

תאריך: _____

לכבוד
הרופא המטפל
דר' נכבד,

הנדון: בדיקות לפני טיפול IVF

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

א. בדיקות של בן הזוג: HIV, Hepatitis C virus, HBsAg, TPHA

ב. בדיקות של בת הזוג: HIV, Hepatitis C virus, HBsAg, TPHA

PT, PTT, ספירת דם שלמה, סוכר בדם, אלקטרוליטים, נתרן, אשלגן, BUN

נוגדני אדמת (RUBELLA), אקג (מעל גיל 40), CMV.

פרופיל הורמונלי (ביום 2-3 למחזור) כולל:

PROLACTIN, TSH, FSH, LH, Testosterone, Progesterone, E₂

בדיקות אחרות: Paps (מ-3 שנים אחרונות) -
- מומלץ בדיקת שדיים ע"י כירורג/ית שד.

נודה על מתן התשובות לידי בני הזוג עבורנו,

בתודה עבור שיתוף הפעולה,
צוות היחידה להפריה חוץ גופית