

טופס הפניה לסונוהיסטרוסלפינגוגרפיה (הידרוסונוגרפיה)

תאריך: _____

שם המטופלת: _____ ת.ז. _____

קופת חולים: _____ טל נייד: _____

גיל: _____ מצב משפחתי _____ מס' ילדים _____ PID בעבר: כן / לא

האינדיקציה לבדיקה:

בירור אי פוריות ראשונית / משנית של _____ שנים- הדגמת רחם וחצוצרות

בירור ממצא חשוד בחלל הרחם (פוליפ / שרירן)- הדגמת רחם בלבד

לקראת IVF- הדגמת רחם בלבד

בירור דימום בלתי סדיר- הדגמת רחם בלבד

אחר: _____

בברכה,

חתימה וחותמת: _____

לרופא:

- הבדיקה נעשית ביום 5-11 לוסת ולפני קיום יחסים.
- מרשם לאנטיביוטיקה מניעתית לשיקולך, המלצתנו דוקסילין 100 מ"ג פעמיים ביום למשך 5 ימים החל מיום טרם הבדיקה. בנוסף, NSAID כלשהו כשעה לפני הבדיקה למניעת ספאזם של החצוצרה.

לצוות המשרד בקופ"ח:

- נא לתת התחייבות לפי קוד משרד הבריאות 76831

לנבדקת- לקביעת תור:

- ניתן להתקשר ליחידת ה-IVF לטל' 02-6666055 או במייל ivfrec@szmc.org.il או לשלוח טופס זה סרוק למייל הנ"ל או לפקסי' 02-6666211 ואנו ניצור קשר בהקדם.