

בדיקות הנדרשות לתרומת ביציות

לכבוד הרופא המטפל,

גב' _____ מטופלת ביחידת ההפריה החוץ גופית במרכז הרפואי שערי-צדק.

לצורך המשך בירור והערכה אבקש להפנותה לביצוע הבדיקות הבאות:

1. בדיקות דם:

- סוג דם +RH וסקר נוגדנים
- PRLACTIN, TSH - נדרשת ערות של 3 שעות טרם הבדיקה
- HCV Ab, HBsAg, HIV
- CMV IgG, CMV IgM, TOXOPLASMA IgG/IgM
- VDRL/TPHA
- ספירת דם
- תפקודי קרישה
- סוכר בצום, HBA 1C
- תפקודי כליה, תפקודי כבד
- RUBELLA IgG (במידת הצורך יש להתחסן לאדמת או להציג פנקס חיסונים עם תיעוד 2 חיסונים בעבר)

בדיקת דם בתוקף לשנה

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. היסטרוסקופיה אבחנתית

6. סיכום תיק רפואי מרופא משפחה

לכבוד הרופא המטפל,

מר _____ מטופל ביחידת ההפריה החוץ גופית במרכז הרפואי שערי-צדק.

לצורך המשך בירור והערכה אבקש להפנותו לביצוע הבדיקות הבאות:

1. בדיקות דם:

- HCV Ab, HBsAg, HIV
- VDRL/TPHA

בדיקת דם בתוקף לשנה

2. בדיקת זרע עדכנית (שלושה חודשים אחרונים)

3. יעוץ גנטי + בדיקות סקר גנטי עדכני (בתוקף לשנה)

טל': 02-6666055

פקס: 02-6666211

דוא"ל: IVFREC@SZMC.ORG.IL