשיר אולטרסאונד בעת החזרת העוברים, ומיישרת את הזווית הפיזיולוגית שבין צוואר הרחם לרחם – ובכך מקלה על פעולת ההחזרה.

בעת ההחזרה תתבקשי לשכב בצורה המאפשרת בדיקה גינקולוגית. העוברים ייטענו לתוך צינורית דקיקה המכילה גם טיפה מתמיסת המצע. בהנחיית אולטרסאונד תוחדר הצינורית הדקיקה עם העוברים שבתוכה לחלל הרחם, ולשם יוזרקו העוברים בעדינות מרבית. לאחר תום הפעולה, באופן שגרתי, תועבר הצינורית לבדיקה במעבדה, כדי לוודא שאכן כל העוברים שוחררו לחלל הרחם.

תמיכה הורמונלית

לאחר החזרת העוברים לרחם, ניתן לחזור לשגרת החיים הרגילה ולפעילות היומיומית, אם כי מומלץ להפחית פעילות גופנית נמרצת עד למועד בדיקת ההיריון. אין המלצה לשכב במיטה במהלך תקופה זו, כיוון שלא הוכח ששכיבה ממושכת במיטה משפיעה על סיכויי ההיריון, והיא אף עלולה להעיק על האישה.

חשוב להמשיך בטיפול ההורמונלי התומך בהתאם להוראות הרופא המטפל, עד לקבלת תוצאות בדיקת ההיריון. התמיכה ההורמונלית ניתנת כגיבוי וכהשלמה להורמונים שמפרישים הגופיפים הצהובים המצויים בשחלות. תפקידם של הגופיפים הצהובים הוא בין השאר לייצר את ההורמונים אסטרוגן ופרוגסטרון. ההורמונים הללו תומכים ברירת הרחם, ובכך מסייעים להשרשת העוברים ברחם. קיימים שילובים הורמונליים שונים לתמיכה ברירת הרחם ולהתאמתה לקליטת ההיריון. בדרך כלל ימליץ הרופא להמשיך ליטול את התכשירים גם לאחר מועד בדיקת ההיריון.

הפסקת הטיפול בתמיכה ההורמונלית תהיה בהתאם להמלצת הרופא המטפל.

בדיקת דם להיריון

מיום החזרת העובר או העוברים לרחם, תקבלי הנחיות לגבי המשך הטיפול התרופתי ואופן לקיחת התרופות, במטרה לתמוך בהשרשה ברחם ובהיריון. וודאי כי מצויים ברשותך מרשמים מתאימים להמשך הטיפול. בכל מקרה, אל תפסיקי את הטיפול התרופתי ללא התייעצות עם הרופא. בדיקת היריון תתבצע ביחידה בדרך כלל 14-16 יום לאחר מועד שאיבת הביציות. לא מומלץ לבצע בדיקת היריון לפני כן, מכיוון שבמועד מוקדם יותר עלולה להתקבל תשובה חיובית שאינה אמיתית, עקב שרידי הורמון ה-hCG שהוזרק לך, הורמון המופרש גם בהיריון. ביום ביצוע הבדיקה תקבלי בטלפון תשובה חיובית או שלילית מצוות היחידה.

תשובה חיובית

אם התשובה חיובית, עלייך להמשיך בטיפול התרופתי ולקבוע מועד לבדיקה חוזרת ובהמשך לביקור נוסף, הכולל בדיקת דם ואולטרסאונד, כדי לוודא את תקינות ההיריון. בשבוע 5—6 להיריון כבר ניתן יהיה לראות שק הריוני ברחם,

ובשבוע 6—7 כבר ניתן יהיה לראות דופק עוברי. מעקב ההיריון ביחידה יסתיים על פי רוב בשבוע ה-7 להיריון, ואז תופני להמשך מעקב היריון אצל רופא הנשים שלך.

תשובה שלילית

אם התשובה שלילית, עלייך להפסיק את הטיפול התרופתי ולקבוע תור לרופא לצורך סיכום מחזור הטיפול הנוכחי ותכנון מחזור טיפול נוסף. זכרי כי אי-השגת היריון עלולה להיות מלווה בצער, באכזבה ובקשיים רגשיים. אל תהססי להיעזר בתמיכה הרגשית המוצעת לך ביחידה. אם יש לך ביציות מופרות שהוקפאו, תוכלי לתכנן עם הרופא וצוות היחידה את מועד התחלת הטיפול לקראת הפשרתן.

שימור פוריות

נשים בגיל 30-41, יכולות לעבור ביחידתנו תהליך הקפאת ביציות לצורך שיפור הסיכוי להרות בגיל מבוגר יותר, התהליך אותו עוברות הנשים דומה מאוד לתהליך IVF רגיל ואינו כולל את שלב ההפריה. בטיפול זה, הביציות מוקפאות ביום שאיבתן, ללא הפריה. אנו ממליצים בדרך כלל על טיפול בתוכנית קצרה אשר בה יש אפשרות לבטל את הסיכון לגירוי יתר שחלתי. ניתן לעבור את התהליך עד ארבע פעמים או עד להשגת 20 ביציות.

הקפאת ביציות מופרות

השראת הביוץ גורמת כאמור להתפתחות זקיקים רבים בשחלות, כך שעל פי רוב נשאבות מהם כמה ביציות. השיפור בשיטות ההפריה ובאופן גידול העוברים הביא לכך שבמחזורים רבים של טיפול עומדים לרשותכם עודפי עוברים המועמדים להקפאה. עם זאת, נמצא שרק לעוברים שאיכותם טובה יש סיכוי לשרוד בתהליך ההקפאה וההפשרה ולהוביל להיריון, ולכן על פי רוב יוקפאו רק עוברים כאלה. סיבות נוספות להקפאה הן סיבות רפואיות מגוונות, כגון חשש מגירוי יתר שחלתי קשה שיפגע בהיריון, כימותרפיה או הקרנות עקב גידול או מחלה פתאומית של האישה. לפי תקנה 9 לתקנות בריאות העם (הפריה חוץ גופית), התשמ"ז-1987, וחוזר משרד הבריאות מ-2008, "הנחיות למטופלים אודות שימוש בביציות מופרות מוקפאות ביחידות להפריה חוץ גופית", הביציות המופרות המוקפאות שייכות לשני בני הזוג ויכולות להישמר בהקפאה עמוקה (בחנקן נוזלי בטמפרטורה של 196- מעלות צלסיוס) לתקופה של חמש שנים ללא תשלום. בהמשך – באמצעות בקשה בכתב של שני בני הזוג או של האישה בלבד אם מדובר בתרומת זרע – יוכלו להישמר בתשלום למשך חמש שנים נוספות.

לסיום

מטופלות ומטופלים יקרים, בחוברת זו קבלתם מידע כללי בנוגע לתקופה אותה אתם עומדים לעבור ביחידתנו, דרכי הטיפול והתופעות.

מטרתנו היא לבנות עבורכם תוכנית טיפול אשר תשיג את היעד המיוחל.

דרכי הטיפול והתופעות הנלוות הינם אישיים לכל זוג.

נשמח ללוות אתכם ולענות על כל שאלה המתעוררת במהלך הטיפול.

בתקווה ובתפילה להצלחה.

צוות היחידה להפריה חוץ גופית

המרכז הרפואי 'שערי צדק'

הטיפול והמעקב ביחידתנו נעשה תחת קורת גג אחת:

בדיקות הדם, אולטרה סאונד, מרפאת הרופאים, חדר ניתוח וחדר התאוששות ממוקמים בתוך שטח היחידה אחת לחודש קיימת מפגש קבוצת מיקוד ללא תשלום

נשמח לשמור על קשר

בימים א-ה בשעות 7:30 - 15:00

ביום ו בשעות 7:30 - 11:30

מספרי הטלפון: 02-6666055 | 02-6555045 | 02-6555043

מס' הפקס: 02-6666211

בדיקות דם ואולטרה סאונד:

בימים א-ה בין השעות 7.00-9.00 בבוקר. בימי שישי עד השעה 8.00

לאחר כל ביקור ביחידה תקבלו הוראות טיפול בשלוש דרכים:

1. הוראות טלפוניות ע"י צוות האחיות שיתקשרו אליכם עד השעה 15.00
2. אתר אינטרנט של היחידה- עם תחילת הטיפול תקבלו קוד וסיסמה אישיים, לאחר הביקור ישלחו ההוראות ויופיעו באתר.
3. הודעת מסרון (SMS) תפנה אתכם להוראות הטיפול באתר האינטרנט.

בהכנת החוברת השתתפו:

ד"ר דלית בן-יוסף, מנהל המעבדות ביחידה להפריה חוץ גופית ע"ש רסין, מרכז רפואי תל אביב
גב' פנינה גולן, אחות אחראית, היחידה להפריה חוץ גופית, מרכז רפואי קפלן
גב' צביה מימוני, אחות ראשית, היחידה להפריה חוץ גופית, מרכז רפואי שערי צדק ויו"ר עמותת האחיות העוסקות בפיריון והפריה חוץ גופית
גב' יסכה פונפדר, אחות ביחידה להפריה חוץ גופית, מרכז רפואי שערי צדק
גב' הדסה לוי, אחות ביחידה להפריה חוץ גופית שערי צדק
גב' דבי וירצבורגר, אחות ביחידה להפריה חוץ גופית שערי צדק
פרופ' חננאל הולצר, מנהל יחידות IVF ופוריות שערי צדק
גב' נעמי לבני, מנהלת האגף להבטחת איכות, משרד הבריאות
ריכוז הפרויקט:
גב' מיכל בן דור, המחלקה למבדקי איכות, משרד הבריאות
גב' אסתי זידי, המחלקה למבדקי איכות, משרד הבריאות
גב' איילת צדיק, המחלקה למבדקי איכות, משרד הבריאות
מר דניאל בן שושן, יועץ למחלקה למבדקי איכות, משרד הבריאות
עריכה:
גב' עידית נבו, מידענית ועורכת, משרד הבריאות
גב' ציפי סיון, אחות מתאמת נהלים והנחיות מקצועיות בסיעוד, מרכז רפואי שערי צדק

ד"ר ענת עקה-זוהר, סגנית מנהלת האגף להבטחת איכות – מנהלת הפרויקט
פרופ' מרתה דירנפלד, מנהלת היחידה לפוריות והפריה חוץ גופית, מרכז רפואי כרמל-יו"ר ועדת ההיגוי
פרופ' פואד עזאם, מומחה במיילדות וגינקולוגיה, סגן מנהל היחידה להפריה חוץ גופית ומנהל השירות לשימור פוריות, מרכז רפואי סוראסקי
פרופ' ראול אורביטו, מנהל היחידה לפוריות והפריה חוץ גופית, מרכז רפואי שיבא
פרופ' בני פיש, מנהל היחידה לפוריות והפריה חוץ גופית, מרכז רפואי רבין, קמפוס בלינסון
פרופ' משנה אדיאן אלבוגן, מנהל היחידה להפריה חוץ גופית, מרכז רפואי הלל יפה
ד"ר עינת שלום-פז, רופאה בכירה ביחידה להפריה חוץ גופית, מרכז רפואי הלל יפה
ד"ר יובל אור, מומחה ברפואת פיריון, נשים ומיילדות, היחידה להפריה חוץ גופית, מרכז רפואי קפלן
ד"ר גיל פאר, מנהל המרפאה לשימור פוריות, מרכז רפואי כרמל
ד"ר ארנה ברן, מרכזת תחום הקפאה, היחידה להפריה חוץ גופית, מרכז רפואי "אסף הרופא"